

# DUGSNyt

3. årgang nr. 2. 2009



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

**SE ANNONSEN OG PROGRAM I BLADET**



|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Leder .....                      | 3  |
| Hindsgavl guideline .....        | 5  |
| Highlights fra ICS og NUGA.....  | 6  |
| ICS Kongressen .....             | 11 |
| Urinretention.....               | 14 |
| Nurse in the Netherlands.....    | 17 |
| DUGS Generalforsamling .....     | 19 |
| DUGS & NUGA Kongres .....        | 20 |
| John Christopher Burch .....     | 21 |
| Kommende møder og Kongresser.... | 23 |
| DUGS info.....                   | 24 |
| IUGA .....                       | 25 |
| DUGS & NUGA .....                | 27 |
| Program .....                    | 29 |

## DUGSNyt

3. årgang, nr. 2 – 2009

### **Udgiver**

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

[mbing@dadlnet.dk](mailto:mbing@dadlnet.dk)

### **Hjemmeside**

[www.dugs.dk](http://www.dugs.dk)

### **Ansvarshavende redaktør**

Torsten Sørensen  
[torsten.sørensen@dadlnet.dk](mailto:torsten.sørensen@dadlnet.dk)

### **Layout og produktion**

InPrint A/S, Kolding  
[info@inprint.dk](mailto:info@inprint.dk)

### **Oplag**

500

ISSN 1903-3168



## "Hvis man ikke kan få den, man elsker, må man elske den, man kan få".

Udtrykket bruges af Roger de Bussy Rabutin (1618-1693) i et brev skrevet den 23. maj 1667 til Françoise-Marguerite de Sévigné (1646-1705): "Quand on n'a pas ce que l'on aime, il faut aimer ce que l'on a".

De danske urogynækologer har en database, som er obligatorisk at bruge!

Der har måske i årenes løb været en enkelt, der har haft det som Roger de Bussy Rabutin i 1667.

Men.....databaser er kommet for at blive. Og Regionerne og Sundhedsministeriet kræver det. Man må ikke udføre en procedure medmindre man kan vise, at man behersker teknikken; det kan man vise via en database. DRG og database skal passe sammen.

DUGA Basen har sin rod i en samarbejdsgruppe om urininkontinens, hvor bl.a. Gunnar Lose, Hans Madsen og Viggo Fischer Rasmussen deltog. Neurologerne ville lave en database for Dissemineret Sclrose, Geriatrikerne for deres sygdomsgrupper og Paraplegi lægerne havde allerede én. Urologerne var netop blevet færdige med Probase til patienter med hypertrofia prostateae.

Nogen skulle stå for det praktiske og det økonomske omkring en database. Hans Madsen fik næsten overtalt Nordjyllands Amt, på samme facon som Urologernes database blev betalt af Vejle Amt. Men desværre gik der politik i urogynækologernes projekt og derved kuldsejlede det. DUGA Basen blev heldigvis senere født og udviklet med Lasse Raaberg som drivkraft. I dag har DUGA Basen sæde på Århus Univer-

sitetshospital, Skejby med Ulrik Kesmodel som bestyrer.

Denne database, som i øvrigt rigtig mange af de andre databaser vi skal anvende i hverdagen, kræver ressourcer. Skemaer skal udfyldes. Data skal tastes ind. Ideelt set skulle vi følge op på vore data. Alle opgaver tager tid. De fleste af os har ikke fået de ekstra ressourcer tilført. Alle disse indvendinger kan imidlertid ikke ændre det vilkår, at databasen skal anvendes – af alle. Med tiden vil databasen give mening. Når alle anvender databasen bliver den pludselig og vigigt styringsredskab både internt i afdelingerne og eksternt overfor Sundhedsstyrelse og bevilgende myndigheder.

Retfærdigvis må det også fremhæves, at databasen konstant er under udvikling.

Der har været en del problemer med flere af indikatorerne, som måler fænomener, der i praksis ikke måles, f.eks. residualurin efter operation.

Styregruppen har derfor vedtaget at ændre de nuværende 10 indikatorer. To bliver helt fjernet; det er allerede gjort i årsrapporten for 2008, der blev udsendt i sommer – og der kommer fem nye til, som måler på umiddelbart let forståelige og klinisk relevante parametre, f.eks. andelen af reoperationer, to for henholdsvis korttids- og langtidskomplikationer til operationer, og patientens subjektive vurdering af forbedring efter operation.

Tanken er, at man på de enkelte afdelinger skal få nogle let håndterbare og let forståelige mål for kvaliteten af det arbejde, der gøres. Det

kræver imidlertid mange data at kunne lave relevante og brugbare sammenligninger.

Ændringerne skal først godkendes af bl.a. Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen – og selvfølgelig af DUGS og DSOG. I forbindelse med ændringerne vil de tilhørende spørgeskemaer også komme i et mere brugervenligt layout. Styregruppen forventer i den forbindelse at afholde en temadag, når alle ændringerne er på plads.

Vi forventer, at have det hele på plads til foråret. De konkrete ændringer vil blive præsenteret på DUGS' årsmøde 22. januar 2010 men vil realistisk set først blive implementeret omkring 1. april 2010, primært pga. den krævede høring og den efterfølgende ændring i spørgeskemaer og især indtastningsprogram.

Det skulle gerne ende med, vi får en database, som vi alle kan elske.

22. og 23. januar 2010 afholdes DUGS årsmøde efterfulgt af NUGA årsmøde i København.

DUGS' bestyrelse kunne se mange fordele i at afholde DUGS årsmødet forud for NUGA mødet, som Danmark er værtsland for i år. De 2 møder har tidligere tidsmæssigt ligget så tæt, at præsentationer, postere og årets dimmitender skulle gå igen med få ugers mellemrum. Eller, som det gjaldt for nogle indlægs vedkommende, kun blev præsenteret på NUGA mødet. Vi håber, mange deltagere til DUGS årsmødet også vil deltage i det efterfølgende NUGA møde. Vi ses i København!

På vegne af DUGS' bestyrelse.



Vi har ikke eneret på livskvalitet

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

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

**Johnson & Johnson**  
Nordic

eklundsvik

På det nyligt overståede "Hindsgavl Guideline" møde den 11-12. september 2009 blev der oprettet en ny arbejdsgruppe med titlen "Konservativ behandling af urininkontinens".

Konservativ behandling af inkontinens er enhver behandling, der ikke involverer medicinsk eller kirurgisk behandling. Generelt drejer det sig om simple og billige behandlingsmetoder med lav bivirkningsprofil. Den konservative behandling er velegnet til "førstevalgs behandling" og til patienter, som ikke kan gennemgå medicinsk eller kirurgisk behandling.

Der eksisterer kun sparsom evidens inden for dette område, og formålet med arbejdsgruppen er at fremdrage denne evidens.

## Emnet inddeltes i fem undergrupper:

**Gruppe 1. Livsstilsændringer.** Denne undergruppe vil undersøge effekten på inkontinens af faktorer så som vægttab, fysisk aktivitet, rygning, væske-indtag, indtag af koffein-holdige drikke og obstripation.

Marianne Glavind Kristensen, Skejby Sygehus er toholder for denne undergruppe.

**Gruppe 2. Bækkenbundstræning.** Denne undergruppe vil se på betydningen af bækkenbundstræning på forebyggelse og behandling af inkontinens. Er bestemte former for bækkenbundstræning bedre end andre? Kan der opnås yderligere effekt med f.eks. biofeedback? Kan hjælpemidler i form af vaginalvægte og vaginal-kugler forbedre resultatet af bækkenbundstræning? Hvilke faktorer hos patienten har betydning for effekten af bækkenbundstræning?

Søren Brostrøm, Glostrup Hospital er toholder for denne undergruppe.

**Gruppe 3. Blæretræning.** Denne undergruppe vil kigge nærmere på evidensen for forskellige former for blæretræning såsom "simpel blæretræning", "timed voiding", "habit training" og andre former for blæretræning. Endvidere vil evidensen for kombineret blæretræning og medicinsk behandling blive vurderet.

Eva Kleberg, Viborg Sygehus er toholder for denne undergruppe.

**Gruppe 4. Elektrostimulation og akupunktur.** Denne undergruppe vil vurdere evidensen for behandling med elektrostimulation og akupunktur inden for både stress- og urge-inkontinens.

Louise Arenholt, Aalborg Sygehus er toholder for denne undergruppe.

**Gruppe 5. Hjælpemidler.** Denne undergruppe vil vurdere evidens for behandling med inkontinensringe og andre hjælpemidler.

Karin Glavind, Aalborg Sygehus er toholder for denne gruppe.

Alle interessererde nuværende og måske kommende urogynækologer opfordres kraftigt til at melde sig til arbejdsgruppen. Vejledning i udformning af kliniske guidelines i gynækologi kan indhentes på nettet, hvor også tidligere guidelines kan studeres.

Interessererde kan skrive til hoved-toholder Karin Glavind e-mail: glavind@dadlnet.dk. gerne med oplysning om, hvilken undergruppe, man ønsker at tilhøre.

Ved begge møder blev der fremlagt mange interessante undersøgelser. De der bringes her i bladet er udtryk for en subjektiv vurdering. Der er lagt vægt på nordiske studier samt studier forhåbentlig af interesse for læserne af DUGS-Nyt.

## **ICS 39. årsmøde i San Francisco 29.**

**sept. – 3. okt. 2009**

### **Urininkontinens**

Fra Norge præsenterede Sigurd Kulseng-Hanssen (Abstract 3) en undersøgelse fra den nationale inkontinens database baseret på ca. 6000 patienter, opereret med TTV, TTV-O eller TOT og fulgt gennemsnitligt i 9 mdr. Undersøgelsen viser klart, at TTV er mere effektiv end TV-O. Med hensyn til komplikationer havde TTV en blæreperforationsrate på 3.5% mod 0.8% efter TTV-O og 0.5% efter TOT. Urinretention optrådte også hyppigere efter TTV, nemlig hos 1.6% mod 0.5% efter TTV-O. Hos de, der fik foretaget TOT, var retentionsprocenten (1.6%) den samme som efter TTV. Forfatterne konkluderede, at afdelinger med dårlige resultater af TTV-O og TOT bør forbedre deres teknik eller reintroducere TTV. Det er en forsiktig konklusion. Andre studier viser samme tendenser, og spørgsmålet er, om ikke tiden er inde til at overveje at skifte klinisk praksis således, at TTV bliver det primære valg over for TTV-O og TOT?

En undersøgelse fra det svenske kvalitetsregister (Kjaeldgaard A. Abstract 43) baseret på 9005 patienter, der fik foretaget hysterektomi på benign indikation, viste, at 30% havde inkontinens før hysterektomien. Hos patienter med en uterus > 30. gestationsuge var prævalensen af inkontinens 33% og hos patienter med genital prolaps var prævalensen 39%. Efter hysterektomi faldt prævalensen af inkontinens i de forskellige grupper 6-10%, medens der opstod de novo inkontinens hos 9.5% af

patienterne. Alt i alt var prævalensen således den samme før som efter hysterektomi, om end nogen patienter blev kureret, medens andre fik inkontinens. Studiet indeholdt ikke langtidsdata m.h.p. udvikling af inkontinens.

Fra norsk side blev der fremlagt en "systematisk review" (Sande et al. Abstract 147), der viste, at 11-50% af patienter i forskellige lande søger hjælp for inkontinens. Faktorer signifikant associeret til, at patienterne søgte hjælp var alder, sværhedsgrad, varighed, type og påvirkning af inkontinen. Andre faktorer var associeret til, at patienterne ikke søgte hjælp. Det drejede sig om opfattelse af inkontinens som et "minde problem", "værende normal" eller "skamfuldhed". Undersøgelsen viste også, at kulturelle sociale faktorer samt organisering af sundhedsvæsenet i de forskellige lande spiller en rolle m.h.p. patienternes tendens til at søge hjælp.

### **Pelvic organ Prolapse**

M.h.t. genital prolaps (POP) holdt John DeLancey (som mange kender fra de flotte anatomiske figurer) fra Ann Arbor i USA et indlæg vedrørende årsagerne til genital prolaps. Hans gruppe har i flere år arbejdet med at udvikle en computermodel, som kan forklare hvordan POP opstår. Hovedbudskabet var, at ophænget (level I) er helt afgørende for udvikling af de forskellige typer prolaps. Han fremhævede bl.a., at man på basis af computermodellen kan sandsynliggøre, at de såkaldte lateraldefekter er sekundære defekter. Det er interessant og giver en god forklaring på, hvorfor det har været

vanskligt at dokumentere effekt af en specifik reparation af disse defekter.

Barber, Brubaker (som tidligere har deltaget i DUGS' årsmøde) et al. (Abstract 7) fremlagde et interessant arbejde "Defining success after surgery for pelvic organ prolapse". Data base res på 300 kvinder med 2 års follow-up som fik foretaget forskellige operationer for genital prolaps. Forfatterne opstillede forskellige definitioner m.h.t. succes efter operation og fandt på den baggrund, at succes varierede fra 19% til 97%! Postoperativt havde <10% af patienterne fornemmelse af bule i vagina og reoperationsraten var kun 2.8%. Anvendtes strikte anatomiske kriterier var succesraten 19% (stage 0) henholdsvis 57% (stage 1). Hvis succes blev defineret mindre anatomisk stringent steg succesraten til 91-96%. Studiet viste, at såfremt definitionen indeholder patienternes subjektive fornemmelse af en bule i skeden, var der en stærk relation til patienternes vurdering af "over-all" forbedring i form af symptomer og livskvalitetsscore. Konklusion på arbejdet var, at der bør arbejdes for at opnå konsensus vedrørende definitionen af succes efter prolapskirurgi, og at denne definition bør indeholde a) fravær af symptom på bule i skeden + b) anatomiske kriterier + c) mangel på reoperation. Dette studie fokuserer på et af de store problemer, vi har i dag, nemlig at der ikke findes nogen fælles definition på succesfuld outcome af POP-kirurgi. Det betyder, at det er meget vanskeligt at sammenligne resultater mellem afdelinger og mellem forskellige teknikker. Man må håbe, at de internationale selskaber snart må opnå consensus omkring en definition.

Fra norsk side (Brækken et al. Abstract 76) blev der rapporteret et interessant studie af bækkenbundstræning hos prolapspatien-

ter. 109 kvinder med forskellige grader af POP blev randomiseret til enten en kontrolgruppe eller bækkenbundstræning i form af 18 individuelle session med fysioterapeut. Programmet var baseret på 3 sæt af 8-12 kontraktioner pr. dag gennem 6 mdr. POPQ blev målt blindt, og symptomer vurderet på spørgeskema. Studiet viste beskeden bedring i POPQ-stadiet, men signifikant bedring af symptomer i den gruppe, der modtog bækkenbundstræning. Studiet støtter opfattelsen, at bækkenbundstræning kan have en plads i behandlingen af patienter med POP. Der er ikke så få patienter, hvor indikation for operation er tvivlsom ikke mindst, når symptomer og livskvalitetsproblemer er beskedne. Hos en del af disse patienter vil et bækkenbundsprogram være en mulighed.

### **IUGA 34. årsmøde i COMO i Italien 16.-20. juni 2009**

#### **Urininkontinens**

Palva et al (Abstract 2) fra Finland rapporterede 3-års resultater af et randomiseret kontrolleret studie mellem TTVT versus TTVT-O. Undersøgelsen omfattede 273 patienter. Helbredelsesprocenten baseret på stress-test var 95% i TTVT gruppen versus 90% i TTVT-O gruppen. Dette var ikke statistisk signifikant forskelligt. Der var ingen statistisk signifikant forskel i subjektiv helbredelse eller i livskvalitetsdata. Den objektive helbredelsesprocent er faldet mest i TTVT-gruppen i 3-års perioden, og man kan forvente, at der er signifikant forskel i helbredelsen i de 2 grupper efter 4 eller 5 år? Bemærkelsesværdigt at 25% i TTVT-O gruppen klagede over lyskensmerter.

Fra engelsk side (Basu et al. Abstract 3) blev der rapporteret resultater fra et randomiseret kontrolleret studie mellem TTVT og Miniarc (n= 70 patienter). Efter 6 uger var helbredelsespro-

centen 63% i Miniarc-gruppen mod 100% i TVT-gruppen. Efter 6 mdr. (35 patienter) var helbredelsesprocenten efter TVT 93% versus 45% efter Miniarc.

To undersøgelser omhandlede TVT-secure (TVT-S). I et åbent studie fra Tjekkiet (Martan et al. Abstract 008) havde man fulgt 85 patienter i 3 mdr. Baseret på stress-test var 38% kurerede, hvilket svarede til den subjektive helbredelsesprocent. TVT-S blev anbragt på 2 forskellige måder, dels som en "hammock og dels "U"-formet. Forfatterne konkluderede, at den objektive helbredelsesprocent efter TVT-S er lav afhængig af, om slyngen indsættes på den ene eller den anden måde. Arbejdet var ikke støttet af industrien, men af det tjekkiske sundhedsministerium.

Et andet arbejde fra England (abstract 180) viste, at resultaterne af de første 35 TVT-S er signifikant dårligere end de følgende. Studiet viser således, hvad der ikke kan overraske nemlig, at også det indgreb har en learning kurve, der er behæftet med dårlige resultater og flere komplikationer.

På basis af den foreliggende litteratur synes "minislyngerne" dels at have en ikke ubetydelig learning kurve og dels synes resultaterne ikke at kunne konkurrere med konventionel TVT.

Der blev rapporteret en systematisk review (abstract 041) vedrørende værdien af blære-vægstykkelsen til diagnosticering af detrusor overaktivitet (DO). Flere studier tyder på, at måling af blærevæggen er effektiv til at prædiktere den urodynamiske diagnose DO. Pga. heterogenitet af de foreliggende data, var det vanskeligt at drage nogen endelig konklusion af værdien af blærevægsmåling og cut off level. Forfatterne konkluderede, at der er behov for en robust prospektiv tictcenter undersøgelse.

Harvey og Day fra Canada (abstract 059) rapporterede resultater af en randomiseret cross over ublindet undersøgelse af inkontinensring (IR). 29 patienter blev behandlet i 2 sekvenser, kontrol-IR eller IR-kontrol. Studiet viste, at omkring 50% opnåede  $\geq 50\%$  forbedring. Den umiddelbare helbredelsesprocent af IR var 20%.

En hollandsk undersøgelse (Block et al. Abstract 141) rapporterede, hvor mange patienter i behandling med antimuscarinica for overaktiv blæresyndrom, der fortsat tog medicin efter 1 år. Antallet af patienter var  $>15.000$ . Studiet viser i lighed med andre studier bl.a. et af Brostrøm et al. (ref.), at kun omkring 10-17% fortsat tager medicinen efter 9 mdr. Flavoxat havde den laveste procent mens Solifinacin den højeste.

## Pelvin organ prolapse

Maher et al fra Australien rapporterede på ny en metaanalyse vedrørende kirurgisk behandling af POP. Antallet af patienter der indgik i studiet var 3.773. Forfatterne konkluderede, at brug af syntetisk mesh i forbindelse med en forvægsplastik reducerer risikoen for anatomisk cystocelerecidiv. Denne gevinst følges ikke af en lavere reoperationsrate for prolaps og/eller inkontinens eller i forbedring af patientrelaterede outcome.

Fra dansk side (Mouritsen et al. Abstract 112) blev præsenteret et randomiseret kontroleret studiet vedr. effekt af Surgicis hos patienter opereret for recidiv POP. Studiet viste, at der ikke er nogen signifikant effekt hverken anatomisk eller symptomatisk af Surgicis.

Abstract fra ICS er tilgængelige i Neurourol Urodyn 2009; 28: 567-935 og Abstract fra IUGA i Int Urogynecol J 2009; vol. 20, suppl.2.

# Spasmo-lyt® Depot Trospiumchlorid



## Gør hverdagen lettere...

Nyt præparat til behandling af  
patienter med overaktiv blære

- 1 kapsel én gang dagligt
- Signifikant effekt inden for den første uge<sup>1</sup>
- Mundtørhed hos under 10 % af patienterne<sup>1</sup>

### Vil du vide mere?

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

**MEDA**

# SPASMO-LYT DEPOT

## Spasmo-lyt Depot (Trospiumchlorid), hård depotkapsel

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

antidepressiva), forstærkning af takykardi-effekten af β-sympatomimetika; reduceret effektivitet af prokinetiske stoffer (f.eks. metoclopramid). Da trospiumchlorid kan påvirke den gastrointestinale motilitet og secernering, kan det ikke udelukkes at absorptionen af andre samtidigt administrerede lægemidler kan ændres. En hæmning af absorptionen af trospiumchlorid med aktive stoffer som guar, cholestyramin og colestipol kan ikke udelukkes. Derfor anbefales samtidig administration af lægemidler indeholdende disse aktive stoffer med trospiumchlorid ikke. **Bivirkninger:** Meget almindelige: Mundtørhed. Almindelige: Tørre øjne, dyspepsi, forstoppelse, forværring af forstoppelse, mavesmerter, udspilet mave, kvalme, tørhed i næsen. Ikke almindelig: Flatulens. Sjælden: Asteni, miktionsforstyrrelser, urinretention, udslæt. Meget sjælden: urinvejsinfektion, hovedpine.

**Udlevering: B – alment tilskud. Priser og pakninger:** 60 mg depotkapsler, 28 stk. kr. 307,50. Ekskl. recepturgebyr. Priserne er gældende per 2. november 2009. Indehaver af markedsføringstilladelsen: Madaus GmbH, 51067 Köln, Tyskland

**Teksten er forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresume. Produktresumeet kan vederlagsfrit rekvireres fra Meda AS.**

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

# Indtryk fra ICS kongressen i San Francisco

## 29. september - 3. oktober 2009 - set med fysioterapeutiske øjne

Hvorfor tager fysioterapeuter til ICS kongres? Ja, vi kan kun svare for os selv, men ønsket om at vide, hvad der rører sig indenfor udredning og behandling af inkontinens og underlivssmerter samt mulighed for at høre om den nyeste forskning indenfor området er et par af svarene. Det er også meget inspirerende at møde engagerede mennesker fra hele verden. For os GynObs-fysioterapeuter er ICS kongressen et godt sted at skabe kontakt til andre faggrupper og skabe netværk til glæde for vores daglige arbejde med denne type patienter, - at kongressen i år fandt sted i San Francisco, var i sig selv en rejse værd!

Vi er tre fysioterapeuter, som gennem flere år, har deltaget i ICS kongresserne rundt om i verden, så i år var ingen undtagelse. Kongresserne er meget lægeorienterede, men som fysioterapeuter, der i dagligdagen arbejder med disse patienter, er det også vigtigt for os at kende til de nye tiltag, som sker indenfor den lægelige behandling. Heldigvis kommer flere og flere fysioterapeuter på banen indenfor forskning og møder op på kongresserne – og det er en spændende og givende udvikling. Vi må dog indrømme, at kongressen i år – sammenlignet med tidligere år - generelt gav os et mindre udbytte fagligt.

For os fysioterapeuter var der mandag mulighed for at deltage i "Round

Table", et forum kun for fysioterapeuter, som endnu ikke helt har fundet sin rette form, hvilket var til diskussion. Er tidspunktet, som ligger før den egentlige kongres, det rette (kun 60-70 ud af 200 tilmeldte deltog)? Skal det være et forum, hvor fysioterapeuter, som forsker, kan øve sig i at fremlægge, – eller er det her, det færdige fysioterapeutiske studie skal fremlægges?

Fagligt blev der præsenteret flere spændende projekter. Bl.a. præsenterede Kari Bø et endnu ikke opstartet projekt vedrørende: "Kan man optræne en skadet bækkenbund?" efter fødselsskade.

Els Bakker havde undersøgt sammenhæng mellem stressinkontinens og lændesmerter,



De tre glade forfattere i San Francisco

hvilket for os var spændende, da det ofte er det billede, vi møder i klinikken.

Linda McLean's undersøgelse af sammenhæng mellem aktivitet i bækkenbunden og lændelordosens størrelse var ligeledes interessant. Hun fandt at hyperlordose giver højere intraabdominalt tryk, men mindre EMG aktivitet ved en kontraktion af bækkenbunden og opfordrede alle til at arbejde med holdningskorrektion samtidig med bækkenbundstræning.

Begge indlæg var efterfølgende - sammen med andre emner - til livlig paneldebat, hvor forskellige synspunkter/holdninger til forskning kom tydeligt frem. Også et emne, som EMG-værdier ved biofeedback var til diskussion. Bækkenbunden kan arbejde både koncentrisk og exentrisk, begge måder giver udslag på biofeedback'en, men kun det koncentriske er værdifuldt i forhold til inkontinens og prolaps.

De to efterfølgende dage, tirsdag og onsdag, havde vi tilmeldt os workshops. Tirsdag drejede det sig om "The Overactive Pelvic Floor". Flere studier omhandlede behandling af triggerpunkter med akupressur, akupunktur og akupunktur med injektion af lokal analgetica – et for os spændende område. Holdningskorrektion og føddernes stilling/indlæg i sko blev ligeledes belyst som værende et vigtigt middel i forhold til at afhjælpe en overspændt M.Obturatorius Internus og dermed mindske afklemning af N.Pudendus. Emner med efterfølgende livlige diskussioner.

Onsdag drejede workshop'en sig om "De-mystifying Cronic Pelvic Pain". Stephanie A.

Prendergast gav en fin gennemgang af udredning og behandling "Myofacial Pelvic Pain" – men ind imellem kan det engelske sprog altså gå lidt for hurtigt, så alt for meget spændende går tabt – ærgerligt. Hun beskrev manuel terapi-formerne: triggerpunkt-behandling, bindevævsmassage og afslapningsteknikker. - Læge David Wise, forfatter til "Headache in the Pelvis", fortalte om sit studie og om et særliges finurligt apparat, han havde udviklet til selvbehandling af triggerpunkter gennem anus. Apparatet er dog ikke i handlen endnu. - Kristine Whitemore's studie omhandlede brug af botox til injektion i triggerpunkterne – dog ikke med et helt tilfredsstillende resultat i forhold til smertelindring.

Begge workshops var dog desværre, i sammenligning med tidligere års workshops, på et fagligt lavere niveau.

Torsdag startede den egentlige kongres som varede i tre dage. Vi udvalgte blandt de sideløbende sessioner de hovedemner, der umiddelbart havde størst relevans for os, så som "LUTS in Women", "Pelvic Floor", "Rehabilitation", "Pelvic Floor and Lower Bowel" og "Pregnancy/Childbirth & Outcome". Ud fra programmet kunne vi imidlertid se, at nogle studier, som blev præsenteret på andre sessioner, var vældigt relevante for os, hvilket betød, at vi ind imellem måtte skynde os fra det ene store lokale til det andet.

Vi så meget frem til John O.DeLancy's "State of the Art", hvor emnet i år var: "Pelvic Floor



Biomechanics: Imaging, Modelling, Insight and Change", hvilket kunne holde os koncentreret "fanget" i ½ time.

Da 62% af alle gynækologiske operationer er prolapsoperationer, var det dem, DeLancey koncentrerede sig om i sin forelæsning – og spørgsmålet var: "Hvad er årsagen til prolaps? Dårligt bindevæv, fødselsrelateret neuropathy, muskelskader, bristet fascie, tunge løft??? Hvilke af disse hypoteser er rigtige – og hvilke teknikker vil hjælpe os med at finde ud af, hvad der er galt? Her er det, at MR er revolutionerende i forhold til, hvad man kan få at se - hvilket vi fik mange eksempler på. - DeLancey præsenterede en case-control undersøgelse af sammenhænge mellem levatorskade og prolaps: I studiet deltog i alt 299 kvinder: 155 med prolaps og en kontrolgruppe på 134 uden prolaps. Det viste sig efter MR scanning, at der i prolapsgruppen var 55%, som havde en levatorskade, men i kontrolgruppen fandt man 15,5%, som rent faktisk også havde en stor levatorskade uden samtidig prolaps. Det tyder på, at der er en sammenhæng mellem stor levatorskade og prolaps, men jo altså ikke den eneste forklaring. Så hvilke andre faktorer spiller ind som årsager til dannelse af prolaps?

Ligeledes talte DeLancy om, hvorledes MR kan bruges til at undersøge, hvilke faktorer, der er mest associeret med SUI. Han opstillede en række mulige faktorer: den urethrale støtte, organstøtten, det urethrale lukketryk, stort genital hiatus, kraftigt hoste, levatorerne og overvægt. Han havde selv forventet, at undersøgelsen ville

vise, at det var den urethrale støtte, der var hovedansvarlig for SUI, men det viste sig, at det var det urethrale lukketryk. Selv om også de andre faktorer havde betydning, var lukketrykket det væsentligste.

Også de andre "State of the Art" forelæsninger var meget spændende, men især "Building New Bridges and Roads Between the Brain and the Bladder", som blev holdt af William C De Groot gjorde stort indtryk. Han fortalte om den forskning, som foregår med anvendelse af ner-vebaner til at skabe en "omfartsvej" ovenfor et skadet sted i centralnervesystemet udenom læsionen, til den sacrale rod under læsionen, for at kunne frembringe en kontraktion i blæren. Dette kunne udføres på flere forskellige måder og i forskellig kombination med motoriske og autonome nerver. Det lød i vore øre som "Fagre Nye Verden. Denne forskning har stået på siden slutningen af 1800-tallet, men selvfølgelig meget mere intenst de senere år. Han kunne berette om studier med ret gode resultater for en stor del af patienterne, men der var stadig lang vej endnu.

Der kunne nævnes mange andre spændende indlæg, så dette er blot et lille udpluk af de mange indtryk vi fik med os. Kongressen var alt i alt en stor oplevelse – i en fantastisk by.

*Vi ses i Toronto, Canada, i 2010.*



## Urinretention hos 12-årig pige

En 12-årig pige har gennem tre uger haft vandladningsbesvær. Initialt er hun behandlet med antibiotika via vagtlæge på mistanke om urinvejsinfektion uden effekt. Hun har desuden manglende appetit, vekslende afføring, et vægttab på 4-5 kg og lændesmerter. Hun er tidligere sund og rask, har endnu ikke haft menstruation og er ikke seksuelt aktiv. Hun indlægges akut på en børneafdeling, hvor der findes en stor udfyldning i abdomen strækende sig op til umbilicus og desuden let gabende anus uden sphincterkontraktion.

Der mistænkes tværsnitssyndrom på baggrund af malign lidelse eller kronisk osteomyelit (knoglebetændelse). Infektions- og væsketal er normale. Efter konference med neurokirurgisk bagvagt foretages der akut MR-skanning af columna og ultralydundersøgelse af abdomen. Der anlægges blærekateter i generel anæstesi med udømmelse af 400 ml klar urin. MR-skanning af columna er normal. Ultralydundersøgelsen af abdomen viser væskefyldt vagina, og der mistænkes ophobning af blod i vagina (hæmato-kolpos) pga. hymen imperforatus.

Der foretages ukompliceret incision af hymen i generel anæstesi på gynækologisk afdeling med udømmelse af 500 ml gammelt blod. Der findes ingen andre anomalier i genitalia. Ved ambulant kontrol tre mdr. efter findes normale forhold, normal menstruationscyklus og ingen subjektive symptomer.

Hymen imperforatus er en medfødt lidelse, som optræder hos 1:2000-3000 og er årsag til 10 % af tilfældene af akut urinretention hos

børn. Det manglende afløb af menstruationsblod forårsager stase i vagina og i uterus og evt. i salpinges. Hymen imperforatus giver oftest først symptomer i forbindelse med puberteten. Symptomerne er nedre abdominal smerter, lændesmerter, besværet vandladning, akut urinretention, besværet afføring og stor udfyldning i nedre abdomen.

Diagnosen er let og stilles ved simpel inspektion, hvor der ses en blålig fremling af hymen. Abdominal ultralydundersøgelse kan bekræfte diagnosen.

Behandling er kirurgisk i generel anæstesi med incision (som omvendt T eller X) eller partiell hymenektomi med udømmelse af det gamle blod. Det anbefales at anlægge kateter under operationen for at sikre, at urethra ikke læderes. Ambulant kontrol efter tre mdr anbefales mph menstruations- og vandladningsproblemer. Hymen imperforatus er sjældent ledsaget af andre anomalier. Komplikation efter hymen imperforatus er sjældne men kan ses i form af endometriose pga retrograd blødning, nedsat fertilitet som følge af stase af menstruationsblod i salpinges samt nyrepåvirkning pga afklemning af ureter af den store udfyldning.

Diagnose og behandling er simpel – men hymen imperforatus overses let, hvis lægen ikke har lidelsen i tankerne og dermed ikke får set efter ved den kliniske undersøgelse. Dette kan medføre unødvendig bekymring og undersøgelse af patienten.



Til  
overaktiv  
blære<sup>(1)</sup>

 Toviaz®  
Fesoterodin

LEV LIVET

Pfizer

Se produktinformation på side xx

# TOVIAZ

## Forkortet produktinformation for Toviaz® (fesoterodin)

### Depottabletter 4 mg og 8 mg.

**Indikationer:** Behandling af de symptomer (hyppig vandladning og/eller imperiøs vandladningstrang og/eller urgekontinens), 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 ventrikelerention, ukontrolleret snævervinklet glaukom, myastenia 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 antimuskærne lægemidler overvejes. Toviaz bør anvendes med forsigtighed hos patienter med klinisk signifikant blæreibstruktion, gastrointestinale obstruktive lidelser, risiko for QT-forlængelse samt relevante forud bestående hjertekarsygdomme, gastro-oesofagal refluks og/eller samtidig indtagelse lægemidler, der kan forårsage eller forverre oesophagitis, reduceret gastro-intestinal motilitet, autonom neuropati, velbehandlet snævervinklet glaukom. Der bør udvises forsigtighed ved behandling af eller optitrering af dosis til patienter med nedsat nyre- eller leverfunktion eller patienter, der samtidig behandles med potente CYP3A4- eller CYP2D6-hæmmere. Indeholder lactose. Bør ikke anvendes til patienter der ikke tåler visse sukkerarter.

**Interaktioner\*:** Farmakologiske interaktioner: Forsigtighed ved samtidig administration af fesoterodin og andre lægemidler, som har antimuskærne 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-induktører 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 antimuskærne virkninger som mundtørhed, tørre øjne, dyspepsi og forstopelse. Mundtørhed ses hyppigst med en frekvens på 28,8%. Meget almindelige bivirkninger (>10%): Mundtørhed. Almindelige bivirkninger (≥1% og ≤10%): Swimmelhed, hovedpine, øjenstørhed, torhed i svælget, abdominalsmerter, diarré, dyspepsi, forstopelse, kvalme, dysuri, sovnloshed. Ikke almindelige bivirkninger (≤0,1% og ≤1%): Takykardi, dysgeusi, sovnighed, vertigo, smærter i hals og svælg, hoste, torhed i næsen, ubehag i maven, oppustethed, urinretention, igangsættelsesbesvær ved vandladning, udsłæt, tor hud, urinveisinfektion, træthed, øget ALAT og CGT. **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. recepturugebyr (AUP) pr. 2. november 2009:

| Vnr.   | Lægemiddelform og styrke | Pakningsstørrelse | Pris i kr. |
|--------|--------------------------|-------------------|------------|
| 116705 | Depottabletter 4 mg      | 28 stk            | 504,65     |
| 116694 | Depottabletter 4 mg      | 84 stk            | 1.509,20   |
| 116716 | Depottabletter 8 mg      | 28 stk            | 504,65     |
| 116727 | Depottabletter 8 mg      | 84 stk            | 1.509,20   |

Dagsaktuel pris findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk)

**Udlevering:** B

**Tilskud:** Ja.

De med \* mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMEA godkendte produktresumé dateret 29. juli 2009. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00.

(TOVI 016 ASmPC V4.0 9Sep2009.doc)

Tov-08-01-24, maj 2009

1. Toviaz® (fesoterodin) SmPC.

## Independent continence nurse in the Netherlands

It's been eighteen years since I started with continence advising. After nine years I had seen enough of the hospital and wanted to do more. Many people do not seek their GP with continence complaints. It still is a taboo, something you don't talk about, especially elderly.

In 2000 I started on my own clinic. Because I was one of the founders and chairman of the Dutch association of continence nurses I knew many people in the field and had also contacts with many companies. As chairman I made them contributors to the association. In 2003 I was even elected as continence nurse of the year.

Starting my own business was difficult and still is. Most of the health insurances companies do not reimburse the costs of a visit at the continence adviser. Therefore the patients have to pay the consult by them self. Because of these circumstances visiting a continence nurse is not very common and the number of patients I get is limited. The patients I get are referred by GP's, colleagues and physiotherapists. However a few times a health insurance company asked me to find out why a patient needed so much absorption materials.

At my home I have a small practice, which was the former garage, but I also go out and visit patients. I get patients with all kinds of problems with incontinence, both urinary and fecal, and for example problems with catheters. At first I try to find out what the patient is expecting. This can be just a talk about their incontinence, finding the kind of diapers or devices they prefer, reviewing possibilities to get

(more) continent or problems with CIC. At my practice I have a lot of possibilities showing all kind of materials using my stock or the internet. When I visit a patient I can see how they live which give me a lot of information about their daily routine.

After the first acquaintance together with the patient I fill out a questionnaire. Sometimes I can give an advice directly to the patient, but more often I hand out testing materials. I also hand out a micturition list for two days and ask them to fill out. Sometimes I send them to a pelvic physiotherapist for exercises. After testing we evaluate which was the best or I ask if they tried the tips I gave them and if there were any results. Once I had a patient, an older woman, who suffered from fecal incontinence and only talking was enough. It was the first time she could talk about her problem and I only gave her some advises about food. The next time I saw her she had no problems anymore.

For patients that need a specific kind of diapers I write a prescription, so they can collect it at the local pharmacy or I sign them in by a medical store from which they get the materials. Not all pharmacy's take my prescriptions, because I'm no GP. In that case the patient needs to visit a GP to get the prescription. After the consult I ask the patient for permission to let their GP know what my conclusions are. Mostly that is alright and I write a letter for the GP about my conclusion and advice. Patients that don't want anyone to know about their problems can get problems with the pharmacist who wants a prescription from the GP.

When I sign a patient in by a medical store there are less problems. I write an authorization for the medical store with a short diagnose and what kind of diapers the patient needs. Then the patient get the diapers at home by post. When they are out of materials they can call the medical store and mostly the materials are delivered the next day.

When working independent, having your own consulting practice, one encounters a lot of problems. At first the government that sets rules. The health insurance companies need a code. A lot of professions get the code like doctors, physiotherapists, dieticians and even beauticians. But whenever nurses request this code or permission, they are told that a nurse can't work independent. 'All nurses work in institutions so this profession doesn't exist for the code'. In the Netherlands there are a lot of independent nurses and we all together try to convince the authorities that our profession really exist. Without this code you can't have the bill refunded or paid by the health insurance so clients have to pay the consults themselves. This is the biggest problem for me because there are some people live by supplementary benefit and others don't want to pay because they already pay for a health insurance.

Sometimes I ask them if they have any pets. If they say yes, I ask them if they ever consulted a vet. Vets are rather expensive, you easily pay €0,- for ten minutes and that's without any treatment or medication. Then I asked whether they think €5 for about an hour for them self, with a good advice or help is to much. Often

they wake up then and will make an appointment.

Before I started as independent continence advisor I worked in a university hospital and was involved with urodynamic investigations. I still do that for one day a week. This has a lot of advantages. At first it is good to work with others so you can chat, socialize and exchange experiences. When you work alone you must get news from the internet, read a lot and visit training's. We also have in our region a group of continence nurses who come together every three month to talk and change experiences.

I like my job very much and I really hope that I can get a code for the health insurances. If this happens I'm sure that everything will be better.

If you want to know more or have any questions do not hesitate to contact me:

[ullihaase@cabu.nl](mailto:ullihaase@cabu.nl)

## Næste nummer

af DUGSNyt udkommer

udkommer primo juni 2010

Manusritter indsendes til:

[torsten.soerensen@dadlnet.dk](mailto:torsten.soerensen@dadlnet.dk)

senest 10. maj 2010

# DUGS GENERALFORSAMLING 2010

**Dansk Urogynækologisk Selskab afholder ordinær generalforsamling fredag den  
22. januar 2010 kl. 17.15 på Hotel Scandic Copenhagen, Vester Søgade 6,  
1601 København V, umiddelbart efter årsmødet samme sted  
(se annoncen og program andet sted i bladet).**

*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 (punktet udgår, idet valg fandt sted på generalforsamlingen i 2009)
7. Valg til bestyrelsen
8. Valg til udvalg
9. Valg af revisor og revisorsuppleant
10. Indkomne forslag
11. Eventuelt

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

Bestyrelsen foreslår, at alle, der ønsker personligt medlemskab, indbetaler 100 kr. til selskabets konto i Lægernes Pensionsbank, reg. 6771, konto nr. 61 54 413.

Belobstørrelsen skal endeligt vedtages på Generalforsamlingen i 2010, men vil med stor sandsynlighed ikke blive ændret.





**Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) – 5. Videnskabelige Møde  
Nordisk Urogynekologisk Arbetsgrupp (NUGA) – 26th Annual Meeting  
22 – 23 January 2010**

**Hotel Scandic, Copenhagen · Vester Søgade 6, 1601 København V**



## **MARK YOUR CALENDAR!**

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

DUGS-mødet afholdes på dansk

The NUGA-meeting will be held in Scandinavian and English

Programme and registration details will be available at

[www.nuga-info.org](http://www.nuga-info.org) and [www.dugs.dk](http://www.dugs.dk)

A NUGA-sponsored Research Grant of a sum up to 15.000 will be awarded at the meeting  
Please check [www.nuga-info.org](http://www.nuga-info.org) and [www.dugs.dk](http://www.dugs.dk) for information and deadlines

## Personen bag en berømt operation - John Christopher Burch



I tidens løb er der blevet udviklet adskillige hundrede måder til kirurgisk behandling af stress-urininkontinens. Og det har været karakteristisk, at ikke ret mange operationsmetoder har overlevet mere end nogle få år, inden de blev opgivet af den ene eller anden grund.

En af metoderne skiller sig ud ved at have været anvendt i næsten et halvt århundrede; den blev beskrevet af John Christopher Burch i 1961. Og, som det ofte var sket for andre, udviklede han operationen, fordi han under udførelsen af en planlagt standardoperation pludselig måtte improvisere; det var nemlig ikke muligt for ham at udføre det indgreb, som han havde planlagt. Med andre ord var det tilfældigheder, der fik Burch til at operere på den måde, han gjorde.

I sin beskrivelse af indgrevet fortæller han, hvordan han i 1958 skulle operere en patient for urininkontinens; han havde tænkt sig at

anvende den metode, der har navn efter Marshall-Marchetti-Krantz, og som beror på, at partiet omkring blærehalsen og den øverste del af urethra syes fast til bagsiden af symfysen. Men det viste sig at være umuligt, fordi suturerne ustændeligt skar igennem periost. Derfor var det nødvendigt at finde et andet sted, hvor han kunne placere trådene.

Først tænkte han på en speciel senebue, der hedder arcus tendineus fascia pelvis, men han måtte erkende, at dette sted ikke var særligt stabilt. I stedet valgte han ligamentum pectineum - også kaldet Coopers ligament - som løber på den øverste gren af skambenet (ramus superior ossis pubis). Og han konstaterede, at dette stærke bånd af fibrøst væv var ideelt både med hensyn til at sy i og til at fastholde suturerne.

Rent praktisk udføres operationen ved, at kirurgen eller en assistent presser vaginaltoppen opad og lateralt, mens kirurgen oppefra placerer to eller tre suturer i det perivaginale væv og knytter dem til Coopers ligament. Det lyder umiddelbart let, men kan være meget sværtlig.

Ikke desto mindre har Buchs metode i mange år været anset som The Golden Standard, når forskellige operationsmetoder skulle sammenlignes. Operationen viste sig nemlig at være et af det indgreb, som havde de bedste resultater. Således publicerede Burch i 1968 et materiale på 148 patienter med en succesrate på 93 %, og andre opgørelser viste signifikant forbedringer af patienternes inkontinens i op til 90 % af tilfældene. Men i dag er Buchs operation for stressinkontinens de fleste steder afløst af

mindre invasive indgreb som TVT (Tensionfree Vaginal Tape) og TOT (Trans Obturator Tape); førstnævnte har nok afløst Burch-operationen som The Golden Standard.

Hvem var så John Christopher Burch? Han blev født i Nashville i USA i 1900. Faderen var chef for den gynækologisk-obstetriske afdeling og blev senere dekan ved lægeskolen. Inspireret af ham valgte den unge John at læse medicin. Han blev læge i 1923 og uddannede sig blandt andet i Boston og New York; desuden besøgte han hospitaler i Europa.

I 1926 vendte han tilbage til Nashville, hvor han begyndte at arbejde i faderens klinik, The Burch Clinic. Men da 2. Verdenskrig brød ud, meldte Burch sig til aktiv tjeneste. Han fik rang af oberst i den amerikanske hær og var chef for den kirurgiske service ved Brooke General Hospital i Fort Sam Houston i Texas.

Efter krigen vendte han tilbage til sin fødeby Nashville, hvor han blev udnevnt til professor

og chef for gynækologisk-obstetrisk afdeling ved Vanderbilt University Medical Center. Samtidig fungerede han som kirurg ved St. Thomas Hospital i Nashville.

John Burch modtog adskillige æresbevisninger og fortsatte i øvrigt arbejdet i sin privatpraksis lige til sin død i 1977.

#### Kilder:

1. Thomas Baskett. Eponyms and Names in Obstetrics and Gynaecology. London: RCOG 1998
2. Michael J. O=Dowd & Elliott E. Philipp. The History of Obstetrics and Gynaecology. London & New York: The Parthenon Publishing Group 1994
3. Burch JC. Urethrovaginal fixation to Coopers ligament for correction of stressincontinence, cystocele and prolapse. Am J Obstet Gynecol 1961; 81: 281-90
4. Torsten Sørensen. Personen bag navnet - John Christopher Burch. [www.dsog.dk](http://www.dsog.dk)

## Bliv medlem af Dansk Urogynækologisk Selskab

Som medlem modtager man to årlige medlemsblade. Desuden får man tilbud om deltagelse i årsmødet og andre arrangementer og aktivitetet 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. reservalæge Mette Hornum Bing på e-post-adressen: [mbing@dadlnet.dk](mailto:mbing@dadlnet.dk)

Kontingentet på 100 kr indbetales på nedenstående konto.

#### Bankkonto:

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

# KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

**Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) & Nordisk Urogynekologisk Arbetsgruppe (NUGA)**  
Fællesmøde på Hotel Scandic Copenhagen  
Vester Søgade 6, 1601 København V  
22.-23. januar 2010  
[www.dugs.dk](http://www.dugs.dk)  
[www.nuga-info.org](http://www.nuga-info.org)

**Temadag for Kontinenssygeplejersker**  
26. februar 2010  
[www.dugs.dk](http://www.dugs.dk)

**Dansk Urologisk Selskab (DUS)**  
**Forårsmøde**  
Herlev Hospital  
19. marts 2010  
[www.urologi.dk](http://www.urologi.dk)

**Kvalitet i Urogynækologi**  
9. april 2010  
[www.dugs.dk](http://www.dugs.dk)

**25th Annual EAU Congress**  
Barcelona, Spanien  
16.-20. april 2010  
[www.eaubarcelona2010.org](http://www.eaubarcelona2010.org)

**International Continence Society (ICS) & International Urogyneecological Association (IUGA)**  
Annual Meetings  
Toronto, Canada  
23.-27. august 2010  
[www.icsoffice.org](http://www.icsoffice.org)  
[www.iuga.org](http://www.iuga.org)

**International Urogyneecological Association (IUGA)**  
Annual Meeting  
Lisabon, Portugal  
28. juni - 2. juli 2011  
[www.iuga.org](http://www.iuga.org)

**International Continence Society (ICS)**  
Annual Meeting  
Glasgow, UK  
29. august - 2. september 2011  
[www.icsoffice.org](http://www.icsoffice.org)

**International Urogyneecological Association (IUGA)**  
Annual Meeting  
Brisbane, Australien  
2012  
[www.iuga.org](http://www.iuga.org)

**International Continence Society (ICS)**  
Annual Meeting  
Beijing, Kina  
15.-19. oktober 2012  
[www.icsoffice.org](http://www.icsoffice.org)

## Bestyrelsen for DUGS

### FORMAND

Overlæge, ph.d. **Susanne Axelsen**  
Gynækologisk/obstetrisk afd. Y  
Aarhus Universitetshospital, Skejby  
Brendstrupgaardsvej  
8200 Aarhus N  
[susanne.axelsen@dadlnet.dk](mailto:susanne.axelsen@dadlnet.dk)

### NÆSTFORMAND

Overlæge, ph.d. **Søren Brostrøm**  
Gynækologisk/obstetrisk afd. G  
Glostrup Hospital  
Ndr. Ringvej  
2600 Glostrup  
[soren@brostrom.dk](mailto:soren@brostrom.dk)

### KASSERER

Professor, overlæge dr. med.  
**Steen Walter**  
Urologisk afdeling L  
Odense Universitetshospital  
5000 Odense C  
[steenwalter@dadlnet.dk](mailto:steenwalter@dadlnet.dk)

### SEKRETÆR

1. reservelæge, ph.d.  
**Mette Hornum Bing**  
Gynækologisk/obstetrisk afd.  
Hvidovre Hospital  
Kettegård Allé 30  
2650 Hvidovre  
[mbing@dadlnet.dk](mailto:mbing@dadlnet.dk)

### BESTYRELSESMEDLEM

Kontinenstygeplejerske **Bente Thoft**  
Fortevej 100  
8240 Risskov  
[thoft@c.dk](mailto:thoft@c.dk)

### REDAKTØR AF DUGSNYT

Overlæge **Torsten Sørensen**  
Vangen 24, Tved  
6000 Kolding  
[torsten.soerensen@dadlnet.dk](mailto:torsten.soerensen@dadlnet.dk)



SELSKABETS HJEMMESIDE

[www.dugs.dk](http://www.dugs.dk)



Det var "Kvinden med hermelinen", Venus fødsel, Mona Lisa, og Simonetta Vespucci som Cleopatra, der prydede hjemmesider og programmer for IUGA 2009. Om det er fordi disse 4 skønne modeller menes at have haft brug for en urogynækolog eller om det er fordi kunstnerne bag disse fire portrætter alle hører hjemme i det skønne Norditalien ved jeg ikke. Det første en mulighed - det sidste nok mere sandsynligt.

Et er sikkert. Villa Erba i Como var en fantastisk kulisse for årets IUGA kongres. Den 34. af slagsen, men den første for mit vedkommende – en vordende urolog.

Iuga-ugen startede med et absolut imponerende udbud af workshops, og det syntes som om de alle var godt besøgt. Torsdag åbnedes den egentlige kongres og programmet der fulgte var varieret i en sådan grad at den store

foredragssal også var fyldt op den sidste dag!

Formiddagene blev alle dage brugt til de inviterede foredragsholdere, og her vil jeg fremhæve Diaa Rizk fremragende "State of the art lecture" om den aldrende bækkenbund. Rizk gruppe har i rotteforsøg vist, at ovariektomi og den dermed inducede østroge mangel forværret de forandringer i bækkenbunden der kan registreres hos gamle rotter. Denne sammenhæng menes at indikere en synergistisk, skadelig og selvstændig interaktion mellem lavt østroge niveau og aldring. Diaa fremhæver derfor vigtigheden af at studere både de parakliniske og de reproduktive bidrag til den aldersmæssige degeneration af bækkenbunden for derved at kunne identificere fremtidige strategier for behandling af bækkenbundslidelser hos de geripausale kvinder.

Sessionerne om eftermiddagen forløb gennem det meste af kongressen parallelt, således, at der samtidig blev holdt foredrag om handlende både stressinkontiens og OAB samt QOL. Dette synes at være en udmarket opdeling. Desværre var lyden i de mindre rum



Villa Erba og kongres området.

knapt så god, og der var meget larm fra gangarealerne!

Personligt søgte jeg sessionerne om OAB og QOL. Meget kontroversielt er fortsat hele diskussionen om ætiologien bag OAB, og igen var der meget interessante oplæg, der foreslog at urothelial inflammation og manglende diagnosticing af UVI kan være medvirkende faktorer i ætiologien bag OAB. De præsenterede studier har dog visse svagheder, og man kan ikke på det foreliggende grundlag konkludere at denne sammenhæng er til stede, men det er bestemt et emne, som vi vil komme til at høre mere om, ikke mindst fordi den behandling vi i dag kan tilbyde patienter med OAB ikke er optimal.

Man havde også valgt at medtage et foredrag om den forestående rapport om ICS-terminologien omkring "female pelvis floor dysfunction". Det er alfa og omega, at vi som behandlere kender de præcise definitioner af de forskellige lidelser, og et sådant tiltag er både oplagt og prisværdigt.

En fantastisk nyskabelse ved IUGA 2009 var konceptet "clinical lunch" - frokost med eks-

perter. Det var muligt at vælge mellem 8 forskellige temaer lige fra "funktionel anatomi" til "sexual dysfunction", ved hvilken jeg deltog. Det er altid yderst interessant at få mulighed for, om end på denne her lidt formaliserede måde, at få en faglig diskussion med ens helte og idoler, og måske oven i købet en vægtig grund til overhovedet at deltage i en videnskabelig kongres.

Fra fredagens program kan den interaktive session om "pelvic pain" fremhæves. Tre førende klinikere fremlagde hver en case om hhv. pudendus neuropati, vestibulitis og "painfull bladder syndrome". Efterfølgende kunne publikum "stemme" om hvilken behandling man ville foreslå, hvorefter de tre eksperter hver bød ind med deres erfaringer lige fra epidemiologi over patofysiologi til "outcome".

Præcis som urologen og gynækologien har gjort det, og med de ord vil jeg endnu en gang takke bestyrelsen i DUGS for tildelingen af DUGS prisen 2009, som gav mig mulighed for at deltage i IUGA 2009.



Når kærester par i Como skal giftes, har de en tradition for at sætte en hængelås på rækkeværket ved den store mole, der strækker sig ud i Como-soen fra vest. Nøglen smides væk og de har der ved lovet hinanden evig troskab.

## DUGS & NUGA



### NUGA & DUGS joint meeting Copenhagen, 22 - 23 January 2010

26th Annual Meeting of the Nordic Urogynecology Association  
(Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe, NUGA)  
5th Annual Meetings of the Danish Urogynaecological Society  
(Dansk Urogynækologisk Selskab, DUGS).

#### REGISTRATION

Register online at [www.nuga-info.org](http://www.nuga-info.org)

Registration Fees DKK

|   |       |
|---|-------|
| DUGS Attendees (excl. gala dinner)                          | 550   |
| DUGS & NUGA Attendees (incl. gala)                          | 2.400 |
| NUGA Attendees (incl. gala)                                 | 2.200 |
| DUGS & NUGA (nurses/physiotherapists/midwives) (incl. gala) | 2.000 |
| NUGA (nurses/physiotherapists/midwives) (incl. gala)        | 1.800 |

The hands-on workshop Saturday 23 January is not included in the registration fee. The fee for attending the workshop is 300 DKK.

## Cancellation Policy

Notification of cancellation must be made in writing and mailed, faxed or e-mailed to ICS A/S and with a reference to a bank account, including the SWIFT Code and IBAN (International Banking Account Number), where a possible refund may be remitted to. An administration fee will be charged depending on the date the cancellation is received by ICS A/S.

## Registration cancellation fees

Before 1 December 2009: DKK 375

After 1 December 2009: no refund should be expected

A handling fee of DKK 250 per registration will be charged for every registration modification received after 1 December 2009. Credit cannot be given for unattended events, late arrivals or early departure. All refunds will be processed after the Congress.

## ORGANISING COMMITTEES

### The Board of NUGA

Dr. Søren Brostrøm, Denmark (President)  
[soren@brostrom.dk](mailto:soren@brostrom.dk)

Dr. Kristín Jónsdóttir, Iceland  
[kjonsd@landspitali.is](mailto:kjonsd@landspitali.is)

Dr. Antti Valpas, Finland  
[antti.valpas@ekshp.fi](mailto:antti.valpas@ekshp.fi)

Dr. Christian Falconer, Sweden  
[christian.falconer@ds.se](mailto:christian.falconer@ds.se)

Prof. Gunnar Lose, Denmark

[gulo@glo.regionh.dk](mailto:gulo@glo.regionh.dk)

Dr. Yngvild Skåtun Hannestad, Norway

[yngvild.hannestad@icf.uib.no](mailto:yngvild.hannestad@icf.uib.no)

### The Board of DUGS

Dr. Susanne Axelsen (President)  
[susanne.axelsen@dadlnet.dk](mailto:susanne.axelsen@dadlnet.dk)

Dr. Søren Brostrøm (Vice President)

[soren@brostrom.dk](mailto:soren@brostrom.dk)

Prof. Steen Walter (Treasurer)

[steenwalter@dadlnet.dk](mailto:steenwalter@dadlnet.dk)

Dr. Mette Hornum Bing (Secretary)

[mbing@dadlnet.dk](mailto:mbing@dadlnet.dk)

Ms. Bente Thoft

[thoft@c.dk](mailto:thoft@c.dk)

### CONGRESS SECRETARIAT

ICS A/S Copenhagen

Tel:+45 3946 0500

[nuga@ics.dk](mailto:nuga@ics.dk)

# PROGRAMME

## FRIDAY 22 January

|           |  |                               |
|-----------|--|-------------------------------|
| 0830-0930 | Registration<br>Coffee   | <b>DUGS-meeting in Danish</b> |
| 0930-0935 | <b>Velkomst</b><br>Susanne Axelsen, Skejby   |                               |
| 0935-1000 | <b>Udflytning af ambulant genopræning til kommunerne</b><br>Fysioterapeut Ulla Due, Hvidovre<br>Sygeplejerske Annette Vestmark, Hjørring |                               |
| 1000-1045 | Key-note speaker<br><b>Cosmetic Vaginal Surgery</b><br>Dudley Robinson, London   |                               |
| 1045-1115 | Coffee   |                               |
| 1115-1130 | <b>DUGA-basen</b><br>Ulrik Kesmodel, Skejby  |                               |
| 1130-1140 | Highlights fra IUGA 2009 v/ Charlotte Graugaard, Viborg  |                               |
| 1140-1150 | Highlights fra ICS 2009 v/ Susanne Greisen, Skejby   |                               |
| 1150-1200 | Uddeling af IUGA2005-prisen  |                               |

|           |   |  |
|-----------|---|--|
| 1200-1300 | Lunch Symposium - sponsored by Astellas Pharma<br><b>"New knowledge and latest data"</b><br><b>Latest data related to incontinence surgery</b><br>Antti Valpas, Lappeenranta<br><b>Genvägen till en frisk bäckenbotten</b><br>Daniel Altman, Karolinska |  |
|-----------|---|--|

|           |   |   |
|-----------|---|---|
| 1300-1305 | Welcome<br>Gunnar Lose, Glostrup  | <b>NUGA-meeting in Scandinavian/English</b> |
| 1305-1405 | DISSERTATIONS<br><b>D1 - Lower Urinary Tract Symptoms in Women – Aspects on epidemiology and treatment</b><br>Anna-Lena Wennberg, Göteborgs Universitet |   |

|           |  |   |
|-----------|--|---|
|           | <p><b>D2 - Perineal lacerations after childbirth. Studies within midwifery practice on suturing and pain relief</b><br/>Sara Kindberg, Århus Universitet</p> <p><b>D3 - Pelvic organ prolapse – Aspects on etiology, symptomatology and outcome after surgery</b><br/>Ann Miedel, Karolinska Institutet</p>  |   |
| 1405-1430 | Coffee   |   |
| 1430-1530 | <p>Interactive session</p> <p><b>Multi-disciplinary approach to the patient with complicated mixed urinary incontinence (MUI)</b></p> <p>Case presenter: Søren Brostrøm, Herlev<br/>The urogynecologist: Gunnar Lose, Herlev<br/>The urologist: Ralph Peeker, Göteborg<br/>The physiotherapist: Katie Leabourn, Skejby</p>   |   |
| 1530-1550 | <p>The NUGA Research Award 2008 Report</p> <p><b>Ärftlighetens betydelse för utvecklande av bäckenbottensjukdom</b></p> <p>Daniel Altman, Karolinska</p>   |   |
| 1550-1620 | Coffee   |   |
| 1615-1700 | <p>ORAL POSTER PRESENTATIONS - Epidemiology</p> <p><b>OP1 - The Validity of the Danish Prostate Symptom Score Questionnaire in Stroke</b><br/>Sigrid Tibæk, Christian Dehlendorff</p> <p><b>OP2- Translation and psychometric evaluation of the PFIQ, PFDI and PISQ12 questionnaires</b><br/>P Teleman, K Stenzelius, L Iorizzo, U Jakobsson</p> <p><b>OP3 - Type and severity of new-onset urinary incontinence in middle-aged women</b><br/>David Jahanlu, Steinar Hunskaar</p> <p><b>OP4 - Effects of coffee and tea consumption on urinary incontinence: a population based study in female twins</b><br/>Giorgio Tettamanti, Daniel Altman, Nancy L. Pedersen, Rino Bellocchio, Ian Milsom, Anastasia Nyman Iliadou</p> | <b>NUGA-meeting in Scandinavian/English</b> |

|           |  | NUGA-meeting in Scandinavian/English |
|-----------|--|--------------------------------------|
|           | <b>OP5 - Impact of smoking on urinary storage symptoms in women: Results from the FINNO Study</b><br>Riikka M. Tähtinen, Anssi Auvinen, Theodore M. Johnson, 2nd; Rufus Cartwright; Teuvo L. J. Tammela; Kari A. O. Tikkinen |                                      |
| 1700-1800 | DUGS Generalforsamling   |                                      |
|           |  |                                      |
| 1900-2400 | Gala Dinner  |                                      |

## SATURDAY 23 January

|           |  | NUGA-meeting in Scandinavian/English |
|-----------|--|--------------------------------------|
| 0900-0945 | Key-note lecture<br><br><b>Intra-operative cystoscopy in the diagnosis and prevention of urinary tract injury</b><br>Peter Dwyer, Melbourne  |                                      |
| 0945-1030 | ORAL POSTER PRESENTATIONS – Urinary incontinence<br><br><b>OP6 - An open multicenter study of polyacrylamide hydrogel (Bulkamid®) for the treatment of stress and mixed urinary incontinence.</b><br>Lose G, Sørensen HC, Al-Singary W, Axelsen S, Falconer C, Lobodasch K, Tosson S<br><br><b>OP7 - Transurethral injection therapy for urinary incontinence in a group of women with considerable co-morbidity</b><br>Caroline Elmér, Christian Falconer, Daniel Altman<br><br><b>OP8 - Urinary incontinence surgery in Denmark from 2001 to 2008 – A paradigm shift</b><br>A. Ammendrup, K. Lande Andersen, G. Lose |                                      |

|           |   |  |
|-----------|---|--|
|           | <p><b>OP9 - The Influence of Age, BMI, Previous Incontinence Surgery, Parity and Mixed Incontinence on surgical outcomes after tension-free midurethral tape operations for stress urinary incontinence.</b><br/>Prien-Larsen Jens, Hemmingsen L</p> <p><b>OP10 - Behandling av icke bakteriell uretrit med grupp IV steroid</b><br/>Björn Lindström, Dan Hellberg, Dag Lindström, Annika Lindström</p>   | <p><b>NUGA-meeting in Scandinavian/English</b></p> |
| 1030-1100 | Coffee  |  |
| 1100-1155 | <p>ORAL POSTER PRESENTATIONS – Investigations. Prolapse. Anal.</p> <p><b>OP11 - Accelereret udredningsforløb af urininkontinens hos kvinder</b><br/>Prien-Larsen J, Hansen Foss M, Hemmingsen L</p> <p><b>OP12 - Simultaneous cystometry and Urethral Pressure Reflectometry (UPR) – a new method</b><br/>Marie-Louise Saaby, Niels Klarskov and Gunnar Lose</p> <p><b>OP13 - A new type of implant for pelvic reconstructive surgery</b><br/>Marie Boennelycke, Lise Hanne Christensen, Gunnar Lose</p> <p><b>OP14 - Vaginal hysterectomy and risk of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence surgery</b><br/>Catharina Forsgren, Cecilia Lundholm, Anna L.V. Johansson, Sven Cnattingius, Anastasia Nyman Iliadou, Jan Zetterström, Daniel Altman</p> <p><b>OP15 - Effects of anterior trocar guided transvaginal mesh surgery on lower urinary tract symptoms</b><br/>Marion Ek, Daniel Altman, Christian Falconer, Sigurd Kulseng-Hanssen, Gunilla Tegerstedt</p> <p><b>OP16 - Submucosal Anal bulking with Polyacrylamide Hydrogel (Rectamid®)</b><br/>Michael Sørensen, Inge Dahn</p> |  |

|           |   | NUGA-meeting in<br>Scandinavian/English |
|-----------|---|---|
| 1155-1215 | Controversies in urogynecology<br><b>Pudendal neuropathy; fact or fiction</b><br>Peter Dwyer, Melbourne   |   |
| 1215      | Close   |   |
| 1215-1300 | Lunch   |   |
| 1330-1630 | Hands-on workshop<br><b>Repair of obstetrical perineal and anal sphincter lesions</b><br>Karl Møller Bek, Sara Kindberg, Kristin Røssak, Søren Brostrøm |   |



## Lower Urinary Tract Symptoms in Women – Aspects on epidemiology and treatment

Lower urinary tract symptoms (LUTS) are common conditions that compromise a person's quality of life and result in increased health care costs for society. The aims of this thesis were to describe the prevalence and natural course of different LUTS in women (Paper I), to assess prevalence changes over time (Paper II), and to evaluate the importance of genetic factors on LUTS (Paper III). The long-term results of the Stamey needle colposuspension for female stress urinary incontinence were also assessed (Paper IV).

**Paper I:** In this population-based, longitudinal study the very same women ( $n=1081$ ) were assessed regarding the prevalence, progression and remission of various LUTS in 1991 and 2007, using a postal questionnaire. The proportion of women reporting urinary incontinence (UI), overactive bladder (OAB), nocturia and daytime voiding frequency of  $\geq 8$  times/day increased markedly over time. Both incidence and remission for most symptoms were considerable.

**Paper II:** The prevalence of LUTS, help-seeking behaviour, treatment and quality of life were compared in two population-based surveys of women performed in 1991 ( $n=2911$ ) and 2007 ( $n=3158$ ) using a similar questionnaire. The reported prevalence of UI and OAB was unchanged over time as was help-seeking due to UI. In 2007, more women stated that the presence of UI limited their daily life.

**Paper III:** Questionnaire-based national cohort survey evaluating the prevalence of LUTS in Swedish twins born 1959–1985 ( $n=25\,364$ ). Heritability was assessed in female twins. LUTS

were more common in women than in men. The strongest genetic effects were observed for UI and nocturia and the lowest for OAB without incontinence where environmental effects dominated. Shared environment accounted for nearly one third of the total variation for OAB without incontinence and for one fifth of the variation for stress UI. Non-shared environmental effects were in the range of 45–65% for the various LUTS.

**Paper IV:** Twenty-four women, treated by the Stamey method for stress UI, were followed up by means of a questionnaire, urodynamic assessment and a standardised quantification test. Time to follow-up was 63 months. Approximately half of the women considered themselves continent at follow-up. The mean postoperative leakage was significantly reduced as compared to preoperatively. Most women were satisfied with the result of the operation.

**Conclusions:** These studies showed that the prevalence of UI and OAB in women has been largely unchanged in the last 16 years. UI, OAB and other LUTS constitute dynamic conditions. The prevalence of symptoms increases with increasing age, but both progression and remission over time are common. The strongest genetic effects were observed for conditions involving UI and for nocturia while the lowest genetic effects were observed for OAB, where environmental factors were more important. The Stamey procedure may be used in a selected group of women with genuine stress UI and stable detrusor with acceptable long-term results and patient satisfaction.

## Perineal lacerations after childbirth. Studies within midwifery practice on suturing and pain relief

The overall purpose of this thesis was to explore whether procedures performed by midwives on issues related to perineal repair could be improved. More than 80% of primiparous women and up to 50% of multiparous women sustain a peripartum injury which is sutured after delivery. Perineal repair is therefore the most common surgical procedure that a woman may undergo in her entire lifetime. No Danish evidence based clinical guidelines are available on how midwives and obstetricians should manage the repair of superficial lacerations to the labia, perineal ruptures of 1st and 2nd degree or episiotomies.

Randomised trials conducted primarily in Great Britain in the past 20 years have evaluated different suturing techniques and suture materials for the repair of second degree lacerations and episiotomies. The results of these trials are summarized in recent Cochrane Reviews and a continuous suturing technique using a synthetic, rapidly absorbed suture material has been documented to reduce perineal pain and need for removal of suturing material after delivery. As we tried to implement these recommendations in national clinical guidelines, several issues were raised. One concern was whether the "gold standard" from Britain was comparable to other suture techniques advocated for their simplicity and focus on anatomical structures of the pelvic floor.

The main purpose of this thesis was to investigate if new methods of perineal repair and pain relief performed by midwives could improve maternal morbidity evaluated by outcomes such as pain, wound healing and dyspareunia. Another

objective was to investigate whether years of clinical experience of the midwife influenced these outcomes. Concepts from evidence based medicine and the idea of testing a hypothesis in a controlled experimental setting in order to obtain the highest level of evidence has influenced the selection of methods for the studies presented in this thesis.

The effect of different suture techniques was evaluated in a randomised controlled trial conducted at Aarhus University Hospital, Skejby from 2004-2006. The trial compared a continuous suture to a new and locally developed method using interrupted and inverted stitches for perineal repair of 2nd degree lacerations and mediolateral episiotomies. Participants were low-risk primiparous women with vaginal deliveries ( $n=395$ ). The main outcome was perineal pain 10 days postpartum. Secondary outcomes were wound healing, dyspareunia and need for resuturing. No difference was seen in the primary outcome as perineal pain at 10 days was reported by 33% vs. 37%,  $p=0.44$ . Pain evaluated on two different pain rating scales also revealed no differences in maternal pain scores at 24-48 hours or 10 days postpartum. No difference was seen in wound healing, and the number of wounds assessed to be gaping  $>0.5$  cm at 10 days was 15% vs. 20%,  $p=0.22$ . Dyspareunia was present among 24% vs. 29% at six months,  $p=0.20$ . Thus, interrupted stitches offered similar results as the continuous suture technique in relation to maternal outcomes. However, the continuous technique was faster to perform and required less suture material.

The effect of different pain relief methods

during surgical repair was evaluated in a randomised controlled trial at Sønderborg County Hospital in 2006-2007. This trial compared local anaesthetics with a new approach consisting of ear acupuncture for pain relief during suturing of lacerations to the labia, the vaginal mucosa, perineal lacerations of 1st or 2nd degree or episiotomies. Participants were low-risk primiparous women with vaginal deliveries ( $n=207$ ). The primary outcome was pain experienced during surgical repair.

Secondary outcomes were wound healing, dyspareunia and patient satisfaction. Significantly more patients reported pain during surgical repair if allocated to ear acupuncture (89% vs. 54%,  $p<0.01$ ). Patient satisfaction was lowest in the acupuncture group (69% vs. 91%,  $p<0.01$ ). No difference was seen in wound healing for the number of wounds assessed to be gaping at 14 days (15% vs. 17%,  $p=0.5$ ). Dyspareunia was present among comparable numbers at six months (23% vs. 15%,  $p=0.13$ ). Thus, ear acupuncture was significantly less effective for pain relief compared with local anaesthetics.

The effect of seniority of the midwife and maternal postpartum perineal pain, delayed wound healing or dyspareunia was evaluated in an observational study using data from the first trial ( $n=78$  midwives performing a total of 384 perineal repairs). The hypothesis was, that inexperienced midwives performing perineal repair would have worse outcomes than experienced colleagues. Years of clinical experience was categorised into groups: <5, 5-14 and 15 + years. The measured outcome was perineal pain at 10 days, wound gaping  $> 0.5$  cm at 10 days and dyspareunia at six months postpartum. A logistic regression analysis was used to adjust for potential confounders and non-independence

in the dataset. Participants who were sutured by a midwife with less than five years of experience had an insignificantly increased risk of perineal pain at 10 days ( $OR<5$  years 1.46, 95% CI 0.79-2.70). Delayed wound healing was not associated with the experience of the midwife ( $OR<5$  years 1.21, 95% CI 0.58-2.51). Dyspareunia at six months was also not associated with the experience of the midwife ( $OR<5$  years 0.91, 95% CI 0.49-1.69). Thus, years of clinical experience of the midwife performing perineal repair was not associated with perineal pain, delayed wound healing or dyspareunia.

The perspectives are to evaluate methods for effective implementation of evidence based guidelines on perineal repair into busy labour wards with large variations in previous training and suture preferences among staff. Training programs incorporating hands-on-workshops or internet-based learning should be evaluated. Conducting clinical research on manual skills such as suturing techniques could be improved in relation to documentation on pre-trial and peri-trial skills among involved staff. Objective and structured assessment methods to evaluate suturing skills and other manual skills such as application of pain reliefmethods need to be developed. Patient satisfaction with appropriate health services in relation topostratal care after perineal repair should be investigated.

Future research should focus on developing and evaluating more effective pain relief methods during andafter perineal repair. Research should also be dedicated to the development and validation of assessmentmethods for clinical competences in relation to surgical repair.

## Pelvic organ prolapse – Aspects of etiology, symptomatology and outcome after surgery

The objective of this thesis was to increase the understanding of symptoms related to pelvic support defects, to study the influence of non-obstetric risk factors for pelvic organ prolapse, to describe short-term natural history in women with symptomatic prolapse and to evaluate outcome after surgery.

In a cross-sectional survey investigation of the age-specific prevalence of prolapse in Stockholm 8,000 women, 30-79 years of age, were randomly selected from the Swedish Population Register. All women were mailed a validated 5-item questionnaire for identification of symptomatic prolapse and 454 (8.3%) women gave self-reports that were consistent with symptomatic prolapse.

Two hundred and six women, randomly selected among the 454 women whose self-reports were consistent with POP, and 206 randomly selected women among the 5035 whose questionnaire answers did not indicate presence of POP, were invited to a standardized gynaecological examination. Two hundred eighty women, 160/206 women classified as having symptomatic prolapse and 120/206 as not having symptomatic prolapse were examined according to POP-Q by two gynecologists blinded to symptom reports. Anatomical findings were correlated to symptom reports (Paper I). Pelvic floor related symptoms could not predict the anatomical location of the prolapse. The feeling of a vaginal bulge was significantly associated with prolapse but a non-compartment specific symptom, stress urinary incontinence had a stronger association with posterior wall prolapse and no convincingly associations

between bowel symptoms and prolapse were observed.

To investigate possible risk factors for symptomatic prolapse (Paper II) a 72-item questionnaire was mailed to all 454 cases classified in the initial survey investigation as having symptomatic prolapse and 405 control subjects. All of the 280 women who had undergone gynaecological examination were included. Age, parity and family history of prolapse were the dominating risk factors but significant independent associations were found with conditions suggestive of deficient connective tissues (varicose veins, hernia, hemorrhoids) and non-obstetric strain on the pelvic floor (overweight/obesity, heavy lifts, and constipation) implying that individual predisposition and lifestyle may also play an important role.

To study short term natural history of prolapse (Paper III), a cohort consisting of the 160 examined women whose scores had been indicative of symptomatic prolapse and the 120 examined control women were followed up after 5 years with the same 5- item questionnaire and invited for reexamination according to POP-Q. Most symptomatic women reported a reduction of the key symptom "vaginal bulging" (64%; 95%CI 56-72%). Among the control women symptomatic prolapse developed in 2%. For the re-examined women, (n=188) few had an anatomical progression, asymptomatic women fared worse than the women classified with symptomatic prolapse.

Finally, in a prospective study (Paper IV) of women who underwent vaginal reconstructive surgery for pelvic organ prolapse (n=185) during a 3

-year period, anatomical and functional outcome was evaluated 1, 3 and 5 years postoperatively. Anatomical recurrences in operated compartment were 40.0% and prolapse in new compartment was 8.6%. Anterior compartment was most prone for recurrence. Urinary incontinence remained at the same level at one-year follow up. De novo urge occurred in 22.6 % and de novo

stress incontinence 6.0 %. An improvement was seen in difficulty emptying bowel one year after surgery (54%). Patients were primarily cured from mechanical symptoms.



# The Validity of the Danish Prostate Symptom Score Questionnaire in Stroke

<sup>1</sup>Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, Copenhagen University Hospital Glostrup, Denmark; <sup>2</sup>DTU Informatics, Section For Statistics, Technical University of Denmark, Lyngby, Denmark.

### Background

There is no "gold standard" for measuring the prevalence, severity and bother of lower urinary tract symptoms (LUTS) in stroke patients. However, the Danish Prostate Symptom Score (DAN-PSS-1) questionnaire has recently been introduced in a survey of LUTS among stroke patients.

### Aims

To determine the content and face validity of DAN-PSS-1 questionnaire in stroke patients.

### Material and method

Content validity was judged among an expert panel in neuro-urology. The judgement was me-

asured by the content validity index (CVI). Face validity was indicated in a clinical sample of 482 stroke patients in a hospital-based, cross-sectional survey.

### Results

I-CVI was rated > 0.78 (range 0.94 -1.00) for 75% of symptom and bother items corresponding to adequate content validity. The expert panel rated the entire DAN-PSS-1 questionnaire highly relevant (S-CVI =1.00). No experts suggested items omitted or improved. The response rate was 84% and face validity had an acceptable level of completed response for each symptom items (96% - 98%) and bother items (93% - 96%) indicating that all items were well interpreted.

### Conclusion

The DAN-PSS-1 questionnaire appears to be content and face valid for measuring LUTS after stroke.

## Næste nummer

af DUGSNyt udkommer  
udkommer primo juni 2010  
Manusskrifter indsendes til:  
**[torsten.soerensen@dadlnet.dk](mailto:torsten.soerensen@dadlnet.dk)**  
senest 10. maj 2010

# Translation and psychometric evaluation of the PFIQ, PFDI and PISQ12 questionnaires (Swedish versions)

### Aims

To describe the translation and psychometric evaluation process of the Swedish version of the PFIQ-7, PFDI-20 and PISQ-12 questionnaires.

### Method

The dual panel translation method was used. Construct validity was evaluated through analysis of item response rate, floor- and ceiling effect, and corrected item-total correlations. Convergent and discriminant validity were assessed by investigating inter-correlation between the sub-scales as well as correlation between the sub-scales and the SF-12 instrument. Reliability was evaluated by a test-retest analysis in 22 patients (intra class correlation, a two-week interval) and calculation of internal consistency (Cronbach's alpha).

### Results

The item response rates were high (range: 91.7-100%) for PFIQ-7 and PFDI-20. There were no floor- and ceiling effects for PFDI-20 and PISQ-12. For the PFIQ-7 minor floor- but no ceiling

effects were detected. The corrected item-total correlations indicated that PFIQ-7 had acceptable construct validity while the correlations were rather low for PFDI-20 ( $r=0.164-0.245$ ) and PISQ-12 ( $r=0.120$ ). Acceptable convergent validity was found in all three instruments with a negative correlation with the two subscales in SF-12. Mostly all sub-scales correlated well within each instruments summary score as well as with similar measures/subscales. In the test-retest analysis (of the items) all ICC correlations were significant and varied between 0.904 and 0.979. Cronbach's alpha varied between 0.54 and 0.95.

### Conclusion

This is to our knowledge the first validated translation of the PFIQ-7, PFDI-20 and PISQ-12 questionnaires in Swedish. especially so for the PISQ-12 questionnaire. The study indicated that the three instruments had acceptable psychometric properties, but further testing in larger clinical setting needs to be done to assure how robust the instrument is and may result in further adjustments.

<sup>1)</sup> Dept Obstetrics and Gynecology Lund University Hospital

<sup>2)</sup> Dept Urology Malmö/Lund Lund University Hospital

<sup>3)</sup> Centre for Primary Health Care Research, Faculty of Medicine, Lund University.

## Type and severity of new-onset urinary incontinence in middle-aged women

### Aims of the study

Prospectively investigate the type and severity of new onset urinary incontinence (UI) among middle-aged women in a cohort study.

### Methods

In 1997-1999 2229 randomly selected women aged 41-45 agreed to participate in the Hordaland Women's Cohort, and six almost identical postal questionnaires were sent to them during the following ten years. Response rate was 95.7% at inclusion and has remained 87% to 93% in subsequent waves. Type of UI was determined by questions about specific urinary symptoms. An incontinence severity index (ISI) was used to characterize the severity of incontinence. In the analysis continence was defined as ISI equal to zero. All other women were defined

as having any UI. If a previous continent woman reported UI, she was included in the analyses as a case of new-onset UI. Only women with complete data sets were included.

### Results

A total of 501 women reported UI for the first time during the study period, Figure 1 shows the distribution of UI by type and severity in these women.

### Conclusions

About half part of middle-aged women who presents with UI the first time has a stress type UI of mild severity. Almost none starts with UI of severe grade.

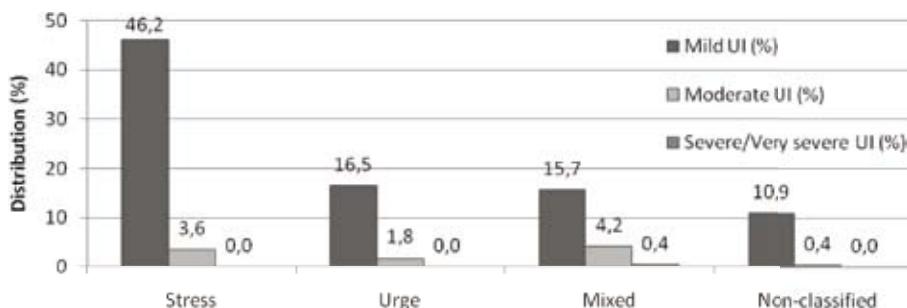


Figure 1: Distribution of new-onset UI by type and severity

## ABSTRACT OP4

Giorgio Tettamanti<sup>1</sup>, Daniel Altman<sup>1,2</sup>,  
Nancy L. Pedersen<sup>1</sup>, Rino Bellocchio<sup>1,3</sup>,  
Ian Milsom<sup>4</sup>, Anastasia Nyman Iliadou<sup>1</sup>

# Effects of coffee and tea consumption on urinary incontinence: a population based study in female twins

## Objectives

To investigate the association between coffee and tea drinking and urinary incontinence in female twins and estimate the relative importance of genetic and shared environmental effects in these associations.

## Methods

In 2005, all twins born 1959–1985 in Sweden ( $n = 42\,852$ ) were invited to participate in a web-based survey to screen for common complex diseases and common exposures. The present study was limited to female twins with information about at least one urinary symptom and coffee and tea consumption ( $n = 12\,850$ ). Logistic regression was used to estimate adjusted odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) and co-twin control analysis was used for disentangle genetic and environmental effect.

## Results

Multivariable adjusted odds ratio (OR) of overall urinary incontinence in women with a high coffee intake was 0.81 (95% confidence inter-

val (CI) 0.68 to 0.95) compared to women not drinking coffee. Coffee intake and incontinence subtypes showed no significant associations, whereas high tea consumption was specifically associated with increased risk for overactive bladder (OR 1.47, 1.13 to 1.91). Smoking did not confound the associations but results from co-twin control analysis suggests that the inverse association of coffee consumption and overall incontinence could be due to genetic confounding, while the effect of tea intake on overactive bladder was probably due to shared environmental factors such as drinking habits and voiding education during childhood.

## Conclusions

When controlling for genetic and environmental factors coffee and tea consumption had minor or no direct effects on urinary incontinence or other symptoms of lower urinary tract dysfunction. Familial effects such as common genetic and shared environmental factors may have confounded associations observed in previous studies.

<sup>1</sup>Department of Medical Epidemiology and Biostatistics,

<sup>2</sup>Division of Obstetrics and Gynecology, Department of Clinical Science, Danderyd Hospital, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden,

<sup>3</sup>Department of Statistics, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy ,

<sup>4</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy at Gothenburg University, Gothenburg, Sweden

## ABSTRACT OP5

Riikka M. Tähtinen<sup>1</sup>, Anssi Auvinen<sup>1</sup>, Theodore M. Johnson<sup>2</sup>,  
Rufus Cartwright<sup>3</sup>, Teuvo L. J. Tammela<sup>1</sup>, Kari A. O. Tikkinen<sup>4</sup>

# Impact of smoking on urinary storage symptoms in women: Results from the FINNO Study

## Aims of the study

We evaluated the association of smoking with urinary storage symptoms.

## Methods

Questionnaires were mailed to 3,000 women aged 18-79 years randomly selected from the Finnish Population Register Center. Subjects were classified as never, former, or current smokers. Information on urinary storage symptoms was collected using the DAN-PSS, with an additional AUA-SI nocturia question. Urinary urgency, urinary urgency incontinence (UII), and stress urinary incontinence (SUI) were defined as abnormal if the symptoms were reported to occur "often" or "always" (scale: never, seldom, often, always). Urinary frequency was defined as abnormal if the longest interval between each urination was reported as <2 hours (scale: >3 h, 2-3 h, 1-2 h, <1 h), and nocturia was defined as ≥2 voids/night. Elicited potential confounders included physician-diagnosed comorbidities, prescribed medications, sociodemographic, lifestyle, and reproductive factors. Confounder (propensity) scores were calculated by combining various forms of comorbidity and different medications. First, we calculated age-adjusted odds ratios (ORs) for smoking (detailed results not shown here). Secondly, separately for each symptom, all factors associated with the (specific) symptom ( $p<0.05$ ) in the age-adjusted analyses were entered into multivariate models. Finally, backward elimination techniques were used to select variables for the final models of urinary storage symptoms. At each step, the covariate that caused the smallest change in the

effect estimate for smoking (compared with the full model estimate) upon deletion was removed. The process was stopped when dropping any of the remaining variables caused a relative change of >10% (Multivariate).

## Results

A total of 2,002 (67%) women participated; 114 were excluded due to pregnancy, puerperium or urinary tract infection. After age-standardisation, 52.7% of women were never, 23.2% current, and 24.1% former smokers. Urinary frequency, nocturia, SUI, urgency, and UII were reported by 7.1%, 12.6%, 11.2%, 9.7% and 3.1% of women (age-standardised). In the final models of multivariate analyses (never smokers as reference) current smoking was associated with urgency (OR 2.7, 95% confidence intervals 1.7-4.2), and frequency (OR 3.0, 1.8-5.0), but not with SUI (OR 0.8, 0.5-1.3), UII (OR 1.5, 0.6-3.8), or nocturia (OR 1.2, 0.8-4.3). Former smoking was also associated with urgency (OR 1.9, 1.2-2.9), and frequency (OR 1.7, 1.0-3.1), but not with SUI (OR 1.4, 0.9-2.1), UII (OR 1.8, 0.8-4.3), or nocturia (OR 1.0, 0.6-1.5).

## Conclusions

Urinary urgency and frequency are more common among smokers, whereas nocturia and incontinence are not. The validity of these results was improved by the high response rate, representative study population, and adjustment for major confounders.

<sup>1</sup>Tampere, <sup>2</sup>Atlanta, <sup>3</sup>London, <sup>4</sup>Helsinki

## ABSTRACT OP6

Lose G<sup>1</sup>, Sørensen HC<sup>1</sup>,  
Al-Singary W<sup>2</sup>, Axelsen S<sup>3</sup>,  
Falconer C<sup>4</sup>, Lobodasch K<sup>5</sup>, Tosson S<sup>6</sup>

# An open multicenter study of polyacrylamide hydrogel (Bulkamid®) for the treatment of stress and mixed urinary incontinence.

### Aims of study

Polyacrylamide hydrogel (PAHG) fulfils many requirements for an optimum urethral bulking agent and a pilot study has provided promising clinical results in women with stress and mixed urinary incontinence (1). This open, 12-months multicenter (N=10) study was performed to evaluate the efficacy and the safety in a larger cohort of women with stress and mixed incontinence.

### Study design, materials and methods

Patients were age  $\geq$  18 years with a history of urinary incontinence for  $\geq$  12 months, and  $\geq$  1 incontinence episode per 24-h. They were invasive-therapy naïve. Up to two treatments with Bulkamid gel were permissible (re-treatment was offered within 8 weeks after the first month follow-up visit). During injection the women received an i.v. dose of cefuroxine (1.5g). The efficacy assessment included patient subjective perception (cured, improved, no change or worsen), number of incontinence episodes per 24-h, urinary leakage at the 24-h pad weighting test, ICIQ questionnaire score and Quality-of-Life (QoL) score based on a VAS scale. Methods, definitions and units conform to the standards recommended by the International Continence Society, except where specifically noted.

### Results

A total of 135 women were enrolled (67 with stress and 68 with mixed incontinence) and treated with PAHG. 98 completed the study while 36 withdrew for various reasons. Results were based on intention-to-treat. The response rate was 72% at week 12 and 71% at 12 months. Fractions of totally cured patients

were 27% and 24% respectively. The median number of incontinence episodes/24-h decrease from 3.0 at baseline to 0.7 at 12 months ( $p < 0.001$  vs baseline). The median urine leakage/24-h was significantly reduced from 29g at baseline to 4g at 12 months ( $p < 0.0001$  vs baseline). The median ICIQ score was reduced approximately 50% at 12 months ( $p < 0.001$ ) and the overall QoL VAS score decreased significantly from a baseline median of 72 to 20 after 12 months. The results were very similar in the group of patients with stress compared to those with mixed incontinence. The median total injected volume of PAHG per treatment was 1.5 ml (range 0.8-3 ml). The injection procedure took a median time of 7 min. (range 2-20 min.). Re-injection was carried out in 47 out of the 135 patients (35%). Thirty-five treatments related adverse events (AE's) were registered. Urinary tract infection (n=10) was the most frequent one. Transient urinary retention occurred in 4 patients. One injection site AE (mucosa rupture) was recorded but no product specific AE's were seen.

### Interpretation of results

This study confirms that approximately 3 out of 4 women with uncomplicated stress or mixed incontinence can be improved or cured by PAHG injection therapy. The results appear to sustain at least one year postoperatively. The procedure is easy and quick to perform. The safety profile seems unique thus no product specific adverse events were seen.

### Concluding message

Bulkamid is an effective and safe bulking agent in women with uncomplicated stress or mixed incontinence.

<sup>1</sup>Glostrup Hospital, Denmark, <sup>2</sup>Worthing Hospital, UK, <sup>3</sup>Skejby Hospital, Denmark,

<sup>4</sup>Danderyd Hospital, Sweden, <sup>5</sup>Chefarzt der Frauenklinik, Germany, <sup>6</sup>University Hospital of Hartlepool, UK

## Transurethral injection therapy for urinary incontinence in a group of women with considerable co-morbidity

### Aims of the study

To evaluate the short term efficacy and safety of transurethral injection therapy (Bulkamid®) for urinary incontinence in a group of women with considerable co-morbidity.

### Methods

In a prospective case series, twenty women received transurethral injection therapy with polyacrylamide hydrogel for stress urinary incontinence. Evaluation at baseline and two months after injection included symptom assessment using the validated Urinary Distress Inventory (UDI-6) and the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7). The questionnaires reflect self-reported urinary bother scores and impact on daily life. Information on co-morbidity was collected from medical charts. The non-parametric Wilcoxon matched pairs test was used to compare dependent samples.

### Results

A majority of the women (13/20) presented with mixed urinary incontinence and 14 had undergone previous incontinence surgery (TVT) or urethral injection therapy. A considerable co-morbidity was found: 4 women were morbidly

obese; 16 had cardiovascular and chronic lung diseases; 6 patients had undergone major abdominal surgery; and 6 patients had previous pelvic surgery. After injection, the overall UDI-6 and IIQ-7 scores both decreased (i.e. improved) significantly ( $p<0.05$ ) with effects noted primarily for leakage related to physical activity ( $p<0.001$ ), leakage related to urinary urgency ( $p=0.08$ ) and small leakages ( $p<0.05$ ). For quality of life aspects, the greatest improvements were observed in the ability to participate in recreational physical activities ( $p<0.05$ ) and entertainment outside the home ( $p=0.07$ ). No adverse effects associated with the injection treatment or device were observed.

### Conclusion

Bulkamid® transurethral injection therapy for urinary incontinence is safe and acceptably efficacious in women where other surgical methods have not been successful or are not advocated because of considerable co-morbidity.

<sup>1</sup>Division of Surgery and Urology and

<sup>2</sup>Division of Obstetrics and Gynecology,

Department of Clinical Sciences,

Karolinska Institutet Danderyd Hospital,

Stockholm, Sweden,

<sup>3</sup>Department of Medical Epidemiology and Biostatistics,

Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

## Urinary incontinence surgery in Denmark from 2001 to 2008 – A paradigm shift

### Background

In Denmark all hospital activities are registered by law in the Danish National Patient Register (DNPR), which allows the possibility for monitoring surgical type and number of procedures, number of departments and distribution between "low" and "high" volume departments on a national basis.

### Aims

The aim was to analyse surgical incontinence activity in terms of procedures used in Denmark from 01.01.2001-31.12.2008.

### Materials and methods

The administration of DNPR is situated within the Danish National Board of Health (NBH). Through collaboration with the NBH, data was extracted from the DNPR on women who had surgery due to incontinence.

### Results

Table 1 illustrates that abdominal procedures like Colposuspension have been abandoned in favor of minimal invasive procedures in the period from 2001 to 2008.

| Table 1: Incontinence procedures    | 2001       | 2002       | 2003        | 2004        | 2005        | 2006        | 2007        | 2008        |
|-------------------------------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Colposuspension, fascia sling       | 128        | 112        | 90          | 46          | 87          | 10          | 2           | 7           |
| TVT and TVT-like                    | 413        | 741        | 917         | 1061        | 956         | 892         | 740         | 590         |
| Trans-obturator techniques          |            |            |             |             | 35          | 289         | 488         | 496         |
| Urethral injection (Bulking)        | 43         | 66         | 102         | 109         | 247         | 346         | 265         | 314         |
| Other (*from 2005 incl. Botox inj.) | 24         | 19         | 23          | 0           | 5           | 44          | 59          | 136         |
| <b>Total</b>                        | <b>608</b> | <b>938</b> | <b>1132</b> | <b>1216</b> | <b>1330</b> | <b>1581</b> | <b>1554</b> | <b>1543</b> |

Distribution of procedures between "low" (<50 procedures/3 years) and "high" (>140 procedures /3years) volume departments in two separate periods are illustrated in table 2. The absolute number of "low volume departments" was approximately the same. However "Low volume

departments" per-formed only 9% of all proce-dures in 2006-2008 due to an increase in the total number of procedures.

| Table 2: Procedures<br>(n per 3 years) | Departments: n (% of all) |                 | Procedures: n (% of all) |                   |
|--|---------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|
|  | 2001-2003                 | 2006-2008       | 2001-2003                | 2006-2008         |
| "High volume dept." (>140)             | 7 (14)                    | 12 (24)         | 1354 (51)                | 3436 (73)         |
| Between 50 and 140                     | 11 (21)                   | 9 (18)          | 932 (35)                 | 818 (18)          |
| "Low volume dept." (<50)               | 33 (65)                   | 29 (58)         | 392 (14)                 | 24 (9)            |
| <b>Total</b>                           | <b>51 (100)</b>           | <b>50 (100)</b> | <b>2678 (100)</b>        | <b>4678 (100)</b> |

## Conclusion

Procedures for surgical treatment of urinary incontinence have demonstrated a clear paradigm shift from 2001 to 2008 in Denmark. Over time many departments are still involved

and majority of these are "low volume departments" performing less than 50 procedures in a 3-year period. The decentralised organisation with many "low volume departments" seems inappropriate to secure surgical quality.



**Næste nummer**  
af DUGSNyt udkommer  
udkommer primo juni 2010  
Manusskripter indsendes til:  
**[torsten.soerensen@dadlnet.dk](mailto:torsten.soerensen@dadlnet.dk)**  
senest 10. maj 2010

# The Influence of Age, BMI, Previous Incontinence Surgery, Parity and Mixed Incontinence on surgical outcomes after tension-free midurethral tape operations for stress urinary incontinence.

## Aims

The aim of the present study was to evaluate the influences of age, BMI, prior incontinence (UI) surgery, parity and mixed incontinence (MUI) on outcomes after tension-free midurethral tape operations.

## Methods

In a prospective cohort study a total of 882 women with urodynamic stress urinary incontinence (USI) were enrolled consecutively and underwent tension-free midurethral sling operation as their sole procedure under local anesthesia. All patients underwent standardized preoperative evaluation: post void residual (PVR), filling cystometry, cough stress test and short-term pad test at a bladder volume of 300 ml. Lastly, a free uroflowmetry at volume  $\geq 150$  ml was done. All patients had anterior vaginal wall prolapse < stage 2 and all postmenopausal women were treated with intravaginal estrogens. The cohort was divided in five age groups: <50, 50-59, 60-69, 70-74,  $\geq 75$  years and in 4 BMI groups: BMI<25 (normal weight), 25-29 (overweight), 30-34 (obese) and  $\geq 35$  (very obese). Follow-up were done at 3, 12 and 60 months (756, 548, 236 women were seen) and included: PVR, cough stress test and short-term pad test and free uroflowmetry. Objective cure was regarded if provocation test was negative ( $<1$  g

urine loss). Subjective cure/improved if reported incontinence episodes were reduced more than 90%/75% and full satisfaction was achieved.

## Results

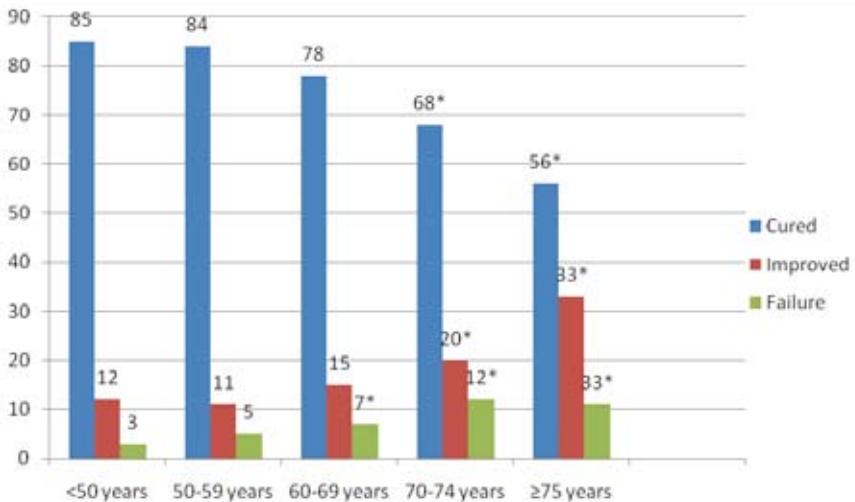
Age: Falls in obj. cure rates from 95 to 78% were demonstrated with increasing age and were significant lower for the 3 oldest groups. Subjective cure rates fall from 85 to 56% and were significant lower for the 2 oldest groups; the fall in subjective cure was partially "compensated" by an increase in improvement from 12% to 33% (significantly higher in the 2 oldest groups). Failure increased significant with age from 3 to 11% in the 3 oldest groups (Table 1).

## Conclusion

Increasing age and the presence of mixed incontinence resulted in significant lower cure

rates after operation for SUI. BMI only affected the subj. failure rate in the very obese.

Table 1 The impact of age on subjective outcomes in 882 women undergoing operation for SUI.



A \* indicates statistically significance p <0.05, evaluated by Fishers exact test.

# Impact of smoking on urinary storage symptoms in women: Results from the FINNO Study

## Objectives

Icke bakteriell uretrit hos kvinnor är en symptom-diagnos med dysuri, sveda och värk från urinrören och ofta urinträngningar utan påvisbart infektiöst agens.

## Methods

Behandling med extra stark corticosteroidkräm (grupp IV steroid) i urinröret hos denna patientgrupp har utförts vid gynekologmottagningen i Bjursås i Dalarna. Denna studie utvärderar retrospektivt behandling med instillation i urinröret med 2 ml Dermovatkräm samt 2 ml Xylocaingel utförd på 30 kvinnliga patienter mellan år 1999 och 2006. Behandlingen utfördes ca en gång i veckan till besvärsfrihet. Antalet behandlingar var mellan 1 och 15 (median 3).

## Results

Efter sista behandlingstillfället uppgav 60 % av patienterna att de blivit helt bra och 40 % att de förbättrats. Ingen försämrades eller förblev

oförändrad. Under uppföljningstiden på 6 månader efter sista behandlingen hade 5 patienter (16 %) fått recidiv, varav en tidigare besvärsfri och fyra som uppgav att de förbättrats. Inga biverkningar av behandlingen utöver kortvarig sveda i samband med steroidinstillationen noterades.

## Conclusions

Instillation av extra stark steroid i uretra har i detta material visat sig ha en god behandlingseffekt. Fortsatt utvärdering av denna behandlingsmodell behövs i prospektiva kontrollerade studier. I samband med studien skickades en enkät till 21 kvinnokliniker och 9 urologkliniker 5 med frågor om behandling av icke bakteriell uretrit/uretrasyndrom hos kvinnor. Ingen klinik behandlade med grupp III -IV steroid. Svarsfrekvensen var 90 % och resultaten kommer att redovisas.

<sup>1</sup>Läkarstuderande, Uppsala Universitet,

<sup>2</sup>Kvinnors och Barns Hälsa, Uppsala Universitet,

<sup>3</sup>Centrum för Klinisk Forskning, Falun,

<sup>4</sup>Privat Gynekolog Mottagning, Bjursås.

# Accelereret udredningsforløb af urininkontinens hos kvinder

### Aims

På gynækologisk afdeling har vi udviklet et standardiseret, accelereret undersøgelses program af en times varighed til udredning af kvinder henvist med urin inkontinens (UI). Formålet med undersøgelsen er dels at beskrive hvor mange patienter, der følger programmet og har en diagnose og behandlingsplan har efter 1 besøg, dels at beskrive årsagerne til afvigelse fra programmet.

### Methods

I et retrospektivt cohorte studie indgik 276 kvinder henvist under diagnosen UI. Komplicerede bidiagnoser samt tidligere gynækologiske operationer og antal børnefødsler blev registreret. Ligeledes blev registreret, om patienten blev behandlet af gynækolog eller urogynækolog, samt hvilken behandling patienten modtog. Patienten mødte i urogynækologisk ambulatorium, som er bemanded med en gynækolog/urogynækolog og en kontinenstygeplejerske, og medbringer et udfyldt 2 døgns væskevandladningsskema (VVS). Alle patienter gennemgik et standardiseret undersøgelsesprogram: anamnese og vurdering af VVS, gynækologisk undersøgelse, måling af residualurin, cystometri, hoste provokationstest i liggende stilling samt short-term blevejningstest samt frit urinflow måling. Inden patienten forlader ambulatoriet, stilles en diagnose og behandlingsplan udfærdiges. Skal patienten opereres, finder sekretæren en tid til operation i samråd med patienten.

### Results

91% var færdig undersøgt og havde en behandlingsplan efter 1 besøg og 9% havde flere besøg. I hele materialet blev 46% opereret, 42% fik medicinsk behandling og 12% fik bækkenbundstræning. I gruppen med flere besøg blev 65% opereret og 35% fik medicinsk behandling. Medianalder var 59 år (range 17-99), der var ingen signifikant forskel mellem grupperne 1 eller flere besøg. BMI var 27 (range 18-50) og ingen signifikant forskel blev påvist. Antal fødsler var 2,4 og der var ingen signifikant forskel mellem de to grupper. I gruppen med flere besøg var antallet af tidligere gynækologiske operationer (prolaps-, inkontinens operationer og hysterectomi) signifikant større, 67 vs. 38% og antallet af patienter med kroniske sygdomme var signifikant større, 88 vs. 58%. I gruppen af patienter med 1 besøg blev 53% set af gynækolog og 44% set af urogynækolog. I gruppen med flere besøg så gynækologen 71% af patienterne og urogynækologen 21% (urogynækolog havde signifikant flere patienter færdiggjort efter 1 besøg end gynækologen).

### Conclusion

91 % af patienterne var færdig undersøgt og havde en behandlingsplan efter en times undersøgelse i ambulatoriet. 9 % havde flere besøg og årsagen var manglende urogynækologisk kompetence hos lægen, kroniske sygdomme hos patienten (demens og alkoholisme samt psykiatriske og neurologiske tilstande) og tekniske problemer med urodynamiske udstyr.

# Simultaneous cystometry and Urethral Pressure Reflectometry (UPR) – a new method

## Introduction

The interaction of bladder and urethra comprises a functional unit as part of the continence mechanism and is of great importance in understanding the patho-physiology behind the different types of incontinence. Simultaneous filling cystometry and urethral measurements has been carried out earlier by various investigators (1), but so far only by segmental measuring in the urethra and with catheters prone to artefacts.

## Aims

UPR is a new method of measuring pressure and cross-sectional area (CA) in the entire length of the urethra at a given time. A very thin polyurethane bag is placed in the urethra. A pressure is applied to the bag and the opening of the urethra is measured with reflectometry (sound-waves). The method is accurate, the set-up is robust and has proved great reproducibility. Furthermore the UPR has the important advantage of being free from risk of catheter displacement and other artefacts (2). The aim of this study was to test the feasibility of cystometry and simultaneous UPR as this might elucidate the complex interaction of bladder and urethra and explain the mechanism of continence in a more elaborate and reliable way than earlier methods.

## Methods

This is a prospective, descriptive study including 5 continent volunteer women. Cystometry was performed as described in Good Urodynamic Practice by ICS, incl. coughs, noting first desire

etc. A preselected pressure ( $P_{urethra}$ ) that kept the urethra half-open was applied to the UPR bag and kept steady while filling the bladder. This allowed observation of any changes in urethral CA at any level of the urethra during filling.

## Results

In the 5 continent women we saw a steady CA of the urethra during bladder filling. Coughs were reflected as simultaneous compression of the urethra. Immediately hereafter the urethral CA went back to the pre-cough level, though in one woman we saw a five seconds refractory period after each cough where the urethral CA was above the pre-cough level. First and strong desires to void were not reflected as changes in urethral pressure or CA.

## Conclusions

Simultaneous cystometry and UPR is feasible. It provides detailed information of interaction of bladder and urethra, which contributes to understand function and dysfunction of the lower urinary tract in women.

- (1) Groenendijk PM, Heesakkers JP, Ouwerkerk TJ, Lycklama ANA. Urol Int 2009;83(2):125-33  
 (2) Klarskov N, Lose G. Neurourol.Urodyn. 2007;26(2):254-261.

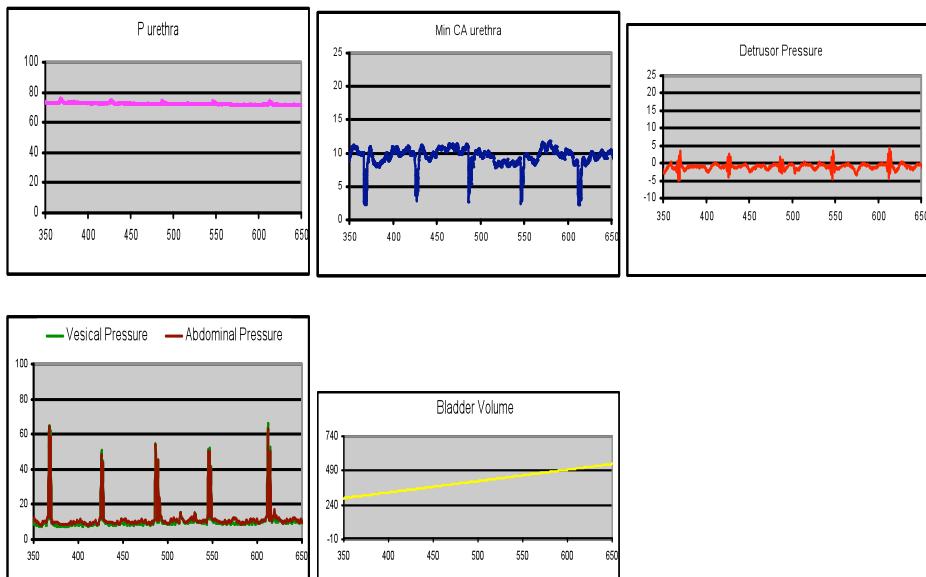


Figure 1: Graph of the parameters measured within simultaneous cystometry and UPR. In the vesical pressure we see the positive spikes reflecting the coughs and in the CA we see the corresponding negative spikes.

## A new type of implant for pelvic reconstructive surgery

### Aim of the study

Due to unacceptable complication rates of currently used synthetic implants for pelvic reconstructive surgery, safer alternatives are demanded. A resorbable implant consisting of hydrophilic PLGA (poly-lactic-glycolic-acid), pure or enriched with extracellular matrix (ECM, ACell, Inc.), was investigated in a rat abdominal model with respect to biocompatibility and durability.

### Methods

Twenty rats had 2 implants sized 1x2 cm implanted subcutaneously on the abdomen – one with and one without ECM. Explantation was carried out after 3 weeks (10 rats) and after 8 weeks (10 rats). Explants were fixed in 10% buffered formalin, routinely processed for histopathology and stained for hematoxylin and eosin, and Giemsa. The inflammatory response, i.e. mononuclear cells and vascularity,

was estimated by use of the semi quantitative score presented by Badylak et al.(1). A morphological score for mesh in-growth (none, slight, moderate and heavy; 0-3) was eligible only in 3 weeks explants, since no material was remaining after 8 weeks. Data are presented as mean and standard error (SE) and analyzed using the Mann-Whitney test.

### Results

The morphological score showed significantly higher in-growth in implants with ECM at 3 weeks combined with a tendency towards lower vascularity. Inflammatory scores were not significantly different at 8 weeks. Remarkably, mononuclear cellularity at 3 weeks was in all 20 explants scored as "3" (maximum) due to cell counts far beyond the Badylak scale. At 8 weeks no traces of the implants remained, and there were no signs of a lingering chronic inflammatory reaction.

Table 1

|                  | N  | 3 weeks    |          | 8 weeks     |    |            |             |
|------------------|----|------------|----------|-------------|----|------------|-------------|
|                  |    | Morph      | MNC (Ba) | Vascularity | N  | MNC (Ba)   | Vascularity |
| Mesh without ECM | 10 | 2,3 (0,15) | 3 (0)    | 1,9 (0,18)  | 10 | 1,3 (0,37) | 1,5 (0,17)  |
| Mesh with ECM    | 10 | 2,9 (0,10) | 3 (0)    | 1,5 (0,17)  | 10 | 1,7 (0,30) | 1,6 (0,16)  |
| Mann-Whitney     |    | p=0,008    | p=1,0    | p=0,12      |    | p=0,39     | p=0,66      |

Morph: Morphological score, MNC: Mononuclear cells, Ba: Badylak score. Data presented as mean (SE).

<sup>1</sup>Department of obstetrics and gynecology, Herlev Hospital, Glostrup Section, University of Copenhagen, Denmark and

<sup>2</sup>Department of Pathology, Bispebjerg Hospital, University of Copenhagen, Denmark. tel. Glostrup Section, University of Copenhagen, Denmark

### Conclusions

The resorbable implant had a high degree of biocompatibility with massive cellular in-growth and no associated necroses. The initial effects of enrichment with ECM had vanished after 8 weeks. Disappearance of the implant within 8 weeks is probably too soon for the use in pelvic

reconstructive surgery. However, due to the characteristics presented here the implant could have a future role as carrier for active substances such as stem cells.

(1) Badylak S et al. Journal of Surgical Research 2002 Apr;103(2):190-202.



## Vaginal hysterectomy and risk of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence surgery

### Aims

To determine if the risk for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence after vaginal hysterectomy is attributable to the surgical procedure or the preoperative surgical indication.

### Methods

Based on the Swedish Inpatient Register we performed a nationwide cohort study. Women exposed to hysterectomy on benign indications ( $n=118,601$ ) were compared to women not having a hysterectomy ( $n=579,200$ ). The outcome was defined as the first occurrence of pelvic organ prolapse or stress urinary incontinence surgery subsequent to hysterectomy. Incidence rates and hazard ratios (HRs) were calculated with 95% confidence intervals (CIs).

### Results

Compared to non-hysterectomized women, the largest risks of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence surgery were observed after

vaginal hysterectomy for pelvic organ prolapse (HR 4.9, 95% CI 3.4-6.9 and HR 6.3, 95% CI 4.4-9.1 respectively). Having a vaginal hysterectomy for other reasons also increased the risks of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence surgery (HR 3.6, 95% CI 2.0-6.5 and HR 2.6, 95% CI 1.2-5.3, respectively). For total abdominal hysterectomy, corresponding risks were lower (HR 2.0, 95% CI 1.8-2.4 and HR 2.1, 95% CI 1.8-2.4, respectively). Adjusting for parity had a minor effect on the HRs

### Conclusions

Vaginal hysterectomy is by itself associated with higher risks than total abdominal hysterectomy for ensuing pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence surgery. If the vaginal hysterectomy is performed due to pelvic organ prolapse, these risks are further increased.

<sup>1</sup>Division of Obstetrics and Gynecology, Department of Clinical Sciences, Karolinska Institutet at Danderyd Hospital,

<sup>2</sup>Department of Medical Epidemiology and Biostatistics,

<sup>3</sup>Clinical Epidemiology Unit, Department of Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

## **ABSTRACT OP15**

*Mariam EK<sup>1</sup>, Daniel Altman<sup>2,3</sup>, Christian Falconer<sup>2</sup>,  
Sigurd Kulseng-Hanssen<sup>4</sup>, Gunilla Tegerstedt<sup>1</sup>*

# **Accelereret udredningsforløb af urininkontinens hos kvinder**

### **Aims**

To assess the effects of trocar guided transvaginal mesh on lower urinary symptoms after anterior vaginal wall prolapse repair.

### **Methods**

One hundred and twenty-one patients undergoing anterior transvaginal mesh surgery was prospectively evaluated at baseline and one year after surgery using the Urogenital Distress Inventory (UDI).

### **Results**

Overall UDI scores declined from 91 before surgery to 31 one year after surgery ( $p<0.001$ ). UDI subscales for obstructive and irritative symptoms improved one year after surgery ( $p<0.001$  for both) while stress symptoms did not ( $p= 0.11$ ).

### **Conclusion**

Trocar guided transvaginal mesh surgery for anterior vaginal wall prolapse was associated with an overall resolution of most symptoms associated with overactive bladder syndrome and bladder outlet obstruction. These beneficial effects should be weighed against the increased risk for stress urinary incontinence related to the procedure.

<sup>1</sup>*Division of Obstetrics and Gynaecology, Department of Clinical Science and Education, Södersjukhuset, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden,*

<sup>2</sup>*Division of Obstetrics and Gynecology, Department of Clinical Science, Danderyd Hospital, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, and*

<sup>3</sup>*Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden,*

<sup>4</sup>*Department of Obstetrics and Gynecology, Asker and Baerum Hospital, Baerum, Norway.*

## Submucosal Anal bulking with Polyacrylamide Hydrogel (Rectamid®)

### Aims

To test the effect of a new method of anal bulking with Polyacrylamide Hydrogel (Rectamid®) in patients with minor anal incontinence

### Methods

28 patients, 26 females and 2 men, mean age 54,8 years (range 29-83 years), with a history of incontinence to gas or faecal soiling for more than 12 months were included, mean duration of anal incontinence was 9,2 years (range 1-30 years). In all patients, best conservative care was unsuccessful. 11 patients had previous anal sphincter rupture, 4 patients previous anal surgery and 13 patients had idiopathic anal incontinence.

Patients with previous cancer, diabetes or pregnancy were excluded. Rectamid® was injected submucosally in up to 3 positions at 2, 6 and 10 o'clock 10 mm above the dentate line using a special designed anoscope with grooves and needle guide. One ml was placed in each position. At 6 weeks a new injection of Rectamid® was offered in case of insufficient effect. Up to 3 ml, one ml in each new position, at 4, 8 and 12 o'clock was injected. The position of deposits were inspected with an anoscope and with 3-D endosonography. Anal incontinence score, anorectal physiology testing and Fecal Incontinence

Quality of Life score was performed at baseline and at 6 months.

### Results

St. Marks Incontinence Score decreased from mean 11,2 (SD 4,84) to 8,0 (SD 4,31),  $p < 0,02$ , two-sided t-test. The incontinence diary score changed from baseline to 6 months follow-up ( $p=0.0002$ ) The FIQoL scores were improved for all 4 scales from baseline to 6 months follow-up and for "Lifestyle" ( $p=0.0004$ ), "Coping/ Behaviour" ( $p=0.0002$ ), "Embarrassment" ( $p=0.0041$ ), and "Depression/Self perception" ( $p=0.10074$ ). Anorectal physiology testing showed no difference in anal resting pressure or squeeze pressure. No serious AEs were observed. 5 were classified as probable related to the device or procedure. The 5 ADEs were mild.

### Conclusion

Anal bulking with Rectamid improves anal continence without compromising safety and is a simple outpatient clinic procedure.

# VESICARE

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

**\*Lægemiddelform:** tablettter, filmovertrukne. **Indikationer:** symptomatisk behandling af tranginkontinens og/eller hyppig vandladning og med imperiøs vandladningstrang, som kan forekomme hos patienter med overaktiv blære. **\*Dosering:** *voksne, inklusive ældre:* 5 mg solifenacinsuccinat én gang daglig. Doseringen kan øges til 10 mg én gang daglig, ved behov. **Børn og unge:** bør ikke anvendes, da erfaring savnes. **Patienter med nedsat nyrefunktion:** patienter med svært nedsat nyrefunktion ( $GFR < 30 \text{ ml/min}$ ) skal behandles med forsigtighed, max. 5 mg én gang daglig. **Patienter med nedsat leverfunktion:** patienter med moderat nedsat leverfunktion (Child-Pugh score 7–9) skal behandles med forsigtighed, max. 5 mg én gang daglig. **Administration:** tabletterne kan tages med eller uden mad og skal synkes hele med vand. **Kontraindikationer:** urinretention, svær gastrointestinal lidelse (inkl. toksisk megakolon), myastenia gravis eller snævervinkelglaukom og hos patienter med risiko for disse lidelser. Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpstofferne. Hæmodialysebehandling. Svært nedsat leverfunktion. Samtidig behandling med Vesicare og en stærk CYP3A4 hæmmer f.eks. ketoconazol, ved svær nyreinsufficiens eller moderat nedsat leverfunktion. **\*Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** andre årsager til hyppig vandladning (hjertesvigt eller nyrelidelser) bør undersøges, før behandling med Vesicare påbegyndes. Ved samtidig urinvejsinfektion bør passende antibiotisk behandling igangsættes. Anvendes med forsigtighed til patienter med: klinisk signifikant blærebstruktion med risiko for urinretention, gastrointestinale obstruktive lidelser, risiko for nedsat gastrointestinal motilitet, svært nedsat nyrefunktion, moderat nedsat leverfunktion, samtidig brug af en stærk CYP3A4 hæmmer, hiatus hernie/gastro-øsofageal reflux og/eller til patienter, som samtidig tager medicin, som kan forårsage eller forværre øsofagitis (såsom bisfosfonater), autonom neuropati. Sikkerhed og effekt er endnu ikke blevet fastslået hos patienter med en neurogen årsag til detrusor overaktivitet. Patienter med sjældne arvelige tilstande som galactose intolerans, Lapp lactase mangel eller glucose-galactose malabsorption bør ikke tage Vesicare. **\*Interaktion med andre lægemidler:** samtidig behandling med andre lægemidler, der har anticholinerge egenskaber, kan resultere i mere udtalte terapeutiske virkninger og bivirkninger. Der skal gå ca. en uge efter ophør af Vesicare behandling, inden en anden anticholinerg behandling påbegyndes. Den terapeutiske virkning af solifenacin kan nedsættes ved samtidig administration af cholinerge receptoragonister. Solifenacin kan reducere virkningen af midler, der stimulerer den gastrointestinale motilitet, f.eks. metoclopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres af CYP3A4. Dosis skal begrænses til 5 mg ved samtidig behandling med ketoconazol eller terapeutiske doser af andre stærke CYP3A4 hæmmere (f.eks. ritonavir, nelfinavir og itraconazol). Administration af Vesicare har ikke vist farmakokinetisk interaktion af solifenacin med orale kombinationskontraceptiva (ethinylestradiol/levonorgestrel). Administration af Vesicare ændrede ikke på R-warfarins eller S-warfarins farmakokinetik eller deres virkning på protombintiden. Administration af Vesicare viste ikke nogen virkning på digoxins farmakokinetik. **\*Graviditet og amning:** bør kun anvendes med forsigtighed til gravide, da erfaring savnes. Bør undgås ved amning, da erfaring savnes. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** ingen mærkning. Da solifenacin, som øvrige anticholinergika, kan forårsage akkomodationsforstyrrelser og i sjældne tilfælde somnolens og træthed, kan evnen til at køre bil og betjene maskiner påvirkes negativt. **\*Bivirkninger:** klassespecifikke, anticholinerge bivirkninger, generelt af mild eller moderat grad. Incidensen er dosisrelateret. Mundtørhed forekom hos 11% behandlet med 5 mg, hos 22 % behandlet med 10 mg og 4 % behandlet med placebo. Almindelige ( $> 1/100, < 1/10$ ): akkomodationsforstyrrelser, konstipation, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. Ikke almindelige ( $> 1/1000, < 1/100$ ): urinvejsinfektion, blærebetændelse, somnolens, ændret smagsopfattelse, torre øjne, nasal tørhed, gastro-øsofageal reflux, tor hals, tor hud, vandladningsbesvær, træthed, perifere ødemer. Sjældne ( $> 1/10.000, < 1/1000$ ): colon obstruktion, påvirkning af afføring, urinretention. **Udlevering:** B. **Tilskud:** tilskudsberettiget (pr. 30.8.2004). **Pakninger og priser (AUP incl. recepturgebyr):** 5 mg, 30 stk: 440,50 kr. 5 mg, 90 stk: 1256,35 kr. 10 mg, 30 stk: 545,20 kr. 10 mg, 90 stk: 1565,00 kr. (Pris pr. d. 18.11.2009 inkl. recepturgebyr). Dagsaktuelle priser på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). **\*Afsnittet er forkortet/omskrevet. Baseret på produkresumé dateret d. 31.03.2009. Fuldt produktresumé kan rekviseres hos registreringsindehaveren: Astellas Pharma a/s, Glostrup, Danmark eller via [www.laegemiddelstyrelsen.dk](http://www.laegemiddelstyrelsen.dk).**



VIES0550 WWW.RELEVANS.NET

POST  
PP DANMARK  
**B**

## Kontroller urge – kontroller overaktiv blære

Det er ikke spor sjovt konstant at være bange for at komme til at tisse i bukserne.

Hvad ville du selv gøre? Vesicare® (solifenacin) reducerer antallet af urgeepisoder (akut trang til at tomme blæren, med eller uden inkontinens) og bevirker, at patienten kan holde sig længere, når trangen opstår.

Referens: Karam et al. urology, volume 73, number 1, January 2009, p. 14-18.

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

Astellas Pharma a/s, Naverland 4, DK-2600 Glostrup.  
Tlf: +45 4343 0355. Fax: +45 4343 2224.  
kontakt@dk.astellas.com. www.astellas.dk.

Afsender: Dansk UroGynækologisk Selskab · v/ Mette Hornum Bing, Gynækologisk/obstetrisk afd. Hvidovre hospital, Kettegaard Allé 30 26550 Hvidovre