



NGF-nytt

Årgang 14

Informasjon fra Norsk Gastroenterologisk Forening

Nr. 4 - desember 2007

Tema: Sedasjon ved endoskopi

SIDE 12

Nytt fra
UEGW i Paris

SIDE 15

Vintermøtet
2008

SIDE 17

Forum for
brokkirurgi

SIDE 30

TachoSil® stanser blødninger på 3–5 minutter ¹⁾



Ta 5 minutter

Gi deg selv en liten pause og les mer på www.tachosil.com

TachoSil® er den eneste kombinasjonen av kollagen, fibrinogen og trombin som er ferdig til bruk ^{1, 2)}



Se fellekatalogtekst og referanser side



Leder

Bjørn Moum
Med. avd.
Aker Universitetssykehus HF
0514 Oslo
T: 22 89 45 02
M: 45 06 52 75
bjmoum@broadpark.no

Kasserer

Astrid Rydning
Kir. Avd.
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim
T: 73 92 04 20
M: 90 08 71 07

Styremedlemmer:

Jørgen Jahnsen
Med. avd.
Aker Universitetssykehus HF
0514 Oslo
T: 22 89 48 87
jorgen.jahnsen@medisin.uio.no

Esben Riise
Med. Avd.
Molde sykehus
6407 Molde
T: 71 12 00 00
esben.riise@helsenr.no

Roald Torp
Med. avd.
Sykehuset innlandet Hamar
2326 Hamar
T: 62 53 75 82
roald.torp@sykehuset-innlandet.no

Arne Christian Mohn
Gastrokir. Avd.
Haugesund sjukehus
Postboks 2170 Bedriftspostkontoret
5504 Haugesund
T: 0 52 53
M: 91 57 95 49
arne.christian.mohn@helse-fonna.no

Arild Horn
Gastrokir. avd.
Haukeland Universitetssjukehus
Postboks 1
5021 Bergen
T: 55 97 50 00
M: 92 03 42 90
arild.horn@helse-bergen.no

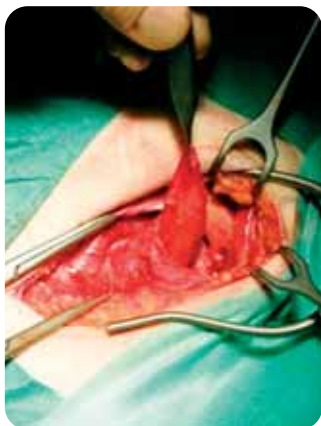
Redaktør:

Thomas de Lange
Med. avd.
Sykehuset Asker og Bærum
Postboks 831309 Rud
T: 67 80 92 04
M: 99 03 07 89
t.d.lange@medisin.uio.no

Webmaster:

Esben Riise

INNHOOLD



4 Redaktørens spalte

5 Leder

Tema: Sedasjon ved endoskopi

- 7 Kan endoskopipersonal sedere trygt med propofol?
- 8 Propofol sedation administreret af endoskopisygeplejersker i forbindelse med endoskopi i Danmark
- 9 Propofol – brukt som sedasjon av ikke anestesiloger
- 11 Sedasjon ved gastroenterologiske undersøkelser og behandlinger – erfaringer fra Norge og USA
- 12 Mine erfaringer med propofol ved endoskop
- 13 Bruk av Propofol på Gastrolab

Nytt fra fagmiljøene

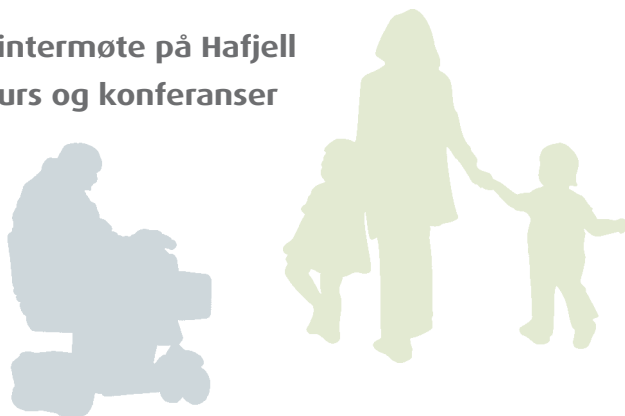
- 15 Litt om cøliaki frå UEGW

Norske abstrakt fra UEGW

- 15 Reflaks sykdom
- 21 Irritabel tarm
- 24 Genetiske markører
- 26 Inflammatorisk tarmsykdom
- 28 Endoskopi
- 30 Forum for brokkkirurgi

17 Vintermøte på Hafjell

32 Kurs og konferanser



Annonser i NGF-nytt

Gjennom NGF-nytt når du eksklusivt norske gastrointresserte leger. Foreningen har ca. 500 leger som medlemmer. NGF-nytt distribueres også til alle avdelingsoverlegene på medi-sinske og kirurgiske avd. ved norske sykehus. Annonser i NGF-nytt legges også ut på NGF's hjemmeside og formidles til medlemmene pr. e-mail.

1. Annonsepriser:

- Helseide, 4-farge – 10.000,-
- Halvside stående, 4-farge – 6.000,-
- Halvside liggende, 4-farge – 6.000,-
- Kvartside, 4-farge – 4.000,-
- Årsavtale: 20% rabatt på innrykk av 4 helsider pr. år.
- Prisene er eks. mva.

2. Annonseformat:

	Bredde	x	Høyde
1/1 side (satsflate)	190	x	277,0 mm
1/1 side (utfallende)	210 (+5) mm	x	297,0 (+5) mm
1/2 side (satsflate)	190 mm	x	138,5 mm
1/2 side (utfallende)	210 (+5) mm	x	148,5 (+5) mm
Kvartside (satsflate)	91 mm	x	138,0 mm
Høyoppløste (300dpi) PDF-filer, der fonter + høyoppløste bilder er inkludert.			

Utgivelsesplan 2007

	Materiellfrist	Utgivelse
Nr. 1/2008	25. februar	12. mars
Nr. 2/2008	1. juni	20. juni
Nr. 3/2008	1. september	20. september
Nr. 4/2008	1. desember	20. desember

Design, produksjon og annonsesalg:
DRD • DM, Reklame & Design as, www.drd.no
Annonser: Ragnar Madsen: 92 84 84 02

Hvem skal prioriteres?



Thomas de Lange
Redaktør

Godt nytt år kjære venner.

Mitt første år som redaktør av NGF-Nytt er over. Det har vært interessant, spennende og utfordrende. Måle har vært å konsolidere Toms store innsats. I tillegg har vi arbeidet en del med layout av bladet. Jeg håper at dere lesere er fornøyde. Samtidig vil jeg vil takke for all positiv respons og innsendte bidrag.

I året som kommer vil vi ha mange nye faglige utfordringer, med økt fokus på ressursbruk og prioriteringer. Store underskudd tolereres i mindre grad. I kontrast til dette øker folks forventninger og krav til helsetjenesten i takt med at vi blir rikere og rikere.

Det er imidlertid åpenbart at ressursene vi kan bruke på helsetjenesten vil være begrensende, og man vil være tvunget til å gjøre prioriteringer. Nye kostbare behandlinger og tekniske nyvinninger skal implementeres i den kliniske hverdagen. Vi kommer i stor grad til og måtte prioritere hvilke pasienter som skal få tilgang til dette. Vil nasjonale registre kunne være en hjelp i denne prioriteringen?

Innen våre spesialiteter er det jo et stort spenn mellom de forskjellige pasientene. Fra de med alvorlige sykdommer, IBD, cancer og kroniske leversykdommer for å nevne noen, til IBS og reflukssykdom som for de fleste er helt ufarlig, men besværlig.

Hvor mye ressurser kan vi bruke på disse "ufarlige sykdommene" i forhold til de alvorlige?

Hvordan skal vi prioritere unge mennesker med kroniske sykdommer (IBD, diabetes) i forhold til den økende andelen eldre som får alvorlige sykdommer ved livets slutt, hva er god og etisk ressurs utnyttelse her?

I livets slutfase er det usikkert hvor mye nytte man har av tekniske og medisinske nyvinninger. Vil det "gode" endepunkt være forlenget overlevelse eller kan man i mange tilfeller omdefinere det til en verdig slutt?

Dilemmaet blir hvordan skal man velge ut de som har størst nytte av helsetilbudet. Kan samarbeide og kommunikasjon mellom fastlege og spesialist bedres slik at man kan selektere ut pasienter som vil ha størst nytte effekt av møte med spesialisten? Kan dette lede til at ventetider reduseres og behandlingskvaliteten bedres for de som trenger det mest? Er det forsvarlig at noen avdelinger har nesten et års ventetid på colonoskopi? På den andre siden, hva er rimelig ventetid til utredning ved de forskjellige sykdommene?

Dette er utfordringer som bør diskuteres i fagmiljøet. Jeg ser frem til å få innspill i denne debatten.



Hva er forskjellen...

...mellom Hafjell og Monaco; at ingen drar til Hafjell sommerstid. Hva er så likheten mellom Hafjell og Monaco; at det ikke er lov for industrien å arrangere faglige møter noen av stedene.

Nye bestemmelser kommer stadig til. Vi får vite underhånden i november at vårt årsmøte i februar ikke kan arrangeres i samarbeide med industrien slik det er gjort de siste årene. Hafjell er et av stedene som er på listen over forbudte steder å arrangere møter for industrien vinterstid. Det kan assosieres til vintersport og derved trekke oppmerksomheten fra møtet.

VANSKELIG

Det blir stadig vanskeligere å forholde seg til samarbeidet med industrien. Legemiddelindustriforeningen (LMI) og legeforeningen har inngått avtaler som skal styre vårt samarbeide.

Helseforetakene har laget egne bestemmelser, mens noen gjelder helseregionen og deres forhold til legemiddelindustrien og leverandører. De fleste av disse bestemmelsene er forskjellig. Legemiddelindustrien og utstyrsleverandørene er frustrert og har vanskelig for å finne ut av hvordan og hvorledes. Vi fagfolk er usikre på hvilke regler som gjelder til enhver tid og mange (LMI, legeforeningen, avdelingsledere, klinikkjefer, personaladministrativt personale og direktører) mener sitt, men er usikre.

Alle invitasjoner skal godkjennes, men av hvem og har "hvem" motatt disse, men "bare" glemt å videresende? Er invitasjonen sendt riktig, er opplysninger adekvate og kan man stole på de opplysninger som star? Hvem er arrangør? Er det flere enn 2 og kan man være sikker på at det ikke skjer utidig påvirkning? Er møtets innhold av et slikt innhold og er programmet omfattende nok til at man ikke har anledning til å ha noen fritid? Er møtet ferdig så sent at overnatting er nødvendig? Vil avtalene tvinge arrangørene å sende hjem deltagerne slik at de kommer hjem etter midnatt og får en ufrivillig ekstra overnatting på Gardemoen. En ekstra kveld på møtestedet uten faglig innhold kan nemlig "misbrukes". Helger og kveld er beste tidspunkt å sende deltagerne hjem, da har man sikret at mest mulig fritid er gått med til møtet.

KOM PÅ VINTERMØTET!

Så kjære medlemmer, vi har fortsatt noe å rydde opp i. Derimot er årsmøtet i rute og det meste går på skinner. Takket være styrets arbeide gjennom året som har gått, har NGF vært sentral aktør på områder som berører vårt samarbeide med øvrige kolleger og spesialiteter, med offentlige helsemyndigheter, med legemiddelindustri og utstyrsleverandører. Vi har levert innspill og synspunkter på høringer og forespørsler til legeforeningen, til grupper av kolleger og til den enkelte kollega.

NGF er bredt representert internasjonalt og våre synspunkter blir etterspurt i fagpolitiske og organisatoriske spørsmål. Mye av foreningens arbeide er lite synlig, men ikke desto mer viktig.

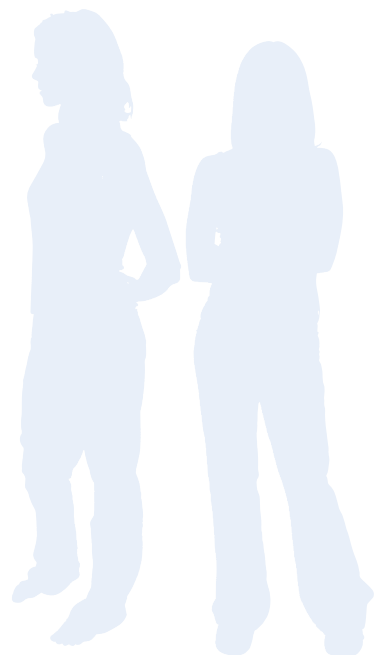
NGF arbeider for faget, for faglighet og kollegene. Det vil bli et årsmøte og en generalforsamling i tråd med tidligere år. Den nye fagmedisinske organisasjon er etterhvert kommet på plass, mens faget er i stadig utvikling. Det er dermed nødvendig at NGFs vei videre diskuteres og nye samarbeidsformer tas opp til debatt. Det er i hvert medlems egen interesse at vår forening følger med i tiden.

Det er derfor grunn til å oppfordre medlemmene til å gjøre et stykke arbeide for foreningen, stort eller lite. Det er valg på nye styremedlemmer i februar 2009 og deretter den nordiske gastrokongressen i Stavanger. Arbeids- og ressurskrevende arrangementer i 2009 og 2010 som forutsetter aktivitet i NGF så vel som av den enkelte medlemm. Overvei derfor å gjør en innsats for faget. Møt opp på Hafjell 8.-10. februar og delta i debatten om og for faget. Dine synspunkter er etterspurt.

Hjertelig hilsen, god jul og godt nytt år til alle kolleger.



Bjørn Moum
Leder NGF





Tilpasset pasientens behov



Enkel i bruk!

PENTASA i en smart og diskret forpakning; hendig å ta med i lommen. Granulat-kornene svelges ned med vann eller annen drikk.

PENTASA Sachet – enkelt for dine pasienter.

C Pentasa «Ferring Legemidler AS»
C Pentasa Sachet «Ferring Legemidler AS»
Antiinflammatorisk middel. ATC-nr.: A07E C02

T **DEPOTTABLETTER 500 mg: Pentasa:** Hver depottablett inneholder: Mesalazin 500 mg, povidon, etylcellulose, magnesiumstearat, talkum, mikrokrystallinsk cellulose.

T **REKTALVÆSKE, suspensjon 1 g: Pentasa:** 100 ml inneholder: Mesalazin 1 g, natriummetabisulfitt (E 223), natriumacetattrihydrat (E 262), dinatriumedetat, konsentrert saltsyre ad pH 4,8, renset vann.

T **STIKKPILLER 1 g: Pentasa:** Hver stikkpille inneholder: Mesalazin 1 g, magnesiumstearat, talkum, povidon, makrogol 6000.

T **DEPOTGRANULAT 1 g: Pentasa Sachet:** Hver dosepose inneholder: Mesalazin 1 g, etylcellulose, mikrokrystallinsk cellulose.

Indikasjoner: Depottabletter og depotgranulat: Ulcerøs kolitt og Morbus Crohn. **Rektalvæske:** Ulcerøs proktosigmoiditt. **Stikkpiller:** Aktiv ulcerøs proktitt. **Dosering: Depottabletter og depotgranulat:** Individuell dosering. **Voksne:** Opptil 4 g daglig fordelt på flere doser. **Barn:** Forsøksvis 20-30 mg/kg kroppsvekt daglig fordelt på flere doser. Bør ikke gis til barn <2 år. **Depotgranulatet må ikke tygges. Depottablettene bør svelges hele. De kan deles, men må ikke tygges. Rektalvæske: Voksne:** Normaldosering: 1 klyster hver kveld for sengetid i 2-4 uker. **Stikkpiller: Voksne:** 1 stikkpille 1 gang daglig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller salisylater. Alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet bør utvises hos pasienter med nedsatt leverfunksjon. Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig, spesielt i starten av behandlingen. Preparatet må gis med forsiktighet til pasienter som er overfølsomme for sulfasalazin. Ved mistanke om eller påviste tilfeller av mesalazin-indusert myo- og perikarditt eller alvorlig blodtrykskrise bør behandlingen avbrytes. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av andre nefrotoksiske legemidler kan øke risikoen for nyrekomplikasjoner. Hos pasienter som får azatioprin eller 6-merkaptopurin, kan samtidig behandling med mesalazin øke risikoen for blodtrykskrise. **Graviditet/Amning:** Forsiktighet bør utvises. Bør kun brukes i samråd med lege etter nøye vurdering av fordeler/ulemp. **Overgang i morsmelk:** Går over. Mesalazin-konsentrasjonen i morsmelk er lavere enn i morens plasma, mens konsentrasjonen av metabolitten acetylmessalazin forekommer i samme eller høyere konsentrasjon. Begrenset erfaring. Overfølsomhetsreaksjoner som diaré hos spedbarn, er rapportert og kan ikke utelukkes. **Bivirkninger:** Mest vanlig er gastrointestinale forstyrrelser, hodepine og hudreaksjoner. Overfølsomhetsreaksjoner og legemiddelindusert feber sees av og til. Etter rektal administrering kan lokale reaksjoner som pruritus, rektalt ubehag og avføringstrang forekomme. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast og abdominale smerter. Hud: Utslett (inkl. urticaria, eksantem). Neurologiske: Hodepine. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Leukopeni (inkl. granulocytopeni), trombocytopeni, anemi, aplastisk anemi, eosinofili, agranulocytose, pancytopeni. Gastrointestinale: Forhøyet amylasenivå, pankreatitt. Hud: Reversibel alopeci, lupus erythematosus-lignende reaksjoner. Lever: Forhøyet leverenzym- og bilirubinnivåer, hepatotoksitet (inkl. hepatitt, cirrhose, leversvikt). Luftveier: Allergiske lungereaksjoner (inkl. dyspné, hoste, allergisk alveolitt, pulmonær eosinofili, pulmonær infiltrasjon, pneumonitt). Muskel-skjelettsystemet: Myalg, artralgi. Neurologiske: Perifer neuropati. Sirkulatoriske: Myokarditt, perikarditt. Urogenitale: Unormal nyrefunksjon (inkl. interstitiell nefritt, nefrotisk syndrom), misfarget urin. Flere av disse bivirkningene kan også være et ledd i den inflammatoriske tarmsykdommen. **Egenskaper: Klassifisering:** Mesalazin (5-aminosalisylsyre) til behandling av inflammatorisk tarmsykdom. **Virkningsmekanisme:** Ikke fullstendig klarlagt, men mesalazin antas å virke lokalt på tarmmucosa. Substansen hemmer leukocyttkjernemotakke og nedsetter dannelsen av cytokiner, leukotriener og frie radikaler. **Absorpsjon:** Depottabletter og depotgranulat: Ca. 30-50%. Absorberes hovedsakelig i tyntarmen. Reduseres ved samtidig matinntak. **Rektalvæske:** Ca. 15-20%. **Stikkpiller:** Ca. 10%. **Proteinbinding:** Mesalazin: Ca. 50%. Acetyliert metabolitt: Ca. 80%. **Fordeling:** Depottabletter og depotgranulat frigjør virkestoffet kontinuerlig i løpet av passasjen gjennom tarmkanalen, uavhengig av pH-forhold og matinntak. Rektalvæsken frigjør virkestoff i distale deler av tarmen, til og med colon descendens. **Stikkpillene frigjør virkestoff i rektum. Halveringstid:** Depottabletter og depotgranulat: Mesalazin: Ca. 40 minutter. Acetyliert metabolitt: Ca. 70 minutter. «Steady state» nås etter 5 dager. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Depottabletter og depotgranulat: Maks. plasmakonsentrasjon nås etter 1-4 timer. Ikke detekterbar etter 12 timer. Acetyliert metabolitt har tilsvarende kurve, men høyere konsentrasjon og langsommere eliminasjon. **Metabolisme:** Acetylering i tarmslimhinnen og i lever samt til en viss grad via tarmbakterier. **Utskillelse:** I urin og fæces. I urin hovedsakelig som acetylmessalazin. **Pakninger og priser pr. 01.07.2007: Pentasa: Depottabletter:** Enpac: 100 stk. kr 383,90. 3 x 100 stk. kr 1083,00. **Rektalvæske:** 7 x 100 ml kr 312,80. **Stikkpiller:** 28 stk. kr 557,90. **Pentasa Sachet: Depotgranulat:** 3 x 50 doser kr 1346,00. T: 4b). **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk for depotgranulat og depottabletter: Ulcerøs kolitt og Morbus Crohn hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Refusjonsberettiget bruk for rektalvæske: Ulcerøs proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin.

For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no/spc



MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS

Ferring Legemidler AS
Nydalsveien 36B
Postboks 4445 Nydalen
0403 Oslo
Tlf.: 22 02 08 80
mail@oslo.ferring.com, www.ferring.com

FERRING
PHARMACEUTICALS

Kan endoskopipersonal sedere **trygt** med propofol?

Tekst: Thomas de Lange

Endoskopisk og miniinvasive kirurgiske prosedyrer er i ferd med å bli mer utbredt. ERCP har de siste årene endret seg fra å ha vært en diagnostisk prosedyre til en invasiv terapeutisk prosedyre som ofte er komplisert og langvarig.



Det kreves som regel sedasjon for å gjennomføre disse prosedyrene. Endoskopører har tradisjonelt gitt enten midazolam alene eller i kombinasjon med petidinhydroklorid. De fleste av oss har opplevd at dette ikke gir tilfredsstillende effekt eller at det har oppstått invers- effekt. De færreste av oss har i slike situasjoner mulighet til å få rask hjelp av anestesipersonale slik at man kan få gjennomført inngrepet.

En urolig pasient medfører at man utsetter pasienten for større fare for komplikasjoner, utsatt undersøkelse, forlenget liggetid. Og også økt risiko for komplikasjoner til grunn sykdommen som f.eks cholangitt og pankreatitt.

Det er en stor utfordring å løse dette problemet. Utenfor Norge har det blitt mer vanlig at endoskopipersonalet sederer med propofol. Dette har møtt stor skepsis i det norske anestesimiljøet (Guttormsen). Spørsmålet blir da, hvordan kan man sikre god sedasjon? Kan et godt opplæringsprogram for endoskopi personal være tilstrekkelig slik

det er skissert i P. Vilmann et al.s artikkel eller trenger man rutinemessig anestesipersonal til stede. Har anesthesi avdelingen tilstrekkelig med ressurser eller mulighet til å øke virksomheten slik at dette behovet kan dekkes eller må man prioritere annerledes?

I felleskatalogen er det angitt at: "Preparatet bare bør brukes av anesthesiologisk utdannet personell, ev. personell med spesialkompetanse i intensivbehandling. Preparatomtalen i Sverige og Danmark er lignende. Tross det, gir endoskopipersonal der i økende grad propofol sedasjon slik det gjøres i øvrige Europa.

De springende punktene er om vi skal følge denne utviklingen i Norge, og hvilken opplæring endoskopipersonalet behøver for å kunne anses å ha tilstrekkelig kompetanse. Kan Västerås modellen med sideutdannelse i anesthesi være en løsning? Kan propofol i lave doser kan betraktes som et sedasjonsmiddel? Vil risikoen for komplikasjoner da ikke være større enn ved bruk av Midazolam?

Propofol sedation administreret af endoskopisygeplejersker i forbindelse med endoskopi i Danmark

Tekst: Overlæge dr. med. Peter Vilmann, sygeplejerske Pernille Hornslet, sygeplejerske Hanne Simmons, sygeplejerske Anne Hammering, overlæge dr. med. Paul Clementsen. Gentofte hospital, Danmark

I takt med indføring af minimal invasive endoskopiske metoder stilles der større og større krav til sedation både for at mindske ubehag for patienten, men også for at opnå tilstrækkelig arbejdsro. Man har hidtil benyttet midazolam eller stesolid kombineret med et morfinpræparat som sedation, men anæstesiologiske doser er ofte påkrævet for at kunne gennemføre mange undersøgelser og behandlinger.

Til trods for dette opleves sedationen til de mere tidskrævende og belastende indgreb for utilstrækkelig. De senere år har man flere steder i verden benyttet sig af propofol til sedation administreret af sygeplejersker (NAPS: nurse administered propofol sedation) og meddelelserne herfra har været lovende (1,2). I Schweiz benyttes NAPS eksempelvis af 43% af gastroenterologerne (3). I Danmark har propofol hidtil kun været brugt af anæstesiologisk uddannet personale. På Gentofte sygehus blev NAPS introduceret i september 2007 efter struktureret studieophold ved Roque Valley, Surgical Center i Medford, Oregon, USA hvor dr. Walker havde indført NAPS for 7-8 år siden.

Sedation

Det der først og fremmest adskiller en propofolrus foretaget med anæstesiologisk assistance og NAPS er, at man ved NAPS titrerer patienten ned til et ønsket sedationsniveau med succesive små kvanti intravenøs propofol doseret manuelt (startdosis 100 mg minus alder, vedligeholdelsesdoser på 20-30 mg med 60-120 sekunders mellemrum), mens man ofte styrer sedationen via sprøjtepumpe i anæstesiologisk sammenhæng med indledningsdoser på 1-2 mg per kg (ca. 100-200 mg). Ved den manuelle dosering undgår man risiko for at seda-

tionen bliver så dyb at patienten skal manuelt ventileres eller intuberes. Sedationsdybden vurderes ud fra patientens vital funktioner, herunder respirations dybde, vurdering af spontan bevægelse, grimasser etc. Alle patienterne får tilført 3 liter ilt tilskud på næsekateter. Patienterne er i øvrigt monitoreret med BT, puls og pulsoximetri. Med mindre det endoskopiske indgreb kræver andet, kan patienterne udskrives 20 minutter efter sidste propofolindgift. Patienterne vurderes forud for endoskopen af den skoperende læge mht egnethed idet patienter til og med ASA gruppe 3 accepteres til NAPS.

Naps

For at imødegå en meget lille risiko for intubationskrævende respirations depression, foretages samtidig en vurdering af patientens gabe funktion (malampati scoring mhp luftvejshåndtering) og eventuel nedsat bevægelse i nakken. Vores NAPS sygeplejersker får foruden teoretisk indføring i metoden desuden en dags træning i manuel ventilation samt anlæggelse af larynxmaske i samarbejde med anæstesen. Vores erfaring med NAPS er meget positive og vi mener at metoden bør indføres i Danmark idet den er meget brugbar til de fleste undersøgelser og behandlingstyper inden for det endoskopiske område, herunder også de mere belastende endoskopier så som dobbelt ballon endoskopi, ERCP, koloskopi, terapeutisk gastroskopi etc. Vi har efter indføring af NAPS måtte konstatere at visse endoskopier er blevet mere tidskrævende, men det drejer sig især om endoskopier som ved vanlig sedation var blevet afbrudt som følge af patient uro. Det skal dog understreges at vi har oplevet følgende effektiviserings gevinst ved indføring af NAPS: flere procedurer kan udføres under samme sedation (koloskopi+gastroskopi, EUS+ERCP,

EUS+EBUS+bronchoskopi), belastende procedurer kan oftere afsluttes i samme seance modsat tidligere pga patient uro (ERCP, dobbelt ballon endoskopi), højere successrate af intubation til coecum ved koloskopi, kortere tids observation af patienterne efter endoskopen med reduceret udskiftningstid på hvilestuen, information til patienterne kan foretages samme dag som undersøgelsen idet der ikke er hukommelsesproblemer efter propofol sedation. Sidst men ikke mindst er patienttilfredsheden øget betydeligt idet patienterne ikke registrerer ubehag og ofte vågner med lidt eufori.

Vi har hidtil haft mulighed for at foretage endoskopi under generel anæstesi på en stue en dag om ugen på Gentofte hospital men da dette i tiltagende grad har været en "flaskehals" har vi i tæt samarbejde med anæstestien valgt NAPS modellen. Ved indføring af NAPS er det nødvendigt samtidigt at tilføre mere sygeplejerske personale idet NAPS sygeplejersken kun bør tage sig af sedation og patientobservation. Denne ekstraudgift er endnu ikke bevilget hvilket er en forudsætning for den videre implementering i afdelingen.

Referanser:

1. Rex DK, Heuss LT, Walker JA, Qi R. Trained registered nurses/endoscopy teams can administer propofol safely for endoscopy. *Gastroenterology* 2005;129:1781-2.
2. Tohda G, Higashi S, Wakahara S et al. Propofol sedation during endoscopic procedures: safe and effective administration by registered nurses supervised by endoscopists. *Endoscopy* 2006;38:360-7.
3. Külling D, Orlandi M, Inauen W. Propofol sedation during endoscopic procedure: how much staff and monitoring are necessary? *Gastrointest Endosc* 2007;66:443-9.



Propofol – brukt som sedasjon av ikke anestesiloger

Tekst: Anne Berit Guttormsen. Leder i NAF. Overlege, dr. philos

NAF fikk våren 2007 en henvendelse fra kvalitetsutvalget i Norsk gastroenterologisk forening i forhold til bruk av propofol som sedasjon ved endoskopi administrert av person uten anestesilogisk trening.

Norsk gastroenterologisk forening ønsket svar på følgende spørsmål:

Spørsmål 1:

Kan sedasjonsprosedyrene ved endoskopi optimaliseres?

Spørsmål 2:

Kan propofol utnyttes i større grad enn nå?

Spørsmål 3:

Kan man tenke seg propofol-bruk i regi av endoskopipersonellet, med "backing" fra anestesidivisjonen?

Spørsmål 4:

Hvilket opplæringsprogram og rutiner for øvrig måtte i så fall utarbeides?

Norsk gastroenterologisk forening foreslo også at problemstillingen skulle diskuteres i et utvalg med representanter fra de to foreninger.

Bakgrunnen

Økende bruk av propofol i mange land som sedasjon ved diagnostiske prosedyrer med og uten medvirkning fra anestesikyndig personell.

Section and board of anaesthesiology, European Union of Medical Specialists har publisert Europeiske retningslinjer i forhold til bruk av propofol av ikke autorisert personell;

Guidelines for sedation and/or analgesia by non-anaesthesiology doctors. European Journal of Anaesthesiology (2007), 24: 563-567.

Saksgang

Saken ble oversendt Anestesiutvalget sommeren 2007 og ble behandlet på Styremøte i NAF 23 oktober 2007. Før Styret uttalte seg i sakens

anledning ønsket vi også å få med diskusjonen fra symposium under SSAI kongressen i Gøteborg (primo sept 2007): "Propofol sedation during painful procedures. Damned if you do and damned if you don't!"

NAFs vurdering

NAF hadde følgende svar på spørsmålene stilt over:

Spørsmål 1: Ja.

Spørsmål 2: Sannsynligvis, men myndighetene har en begrensning på at stoffet kun kan nyttes av anesthesiutdannet personell.

Spørsmål 3: Nei. Dersom slik praksis skal gjennomføres må aktørene gjennom en omfattende utdanning, trening og regelmessig praksis for å kunne håndtere generell sikkerhet, pasientutvalg, monitorering, ufri luftvei, respirasjonsstans. Dette synes ikke hensiktsmessig.

Spørsmål 4: I og med at NAF er av den oppfatning at all dyp sedasjon bør foretas av anesthesiutdannet personell, ser vi ikke noe klart behov for å lage retningslinjer for slik virksomhet i Norge

Vi tillater oss også å sitere fra *Guidelines for sedation and/or analgesia by non-anaesthesiology doctors hva gjelder krav til opplæring:*

"...Both diagnostic or therapeutic procedure and sedation and/or analgesia are to be considered as separate medical procedures. The physician who carries out the diagnostic or therapeutic procedure is responsible not only for that but also for sedation and/or analgesia. The patient should give his/her informed consent for both procedures separately.

Therefore, additional training in the principles and

practice of sedation and/or analgesia is necessary not only for the physician but also for the supporting personnel. When the physician is carrying out the procedure, he cannot supervise the sedation and/or analgesia at the same time. A well-trained, dedicated person, not being the doctor doing the procedure, should be in charge of providing sedation and monitoring vital signs. The physician/surgeon carrying out the procedure must be satisfied that this person is adequately trained and capable of performing his/her task. The physician/surgeon who is finally responsible both for the medical/surgical procedure should receive additional training in:

- Basic cardiopulmonary physiology and skills in airway management.
- Pharmacology of sedatives, analgesics, the respective antagonists, their pharmacokinetics and interactions.
- The theory and practice of sedation procedures.
- Principles and practice of monitoring and their limitations.
- Complications of sedation and/or analgesia.
- Advanced life support skills.
- Recovery and discharge criteria.

The supporting nurse or personnel should have been trained similarly, although basic life support may be sufficient instead of advanced life support training. A regular training and recertification program should be set up."

Bergen nov 2007

På vegne av Styret i Norsk anestesilogisk forening

SOMAC® (PANTOPRAZOL) FORETRUKKET PROTONPUMPEHEMMER FRA 1. FEBRUAR 2007

Nye refusjonsvilkår for § 9 punkt 41b

Ved oppstart av behandling skal lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol prøves først.

Forskrivning av andre syrepumpehemmende midler kan bare initieres når minst ett av følgende vilkår er oppfylt:

- optimalisert behandling med enten lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol er forsøkt i 4 uker uten tilfredsstillende resultat.
- andre tungtveiende medisinske grunner tilsier at verken lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol kan benyttes.

Årsaken skal dokumenteres i journalen.

Overgangsordning:

Alle pasienter som bruker andre syrepumpehemmende midler skal, ved første fornying av resept, bytte til enten lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol. Unntatt fra dette er pasienter der det kan dokumenteres at kravene spesifisert for bruk av andre syrepumpehemmende midler allerede er oppfylt.

Somac® er effektiv ved reflukssykdom

- 89% av pasientene er kvitt halsbrann, dysfagi og sure oppstøt etter 10 uker¹
- 95% endoskopisk bekreftet tilheling av GØRS-lesjoner etter 10 uker¹
- lavt interaksjonspotensiale²
- 20 og 40 mg tabletter og 40 mg pulver til injeksjon³

Referanser:

1: Gillissen et al, 40 mg Pantoprazole and 40 mg Esomeprazole Are Equivalent in the Healing of Esophageal Lesions and Relief From Gastrophageal Reflux Disease related Symptoms. J Clin Gastroenterol 2004; 38: 332-340.

2: Blume et al, Pharmacokinetic Drug Interaction Profiles of Proton Pump Inhibitors. Drug Safety 2006; 29 (9): 769-784.2003: Vol. 98, No.12

3: Produktomtalen



Partner for bedre helse™

SOMAC®
PANTOPRAZOL

Sedasjon ved gastroenterologiske undersøkelser og behandlinger – erfaringer fra Norge og USA

Tekst: Øistein Hovde, seksjonsoverlege, med. avd. SIHF, Gjøvik

Truls Hauge hadde i forrige nummer av NGF-nytt et innlegg der sedasjon ved GI endoskopi ble omtalt (1). Sannsynligvis er situasjonen på de forskjellige norske sykehus omtrent den samme.

I forbindelse med at jeg har jobbet et år som gastroenterolog i Pennsylvania, USA (2), har jeg fått innblikk i hvordan man takler sedasjons-spørsmålet i et annet land. Når det gjelder ordinære gastroskopier og colonoskopier, brukte i alle fall de norske gastroenterologene de prinsippene vi har fra Norge, nemlig ingen eller lite premedikasjon ved gastroskopier, og stort sett midazolam ved colonoskopier, selv om vi også der gjorde colonoskopier uten premedikasjon. Ved alle endoskopier var det alltid to assistenter til stede; den ene var på "skopørens side" mens den andre var fullt konsentrert om hvordan pasienten hadde det, og kunne gi mer sedasjon ved behov. De andre, amerikanske, skopørene ved sykehuset ga propofol ved stort sett alle skopier, men anestesilog var alltid til stede.

ERCP

Når det gjelder ERCP er situasjonen ofte slik at vi har en eldre, urolig pasient, som vi helst skulle ha hatt helt rolig under behandlingen. Ved alle ERCP-

er vi gjorde i Pennsylvania, hadde vi anestesilog til stede, og alle pasientene ble sedert med propofol, og alltid uten intubasjon. For skopøren var jo dette helt ypperlig, og vi kunne konsentrere oss om det vi egentlig skulle gjøre. Avbrytelse av ERCP grunnet urolig pasient forekom ikke.

Rutinene ved vårt sykehus skiller seg nok ikke mye fra andre steder i Norge, men vi har nå avtale om en formiddag hver uke der vi har mulighet for å gjøre endoskopiske undersøkelser/behandlinger i narkose. Oftest dreier det seg om planlagte undersøkelser på barn eller andre med spesielle behov, for eksempel psykisk utviklingshemmede. Det er ikke vanlig ved vårt sykehus at man gir propofol uten intubasjon. Anestesilegene ved vårt sykehus har ingen, eller liten, erfaring med propofolsedasjon i forbindelse med endoskopier, men i noen få tilfeller der vi har hatt en urolig ERCP-pasient, har vi gitt propofol uten intubasjon, men med kvalifisert anestesipersonell til stede.

ANNEN PRAKSIS

En rask forespørsel på noen sentra i Norge, viser at norske anestesiloger stort sett ønsker å intubere pasienter som får propofol, mens situasjonen altså er annerledes i andre land. Dersom vi mer rutinemessig skulle ha dyp sedasjon ved endoskopiske behandlinger, tror jeg at dette i første rekke gjelder ved ERCP og kanskje ved stenting i duodenum. I disse tider der økonomien styrer mer og mer, og siden det er avdelingsvise budsjetter, er dette mest interessant for anesthesiavdelingene dersom det kan gi dem inntekter, men man skulle ikke tro at endoskopi-pasienter ga mindre uttelling enn kirurgiske pasienter, enten de nå er innlagte eller er dagpasienter.

Referanser:

1. Hauge T. Sedasjon ved fleksibel GI endoskopi. NGF-nytt nr. 3/2007,23.
2. Hovde Ø, Røseth A, Matre J. Norske gastroenterologer i USA. NGF-nytt nr. 2/2006,20-1.

Mine erfaringer med propofol ved endoskopi

Tekst: Per Lange, överläkare, gastrosektionen, Medicinkliniken, Halmstad lasarett

Kirurgerna här har skrivit et PM om propofolbruk eftersom de använt det i samband med ERCP sedan många år. På basen av detta har de sedan använt det sporadiskt i samband med patienter i behov av kraftigare sedering än midazolam.

Sedan har jag börjat bland oss gastroenterologer och nu använder vi det alla fram för alt hos patienter med panikkänsla inför gastroskopi, tex patienter som är tidigare traumatiserade av övergrepp el. liknande eller bara med en mycket låg ångesttröskel generellt och där vi vet erfarenhetsmässigt att man aldrig lyckas sedera dem djupt nog för att kunna genomföra skopin i midazolam-rus.

Dock måste man vara helt på det klara att man i någon mån "sticker ut hakan" när man själv ordinerar Propofol enbart i sällskap av en-två skopisköterskor rent ansvarsmässigt. Därför bör man göra detta med sunt förnuft och reglera användningen av detta så inte någon farblind, mindre erfaren kollega använder detta på en mindre lämplig patient. Tex KOL-patienter, de med grav hjärtsvikt eller mycket uttalad anemi, grav fetma och inte minst de med liten underkäke eller som på annat sätt kan förväntas vara svårventilerade på mask.

Sammantaget har vi på gastrosektionen inte haft några komplikationer vid sedering med Propofol och aldrig behövt ventiler på mask, tippa britsen eller liknande. Sök på PubMed gir mycket stöd för att rutin-skopi på stabila patienter kan göras på ett säkert sätt av van skopist med van skopisköterska som assisterar, (jag tror bl.a jag sett någon eller ett par artiklar om detta i Gut de senaste åren).

Så "the bottom line" är läs vårt PM och gå igenom alla rutiner kring säkerheten/övervakning etc och sätt sedan igång, helst med två sköterskor där så någon kan assistera och den andra kan dra upp mer läkemedel etc. Ofta börjar jag aningen lägre i dos än i vårt PM då den individuella variationen i dosbehov är mycket stor. Speciellt till äldre är det bra att börja med 2-3 ml a 10 mg/ml. Oftast räcker 8-10 ml som induktion vid gastroskopi sedan ytterligare 2ml * 1-5 och detta styrs av om pat blir orolig under skopin. Om oximetrim går under 90% brukar jag inte att ge mer. Variationen i dos vid induktion kan vara från 5-6ml - 16-20ml i extremfallet.

Till sist, mina synpunkter får du ta för vad det är, baserat bara på vår erfarenhet de senaste 3 åren.

Rutin: Propofolsedering vid endoscopier

Förberedelse och eftervård se Pm ERCP

Ansvar: Behandlande kirurg har ansvaret för patient och läkemedelstillförsel. Kunskap och träning i fri luftväg innan metoden tas i bruk fordras. En person med tillräcklig kompetens avdelas för övervakning av patient, tillförsel av läkemedel samt dokumentation av patient-status.

Övervakning: Alla patienter övervakas kontinuerligt med saturationsmätning, utgångs-blodtryck och puls. Patienterna ska tillföras syrgas via näskateter/bitblock 5 liter per minut. Efter undersökningen och återhämtning avses patienterna kunna återföras direkt till vård-avdelningen

Kringutrustning: Omedelbar tillgång till väl fungerande sugutrustning. Andningsblåsa samt mask för ventilation. Väl fungerande intravenös infart. Snabb tillgång till akutbricka med Ringer Acetat för behandling av blodtrycksfall, och bradycardi. Kontrollera att undersöknings-britsen/sängen är tippbar.

Patienturval: Behandlande kirurg gör bedömningar inför varje fall.

Dokumentation: Vikt, ålder, puls och saturation dokumenteras vid inkomststatus. Notera även saturationsvärde innan patienten har fått syrgastillförsel. Läkemedel som givits dokumenteras vid tillfällig ordination på läkemedelslistan. Sammansatt status efter undersökningen

Försiktighet: Hypovolemi, adipositas, uttalad snarkning, grav hjärtsjukdom, hög ålder. Grav anemi kan ge oväntat kraftig effekt av Propofol. Viktigt är att Propofol dämpar skyddande svalgreflexer.

Läkemedlet: Propofol är ett ultrakortverkande anestesimedel med smal terapeutisk bredd. Medlet ger snabb venös dilatation varför patienter med hypovolemi, intorkning eller grav hjärtlunssjukdom löper ökad risk för kraftigt blodtrycksfall. Propofol kan ge bradycardi som i vissa fall kan kräva behandling med i första hand Atropininjektion. Efter avslutad tillförsel av läkemedel ses en snabb återhämtning till utgångsstatus.

Dosering: Enl Läkardordination. Initialdos: 0,5-1,8 mg/kg långsamt i.v, i allmänhet 50 mg till "normal" patient. Dosen kan upprepas maximalt tre gånger.

Bruk av Propofol på Gastrolab

Tekst: Anita Jørgensen, Enhetsleder/Spesialsykepleier Gastrolab, Sykehuset Telemark HF

Tradisjonelt har vi i Norge vært restriktive med bruk av sedering i forbindelse med endoskopi. Utvikling av mer avanserte og langvarige endoskopiske prosedyrer har imidlertid ført til økt behov for sedering.

Det som stort sett har vært brukt frem til nå, er Midazolam og Pethidin. I den siste tiden har det vært en diskusjon rundt bruk av Propofol, som på mange måter er et utmerket preparat, det virker raskt, og det har kort halveringstid. Samtidig er det en del skepsis å spore både i anesthesi- og gastro-miljøet med tanke på å innføre dette preparatet på Gastrolab.

Ulempene ved bruk av Propofol er at det har et smalt terapeutisk område, og det kan gi respirasjonsdepresjon. Den eneste måten å avhjelpe dette på er kunstig ventilasjon til effekten avtar.

Ved bruk av Propofol må pasienten være under konstant observasjon, SAO2 må måles kontinuerlig og det må tas hyppig blodtrykk. Utstyr for opprettholdelse av frie luftveier, for kunstig ventilasjon og gjenoppliving må være i umiddelbar nærhet, samt personale som kan betjene det. Det å ventilere en pasient med maske/ bag kan være vanskelig og det krever at man praktiserer det jevnlig.

Ved sykehuset i Västerås i Sverige har alle endoskopørene som bruker Propofol sideutdannelse i anesthesi og det er alltid 2 sykepleiere tilstede ved endoskopiene, en som assisterer legen og en som tar hånd om pasienten, i tillegg har de kort vei til anesthesiavdelingen.

Et sentralt spørsmål blir på hvilke sykehus Propofol skal brukes?

Bør det forbeholdes Universitets- og regionsykehusene?... eller er det noe vi alle skal bruke? Skal det brukes på ordinære endoskopier?... eller skal det forbeholdes undersøkelser med avansert terapi?

Etter mine begreper vil bruk av Propofol kreve økte ressurser i form av personale og moderne overvåkningsutstyr.

Olympus EndoCapsule



Overlegen bildekvalitet, automatisk lysintensitetskontroll (irisfunksjon), Real Time Viewer, 8 timers funksjonstid, overfører 2 bilder pr. sekund, automatisk strukturforbedring av bildet, kort avspillingstid og Red Button.



Format:
11x26mm

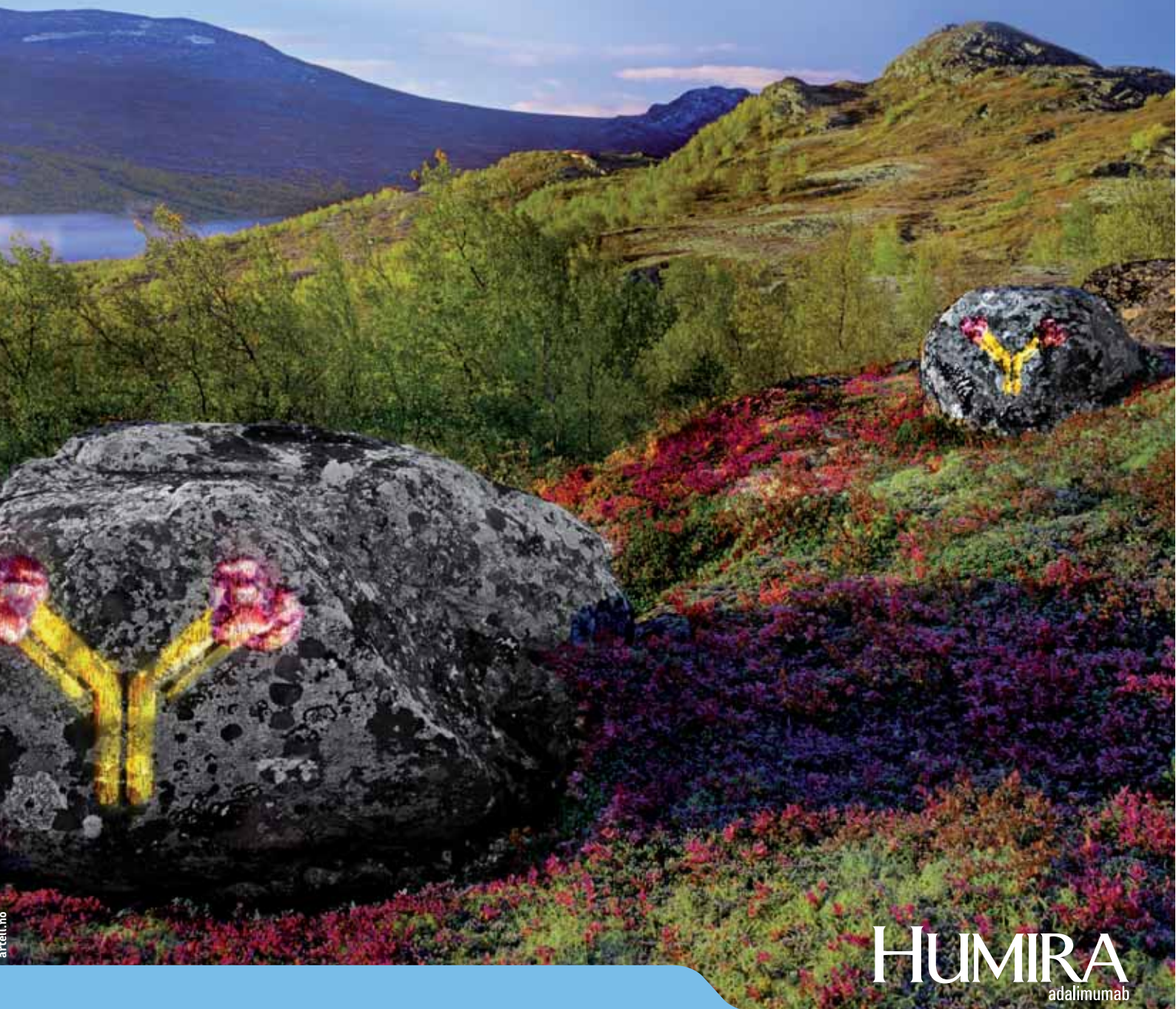


Lysfølsom, høyoppløslig CCD teknologi gir klare, skarpe og naturtro bilder selv under de mest krevende forhold. 6 LED gir klart synsfelt og stor dybdeskarpheit.

For ytterligere informasjon, vennligst kontakt
OLYMPUS NORGE AS. Tlf.: 23 00 50 50. E-post: adm@olympus.no



En ny vei har åpnet seg
for dine Crohns-pasienter!



HUMIRA
adalimumab

Litt om cøliaki frå UEGW

Tekst: Stipendiat Margit Brottveit, Gastromedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus

DEAMIDERT GLIADIN ANTISTOFF VED CØLIAKI

Det vart presentert to abstrakt ved Korponay-Szabo om *deamiderte gliadin peptid*. Konvensjonell testing for cøliaki med gliadin antistoff har dårleg sensitivitet og spesifisitet. Gliadin peptid som er deamidert, den same prosessen som skjer i cøliak-intarm med omdanning av glutamin til glutamat, er nyleg vist å vere gode målretta antigen for påvising av antistoff som er assosiert med cøliaki. Dette er ein ELISA-test som er kommersielt tilgjengeleg, men så langt ikkje kjent tatt i bruk i Noreg. Denne testen vart evaluert på 193 pasientar, der cøliakidiagnosen var vanskeleg å stille, og samanlikna med resultat for endomysium (EMA)- og transglutaminase (TG2) antistoff. Testen kjenner att både IgA og

IgG antistoff. Sensitiviteten var størst (100%) for cøliaki med IgA mangel og for dermatitis herpetiformis (94%). Kaukinen et al har nyleg publisert ein klinisk studie om den same metoden (Scandinavian Journal of Gastroenterology, 2007; 42; 1428-1433). Testen er nyttig som eit supplement til anti-transglutaminase i cøliakiserologi.

REFRAKTÆR CØLIAKI

Under interessegruppe-møtene for cøliaki og tynntarmssjukdomar, var refraktær cøliaki eit viktig tema. Dette er ein svært sjeldan tilstand som finst i to hovudformer, den mindre alvorlege type, og type II som har stor risiko for utvikling av kryptisk T-celle lymfom (EATL). Behandlinga er empirisk og omfattar ulike former for immunsuppressiva som

steroidar, azathioprin osv. For type II refraktær cøliaki (RCD II) er denne behandlinga kontroversiell på grunn av risiko for lymfomutvikling. Det er publisert ein studie der høgdose behandling med autolog stamcellestøtte kunne ha effekt på pasientar med RCD II (Al-Toma et al, 2007; Blood, 2007 Mar 1;109(5):2243-9).

Ein aktuell framtidig terapi ved EATL kan vere anti-IL-15. Dette er ikkje etablert behandling, men IL-15 er ein signalsubstans som kan medføre overproduksjon og -aktivering av intraepitelliale lymfocytar ved cøliaki, og er viktig i utviklinga av refraktær cøliaki og EATL.

Norsk abstrakt fra UEGW: Refluks sykdom

FUNCTIONAL AND MOLECULAR ANALYSIS OF DISTAL ESOPHAGEAL MUCOSA. CORRELATIONS WITH ACIDIC AND NON ACIDIC REFLUX

Tekst: J. Geay, T. Chaumette, J. Hatlebakk, J. Galmiche, M. Neunlist, S. Bruley des Varannes
Gut 2007; 56 (Suppl III) A14

INTRODUCTION

The esophageal squamous mucosa exerts an important barrier function which limits the back diffusion of potentially harmful components of the refluxate material either in physiological or pathological conditions (GERD). In humans, however, the mechanisms underlying this function remain poorly known.

AIMS & METHODS

The aims of this study were (a) to better characterize some key parameters of both structural and functional integrity, and (b) to correlate changes in these parameters and characteristics of the reflux material (acid, weakly acidic or biliary). Sixteen patients (4 men, age; 51.4 [18-71] yrs) with symptoms suggestive of GERD had an upper GI endoscopy with 6 distal esophageal biopsies, a 24-h esophageal impedance-pH monitoring (Sleuth Recorder, Sandhill) and a 24-h esophageal bilirubin monitoring (Billitec 2000, Medtronic). Esophageal biopsies of 13 asymptomatic controls (8 men, 50.9 yrs [33-62]) with a normal upper GI endoscopy

served as controls. Esophageal permeability to fluorescent markers of different weights [dextran (4.4 kD), inulin (2-5 kD) and sulfonic acid (478 D, 0.1 mg/ml)] was assessed on biopsies using mini-Ussing chambers at 37°C (diameter 1.7 mm). mRNAs expression of junctional proteins (ZO-1 and occludin) and of IL-8 were determined using real time PCR.

RESULTS

Esophageal acid exposure was pathological in 9 (out of 14) patients, and bilirubin exposure was abnormal in 6 (out of 16) patients. Impedance reflux were mainly non acidic reflux in 8 (out of 14) patients. Changes in esophageal permeability to sulfonic acid were correlated to impedance reflux ($r = 0.739$; $n = 7$; $p = 0.0384$) as well as to acidic reflux ($r = 0.919$, $p < 0.001$) but not to bilirubin exposure ($r = 0.679$; $n = 7$; $p = 0.07$). Acid sulfonic permeability was increased (>75th percentile) in 2 of the 5 patients with non erosive reflux disease and in the two patients with esophagitis. However the ESM was not permeable to inulin-FITC. ZO-1

and IL-8 mRNAs were significantly increased in patients with excessive bilirubin exposure ($p = 0.048$ and 0.012 respectively), but not in patients with pure abnormal esophageal acid exposure.

CONCLUSION

Sulfonic acid is a sensitive marker for the detection of subtle changes in esophageal permeability. Our study provides evidences of both structural and functional abnormalities in GERD, even in patients without mucosal breaks at endoscopy. The abnormalities detected depend on the physical characteristics of the reflux material.

Fortsettelse på side 21

Ny indikasjon:
**alvorlig Crohns
sykdom***

Nå kan dine pasienter legge ut på langtur ...

Med Humira kan pasienter som lider av alvorlig Crohns sykdom få friheten tilbake. Frihet i form av rask og vedvarende effekt^{2,3} og frihet til å administrere behandlingen selv – enkelt, der det passer dem!⁴

Ferdigfylt penn – frihet i praksis!



Humira leveres i ferdigfylt penn (autoinjektor), klar til bruk.⁴ Pasientene kan dermed administrere behandlingen selv – der det passer dem – og det tar bare 10 sekunder! Enklere kan det vel ikke bli?



HUMIRA
adalimumab

* se preparatomtale for fullstendig indikasjonsordlyd



En God Jul og Godt Nytt År ønskes fra NGFs styre og NGF-nytt's redaktør.

Vel møtt til Årsmøtet.

Arne Christian Mohn
var ikke tilstede da bildet ble tatt.



Velkommen til NGF's Vintermøte på Hafjell 7.- 10. februar 2008

Har du merket av i kalenderen, sist frist for påmelding er 10/1





Vårt viktigste arrangement

NGFs vintermøter er en tradisjon. Arrangementet samler leger med interesse for gastroenterologi. Også i år inviterer vi til vintermøte med torsdagssymposium, foredrag med presentasjon og diskusjon av arbeider, og til NGF's generalforsamling. Det vil bli delt ut priser og stipender.

I tillegg er det gode muligheter for sosialt samvær og å benytte området til skiaktiviteter. Det er også gode muligheter til å ta med familien. Gastropersonell-foreningen holder også sitt årsmøte samtidig.



Påmelding til NGF'S Vintermøte

NB! I år skjer påmelding direkte til hotellet innen 10. januar 2008 på mail: hafjell@choice.no med henvisning til ref nr. 11425

Siste frist for påmelding med garanti for plass 10. januar 2008!

Priser:

Torsdag - fredag:

Per person per døgn i enkeltrom 1.115,-

Per person per døgn i dobbeltrom 915,-

Fredag - søndag:

Per person per døgn i enkeltrom 1.690,-

Per person per døgn i dobbeltrom 1.490,-

Ledsagerpriser:

Per person per døgn 620,-

(Prisen forutsetter at kursdeltaker bor på enkeltromspris og er inkludert alle måltider)

Møtedeltagelse vil sannsynligvis kunne dekkes over legeforeningens fond 3.

Barnepriser:

0 - 3 år 80,- (barneseng)

4 - 7 år 195,-

8 - 15 år 620,-

Barn i eget rom 940,- per barn

0 - 7 år Gratis i foreldrenes seng

De oppgitte prisene inkluderer 8% MVA på losji og lokalleie som ble innført fra 01.09.2006.

Prisen inkluderer:

Overnatting med 3 måltider per døgn

(frokost, lunsj og middag)

Gratis oppkobling til trådløst nettverk (WLAN) i hele huset

Fri benyttelse av svømmebasseng og badstue

Levende musikk 6 kvelder i uken

Gratis, utendørs gjesteparkering

Dagpakke:

Siste dag, boende deltagere: 345,- per person

Ikke-boende deltagere: 365,- per person per dag

Dagpakke inkl.: Lunsj

Møterom med husets AV-utstyr

2 kaffepauser med noe å bite i til ettermiddagskaffe

Øvrige priser: Dagens 3-retters middag, ikke-boende deltagere 295,- per person

Nytt for årsmøtet 2008:

Individuelle bookinger: Deltakere på arrangementet skal altså bestille rom selv. Dette må skje innenfor avtalte tidsfrister og på mail hafjell@choice.no med henvisning til ref nr. 11425. Hotellet har en egen kontaktperson som vil ha ansvar for alle bestillinger samt utsendelse av faktura hvor dette er nødvendig. Ved oversendelse av faktura må hotellet på forhånd motta en egen rekvisisjon på dette. Pris 65,- per bestilling

Torsdagssymposiet torsdag 7. februar, kl. 16.00 – 19.00

Tema:

Avdelingssammenslåing av gastromedisinsk og gastrokirurgisk fagområde; fordeler og ulemper

Etter innledningsforedrag tar vi diskusjonen.

Gastronetts frokostseminar fredag 8. februar, kl. 08.00 – 10.00

Tema: Kvalitetsregistre i Gastronett – status og veien videre

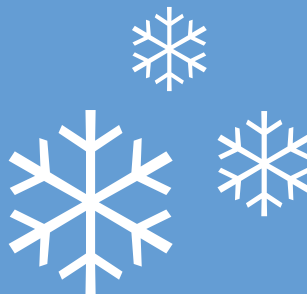
NGF har et sterkt fokus på utvikling og kvalitetssikring av prosedyrer innenfor gastroenterologien. Arbeidet til Gastronett har derfor vært ansett som svært viktig. I dag har Gastronett 2 hovedregistre, et for coloskopi og et for ERCP. Mange sentra er allerede tilknyttet registrene. Registrene er helt fagstyrt og deltagende sentra bestemmer over dataene. I en tid med økende krav til dokumentasjon av egen virksomhet, krav til kvalitet på utførte prosedyrer og ikke minst ønske om dokumentasjon av spesifikk pasienttilfredshet, vil Gastronett sine registre gi unike muligheter for alle som driver med coloskopi og ERCP til å få en enkel registrering som er i tråd med hva andre har. Registeret vil også gi mulighet for å få oversikt over egen virksomhet og bidra til en felles database som er unik i forhold til å bedrive forskning og ikke minst vil det være med å få fram resultater som er viktige for faglige diskusjoner og videre utvikling.

Vi har gledet oss til å invitere til et frokost seminar der Geir Hoff, Lars Aabakken, Michael Bretthauer og Tom Glomsaker vil holde en kort innledning om status i Gastronett. Avd. dir. Geir Bukholm i Kunnskapssenteret vil snakke om framtidens krav til kvalitetssikring. Etterpå er det planlagt en åpen dialog og diskusjon om veien videre.

Påmelding på e-mail til tom@glomsaker.no innen 1. februar 2008.

Alle NGF-medlemmer med interesse for kvalitetssikring av endoskopiske prosedyrer. Det serveres frokost.

Årsmøte i Norsk Gastroenterologisk Forening fredag 8. februar, kl 17.30 – 19.30



Dagsorden:

1. Valg av referent og dirigent
2. Konstituering, godkjenning av innkalling
3. Styrets årsrapport for 2007
4. Regnskap, budsjett, revisjon
5. Rapport fra spesialitetskomiteen
gastromedisin og gastrokirurgi
6. Rapport fra interessegruppene
7. Rapport om Scandinavian Journal of
Gastroenterology
8. NGF's forskningsfond, stipendtildeling
9. Årsmøtet videre; hvordan, hvor og hvem
10. Bør NGF starte en ny prosess for
utarbeidelse av nasjonale retningslinjer
11. Styret foreslår opprettelse av
interessegruppe innen kronisk
inflammatoriske tarmsykdommer
12. Eventuelt

Til pkt 9: Styret i NGF ønsker at årsmøtet diskutere under hvilke rammer NGFs årsmøter skal avvikles i fremtiden. Punkter til diskusjon er organisering og sammen med hvem, skal industrien være med som sponsorer, skal årsmøtet endre karakter og plassering, kan man tenke en avvikling på rotasjon med lokale tekniske arrangører eller ønsker vi å fortsette som inntil nå.

Vel møtt til alle NGF-medlemmer.

Oslo 10. desember 2007

Vennlig hilsen

Bjørn Moum
Leder NGF



Utdeling av priser

Det vil bli utdelt 4 priser à 10.000 for:
Beste arbeide basalt,
beste arbeide klinisk,
beste arbeide fra ikke-universitetsklinikk og
beste presentasjon.



Faglig og sosialt på Vintermøtet 2007

55 Abstrakt har blitt akseptert og skal presenteres på Vintermøtet 2008:

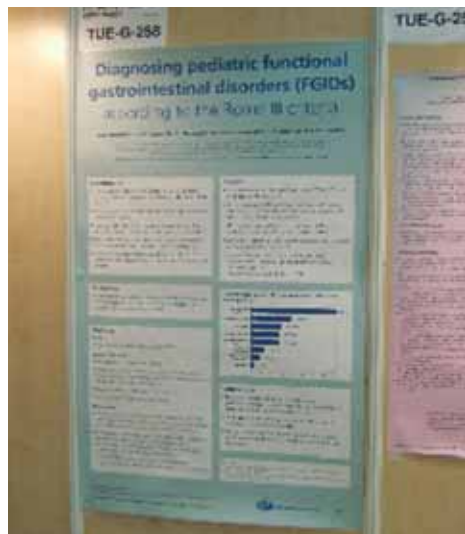
1. Glucose pusteprobe og utredning av bakteriell overvekst i tynntarm.
Knut E. A. Lundin
2. ¹³C –Xylose breath test in chronic alcohol overconsumers.
Haavar Blich Hope, Kari Tveito, Steinar Aase, Else Marit Løberg, Viggo Skar
3. Ny prosedyre for colonkirurgi - Betydning for andre fagfelt.
Ruiken Roland Michael
4. ADacolumn – et supplement i behandling av IBD erfaringer med de første 11 pasienter ved Haukeland Universitetssjukehus.
Friedemann Erchinger, Georg Dimcevski, Peter Coll
5. Stentbehandling av malign gastroduodenal obstruksjon.
Lene Larssen, A. W. Medhus, H. Kørner, T. Søberg, D. Gleditsch, Ø. Hovde, A. Nesbakken, J. Tholfsen, K. Skreden, S. Weyessa, T. Hauge
6. Alvorlig Tiaminmangel etter fedmekirurgi.
Erlend T. Aasheim
7. Betydning av 5- HT (serotonin) og CCK (cholecystokinin) hos pasienter med Giardia-indusert Post-infeksiøs IBS.
Vernesa Dizdar, Robin Spiller, Kurt Hanevik, Odd Helge Gilja, Trygve Hausken
8. Cameronerosjoner - en oversett årsak til GI-blødning?
V. Paulsen, K. V. Ånonsen
9. Colorectal cancer in inflammatory bowel disease without distant dysplasia may be a specific entity.
Stephan Brackmann, Solveig Norheim Andersen, Geir Aamodt, Borghild Roald, Frøydis Langmark, Ole PF Clausen, Erling Aadland, Olav Fausa, Andreas Rydning, Morten H. Vatn
10. Cronkhite-Canada syndrom en sjelden årsak til malabsorpsjon og gastrointestinal blødning.
Valerij Glazkov, Sabine Leh, Immervoll Heike, Svein Ødegaard, Jan Gunnar Hatlebakk
11. Effekt av glutenfri diett ved "borderline" cøliaki.
Kari Tveito, Mia Askedal, Viggo Skar
12. Effekten av pentagastrin og octreotide på forhøyet serum chromogranin A.
Constantin S. Jianu, Reidar Fossmark, Helge L. Waldum
13. En 24- års oppfølgingsstudie av pasienter med asymptomatiske gallestenerviste lignende langtidsrisiko for cholecystectomy som i den generelle befolkning.
Malte Schmidt, Cristoph Schleier, Trygve Hausken, Karl Søndena
14. En kvinne med glutensensitivitet og familiær opphopning av tynntarmskreft.
Kari Tveito, Mia Askedal, Viggo Skar
15. En mann med Giardiasis og cøliaki.
Kari Tveito, Mia Askedal, Viggo Skar



16. Epidemiologi og overlevelse ved neuroendokrine tumores: Rikshospitalet (1993-2007).
Deidi Ann Bergestuen, Espen Thiis-Evensen, Morten Vatn, Lars Aabakken, Kristian Holm
17. Endoskopisk ultralyd ved cystiske pancreas-tumores og pseudocyster?
Truls Hauge, Kim Ånonsen, Anne Waage, Erik Trondsen, Knut J Labori, Trond Buanes
18. Evaluering av måleverktøy for individuelt trenings-behov innenfor laparoskopi; en Pilotstudie.
Anders Debes, Ole Christian Olsen
19. Forekomst av pouchitt hos pasienter med primær skleroserende cholangitt, ulcerøs colitt og ileo pouch-anal anastomose.
Kristin K Jørgensen, Knut Lundin, Morten Vatn, Erik Schrumpf, Kirsten Muri Boberg
20. Fremmedlegeme i pancreasgangen – endoskopisk fjerning.
Truls Hauge, Idar Lygren, Magne Brekke, Knut J Labori, Trond Buanes
21. Gastrointestinal blødning som symptom ved GIST.
Thorsen Y, Mala T, A Mikkelsen, Jacobsen T, Svindland A, Moum B
22. Ikke vestlige innvandrere har dårligere effekt av HP - trippelkur enn nordmenn.
Goran Mandic, Viggo Skar
23. Kan bruk av calprotectinmåling i fæces ved Crohns sykdom skape problemer?
Bjørn Moum, Jørgen Jahnsen, Magne Henriksen, Ingrid Berset, Tømm Bernklev
24. Hvorfor har pasienter med irritable tarm syndrom så høyt forbruk av helseressurser?
En kohortstudie i allmennpraksis.
Per A. Johansson, Per Farup, Per O. Vandvik
25. Inflamatorisk tarmsykdom behandlet med infliximab. Erfaringer fra Aker universitetssykehus.
Lars H. Tombre, Jørgen Jahnsen
26. Evaluering av skole for pasienter med irritable tarm syndrom. En prospektiv randomisert multisenterstudie.
Øyvind Holme, Jostein Sauar, Gerd Skrabeklev, Stein Dahler, Jan Hermstad, Arne Drivenes, Fred Arne Halvorsen, Lars Aabakken
27. Innhold i drikkevann og forekomst av inflammatorisk tarmykdom basert IBSEN- studien.
Geir Aamodt, Jørgen Jahnsen, Bjørn Moum, Morten Vatn
28. Interorgan ammonia and amino acid trafficking in pigs with acute liver failure treated with L-ornithine and phenylbutyrate.
Rune Gangsøy Kristiansen, Hanne Mæhre, Ole Martin Fuskevåg, Rajiv Jalan, Christopher Rose, Arthur Revhaug, Lars Marius Ytrebø
29. Kapselendoskopi ved refraktær cøliaki
Margit Brottveit, Jolanta Lorentzen, Knut E. A. Lundin
30. Cholangiocarcinom i leverhilus (Klatzkin-tumor), kurabel sykdom med høy behandlingsrisiko.
Trond Buanes, Erik Trondsen, Bjørn Atle Bjørnbeth, Anne Waage, Knut Jørgen Labori, Truls Hauge
31. Koloskopørers oppfatning om forhold som innvirker på kvaliteten på koloskopier:
En kvalitativ studie fra gastronet.
Birgitte Seip, Jan C. Frich, Geir Hoff,
32. Laktoseintoleranse påvist med gentest, pusteprobe og histologi. Hva er den relative nytte av undersøkelsene?
Olav Sandstad, Petter Urdal, Kari Bente Foss Haug, Else Marit Løberg
33. Laktulose pusteprobe som diagnostisk verktøy ved irritable tarm syndrom.
Marit Wilschow, Arne W. Wilschow, Karl Gerhard Blaasaas og Jørgen Jahnsen
34. Langtidsresultater etter laparoskopisk nissen fundoplikasjon ved refluksykdom.
Kornmo TS, Ruud TE
35. Livskvalitet hos pasienter operert med ileoanal anastomose og ileum-reservoir.
Thea Andersson, Ole Christian Lunde, Egil Johnson, Torbjørn Moum, Arild Nesbakken
36. Multiple inflammatoriske-remodellering- og fibrose gener er differensielt uttrykt i ABCB4(-/-) mus med skleroserende kolangitt.
Nakken KE, Nygård S, Haaland T, Berge KE, Arnkværn K, Ødegaard A, Labori KJ, Ræder MG
37. Neuropathology in pigs with acute liver failure.
Rune Gangsøy Kristiansen, Sigurd Lindal, Kate Myreng, Lars Marius Ytrebø, Arthur Revhaug, Christopher Rose
38. Hvem bør opereres for pancreascancer?
Trond Buanes, Erik Trondsen, Bjørn Atle Bjørnbeth, Anne Waage, Knut Jørgen Labori, Truls Hauge
39. Hvordan redusere tidlig og sen dødelighet ved nekraserende pancreatitt?
Trond Buanes, Åsmund Avdem Fretland, Erik Trondsen, Bjørn Atle Bjørnbeth, Anne Waage, Knut Jørgen Labori, Jorunn Skattum, Sigrid Groven, Truls Hauge
40. Pediatrisk ERCP – smått men godt.
Lars Aabakken, Knut E A Lundin
41. Presakral stimulering ved analinkontinens.
Morten Bj Jacobsen, Arvid Stordahl
42. Resultater av 120 finnålsbiopsier ved endoskopisk ultralyd.
Wolfgang Lindenburg
43. Påvisning av maligne ECL-celler i ventrikkel-cancereav diffus type ved bruk av immun elektrom mikroskopi.
Tom C Martinsen, Nan ET Skogaker, Reidar Fossmark, Karin E. Bakkelund, Marianne Bendheim, Ivar S Nordrum, Helge L Waldum
44. Responser mot Mycobacterium avium subspecies paratuberculosis antigener IT-celle linjer og kloner fra tarmbiopsier fra Crohns pasienter.
Ingrid Olsen, Stig Tollefsen, Liv Jorun Reitan, Ludvig Sollid, Knut Lundin
45. Status for en randomisert intervensjonsstudie med ernæring hos eldre slagpasienter.
Lisa Ha, Per Ole Iversen, Truls Hauge
46. The 5-g ¹³C-sorbitol-breath test is superior to the 5-g sorbitol H₂-breath test for the diagnosis of coeliac disease.
Kari Tveit, Mia Askedal, Anne Kristine Hetta, Viggo Skar
47. Vedvarende mageplager etter Giardia-infeksjon – et post-infeksiøs irritable tarm syndrom?
Kurt Hanevik, Trygve Hausken, Mette Helvik Morken, Elisabeth Astrup Strand, Kristine Mørch, Peter Coll, Lars Helgeland, Nina Langeland
48. Rome III Subgroups of functional dyspepsia exhibit different characteristics of antral strain measured by Strain Rate Imaging.
Aymen Bushra Ahmed, Knut Matre, Trygve Hausken, Hans Gregersen, Odd Helge Gilja
49. Hva med 5-ASA i behandlingen av Crohn pasienter - Er bildet allikevel mer nyansert?
Tømm Bernklev, Jørgen Jahnsen, Magne Henriksen, Ingrid Berset, Bjørn Moum
50. Tidsbruk ved fullstendig koloskopi - en blindet studie
T. Hølmeklev, O. C. Lunde, J. Jahnsen, B. Moum, A. Nesbakken
51. Laparoskopisk segment II/III- leverreseksjoner- 12 års erfaring – nye anvendelsesområder?
Villanger O, Røskok BI, Rosseland AR, Kazaryan AM, Pavlik Marangos I, Bergan A, Giercksky KE, Mathisen Ø, Fosse E, Edwin B.
52. Helserelatert livskvalitet ved IBD sammenlignet med andre kroniske sykdommer og bakgrunns-populasjon.
Jelsness-Jørgensen, LP., Bernklev, T., Jahnsen, J., Stavem K., Kvien., T, Moum B.
53. Lactobacillus plantarum MF 1298 - et probiotikum med uheldig virkning for pasienter med Irritable tarm syndrom? Resultater fra et randomisert, dobbeltblindet, placebokontrollert, crossover forsøk.
Solveig C. Ligaarden, Kristine Naterstad, Lars Axelsson, Per G. Farup
54. Diagnostisering av funksjonell magetarn-tilstand hos barn etter Roma III kriteriene.
Helene Helgeland, Gro Flagstad, Per Olav Vandvik, Hanne Kristensen, Lynn S. Walker, Trond Markestad
55. Irritable tarmsykdom – en legemiddelrelatert tilstand? En populasjonsbasert tverrsnittstudie.
Gunvor S. Fosnes, Per G. Farup
56. ASAT/ALAT-ratio gir prognostisk informasjon uavhengig av Child-Pugh, alder og kjønn ved ikke-alkoholisk cirrhose.
John Willy Haukeland^{1,2}, Inger Lorgen³, Linn-Therese Schreiner³, Svein-Oskar Frigstad², Christina Bang⁴, Nils Raknerud⁴, Zbigniew Konopski²
57. NORTH-C studien- en randomisert kontrollert studie av PEG interferon alfa-2B og ribavirin i 14 eller 24 uker til pasienter med HCV genotype 2/3 og rask virusrespons.
Dalgard O1, Bjørø K1, Ring-Larsen H2 og 3, Verbaan H4 og North-C gruppen
58. Bedrer psykologisk stressmestringsintervensjon forløpet av ulcerøs kolitt og Crohn's sykdom?
K.E.A. Lundin, J. Jahnsen, S. Leganger, K. Møkleby, H. Cederkvist, G. Jantschek, T. Hausken, A. Røseth, T. Haug, I. Jantschek, D. Benningshoven, S. Kunzendorf, A.C. Rivenes, A. Dahlstrøm, S. Wojniusz, S. Blomhoff, I. Wilhelmsen, M. Sharpe, U.F. Malt, B. Boye.



Norsk abstrakt fra UEGW: Irritabel tarm



DIAGNOSING FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS (FGIDS) IN CHILDREN ACCORDING TO THE PEDIATRIC ROME III CRITERIA

H. Helgeland, G. Flagstad, L.S. Walker, P.O. Vandvik, H. Kristensen, T. Markestad
Gut 2007; 56 (Suppl III) A243

INTRODUCTION: The majority of children referred to pediatricians with recurrent abdominal complaints are diagnosed with a FGID, defined as chronic or recurrent gastrointestinal symptoms not explained by structural or biochemical abnormalities. The FGIDs may be subclassified according to the pediatric ROME III criteria (PRC III) which have been recently revised. There is a need for studies to assess the criteria's ability to describe specific conditions in children.

AIMS & METHODS: The aim of this ongoing cross sectional study was to determine the proportion of referred children with non organic abdominal complaints who met the criteria for one or more diagnoses of FGIDs according to the PRC III. The sample was 100 children (4-15 years, mean age (1SD) 9.4 (2.7) years, 61% girls) referred from their general practitioner because of abdominal complaints to four general pediatric outpatient clinics in Norway in 2006/2007. The parents completed the Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms which was revised in accordance with the PRC III. All patients underwent standardized physical examination and haematological, serological, urine and fecal tests to exclude organic disease. Endoscopy, lactose malabsorption (LM)

test, esophageal ph-monitoring and sonographic examination of abdomen and pelvis were performed when indicated.

RESULTS: Organic disease was found in 6 of the 100 children (1 Crohn's disease, 1 gastroesophageal reflux disease, 4 LM). Of the 94 children 81 (87%) met the criteria for at least one FGID. Among these 56 (69%), 21 (24%) and 4 (5%) children met the criteria for one, two and three FGIDs respectively. Of the 81 children with a FGID, irritable bowel syndrome (IBS) was found in 40 (49%), abdominal migraine in 19 (26%), aerophagia in 14 (17%), functional dyspepsia in 13 (16%), functional abdominal pain in 13 (16%), functional constipation in 6 (7%) and cyclic vomiting syndrome in 4 (5%). The most frequent combinations were IBS and abdominal migraine 11 (14%) and IBS and aerophagia 10 (12%).

CONCLUSION: In a pediatric outpatient setting nearly 9 of 10 children with non organic abdominal met the criteria of specific diagnoses defined in the PRC III. The results show that these criteria allow classification of the majority of children with FGIDs.

IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN GENERAL PRACTICE: COHORT STUDY OF HEALTH RESOURCES, COSTS AND COMORBIDITY

P.A. Johansson, P.G. Farup, P.O. Vandvik
Gut 2007; 56 (Suppl III) A335

INTRODUCTION: Irritable bowel syndrome (IBS) is considered a significant burden for patients and society due to increased use of health resources. However, patients with IBS report other somatic and psychiatric disorders (comorbidity) strikingly frequent. The impact of comorbidity on use of health resources in patients with IBS is less known.

AIMS & METHODS: We aimed to measure health resource use and its costs in patients with IBS in



Per Arthur Johansen

general practice, and to explore the impact of the comorbidity on health resource use. This cohort study of patients with IBS measured use of health resources during a six month period. 208 patients with IBS (Rome II) were recruited consecutively from 26 general practitioners (GPs) at nine health centres in the County of Oppland year 2001. Standardised questionnaires assessed somatic comorbidity (SHC inventory and 12 organic diseases) and psychiatric comorbidity (SCL-10 and Whately index) at baseline. After 6-9 months, all patients were invited to a follow up interview where the following dimensions of health resource use were measured: Consultations (GPs, specialists, alternative providers, physiotherapists and hospitalisations) medications (over the counter and by prescription) alternative health care products and sick leave days. We divided use of health resources as related to IBS or related to comorbidity. Data were mainly extracted by examination of health care records. Calculation of costs in Norwegian kroner (NOK) was performed for all dimensions of health care use except sick leave days. This cost of illness analysis was performed by publicly used tariffs in Norway year 2001.

Table 1: Costs in Norwegian kroner (NOK) given as mean/median (range)

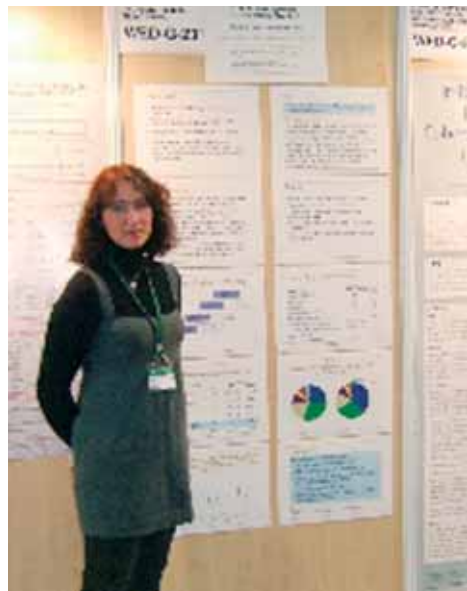
	IBS-related	Comorbidity-related	p-values
Consultations	880 / 0 (0-58689)	11618 / 638 (0-179898)	p < 0.0001
Medications	48 / 0 (0-5677)	2999 / 0 (0-74634)	p < 0.0001
Alternative products	26 / 0 (0-1110)	238 (0-4000)	p < 0.0001

Statistics: Wilcoxon Test

Nytt fra fagmiljøene

RESULTS: In the 164 patients (mean age 52 years, 69% female, duration IBS median 17 years) available at follow up, the mean number of visits to physicians during 6 months was 3.6 and 31 patients had visited a physician for IBS. Sick leave days related to IBS-complaints were significantly lower than related to their comorbidity (1.7 days versus 16.3 days, $p < 0.01$). The table shows costs of health resource use during 6 months.

CONCLUSION: The costs for health resource use among patients with IBS in general practice were largely explained by comorbidity, generating ten times the costs related to IBS. Effective treatment of IBS will probably have limited impact on the total financial burden in patients with IBS.



Gudrun Fosnes

IRRITABLE BOWEL SYNDROME - A DRUG-RELATED DISORDER?

G.S. Fosnes, P.G. Farup
Gut 2007; 56 (Suppl III) A335

INTRODUCTION

Gastrointestinal symptoms are among the most commonly reported side effects of drugs, and more than half of the population use one or more drugs. Irritable Bowel Syndrome (IBS) affects 4-15% of the population. Despite the frequent coincidence of IBS and the use of drugs, little information is available about the association between the two.

AIMS & METHODS: This is a study of associations between IBS and drugs. The Norwegian Institute of Public Health performed a health survey in Oppland county, Norway in 2001. Information about socio-demographic data, past and present dis-

eases, IBS (classified according to the Rome II criteria), use of drugs, anxiety/depression, musculoskeletal pain a.o. were recorded. The impact of drugs on IBS was explored by stepwise logistic regression analysis with correction for all variables significantly associated with IBS. Adjusted change in prevalence of IBS (excess or reduced prevalence) related to the use of drugs was calculated from the odds ratios (OR) from the logistic regression equation. $P < 0.05$ was considered statistically significant.

RESULTS: 4622 out of 11078 invited subjects (42%) participated in the study. The prevalence of IBS and use of one or more drug were 8.4% and 63% respectively. In the multivariate analyses there were statistically significant associations between IBS and gender (female) (OR = 1.3), age (OR = 0.98), anxiety/depression (OR = 2.3), musculoskeletal pain (OR = 1.2) and 9 drugs or groups of drugs. The adjusted changes in prevalence (excess or reduced risk) presented as mean and 95%CI for the 9 drugs/groups of drugs were: Insulin 16.6% (16.4; 16.8), Organic nitrates 9.8% (9.7; 10.0), Beta blocking agents, non selective 13.4% (13.2; 13.6), Agents acting on the renin-angiotensin system 45.1% (45.0; 45.2), Antibacterials for systemic use 8.9% (8.7; 9.0), Estradiol 13.3% (13.1; 13.5), Lithium 17.6% (17.4; 17.8), Cromoglicic acid 29.3% (29.0; 29.6) and Dexchlorpheniramine 15.6% (15.4; 15.8).

CONCLUSION

Although confounders might have been missed, the highly significant associations between IBS and several drugs indicate that IBS is a common side effect of several drugs while some drugs seem to protect against IBS. The relation between IBS and drugs should be born in mind when treating patients with IBS.

LACTOBACILLUS PLANTARUM MF 1298 - A PROBIOTIC WITH UNFAVOURABLE EFFECTS IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME? A RANDOMISED, DOUBLE BLIND, PLACEBO CONTROLLED TRIAL

S.C. Ligaarden, K. Naterstad, L. Axelsson,
P.G. Farup
Gut 2007; 56 (Suppl III) A52

INTRODUCTION

Some probiotics have shown favourable effects in patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). Lactobacillus plantarum MF 1298 (LpMF1298) has proved promising probiotic properties in vitro and has turned out to be an useful starter culture in the food industry. No adverse effects were found when

fed to healthy human volunteers. The strain has never been used as medical treatment.

AIMS & METHODS

This randomised, double-blind, placebo-controlled cross-over trial aimed to study the effect of 1010 CFU live LpMF1298 in capsules given once daily in patients with IBS, defined according to the Rome II criteria. Patients were recruited from a hospital based gastroenterology outpatient clinic. The patients underwent a 1-week run-in period, followed by two 3-week treatment periods with placebo and LpMF1298 in random order, separated by a 4-week wash out period. Gastrointestinal symptoms (pain/discomfort, stool frequency, stool consistency using the Bristol stool scale form, urgency, bloating, straining and incomplete evacuation) were recorded daily in the run-in period and the last week of each treatment period, and a daily symptom score was calculated (range 0-15). The patients were asked about satisfactory relief of symptoms at the end of each treatment week (score 0-3). At the end they were asked to state the treatment period with least symptoms.

RESULTS

16 out of 19 patients included in the trial were available for the analyses. The mean, daily symptom score in the active and the placebo periods were 6.47 (SD = 1.81) and 5.38 (SD = 1.79) respectively ($p = 0.013$). The subscores for abdominal pain/discomfort and urgency were significantly higher in the active compared to the placebo period. The number of weeks with satisfactory relief of symptoms in the active and placebo periods were 0.50 (SD 0.89) and 1.44 (SD = 1.26) respectively ($p = 0.012$). Thirteen out of 16 patients ($p = 0.021$) reported least symptoms in the placebo period.

CONCLUSION

The trial shows an unfavourable effect of LpMF1298 and a clear patient preference for placebo. Such an adverse effect of probiotics has to our knowledge not previously been reported. One study has shown loss of effect with doses above the optimal level. It is not inconceivable that high dose might worsen the symptoms and that the dose in this trial was too high. Use of LpMF1298 in food industry or as a health-promoting probiotic product should be avoided until more information is available.



Hva du spiser er ditt valg – vi har fordøyelsesenzymene!



Vi lanserer nå Creon® 10 000 og Creon® 25 000 som erstatter henholdsvis Creon® og Creon® Forte.

Suffiksene 10 000 og 25 000 beskriver mengde enheter lipase pr. kapsel. Creon® 10 000 og Creon® 25 000 kommer uten hjelpestoffet dibutylftalat (DBP). DBP tilhører den kjemiske gruppen ftalater. I dyrestudier er det vist at stoffet kan være skadelig for forplantningsevnen hos rotter. Se ellers: Statens legemiddelverk, 21.03.2007, www.legemiddelverket.no (søkeord: Legemidler og ftalater).

Da Norge er et av de første landene hvor de nye produktene introduseres, er det usikkert når parallellimporterte produkter kan leveres uten DBP.

INDIKASJONER

Sekretorisk pankreasinsuffisiens med malabsorpsjon, cystisk fibrose.

Les pakningsvedlegget nøye.

Creon®
Your Proven Partner


**SOLVAY
PHARMA**

Solvay Pharma AS
Hamang Terrasse 55
PB 248, 1301 Sandvika
Telefon: 67 52 12 20
www.solvay.no

Genetiske markører

GENE EXPRESSION IN ADENOCARCINOMA COLON DUKES C

R.H. Størkson, K. Jonsdottir, H. Volla, B. Nergaard, O. Olsen, M. Jacobsen, I. Bukholm
Gut 2007; 56 (Suppl III) A317

INTRODUCTION

Rectal cancer exhibit different clinical behaviour compared to colonic cancers. Rectal cancer often have local relapse compared to colonic cancer, even within same Dukes stage, indicating that there may be biological difference in rectal and colonic adenocarcinomas. The aim of this study was to evaluate different pathways, which may be involved in tumour progression in rectal cancers compared to colonic cancers.

AIMS & METHODS

Agilent Human Whole oligo microarray 44K was used to analyse the gene expression profile of 20 colonic cancers and 10 rectal cancers. Stratagen Universal Human Reference was used as reference for all the samples. The analysis of the differential expressed genes was performed using J-express and SAM analysis. The list of different expressed genes between adenocarcinomas in colon and rectum stage Dukes C was extracted.

RESULTS

We identified genes in 2 KEGG pathways that were up-regulated in rectum cancer and 1 KEGG pathway that was up-regulated in coloncancer. Among the genes in rectumcancer Wingless type (Wnt)/beta-catenin signalling pathway and EGRF pathway contained 8 + 9 genes, more upregulated than in colon cancer. In colon cancer energy-deriving pathways like glucose and fructose pathway contained 5 genes.

CONCLUSION

Our findings based on whole genome RNA array clearly support that cancer coli and cancer recti of the same Dukes classification differ in gene activity. Based on SAM and DAVID several pathways are identified which may explain the differences in biological behaviour in respect to more aggressive behaviour and increased relapse rate in rectal tumours.

GENE METHYLATION PATTERN IN NORMAL COLON MUCOSA COMPARED TO THOSE OF ADENOMAS AND CARCINOMAS IDENTIFIES POTENTIAL CANCER PREVENTION MARKERS

T. Ahlquist, E. Thiis-Evensen, G.S. Lind, G.I. Meling, G.S. Hoff, M.H. Vatn, T.O. Rognum, R. Lothe
Gut 2007; 56 (Suppl III) A67

INTRODUCTION

Most cases of colorectal cancer (CRC) develop from adenomas through a series of genetic alterations. These genetic alterations, as aberrant methylation, will be important in developing methods of testing, for example faeces or blood, to detect CRC in early curable stages, or even better, detecting individuals harbouring adenomas removable at a colonoscopic examination.

AIMS & METHODS

To address the influence of aberrant methylation of genes on the development of colorectal tumours and identify early onset markers of neoplastic transformation, we have compared DNA promoter methylation profiles of normal mucosa with those of adenomas and carcinomas.

Twenty-one normal colon mucosa samples from 20 diseased, cancer-free, individuals (N1), 18 normal colon mucosa samples (N2) from 18 colorectal cancer patients (taken from sites at a distance from the primary carcinoma), 63 adenomas from 52 individuals, and 52 carcinomas from 51 patients, were examined.

The CpG-island methylation of ten genes found to be downregulated in CRC, were studied; ADAMTS1, APC, CDKN2A (encoding p16INK4a), CRABP1, HOXA9, MGMT, MLH1, NR3C1, RUNX3, and SCGB3A1 (encoding HIN-1).

RESULTS

The mean number of genes methylated per sample was 0.7 for N1 group, 2.1 N2 group, 1.7 for the adenomas, and 3.4 for carcinomas, (N1 vs. N2: $p = 0.002$, adenomas vs. carcinomas: $p < 0.001$). We found no significant difference in the amount of methylated genes between N2 samples and adenomas.

Overall, 8 (38%) N1, 15 (83%) N2, 46 (73%) adenomas, 45 (87%) carcinomas, had methylation of one or more of the 10 genes. The genes ADAMTS1, CDKN2A, CRABP1, MLH1, NR3C1, RUNX3, and SCGB3A1 showed increasing methylation frequencies from adenomas to carcinomas, whereas APC, HOXA9, and MGMT displayed overall equal methylation frequencies in all tumour subgroups.

CONCLUSION

In this study we have showed that gene-specific hypermethylation is an early event in colorectal tumorigenesis. The methylation profiles of normal mucosa, adenomas, and carcinomas demonstrates a stepwise increase in CpG island promoter methylation towards malignancy. The methylation status of several of these genes might be suitable as bio-markers.



Norsk abstrakt fra UEGW:

Inflammatorisk tarmsykdom

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (HRQOL) IN IBD COMPARED TO OTHER CHRONIC DISEASES AND GENERAL POPULATION

L. Jelsness-Jørgensen, T. Bernklev, J. Jahnsen, M. Vatn, K. Stavem, T. Kvien, B. Moum
Gut 2007; 56 (Suppl III) A140

INTRODUCTION

It is previously shown that patients with inflammatory bowel disease (IBD) has impaired health-related quality of life (HRQoL). It is of clinical importance to measure impairment in HRQoL with other chronic disease groups and against a reference material.

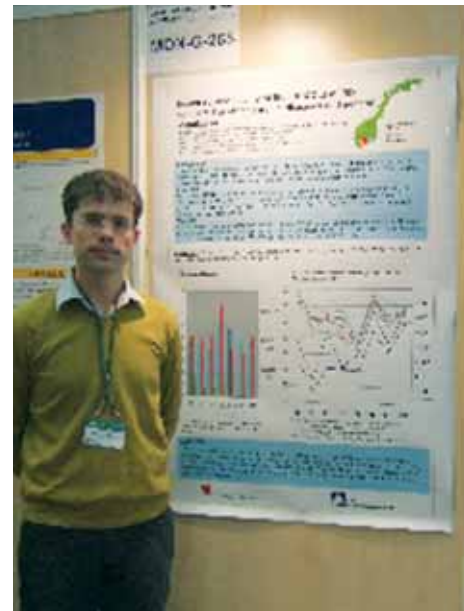
AIMS & METHODS

To compare HRQoL in different chronic diseases, as Inflammatory Bowel Disease (IBD) consisting of Ulcerative Colitis (UC) and Crohns disease (CD) and

Epilepsy (EPI), Diabetes Mellitus (DM), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Rheumatoid Arthritis (RA), with reference to a Norwegian background population (normative data). The material consists of 328 patients with UC, 169 CD, 397 EPI, 130 DM, 59 COPD, 1030 RA and 2323 people in the background population. Mean age was 45.0-38.6-44.0-48.3-57.0 and 62.3 yrs respectively in UC, CD, EPI, DM, COPD and RA. HRQoL was measured with the generic questionnaire SF-36, consisting of 8 dimensional scores. All scores were adjusted for differences in age, gender, educational level and civil status (estimated marginal means). Differences were compared with ANOVA calculations, by the use of SPSS v14.

RESULTS

This study confirms that HRQoL differ significantly between disease groups when measured with SF-36. In the physical dimensions; Physical Function-



Lars Petter Jelsness-Jørgensen

Vingmed har i mer enn 30 år forsynt norske sykehus med produkter av høy kvalitet. Vi følger systematisk med i utviklingen på verdensmarkedet. Vi representerer ledende produsenter, eller produsenter som har forutsetning for å bli det innen sine respektive områder, og foretak som satser på forskning og utvikling.

Vi leverer medisinsk utstyr fra:



Endoskopi utstyr



M.I.TECH Stenter



pH-katetere



Slynger, kurver og biopsitenger



Bravo trådløs pH-måling
Manometri, EGG og Biofeedback



VINGMED

Vingmed AS
Fjordveien 1
P.O. Box 374, N-1323 Høvik Norway
Tlf: 47 67 58 06 80 Telefax: 47 67 10 12 12
E-post: info@vingmed-as.no

www.vingmed-as.no

Nytt fra fagmiljøene

ing (PF), Role Physical (RP), Bodily Pain (BP) and General Health (GH) Crohns patients scores overall lower on all dimensions, compared to that of patients with UC, EPI, DM and the general population. Our findings implicate that ulcerative colitis patients on several of the physical dimensions, manages better than Crohns disease patients. In the psychological dimensions; Vitality (VT), Social Functioning (SF), Role Emotional (RE) and Mental Health (MH) there is a greater impact on HRQoL in CD than in UC, DM and EPI. In SF and MH, CD's score at the same level as COPD patients. For UC there are no significant reduction in the psychological dimensions when compared to the background population.

CONCLUSION

All disease groups in this material has impaired HRQoL, as measured with SF-36, and compared to the Norwegian background population. We do find differences between these groups however, as a significantly lower HRQoL in the majority of SF-36 dimensions, were seen in COPD and RA patients. UC and DM seem to have less impaired HRQoL when compared to general population and other disease groups. CD's have their greatest problems concerning BP and SF and places itself in the middle of the disease groups measured with SF-36 in this study, with UC, DM and EPI in the upper half and COPD and RA in the lower.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE SEEMS TO BE UNCHANGED IN IBD FOLLOW-UP; RESULTS OF A LARGE INCEPTION COHORT, THE IBSEN-STUDY

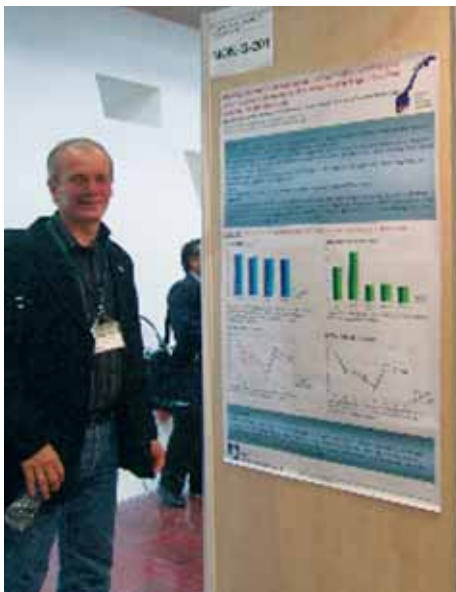
M.L. Hoivik, T. Bernklev, C. Solberg, J. Jahnsen, B. Moum
Gut 2007; 56 (Suppl III) A127

INTRODUCTION

Changes in Health-related Quality of Life (HRQoL) score is often used as a secondary endpoint in interventional studies in addition to being a surrogate marker of disease behaviour in Inflammatory Bowel Disease (IBD). The IBSEN-study (Inflammatory Bowel South Eastern Norway) is an ongoing prospective epidemiological cohort of IBD patients, included between 1990 and 1994 and followed up at one, five and 10 years. The IBSEN-group have previously presented HRQoL in IBD patients five years after initial diagnosis and identified variables that influence HRQoL.

AIMS & METHODS

Aims: To determine HRQoL 10 years after diagnosis in patients with IBD. Further to compare HRQoL data five and 10 years after initial diagnosis in the IBSEN cohort.



Tom Bernklev

METHODS

All patients alive were invited to participate in a standardized 10 year follow-up. In addition to collection of clinical data, patients were asked to complete two HRQoL-questionnaires: the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (N-IBDQ, a Norwegian disease specific and validated quality of life questionnaire) and the SF-36 (a generic quality-of-life questionnaire).

RESULTS

At 10 years HRQoL-data were available for 328 IBD patients, of these, 261 (79.5%) also had data from the 5 year follow up in; mean age 46.8 years (SD $\pm$ 13.6), 49% women and 67% (175) with ulcerative colitis (UC) and 33% (86) with Crohn's disease (CD). HRQoL based on N-IBDQ total score was unchanged, 185 at 10 years compared to 184 at five years. Categorized by diagnosis and gender there was a larger difference between men with UC and women with CD at 10 years compared to five years. Data obtained with SF-36 demonstrated the same. We also found that the difference in HRQoL score between UC and CD observed at 5 years was decreased at 10 years.

CONCLUSION

HRQoL 10 years after diagnosis determined by the N-IBDQ and the SF-36 was unchanged compared to five years. We do find a tendency towards lesser difference in HRQoL-scores between patients with UC and CD at 10 years. Women with CD report the most inferior HRQoL at 10 years as well as at five years.

THE IMPACT OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE ON WORK ABILITY: RESULTS FROM A LARGE, EUROPE-WIDE INCEPTION COHORT

R.A. Isene, T. Bernklev, F. Wolters, S. Odes, E. Langholz, B. Moum
Gut 2007; 56 (Suppl III) A128

INTRODUCTION

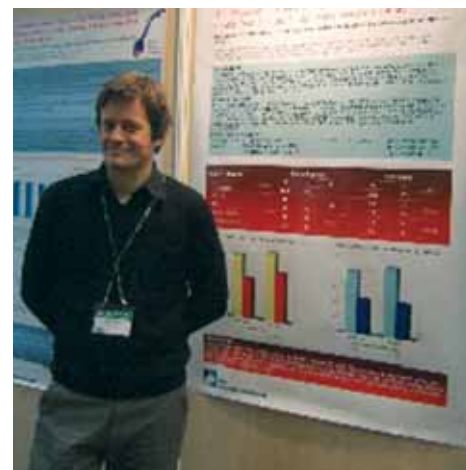
Quantifying the impact of inflammatory bowel disease (IBD) on work ability is necessary to determine the economic and social burden from IBD for patients and society. In addition, it is relevant for assessing the impact of IBD on patients' level of functioning.

AIMS & METHODS

To determine the prevalence of sick leave and unemployment in a Europe-wide cohort of patients with inflammatory bowel disease 10 years after diagnosis. Further, to investigate whether the rate of sick leave and unemployment is influenced by diagnosis or gender. All patients included in the EC-IBD cohort study and still alive were invited to a 10 year follow up visit. In addition to obtaining relevant clinical data, patients were asked if they had been on sick leave during the previous year, and whether they had been unemployed because of their IBD. A total of 904 patients completed the questionnaires, 610 (67%) with ulcerative colitis (UC) and 294 (33%) with Crohn's disease (CD). Mean age was 46.7 yrs (SE 14.9).

RESULTS

A total of 123 (13.6%) patients reported to have been unemployed as a consequence of their IBD and 132 (14.6%) had been on sick leave. There were gender differences, as 73 (16%) female patients reported unemployment compared to 50 (10%) male patients ($p = 0.01$); for sick leave, the figures were 77 (17%) and 55 (12%), respectively ($p = 0.042$). The rates also differed with respect to diagnosis: 58 (20%) CD patients and 65 (11%) UC



Rune Isene

Nytt fra fagmiljøene

patients ($p < 0.001$) reported unemployment. 66 (22%) CD patients and 66 (11%) UC patients had been on sick leave ($p < 0.001$).

CONCLUSION:

In this EC-IBD study, patients were asked if their IBD had influenced their work ability. CD more severely impaired the patients' ability to work than UC: CD patients had significantly greater rates of sick leave and unemployment than UC patients. Female patients were on sick leave or had experienced unemployment more frequently than male patients.

THE PREVALENCE OF SMALL BOWEL TUMOURS AT CAPSULE ENDOSCOPY IN RURAL NORWAY

E. Skogestad

Endoscopy 2007; 39 (Suppl I) A385

INTRODUCTION

The prevalence of small bowel tumours found at capsule endoscopy (CE) is reported to be 5-9% of the examinations. A Swedish study of 216 patients with obscure gastrointestinal bleeding revealed that 12.5% of the patients had small bowel tumours. They related their higher findings partly

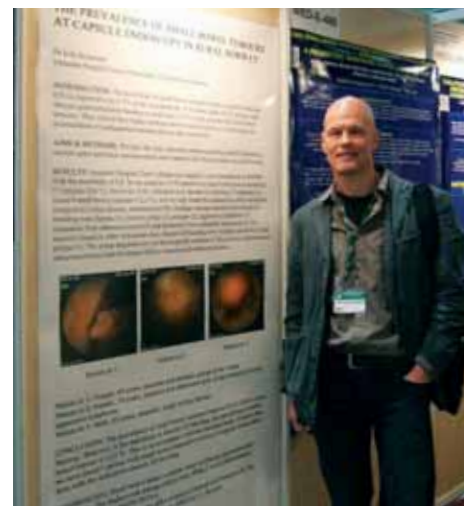
to strict inclusion criterias and to the accumulation of undiagnosed tumours prior to the event of CE

AIMS & METHODS

We have the same inclusion criteria (anaemia, positive HemoFec, normal upper and lower enteroscopies) and wanted to find the prevalence in rural Norway.

RESULTS

Innlandet Hospital Trust Lillehammer supplies a rural population of 400 000 with the possibility of CE. In our material of 195 patients we found small bowel tumours in 11 patients (5.6%). However, if the indication was obscure GI bleeding (73 patients), we found 9 small bowel tumours (12.3%), and we only found two tumours on other indications (suspected Crohns disease, malabsorption). The findings amongst patients with obscure GI bleeding were lipoma (1), traction polyp (1), polyps (2), aggressive lymphoma (1), metastasis from adenocarcinoma (3) and metastasis from malignant melanoma (1). The tumours found on other indications than obscure GI-bleeding were multiple carcinoid (1) and polyps (1). The polyp diagnoses are not histologically confirmed. The patients with presumed adenocarcinomas later developed diffuse metastasized adenocarcinomas.



Erik Skogestad

CONCLUSION

The prevalence of small bowel tumours found at CE is 5.6% in rural Norway. However, if the indication is obscure GI bleeding, the prevalence of small bowel tumour is 12.3%. This is in accordance with the Swedish study. It means that we have found 1 patient with small bowel tumour(s) in every 8 capsule endoscopies done with the indication obscure GI bleeding markers.



ENDOTECH

Besøksadr: Arctandersgt. 1 N-0192 Oslo Tel: 23 30 49 20 Fax: 23 30 49 21

Postadr: Postboks 1502 Vika 0179

E-post: endotech@endo-tech.no Web: www.endo-tech.no

Leverandør av:

**Endoskopisk og laparoskopisk
utstyr og instrumentering**

Norsk abstrakt fra UEGW: Endoskopi



CARBON DIOXIDE INSUFFLATION IMPROVES SMALL BOWEL INTUBATION DEPTH DURING DOUBLE BALLOON ENTEROSCOPY - A DOUBLE-BLIND RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

M. Bretthauer, D. Domagk, P. Lenz,
L. Aabakken, H. Ullerich, C. Maaser,
W. Domschke, T. Kucharzik
Endoscopy 2007; 39 (Suppl I) A84

INTRODUCTION

Double balloon enteroscopy (DBE) has been proven effective for deep intubation of the small bowel. However, intubation depth is limited by distension of the small bowel due to air insufflation during the procedure. The present trial investigates whether carbon dioxide (CO₂) instead of standard air insufflation would improve intubation depth during DBE.

AIMS & METHODS

112 patients scheduled for DBE at two centres were randomly assigned to either CO₂ or air insufflation during the procedure. Patients and endoscopists were blinded with regard to the type of gas used. Intubation depth was registered using a validated form. Patients scored pain and discomfort during and after the examination on a 100 mm visual analogue scale (VAS).

RESULTS

Overall, mean small bowel intubation was significantly deeper in the CO₂ group compared to the air group (223 vs. 177 cm, difference 46 cm, $p = 0.02$). The superiority was even more pronounced for oral DBE's, with a 70 cm improvement of intubation depth when using CO₂ (293 cm in CO₂ group vs. 223 cm in air group, $p < 0.001$). Patient pain and discomfort was significantly reduced in the CO₂ group at one and three hours after the examination.

CONCLUSION

CO₂ insufflation significantly improves intubation depth and patient discomfort during DBE. Thus, CO₂ insufflation may lead to a higher diagnostic and therapeutic yield of DBE, with reduced patient discomfort.

FASTING VS PEG-BASED REGIMEN OF PREPARATION FOR VIDEO CAPSULE EXAMINATION

J. Rey, L. Aabakken, A. Alhassani,
K. Kuznetsov, A. Repeci, S. Zatelli
Endoscopy 2007; 39 (Suppl I) A385

INTRODUCTION

The diagnostic yield of the video capsule endoscopy (VCE) can be limited by the presence of intestinal contents in the small bowel (SB). Some experts recommend bowel preparation but effect and exact regimen of the preparation for VCE is controversial.

AIMS & METHODS

The goal of the study was to determine if the PEG-based regimen of preparation influences the completion rate of VCE and improves the quality of the mucosal visualization in comparison with standard preparation. From May 2006 to April 2007, 69 VCE exams were performed using Olympus videocapsule system in 3 endoscopic centers, in France (33 cases), Italy (19 cases) and Norway (17 cases). Patients, fulfilled the inclusions criteria, were randomly assigned in 2 groups. Patients in the Standard group (15 male, 13 female) received standard preparation for VCE: clear fluid diet the day before, overnight fast. Patients in the PEG group (19 male, 12 female) received 2 liters of PEG on the day before VCE, and 2 liters of PEG one hour before the procedure. Esophageal and stomach transit of the capsule was controlled with the External Viewer to ensure that the capsule reached the SB. Stand-up position x-ray and endoscopic control with the External Viewer were performed every 120 min of the examination (VCE duration was 8 hours) and anatomic localization of the capsule was recorded. The degree of SB cleanliness was assessed in 3 equal video segments between the first SB image and the first cecal image and was scored separately for the presence of bubbles and of dark/opaque SB contents as follows: (0 - no bubbles/contents; 1 - some bubbles/contents; 2 - many bubbles/contents severely impairing the visualization.) The quality of the endoscopic imaging was graded as excellent (grade 4) - imaging of

excellent quality; diagnostic (grade 3) - quality of imaging is sufficient enough to make accurate diagnosis; acceptable (grade 2) - some small lesions could be missed; and non-diagnostic (grade 1) - quality of imaging is poor, procedure should be repeated.

RESULTS

There was no statistical difference between 2 groups for mean age, male/female ratio, indication for VCE, stomach and SB transit time. Degree of cleanliness was significantly better in PEG group and in the terminal ileum only 8 (25.8%) patients in PEG group had score 2 of cleanliness compare to 21 (75%) in Standard group. The quality of the endoscopic imaging (table 1) was also significantly different in 2 groups.

Table 1. Overall Quality of Imaging

Grade	Standard	PEG
4+3	12 (42.8%)	27 (87.1%)
2+1	16 (57.2%)	4 (12.9%)

CONCLUSION

PEG-based regimen of preparation in comparison to standard preparation does not influence the completion rate and transit time of VCE but significantly improve the degree of SB cleanliness and the quality the endoscopic imaging allowing for more accurate and reliable diagnosis.

- Effektiv kontroll av ulcerøs kolitt ^{1,2}
- Spesialdesignet for å gi maksimal kolonkonsentrasjon ^{2,3}
- Godt tolerert ^{2,4}



Vedlikeholdsbehandling:
500 mg 2 ganger daglig i forbindelse med måltid

Referanser: 1. Nilsson Å et al. *Am Gastroenterol* 1995;90: 381-387. 2. Courtney MG et al. *Lancet* 1992;339:1279-1281. 3. Campbell DE and Berglinth T. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1988;148:7-12. 4. Kruis W et al. *Aliment Pharmacol Ther* 1998;12:707-775.

Se Felleskatalogtekst på side 9 i dette tidsskrift.

Forum for brokkirurgi

Tekst: Overlege Inge Glambek, Haraldsplass Diagonale sykehus

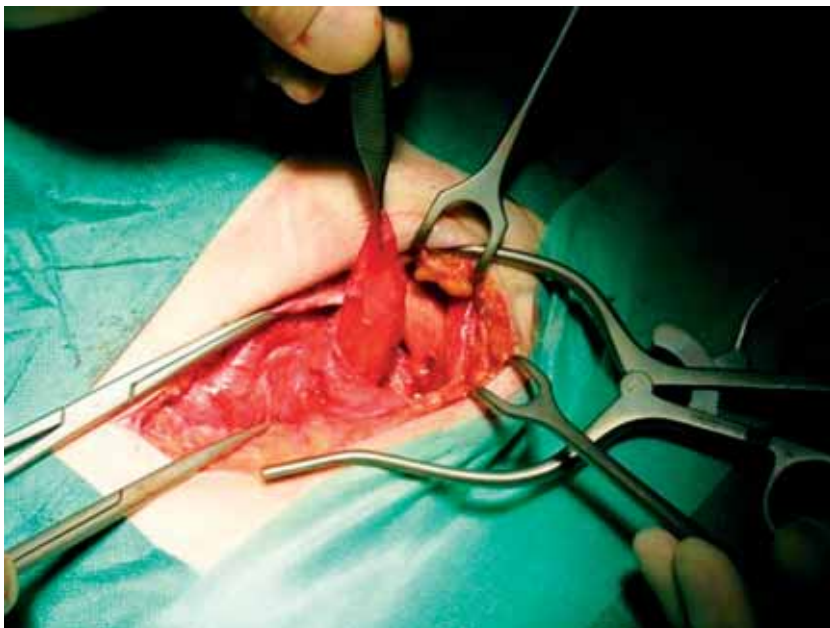
Et interesseforum formelt underlagt Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi.

BAKGRUNNEN

Brokkoperasjoner var feltskjærenes første rekonstruktive kirurgiske utfordring. Helt fra middelalderen har vi illustrasjoner av reponering og operasjoner for lyskebrokk. Operasjonene var farlige og resultatet ofte fatalt. Men det var jo også det naturlige forløpet av et inkarserert brokk. Illustrasjoner av brokkbind kjenner vi tilbake til 1400-tallet, og Ashley Cooper – anatomen og kirurgen som ga navn til et ligament som var sentralt i de første moderne brokkplastikkene – torde aldri la seg operere for sitt lyskebrokk, men anbefalte sterkt bruk av brokkbind. Etter hvert som den anatomiske forståelsen og kunnskapen økte, kom de universitetsutdannede kirurgene med flere forslag til plastikker, og dette fortsatte gjennom hele første del av 1900-tallet.

De stadig nye plastikkene illustrerer det store problemet ved alle disse operasjonene: Recidivbrokk, med tilsvarende økt risiko ved en ny operasjon. Før det svenske brokkregisteret ble opprettet for snart 20 år siden, var recidivfrekvensen i alle de nordiske landene omkring 20 %. Det svenske, og etter hvert det danske brokkregisteret, har de siste årene gitt oss gode statistikker over operasjonstyper og resultater. Norske kirurger som opererer mye brokk, har de siste årene diskutert behovet for opprettelse av et tilsvarende norsk register. Foreløpig er konklusjonen at et norsk register gir oss lite i tillegg til det vi kan få fra de to andre landene, og at vi ikke behøver et eget norsk register. Det vi imidlertid har sett behovet for, er en norsk interesseorganisasjon der vi kan samle de norske kirurgene som opererer mye brokk. Her ser vi for oss en samordning av undervisning, forskning, utprøving, standardisering o.s.v. av alle typer brokkkirurgi.

Lyskebrokk er den vanligste brokkoperasjonen i Norge. Vi opererer ca 1000 barn og ca 6000 voksne for dette. Hele 63 sykehus opererer lyskebrokk, men bare 8 sykehus gjør mer enn 200 operasjoner i året. Kanskje er dette en for stor spredning? Det vet vi egentlig ikke, men vi vet at det gjøres mange ulike operasjoner, og hver operasjon gjøres ofte forskjellig. Over 90 % av operasjoner for lyskebrokk hos voksne opereres nå med nettplastikk, 90 % av disse igjen gjøres ad modum Liechtenstein. Men nye nettplastikker er



nylig introdusert, og disse virker spennende og fornuftige. Etter hvert som bruk av nett er blitt standard, har recidivfrekvensen gått kraftig ned, og ligger ifølge de svenske og danske statistikkene rundt 3-4 %. Den største utfordringen er nå de postoperative smertene. 10-11 % har smerter 1 år etter brokkoperasjonen, 3 % invalidiserende smerter. Dette blir det nye endepunktet for kliniske studier – som er et eksempel på hva Forum for brokkirurgi skal initiere og samordne.

ETABLERINGEN

Forum for brokkirurgi ble til etter initiativ fra Brynjulf Ystgaard og co. i Trondheim. De hadde kontakter, og et interimsstyre ble satt sammen i 2005. I 2006 ble Forum vedtatt som en interesseorganisasjon formelt underlagt Norsk Forening for Gastroenterologisk Kirurgi. På samme generalforsamlingen ble interimsstyret formelt valgt, med leder Tore Gauperaa, kasserer Brynjulf Ystgaard, dessuten Arne Seternes, Arne Refsum og Inge Glambek. I år har Refsum sluttet og Line Schjøtt Iversen er kommet inn. Vi har allerede arrangert tre seminarer på NKF's høstmøte, sist nå 25/10 med fokus på stomibrokk og på operasjoner for lyskebrokk på spesialiserte sentra. På NFGK's generalforsamling i år ble Statuttene for Forum vedtatt. De finnes på NFGK's nettside.

Det vi ønsker, er at alle kirurger med interesse for brokkkirurgi, registrerer seg i Forum. Det koster ingenting, er helt uforpliktende, og kan gjøres ved en henvendelse til et av styremedlemmene. Denne listen gir oss en oversikt over de som kanskje kan tenke seg å delta i multisenterstudier, og som er spesielt interesserte i å delta på seminarer og kurs. Vi vil våren 2009 arrangere et hurtigrutekurs med internasjonale forelesere, og vi vil prøve å få til et kurs mer rettet mot kirurger under spesialisering.

Det er mange ubesvarte spørsmål rundt brokkkirurgi. Hvilke brokk skal opereres laparoskopisk, og hvem skal da gjøre det? Hva skal være standard anbefalt operasjon for de vanligste operasjonstypene? Skal vi ha brokksentra? Skal generell kirurgi gå ut som spesialitet, og hvem skal da ha ansvar for brokkkirurgien? Disse og mange flere spørsmål venter på svar, og Forum for brokkkirurgi ønsker å være en arena for de diskusjonene som skal gi svarene.



www.remicade.no

Interactive course for young Investigators

"How to set up, perform and present a study."

Young Investigator Workshop 2007/2008

Weekend workshop, December 14.-16. 2007, Ferrara/ Italy and April 19.-20. 2008, Vienna/ Austria
One Day Workshop on occasion of UEGW Vienna, October 19. 2008, Vienna/ Austria

Content of course

The program is intense and lively: lectures and discussions are mixed with interactive training sessions and participants' presentations. Faculty consists of senior researchers in basic and clinical Gastroenterology and Hepatology, ASNEMGE Rising Stars in these disciplines, and specialists from the fields of statistics. The course covers the following areas:
Critical appraisal of published articles
Types of research and matters of choice
The way from hypothesis to research plan
Ethics, data collection and data storage
Statistical considerations and methods
Oral or written presentation of results

How to apply?

Please fax completed form to:

ASNEMGE Executive Secretariat, Hollandstrasse 14/Mezzanine, A-1020, Austria
Fax: +43-(0) 2199180-29
Tel: +43-(0) 2199180
E-mail: info@asnemge.org

Application form can be downloaded from:

www.asnemge.org

Course language: English

Who should apply?

Our target audience comprises clinical trainees or biomedical researches in gastroenterology who have started to become in research and have not done more than one year of it. The maximum of age is 37 years. ASNEMGE prefers those who are 30 and younger.



The 43rd Annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver (EASL)

will take place in Milan, Italy, April 23 – 27, 2008

We are happy to inform you that the EASL Meeting website containing comprehensive information including the preliminary scientific program and access to the online registration and accommodation form as well as the abstract submission guidelines and form is now open at: www.easl.ch/liver-meeting

ABSTRACT SUBMISSION

The abstract submission deadline is November 28, 2007.

Please note: All abstracts must be submitted via the EASL Meeting website
<http://www.easl.ch/liver-meeting/call.asp>
in accordance with the abstract submission guidelines.

Should you require any assistance regarding abstract submission, please contact the EASL Secretariat at: easl2008@easl.ch

REGISTRATION AND ACCOMMODATION

In order to benefit from reduced registration fees please be advised that the early registration payment deadline is February 20, 2008.

Please register for the Meeting and book your hotel accommodation via the online registration/accommodation form at:
<http://www.easl.ch/liver-meeting/registration.asp>

Should you require any assistance or additional information regarding registration or accommodation for the EASL 2008 Milan meeting, please do not hesitate to contact the EASL Secretariat at:
reg_easl2008@easl.ch

We look forward to seeing you in Milan!

EASL Secretariat



Kurs og konferanser

LIS-SEMINAR

Bergen, 17.-18. januar 2008
Grand Hotel Terminus, Zander Kaaesg. 6, 5001
Bergen
Tlf.: 55 21 25 00 - <http://www.ghf.no>

FOLØPIG PROGRAM

Implementering av TNF-hemmere i helseforetakene

Daniel Haga, Medisinsk direktør Helse
Midt-Norge RHF.

Leverandører med LIS-avtaler presenterer sine tilbud

Det vil være anledning for konkurrerende tilbydere å være til stede når den enkelte tilbyder presenterer sitt tilbud. Unntak for dette kan være ved presentasjon for produkter uten markedsføringsstillatelse. Hver tilbyder gis 20 minutter til presentasjon og 10 minutter til spørsmål. Den enkelte tilbyder står fritt i hvordan presentasjonen skal foregå.

Anbefalinger for legenes 1. og 2. valg for indikasjonene revmatoid artritt, bekhterevs sykdom, crohns sykdom (aktiv sykdom og fistel), ulcerøs colitt, psoriasis og psoriasis artritt

LIS - TNF spesialistgruppe

Faglige retningslinjer ved bruk av TNF hemmere innen revmatologi, gastrologi og hudsykdommer

Presentert av fagspesialister

Målkriterier for sykdomsaktivitet og manglende respons. Indikasjoner for oppstart og seponering

LIS - TNF spesialistgruppe

Opprettelse av kvalitetsregistre i reumatologi

Bjørn Yngvar Nordvåg, revmatolog og leder i
Norsk Revmatologisk Forening

Pasienters erfaringer

Norsk Revmatikerforbund Samhandling
med legemiddelindustrien.

Praktiske erfaringer og våre ønsker

Avdelingsleder/overlege Lisbeth Rustad,
Haukeland Universitetssykehus HF

Oppgjørssystem for TNF-alfahemmere og andre biologiske legemidler innenfor reumatologi, gastrologi og dermatologi

Wenche Rolvsvåg, Haukeland Universitets-
sykehus HF

EVALUERING OG AVSLUTNING

LIS spesialistgruppe for TNF-alfahemmere
og andre biologiske legemidler innenfor revma-
tologi, gastrologi og dermatologi:

Professor Jon Florholmen,
Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Overlege Synøve Kalstad,
Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Avdelingssjef/professor Tore Kristian Kvien,
Diakonhjemmet Sykehus
Seksjonsoverlege Gustav Lehne,
Rikshospitalet HF
Avdelingsleder/overlege Lisbeth Rustad,
Haukeland Universitetssykehus HF
Avdelingsleder/overlege Kristin Ryggen,
St. Olavs Hospital HF
Farmasøytisk rådgiver Anne Helen Ognøy, LIS
Adm. leder Torfinn Aanes, LIS

PÅMELDING

Frist for påmelding er senest 3. januar 2008
Send din påmelding til Kari Kristiansen i
Sykehusapotekene ANS:
kari.kristiansen@sykehusapotekene.no

SADE 2008

21.-25. januar 2008 afholdes 25.SADE kurs i avanceret endoskopi i København.

SADE kurs består af en praktisk (21.-23. januar) og en teoretisk del (24.-25. januar). Man kan deltage i både praktik og teori, eller i teoridelen alene. Man kan komme i praktik (hands-on) på anerkendte endoskopifaciliteter i Skandinavien, mens teoridelen er fælles for alle, og har gastrointestinal blødning som tema. Såfremt man ønsker at deltage i den praktiske del (21.-23.januar), skal man huske at anføre det på tilmeldingsformularen. De, som har ønsket at deltage i praktik, vil blive kontaktet af kursusledelsen ultimo december 2007/primus januar 2008. Praktikanten vil, så vidt det er muligt, blive fordelt efter individuelle ønsker om sted, ønskede procedurer og uddannelsesniveau.

DATES & LOCATION

The Conference will take place at Hotel Scandic Copenhagen the 24. - 25. January 2008
Scandic Copenhagen, Vester Søgade 6,
1601 Copenhagen V, Denmark.

All participants in the practical hands-on part of SADE2008 (21.-23. January 2008) – will late December 2007 / early January 2008, be contacted by the LOC. The LOC will, if possible, try to select the relevant endoscopy unit, according to individual wishes for geographic location, type of procedures and education level.

Årets gæsteforelæser er Jelle Haringsma (Rotterdam) og Paul Swain (London).

FOR MORE INFORMATION, PLEASE CONTACT:

Conference Secretariat
PCO in charge of Registration and
hotelreservation
Van Hauen Conferences & Incentives
Amaliegade 36
DK-1256 Copenhagen K
Denmark
E-mail: vanhauen@vanhauen.dk

Gastroesophageal reflux disease

9th World Congress, Monaco,
Grimaldi Forum. 6. – 9. april 2008

From reflux to inflammation to
adenocarcinoma

For nærmere info, se www.oeso.org.



FELLESKATALOGTEKST

Dipentum UCB

Aminosalisylpreparat

ATC-nr.: A07E C03

Tabletter 500 mg:

Hver tablett inneh.: Olsalazin, natr. 500 mg, const. q.s. Med delestrek.

Indikasjoner:

Vedlikeholdsbehandling av pasienter med ulcerøs kolitt i remisjon når sulfasalazin ikke tåles.

Dosering:

500 mg 2 ganger daglig. Dosetitrering anbefales for å unngå bivirkninger. Tas regelmessig og i forbindelse med måltid. Hvis en pasient opplever en vannrik diaré, bør dosen reduseres i noen dager før dosen økes igjen. Barn og eldre behandles med samme dose som voksne.

Kontraindikasjoner:

Overømfintlighet for salisylater eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler:

Forsiktighet bør utvises hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon og hos pasienter med alvorlig allergi eller astma.

Graviditet/Amning:

Overgang i placenta: Bør ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Går ikke over. Acetyltet olsalazin går over, men risiko for påvirkning av barnet er liten.

Bivirkninger:

Diaré, kvalme, maveknip og dyspepsi. Utslett, hodepine og ledd-smerter er rapportert.

Sjeldne: Svimmelhet, alopecia, hemolyse, leukopeni, granulocytopeni, anemi, trombocytopeni, perikarditt, fotosensitivitet og forhøyet nivå av leverenzymmer.

Enkeltilfeller av pankreatitt er beskrevet.

Egenskaper:

Klassifisering: Azoforbindelse sammensatt av to molekyler 5-aminosalisyldsyre (5-ASA).

Virkningsmekanisme: Ukjent. Olsalazin spaltes av tarmbakterier i tykktarm til aktivt 5-ASA som har antiinflammatorisk og immunsuppressiv virkning på tarmmucosa.

Absorpsjon: Spaltingen av olsalazin er hverken pH- eller tidsavhengig og fører derfor til ubetydelig absorpsjon i tynntarm. Konsentrasjon i tykktarm er mer enn 1000 ganger høyere enn i plasma.

Metabolisme: I colon metaboliseres en del 5-ASA til acetyl-5-aminosalisyldsyre (Ac-5-ASA).

Utskillelse: Hovedsakelig i fæces.

Pakninger og priser:

100 stk. kr 622,80.

Sist endret: 24.04.2006

c TachoSil «Nycomed Pharma»

Lokalt hemostatikum.

ATC-nr.: B02B C30

T MEDISINERT SVAMP: Hver cm2 inneh.: Humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2 IE, equint kollagen, humant albumin, natriumklorid, natriumsitrat, L-argininhydroklorid. Fargestoff: Riboflavin (E 101).

Indikasjoner: TachoSil er indisert som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen der standardteknikker ikke er tilstrekkelige.

Dosering: Kun til lokalt bruk. Skal bare brukes av erfarne kirurger. Det er utilstrekkelig informasjon om bruk til barn. Antall kollagensvamper som anvendes bør alltid være i samsvar med det underliggende kliniske behov, relatert til størrelsen på sårlåten og må vurderes individuelt av den behandlende kirurg. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 svamper (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 7 er rapportert. For mindre sårlåter, f.eks. ved minimal invasiv kirurgi, anbefales kollagensvamper av mindre størrelse (4,8 cm x 4,8 cm eller 3 cm x 2,5 cm).

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for virkestoffene eller for noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Kun til lokal bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Data for anvendelse ved neurokirurgi, karkirurgi eller ved gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Allergiske hypersensitivitetsreaksjoner kan oppstå. Tegn på hypersensitivitetsreaksjoner er utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustethet, hypotensjon og anafylaksi. Dersom disse symptomer/tegn oppstår, skal administreringen avbrytes umiddelbart. Hvis sjokktilstand inntreffer, skal gjeldende prosedyre for sjokkbehandling følges. Tiltak for å forebygging infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod eller plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver enkelt tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivering/fjerning av virus som en del av produksjonsprosessen. Til tross for dette kan en ikke fullstendig utelukke muligheten for overføring av smittsomme agens. Dette gjelder også virus eller patogener som hittil er ukjent. Tiltakene anses å være effektive mot kappekledd virus som HIV, HBV og HCV, og mot det ikke-kappekledd viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappekledd virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erytropoiese (f.eks. hemolytisk anemi). Av hensyn til pasientene anbefales det meget innstendig å journalføre navn og batchnummer hver gang preparatet benyttes.

Interaksjoner: Preparatet kan denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f.eks. antiseptiske oppløsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av preparatet.

Graviditet/Amning: Sikkerheten ved bruk under graviditet eller amning er ikke klarlagt. Eksperimentelle dyrestudier er utilstrekkelige til å vurdere reproduksjonstoksiske effekter, og/eller effekter på embryo-/fosterutvikling, svangerskapsforløp, fødsel og/eller postnatal utvikling. Skal ikke administreres til gravide og ammende kvinner, hvis ikke strengt nødvendig.

Bivirkninger: Sirkulatoriske: Livstruende tromboemboliske komplikasjoner kan forekomme dersom legemiddelet utilsiktet administreres intravaskulært.

Øvrige: Feber kan forekomme. Hypersensitivitet eller allergiske reaksjoner kan oppstå i sjeldne tilfeller hos pasienter behandlet med fibrin. I enkelte tilfelle har disse reaksjonene utviklet seg til alvorlig anafylaksi. Slike reaksjoner kan spesielt observeres ved gjentatt bruk av legemiddelet eller dersom det administreres til pasienter med kjent hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene.

Laboratorieverdier: Antistoffer mot innholdsstoffer i fibrinpreparater til sårlukking kan forekomme i sjeldne tilfeller.

Egenskaper: Klassifisering: Lokalt hemostatikum. Inneholder fibrinogen og trombin som et tørket belegg på overflaten av en kollagensvamp. Den aktive siden er farget gul. Virkningsmekanisme: Ved kontakt med fysiologiske væsker, f.eks. blod, lymfe eller fysiologisk saltvann, oppløses innholdsstoffene i belegget og diffunderer delvis inn i såroverflaten. Dette etterfølges av fibrinogen-trombinreaksjonen som initierer det siste trinnet av den fysiologiske blodkoagulasjonsprosessen. Fibrinogen blir omdannet til fibrinmonomere som spontant polymeriserer til et fibrinkoagel, og som på denne måten holder kollagensvampen fast til såroverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limeegenskaper som bidrar til å lukke såret. Metabolisme: Fibrinkoagelet metaboliseres på samme måte som endogent fibrin ved fibrinolyse og fagocytose. Kollagensvampen degraderes ved resorpsjon til vev. Ca. 24 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten noen tegn til lokal irritasjon.

Andre opplysninger: Leveres ferdig til bruk i sterile pakninger. For instruksjoner vedrørende bruk og håndtering, se pakningsvedlegg.

Pakninger og priser: 3 x 2,5 cm: 1 stk. kr 573,90. 5 stk. kr 2731,90. 4,8 x 4,8 cm: 2 stk. kr 3060,60. 9,5 x 4,8 cm: 1 stk. kr 2783,90.

Referanser:

- 1) Czerny et al. Collagen patch coated with fibrin glue components. J Cardiovasc Surg 2000;Vol 41:No4:553-557.
- 2) Carbon RT. Evaluation of biodegradable fleece-bound sealing: History, material science, and clinical application. Tissue engineering and biodegradable equivalents. Scientific and clinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gresser JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002.



Innovation for specialists™

UCB PHARMA AS

Grini Næringspark 8B
1361 Østerås

Tlf: +47 67 16 58 80

Faks: +47 67 16 58 81

www.ucb-group.com



C Somac "ALTANA Pharma AG"

Syrepumpehemmer, saltsyresekretjonshemmende middel.

ATC-nr.: A02B C02

ENTEROTABLETTER 20 mg og 40 mg: Hver enterotablett inneholder: Pantoprazolnatriumsesquihydrat tilsv. pantoprazol 20 mg, resp. 40 mg, mannitol 21,3 mg, resp. 42,7 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 20 mg: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 40 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

PULVER TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 40 mg: Hvert ferdigglass inneholder: Pantoprazolnatrium 42,3 mg tilsv. pantoprazol 40 mg, dinatriumedetahydrat, natriumhydroksoid.

Indikasjoner: 20 mg: Behandling av mild refluxsyddom og tilhørende symptomer (f.eks. sure oppstøt og halsbrann). Langtidsbehandling av refluxsøsofagitt inkl. tilbakefallsprofylakse. Forebygging av gastroduodenalsår induisert av ikke-selektive ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), hos risikopasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling. 40 mg: Behandling av duodenalsår, ventrikkelår og refluxsøsofagitt. Zollinger-Ellisons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syresekretjon. Kun enterotabletter: Tillegg til antimikrobiell behandling når eradikering av *Helicobacter pylori* hos voksne skal utføres ved ulcusssyddom.

Dosering: Enterotablettene svelges hele med litt vann ca. 1 time før frokost. Tablettene må ikke knuses eller tygges. Mild refluxssyddom og tilhørende symptomer (f.eks. sure oppstøt og halsbrann): Anbefalt dose 20 mg daglig, vanligvis i 4 uker. Ytterligere 4 ukers behandling dersom bedring ikke sees. Ved oppnådd symptomfrihet kan tilbakefall behandles ved å bruke 20 mg daglig ved behov. Bytte til kontinuerlig behandling kan overveies hvis tilfredsstillende symptomkontroll ikke kan opprettholdes med behandling ved behov. Langtidsbehandling av refluxsøsofagitt inkl. tilbakefallsprofylakse: En vedlikeholdsdose på 20 mg daglig anbefales, med økning til 40 mg daglig ved tilbakefall. Etter bedring av tilbakefall kan dosen reduseres til 20 mg. Refluxsøsofagitt: 40 mg i 1 gang daglig, vanligvis i 4 uker. I de tilfeller der lesjonen ikke er tilhelet, anbefales ytterligere 4 ukers behandling. Forebygging av gastroduodenalsår induisert av NSAIDs hos risikopasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling: Anbefalt dose 20 mg daglig. Duodenalsår: 40 mg i 1 gang daglig, vanligvis i 2 uker. I de tilfeller der såret ikke er tilhelet, anbefales ytterligere 2 ukers behandling. Ventrikkelår: 40 mg i 1 gang daglig, vanligvis i 4 uker. I de tilfeller der såret ikke er tilhelet, anbefales ytterligere 4 ukers behandling. Trippelregimer ved eradikering av *Helicobacter pylori* ved ulcusssyddom: Anbefalt regime: Pantoprazol 40 mg + amoksisillin 1 g + metronidazol 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke. Ved tilbakefall eller manglende effekt av anbefalt regime, bør resistensbestemelse finne sted før annenhåndsbehandling institueres. Annenhåndsbehandling: Pantoprazol 40 mg + amoksisillin 1 g + klaritromycin 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke eller pantoprazol 40 mg + metronidazol 500 mg + klaritromycin 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke. Langtidsbehandling av Zollinger-Ellisons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syresekretjon: Behandlingen bør starte med en døgndose på 80 mg. Deretter kan dosen justeres etter behov i h.t. syresekretjonen. Ved doser >80 mg i døgnet deles dosen og 2 ganger daglig. En midlertidig økning av dosen til >160 mg i døgnet er mulig, men bør ikke brukes lenger enn nødvendig. Behandlingsvarighet bør tilpasses pasientens behov. Pulver til injeksjonsvæske: I de tilfeller der pasienten ikke kan behandles peroralt, anbefales 40 mg pr. dag gift som i.v. injeksjon over en periode på 2-15 minutter. Dersom rask kontroll av syresekretjonen er påkrevd, er en startdose på 2 x 80 mg i.v. tilstrekkelig til å senke syreproduksjonen til <10 mekv/time innen en time. Så snart peroral behandling anses mulig, bør i.v. behandling seponeres, og peroral behandling begynne. Kinektforandringer hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon anses ikke å være klinisk relevante, og dosejustering er derfor ikke nødvendig. Pantoprazol dialyseres i svært liten utstrekning.

Kontraindikasjoner: Overomfintlighet for innholdsstoffene. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon skal kombinasjonsbehandling ved eradikering av *Helicobacter pylori* ikke gis, da det foreligger ikke foreliggende data på sikkerhet og effekt for bruk til disse pasientene.

Forsiktighetsregler: Før behandlingsstart må cancer søsofagi eller cancer ventriculi utelukkes da behandling med pantoprazol kan maskere symptomer på cancer og dermed forsinke diagnosen. Ulcusdiagnosene skal første gang verifiseres ved røntgen eller endoskopi. Refluxsøsofagitt skal påvises endoskopisk og/eller ved biopsi. Klinisk erfaring med barn mangler. Ved sterkt nedsatt leverfunksjon bør leverenzymr overvåkes jevnlig, spesielt ved langtidsbruk. Ved forhøyede leverenzymrverdier skal behandlingen med preparatet avbrytes. Pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon bør ikke ta høyere doser enn 20 mg pantoprazol. Ved langtidsbehandling, spesielt ved behandling i mer enn 1 år bør pasienten kontrolleres jevnlig. Bruk av 20 mg for å forebygge gastroduodenalsår induisert av NSAIDs bør kun gis til pasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling, og som har økt risiko for utvikling av gastrin testinale komplikasjoner. Den økte risikoen skal vurderes i.h.t. individuelle risikofaktorer, f.eks. høy alder (>65 år), tidligere tilfeller av gastro- eller duodenalsår eller gastrointestinal blødning i øvre del. I langtidsstudier på rotte er det etter behandling med pantoprazol i doser som tildeles gir fullstendig hemning av saltsyresekretjonen, sett forekomst av ECL-celle hyperplasi og ECL-celle karsinoider. Disse forandringene er satt i sammenheng med de økte gastrinnivåer som oppstår sekundært til markant syresekretjonshemming. Disse funn antas ikke ha klinisk betydning ved korttidsbehandling. I.v. administrering anbefales bare der peroral behandling ikke er egnet. Dosen på 40 mg/dag bør ikke overskrides hos eldre pasienter og hos pasienter med nyresvikt. Ved Zollinger-Ellisons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syresekretjon, kan pantoprazol redusere absorpsjonen av vitamin B12 (cyanokobalamin).

Interaksjoner: Pantoprazol synes å ha lavt potensiale for å påvirke farmakokinetikken til andre legemidler. Dersom absorpsjonen av et legemiddel er pH-avhengig (f.eks. ketokonazol), kan absorpsjonen endres ved samtidig administrering. Muligheten for interaksjoner med legemidler som metaboliseres via cytochrom P-450-systemet kan ikke utelukkes. Noen få isolerte tilfeller av forandringer i INR er rapportert ved samtidig bruk av fenprokumon og warfarin. Pasienter som behandles med kumarin antikoagulanter skal kontrolleres med protrombin tid/INR etter start av behandling, ved avsluttet behandling eller ved uregelmessig bruk av pantoprazol.

Graviditet/Amning: Pantoprazol har i dyreforsk vist en svak embryotoksisk effekt, samt en postnatal effekt ved eksponering gjennom laktasjonen. Pantoprazol bør derfor ikke benyttes under graviditet og amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Abdominalsmerte, diaré, forstoppelse og gassdannelse. Hodepine. Mindre hyppige: Kvalme/brekninger. Svimmelhet, synsforstyrrelser (sløret syn). Allergiske reaksjoner som utslett og kløe. Sjeldne (<1/1000): Munntørhet. Antragi. Leukopeni, trombocytopeni. Ødem, feber, depresjon og muskelverk. Anafylaktiske reaksjoner inkl. anafylaktisk sjokk. Alvorlig hepatocellulær skade som kan føre til gulsott eller leversvikt. Økte leverenzymr (transaminaser, ?-GT) og forhøyede triglyserider. Interstitiell nefritt. Urticaria, angioedem, alvorlige hudreaksjoner som Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme, Lyells syndrom, fotosensitivitet.

Overdosering/Forgiftning: Opplysninger om overdose hos menneske foreligger ikke. Intravenøs enkeltdose på 240 mg, over en periode på 2 minutter, tolereres godt. Behandling: Symptomatisk.

Oppbevaring og holdbarhet: Opplysningen må brukes innen 12 timer etter tilberedning. Kjemisk og fysisk stabilitet er dokumentert for 12 timer ved 25°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør produktet benyttes umiddelbart. Bruken er usvartidig for lagringsstid og lagringsforhold om preparatet ikke benyttes umiddelbart etter tilberedning. Denne lagringen bør normalt ikke overstige 12 timer ved 25°C dersom tilberedningen ikke har funnet sted under kontrollerte og validerte aseptiske betingelser.

Andre opplysninger: Pulver til injeksjonsvæske oppløses i 10 ml natriumklorid injeksjonsvæske 9 mg/ml. Opplysningen kan administreres direkte eller blandes med 100 ml natriumklorid injeksjonsvæske 9 mg/ml eller glukose infusjonsvæske 50 mg/ml. Somac skal ikke blandes med andre væsker enn de som er nevnt.

Pakninger og priser: Enterotabletter: 20 mg: Enpac: 14 stk. kr 98,40, 56 stk. kr 312,50, 40 mg: Enpac: 100 stk. kr 877,30, Enpac: 14 stk. kr 148,30, 28 stk. kr 269,80, 56 stk. kr 506,40. Pulver til injeksjonsvæske: Hettegl.: 5 stk. kr 404,30. T: 41b).

Refusjon: Behandlingen skal være instituert av spesialist i indremedisin, kirurgi, øre-nese-halsyddommer eller pediatri, eller på tilsvarende spesialavdeling eller spesialpoliklinikk i sykehus. Ved senere forskrivning av annen lege skal vedkommende lege føre opp på resepten hvilken institusjon/-spesialist som har initiert behandlingen.

Sist endret: 08.02.2007

Referanser:

- Gillissen et al, 40 mg Pantoprazole and 40 mg Esomeprazole Are Equivalent in the Healing of Esophageal Lesions and Relief From Gastrophageal Reflux Disease related Symptoms. J Clin Gastroenterol 2004; 38: 332-340.
- Blume et al, Pharmacokinetic Drug Interaction Profiles of Proton Pump Inhibitors, Drug Safety 2006; 29 (9): 769-784 2003; Vol. 98, No.12
- Produktomtalen



Partner for bedre helse™

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Besøksadr: Lilleakerveien 2B - Tlf: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92

www.pfizer.no

HUMIRA

adalimumab

Ny indikasjon:
alvorlig Crohns sykdom

C Reklametekst for Humira «Abbott» ved Crohns sykdom A17 ATC-nr.: L04A

Immunosuppressivt middel.

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 40 mg/0,8 ml: Hver ferdigfylte penn/sprøyte inneholder: Adalimumab 40 mg og hjelpestoffer (se SPC). **Indikasjoner:** Reumatoid artritt, psoriasis artritt og Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt): Se SPC for fullstendig indikasjonsordlyd. Crohns sykdom: Behandling av alvorlig aktiv Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat behandling med et kortikosteroid og/eller et immunosuppressivt legemiddel, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjoner mot slik behandling. Ved induksjonsbehandling bør adalimumab gis i kombinasjon med kortikosteroider. Humira kan gis som monoterapi ved intoleranse mot kortikosteroider eller når fortsettelse av behandling med kortikosteroider ikke er hensiktsmessig.

Dosering: Under behandling med Humira bør annen samtidig terapi (f.eks. kortikosteroider og/eller immunomodulerende midler) være optimalisert. Humira administreres som subkutan injeksjon. Voksne: Reumatoid artritt, psoriasis artritt og Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt): Se SPC. Crohns sykdom: Anbefalt induksjonsregime hos voksne pasienter med alvorlig Crohns sykdom er 80 mg initialt (ved uke 0) etterfulgt av 40 mg annenhver uke (fra uke 2). Ved behov for rask behandlingsrespons kan følgende dosering brukes: 160 mg i uke 0 (dosen kan gis som fire injeksjoner i løpet av en dag eller to injeksjoner per dag på to påfølgende dager), og 80 mg i uke 2. Risikoen for bivirkninger er høyere ved denne induksjonsdoseringsen. Etter induksjonsbehandling er anbefalt dose 40 mg annenhver uke. I løpet av vedlikeholdsbehandling kan kortikosteroider gradvis seponeres i henhold til kliniske retningslinjer. Enkelte pasienter som erfarer en reduksjon i respons kan ha nytte av en doseøkning til 40 mg Humira hver uke. Eldre: Det er ikke nødvendig med justering av dosen. Nedsatt nyre- og leverfunksjon: Erfaring mangler. Barn og ungdom: Det er ingen erfaring hos barn. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for et eller flere av innholdsstoffene. Aktiv tuberkulose eller annen kraftig infeksjon som sepsis, samt opportunistiske infeksjoner. Moderat til alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse III/IV). **Forsiktighetsregler:** Pasienten må overvåkes nøye med henblikk på mulige infeksjoner, deriblant tuberkulose, før, under og etter behandlingen. Da eliminering av adalimumab kan ta opp til fem måneder, bør overvåking fortsette ut denne perioden. Behandling med adalimumab bør ikke innledes hos pasienter med aktive, kroniske eller lokaliserte infeksjoner, før infeksjonene er under kontroll. Pasienter som utvikler en ny infeksjon i løpet av behandlingen bør overvåkes nøye. Dersom pasienten utvikler en ny alvorlig infeksjon bør behandlingen seponeres inntil infeksjonene er under kontroll. Legen bør utvise varsomhet i forbindelse med bruk av preparatet til pasienter som har hatt gjentatte infeksjoner eller som har underliggende lidelser som predisponerer for infeksjoner, inkl. samtidig bruk av immunosuppressive legemidler. Det er påvist økt risiko for alvorlige infeksjoner hos pasienter som får adalimumab. Spesielt viktige er infeksjoner som pneumoni, pyelonefritt, septisk artritt og septikemi. Tilfeller av tuberkulose er rapportert. De fleste tuberkulosestilfeller er ekstrapulmonale, dvs. disseminerte. Alle pasienter må vurderes med henblikk på både aktiv og latent tuberkulose infeksjon før behandling med adalimumab innledes. Hvis latent tuberkulose diagnostiseres, skal nødvendig profylakse innledes i.h.t. nasjonale anbefalinger før behandlingen startes opp. Alvorlige opportunistiske infeksjoner, f.eks. pneumocystis carinii pneumoni, disseminert histoplasmosse, listeriose og aspergillose, er rapportert. Dersom pasienten viser forlengede/avvikende symptomer/sykdomstegn på infeksjoner eller generell forverring, må alminnelig opportunistisk behandling vurderes. Reaktivert av hepatitt B har forekommet hos pasienter som er kroniske bærere av viruset og som behandles med TNF-antagonister. Noen tilfeller var fatale. Pasienter med risiko for HBV-infeksjon, bør utredes for HBV-infeksjon før start av behandling med adalimumab. HBV-bærere som krever behandling med adalimumab bør overvåkes nøye m.h.t. sykdomstegn og symptomer på aktiv HBV-infeksjon under behandlingen, og flere måneder etter avsluttet behandling. Adalimumab bør seponeres hos pasienter som utvikler HBV-reaktivert og effektiv antiviralterapi med passende støttebehandling bør startes. Forskrivende lege bør utvise varsomhet ved bruk til pasienter med tidligere eksisterende eller nylig oppståtte symptom på demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet. Beskyttelseshetten over sprøytespissen inneholder naturgummi (lateks). Dette kan forårsake alvorlige allergiske reaksjoner hos pasienter som er sensitive for lateks. Sjeldne tilfeller av pancytopeni inkl. aplastisk anemi er rapportert med TNF-antagonister. Alle pasienter bør rådes til øyeblikkelig å søke medisinsk hjelp hvis de utvikler tegn og symptomer på blodsykaskier (f.eks. vedvarende feber, blodutredelser, blødninger, pallor) under behandling med adalimumab. Seponering av behandling med adalimumab bør vurderes hos pasienter med bekreftede hematologiske verdier signifikant avvikende fra normalområdet. Samtidig administrering av levende vaksiner anbefales ikke, da data mangler. Ved samtidig bruk av en TNF-antagonist har det vært observert forverret hjertesvikt og økt mortalitet pga. hjertesvikt. Det bør utvises varsomhet ved bruk av adalimumab hos pasienter med lett hjertesvikt (NYHA klasse I/II). Behandlingen skal seponeres hos pasienter som utvikler nye eller forverrede symptomer på hjertesvikt. Videre behandling med adalimumab skal stoppes dersom pasienten utvikler symptomer på lupuslignende syndrom

er positiv for antistoffer mot dobbeltkjedet DNA. Sikkerhet og effekt av anakinra brukt i kombinasjon med adalimumab er ikke klarlagt. Kombinasjonen anbefales derfor ikke. Mulig risiko for utvikling av lymfomer eller andre maligniteter kan ikke utelukkes. Manglende respons på behandling av Crohns sykdom kan indikere en vedvarende fibrotisk striktur som kan kreve kirurgisk behandling. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Bruk under graviditet anbefales ikke. Kvinner i fruktbar alder anbefales sterkt å benytte hensiktsmessig prevensjon under behandlingen og fortsette å bruke det i minst 5 måneder etter siste behandling. Overgang i morsmelk: Ukjent. Amning skal unngås i minst 5 måneder etter siste behandling. **Bivirkninger:** Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. smerte, hevelse, rødhet og kløe). Hyppige (>1/100): Blod: Lymfopeni. Gastrointestinale: Diaré, abdominal smerte, stomatitt og munnsår, kvalme. Hud: Utslett, dermatitt og eksem, kløe, hårfall. Lever: Stigning i leverenzymr. Lufteveier: Hoste, smerter i nasofarynx. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i skjelettmuskulatur. Neurologiske: Svimmelhet (inkl. vertigo), hodepine, neurologiske sanseforstyrrelser (inkl. parestesi). Øye: Infeksjon, iritis eller inflammasjon. Øvrige: Infeksjoner i nedre lufteveier (inkludert pneumoni, bronkitt), vire infeksjoner (inkl. influensa, herpesinfeksjoner), candidiasis, bakterielle infeksjoner (inkl. urinveisinfeksjoner), vire lufteveisinfeksjoner. Pyreksi, tretthet (inkl. asteni og sykdomsfølelse). Mindre hyppige (>1/1000): Blod: Nøytropeni (inkl. agranulocytose), trombocytopeni, anemi, lymfadenopati, leukocytose. Gastrointestinale: Rektal hemorroider, gastritt, oppkast, dyspepsi, luftproblemer, obstipasjon. Hud: Urticaria, ekkytose og blodutredelser, purpura. Hørsel: Øreus, øresveiser (inkl. smerte og hevelse). Laboratorieforstyrrelser: Forhøyet kreatinofosfatase, forlenget aktivert partiell tromboplastintid, tilstedeværende autoantistoffer lufteveier: Astma, dyspné, dysfoni, tett nese. Metaboliske: Hypokalemi, økte lipider, appetittsyddommer (inkl. anoreksi), hyperurikemi. Neurologiske: Synkope, migræne, tremor, søvnforstyrrelser. Psykiske: Sinnsdeler, angst (inkl. nervøsitet og agitasjon). Sirkulatoriske: Arytmi, takykardi, palpitasjoner. Hypertensjon, flushing og hematomer. Syn: Synsdelser, okuler sanseforstyrrelser. Urogenitale: Hematuri, nedsatt nyrefunksjon, blære- og uretasymptomer. Forstyrrelser i menstruasjonsyklus og uterinblødning. Øvrige: Sepsis, opportunistiske infeksjoner (inkl. tuberkulose, histoplasmosse) abscess, leddinfeksjon, sårinfeksjon, hudinfeksjon (inkl. cellulitt og impetigo), overfladiske soppiinfeksjoner (inkl. hud, negl og føtter). Systemisk lupus erythematosus, angioedem, hypersensitivitet mot legemidler, seneogvariabel allergi. Hudpapillomer. Brystmerter, ødem, influensalignende sykdom. Tilfeldig skade, svekket helbredelse. Sjeldne: Glaukom, hudkreft, forstyrrelser i bukspyttkjertel, protein i urin, se for øvrig SPC. **Overdosering/Forgiftning:** Dosebegrensende toksisitet er ikke observert. Høyeste doseringsnivå som har vært undersøkt er multiple intravenøse doser på 10 mg/kg. **Egenskaper:** Klassifisering: Selektivt immunosuppressivt middel. Adalimumab er et rekombinant human monoklonalt antistoff. Virkningsmekanisme: Binder seg spesifikt til TNF og nøytraliserer TNFs biologiske funksjon ved å blokkere interaksjonen med TNF-reseptorene p55 og p75 på cellevoverflaten. Modulerer også biologiske responser som indueres av TNF, deriblant endringer i mengden av adhesjonsmolekyler som er ansvarlig for leukocyttmigrasjonen (ELAM, VCAM-1 og ICAM-1). Fordeling: Distribusjonsvolum: 5-6 liter. Halveringstid: Ca. 2 uker. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap ved 2-8°C. Oppbevar sprøyten i ytteremballasje. Må ikke fryses. **Andre opplysninger:** Leveres både i ferdigfylte pinner og ferdigfylte sprøyter klare for bruk. **Pakninger og priser:** Ferdigfylte pinner: 2 x 0,8 ml, hver med et injeksjonstørk i blisterpakning, kr. 11 376,90. Ferdigfylte sprøyter: 2 x 0,8 ml, hver med et injeksjonstørk i blisterpakning, kr. 11 376,90.

Referanser:

- Felleskatalogen juli 2007: midler mot TNF
- Hanauer, SB et al, Human Anti-Tumor Necrosis Factor Monoclonal Antibody Adalimumab in Crohn's Disease: the CLASSIC-I Trial. GASTROENTEROLOGY 2006; 130:323-333
- Colombel JF et al Adalimumab for Maintenance of Clinical Response and Remission in Patients With Crohn's Disease: the CHARM Trial Gastroenterology 2007 132 52-65.
- Humira SPC, ref. www.slv.no

© Abbott Norge AS • Postboks 1 • 1330 Fornebu
Tlf: 815 59 920 • August 2007

Abbott
A Promise for Life

A PRIORITERT
PRIORITAIRE

Eftersendes ikke ved varig adresseendring, men sendes
tilbake til senderen med opplysninger om den nye adressaten.



NORGE

NGF

P.P.

DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE

TAZOCIN

(piperacillin/tazobactam)



FOREBYGG uønskede problemer...

PIPERACILLIN KOMBINERT MED β -LAKTAMASE
INHIBITOREN TAZOBACTAM

Indikasjon

- Intraabdominale infeksjoner
- Nosokomial pneumoni hos voksne



Wyeth

Wyeth, Drammensveien 145b, 0277 Oslo, Telefon: 4000 2340, Telefax: 4000 23 41