

DUGSNyt

7. årgang nr. 2 - 2013



IUGA/AUGC JOINT MEETING WASHINGTON, DC, 21.-28. JULI 2014

Se s. 17 inde i bladet

Leder	3
Dugs Årsmøde og generalforsamling.....	4
Nyt fra Verden	6
Highlights fra ICS Kongressen 2013	9
Kurser.....	14
Mesh debat.....	18
Torsten Sørensen.....	21
IUGA	23
Abstract	24
Posterpræsentation	30
Bestyrelsen	31
Kommende møder og Kongresser....	32

www.dugs.dk

DUGSNyt

7. årgang, nr. 2 - 2013

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)
v/ Rikke Guldborg Sørensen
læge, Center for Klinisk Epidemiologi
Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV
Odense Universitetshospital
Rikke.guldborg.soerensen@rsyd.dk

Hjemmeside

www.dugs.dk

Ansvarshavende redaktør

Lene Paulsen
l.b.paulsen@dadlnet.dk

Layout og produktion

InPrint A/S, Kolding
info@inprint.dk

Oplag

450

ISSN 1903-3168

Forsidebillede forestiller:

Washington, D.C. Convention Center



Subspecialister eller fleksible generalister.

Der er indenfor det gynækologiske speciale gennem de senere år kommet en øget grad af subspecialisering. Dette gælder for alle faggrupper inden for urogynækologien.

Det kan af og til være en udfordring at opnå respekt om de til subspecialiet hørende kompetencer i en tid, hvor de mange rationaliseringer resulterer i, at ledelsen kan ønske mere fleksible generalister frem for højt specialiserede subspecialister. Derfor er det vigtigt DUGS argumenterer for værdien af subspecialiseringen hos alle faggrupper indenfor urogynækologien.

Hvis vi gerne vil opnå en mere formaliseret anerkendelse af de specialkompetencer, vi har inden for det urogynækologiske speciale, kræver det, at det bliver bedre defineret - hvornår man kan kalde sig subspecialist? Der kunne være god grund til at opstille nogle kriterier for, hvornår man har kompetencerne til at være subspecialist indenfor urogynækologi.

Der er fra centralt hold et fokus på området, og det kunne derfor være en opgave for DUGS at være med til at opstille disse kriterier og dermed opnå størst mulig indflydelse. De kriterier, der defineres, skal måske ikke være ens i hovedfunktionen og i den højt specialiserede funktion, men det ville under alle omstændigheder være godt, hvis DUGS var med til at fastlægge disse kriterier. Naturligvis også ved at skæve til de formaliserede uddan-

nesprogrammer, der allerede findes. EUGA (European Urogynaecology Association) har udarbejdet et formelt uddannelses program.

For fremover at kunne opnå videreuddannelse i subspecialiet er det vigtigt, at der findes stillinger allokert til netop det, således at det som led i subspecialiseringen er muligt at få en uddannelses stilling på de større afdelinger med regions eller højtspecialiseret funktion. Disse stillinger er i dag ofte låst, så der ikke er noget flow. Dette kan begrænse muligheden for tilstrækkelig uddannelse i subspecialiet.

Herudover kunne DUGS også være med til at opstille krav til den fortsatte vedligeholdelse af viden inden for specialiet. Dette kunne også være en løftestang til at opretholde mulighederne for at komme på efteruddannelse, noget der lige nu er under pres i et stramt budget.

Det er vigtigt, at vi som faglig organisation er med til at definere de standarder, der skal karakterisere vores fag. Derfor vil bestyrelsen, på den forestående generalforsamling foreslå, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal arbejde med standarder for uddannelse- og efteruddannelse indenfor subspecialiet.

DUGS bestyrelse:

*Mette Hornum Bing, Susanne Greisen,
Rikke Guldborg Sørensen,
Charlotte Graugaard-Jensen
og Anette Vestermark*

**Dansk Urogynækologisk Selskab afholder
Årsmøde d. 10. januar 2014
Skejby Universitetshospital, Auditorium A
Tema:
"Rundt om urogynækologien"**

08:30 – 09.30 Ankomst og morgenkaffe

09.30 – 09.35 Velkomst: afd. læge, ph.d. Mette Hornum Bing

Mødeleder: Charlotte Graugaard-Jensen

09.35 – 09.55 Ovl. Ulla Darling "Nyt fra DugaBase"

09.55 – 10.05 Diskussion

10.05 – 10.20 Ovl. Suanne Axelsen "Prolaps guideline"

10.20 – 10.25 Diskussion

10.25 – 10.55 Kaffepause

Mødeleder: Mette Hornum Bing

10.55 – 11.35 Professor Anthony Smith
"Native tissue repair in POP surgery", Manchester, UK
(Sponsoreret af Astellas Pharma)

11.35 – 11.40 Diskussion

11.40 – 11.55 Ovl. Søren Gräs "Stamceller i urogynækologien"

11.55 – 12.00 Diskussion

12.00 – 13.00 Frokost

Mødeleder: Susanne Greisen

13.00 – 13.15 Ph.d. afhandling: læge Rikke Guldborg

13.15 – 13.20 Diskussion

13.20 – 13.35 Ovl. Mette Meinert "Hudsygdomme i vulva"

13.35 – 13.40 Diskussion

13.40 – 13.55 Fys. Catrine Stenz "Sexologi og urogynækologi"

13.55 – 14.00 Diskussion

ÅRSMØDE OG GENERALFORSAMLING

- 14.00 – 14.10 Fys. Ph.d. stud. Ulla Due
"Stress inkontinens og fysioterapi - klinisk retningslinje"
14.10 – 14.15 Diskussion
14.15 – 14.50 Kaffepause

Mødeleder: Anette Vestermark

- 14.50 – 15.45 Frie foredrag
15.45 – 15.55 Uddeling af DUGS priser
15.55 – 16.00 Afslutning v. afd. læge, ph.d. Mette Hornum Bing

16.30 –

Generalforsamling

dagsorden kan ses på www.DUGS.dk
senest d. 10. december 2013
og udsendes desuden pr. mail til alle DUGS medlemmer.

DUGS kursus

Planlægges for 2014 - sted og tidspunkt
undersøges aktuelt.

Så derfor -
hold øje med DUGS hjemmeside.



Værdien af urodynamisk undersøgelse før kirurgisk behandling for stressinkontinens.

I 2012 blev der publiceret to prospektive, randomiserede, kontrollerede undersøgelser med det formål at belyse værdien af urodynamisk undersøgelse før kirurgisk behandling for stressinkontinens (1,2).

Det amerikanske studie "The Value of Urodynamic Evaluation (VALUE)" (1) involverede 11 centre, 53 kirurger og 630 patienter. De patienter, som indgik, blev kategoriseret som "ukomplicerede", hvis de var ≥ 21 år, havde dominerende stressinkontinens (dvs., der måtte godt være en urgekomponent), residualurin < 150 ml, negativ urindyrkning og en positiv stresstest.

Det hollandske studie (2) omfattede 10 centre (1 akademisk, 9 non-akademiske hospitaler) og 59 patienter. Patienterne skulle have stress eller blandingsinkontinens med dominerende stress, gennemgået utilfredsstillende konservativ behandling og påvist stressinkontinens ved objektiv undersøgelse/miktions-skema. Patienter med prolaps $>$ grad II og residualurin > 150 ml blev ekskluderet.

Begge studier har data efter et års follow up, og outcome er analyseret på grundlag af non-inferiority design.

Hovedkonklusionen for begge undersøgelser var, at der ikke er no-

gen gevinst ved at udføre invasive, urodynamiske undersøgelser på patienter med "ukompliceret" stress- og/eller blandingsinkontinens.

AD VALUE (1)

Resultaterne er nøjere beskrevet i en artikel i Journal of Urology fra 2013 (3). Her rapporteres, at den urodynamiske diagnose på basis af den kliniske evaluering blev ændret i 56,8 % af tilfældene efter invasiv urodynamik, kun i 4 tilfælde (af 294 kvinder = 1,4 %) blev den kirurgiske intervention aflyst. Hos 13 patienter (4,4 %) blev proceduren modificeret, og hos 20 kvinder (6,8 %) var planen at modificere proceduren, men det skete ikke. Det er vanskeligt at se, hvordan det gik de patienter, som havde detrusoroveraktivitet (DO, på cystometri). Blæretømningsbesvær blev defineret ud fra et spørgeskema, og undersøgelsen viste, at kun 62,1 % af de patienter, som havde "voiding dysfunction" præoperativt fik et tilfredsstillende, kirurgisk outcome i modsætning til 78,3 %, som ikke havde "voiding dysfunction" før kirurgi ($P=0,064$). Forfatterne synes ikke at tillægge dette "signifikante" fund nogen større betydning!

AD DET HOLLANDSKE STUDIE (2)

Dette studie, baseret på 59 patienter, er jo svært, svært underdimensioneret og har ingen power. Ikke desto mindre fremgår det, at kun 3/31 af de patienter, som fik foretaget invasiv urodynamik, udviklede "voiding dysfunction" efter kirurgisk behandling mod 7/28 (P=0,12) af de patienter, som ikke fik foretaget invasiv urodynamisk undersøgelse.

Begge undersøgelser har alvorlige, metodologiske problemer, der betyder, at resultaterne må vurderes med stor skepsis (4).

1. Ingen af studierne sandsynliggør, at kvaliteten af den udførte urodynamik var i orden, og at de involverede læge havde tilstrækkelig ekspertise i at fortolke resultaterne. Derudover er det bemærkelsesværdigt, at man brugte forskellige urodynamiske tests og parametre i de to studier.
2. Der er ikke nogen klar definition af en række urodynamiske termer såsom detrusoroveraktivitet, overaktiv blære, hypoaktiv detrusorfunktion, obstruktion, "voiding dysfunction", ISD (intrinsic sphincter deficiency), weak flow, osv. Der er ikke angivet klare cutoff værdier, hvilket betyder, at fortolkningen af de urodynamiske fund er baseret på en individuel, subjektiv bedømmelse.

3. De to studier har ikke nogen klar behandlingsstrategi (kirurgi vs. konservativ), og stort set alle patienter får udført en midtural slynge i begge grupper. I det amerikanske studie fik 93 % i begge grupper udført en slynge. Alene betyder jo, at man ikke kan forvente at finde nogen forskel.

De to studier har således ikke overbevisende besvaret spørgsmålet om værdien af invasiv urodynamik hos "ukomplicerede" patienter. Denne gruppe udgør desuden højst 5-15 % i de fleste populationer af inkontinente, så der er tale om en relativt lille gruppe af patienter. Derudover er det vist i ganske mange studier, at en del patienter med ren stress- eller blandingsinkontinens samtidig har DO. Hvis DO er beskeden, dvs. en mindre trykstigning ved normal blærekapacitet, spiller det næppe nogen rolle. Men er der tale om større trykstigninger og mange kontraktioner, giver det et dårligere outcome. Det er vist i mange studier, at "kvantificeres" DO, er der en invers relation mellem graden af DO og klinisk outcome. Ønsker man kendskab til detrusors funktion under fyldningen, er cystometri nødvendig. Det er højst overraskende, at ingen af de to arbejder synes at anvende et spontant flow, skønt nedsat flow har vist sig at prædikere tømningsbesvær efter kirurgisk behandling. Begge undersøgelser bruger re-

sidualurin som screening, men man skal være klar over, at en residualurin <150 ml ikke udelukker dårlig blæretømning.

På vores afdeling får alle patienter, der bliver tilbudt kirurgisk behandling, udført uroflowmetri og residualurinmåling. Hos "ukomplicerede" patienter dvs. ren stress- og blandingsinkontinens, hvor stressmomentet er det helt dominerende, foretages ikke yderligere urodynamisk udredning. Hos de øvrige patienter foretager vi invasiv urodynamisk vurdering med cystometri og tryk-flow. Patienter med sværere grader af DO informeres om risikoen for et utilfredsstillende resultat efter evt. kirurgisk behandling. Patienter med reproducerbar residualurin og/eller nedsat flow vil ligeledes blive informeret om risikoen for tømningsbesvær efter kirurgisk behandling. Desuden vil vi i disse tilfælde forsøge at lægge slyngen lidt løsere, hvis patienten fortsat ønsker kirurgisk behandling.

Vi må konstatere, at vi på nuværende tidspunkt ikke har solid evidens til at sige noget om betydningen af

non-invasiv og invasiv urodynamisk udredning før kirurgisk intervention for stressinkontinens. Derfor vil det ofte være relevant at supplere den kliniske udredning med forskellige urodynamiske tests for at afdække den tilgrundliggende dysfunktion (= knowledge based medicine). På basis heraf kan man informere patienterne korrekt på bredest muligt grundlag, før der tages endelig stilling til, om der skal udføres et kirurgisk indgreb eller ej.

Referencer

1. Nager CW, Brubaker L et al. (2012) A Randomized Trial of Urodynamic Testing before Stress-Incontinence Surgery. *N Engl J Med* 366(21):1987-97
2. Van Leijsen SAL, Kluijvers KB et al. (2012) Can Preoperative Urodynamic Investigation be Omitted in Women With Stress Urinary Incontinence? A Non-Inferiority Randomized Controlled Trial. *Neurourol Urodyn* 31(7):1118-23.
3. Sirls LT, Richter HE, Litman HJ, Kenton K et al. (2013) The Effect of Urodynamic Testing on Clinical Diagnosis, Treatment Plan and Outcomes in Women Undergoing Stress Urinary Incontinence Surgery. *The Journal of Urology* 189:204-209.
4. Lose G, Klarskov N (2013) Utility of invasive urodynamics before surgery for stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2013 Jul 4. [Epub ahead of print]

ETHICON
PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

Better surgery
for a better world

Highlights fra ICS kongressen 2013, Barcelona, Spanien

Dette års ICS møde var på mange måder et spændende møde. Der har fx aldrig været så mange danske fysioterapeuter med. Der var ikke meget banebrydende ny viden, men meget "venden tilbage" til basal forskning (hvorfor, hvem, hvad), og det var såmænd også spændende. Desværre var der også (som der plejer) meget uforståeligt engelsk, som indimellem gjorde det umuligt at følge med (bl.a. et Round Table med titlen : " Biomechanics of Childbirth", som jeg havde glædet mig til at høre. En simultan oversætter kunne have gjort underværker!

Herunder følger nogle af de abstracts, som jeg, som fysioterapeut, synes var spændende.

OM EFFEKTEN AF BÆKKENBUNDS-TRÆNING

Abstract 5, Fritel X: Prevention of postnatal urinary incontinence by antenatal pelvic floor muscle exercises, secondary per protocol analysis of the 3PN (PreNatal Pelvic floor Prevention) randomized trial.

Et stort fransk RCT konkluderede at 8 gange individuel bækkenbunds-træning fra 5. måned i graviditeten, ikke havde yderligere effekt end selvtræning ud fra en pjece. Man fandt ingen forskel i grad af urininkontinens målt med ICIQ-SF sent i graviditeten, 2 mdr. og 12 mdr. postpartum. Forskerne mente selv at kvinderne uanset gruppe havde trænet lige meget (eller lige lidt).



Velarrangeret møde

Abstract 8, Hilde G: EFFECT OF POSTPARTUM PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING ON URINARY INCONTINENCE IN PRIMIPAROUS WOMEN WITH AND WITHOUT MAJOR PELVIC FLOOR MUSCLE DEFECTS. AN ASSESSOR BLINDED RANDOMISED CONTROLLED TRIAL.

Et norsk RCT med 175 tilbød bækkenbundstræning til kvinder 6 uger postpartum. Kvinder med og uden store levator avulsionser blev fordelt ligeligt i en trænings- og en kontrolgruppe. Begge grupper modtog individuel instruktion i korrekt knibeteknik. Kontrolgruppen modtog ikke yderligere instruktion. Træningsgruppen modtog 16 ugentlige gruppetræningssessions og hjemmetrænede dagligt. Ved 6 mdrs. opfølgning fandt man ingen forskel i grad af SUI målt med ICIQ-SF og blevejningstest. Kvinder med afrivninger havde uanset gruppe om de var i trænings- eller kontrolgruppen stigning i SUI fra 6 uger til 6 mdr. postpartum.

Interessant nok blev førstnævnte studie kritiseret meget af disse forfattere pga af sin "ikke hårde nok intervention", mens det andet studie, hvor interventionen var hård træning, alligevel ikke viste overlegen effekt. Man kunne forestille sig at de "nybagte mødre" havde svært ved at leve op til træningsmængden (se evt. abstract 103).

OM LIVSSTILSÆNDRINGER OG URININKONTINENS?

Abstract 95, Imamura M: Clinical effectiveness of lifestyle interventions for adults with urinary incontinence: a systematic review of randomised trials

Dette systematisk review gennemgik RCT studier på effekt af livsstilsændringer på UI. Generelt kunne det konkluderes at studierne på området var af ringe kvalitet. Man fandt, at vægttab hos svært overvægtige kvinder kunne mindske UI ved 6 mdrs. kontrol, men at dette var udlignet ved en 12 mdrs. kontrol. Man fandt kun sparsom evidens for at ændring af væske og kostvaner kan afhjælpe UI, mens man overhovedet ikke fandt studier om relation mellem UI og alkoholindtag, sodavand, sødestoffer, fysisk aktivitet, rygestop, forstoppelse og pres (straining)

Det er interessant at vi i klinikken ofte oplever effekt af livsstilsbedringer, men der er ikke tung evidens for meget af det vi siger. Der er behov for flere gode studier fx vedrørende afhjælpning af forstoppelse.

OM "KNIBEFUNKTIONEN"

Abstract 103, Junginger B: Submaximal pelvic floor contractions support the bladder neck and can be maintained longer than maximal pelvic floor contractions in healthy and incontinent women

Min tyske fysioterapeutkollega Bär-



Anatomisk model eller Gaudi's Sagrada Famiglia?

bel Junginger viste at selv et submaksimalt knib lukker (knækker) urinrøret og løfter blærehalsen, og at knibet kan holdes meget længere tid end et maksimalt knib (hvilket er godt, hvis man vil inhibere detrusor). Desuden viste hun at et maksimalt knib øger bugtrykket så meget, at det medfører at blærehalsen presses nedad hos hver 3. kvinde med eller uden SUI. Uheldigt, da hun samtidig har kunnet vise (med ultralyd), at blærehalsen i forvejen står signifikant lavere i hvile hos kvinder med SUI. Dette kunne måske være en af grundene til at selv meget hårde bækkenbundstræningsprogrammer ikke har den store effekt, og det er en vigtig viden for fysioterapeuter (og andre) som ordinerer knibeøvelser til afhjælpning af SUI.

Abstract 101, Thubert T: Effect of distraction task on the pelvic floor muscle contraction

20 raske kvinder blev bedt om at knibe, når de fik et lille mekanisk stimulus på armen. Knibet blev målt ved hjælp af overflade EMG uden på anal sphincter. Når kvinderne blev distraheret, på trods af at de fik en impuls om at knibe, steg reaktionstiden fra knibestimulus til knibet blev udført med 4 gange (3.98). Det kunne have været rigtig spændende, hvis man havde udført studiet på kvinder med SUI, og fx havde gjort det blindet. Andre forskere har fundet at kvinder med SUI har nedsat knibehastighed og koordination, så det er vigtigt at disse faktorer medtænkes i bækkenbundstræningen.

Abstract 132, Wong V: How common is levator muscle defect in women with acontractile pelvic floor muscles?

Ud af 625 kvinder med UI +/- POP fandt man at 150 (24 %) ikke var i stand til at knibe korrekt. 85 kvinder lærte at knibe efter bækkenbundstræning (81 %) mens 20/150 fortsat ikke kunne knibe. 12 af disse kvinder blev ultralyds-scannet. 8 ud af 12 (66,7 % havde levator avulsioner) . Spændende at mange kunne lære at knibe efter 2-3 ganges bækkenbundstræning, men desværre undersøgte man kun ganske få af kvinderne med ultralyd, så hvorvidt avulsioner har betydning for knibeevnen er nok fortsat uvist.

OM ULTRALYD OG OM POP

Abstract 91, Stær-Jensen J: (Baseret på samme datasæt som abstract 8) Do major defects of the levator ani muscle heal within the first 6 months postpartum?

Ud af 173(175) nybagte "mødre" havde 29 større levator avulsioner efter vaginal fødsel påvist ved ultralyd. Hos 22 (76%) var disse skader fortsat tilstede ved 6 mdrs. Opfølgning. To kvinder var helet helt, mens 5 var delvist helet. Der derfor rimelig grund til at tro at levator avulsioner er for livet.

Abstract 134, Pilzek A: Recurrence after prolapse surgery: does partial avulsion of the levator ani muscle matter?

Det er tidligere vist at bilaterale levator afrivninger øger risiko for POP recidiv. I dette studie undersøgte man 545 ud af 792 kvinder 2.3 år efter POP operation. (3 mdr. - 6.9 år). Man fandt at 259 (49,3 %) havde komplet avulsion af en side, 128 (24,4 %) havde fuldstændig bilat. avulsion, mens 87 (16,6 %) havde en delvis avulsion (fx udtynding i forhold til modsatte side)

Man fandt at delvise avulsioner ikke øgede risiko for recidiv efter POP operation.

- 477 (88,3%) syntes at de var kurede eller bedre (sjovt at det ikke er delt op)
- 429 (79,22 %) var tilfredse med operationen
- 145 (26,6%) angav fortsatte POP symptomer
- 390 (71,7% havde en POP-Q på II+

Spændende at mange havde stor objektiv POP, hver fjerde POP symptomer og alligevel var næsten 80% tilfredse med operationen. Derudover er det måske spændende at vide, at delvise avulsioner ikke givet øget recidiv rate.

Abstract 218, Panman C : (samme data som abstract 244) SEXUAL FUNCTION IN OLDER WOMEN WITH PELVIC FLOOR SYMPTOMS IN PRIMARY CARE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

639 ældre kvinder med en partner udfyldte spørgeskemaet PFDI-20 (det er det spørgeskema Ulla Due har oversat), PISQ-12 og fik foretaget POP undersøgelse.



Tre raske svende Christian Rifbjerg-Larsen, Hans Thyssen, Ivan Abel til møde i Barcelona.

se. Seksuelt inaktive kvinder havde ikke større objektiv POP end seksuelt aktive kvinder. Subjektiv oplevelse af bækkenbundsproblemer og tidligere operationer i underlivet (ikke hysterektomi) havde betydning for seksuel funktion, men kunne kun forklare 13% af variation. Alder og generelt helbred havde langt større betydning for om kvinderne var seksuelt aktive eller ej.

Interessant at vide at POP kun udgør en lille del af forklaringen, og at det ikke er størrelsen af objektiv POP som afgør om kvinderne er seksuelt aktive.

Abstract 244 Wieggersma M: Patient characteristics and symptoms indicative of pelvic organ prolapse in older women with pelvic floor symptoms: a cross-sectional study in primary care

Dette tværnsitsstudie blev udført i

primær sektoren med deltagere fra 20 praktiserende læger. 1413 kvinder angav bækkenbundssymptomer på PFDI-20 og blev indkaldt til undersøgelse. 919 (65%) ville lade sig undersøge. Middel alder 65,4 år, BMI 26,7. 660 kvinder havde POP (73,8 %) målt med POP-Q. Man korrelerede herefter stamdata, såsom paritet, tidligere POP behandling og bækkenbundssymptomer med grad af POP. Stigende paritet og tidligere POP behandling udgjorde størst risiko for at man ville finde POP ved undersøgelse. Egen angivelse af "bule i skedeåbningen" var den stærkeste prædikator for POP. Hos kvinder som ikke angav bule, men havde objektiv POP, var afføringsinkontinens for fast afføring og besvær med at tømme tarmen prædiktorer for POP.



DSVL
DANSK SELSKAB
FOR VULVALIDELSER

Tværfagligt Vulva Kursus

Sted: Aarhus Universitetshospital Auditorium B

Tid: 21.3.2014

PROGRAM:

9.00- 9.20 Kaffe

9.20- 9.30 **Velkomst ved formand for DSVL** Susanne Christau

9.30-10.00 **Smertefuldt blæresyndrom**
Allan Ryhammer, overlæge, PhD Urologisk afd, Aarhus Universitetshospital (AUH)

10.00-10.30 **Funktionelle lidelser i bækkenet**
Nils Balle Christensen, Overlæge,
Center for funktionelle lidelser, AUH

10.30-10.45 **Pause**

10.45-11.15 **Chronic pelvic pain**
Katrine Petersen, Physiotherapist in Pain Management,
Pain Management Dept, National Hospital for Neurology
and Neurosurgery, London

11.15- 11.45 **Dermatoser i genital regionen**
Speciallæge dr. med. Niels K. Veien

11.45-13.00 **Frokost**

13.00-14.30 3 Workshops

1. **Gruppeundervisning om vulvodyni**
(ved Sus Rasmussen, Sexolog)
2. **Find dit haleben** (ved Birthe Bonde, fysioterapeut),
3. **Dermatologisk workshop med Marselisborg og Skejby**
– svære dermatologiske patienter med vulvagener
(ved Anne Braae Olesen, Jane Baumgartner og Mette Meinert)

14.30-15.00 **Pause**

15.00-15.30 **VIN og VaIN.** Isa Niemann, Overlæge, PhD,

15.30-16.00 **HPV-vaccine sidste nyt.**
Jan Blaakær, Overlæge, dr. med. Professor

16.00-16.15 **Afslutning**

16.15-18.30 **Generalforsamling** for DSVL (+ sandwich)

PRIS:

1000,- dkr i kursusgebyr (1400,- for ikke-medlemmer).

Tilmelding senest 1.3.2014 til BirtheBonde@mail.dk

Indbetaling kan ske til konto 67716367026. Husk at anføre navn og kursusnavn.

6th . Advanced Nordic Prolapse Surgery Workshop Aarhus University and Aarhus University Hospital Skejby Sygehus the 20th of January 2014

When?: the 20.january

Where?: Institute of Anatomy, Aarhus University Amis

To provide an understanding of anatomy of the female pelvis, the anal sphincter and the perineum. To train in different prolapse and incontinence operations in fresh frozen cadavers as well as techniques of abdominal hysterectomy .

The course is recommended to senior trainees in gynecology and consultants with special interest in urogynaecology

Methods

- Lectures in clinical anatomy of the female pelvis and perineum
- Lectures in different types of prolapse operations.
- Lectures in using mesh in prolapse surgery
- Dissection on fresh frozen cadavers
- Training in different surgical techniques in fresh frozen cadavers
- (hysterectomy, TVT –TVT-O – Uphold)

Early booking is advised as the course is limited to 18 people.

Registration Fee 4.000 dKr

Contact: Malene Kjærgaard: Malelars@rm.dk for registration before the 1th of January.

Course faculty:

Karl Møller Bek, Susanne Greisen, Marianne Glavind-Kristensen, Susanne Axelsen, Charlotte Møller, Peter Holm Nielsen,

PROGRAM**Monday . 20 January****Institute of Anatomy Aarhus University Wilhelm Meyers Allé 3, 8000 Aarhus C**

- 08.00 Registration; coffee
- 08.30 Review of Pelvic Floor Anatomy; Karl Møller Bek, Marianne Glavind-Kristensen
- 09.30 Break
- 09.45 Evidence of operative prolapse surgery; S. Axelsen
- 10.45 Coffee
- 11.00 – 11.15. Abdominal hysterectomy. Tips and tricks; Charlotte Møller
- 11.15 - 11.45 Mesh complications;. Susanne Greisen
- 11.45 Lunch
- 12.45 Cadaver Dissection, Hysterectomy, TVT, TVT-O, and prolapse operations
- 17.00 Summary of day

Mesh debat - opfølgning

Siden mesh debatten som startede sommeren 2012, er der sat skub i mange gode initiativer.

Sundhedsstyrelsen har inviteret hhv. DUGS og DugaBase formænd til møder, hvor der er blevet lyttet og diskuteret, hvordan vi bedst anvender de allerede eksisterende regelsæt, og/eller hvor der er behov for ændringer, mhp. optimere sikkerheden for patienterne.

Nationalt har "Udkast til Vejledning om lægers og tandlægers anvendelse af implantater" været i høring i flere videnskabelige selskaber heriblandt DUGS og DSOG, og er formentlig ved at være færdigbehandlet.

Desuden har Sundhedsministeriet nedsat et udvalg vedr. medicinsk udstyr, Udvalg for Medicinsk Udstyr, som har holdt de første to møder. Gunnar Lose er lægelig repræsentant i udvalget, udpeget af de lægevidenskabelige selskaber i Danmark. Endvidere er der på Statens Seruminstitut holdt det første møde vedrørende etablering af et landsdækkende implantatregister (Gunnar Lose sidder ligeledes i dette udvalg).

Sundhedsstyrelsen er i gang med at revidere vejledningen fra 1999 vedrørende anvendelse af nye metoder/teknikker, den nye vejledning forventes udgivet i foråret 2014.

Herudover ønsker Sundhedsstyre-

sen en Årsrapport fra de kliniske databaser (bl.a. også DugaBase) mhp. at kunne følge udviklingen inden for de forskellige områder.

EU har igangsat stramninger på godkendelsesproceduren for medicinsk udstyr – stramninger som bl.a. indebærer bedre kontrol med bemyndigelsesorganer (notifying bodies), dog er disse stramninger formentlig først reelt implementeret i 2017.

EU har også oprettet et såkaldt Mesh Task Force med rådgivere fra de europæiske videnskabelige selskaber.

Næste nummer

af DUGSNyt

udkommer juni 2014

Manuskripter sendes i

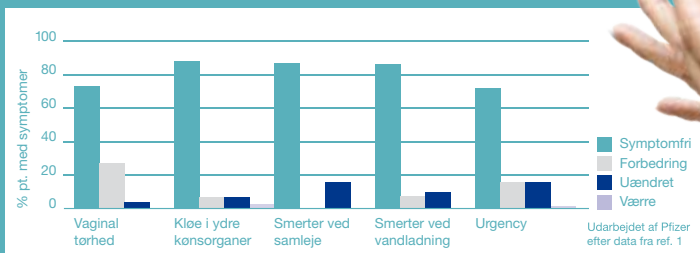
Word-format til

i.b.paulsen@dadlnet.dk

senest den 10. maj 2014

Vaginale gener i forbindelse med overgangsalderen

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



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

ID nr. Est-10-01-11. Nov. 2013



Lokal østrogenbehandling
enkelt og naturligt

Estring®
Estradiol

Forkortet produktinformation for Estring® (estradiol)

Vaginalindlæg 7,5 mikrogram/24 timer. **Indikationer:** Forandringer i vulva og vagina forårsaget af østrogenmangel. **Dosering*:** Vaginalindlægget anbringes dybt i vagina og bæres kontinuerligt i 3 måneder. Herefter udskiftes det med et nyt. Anvendes som lokalbehandling hos kvinder med eller uden intakt uterus. Tilskud af gestagen anbefales ikke. Regelmæssig kontrol anbefales. **Kontraindikationer:** Kendt tidligere brystcancer eller mistanke om brystcancer. Kendt/mistanke om østrogenafhængige maligne tumorer (f.eks. endometrie-cancer). Udiagnosticeret genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller aktuel venøs tromboembolisme (dyb venetrombose, lungeemboli). Kendte trombotiske lidelser (fx. Protein C, Protein S eller antithrombinmangel). Aktuel eller nylig arteriel tromboembolisk sygdom (fx. angina, myokardieinfarkt). Akut eller tidligere leversygdom, hvor lever tallene endnu ikke er normaliseret. Graviditet eller mistanke herom. Porfyri. Overfølsomhed overfor estradiol eller indholdstofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen*:** Vaginalindlægget kan falde ud eller ændre placering i forbindelse med afføring. Estring er muligvis ikke egnet til kvinder med vaginal stenose, kort eller meget snæver vagina. Kvinder med meget snæver vagina, vaginal stenose, prolaps og vaginal infektion har større risiko for irritation og sårdannelse i vagina ved brug af estradiol. Kvinder med udtalt vaginal irritation bør kontakte lægen. Kvinder med abnormt vaginalt udflåd, vaginalt ubehag eller blødning bør undersøges for sårdannelse, infektioner eller atrofisk vaginitis, som ikke responderer på estradiol behandling. Mindre irritationer er ofte forbigående. Behandlingen bør afbrydes ved vedvarende eller svært ubehag ved brug af vaginalindlægget, eller ved kontinuerlig displacering. Behandlingen bør afbrydes ved sårdannelse eller svær inflammation, der skyldes atrofisk vaginitis, som ikke responderer på estradiol behandlingen. Ved systemisk antibiotikabehandling for vaginal infektion bør lægen vurdere om fremmedlegeme i vagina vil interferere med behandlingen. Ved brug af anden vaginalt administreret medicin bør vaginalindlægget fjernes. Estring kan være uegnet til patienter i langvarig kortikosteroid behandling eller patienter med lidelser der medfører dårlig hudintegritet. For HRT initieres/genoptages optages en fuldstændig anamnese og fysisk undersøgelse foretages. **Tilstande der kræver overvågning:** leiomyoma, endometriose, risikofaktorer for tromboemboliske sygdomme og østrogenafhængige tumorer, hypertension, leversygdomme, diabetes mellitus, galdesten, migræne eller kraftig hovedpine, systemisk lupus erythematosus, endometriehyperplasi i anamnesen, epilepsi, astma, otosklerose. Estrings farmakokinetiske profil viser, at der er meget lav systemisk østradiolabsorption. Derfor er tilbagefald/forværring af ovennævnte forhold mindre sandsynlig end ved systemisk østrogenbehandling. **Kræver øjeblikkelig seponering:** gulsot/svækkelse af leverfunktionen, signifikant forøgelse af blodtrykket, nyt anfald af migrænelignende hovedpine, graviditet. Da Estring udviser lav systemisk absorption og derfor resulterer i lav systemisk østradiolkoncentration, er risikoen ved nedenfor nævnte forhold teoretisk set mindre end ved systemisk østrogenbehandling: Endometriehyperplasi og karcinom: Sikkerheden ift endometriet er ukendt ved langtidsbrug (> 1 år) eller gentagen brug af lokal, vaginal østrogen. Langtidsbehandling med systemisk østrogen alene øger risikoen for endometriehyperplasi og karcinom hos kvinder med intakt uterus. Der kan forekomme gennembrudsblødning og pletblødning i de første behandlingsmåneder. Hvis blødning forekommer efter nogen tids behandling eller hvis den fortsætter efter behandlingen er seponeret, skal årsagen undersøges. **Brystcancer:** Undersøgelser antyder en øget risiko ved systemisk kombinationsbehandling og muligvis også med systemisk østrogen alene. **Ovariecancer:** Langvarig brug (mindst 5-10 år) af systemisk østrogen (HRT) er forbundet med en let øget risiko. **Venøs tromboembolisme:** Systemisk HRT er forbundet med en 1,3-3 gange øget risiko for udvikling af VTE. VTE er mere sandsynligt i de første år end senere. Udvikles VTE efter påbegyndt behandling skal lægemidlet seponeres. Iskæmisk apopleksi: Kombinationsbehandling samt behandling med østrogen alene er forbundet med øget risiko på op til 1,5 gange. **Følgende tilstande skal overvåges nøje:** kardiell/renal dysfunktion (pga. væskeretention), tidligere hypertriglyceridæmi (pga. risiko for massiv forhøjelse). **Interaktioner*:** Estring anvendes som lokalbehandling i lave doser, og der forventes derfor ingen klinisk relevante interaktioner. Lægen bør dog være opmærksom på, at metabolismen af østrogen muligvis øges ved samtidig brug af stoffer kendt for at inducere lægemiddelmetaboliserende enzymer, især cytokrom P450-enzymen. **Graviditet og amning*:** Kontraindiceret. Hvis graviditet opstår under behandling, skal behandlingen straks ophøre. **Bivirkninger*:** Generelt er der få bivirkninger, og de er for det meste milde og forbigående. **Meget almindelige:** Leukorrea; **Almindelige:** Urinvejsinfektion, øvre luftvejsinfektion, sinuitis, søvnløshed, hovedpine, hedestigning, abdominal smerte/ubehag, anorektalt ubehag, kvalme, generel pruritus, hyperhidrose, artropati, rygsmærter, ubehag i blæren, vaginal blødning, vaginal irritation/ubehag, vaginitis, moniliasis genitalis, urogenital pruritus, brystsymptomer, influenza-lignende symptomer. Ikke almindelige: Overfølsomhed. For yderligere information om bivirkninger ved HRT behandling se det fulde produktresumé. **Priser og pakninger ekskl. recepturgebyr (AUP) pr.: 28. oktober 2013.** Vnr 559948. Vaginalindlæg 7,5 mikg/24 t. 1 stk. kr. 456,75. Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. **Tilskud:** Ja. De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé dateret den 29. april 2013. **Produktresumét kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00.** (estring 028 ASmPC V3.329 november 2013)



Rund fødselsdag - Torsten Sørensen

I august 2013 kunne en af DUGS initiativtagere, overlæge Torsten Sørensen fejre sin 70 års fødselsdag.

Torsten har i størstedelen af sin karriere som læge været ansat ved gynækologisk/obstetrisk afdeling på Kolding Sygehus, hvorfra han i 2008 gik på pension efter 28 års ansættelse som overlæge – heraf de 7 som administrerende overlæge. Torsten har om nogen fået sat Kolding på det urogynækologiske landkort.

Torsten var med til at etablere DUGS og i flere år redaktør af DUGS nyt. Han deltager stadig aktivt i DUGS og styrer årligt generalforsamlingen med kyndig hånd.

Udover sit lægelige kliniske virke, så har Torsten været en flittig skribent. Han har skrevet syv bøger og en lang række artikler om faglige emner – og udover urogynækologien, så har især medicinhistoriske emner interesseret ham. Han har skrevet talrige "Personen bag navnet" og lavet historiske quizzer for DSOG, som vi har nydt stor glæde af.

Torsten har også yndet at deltage i internationale kongresser og gerne suppleret af en yngre kollega, som har deltaget med præsentation af en po-



ster eller et abstract. Torsten har glædeligt delt ud af sin viden, indsamlede data og erfaring med at formidle.

Torsten har altid involveret sig i mange ting med stor interesse og engagement. Herunder "Sygeforsikringen Danmark", hvor han har været en del af repræsentantskabet og formand for Lokalbestyrelsen i Region Syddanmark gennem flere år.

Selv efter han er gået på pension, har han bevaret kontakten til det kliniske miljø – bl.a. som underviser på Jor-demodernskolen i Esbjerg og som cen-

sor i gyn.obs. på medicinstudiet. Han er præsident for Kontinensforeningen og lægeligt medlem af Det psykiatriske Patientklagenævn i Region Syd-danmark.

Torsten er desuden en yndet foredragsholder og har rejst rundt med foredrag om bl.a. Polio, "Det gode liv" og Medicinsk humor.

Dette er blot et lille udpluk af alle

hans bedrifter og aktiviteter gennem tiden. Oveni dette aktive faglige liv, så har han taget sig kærligt af sin skønne familie, bestående af hustru Inna, to døtre og fem børnebørn.

Vi vil gerne ønske Torsten et stort tillykke med den runde dag – og vi glæder os til fortsat at nyde godt af dit faglige engagement i urogynækologien.

BLIV MEDLEM AF DANSK UROGYNÆKOLOGISK SELSKAB

Medlemskab af DUGS

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

Indmeldelsesgebyr på 100 kr. skal indbetales til konto i Lægernes Pensionsbank: konto nr. 6771 – 0006154413. Herefter opkræves medlemskontingent på 100 kr. via Lægeforeningen hvert år i maj måned.

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

Anmodning om medlemskab sendes til kassereren:

Charlotte Graugaard-Jensen MD PhD

GRAUGAARD@KI.AU.DK

IUGA Webinar

Den 7. september, 2013 kl. 23 dansk tid, gentog IUGA et Webinar "An Update on Vaginal Mesh" – sessionen havde Christopher Maher (Australien) som moderator og der var 4 internationale foredragsholdere og efterfølgende mulighed for spørgsmål. Alle IUGA medlemmer havde mulighed for at deltage efter først til mølle principet, idet der var plads til 50 deltagere. Jeg selv sad den pågældende lørdag i et sommerhus uden wifi, men havde via en smartphone mulighed for deltagelse alligevel – en fantastisk teknisk mulighed, som kun krævede lidt forberedelse, nemlig download af programmet Adobe Connect Mobile (app) – instruktion via IUGA. Jeg hav-

de dog et login problem, men der var prompte support så jeg kunne komme hurtigt på. Det pågældende webinar blev i øvrigt gemt, og kan fortsat hentes via IUGAs hjemmeside.

IUGA webinar kan anbefales – det næste afholdes d. 5. december, 2013 og vil være nr. 2 ud af 3 webinarer vedr. mesh. Se yderligere detaljer på www.IUGA.org.

*Mette Hornum Bing, Afdelingslæge, ph.d.
DUGS Formand*

S A V E T H E D A T E
AUGS / IUGA

SCIENTIFIC MEETING
JULY 21 - 26, 2014

Washington, DC | Washington Convention Center

Subjective outcome following posterior colporrhaphy – a long-term follow-up.

Dept. of Obstetrics and Gynecology, Odense University Hospital, University of Odense, Odense, Denmark.

Abstract

To investigate the long-term subjective cure rate following posterior colporrhaphy.

Method

Patients undergoing posterior colporrhaphy during 2000-2010 received a questionnaire including Kings' health questionnaire (KHQ), Patient Global Impression of Improvement (PGI-I), Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20) and Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). Non-responders had a secondary questionnaire submitted once. Demographic and surgical data were obtained from patient's charts. Non-parametric tests were used to evaluate time related change.

Results

In total 118 patients was included, median age 65 years (range 55-88 years). Of these 110 (93%) returned the questionnaires. Median follow up was 96 months (range 25-150 months). KHQ general health and impact of prolapse

score was 100 (range 25-125), and KHQ limitations due to rectocele score was 58 (range 0-519). The PISQ-12 score was 12 (range 4-27) and PFDI-20 score was 48 (range 0-172). 42.9% reported that they were not at all affected by rectocele. PGI-I showed that 78.3% still experienced improvement, the median score was 5 (range 0-6) and did not differ significantly over time ($P=0.8$).

Discussion

Our observations following long-term follow-up is in accordance with previous studies with shorter follow up (1-3). Accordingly, posterior colporrhaphy seems to be associated with long-term improvement in quality of life.

Reference List

1. *Paraiso MF, Barber MD, Muir TW, Walters MD. Rectocele repair: a randomized trial of three surgical techniques including graft augmentation. Am J Obstet Gynecol 2006 Dec;195(6):1762-71.*
2. *Arnold MW, Stewart WR, Aguilar PS. Rectocele repair. Four years' experience. Dis Colon Rectum 1990 Aug;33(8):684-7.*
3. *Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. Br J Obstet Gynaecol 1997 Jan;104(1):82-6.*

Anteriort deflekeret urinstråle – udredning og behandling

Case-videopræsentation

Urinvejskirurgisk afdeling K, Center for Vandladningsforstyrrelser, Aarhus Universitetshospital, Skejby

Formål: at præsentere en case med denne tilstand, samt videodemonstrere præ-, per- og postoperative fund.

Metoder: 40-årig, i øvrigt rask kvinde henvist med vandladningsgener i.f.a. kraftigt anteriort deflekeret og spredt urinstråle (ADUS). Tilstanden var særdeles socialt og hygiejnisk generende i forbindelse med miktion.

Ved objektiv undersøgelse fandt man normal GU og normal kalibrering af uretra, men kraftig anteriort orienteret urinstråle.

Der var normalt spontant flow, fuld blæretømning, let detrusoroveraktivitet, men ingen tegn til obstruktion ved urodynamisk undersøgelse.

Resultater: Patienten blev efter for-gæves konservative tiltag opereret med plastik på meatus urethrae a.m. DeJong. Ved 3 måneders kontrol var patienten fuldt tilfreds med vandladningen og fuldt kontinent i alle kvaliteter.

Diskussion: Lidelser i det kvindelige uretra kan give anledning til flere typer af LUTS-symptomer, og uretrale lidelser miskendes formentlig jævnlgt.. ADUS er en af de sjældent beskrevne lidelser. Tilstanden kendes fra børneurologien, men der foreligger ikke studier eller cases hos voksne.

Konklusion: ADUS er en sjælden, men generende tilstand, der er vigtig at have in mente hos patienter der klager over arten eller kvaliteten af urinstrålen.

Subjective and objective results of anterior vaginal wall repair A 10-year prospective follow-up study

Objective

To evaluate the long term outcome of conventional surgical repair of anterior vaginal wall prolapse.

Methods

From January 1998 until November 2000, 72 women were operated with primary anterior vaginal wall repair using local anaesthesia in an outpatient clinic. At follow-up the women were offered clinical examination, and filled in a symptom- and quality of life questionnaire.

Results

Follow-up was 10 years. Forty (56%) women participated, (18 (25%) had died, and 10 (14%) were lost to follow-up). Median age was 67 (37-86) years, median BMI was 26 (19-36).

At baseline, 72% had stage 2 (POP) and 28% stage 3.

At follow-up twenty women (50%) had stage 1, 13 (32%) had stage 2 and one (3%) had stage 3 POP. Six women (15%) had been reoperated due to recurrence (figure 1).

Before surgery 93% reported bulge symptoms. Ten years postoperatively, 65% had no bulge symptoms, and 20% still had bulge symptoms once a month or more. In an overall assessment 74% of the women considered themselves better or much better after surgery (figure 2).

Conclusions

At 10 year follow-up, 65% was relieved from their bulge symptoms, and 74% still considered themselves better or much better than before the operation. However, 15% of the women had been reoperated and 20% still experienced bulge symptoms once a month or more

Figure 1: Anatomical results at 10 year follow-up after anterior vaginal wall repair

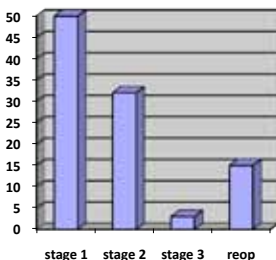
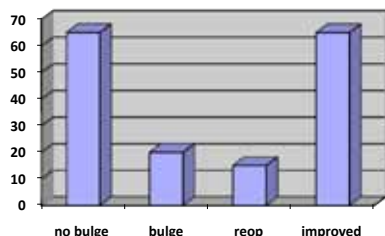


Figure 2: Subjective results at 10 year follow-up after anterior vaginal wall repair



Forandringer inden for den kirurgiske behandling af urininkontinens

Introduktion

Der er i de senere år sket en centralisering inden for flere kirurgiske specialer, hvilket har mindsket antallet af komplikationer. Indenfor urininkontinenskirurgi i Danmark er det dokumenteret, at såvel afdeling-som kirurgvolumen påvirker kvaliteten. I 2007 fastlagde man krav om patientunderlag, og i 2009 samledes behandlingen på færre afdelinger. Effekten af centraliseringen er ikke undersøgt.

Formål

At beskrive udviklingen indenfor urininkontinenskirurgi med udgangspunkt i årene 2001-03 ved en opfølgning på årene 2009-2011.

Metode

Kohortestudie med data fra DanskUrogynækologiskDatabase og Landspatientregistret samt journaloplysninger.

Resultater

Der er fra 2001 til 2009 reduceret en trediedel af de offentlige afdelinger væk og dermed er alle lavvolumen-afdelinger nedlagt, og antallet af højvolumenafdelinger er fordoblet.

Slyngkirurgien er i dag førstevalg (81 % af indgrebene i 2009, mod 68 % i 2001) efterfulgt af urethral bulking (14 % i 2009 og 7 % i 2001). Det abdominale indgreb er ikke længere i brug.

Antal forskellige procedurer pr.afd. er i perioden faldet fra 7-8 til 3-4.

På landsplan er set øget specialiseringsgrad igennem årene, hvor 74 % af indgrebene i 2007 blev udført af kirurger med høj erfaring (>25 indgreb pr. år), er det i 2011 i 92 % af tilfældene (P for trend <0,01).

Konklusion

Der er sket en centralisering indenfor urininkontinenskirurgien, behandlingen er erstattet af minimal-invasivkirurgi og på landsplan ses højere lægelig specialiseringsgrad..

¹Center for Klinisk Epidemiologi, Sdr. Boulevard 29, Indgang 101, 4. sal, 5000 Odense C

²Herlev Hospital, gynækologisk-obstetrisk afd., Herlev Ringvej, Pavillon B, 2730 Herlev

³Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y, Aarhus Universitetshospital, Brendstrupgaardsvej, 8200 Aarhus N

⁴Center for Klinisk Epidemiologi, epidemiolog, Sdr. Boulevard 29, Indgang 101, 4. sal, 5000 Odense C

Procedure- og materialevalg ved urininkontinens-operationer i Danmark, 2010-2011

Introduktion

Der opereres årligt ca. 1400 kvinder for urininkontinens (UI) i Danmark. Indførelsen af mindre invasive procedurer har medført en stigning i antal operationer for UI. Formålet med dette studie er at undersøge fordelingen af operationsprocedurer, hvilke slyngetyper og bulking materiale der anvendes i Danmark. Desuden undersøges om der er en regional variation i brugen af slyngetyper og bulkingmateriale.

Metode

Data fra Dansk Urogynækologisk Database (DugaBase) er anvendt. Inklusionskriterier: Kvinder opereret for UI i perioden 1. januar 2010 – 31. december 2011. Følgende parametre er anvendt: Operationskode, år, region, slyngetype-/bulking materiale og alder.

Resultat

Der var i alt 3048 operationer for UI, hvoraf 49 % var retropubisk MUS (rpMUS), 37% transobturatorisk MUS (toMUS) og 14% Bulking. Slyngetype var angivet for 83% (2176/2634) af MUS operationerne og bulkingmateriale for 76% (313/414). Kun bulkamid blev brugt som bulkingmateriale. I alt 10 forskellige antal slynger blev brugt,

heraf var Johnson og Johnson transvaginal tabe (J&J TVT) den hyppigste. Alle regioner udførte flest rpMUS procedurer undtaget Region Syddanmark og Midtjylland, der udførte flere toMUS.

Konklusion

Størstedelen af danske UI operationer er rpMUS, og kun 2 regioner udfører flere toMUS end rpMUS procedurer. Hovedparten af indsatte slynger er J&J TVT. Bulkamid er det eneste bulkingmateriale angivet.

¹Gynækologisk/obstetrisk afd., Odense Universitetshospital

²Center for Kliniske Epidemiologi, Odense Universitetshospital

Subtotal (SAH) versus Total (TAH) Abdominal Hysterectomy: A randomised clinical trial with 15 years follow-up

Aim: To compare 15 year results of subtotal (SAH) versus total (TAH) abdominal hysterectomy performed for benign uterine diseases. Primary outcome: Urinary incontinence (UI). Secondary outcomes: Pelvic organ prolapse, bowel problems, pain, sexuality, quality of life, complications and cervical problems.

Methods: Randomised clinical trial. All women, still alive and living in Denmark, enrolled in the RCT from 1996 to 2000 were invited to participate in the 15 year follow-up by 1) filling out the same questionnaire as previously, plus PFDI-20, 2) Coming in for clinical examination, 3) Filling out a 3 day voiding diary.

Results: 198 women (65%) answered the questionnaire and 100 women (33%) participated in the clinical examination. The analyses show a higher risk of UI in the SAH group (33.3%) than in the TAH group (20%) $P=0,034$. The difference is the result of more stress UI in the SAH group. No difference was seen in the secondary outcomes. The data from the clinical examinations has not yet been analysed.

Discussion: More women suffer from UI after SAH than after TAH 15 years after surgery. If abdominal hysterectomy is indicated, TAH should remain the choice surgery when possible. Other conclusions might be drawn when the analyses are completed.

**SÆT X I KALENDEREN
DUGS ÅRSMØDE 2014
AFHOLDES 10. JANUAR 2014
AARHUS UNIVERSITETSHOSPITAL
SKEJBY**

Posterpræsentation DUGS-årsmødet d. 10. januar 2014, Skejby

Foruden frie foredrag vil der ved årsmødet d. 10. januar 2014 være posterpræsentation, hvor følgende projekter præsenteres:

- **“Et klinisk randomiseret, ikke blindet studie til afprøvning af effekten af blæret træning i grupper hos kvindelige patienter med OAB mod effekten af blæret træning individuelt hos kvindelige patienter med OAB”**
Mette Hulbaek, Kirsten Kaysen, Ulrik Kesmodel
- **“Opfølgning efter kolporrhaphia anterior for centralt cystocele”**
Karin Glavind, Jonna Bjørk, Sofie Lindquist.
- **“Opgørelse af inkontinens 10 år efter hysterektomi”**
Mette Juul Hansen
- **“Pain Relief During Postpartum Perineal Repair: a Comparison Between Pudendal Nerve Block and Local Anaesthetic Infiltration”**
Hjorth Andersen S, Kindberg S
- **“Forekomst af underlivsgener efter behandling for brystkræft”**
Irina Goukasian
- **“Lower urinary tract symptoms among women living in Region Zealand and Region Northern Germany - a study about their health related quality of life and their help-seeking behaviour to their General Practitioner”**
Louise Jørgensen, Susanne Elsner, Martina Jørgensen, Elke Faust, Achim Niesel, Annika Waldmann, Gunnar Lose, Mette Terp Høybye, Peter Martin Rudnicki
- **“Early secondary repair of perineal trauma: a pilot study”**
Kindberg S, Bek KM, Glavind-Kristensen M.
- **“Validering af OSATS (Objective Structured Assessment of Technical Skills) til diagnostik af vaginal og perinealbristning i forbindelse med vaginal partus”**
M Daniel Rohde, S Kindberg, K M Bek, M Glavind-Kristense

Bestyrelsen for DUGS

FORMAND

Afdelingslæge, ph.d.

Mette Hornum Bing

Gynækologisk-obstetrisk afdeling Herlev Hospital

mbing@dadlnet.dk

NÆSTFORMAND

Overlæge, ph.d.

Susanne Greisen

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

susagrei@rm.dk

KASSERER

1. Reservelæge

Charlotte Graugaard-Jensen

Urologisk afdeling K Aarhus Universitetshospital, Skejby 8200 Aarhus N

graugaard@ki.au.dk

SEKRETÆR

Læge

Rikke Guldborg Sørensen

Center for Klinisk Epidemiologi Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV Odense Universitetshospital

Rikke.guldborg.soerensen@rsyd.dk

SELSKABETS HJEMMESIDE

www.dugs.dk

BESTYRELSESMEDLEM

Kontinenssygeplejerske

Anette Vestermark

Medicinsk Center Hjørring Sygehus Vensyssel Bispensgade 37 9800 Hjørring

a.vestermark@rn.dk

REDAKTØR AF DUGSNYT

Overlæge **Lene Paulsen**

Gynækologisk-obstetrisk afdeling Hillerød Hospital Dyrehavevej 29 3400 Hillerød

l.b.paulsen@dadlnet.dk

WEBREDAKTØR

Overlæge Ulla Darling Hansen

Gynækologisk/obstetrisk afd. Odense Universitetshospital 5000 Odense C

udh@dadlnet.dk



KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

DUGS Årsmøde

10. januar 2014
Skejby Hospital
www.dugs.dk

European Association of Urology Nurses

15th International EAUN Meeting

Stokholm, Sverige
12.-14- april 2014
www.eaustockholm2014.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Washington D.C., USA
22.-27 juli 2014
www.iuga.org

International Continence Society (ICS) Annual Meeting

Rio de Janeiro, Brasilien
20.-24. Oktober 2014
www.icsoffice.org

Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA)

28. Bi-Annual meeting
29.-31. januar 2015
Stockholm, Sverige
www.nuga-info.org

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

KÆRE DUGSNYT LÆSER

Er du endnu ikke medlem af DUGS , men ønsker du at blive det, kan du rette henvendelse til DUGS kasserer Charlotte Graugaard-Jensen graugaard@ki.au.dk
Medlemsgebyret er fortsat kr. 100,00 årligt og kan indbetales på DUGS konto i

Lægernes Pensionsbank: Reg.nr. 6771 konto 0006154413.
Alle medlemmer modtager 2 gange om året DUGSNyt. Desuden har du som DUGS medlem mulighed for at deltage i de kurser som DUGS arrangerer

SELEXID® PIVMECILLINAM

til ukompliceret urinvejsinfektion



Sundhedsstyrelsen strammer reglerne for brug af antibiotika:

- Brug smalspektret antibiotika¹ ▶ Selexid® pivmecillinam er smalspektret²
- Med minimal påvirkning af normalfloraen¹ ▶ Selexid® pivmecillinam har ringe påvirkning af normalfloraen²
- Behandlingsvarighed så kort som mulig¹ ▶ Selexid® pivmecillinam 400 mg x 3 i kun 3 dage ved ukompliceret UVI

Selexid® Pivmecillinam - 400 mg 3 gange dagligt

LEO®



References:

1: Sundhedsstyrelsen, Vejledning om ordination af antibiotika, 2011
2: Sullivan A, Edlund E, et al. J Chemother 2001;13(3):299-308

SX-2013-01-23

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

Selexid®. Indikationer: Selexid® pivmecillinam, tabletter: Urinvejsinfektioner og salmonellose forårsaget af me-cillinarmfølsomme bakterier. Selexid® mecillinam, pulver til injektionsvæske, opløsning: Alvorlige urin-vejsinfek-tioner og salmonellose forårsaget af mecillinarmfølsomme bakterier. **Dosering:** Tabletter: Voksne: 200-400 mg 3 gange daglig. Børn: 20 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser. Tabletterne skal indtages sammen med mindst et halvt glas vand. Selexid® kan tages sammen med mad. Injektionsvæske: Voksne: 200 mg-l g 3-4 gange daglig i.m. eller i.v. (indtil 60 mg/ kg/døgn). Børn: 20-40 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser i.m. eller i.v. Ældre: Dosisjustering er ikke nødvendig. Nedsat nyrefunktion: Der er ikke specifik klinisk erfaring i patienter med nedsat nyrefunktion, der giver anledning til at antage at ekstra forsigtighed eller dosisjustering er nødvendig. Nedsat leverfunktion: Bør dosisjustering er ikke nødvendig. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof, andre penicilliner eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Oesophagusstriktur, da ulcerationer kan opstå ved forlænget kontakt med slimhinden. Patienter med genetiske metabolske anomalier, som carnitintransportdefekt eller af typen organiske aciderur som methylmalonsyreuri og propionsyreæmi. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Lokale retningslinjer ved-rørende korrekt brug af antibiotika bør følges. Krydsallergi mellem penicilliner og cefalosporiner forekommer. Bør ikke anvendes af patienter der lider af porfyri, da pivmecillinam er blevet sat i forbindelse med akutte anfald af por-fyri. Samtidig behandling med valproinsyre, valproat eller anden medicin som frigør pivalinsyre bør undgås. Diaré/ pseudomembranøs colitis forårsaget af Clostridium difficile forekommer. Hvis der udvikles diarré, bør muligheden for pseudomembranøs colitis overvejes og passende forholdsregler tages. Langvarig behandling øger risikoen for carnitinmangel. På grund af risiko for oesophagus ulceration bør tabletterne tages med mindst et halvt glas vand. **Interaktioner:** Samtidig indgift af probenecid hæmmer den renale tubulære udskillelse og øger derved serumkon-centrationen af mecillinam. Methotrexat-clearance kan være nedsat ved samtidig behandling med penicilliner. Samtidig behandling med valproinsyre, valproat eller anden medicin, som frigør pivalinsyre, bør undgås pga. risiko forøget udskillelse af carnitin. Mecillinams baktericide virkning kan hæmmes ved samtidig indgift af bakteriostatisk virkende midler, f.eks. erythromycin og tetracykliner, men ikke sulfonamider Mecillinam kan forstærke den bakterie-cide virkning af samtidig indgift af andre beta-laktamantibiotika og aminoglykosider. Clearance af methotrexat fra kroppen kan reduceres ved samtidig brug af penicillin. **Graviditet og amning:** Graviditet: Kan anvendes. Amning: Kan anvendes. Som for andre penicilliner udskilles mecillinam kun i ringe grad i modermælken. I terapeutiske doser forventes ingen bivirkninger af mecillinam hos det ammede barn. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Påvirker ikke eller kun i ringe grad. **Bivirkninger:** Baseret på data fra kliniske studier, der inkluderede 2.554 patienter, som modtog behandlingsforløb med Selexid® tabletter af 3-7-dages varighed, fore-kom der bivirkninger hos ca.12 % af patienterne. De mest almindelige bivirkninger er gastrointestinale symptomer og forskellige hud reaktioner Øvre gastrointestinale reaktioner forekom hos 5 %, diaré hos 2 % og udslæt hos 1 % af patienterne. Anafylaktiske reaktioner, nedsat antal af blodplader, granulocytter og hvide blodlegemer, et øget antal eosinofile hvide blodlegemer og leverfunktionsnedsættelse er blevet rapporteret i enkeltstående tilfælde. Behandling blev i mindre end 1 % til-fælde seponeret pågrund af bivirkninger. De hyppigst rapporterede bivirkninger var: Blod og lymfesystem: Ikke kendt: Trombocytopeni, granulocytopeni, leukopeni, eosinofil. Immunsystemet: Ikke kendt: Anafylaktisk reaktion. Nervesystemet: Ikke almindelig (>1/1000 til <1/100): Hovedpine og svimmelhed, herunder verti-go. Mave-tarm-kanalen: Almindelig (>1/100 til <1/10): Diaré, opkastning, maveproblemer, kvalme, mavesmerter. Ikke kendt: Oesophagus ulceration, oral ulceration, colitis forårsaget af antibiotika, oesophagitis. Lever- og galdeveje: Ikke kendt: Nedsat leverfunktion, let reversibel stigning i aspartat-aminotransferase (ASAT), alanin-aminotransferase (ALAT), alkalisk fosfatase og bilirubin. Hud og subkutane væv: Ikke almindelige (> 1/1000 til < 1/100): Udslæt. Ikke kendt: Urticaria. angioneurotisk ødem, pruritus. Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet: Ikke almindelig (> 1/ 000 til <1/100): Træthed. Undersøgelser: Ikke kendt: Carnitinmangel. **Overdosering:** Der er ikke indberettet tilfælde af overdosering. Dog kan overdrevet brug af Selexid® inducere kvalme, opkastning og gastritis. **Behandling:** Symptomatisk behandling samt genoprettelse af væskebalance. **Indehaver af markedsføringstillad-delsen:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, 2750 Ballerup. **Pakninger og priser:** Tabletter 200 mg, 20 stk. 89,55 kr, 30 stk. 130,45 kr, 40 stk. 224,30 kr. 100 stk. 466,15 kr. Tabletter 400 mg. 10 stk. 107,70 kr, 15 stk. 157,45 kr, 20 stk. 224,30 kr. Injektionsvæske i g pulver 182,10 kr. **Generelt tilskud. Udlevering:** B. Dagsaktuelle priser: se www.medicinpriser.dk SX-2013-01-23

Betmiga® (Mirabegron) 50 mg og 25 mg depottabletter. **Lægemiddelform:** Depottablet. **Indikationer:** Symptomatisk behandling af imperiøs vandladning, øget vandladningshyppighed og/eller urge-inkontinens, som kan forekomme hos voksne patienter med overaktiv blære-syndrom (OAB-syndrom). **Dosering og indgivelsesmåde:** *Voksne, inklusive ældre* 50 mg én gang dagligt med eller uden mad. *Børn og unge* Sikkerhed og virkning hos børn under 18 år er endnu ikke klarlagt. **Nedsat nyre- og leverfunktion** Nedenstående tabel angiver den anbefalede daglige dosering til personer med nedsat nyre- eller leverfunktion i fravær og tilstedeværelse af stærke CYP3A-hæmmere

		Stærke CYP3A-hæmmere ³	
		Uden hæmmer	Med hæmmer
Nyrefunktionsnedsættelse ¹	Mild	50 mg	25 mg
	Moderat	50 mg	25 mg
	Svær	25 mg	Bør ikke anvendes
Leverfunktionsnedsættelse ²	Mild	50 mg	25 mg
	Moderat	25 mg	Bør ikke anvendes

1. Mild: GFR 60 til 89 ml/min/1,73 m²; moderat: GFR 30 til 59 ml/min/1,73 m²; svær: GFR 15 til 29 ml/min/1,73 m².
2. Mild: Child-Pugh-klasse A; Moderat: Child-Pugh-klasse B.
3. Stærke CYP3A-hæmmere: f.eks. itraconazol, ketoconazol, ritonavir og clarithromycin.

Administration: Tabletten skal tages én gang dagligt med væske, synkes hel og må ikke tygges, deles eller knuses.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. *** Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen :** *Nedsat nyrefunktion* Betmiga bør ikke anvendes til patienter med nyresygdom i slutstadiet (GFR < 15 ml/min/1,73 m² eller patienter med behov for hæmodialyse). Der er utilstrækkelige data for patienter med svært nedsat nyrefunktion (GFR 15 til 29 ml/min/1,73 m²); der anbefales en dosisreduktion til 25 mg for denne population. Betmiga bør ikke anvendes til patienter med svært nedsat nyrefunktion (GFR 15 til 29 ml/min/1,73 m²), som samtidig får stærke CYP3A-hæmmere. *Nedsat leverfunktion* Betmiga bør ikke anvendes til patienter med svært nedsat leverfunktion. Betmiga bør ikke anvendes til patienter med moderat nedsat leverfunktion (Child-Pugh-klasse B), som samtidig får stærke CYP3A-hæmmere. *Hypertension* Betmiga bør ikke anvendes til patienter med svær ukontrolleret hypertension (systolisk blodtryk ≥ 180mmHg og/eller diastolisk blodtryk ≥ 110 mmHg). Der er utilstrækkelige data for patienter med grad 2-hypertension (systolisk blodtryk ≥ 160 mmHg eller diastolisk blodtryk ≥ 100 mmHg). *Patienter med medfødt eller erhvervet QT-forlængelse* Patienter med QT-forlængelse i anamnesen og patienter, der tager lægemidler, som vides at forlænge QT-intervallet, bør udvises forsigtighed, når mirabegron administreres. *** Graviditet og amning:** *Graviditet* Betmiga bør ikke anvendes under graviditeten og til kvinder i den fertile alder, som ikke anvender sikker kontraception. *Amning* Mirabegron må ikke anvendes under amning. *** Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger indberettet for patienter behandlet med mirabegron 50 mg er takykardi og urinvejsinfektioner. Frekvensen af takykardi var 1,2 % hos patienter, som fik mirabegron 50 mg. Frekvensen af urinvejsinfektioner var 2,9 % hos patienter, som fik mirabegron 50 mg. Alvorlige bivirkninger omfattede atrieflimren (0,2 %). **ATC-kode:** G04BD12, Urologica, urologiske antispasmodica. **Udlevering:** B. **Tilskud:** Tilskudsberettiget (pr. 18. februar 2013). **Pakninger og priser (AUP incl. recepturgebyr pr. 28.10.2013):** 25 mg, 30 stk: 481,35 kr. 25 mg, 90 stk: 1374,40 kr. 50 mg, 30 stk: 481,35 kr. 50 mg, 90 stk: 1374,40 kr. Dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk **Registreringsindehaver:** Astellas Pharma Europe B.V., Holland.

*Afsnittet er forkortet/omskrevet.

Baseret på produktresumé dateret 20. december 2012.

Det fulde produktresumé kan rekvireres hos Astellas Pharma a/s.

Revideret 17. april 2013

NYHED!

2013
YEAR
OF THE
OVERACTIVE
BLADDER



EFTER 25 ÅR MED ANTIMUSKARINE LÆGEMIDLER KOMMER DER NU NOGET HELT NYT.

- Ny virkningsmekanisme^{1,2}
- Effekt på alle grundlæggende OAB-symptomer^{1,2}
- Mundtørhed på placeboniveau^{1,2}



**Betmiga™ 50 mg
mirabegron**

Den første β_3 -agonist godkendt til
behandling af OAB.

Afsender: Dansk Urogynækologisk Selskab · v/ Rikke Guldberg Sørensen, Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV, Odense Universitetshospital

Referencer: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295.
2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395.

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