

DUGSNyt

4. årgang nr. 2, 2010



DANSK UROGYNÆKOLOGISK SELSKAB AFHOLDER ÅRSMØDE PÅ SKEJBY SYGEGHUS DEN 7. JANUAR 2011

SE ANNONCEN INDE I BLADET

Leder	3
DugaBase	5
ICS-IUGA	7
Stamceller	11
Urethral Tryk Reflektometri	16
Akupunktur	18
Nuga	21
Dugs Generalforsamling	23
DUGS kursus (Odense)	24
Axel Ingelman-Sundberg	26
DUGS Årsmøde (Skejby).....	28
Abstrakt.....	30
Kommende møder og Kongresser....	45

DUGSNyt

4. årgang, nr. 2 – 2010

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)
v/ Afdelingslæge Mette Hornum Bing
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Hvidovre Hospital
2650 Hvidovre

mbing@dadlnet.dk

Hjemmeside

www.dugs.dk

Ansvarshavende redaktør

Torsten Sørensen
torsten.soerensen@dadlnet.dk

Layout og produktion

InPrint A/S, Kolding
info@inprint.dk

Oplag

500

ISSN 1903-3168



Urolog søges! Hun spreder, han samler, de samarbejder.....

Ak ja. Nu tænkte du noget frækt, men nej. Det er jo mm. interossei dorsales og mm. interossei palmares, der er tale om; som vi lærte i anatomi.

Men det er jo også kvinden, der har urin-inkontinens, og manden der har urin-retention. Det er lidt mærkeligt, at undersøgelse og behandling af disse to tilstande ligger i to forskellige specialer, gynækologi og obstetrik og urologi, men de burde måske være koncentreret i ekspertområdet urogynækologi?

Der er nemlig mange ting, der er fælles for de to specialer. De beskæftiger sig både i undersøgelse, behandling og forskning med miktionen, reservoir- og tømningfunktionen, samt innervationen.

Historien har vist, at mange fremskridt sker i et tæt samarbejde mellem gyn/ obs og urologi. Jens Bang og Hans Henrik Holm, hhv. gynækolog og urolog introducerede ultralydsscanning i obstetrikken. Obstetrikere, urologer, nuklearmedicinere og føtalmedicinere vurderer og samarbejder, når den gravide har "fysiologisk hydronefrose" eller behandlingskrævende afløbshindring fra nyrerne. Der er samarbejde efter forløsning ved sectio, når det går galt. Det kan være blære- og eller ureterlæsion, eller måske denerveret blære efter lang tids epidural-kateter. Gynækologer og urologer samarbejder om diagnose og behandling af Youssef's syndrom og andre fistler mellem urinveje og kvindelige genitalia, opstået spontant, efter operativ behandling eller stråleterapi.

Urinkontinens behandling har i mange lande været organiseret således, at man først søgte gynækolog og siden urolog eller i omvendt rækkefølge. I Danmark har vi heldigvis samarbejde.

Flere steder findes der kontinensklinikker, hvor urogynækologer og urologer arbejder tæt sammen, og ofte ser patienten sammen i undersøgelses-fasen og ved en eventuel operation. Professor Linda Cardozo, som netop har besøgt Danmark, er ret imponeret over dette og enig i, at det er vigtigt. Hun har selv "et ben i hver lejr" - både tidligere og nu. En stor del af urodynamikken er udviklet i tæt samarbejde i Skandinavien med f.eks. Tage Hald og Ulf Ulmsten.

Wiggo Fischer-Rasmussen (gynækolog) og Tage Hald (urolog) introducerede Kolposuspension a.m. Burch. De kaldte den Turner-Warwick's operation. De havde lært den af en inspirerende engelsk kirurg, der "blot var interesseret i vandladningen" (også en af Linda Cardozo's mentorer). Slyngeoperationer omtales af McGuire (urolog) og senere Ulmsten (gynækolog), som er TVT's fader. Nu er slyngeoperationer også ved at blive "hverdag" i urologien hos de patienter, der får stress inkontinens efter radikal prostatektomi.

Overaktiv blære som følge af obstruktion er beskrevet af Jens Thorup Andersen og Paul Abrams (begge urologer). Det viste vej til, at vi opdagede syndromet "de novo overaktivitet" efter inkontinensoperationer.

Bulking af ureterostiet er brugt meget af børnekirurger, benyttes nu af urogynækologer og urologer i urethra.

Neuro-urologi har både urologer og gynækologer behov for at kende! Tænk på Ren Intermittierende Kateterisation, antikolinergika, anden urofarmakologi og senest Botox.

Vi har netop været til et godt møde: International Continence Society (ICS) og International

Urogynecological Association (IUGA) i Toronto, og nu skal vi til møde i Dansk Urogynækologisk Selskab d. 7. januar 2011.

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) blev stiftet i maj 2005. Et selskab der skal hjælpe med til, at patienter undersøges og behandles bedst muligt for deres urogynækologiske gener, og at forskningen indenfor området styrkes.

Vi skal værne om de gode forhold, vi har i Danmark. Vi skal værne om, at patienterne ikke først henvender sig til det ene speciale, og hvis det går galt, vender sig mod "de andre," som det sker i mange lande. Vi skal fortsætte samarbejdet og udvide det. Ledelserne i gynækologisk/ obstetriske og urologiske afdelinger skal sætte en ære i, at afdelingerne samarbejder på alle plan. Vi kan lære af hinanden, hjælpe hinanden i pleje, undersøgelse og behandling samt være fælles om undervisning, udvikling og forskning.

Fremtidsønsker

Dejligt, hvis en uddannelsessøgende gynækolog med ønske om subspecialisering i uro-gynækologi kunne arbejde/uddannes i længere tid i tæt samarbejde med en urologisk afdeling. Ønskeligt, hvis en uddannelsessøgende urolog med ønske om ekspertområde indenfor vandladningsgener kunne arbejde/uddannes i længere tid i tæt samarbejde med en urogynækologisk sektion. Primært vil det være naturligt, at de to specialer mødes ofte på alle niveauer for at diskutere behandling, pleje, undersøgelser og udvikling. Ofte er mere end 4 gange årligt, helst 12 eller måske 52 gange om året?

Det ideelle fremtidige samarbejde vil være et tværfagligt og teambaseret team. Det kunne hedde bækkenteam eller måske blære-bækkenbundsteam. Navnet vil ikke være så vigtigt som den fælles erfaring i blære-, urethra-, genitalia-, anus/rectum-funktion. Så ville danske kvinder være GODT HJULPET og samarbejdet praktiseret.



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

ekelund@ovik

Hvad skal vi dog med DugaBasen?

Der sker i disse år mange tiltag mhp. at vurdere og forbedre kvaliteten af det kliniske arbejde inden for mange specialer. Arbejdet foregår på mange fronter, bl.a. inden for rammerne af det Nationale Indikatorprojekt, Den Danske Kvalitetsmodel og de Kliniske Kvalitetsdatabaser (bl.a. DugaBase). Fødselsområdet er netop inddraget i det Nationale Indikatorprojekt, hvor der fremover skal indrapporteres data fra alle fødesteder til monitorering af 10 målepunkter om fødselsforløbet. Inden for rammerne af Den Danske Kvalitetsmodel måles på en række andre indikatorer, og senest har Sundhedsstyrelsen i efteråret 2010 inviteret DSOG og andre specialebærende selskaber til møde mhp. at udpege relevante kvalitetsindikatorer baseret på Landspatientregisteret (LPR).

Endelig er der altså de kliniske kvalitetsdatabaser, som finansieres af Regionerne men godkendes af Sundhedsstyrelsen. Gynækologi og obstetrik tegner sig alene for syv kliniske kvalitetsdatabaser, nemlig Dansk Gynækologisk Cancer Database, Dansk Hysterektomi Database, Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening, Dansk Kvalitetsdatabase for operativ hysteroskopi, FØTO-databasen, Tidlig graviditet og abort kvalitetsdatabase - og Dansk Urogynækologisk Database, DugaBase.

DugaBase var oprindeligt tænkt som et værktøj, der tidligt kunne vise væsentlige bivirkninger ved nye operative behandlinger indenfor urogynækologien. DugaBasen blev officielt landsdækkende fra april 2006, men i praksis er der fortsat nogen forskel på, hvor

godt der indrapporteres fra de enkelte afdelinger.

Lige som i det Nationale Indikatorprojekt og Den Danske Kvalitetsmodel forsøger man at foretage en kvalitetsvurdering af de enkelte afdelinger ved at måle på en række indikatorer. Indikatorerne defineres af databasens styregruppe men skal godkendes af Regionerne og Sundhedsstyrelsen. Der er foretaget justering af indikatorerne i DugaBase i 2010, og de nye indikatorer er netop nu til høring i Regionerne og Sundhedsstyrelsen.

Kvalitetsvurdering og kvalitetsforbedring

Det primære formål er at foretage en kvalitetsvurdering af behandlingen med udgangspunkt i data, der ikke rutinemæssigt indsamles og indrapporteres til f.eks. Landspatientregisteret.

Kvalitetsvurdering af de enkelte afdelinger foregår aktuelt fire gange om året, hvor der udsendes kvartalsrapporter til den specialeansvarlige og den ledende overlæge på hver afdeling med tal for egen afdeling og landsgennemsnit. Derudover udsendes der en årsrapport med opgørelser for alle afdelinger om bl.a. dækningsgrad og datakompletthed og i hvilket omfang afdelingen lever på til de fastsatte standarder.

Tanken med rapporterne er at give de enkelte afdelinger mulighed for at vurdere afdelingen i forhold til andre afdelinger. På sigt er det planen at gøre det muligt for de enkelte afdelinger at trække egne data ud på et hvilket som helst tidspunkt.

Forskning

To projekter er allerede i gang med udgangspunkt i data fra DugaBase. Det ene projekt indgår som led i et ph.d.-projekt. Formålet er bl.a. at validere dækningsgrad og datakomplethed ved sammenligning med Landspatientregisteret og at undersøge sensitivitet og specificitet af diagnoser indberettet til DugaBase ved at sammenligne en stikprøve med journaloplysninger.

Formålet i det andet projekt er at beskrive præ- og postoperative symptomer og fund hos patienter henvist til urogynækologisk team på Odense Universitetshospital (OUH), sammenholdt med henvisningsdiagnose og kirurgisk behandling. Det vil samtidig blive undersøgt, om den store version af DugaBase, som i en periode anvendtes på OUH, bidrager med yderligere, væsentlige oplysninger i forhold til standardversionen.

Der findes desuden tilsvarende databaser i andre lande, bl.a. Sverige. I forbindelse med mange andre danske registre foregår der allerede et konkret samarbejde med sammenligning af data fra de nordiske lande, bl.a. på cancerområdet i Kræftens Bekæmpelses regi. Inden for området graviditet og fødsel er der allerede foretaget fællesnordiske sammenligninger på baggrund af de enkelte landes fødselsregistre, og der er flere konkrete planer om sammenligning af danske og norske data om livsstils betydning for graviditet.

Tilsvarende sammenligninger er nærliggende mellem f.eks. data fra DugaBase og den svenske urogynækologiske database, hvor der allerede er planer om bl.a. at kigge

nærmere på resultaterne af operativ behandling af isoleret mediant cystocele med specielt fokus på indsættelse af meche.

Lidt afsluttende kommentarer

Sundhedsstyrelsen har som nævnt bedt DSOG om at udpege relevante kvalitetsindikatorer baseret på LPR. De LPR-baserede kvalitetsindikatorer skal dels fungere som et basalt datasæt om kvalitet på væsentlige områder som enten ikke er dækket af de kliniske kvalitetsdatabaser og som supplement til de kliniske kvalitetsdatabaser. Kvalitetsvurderingen kommer altså uanset hvad. Men hvor LPR-udtræk alene kun vil give et meget begrænset billede af kvaliteten i behandlingen, har vi med DugaBasen og de andre kliniske kvalitetsdatabaser muligheden for selv at påvirke, hvad det er vigtigt at måle.

Næste nummer

af DUGSNyt udkommer
udkommer primo juni 2011
Manuskripter indsendes til:
i.b.paulsen@dadlnet.dk
senest 10. maj 2011

High lights fra ICS-IUGA 23.-27. august 2010, Toronto, Canada

En af de største internationale kongresser med deltagelse af 3525 personer i alt, hvoraf de 82 var danskere ifølge deltagelisten. Der var indsendt 1253 abstracts, hvilket fremgik af abstract fortegnelsen. Der kan der på ingen måde redegøres for fyldestgørende på disse sider, men her er udvalgte high lights.

De 2 første dage bød på talrige spændende og interessant workshops (48 i alt!) Her nævnes blot et par enkelte: Pelvic Organ Prolapse Repair – with or without mest, Bækkenbundens anatomi og Ultralyd af bækken bund.

Onsdag fortalt L. Schierlitz om randomiserede kliniske forsøg fra Australien. Et 3-års follow up studie om TVT vs. TOT hos kvinder med ukompliceret stressinkontinens og Intrinsic Sphincter Deficiency. Der var en højere succesrate efter TVT frem for TOT og deraf højere risiko for gentagne operationer efter TOT. De havde desuden foretaget 2 års opfølgning på et randomiseret forsøg med prolapskirurgi +/- TVT samtidigt. I alt 80 kvinder indgik. Deres anbefaling er, at der ikke er indikation for rutine TVT ved prolaps operationer. Dette stemmer heldigvis også overens med den almindelige praksis i Danmark.

De havde opgjort, at der skal indsættes 12 slynger for at undgå én med postoperativ stressinkontinens.

Fra England præsenterede P. Assassa den engelske urogynækologiske database. D. 26. januar 2010 var der indrapporteret 14.977 forløb, hvor af de 7314 var operationer for urininkontinens. 80 % af dem der opereres for urininkontinens har gennemgået bækkenbundstræning forud for operation, hvilket stemmer overens

med deres nationale guidelines. Men samtidig så de, at urodynamiske undersøgelse også er meget udbredt inden operation for urininkontinens, hvilket ikke er i tråd med deres guidelines.

Han kunne dog også oplyse, at database på ingen måder er komplet. Ikke alle afdelinger indrapporterer og kun et sted mellem 10-20 % af slyngeoperation indrapporteres, hvor TVT udgør ca. 67 %.

Ulf Ulmsten Lecture af M. Chancellor omhandlede stamcelleforskning.

For ca. 4 ½ år siden indledtes de første menneske-forsøg i Canada. Han fremlagde lovende resultater. Efter 12 mdrs. followup var 5 ud af 8 forbedret og én kureret. Ingen alvorlige bivirkninger er set.

State-of-the Art Lecture blev givet af A. Sultan fra England – omhandlende status på, hvad vi ved om Anal Sphincter anno 2010.

Prisvinder for bedste Basic Science Abstract blev G. Northington med titlen: The Effect of Ovariectomy on Bladder Function and Myosin Isoform Expression in Female Rabbits with Partial Bladder Outlet Obstruction.

Prisvinder for bedste Clinical Abstract blev C. Glazener med titlen: A Randomised Controlled Trial of Conservative Treatment for Urinary Incontinence in Men after Prostate Surgery.

Niels Klarskov var den første dansker, som havde et mundtlig indlæg. Han holdt et fremragende foredrag om reflektometri på baggrund af et randomiseret dobbelt blindet placebo cross-over forsøg. Reflektometri undersøgelsen viste, at åbnings og luknings trykket i urethra øges signifikant ved brug af esreboxetin i forhold til placebo. Reflektometri synes at være værdifuldt

i udviklingen og monitoreringen af farmakologisk behandling for stress inkontinens.

Fredag eftermiddag var flere andre danskere på podierne. Charlotte Graugaard-Jensen fortalte om sit ph.d. projekt omhandlende påvirkningen af p-piller på urinregulationen. Der indgik i alt 26 kvinder i hendes undersøgelse, som viste, at den natlige urinproduktion stor set er uændret hos kvinder i p-pillebehandling i forhold til kvinder med naturlig cyklus.

Gunnar Lose præsenterede data fra 2-års opfølgning efter Bulkamid-injektion. 135 kvinder med ukompliceret stress eller blandings inkontinens var rekrutteret til undersøgelsen. Det fremgik, at 3 ud af 4 kan forbedres/helbredes med Bulkamid injektion. Det er en let, hurtig og sikker procedure uden alvorlige bivirkninger.

Marie Bønnelycke sluttede den flotte række af danske indlæg af med at fortælle om rotteforsøg omhandlende biokompatibilitet og varighed af en ny Meshtype til prolaps kirurgi.

Alt i alt en interessant og udbytterig international kongres med en festlig gallaaften med

et veloplagt band, som kronen på værket. Dansegulvet blev indtaget allerede efter forretten!



Brigitte Fatton fra Frankrig og Søren Brostrøm fra Danmark leder en session om ikke-kirurgisk behandling af prolaps



Fra venstre: Torsten Sørensen, Rikke Guldberg, Annetette Lykkebo og Steen Walther

Glade kongresdeltagere – Annetette Lykkebo og Rikke Guldberg fra Kolding - ved Niagara Falls.



Spasmo-lyt® Depot Trospiumchlorid



Gør hverdagen lettere...

Nyt præparat til behandling af patienter med overaktiv blære

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

Vil du vide mere?

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

MEDA

Spasmo-lytDepot (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 (inklusive toksisk megacolon), myastenia gravis, snævervinklet glaukom og takyarytmi. Trospiumchlorid er også kontraindiceret hos patienter, der har udvist overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med obstruktive tilstande i mave-tarmkanalen såsom pylorusstenose, med obstruktion af urinflow med risiko for urinretention, med autonom neuropati, med hiatus hernia kombineret med refluxøsofagitis, hos hvilke hurtig hjertefrekvens er uønsket f.eks. hypertyreoidisme, koronararterie sygdom samt kronisk hjersteinsufficiens, 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 secerering, 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. 305,05. Ekskl. recepturgebyr. Priserne er gældende pr. 28. oktober 2010. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Madaus GmbH, 51067 Köln, Tyskland

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

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

Hvordan er det nu med de stamceller?

I det seneste årti er opmærksomheden omkring stamceller og regenerativ medicin øget markant. Det gælder i forskningen såvel som i den brede offentlighed. Mulighederne for behandling af en lang række invaliderende, kroniske sygdomme er drivkraften bag den stigende interesse for stamceller, idet stamceller besidder potentialet til at erstatte defekte celler i kroppen. Flere typer af behandling, der involverer stamceller kan tænkes:

- Transplantation af celler til erstatning af defekte eller helt mistede celletyper (f.eks. type 1 diabetes, Parkinsons sygdom, Huntingtons chorea og ALS).
- Transplantation af celler, der kan producere manglende hormoner, cytokiner og vækstfaktorer (cerebrale infarkter, Alzheimers sygdom).
- Transplantation af hele cellelag og væv udviklet i laboratoriet ud fra stamceller (trachea, urinblære).

Betegnelsen stamceller dækker over en vifte af celletyper (Figur 1). For alle stamcelletyper gælder det, at de har evnen til at forny sig selv og desuden være ophav til specialiserede datterceller. Forekomsten af stamceller på forskellige udviklingstrin danner basis for inddelingen af stamceller i to primære grupper, nemlig embryonale stamceller og voksne stamceller. Voksne stamceller er uni- eller multipotente, hvilket betyder at de kan give ophav til én eller flere typer af specialiserede celler, mens embryonale stamceller er pluripotente og således kan udvikle sig til alle kroppens celletyper. Til dato er det udelukkende voksne stamceller der har været anvendt terapeutisk, men begge stamcelletyper har egenskaber, der gør dem interessante i for-

bindelse med en lang række sygdomme.

De embryonale stamceller findes udelukkende i det tidligste fosteranlæg. 4-5 dage efter befrugtning af oocyten kan de første morfologiske tegn på funktionelle forskelle blandt cellerne i embryonet observeres. To distinkte cellepopulationer kan isoleres og gen-ekspressionsanalyser viser tydelige forskelle mellem de to populationer. Det ydre cellelag i blastocysten, trophoctoderm, giver ophav til moderkage og fosterhinder, mens den indre cellemasse består af embryonale stamceller, der vil udvikle sig til fostret. I 1981 blev de første pluripotente celler fra muse-blastocyster isoleret og dyrket in vitro, men det varede yderligere godt 15 år før det i 1998 lykkedes at gennemføre tilsvarende med humane embryoer (Thomson JA et al, 1998). I 2003 blev det lovgivningsmæssigt tilladt i Danmark at isolere embryonale stamceller fra overskuds-embryoner i forbindelse med IVF-behandling. For at etablere en embryonal stamcellelinie i laboratoriet er det nødvendigt at adskille den indre cellemasse fra de omkringliggende celler og zona pellucida i den 5-7 dage gamle blastocyt. De tilbageværende celler vil for størstedelens vedkommende bestå af celler fra den indre cellemasse, på dette stadium omtrent 50-150 celler. Cellerne overføres til en dyrknings-skål, hvor de dyrkes i en inkubator ved 37 °C sammen med et understøttende lag af embryonale fibroblaster (isoleret fra mus eller af human oprindelse). Støttecellerne producerer ukendte faktorer, der er nødvendige for den udifferentierede tilstand af stamcellerne. Ideelt set vil cellerne fra den indre cellemasse proliferere uden at differentiere i det korrekte vækstmedium, og det vil være muligt at sub-klone

cellerne og på den vis opnå et meget stort antal identiske, pluripotente celler. Det er imidlertid mindre end 5 % af de anvendte embryoner, der i sidste ende vil føre til etablering af en human embryonal stamcellelinie, idet kvaliteten af de anvendte blastocyster er meget variabel. Etablerede humane embryonale stamcellelinier har et nærmest uendeligt delingspotentiale og kan dyrkes som udifferentierede celler in vitro over et meget langt tidsforløb, og derved kan et stort antal celler tilvejebringes. Det er netop denne egenskab, kombineret med cellernes differentieringspotentiale, der gør embryonale stamceller attraktive i forbindelse med regenerativ medicin, hvor et stort antal celler ofte vil være påkrævet for at opnå en terapeutisk effekt. En stor udfordring i arbejdet med embryonale stamceller er at kontrollere differentieringsprocesserne og udvikle de ønskede celletyper i laboratoriet, men også immunologiske aspekter er væsentlige i forbindelse med anvendelsen af celler afledt fra embryonale stamceller.

Voksne stamceller kaldes også vævsderiverede eller somatiske stamceller og findes som tidligere nævnt i et stort antal væv og organer. Deres funktion er at bibeholde væv og organers udstrækning og funktionalitet ved at producere specialiserede celletyper. Voksne stamceller er uni- eller multipotente. De differentierer naturligt til de celletyper, der udgør det væv de tilhører. Mesenchymale stamceller (multipotente) fra knoglemarven kan således primært udvikle sig til knogle, brusk og fedtvæv, mens de hæmatopoietiske stamceller (multipotente) er udgangspunkt for blod- og lymfesystemets mange celletyper og har været anvendt i sygdomsbehandling i mere end 40 år. Til forskel for de embryonale stamceller er det forbundet med

færre vanskeligheder at dirigere differentiering af voksne stamceller i laboratoriet. Det skyldes netop, at voksne stamceller er "forprogrammeret" til at differentiere i én, eller relativt få, retninger. Til at styre differentieringen anvendes faktorer, der er identificeret ved hjælp af in vivo studier, blandt andet i mus. Det er fortsat kontroversielt, hvorvidt voksne stamceller i laboratoriet kan dirigeres til at give ophav til celletyper, der ligger udenfor deres normale in vivo funktion. En udfordring i arbejdet med de voksne stamceller er deres lave antal i kroppen samt et begrænset delingspotentiale/delingspotentiale – det kan således være vanskeligt at tilvejebringe tilstrækkeligt med celler.

De seneste år har budt på en lang række fremskridt indenfor den biologiske stamcelleforskning, men der er behov for yderligere viden omkring reguleringen af stamcellernes vækst og differentiering, før brede behandlingstilbud kan blive virkelighed. Til dato er der ikke anvendt celler afledt fra embryonale stamceller i behandlingen af degenerative sygdomme, men en række studier har påvist effekt af behandling med voksne stamceller, primært mesenchymale stamceller (Abdallah BM and Kassem M, 2009).

Stamcellebehandling af stress-inkontinens

Fødsler, overvægt, aldring og prostataoperationer kan alle bidrage til udviklingen af inkontinens. Behandling sigter i første omgang på at genoptræne muskulaturen omkring urinrøret og hvis dette ikke er tilstrækkeligt kan operation med placering af en støttende slynge eller indsprøjtning af et fyldstof, f.eks collagen, for at øge volumen af vævet omkring urinrøret, give gode resultater. Effekten af fyldstoffer er dog kun midlertidig. Nuværende behandlings-

muligheder er således ikke i stand til at rette op på det skadede eller aldringssvækkede væv omkring urinrøret. Urinrøret består af både glat- og tværstribet muskulatur, og en stamcellebaseret behandling af inkontinens kan tænkes at have en effekt på begge celletyper. Stamceller, der kan udvikle sig til muskulatur, isoleres fra knoglemarv, fedtvæv og tværstribet muskulatur. Det kan være vanskeligt at isolere tilstrækkelig med celler fra knoglemarven, hvorimod fedtvæv og muskulatur er gode kilder til stamceller.

Muskel-deriverede stamceller har en række egenskaber der kan drages fordel af i forbindelse med behandling af inkontinens. Ved indsprøjtning af autologe stamceller som fyldstof vil der med overvejende sandsynlighed ikke opstå immunologiske reaktioner, og da cellerne potentielt kan integreres i det omkringliggende væv, er der mulighed for en længerevarende effekt sammenlignet med øvrige fyldstoffer. Da muskel-deriverede stamceller vil differentiere og fusionere under dannelse af muskelfibre uden delingskapacitet, er der ikke risiko for at de transplanterede celler vil proliferere og obstruere urinrørets lumen (Mitterberger M et al, 2007). Studier i rotter har ligeledes vist, at transplanterede, muskel-deriverede stamceller kan medvirke til regeneration af et beskadiget urinrør, enten direkte eller ved en parakrin effekt på omkringliggende væv (Cannon TW et al, 2003; Chermansky CJ et al, 2004; Kwon D et al, 2006). Stamceller opnået fra fedtvæv har vist lovende resultater i rottemodeller, hvor de har været i stand til at differentiere til glat muskulatur i blære og urinrør og genoprette beskadigede funktioner (Jack GS et al, 2005).

De første studier med patienter og stamcellebaseret behandling af stress-inkontinens er

foretaget i Østrig, USA og Canada (Mitterberger M et al, 2008; Strasser H et al, 2007; Carr LK et al, 2008). De østrigske studier er baseret på transplantation af både myogene stamceller og fibroblaster (Figur 2). Cellerne oprensnes fra en muskelbiopsi taget i overarmen (ca 0,3 ml). Cellerne separeres i de to fraktioner og dyrkes hver for sig i syv uger i laboratoriet. Muskelstamcellerne opslemmes i celledyrkningsmedium, mens fibroblasterne yderligere tilsættes collagen for at sikre, at de forbliver på injektionsstedet. Muskelstamcellerne injiceres i mindre portioner i den tværstribede muskulatur omkring den centrale del af urinrøret, således at cellerne fordeles over et større område. Fibroblasterne injiceres med collagen i bindevævet omkring urinrøret, ligeledes i mindre portioner. Opfølgning viser forbedring af de valgte parametre i forhold til collagen alene som fyldstof (inkontinens score, selvrapporteret livskvalitet, tykkelse af urinrøret og omliggende muskulatur, kontraktilitet og urinflow.). Firmaet bag udviklingen af celleprodukterne, Innovacell i Innsbruck, har netop indledt fase IIb studier for at afklare effektiviteten og det optimale celleantal i den enkelte transplantation. I øjeblikket rapporteres anvendelse af 5-60 millioner fibroblaster og 5-36 millioner myoblaste pr transplantation (Mitterberger M et al, 2007). Det skal oplyses, at forfatterne på de østrigske studier har tilknytning til det involverede firma. Resultaterne fra de nordamerikanske studier viser ikke samme grad af forbedring på inkontinens som de østrigske. Det første studie involverede 8 patienter og effekten af behandling med autologe muskelceller var mindre sammenlignet med de østrigske. Der var en forskel i administrationen af cellerne, og den opnåede effekt sås senere i det nord-

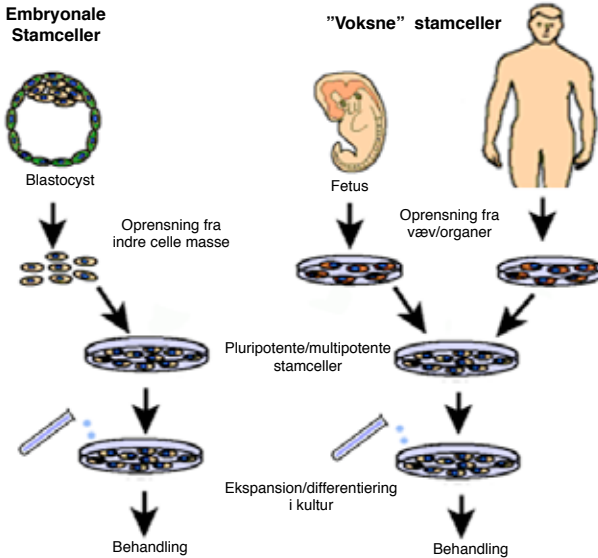
amerikanske studie. Det er endnu uvist, om de transplanterede muskelstamceller integreres i det omkringliggende væv i mennesker, som det ses i rotter, og det kan således ikke udelukkes, at cellerne blot optræder som fyldstof. Der er dog påvist en forbedret muskelfunktion, der kunne tyde på integration. Det er også muligt at de transplanterede celler kan stimulere eksisterende celler til en øget vækst med forbedret funktion til følge.

Yderligere fremtidige stamcellebaserede behandlingsmuligheder med relation til inkontinens kan ligge i forbindelse med afføringsinkontinens, hvor de første forsøg med rotter viser lovende resultater (Kang SB et al, 2008). I et studie med 24 patienter er det ligeledes vist, at det er muligt at fremme heling af komplicerede perianale og rectovaginale fistula ved at anvende stamceller oprenset fra fedtvæv i kombination med fibrin-lim sammenlignet med anvendelsen af fibrin-lim alene (Garcia-Olmo D et al, 2009). Stamceller oprenset fra fedtvæv har ligeledes vist sig egnet til fremstilling af glat muskulatur, der kan anvendes til reparation af beskadiget blærevæv (Jack GS et al, 2009).

Referencer

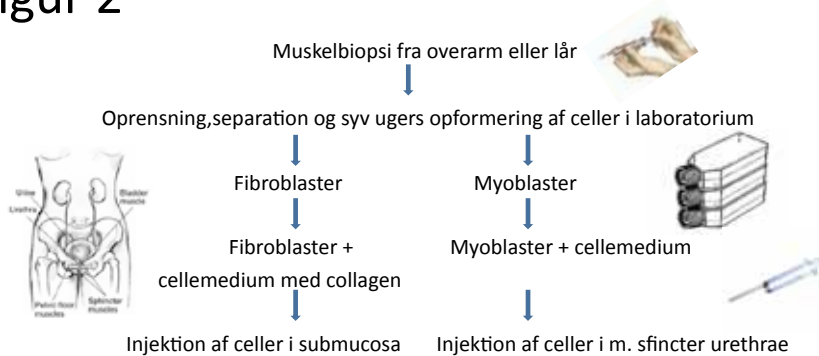
1. Thomson JA, Itskovitz-Eldor J, Shapiro SS et al. Embryonic stem cell lines derived from human blastocysts. *Science* 1998;282:1145-1147.
2. Abdallah BM and Kassem M. The use of mesenchymal (skeletal) stem cells for treatment of degenerative disease: current status and future perspectives. *J Cell Physiol* 2009;218:9-12.
3. Mitterberger M, Pinggera GM, Marksteiner R et al. Functional and Histological Changes after Myoblast Injections in the Porcine Rhabdosphincter *European Urology* 2007;52:1736-1743.
4. Cannon TW, Lee JY, Somogyi et al. Improved sphincter contractility after allogenic muscle-derived progenitor cell injection into the denervated rat urethra. *Urology* 2003;62:958-963.
5. Chermansky CJ, Tarin T, Kwon DD. Intraurethral muscle-derived cell injections increase leak point pressure in a rat model of intrinsic sphincter deficiency. *2004*;63:780-785.
6. Kwon D, Kim Y, Pruchnic R et al. Periurethral cellular injection: Comparison of muscle-derived progenitor cells and fibroblasts with regard to efficacy and tissue contractility in an animal model of stress urinary incontinence. *Urology* 2006;68:449-454.
7. Jack GS, Almeida FG, Zhang R et al. Processed lipoaspirate cells for tissue engineering of the lower urinary tract: Implications for the treatment of stress urinary incontinence and bladder reconstruction. *J Urol* 2005;174:2041-2045.
8. Mitterberger M, Marksteiner R, Margreiter E et al. Myoblast and fibroblast therapy for post-prostatectomy urinary incontinence: 1-year followup of 63 patients. *J Urol* 2008;179:226-231.
9. Strasser H, Marksteiner R, Margreiter E et al. Transurethral ultrasonography-guided injection of adult autologous stem cells versus transurethral endoscopic injection of collagen in treatment of urinary incontinence. *World J Urol* 2007;25:385-392.
10. Carr LK, Steele D, Steele S et al. 1-year follow-up of autologous muscle-derived stem cell injection pilot study to treat stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:881-883.
11. Mitterberger M, Marksteiner R, Margreiter E et al. Autologous myoblast and fibroblasts for female stress incontinence: a 1-year follow-up in 123 patients. *Journal Compilation* 2007;100:1081-1085.
12. Kang SB, Lee HN, Lee JY et al. Sphincter contractility after muscle-derived stem cells autograft into the cryoinjured anal sphincters of rats. *Dis Colon Rectum* 2008;51:1367-1373.
13. Garcia-Olmo D, Herrerros D, Pascual I et al. Expanded adipose-derived stem cells autograft for the treatment of complex perianal fistula: A phase II clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2009;52:79-86.
14. Jack GS, Zhang R, Lee M et al. Urinary bladder smooth muscle engineered from adipose stem cells and a three dimensional synthetic composite. *Biomaterials* 2009;30:3259-3270.

Figur 1 Kilder til stamceller



Figur 1
 Stamceller findes og kan isoleres fra en lang række væv og organer. Den tidligste stamcelletype oprenses fra blastocyst-stadiet og kaldes en embryonal stamcelle. Disse stamceller er pluripotente og kan således udvikle sig til alle celletyper i kroppen. På senere udviklingsstadier kan også isoleres stamceller, de såkaldte voksne stamceller. Deres udviklingspotentiale er mere begrænset sammenlignet med de embryonale stamceller.

Figur 2



Figur 2
 Anvendelse af muskelstamceller i behandling af inkontinens. Celler isoleres fra en muskelbiopsi udtaget fra patientens overarm eller lår

og dyrkes i laboratoriet for at opnå et stort antal celler. I behandlingen kan anvendes muskelstamceller eller en kombination af muskel- og fibroblastceller.

Urethral Tryk Reflektometri – en ny metode til undersøgelse af urinrør

Urethral Tryk Reflektometri (UTR) er en ny metode til undersøgelse af urinrør. UTR er udviklet på gynækologisk afdeling på Glostrup Hospital, hvor den første undersøgelse blev foretaget i 2003. Udstyret bruger en teknik betegnet akustisk reflektometri til at måle tværsnitsarealer i urinrør.

I 50'erne og 60'erne blev akustisk reflektometri udviklet til at finde olie i undergrunden. Man sprængte en ladning dynamit og kunne på baggrund af de efterfølgende refleksioner fra undergrunden finde områder med olie. Senere har teknikken været brugt til efterforskning af bl.a. huler, stemning af musik instrumenter og til måling af tværsnitsarealer i næsesvælgrummet.

Ved UTR undersøgelsen lægges en lille tynd plastikpose ind i urinrør. Mens en pumpe langsomt øger trykket, måles tværsnitsarealet af posen. På den måde kan man med metoden præcist måle det tryk, det kræver at åbne urinrør. Derudover kan metoden anvendes til at måle elasticiteten af urinrørsvæggen og herved give indtryk af om der f.eks. er arvæv tilstede i urinrør. Målingen kan udføres med kvinden liggende og stående, samt når hun er afslappet og under knib og host. Ifølge de undersøgte kvinder er ubehaget ved undersøgelsen mindre end ved en almindelig gynækologisk undersøgelse.

Undersøgelser har vist, at UTR målingen er meget pålidelig. Et studie, som sammenlignede stress inkontinente kvinder og kontinente kvinder viste, at der skal et mindre tryk til at åbne urinrør hos de inkontinente, samt at kvinder med inkontinens har mindre elastisk modstand i urinrør. Undersøgelser har vist stor forskel på måleresultaterne hos forskellige kvinder med an-

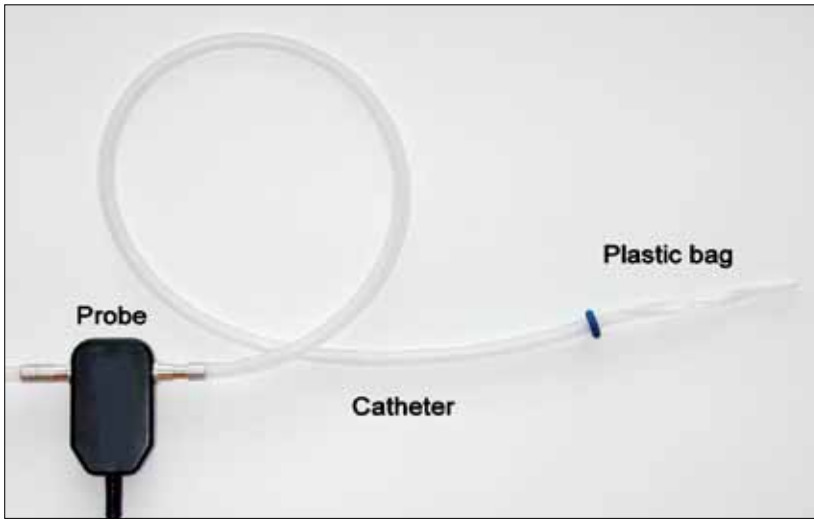
strengelses inkontinens. Mens nogle kvinder har et eftergiveligt ("slapt") urinrør, har andre kvinder et stift og mere ueftergiveligt urinrør. Dette fund kan få stor betydning i behandling af den enkelte kvinde med urininkontinens.

I dag bruges UTR målingen til at undersøge medicin med virkning på urinrør. I forskningsprojekter bruges metoden til at øge indsigten i samspillet mellem blæren og urinrør samt til at vurdere hvilke kvinder, der er egnede til forskellige inkontinens operationer.

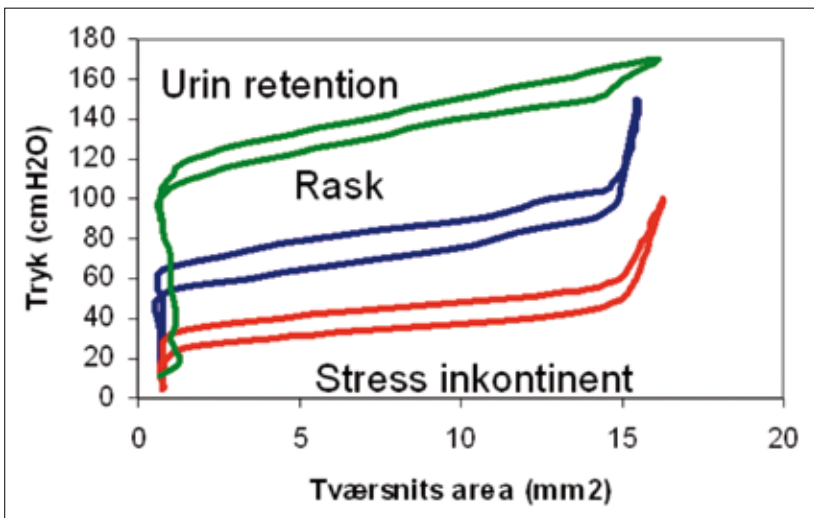
Metoden har desuden vist sig lovende til måling i det mandlige urinrør samt i endetarmen ved afføringsinkontinens.

Niels Klarskov holder foredrag om Urethral Tryk Profil på IUGA/ICS kongressen i Toronto





Billedet viser proben, der sender lyd igennem kateteret til den lille plastik pose, som placeres i urinrøret.



Figuren viser målinger fra tre kvinder, en med stress inkontinens (rød kurve), en rask (blå kurve) og en med urinretention (manglende vandladningsevne, grøn kurve). * Markerer det tryk, der skal til at åbne urinrøret hos de tre kvinder.

Kan inkontinens behandles med moderne akupunktur?

På center for fysioterapi og træning i Horsens behandler vi inkontinens med IMS akupunktur. Der er ikke videnskabelig evidens for, at behandlingen har effekt. Men alligevel oplever vi, at de kvinder, der modtager behandlingen, fornemmer, at de får større grad af kontrol over vandladningen under nys, host og løft samt bedre at kunne tømme blæren.

IMS Akupunktur er en moderne behandlingsform, som er udviklet af canadiske læger, og oprindeligt beregnet til at behandle kroniske smerter, men som har vist sig at kunne mere end det.

Inkontinensen opstår i mange tilfælde, fordi bækkenbundsmusklerne fungerer for dårligt, og derfor er det typisk, at folk anbefales at træne sin bækkenbund med knibeøvelser. Forskning viser, at effekten af træning opstår efter seks måneders træning, og effekten er ikke overbevisende god. IMS Akupunktur giver en forklaring på, hvorfor det er så svært at reducere problemet med træning.

Forklaringen er, at slidgigt i ryggen kan påvirke ryggens nerver til at fungere dårligt. Dette kommer f.eks. til udtryk ved, at de nerver, der forsyner bækkenbund og blære, ikke har optimal kontakt til musklerne, og derved mister man kontrollen over vandladningen.

Nerverne til bækkenbund og blære kommer fra de nederste lændehvirvler, og netop her er det typisk at opbygge slidgigt. Slidgigt er aktuelt for 80 % af alle i 50-års-alderen og betyder, at rygnerverne får mindre plads i udgangshullet fra rygsøjlen. Dette påvirker langsomt nerven til at fungere dårligt og skaber stivhed og vævskrampe omkring rygsøjlen.

IMS Akupunktur fjerner vævskrampen og re-etablerer en optimal nerveforsyning, hvorved bækkenbund og blære fungerer bedre.

Kilder:

1. www.istop.org
2. www.centerfys.dk

Bliv medlem af Dansk Urogynækologisk Selskab

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

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

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

Henvendelse om medlemskab rettes til selskabets sekretær, afdelingslæge Mette Hornum Bing på e-post-adressen:

mbing@dadlnet.dk.

Bankkonto:

Lægernes Pensions Bank

Reg. nr. 6771

Konto nr. 61 54 413

Vagifem® (17β-estradiol) – fås nu i markedets laveste virksomme dosis

Ny, ultra-lavdosisudgave af Vagifem® 10 µg til vaginal atrofi



- Markedets laveste virksomme dosis¹
- Signifikant langsigtet bedring i vaginal sundhed²
- Nøjagtig dosis, administreres lokalt og virker lokalt³



Referencer: **1.** Lægemiddelstyrelsen, April 2010. **2.** Simon J et al. Obstet Gynecol 2008;112: 1053-1060. **3.** Det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé



Vagifem[®] 10µg
(17β-estradiol)

Vagifem® (17β-estradiol) 10 mikrogram. Forkortet produktresumé

Lægemiddelform: Vaginaltabletter. Vagifem® indeholder 10 mikrogram estradiolhemihydrat i en vaginaltablet indsat i en engangsappikator. **Indikation:** Behandling af atrofisk vaginitis forårsaget af østrogenmangel. Erfaring med behandling af kvinder over 65 år er begrænset. **Dosering:** Vagifem® administreres intravaginalt ved hjælp af en appikator. Initialdosis: 1 vaginaltablet daglig i 2 uger. Vedligeholdelsesdosis: 1 vaginaltablet 2 gange om ugen. Behandlingen kan starte en hvilken som helst dag. Hvis en dosis glemmes, bør den tages, så snart patienten husker det. Dobbeldosis bør undgås. Skift til produkt med højere dosis, Vagifem® 25 mikrogram, kan foretages såfremt der efter 3 måneders behandling ikke er opnået tilfredsstillende symptomlindring. Vagifem® kan bruges af kvinder med eller uden intakt uterus. Ved behandlingen kan der specielt i de første 2 uger observeres en minimal systemisk absorption. Det er ikke anbefalet at give et tilskud af progesteron, eftersom plasmaestradiolniveauerne sædvanligvis ikke overstiger de postmenopausale niveauer. **Kontraindikationer:** Kendt, tidligere brystcancer eller mistanke om brystcancer. Kendte eller mistænkte, tidligere eller mistænkte østrogenafhængige, maligne tumorer, f.eks. endometriecancer, udiagnosticeret genitalblødning, ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller aktuel venøs tromboembolisme. Aktuel eller nylig arteriel tromboembolisk sygdom. Akut eller tidligere leversygdom, hvor levertal endnu ikke er normaliserede. Kendt overfølsomhed over for estradiol eller et eller flere af de øvrige indholdsstoffer. Porfyri. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** For hormonsubstitutionsbehandling startes eller genoptages, bør der optages en komplet anamnese og indhentes oplysninger om familier disposition. Fysisk (inklusive bækken og bryst) undersøgelse skal sammenholdes med dette og kontraindikationer og advarsler for brug. Regelmæssig kontrol anbefales under behandlingen. Hvor ofte og hvordan afhænger af den enkelte kvinde. Kvinder bør lære, hvilke slags forandringer i brystet, som bør rapporteres til en læge eller sygeplejerske. Undersøgelser inklusiv mammografi bør foretages i henhold til gældende screeningspraksis, tilpasset behovet herfor hos den enkelte kvinde. **Behandlingen bør seponeres i tilfælde på, at en kontraindikation konstateres, og i de følgende situationer:** Gulsot eller svækkelse af leverfunktionen, signifikant forøgelse af blodtryk, nyt anfald af migræne-lignende hovedpine og graviditet. **Endometriehyperplasi:** Kvinder med intakt uterus og unormal blødning af ukendt årsag eller kvinder med intakt uterus, som tidligere er blevet behandlet med østrogen alene, bør undersøges nøje med henblik på at udelukke hyperplasi/malignitet af endometriet før behandling med Vagifem® startes. Generelt bør østrogensubstitutionsbehandling ikke gives mere end 1 år, uden at der foretages en opfølgende gynækologisk undersøgelse. *Da Vagifem® administreres lokalt og indeholder en lav dosis estradiol, er forekomsten af de nedenfor nævnte forhold mindre sandsynlig end ved systematisk østrogenbehandling.* **Brystcancer:** Systemisk østrogen eller østrogen-progesteron behandling kan øge risikoen for brystcancer. **Venøs tromboembolisme:** Systemisk HRT er associeret med en højere relativ risiko for udvikling af venøs tromboembolisme, f.eks. dyb venetrombose eller lungeemboli. **Lidelser i koronarkarierne:** Det er i randomiserede, kontrollerede forsøg ikke påvist, at østrogen kombineret østrogen/progesteron beskytter mod lidelser i koronarkarierne. **Overieccancer:** Behandling med systemisk østrogen samt progesteron i mindst 5-10 år har været forbundet med en let øget risiko for ovarieccancer i nogle epidemiologiske studier. **Andre forhold:** Østrogen kan forårsage væskeophobning, og patienter med kardial eller renal dysfunktion bør derfor overvåges nøje under de første uger af behandlingen. **Graviditet og amning:** Vagifem® er ikke indiceret under graviditet eller amning. **Bivirkninger:** Østrogen-relaterede bivirkninger såsom brystmerter, perifere ødemer og postmenopausale blødninger er rapporteret svarende til placebo og mest til stede i begyndelsen af behandlingen. Almindelige: Hovedpine, Mavesmerter, Vaginal hæmoragi, vaginalt udfald eller vaginalt ubehag ikke almindelige: Vulvovaginal mycotisk infektion, kvalme, udslæt, vægtstigning, hedeure eller hypertension. **Farmakologisk oplysning:** Østrogen holder pH i vagina på ca. 4,5, hvilket forøger den normale bakterielle flora. **Opbevaring:** Må ikke opbevares i køleskab. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd. **Pakninger og priser (inkl. moms):** Vagifem®, 18 vaginaltabletter i appikator enkeltvis indpakket i blisterpakning Pris 203,35, Dato Maj 2010. Se evt. www.medicinpriser.dk for aktuel dagspris. **Udlevering B:** Lægemidlet er generelt tilskudsberettiget. Komplet produktresumé og yderligere information kan rekvireres vederlagsfrit ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia AB, Kundeservice tlf.: +45 80200240 Vagifem® er et registreret varemærke af Novo Nordisk. Dato for udarbejdelse: Februar 2010.

Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA)



**27. årsmøde
21.-22. januar 2011
Bergen**



Vi regner med, at der kommer 200 og som sædvanlig bliver mødet både fagligt stimulerende og socialt vellykket! Vi har inviteret kendte udenlandske foredragsholdere, og både yngre og ældre nordiske kolleger kommer på podiet. Som tidligere år bliver der også hands-on workshops.

Program og øvrige informationer vil løbende kunne ses på www.nuga-info.org

IMPORTANT DATES

Deadline for submission of abstracts is 19 November 2010

Deadline for low-fee registrations is 19 November 2010

Deadline for applications for the NUGA-sponsored Research Grant is 19 November 2010

Nordic Urogynecology Association (NUGA) Research Grant 15.000 €

The purpose of the NUGA-sponsored Research Grant is to fund the development of research in the field of urogynecology. The annual grant sum is 15,000.00 EUR to be awarded to one or more applicants who complete and submit the required application prior to the stated deadline. Active researchers and clinicians in good standing working in one of the five Nordic countries i.e. Sweden, Finland, Denmark, Norway and Iceland are eligible to apply for a Research Grant. Collaborative projects between centers in two or more of the Nordic countries will be given priority. Funding will include statistical analyses, tech support (i.e. sonographer), laboratory studies, diagnostic studies (i.e. post treatment urodynamics), mailing and postage for questionnaires or other related material, and patient vouchers for transportation, meals, etc. Funding will not include travel, computer, meeting fees and related expenses, or equipment. Generally, scientists' salaries will not

be funded, though very short periods of remuneration for specific tasks (e.g. to complete writing a dissertation or protocol) could be granted.

Applications must use the application form to be downloaded at www.nuga-info.org

Deadline for submission of deadlines is 19 November 2010. Enquiries regarding applications can be addressed to NUGA President, Søren Brostrøm at soren@brostrom.dk or +45-42454245

DUGS generalforsamling 2011

Dansk Urogynækologisk Selskab afholder ordinær generalforsamling fredag den 7. januar 2011 kl. 16.15 i Auditorium A på Skejby sygehus

Dagsorden i henhold til vedtægterne:

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

Forslag, der ønskes behandlet på generalforsamlingen, skal være formanden i hænde senest en uge før generalforsamlingen. Der kan komme flere punkter på dagsordenen til generalforsamlingen.

Dansk Urogynækologisk Selskab afholder kursus i Uro-obstetrik den 25. marts 2011 på H. C. Andersen Hotel i Odense

Et møde for læger, sygeplejersker og andre, der arbejder med
obstetrik og urogynækologi

PROGRAM

- 8.30 - 9.00: KAFFE OG BRØD
- 9.00 - 9.10: Velkomst/præsentationsrunde (Kursusledelsen)
- 9.10 - 9.40: Patophysiological changes in the lower urinary tract
during and subsequent to pregnancy
(Philip Tooze-Hobson)
- 9.40 - 10.00: Vandladningsgener i graviditeten - en spørge-
skemaundersøgelse (Bent Brandt Hansen)
- 10.00 - 10.20: UVI i graviditeten (Rikke Bek Helmig)

KAFFEPAUSE

- 10.50 - 11.10: Urinretention postpartum (Lars Alling Møller)
- 11.10- 11.30: Sygdomme i nyrer og urinveje under graviditet og
fødsel (Allan Ryhammer)
- 11.30 -12.00: Pregnancy induced anatomical changes in the
lower urinary and genital tract (Philip Tooze-Hobson)
- 12.00 - 12.15: Spørgsmål og diskussion

FROKOST

- 13.15 - 13.35: Prolaps og urininkontinens hos fertile kvinder - om-
fang og behandling (Karin Glavind)
- 13.35 - 13.55: Bækkenbundstræning til gravide og fødende
(Søren Brostrøm)

13.55 - 14.15: UL kontrol efter primær sutureret sphincter og tidlig sekundær suturering af sphincter (Karl Møller Bek)

KAFFE

14.40 - 15.10: Behandling af analinsufficiens efter sphincterruptur (Steen Buntzen)

15.10 - 15.30: Seksualitet efter fødsel (Astrid Højgaard)

15.30 - 15.45: Spørgsmål og diskussion

15.45 - 16.00: Afrunding og evaluering (Kursusledelsen)

PRAKTISKE OPLYSNINGER

Tid: Kl. 9 - 16, fredag d. 25. marts 2011

Sted: H.C. Andersen Hotel, Claus Bergsgade 7, 5000 Odense

Målgruppe: Læger, sygeplejersker og andre faggrupper, der arbejder med obstetrik og urogynækologi

Kursusledelse: DUGS kursusudvalg (Marianne Glavind-Kristensen, Eva Kleberg Andersen, Berit Sejersen Larsen, Lars Alling Møller, Heidi Christensen, Thomas Larsen)

Tilmelding: Pr. e-mail til: mgk-njh@dadlnet.dk senest d. 15. januar 2011

Betaling: Samtidig med tilmelding indbetales deltagergebyr kr. 850 på DUGS' konto i Lægernes Pensions Bank, reg. 6771 konto 0006154413. Husk at mærke overførslen tydeligt med dit navn.

Kursusgebyr: 850 kr.

DANSK UROGYNÆKOLOGISK SELSKAB

Manden bag operationen - Axel Ingelman-Sundberg

I dag er de hyppigste operationer for stressinkontinens anlæggelsen af en slynge af uresorberbart materiale under urethra. Det kan gøres på forskellige måder, men de hyppigst anvendte metoder er vel i dag Tensionfree Vaginal Tape (TVT) eller Trans Obturator Tape (TOT).

I tidens løb er der beskrevet andre metoder; faktisk er princippet med anlæggelse af en slynge under urethra mere end hundrede år gammel. Nye metoder vil uden tvivl komme til i fremtiden.

Forløberen for TVT-operationen er den slyngplastik, som blev beskrevet af Axel Ingelman-Sundberg. Hans metode beror på, at man insolerer m. pubococcygeus fra m. levator ani - en del af diaphragma pelvis - og fører den under urethra. Dermed får man forstærket blærens lukkemekanisme.

I 1947 havde Ingelman-Sundberg publiceret en artikel med titlen Intravesical nerve resection for detrusorsynergi. Heri beskriver han en ny metode til behandling af urge inkontinens, hvor man delvis resecerer nerveforsyningen til blæren.

Hvem var da Axel Ingelman-Sundberg? Han var en førende videnskabsmand, en hårdtarbejdende kliniker og en god underviser. Han blev født den 17. december 1910 i Uppsala i Sverige, hvor faderen var præst og moderen læge. Og uden tvivl inspireret af moderen besluttede Axel Ingelman-Sundberg at læse medicin.

I 1939 blev han indkaldt til den svenske hær



og sendt til Nordsverige under den finsk-russiske krig. Her viste han sine evner som organisator og etablerede et fuldt udstyret militærhospital.

I 1947 giftede han sig med Miriam Furuholm, der var gynækologisk endokrinolog, og med hvem han fik seks børn. To år efter sit giftermål blev Ingelman-Sundberg professor ved afdelingen for gynækologi og obstetrik ved Sabbatsberg sygehus i

Stockholm. Samtidig blev han chef for afdelingen. Denne stilling beholdt han til 1979, hvor han trak sig tilbage.

Sammen med andre fremtrædende og internationalt kendte læger grundlagde han IUGA ved FIGO's møde i Mexico City i 1976. IUGA er forkortelsen for International Urogynecological Association, hvis kommissorium var: "A non-profit international association, dedicated to advancement of urogynecological knowledge around the world through education and the promotion of basic and clinical research on disorders of the female pelvic floor".

Axel Ingelman-Sundberg blev valgt til selskabets første præsident deltog selv i høj alder i de årlige kongresser næsten uanset hvor i verden, de blev afholdt. De, der gennem årene har deltaget i de årlige IUGA-møder, vil huske ham som den ældre, rødhårede gentleman, der sad på forreste række med jakke og butterfly, og som stillede spørgsmål og kom med kommentarer, der både var lærde og meningsfyldte.

Harold P. Drutz - professor i gynækologi i Toronto - studerede urogynækologi hos Ingelman-Sundberg i 1976 i Stockholm, og kunne konstatere, at "by that time Axel was one of the senior gynecologic surgeons in all Scandinavia. He had become the teacher's teacher, the surgeon's surgeon, and the consultant's consultant."

Axel Ingelman-Sundberg - skandinavisk urogynækologis grand old man - døde den 12. oktober 2009.

Kilder:

1. Harold P. Drutz. Professor Axel Ingelman-Sundberg (1910-2009): A Tribute.. ICS-News 2010;6(2):5.

2. Harold P. Drutz. Axel Ingelman-Sundberg (1910-2009): IUGA loses a founding father. Int Urogynecol J. 2010;21:259-260.

DEN GAMLE REDAKTØR TAKKER AF

Den 1. august 2010 blev jeg præsident for Kontinensforeningen og dermed også ansvarshavende redaktør for KontinensNyt - Kontinensforeningens blad.

For at der ikke skal opstå "kasket-forvirring" har jeg valgt at trække mig som redaktør for DUGSNyt med udgangen af 2010. Nærværende udgave er derfor det sidste, som jeg har haft ansvaret for.

Det er naturligvis med vemod, at jeg trækker mig fra posten. Det har været både sjovt og interessant at være redaktør. Og samtidig en spændende og udfordrende opgave at finde emner til det næste nummer

af DUGSNyt. Antennerne skal være ude hele tiden!

Samtidig har jeg været så heldig, at alle, jeg har bedt om en artikel til DUGSNyt, har været positive. Artiklerne er kommet i den længde, jeg har bedt om. Og altid med et interessant indhold!

For alt dette bringer jeg min bedste tak og ønsker min efterfølger - overlæge Lene Paulsen, Hillerød sygehus - til lykke med den interessante opgave, det er at være ansvarshavende redaktør for DUGSNyt.

Torsten Sørensen

DUGS afholder årsmøde den 7. januar 2011 på Skejby sygehus, Auditorium A

Foreløbigt Program

08.30-09.30: Ankomst og morgenkaffe

Mødeleder: Susanne Axelsen

09.30-09.35: Velkomst: Susanne Axelsen

09.35-09.55: Anne-Mette Hvas: Tromboseprofylakse i forbindelse med inkontinens- og prolapskirurgi
- hvad siger evidensen?

09.55-10.05: Diskussion

10.05-10.20: Benedikte Richter: Painfull Bladder Syndrome

10.20-10.25: Diskussion

10.25-11.05: Kaffepause

Mødeleder: Søren Brostrøm

11.05-11.45: Jan Deprest, Leuven, Belgien:
Laparoscopic Urogynaecology

11.45-11.50: Diskussion

11.50-12.05: Astrid Ammendrup: Incontinence surgery in Denmark

12.05-12.10: Diskussion

12.10-13.10: Frokost

Mødeleder: Annette Vestermark

13.10-13.40: Søren Ekman: Bækkenbundstræning hos mænd
- effekt på inkontinens og sexliv

13.40-13.45: Diskussion

- 13.45-14.00: Abelone Sakse: Pelvic floor ultrasound and anal incontinence in primiparous women
- 14.00-14.05: Diskussion
- 14.05-14.35: Frie foredrag
- 14.35-15.00: Kaffepause

Mødeleder: Mette Hornum Bing

- 15.00-15.15: Ulrik Kesmodel: DUGA-basen
- 15.15-15.30: Diskussion
- 15.30-15.45: Sara Kindberg: Highlights fra IUGA/ICS-kongressen
- 15.45-15.55: Uddeling af pris
- 15.55-16.00: Afslutning: Susanne Axelsen
- 16.15: Generalforsamling

Tilmelding og indbetaling af mødeafgift senest den 5. december 2010:

Deltagergebyr for medlemmer af DUGS: 400 kr.

Deltagergebyr for ikke-medlemmer af DUGS: 550 kr.

Mødeafgiften indbetales med angivelse af navn og e-mail-adresse til Lægernes Pensionsbank: konto nr. 6771 – 0006154413.

Incontinence Surgery in Denmark

Formål

At undersøge aktiviteten, organiseringen og kvalitetsaspekter af urininkontinenskirurgi (UI) i Danmark fra 2001 til 2003 fra Lands Patient Registeret (LPR).

At vurdere subjektiv effekt og tilfredshed 4 år efter operation med mid-urethral slynge (MUS). At beskrive praksis blandt danske gynækologer og urologer.

Metode

LPR data blev suppleret med operationsbeskrivelser og epikriser ved genindlæggelser (30 dage) eller øget indlæggelsestid.

Kvinder opereret med MUS i 2001 fik i 2005 et spørgeskema omfattende effekt af operationen, tilfredshed og komplikationer.

Gynækologer og urologer (foretog UI-kirurgi) modtog et spørgeskema, vedrørende operationstyper og slynger anvendt i 2006.

Resultater

Der forekom 2678 inkontinensoperationer på 51 forskellige afdelinger. Komplikationsfrekvensen var 40% (abdominal) og 11% (MUS). "Høj volumen" afdelinger (>45 indgreb pr. 3 år) havde signifikant færre komplikationer end "lav volumen" afdelinger

(<15 indgreb pr. 3 år) for abdominale indgreb.

335 (92%) kvinder besvarede spørgeskemaet, 32% følte sig raske og 15% uændret/værre.

I 2006 opererede 49 for inkontinens. 41% anvendte alene TVT, 14% alene Transobturator slynger (TOS) og 31% både TVT og TOS.

Konklusion

Organisationen af urininkontinenskirurgi i Danmark er decentraliseret med mange lav volumen afdelinger og kirurger, hvilket synes at påvirke kvaliteten.

Resultater efter MUS er sammenlignelige med internationale studier. Praksis blandt gynækologer og urologer varierer betydeligt.

Et paradigmeskift i den kirurgiske behandling af urininkontinens i Danmark fra 2001 til 2008

Formål

At beskrive udviklingen vedr. kirurgiske indgreb anvendt i behandlingen af urininkontinens i Danmark fra 2001 til 2008.

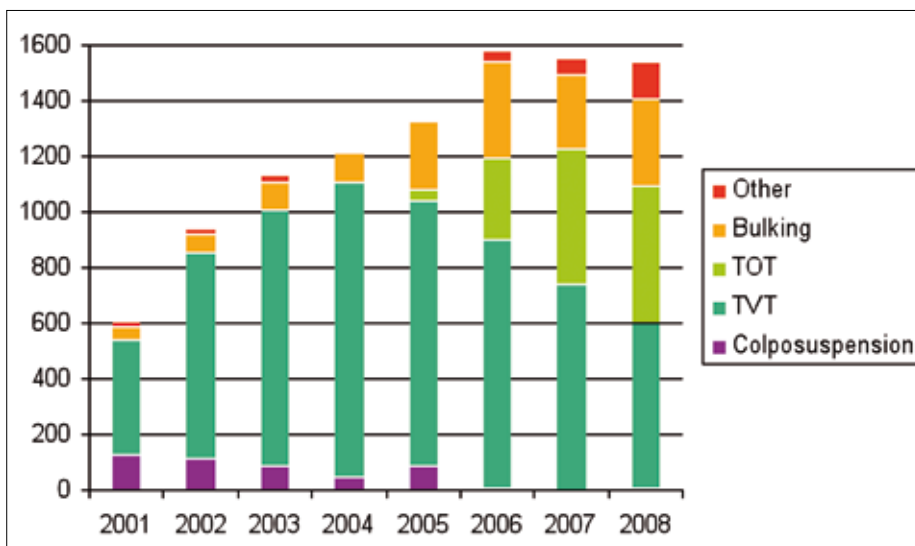
Metode

I samarbejde med Sundhedsstyrelsen blev data udtrukket fra Lands Patient Registeret for kvinder opereret for urininkontinens i perioden 2001 til 2008.

Resultater

I alt blev antallet af operationer for inkontinens mere end fordoblet fra 608 i 2001 til 1543 i 2008. Figur 1 illustrerer fordelingen mellem de forskellige typer af indgreb.

Antallet af "lav-volumen" afdelinger var næsten ens, men de foretog en mindre andel af de totale indgreb i 2008 (tabel 1).



Figur 1: Totale antal indgreb for urininkontinens i Danmark fra 2001-2008

INDGREB n pr. 3 år	Afdelinger: n (% af alle)		Indgreb: n(% af alle)	
	2001-2003	2006-2008	2001-2003	2006-2008
“Høj-volumen” afd. (> 140)	7 (14%)	12 (24%)	1354 (51%)	3436 (73%)
Mellem 50 og 140	11 (21%)	9 (18%)	932 (35%)	818 (18%)
“Lav-volumen” afd. (<50)	33 (65%)	29 (58%)	392 (14%)	424 (9%)
I alt	51 (100%)	50 (100%)	2678 (100%)	4678 (100%)

Tabel 1: Fordelingen mellem “høj-” og “lav-volumen” afdelinger i to forskellige 3-års perioder.

Konklusion

Der er uændret omkring 50 opererende afdelinger, hvor hovedparten af disse er “lav-volumen” afdelinger med mindre end 50 indgreb på en 3-års periode.

Denne decentraliserede organisation kan være uhensigtsmæssig for at sikre den kirurgiske kvalitet.

Hvordan kan patientens sundheds-it redskab forbedre kvaliteten i kontakten mellem mandlige cancerpatienter og sundhedsprofessionelle?

Formål

Sygehusvæsenet er karakteriseret ved kortvarige brudte kontakter mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Patienter beskriver, at de savner bedre kontakt; individuel støtte, information og dialog, med sundhedsprofessionelle.

Patienterne benytter Internettet til at søge information og støtte. Denne støtte har primært været baseret på monolog, der vanskeligt imødekommer brugernes individuelle behov. For at generere individuel information og støtte er dialog essentiel.

Metode

Ved en innovativ, systematiske tilgang udvikles og implementeres sundheds-it redskabet: Online patientbog. Opbygning og indhold funderes på viden fra litteraturstudie og interview, og redskabet konstrueres ved inddragelse af klinisk ekspert viden. Online patientbog implementeres som et website med åben adgang til generel information, målrettet mænd med prostatacancer, og log-in til: Personlig Online patientbog med individuel, personorienteret information og adgang til personlig dialog med sundhedsprofessionelle i afdelingen.

Resultater

Patientudsagn peger på at Online patientbog kan fungere som patientens sundheds-it redskab, ved at imødekomme patientens behov for information, understøtte patientens kontakt til, og øge fleksibiliteten i kontakten med, sundhedsprofessionelle.

Konklusion

Med Online patientbog tilbydes patienten sit eget sundheds-it redskab, der giver mulighed for at være aktiv og involveret, og dermed overblik og kontrol over eget forløb.

Denne videns- og forskningsbaserede model tegner patientens sundheds-it-system, som kan videreudvikles, transformeres og målrettes andre patientgrupper.

Vil specialiseret fysioterapi kombineret med uroterapi og sexologi afhjælpe kvinder henvist fra gynækolog under diagnosen vulvodyni

Formål:

Vil specialiseret fysioterapi kombineret med uroterapi og sexologi afhjælpe kvinder henvist fra gynækolog under diagnosen vulvodyni.

Metode:

Kvinder henvist i 2008 til Birthe Bonde klinikken undersøges i muskler, ligamenter rundt om bækkenet samt ledbevægelighed i lænd, bækken og hofter. Blærescannig registreres om der er residualurin og om der er obstipation og/eller fæces i ampullen.

Afhængig af fund får pt. massage, et passende øvelsesprogram, blæretøring og ergonometri i miktions, defæcation og coitus. Pt. instrueres i et hensigtsmæssigt bevægelsesmønster og kropsbevidsthed.

Resultater:

121 patienter fik behandling. 75% helbredt, 10% udeblev uden afbud, 5% henvistes til anden behandling.

Af de 75% helbredte fik 33% 1 behandling, 22% fik 2 behandlinger, 17% fik 3 behandlinger, 3% fik 4 eller flere behandlinger.

Friske muskelfiber-fragmenter som alternativ til dyrkede muskel-deriverede celler

Formål

At undersøge om transplantation af væv, såkaldt "tissue engineering", er mulig ved implantation af autologe dyrkede muskelceller, henholdsvis autologt muskelvæv, sået på syntetisk, bio-nedbrydeligt methoxypolyethyleneglycol-poly(lactic-co-glycolic acid) (MPEG-PLGA), i rotter.

Metode

Autologe muskel-deriverede celler (MDC) dyrket i laboratorium og autologe friske muskelfiber fragmenter (MFF), begge sået på MPEG-PLGA, blev testet i rotter i 3 og 8 uger. Vækstmønsteret for MDC og MFF blev vurderet med immunhistokemi med det primære antistof desmin.

Resultater

Efter 3 uger understøttede MPEG-PLGA vækst af både MDC og MFF. Vækstmønstrene var vidt forskellige. Efter 8 uger blev tværstribet muskelvæv regenereret fra MFF, mens MPEG-PLGA og MDC var degraderet.

Konklusion

Det er muligt at lave "tissue engineering" ved implantation af friske muskelfiber fragmenter sået på MPEG-PLGA. Dyrkede muskel-deriverede celler blev understøttet af MPEG-PLGA i 3 uger, men blev degraderet sammen med MPEG-PLGA inden 8 uger.

Muskelfiber fragment metoden kunne være et lovende nyt koncept indenfor regenerativ medicin og til behandling af urogynækologiske lidelser som for eksempel prolaps.

Marie Bønnelycke ¹,
Lise Christensen ²,
Lene Feldskov Nielsen ³,
Søren Gräs ¹ og
Gunnar Lose ¹

¹ Gynækologisk-obstetrisk afdeling, Herlev Hospital,
² Patologisk afdeling, Bispebjerg Hospital,
³ Coloplast A/S

Vaginal Hysterectomy as a Routine Ambulatory Surgical Procedure in the Treatment of Uterovaginal Prolapse

Objective

To evaluate the redistribution of vaginal hysterectomies for uterine prolapse from a stationary unit to our day surgery unit.

Methods

This prospective, descriptive study comprised of 84 consecutive women admitted to a public day surgery unit for vaginal hysterectomy. Median age was 64 (37;87) years. Concomitant prolapse operation was performed in 95.2 % of the women.

Results

Fifty-four women (64%) were discharged from The Day Surgery Unit after 268 (177;395) minutes in the recovery room. Of these women only two were seen in the stationary ward afterwards. This was due to urinary retention. Thirty women (36%) were admitted to the stationary ward postoperatively due to pain (N=6), PONV (N=6), indisposition (N=6), social reasons (N=6), urinary retention (N=3), surgery too close to closing of the unit (N=2), and intraabdominal bleeding (N=1).

Conclusion

Vaginal hysterectomy in the treatment of uterine prolapse is suitable for day surgery. However, admittance to a stationary ward should be possible.

*Marianne Glavind-Kristensen,
Susanne Greisen,
Ulf Thyge Larsen,
Sven Felsby,
Carina Poulsen,
Susanne Maigaard Axelsen,
Karl Møller Bek*

*Urogynecological Clinic,
Department of Gynecology and Obstetrics,
Aarhus University Hospital, Skejby*

Symptomer og livskvalitet før og efter operation for urin inkontinens i Danmark – resultater fra DugaBase

Formål

At beskrive effekten af kirurgi på symptomer og livskvalitet (QoL) hos kvinder, der gennemgår operation for urin inkontinens (UI).

Metode

DugaBase blev etableret i april 2006. Frem til 30. juni 2010 var der indrapporteret 12.832 kirurgiske procedurer, hvoraf de 3260 var UI-procedurer (midturethrale slynger, kolposuspension a.m. Burch og periurethrale injektionsbehandlinger). I studiet indgik kvinder, som havde besvaret spørgsmålene om, hvor ofte de oplevede UI (symptomscore), og hvor meget UI påvirkede deres hverdag (VAS skala 1-10). Kvinder, som ikke havde besvaret spørgsmålene både før og efter operation, blev ekskluderet.

Resultater

I alt 976 (30%) havde besvaret spørgsmålet om symptomscore. Symptomscoren bedres overordnet fra UI flere gange om dagen før operation til en gang om ugen eller mindre efter operation, Figur 1.

I alt 931 (28,5%) havde udfyldt VAS. Den mediane VAS-score ændredes fra 9 (10%-90% percentiler: 5-10) før operation til 1 (10%-90% percentiler: 0-8) efter operation, Figur 2.

Konklusioner

Denne undersøgelse viser, at kvinder har færre symptomer og en mindre påvirkning af QoL efter operation for UI.

DugaBase er et vigtig og værdifuldt redskab i fremtidige studier af kvinder med operation for UI. Ikke alle kvinder, der opereres i Danmark for UI, får udført efterkontrol. Det kunne ønskes, at der udarbejdes ensartede retningslinjer for efterkontrol, og at disse effektueres.

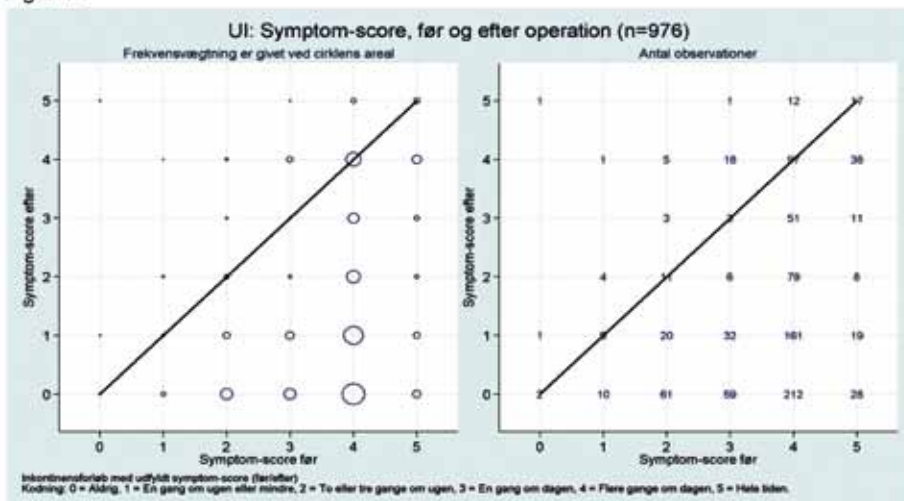
Af Rikke Guldberg¹,
Jesper Kjær Hansen¹,
Ulrik S. Kesmodel²,
Kim O. Gradel¹,
Søren Brostrøm³,
Linda Kærlev¹,
Bente Nørgård¹

¹ Forskningsenheden for
Klinisk Epidemiologi Klinisk Institut,
Syddansk Universitet,
Kompetencecenter Syd for
Landsdækkende Kliniske Databaser

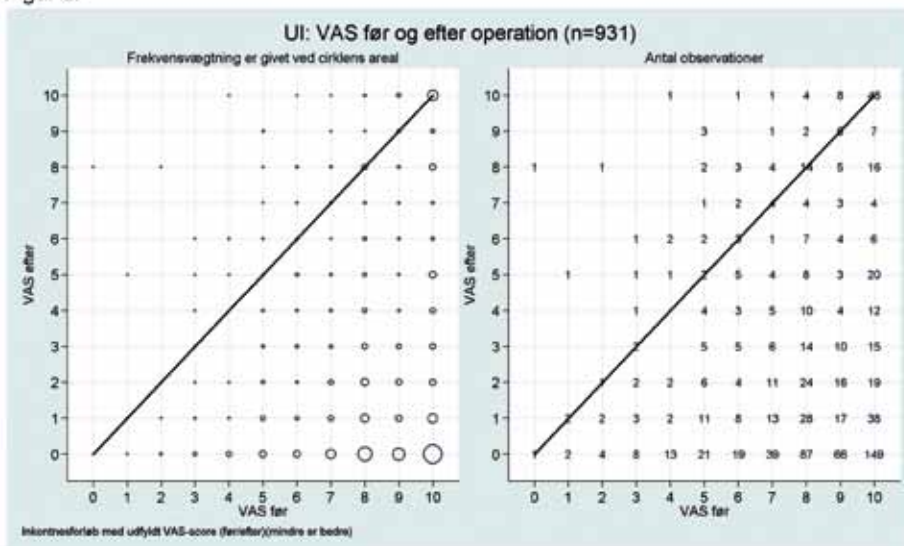
² Gynækologisk/obstetrisk afd.,
Århus Universitetshospital, Skejby

³ Gynækologisk/obstetrisk afd., Herlev Hospital

Figur 1:



Figur 2:



Subjective and Objective Results of Anterior Vaginal Wall Repair. A 5-Year Prospective Follow-up Study

Objective

This prospective follow-up study evaluates the long term subjective and objective outcome of conventional anterior vaginal wall repair.

Methods

One-hundred and eight women were operated for anterior vaginal wall prolapse. At 5 year follow-up anatomical results were evaluated by clinical examination and patients filled in a validated symptom and quality of life questionnaire.

Results

Ninety-one women attended the 5 year follow up. Of these 12% had been reoperated. Objectively, 2% of the women had stage 3 pelvic organ prolapsed (POP), whereas 21% had stage 2. Twenty-eight percent had stage 1 and 37% stage 0 POP. Fourteen percent of the women had anterior vaginal wall prolapse beyond the hymen. Seventy-eight percent of the women had no bulge symptoms at follow-up. Sixty six percent of the women considered themselves better or much better after surgery.

Conclusion

At 5 year follow-up 78 % of the women were relieved from their bulge symptoms by a low risk operation. Twelve percent of the Women had been reoperated.

*Susanne Greisen,
Marianne Glavind-Kristensen,
Karl Møller Bek,
Susanne Maigaard Axelsen
Urogynecological Clinic,
Department of Gynecology and Obstetrics,
Aarhus University Hospital, Skejby*

UDREDNING OG BEHANDLING AF FLANKESMERTER HOS GRAVIDE

Symptomgivende hydronefrose hos gravide er en diagnostisk udfordring.

Hvordan undersøges disse kvinder bedst under hensyntagen til den gravide og det ufødte barn?

Der er forespurgt på gynækologiske og urologiske afdelinger i Danmark om deres valg af undersøgelse og behandling af denne gruppe patienter I alt er 42 afdelinger spurgt. 12 ud af 18 urologiske afdelinger svarede. 17 ud af 24 gynækologiske afdelinger svarede.

Første valgs undersøgelsen er UL af nyrene. Hvis denne bekræfter hydronefrose, og der er mistanke til afløbshindring og evt sten i urinvejene, er der som oftest behov for yderligere undersøgelser inden stillingtagen til, om der skal foretages aflastning af nyren.

Der er stor variation i valg af undersøgelse. 1/3 benytter MR-scanning eller non-kontrast CT som næste valg. 12 afdelinger benytter renografi. Få afdelinger vælger CT-urografi.

Enkelte afdelinger vælger efter der er påvist hydronefrose ved UL, at gå direkte til ureteroskopi med fjernelse af evt. konkrement og oplægning af JJ-kateter.

Hvis man ser på den føtale stråle dosis ved de enkelte undersøgelser, er renografi med en føtal dosis på ca.

0,35 mSv en velegnet undersøgelse af funktion og påvisning/afkræftelse af afløbshindring. Undersøgelsen skal foregå med et kateter i blæren. CT af nyrene giver ca. 0,25 mSv, men siger ikke noget om funktion eller afløbsforhold. En CT-urografi giver > 8,0 mSv og kan derfor ikke anbefales. MR-scanning anbefales ikke i 1.trimester. MR kan påvise niveauet for obstruktion, men ikke konkrementet og giver ingen oplysninger om funktion. Internationalt anbefaler man MR-scanning efter UL.

Hos de kvinder, hvor der findes indikation for aflastning af nyrene, kan man overveje percutan nefrostomi, som kan anlægges i lokal-anæstesi. JJ-kateter er også en mulighed, men det kræver generel anæstesi, og det kan være nødvendigt med hyppige skift, da JJ-kateter hurtigere inkrusterer hos gravide.

Et eksempel på brugen af renografi hos en gravid med flankesmerter vil blive demonstreret.

*Anja Toft Hartwigsen, Steen Walter,
Urologisk afd. L, Odense Universitets Hospital,*

*Carsten U. Henriques,
Gynækologisk Obstetrisk afd. D,
Odense Universitets Hospital.*

Forekomst af prolaps kirurgi i Danmark fra 1977-2009

Formål

At bestemme den generelle samt den aldersspecifikke incidensrate samt recidivfrekvensen af genital prolaps (POP) operationer i Danmark fra 1977-2009.

Metode

Studiet er et registerstudie og inkluderer alle kvinder, som er opereret for POP, i Danmark fra 1977-2009. Data er udtrukket fra Landspatientregisteret (LPR).

Resultater

Incidensraten for POP-operationer falder fra 1977 til 1999 fra 179,5 til 100,0 operationer pr. 100.000 kvinder ($p < 0,000$), og stiger igen frem til 2009 til 163,5 operationer pr. 100.000 kvinder ($p < 0,000$).

I de aldersspecifikke incidensrater for 1978 ses et peak i aldersgrupperne 35-39 år og 65-69 år. Dette er markant anderledes end 1998 og 2008, hvor der ses en stigende incidensrate med stigende alder frem til og med aldersgruppen 70-74 år.

Den totale reoperationsrate ligger på 6,1 % efter en gennemsnitlig follow-up på 25 år. Reoperationsraten for forreste og bagerste kolporafi er på hhv. 6,2 % og 7,9 % begge med en gennemsnitlig follow-up på 25 år.

Konklusion

Incidensraten af POP-operationer faldt jævnt til 1995, hvorefter den igen er steget til 1977-niveau. Flere ældre opereres nu end tidligere. Den totale reoperationsrate er 6,1 % med opfølgning på gennemsnitlig 25 år.

Ea Löwenstein¹

Helga Gimbel²

Bent Ottesen¹

Øjvind Lidsgaard¹

¹⁾ *Gynækologisk afd., Rigshospitalet, Københavns Universitet.*

²⁾ *Gynækologisk afd., Nykøbing Falster Hospital, Københavns Universitet.*

YOUSSEF's SYNDROM. Utero-vesikal fistel. Cyklisk hæmaturi

Fistler mellem genitalia og urinvejene er meget invaliderende for patienten og giver ofte også mange diagnostiske problemer og terapeutiske udfordringer.

I Landspatientsregisteret fra 1997 til 2004 er der 69 kvinder, der er udskrevet med hoveddiagnosen "fistler mellem urinveje og kvindelige kønsorganer". Men vi fandt ingen kvinder udskrevet med diagnosen "Utero-vesikal eller vesiko-uterin fistel".

Fistel mellem uterus og blæren vil give cyklisk hæmaturi, menouria, og måske amenorea. Nogle vil klage over afgang af urin per vagina samtidig med menstruationen. Symptomerne afhænger af cercix uteri's lukkefunktion og i hvilket organ (blære eller uterus) der er det mindste tryk.

Fistel mellem uterus og blære ses efter sectio og den cykliske hæmaturi som ofte findes er beskrevet som Youssef' syndrom første gang i 1957.

Vesico-uterine fistler udgør 1 – 4 % af de urogenitale fistler.

Vi har set et tilfælde med hæmaturi, der var anamnesen viste sig at være cyklisk. Hun blev henvist med makroskopisk hæmaturi til det sygehus, hvor hun 4 måneder tidligere havde født for anden gang ved sectio. Hun havde også urinafgang per vagina. Mistanke om vesico-vaginal fistel blev bekræfti-

get ved methylenblåt i blæren og senere i fornix posterior. CT urografi og cystografi kunne dog ikke bekræftige diagnosen. Blev tilbudt behandling med suprapubisk kateter. Patienten blev knapt 1 år efter udført sectio henvist til vidre undersøgelse. der blev fundet en utero-vesikal fistel og foretaget hysterectomi (efter patientens ønske) og resektion af fistlen.

Konklusion: Trods mange sectio i Danmark er denne fisteltype sjælden. Der er ikke anmeldt nogen siden 1997. Hos yngre kvinder med cyklisk hæmaturi eller vaginal urinafgang og uden anden årsag og en anamnese med sectio bør man overveje diagnosen.

*Majken Højrup Wiborg,
Kirsten Marie Jochumsen og Steen Walter,*

*Urologisk afdeling L og
Gynækologisk Obstetrisk afdeling D,
Odense Universitetshospital.*



Bestyrelsen for DUGS

FORMAND

Overlæge, ph.d. **Susanne Axelsen**
Gynækologisk/obstetrisk afd. Y
Skejby sygehus
8200 Aarhus N
susanne.axelsen@dadlnet.dk

NÆSTFORMAND

Overlæge, ph.d. **Søren Brostrøm**
Gynækologisk/obstetrisk afd. G
Glostrup Hospital
Ndr. Ringvej
2600 Glostrup
soren@brostrom.dk

KASSERER

Professor, overlæge dr. med.
Steen Walter
Urologisk afdeling L
Odense Universitetshospital
5000 Odense C
steenwalter@dadlnet.dk

SEKRETÆR

Afdelingslæge, ph.d.
Mette Hornum Bing
Gynækologisk/obstetrisk afd.
Hvidovre Hospital
Kettegård Allé 30
2650 Hvidovre
mbing@dadlnet.dk

BESTYRELSESMEDLEM

Kontinenssygeplejerske **Annette Vestermark**
Medicinsk Center Hjørring
Sygehus Vensyssel
Bispensgade 37
9800 Hjørring
a.vestermark@rn.dk

REDAKTØR AF DUGSNYT

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



SELSKABETS HJEMMESIDE
www.dugs.dk

KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

Danske Urogynækologisk Selskab

Årsmøde

7. januar 2011

Aarhus Universitetshospital Skejby

www.dugs.dk

Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA)

27. årsmøde

21.-22. januar 2011

Bergen, Norge

www.nuga-info.org

Danske Urogynækologisk Selskab

Kursus kontinenssygepleje: Anal-inkontinens

4. marts 2011

Ørestaden

www.dugs.dk

26th Annual EAU Congress

18.-22. marts 2011

Wien, Østrig

www.eauvienna.org

Danske Urogynækologisk Selskab

Kursus i uro-obstetrik

25. marts 2011

H. C. Andersen Hotel, Odense

www.dugs.dk

International Urogynecological Association (IUGA)

Annual Meeting

Lissabon, Portugal

28. juni - 2. juli 2011

www.iuga.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting

Glasgow, UK

29. august - 2. september 2011

www.icsoffice.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Annual Meeting

Brisbane, Australien

2012

www.iuga.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting

Beijing, Kina

15.-19. oktober 2012

www.icsoffice.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Dublin, Irland

2013

www.icsoffice.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting

Barcelona, Spanien

26.-30. august 2013

www.iuga.org

Kære DUGSNyt-modtager

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

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

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

Rigtig god jul og på gensyn!

På vegne af DUGS bestyrelse
Mette Hornum Bing
sekretær for DUGS



Næste nummer

af DUGSNyt udkommer
udkommer primo juni 2011
Manuskripter indsendes til:
l.b.paulsen@dadlnet.dk
senest 10. maj 2011

Vesicare® solifenacinsuccinat 5 mg eller 10 mg, svarende til hhv. 3,8 mg og 7,5 mg solifenacin. *Lægemiddelform: tabletter, fillovertrukne. Indikationer: symptomatisk behandling af tranginkontinens og/eller hyppig vandladning og med imperios vandladningstrang, som kan forekomme hos patienter med overaktiv blære. *Dosering: voksne, inklusive ældre: 5 mg solifenacinsuccinat én gang daglig. Doseringen kan øges til 10 mg én gang daglig, ved behov. Børn og unge: bør ikke anvendes, da erfaring savnes. Patienter med nedsat nyrefunktion: patienter med svært nedsat nyrefunktion (GFR < 30 ml/ min) skal behandles med forsigtighed, max. 5 mg én gang daglig. Patienter med nedsat leverfunktion: patienter med moderat nedsat leverfunktion (Child-Pugh score 7–9) skal behandles med forsigtighed, max. 5 mg én gang daglig. Administration: tabletterne kan tages med eller uden mad og skal synkes hele med vand. Kontraindikationer: urinretention, svær gastrointestinal lidelse (inkl. toksisk megacolon), myastenia gravis eller snærvinkelglaukom og hos patienter med risiko for disse lidelser. Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Hæmodialysebehandling. Svært nedsat leverfunktion. Samtidig behandling med Vesicare og en stærk CYP3A4 hæmmer f.eks. ketoconazol, ved svær nyreinsufficiens eller moderat nedsat leverfunktion. *Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen: andre årsager til hyppig vandladning (hjertesvigt eller nyrelidelser) bør undersøges, før behandling med Vesicare påbegyndes. Ved samtidig urinvejsinfektion bør passende antibiotisk behandling igangsættes. Anvendes med forsigtighed til patienter med: klinisk signifikant blæreobstruktion med risiko for urinretention, gastrointestinale obstruktive lidelser, risiko for nedsat gastrointestinale 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, neflavinir og itraconazol). Administration af Vesicare har ikke vist farmakokinetisk interaktion af solifenacin med orale kombinationskontraceptiva (ethinylestradiol/levonorgestrel). Administration af Vesicare ændrede ikke på R-warfarins eller S-warfarins farmakokinetik eller deres virkning på protrombintiden. Administration af Vesicare viste ikke nogen virkning på digoxins farmakokinetik. *Graviditet og amning: bør kun anvendes med forsigtighed til gravide, da erfaring savnes. Bør undgås ved amning, da erfaring savnes. Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner: ingen mærkning. Da solifenacin, som øvrige anticholinergika, kan forårsage akkomodationsforstyrrelser og i sjældne tilfælde somnolens og træthed, kan evnen til at køre bil og betjene maskiner påvirkes negativt. *Bivirkninger: classespecifikke, anticholinerge bivirkninger, generelt af mild eller moderat grad. Incidensen er dosisrelateret. Mundtørhed forekom hos 11 % behandlet med 5 mg, hos 22 % behandlet med 10 mg og 4 % behandlet med placebo. Almindelige (> 1/100, < 1/10): akkomodationsforstyrrelser, konstipation, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. Ikke almindelige (> 1/1000, < 1/100): urinvejsinfektion, blærebetændelse, somnolens, ændret smagsopfattelse, tørre øjne, nasal tørhed, gastro-øsofageal reflux, tør hals, tør hud, vandladningsbesvær, træthed, perifer ødemer. Sjældne (> 1/10.000, < 1/1000): colon obstruktion, påvirkning af afføring, urinretention. Udlevering: B. Tilskud: tilskudsberettiget (pr. 30.8.2004). Pakninger og priser (AUP incl. recepturgebyr): 5 mg, 30 stk: 450,05 kr. 5 mg, 90 stk: 1284,55 kr. 10 mg, 30 stk: 557,20 kr. 10 mg, 90 stk: 1600,25 kr. (pris pr. d. 03.05.2010 inkl. recepturgebyr). Dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. *Afsnittet er forkortet/omskrevet. Baseret på produktresumé dateret d. 31.03.2009. Fuldt produktresumé kan rekvireres hos registreringsindehaveren: Astellas Pharma a/s, Glostrup, Danmark eller via www.laegemiddelstyrelsen.dk. Revideret 10. juni 2009



Glæden ved at lufte hunden er forsvundet.

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

 **Vesicare**
(solifenacin)

Lægemiddel mod overaktiv blære

