

Vintermøtet 2010

side 24



Tema: Proktologi
side 7



ECCO-møtet 2010
side 13



Prisvinnere
side 26



Livet går videre

også for pasienter med PBC

Å få en alvorlig diagnose som PBC kan føre til at mange pasienter føler de har havnet i en håpløs situasjon. Nettopp derfor er det viktig å formidle at det finnes et behandlingsalternativ som gir håp.

Vet du nok om Ursofalk og effekten den kan ha på PBC-pasienter?

Bestill vår informative pasientbrosjyre på tlf: 66 75 33 00.



© Ursofalk «Dr. Falk»
Gallesyrepreparat.

ATC-nr.: A05A A02

T KAPSLER, harde 250 mg: Hver kapsel inneholder: Ursodeoksykolsyre 250 mg. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Til oppløsning av symptomatiske, røntgennegative gallestenene mindre enn 15 mm i diameter, i en fungerende galleblære med en åpen ductus cysticus, med eller uten forutgående ekstrakorporal sjokkboligelltotripsi. Primær bilær cirrhose.

Dosering: Svelges hele med rikelig væske. *Oppløsning av gallesten:* 10 mg pr. kg kroppsvikt daglig ved sengetid (60 kg 2 kapsler, 70-80 kg 3 kapsler, 90-100 kg 4 kapsler). Hvis gallestenene ikke er blitt mindre etter 12 måneder, bør behandlingen avsluttes. *Primær bilær cirrhose:* 10 mg pr. kg kroppsvikt (til 60 kg 2 kapsler: 1 morgen og 1 kveld, til 70 kg 3 kapsler: 1 morgen, 1 middag og 1 kveld, til 100 kg 4 kapsler: 1 morgen, 1 middag og 2 kveld). Ingen restriksjon på varighet av behandlingen. Ved kløe fortsetter behandlingen med 1 kapsel daglig som gradvis økes til anbefalt dose.

Kontraindikasjoner: Akutt inflammasjon i galleblære og gallegang. Obstruksjon i galleanalene.

Forsiktighetsregler: I de første tre måneder anbefales måling av ASAT, ALAT og gamma-GT hver 4. uke, senere hver 3. måned. Avhengig av gallestensdiameter, bør peroral kolecytografi i stående og liggende stilling utføres hver 6.-10. måned.

Interaksjoner: Samtidig bruk av kolestyramin, kolestipol eller antacida som inneholder aluminiumhydroksid, binder UDCA i tarmen og reduserer absorpsjonen og effekten.

Graviditet/Amning: *Overgang i placenta:* Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrstudier indikerer mulige reproduksjonstoksiske effekter. Preparatet bør bare gis under graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. *Overgang i morsmelk:* Går i liten grad over.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Forkalkning av gallesten. *Sjeldne (<1/1000):* Gastrointestinale: Løs avføring. Hud: Kløe.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Diaré. *Behandling:* Dosereduksjon, ev. seponering.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ursodeoksykolsyre (UDCA) er en hydrofil gallesyre. *Virkningsmekanisme:* Ved røntgennegative gallestenene øker tilførsel av UDCA løseligheten av kolesterol i gallen og reduserer intestinal absorpsjon av kolesterol. Ved behandling av primær bilær cirrhose synes en økning av UDCA og reduksjon av toksiske og endogene, hovedsakelig lipofile gallesyrer i gallen, å ha størst betydning. Dessuten vil stimulering av gallestremmen føre til raskere omsetning av gallesyrene. Intestinal reabsorpsjon av bl.a. kolsyre og andre gallesyremetabolitter reduseres. *Absorpsjon:* 60-80%. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1-3 timer. «First pass»-metabolisme er opptil 60%. Inngår i den enterohepatiske sirkulasjon av gallesyrer. Halveringstid: 3,5-5,8 dager. *Metabolisme:* I lever. *Utskillelse:* Via gallen.

Pakninger og priser: Enpac: 100 stk, kr 469,80.

Sist endret: 03.02.2003

MEDA

Meda AS • Askerveien 61 • 1384 ASKER • Tlf.: 66 75 33 00 • Faks.: 66 75 33 33 • www.meda.no

Tema: Proktologi

Side 7



5 Redaktørens hjørne

5 Leder

Tema: Proktologi

7 Proktologi – i grenseland mellom kirurgi og medisin

8 Oppdatert om hemoroidekirurgi

10 Sakralnervestimulering i behandling av anal inkontinens

Nytt fra miljøene

13 Inntrykk fra ECCO-møtet i Praha 25.–27. februar 2010

15 Abstrakter

16 Spesialiteten i fordøyelsessykdommer. Et tilbakeblikk

19 ESD-trening. Rikshospitalet desember 2009

21 Skleroserende mesenteritt (SM)

23 Doktorgrader

Vintermøtet 2010

25 Årsrapport fra NGF-styret 2009

28 Gastronet frokostmøte

29 Årsmøtepriser

33 Blinksquaddet

Kurs og konferanser

33 Nordic Digestive Disease Week

34 Forskningsfondet for cøliaki

34 Matoverfølsomhet hos voksne

35 Abdominal ultrasound

Leder

Björn I Gustafsson
Gastroenterologisk seksjon
St. Olavs hospital
bjorn.gustafsson@ntnu.no

Kasserer

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

Styremedlemmer:

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

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

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

Øystein Hovde
Gastroenterologiskseksjon,
Sykehuset innlandet Gjøvik
T: 61 15 70 02
Oistein.Hovde@sykehuset-innlandet.no

Kristinn Eriksson
Gastrokirurgisk avdeling,
Stavanger universitetssykehus
erkr@sus.no

Redaktør:

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

Redaksjonskomité:

Vemund Paulsen
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
Vemund.Paulsen@rikshospitalet.no

Kim Ånonsen
Oslo universitetssykehus, Ullevål
KimVidar.Anonsen@ullevaal.no

Webmaster:

Esben Riise

NGF's hjemmeside:
www.legeforeingen.no/gastro



Inntrykk fra ECCO-møtet

Side 13



Vintermøtet 2010

Side 24

Annonser i NGF-nytt

Gjennom NGF-nytt når du eksklusivt norske gastrointresserte leger. Foreningen har ca. 470 leger som medlemmer. NGF-Nytt distribueres også til alle avdelingsoverlegene på medisinske 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:

- Helse, 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	Høyde
1/1 side (satsflate)	190	277 mm
1/1 side (utfallende)	210 (+5) mm	297 (+5) mm
1/2 side (satsflate)	190 mm	138,5 mm
1/2 side (utfallende)	210 (+5) mm	148,5 (+5) mm
Kvartside (satsflate)	91	138 mm

Høyoppløste (300dpi) PDF-filer, der fonter + høyoppløste bilder er inkludert.

Utgivelsesplan 2010

	Materiellfrist	Utgivelse
Nr. 2	29/5	15/6
Nr. 3	13/9	25/9
Nr. 4	1/12	15/12

Design, produksjon og annonsesalg:

DRD • DM, Reklame & Design AS, www.drd.no
Annonser: Ragnar Madsen: 22 59 90 07 / 92 84 84 02



www.remicade.no



Thomas de Lange
Redaktør

Kjære lesere

Endoskopikontroller

Vintermøtet på Lillehammer var som vanlig en ubetinget suksess. Torsdagsymposiet var midt i blinken for de fleste. En av utfordringene er at svært mange kontrollrutiner ikke er evidenced based, men basert på kvalifisert synsing. Vi trenger faglig nasjonal støtte på dette siden internasjonale krav ligger høyere enn hva mange tror er nødvendig. "Dessverre" ser det ut til at Norske retningslinjer vil øke kravene til frekvensen av kontroller uten at det tilføres nye ressurser.

IBD

Mange av oss opplever at mange IBD pasienter har et komplisert sykdomsforløp som gir oss store utfordringer i hverdagen. De siste årenes utvikling av nye behandlingsstrategier gir oss økte muligheter til å hjelpe pasientene. Imidlertid er behandlingen kostnadskreven, slik at det er viktig at riktige pasienter får behandlingen. Dette krever store innsatser. Fremover kan sykepleiere være gode hjelpere og avlaste legene. Det er gledelig at det er vedtatt at sykepleierkonsultasjoner fra nyttår også inngår i refusjonsordning for poliklinisk virksomhet.

Prioriteringer

De siste par årene har det dukket opp prioriteringsveiledere for de fleste spesialiteter. Dette vil være et viktig bidrag for at pasienter som henvises spesialisthelsetjenesten, skal vurderes likere over det ganske land.

Neste skritt blir å harmonisere de forskjellige veilederne mot hverandre, slik at presumtivt like alvorlige diagnoser får samme prioritet. Dette blir nok en større utfordring.

Faste spalter

Blinkskuddet og Snublefot ønsker vi å ha som faste spalter. Jeg håper virkelig at dere lesere nå tar sats og begynner å sende inn deres bidrag.

Undertegnede kommer i løpet av høsten å gi seg som redaktør etter 3 år med meget givende arbeid.

Vi går inn i en interimfase der Stephan Brackmann er red. aspirant, dette medfører at redaksjonen utvides til 4 medlemmer. Det øker slagstyrken ytterligere.

Sannsynligvis vil undertegnede fortsette som medlem av red. komiteen en stund til.

LEDER



Bjørn Gustafsson
Leder NGF

Rekordmange kollegaer møtte i år til NGFs Vintermøte på Lillehammer. Tilbakemeldingene har vært positive og vitner om et faglig så vel som sosialt vellykket møte. NGF-styrets årsrapport, årsmøtoreferat og en oversikt over prisvinnere er trykket i dette nummer av NGF-nytt.

Torsdagsmøtet omhandlet nytten av endoskopi-kontroller, et tema som fanget stor interesse i salen. Flotte foredrag ble fulgt av gode diskusjoner.

Forsamlingen konkluderte med at møtet hadde gitt et grunnlag for NGF å arbeide videre med. Det ble enighet om at ekspertgruppen som ble utsett for å sette sammen programmet og lede Torsdagsmøtet skal fortsette å arbeide sammen med målsetning om å utarbeide veiledere for endoskopikontroller.

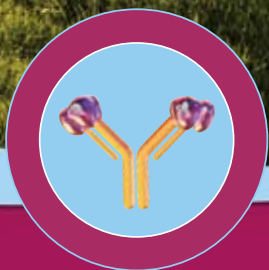
Under generalforsamlingen, ledet av Arild Nesbakken, ble NGF-styrets årsrapport lagt frem og regnskapet for 2009 presentert. NGFs interessegrupper og spesialistkomiteen presenterte også årsrapporter som vitnet om gedigen aktivitet i 2009. Grunnet det lave rentenivået og lavere avkastning, ble utdelingen fra NGFs forskningsfond noe lavere enn i fjor. Tre søkere

ble tildelt stipend og deler på totalt kr 87 000. Rapport fra Scandinavian Journal of Gastroenterology ble lagt frem av editor Kristian Bjørø. Manuskript-tilgangen i 2009 var god og "Impact"-faktoren stigende. Antallet norske manuskript er stabilt, men flere bidrag er ønsket. Takket være en stor arbeidsinnsats av trioen Bjørø, Waldum og Aabakken, er bedømmelsestiden for innsendte manuskript blitt kortet ned.

Fredagens frokostmøte var nyttig og informativt, med mange fremmøtte på et tidlig tidspunkt. Blant annet informerte Geir Hoff om forestående planer om populasjonsbasert screening for kolorektal cancer.

Til slutt ønsker jeg å takke Thomas de Lange for sin flotte innsats som redaktør for NGF-nytt.

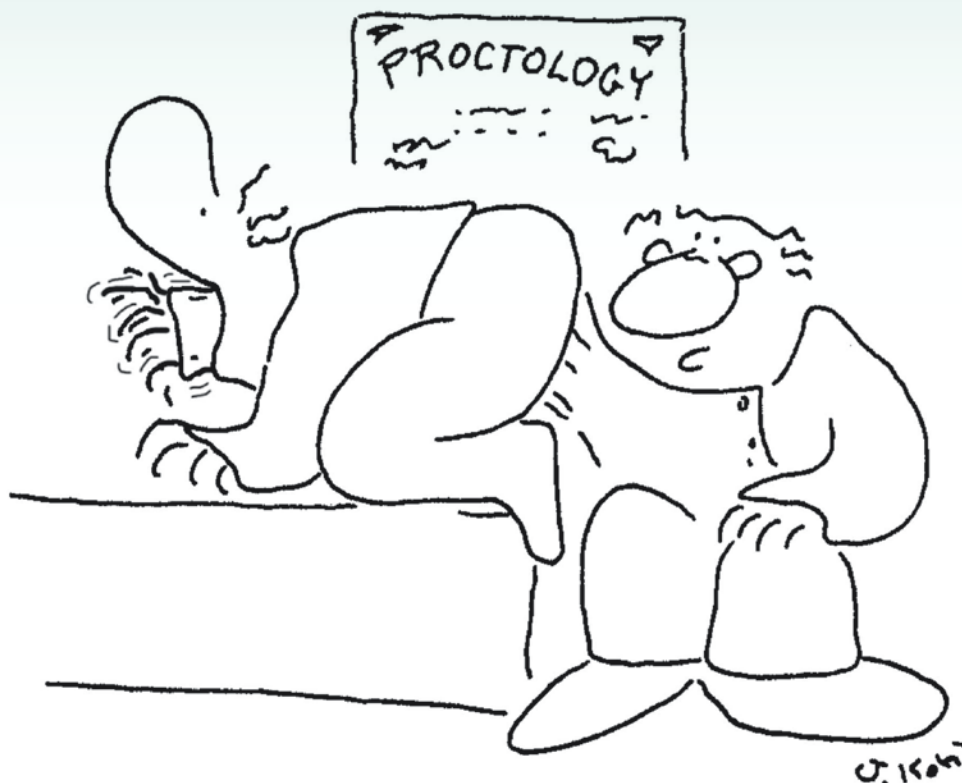
Under Thomas' tid som redaktør har tidsskriftet holdt et stabilt høyt nivå med spennende artikkelserier og rapporter fra gastromiljøets aktiviteter. Ny redaktør blir Stephan Brackmann som sammen med de nå erfarne co-redaktørene Kim Ånonsen og Vemund Paulsen blir ansvarlig fra og med NGF-nytt nr 2.



HUMIRA
adalimumab

©2009 Abbott Norge as • Postboks 1 • 1330 Fornebu • Tlf: 815 59 920 • September 2009

 **Abbott**
A Promise for Life



"Nope...I can't seem to find the obstruction."

Proktologi

– i grenseland mellom kirurgi og medisin

Tekst: Thomas de Lange og Kim V. Ånonsen.

Anus et følsomt kapittel

Den anale/perianale regionen er et av kroppens mest følsomme og tabubelagte områder. Mange pasienter tar ikke opp disse problemene spontant, men lider i det stille på tross av at plagene volder store bekymringer, smerter og hygieniske problemer. Vi ønsket derfor å sette fokus på denne problemstillingen i dette nummeret. Vi hadde planlagt bred dekning, men det har dessverre vært vanskelig å finne bidragsytere. De bidragene vi fikk, holder imidlertid høy kvalitet.

Vurdering av mer alvorlige perianale plager krever stor erfaring og kompetanse. Beklageligvis er det relativt få sykehus som har dedikerte proktologer slik at denne pasientgruppen ofte ikke får den hjelpen de fortjener. Det er ofte de yngste assistentlegene som blir satt til å ano-rectoskopere på poliklinikken; dette kan være et signal om at oppgaven ikke har høyeste prioritet.

For indremedisinere er dette fremfor alt en utfordring hos pasienter med IBD, i.e. Crohns sykdom.

Crohn-manifestasjoner

Crohn er en mangefasettert sykdom der debutsymptomene kan være forvirrende og uklare slik at den endelige diagnosen og adekvat behandling forsinkes. Mange glemmer at perianal affeksjon ofte kan være debutsymptom på Crohn. Det skyldes blant annet både at pasienten ikke har tarmsymptomer eller fordi de perianale plagene dominerer sykdomsbildet fullstendig slik at tarmsymptomene ikke erkjennes.

Denne pasientgruppen er utfordrende å behandle både for kirurger og medisinere, selv om infliximab har betydd store fremskritt for mange.

Livskvalitet

Perianal sykdom vil svært ofte bety sterkt forringet livskvalitet i form av smerter eller inkontinens. Dette kan føre til langvarige sykemeldinger og sosial isolasjon. Denne pasientgruppen fortjener virkelig å bli tatt på største alvor ■

Oppdatert om hemoroidekirurgi

Tekst: Jon Backer Hjorthaug, LIS, Gastrokirurgisk avdeling, Ullevål

Som endoskopør ser man kanskje på analkanalen med eventuelle attributter mest som en transportetappe inn til tarmen. Kirurgen må i større grad ta inn over seg organets komplekse anatomi, fysiologi og sykdommer. Videre skal man selekttere pasienter som bør angripes med kniv eller strikk. Spesielt gir hemoroidene oss næringsgrunnlag. Det er en folkesykdom, halvparten av oss vil i løpet av livet kjenne på hemoroideplager. Det er ofte påfallende lite samsvar mellom kliniske funn og opplevde symptomer. Mens de aller fleste vil få god nok hjelp konservativt, vil utvalgte pasienter profittere på operativ behandling. Nye kirurgiske behandlingsmetoder gir temaet aktualitet.

Patofysiologi

Hemoroider er vaskulære puter i analkanalen, som optimaliserer ventilfunksjonen. Begrepet brukes vanligst om symptomgivende hemoroidalt vev. Slike hemoroider er som regel forstørrede, inflammerte, tromboserte eller prolaberende. Man ser økt forekomst av symptomatiske hemoroider hos gravide og pasienter med inflammatorisk tarmsykdom.

Den tradisjonelle oppfatning er at hemoroidevevet består av løst bindevev med venøse plexi, nært koblet til portvenesystemet. Man finner imidlertid ikke økt prevalens av hemoroideplager hos pasienter med portal hypertensjon. Nå fokuserer man også på den arterielle komponenten av hemoroidene. Forsynende arterier løper radiært langs analkanalen, er typisk 6 i tallet og lokalisert svarende til oddetallene på urskiven med pasient i beinholdere.

Det skilles mellom indre, ytre og kombinerte hemoroider. De indre utgjør 90%, ligger submukøst innenfor linea dentata, og er ofte tydelige ved invertering av koloskopet i rektumampullen. De ytre ligger subkutant i ytre analkanal og perianalt. Her gir oppsvulmede hemoroider utblokkning av huden, og slik opphav til marisker, de resulterende hudfiller perianalt. Disse kan gi renholdsproblemer, men gir i utgangspunktet ikke symptomer. Marisker oppfattes i økende grad som et kosmetisk problem.

ET BILDE SIER MER ENN TUSEN ORD!

Med digitale bilder i pasientjournalen forenkles arbeidet og kvaliteten i helsevesenet øker.

Picsara integrerer valgfritt digitalt eller analogt kamera med valgfritt journalsystem og lagrer bildene sentralt i en sikker database. Med noen få tastetrykk kan en lege ta et bilde med endoskop, mikroskop eller vanlig digitalkamera. Informasjon om pasient og sykdomstilfelle hentes automatisk ut fra journalsystemet.

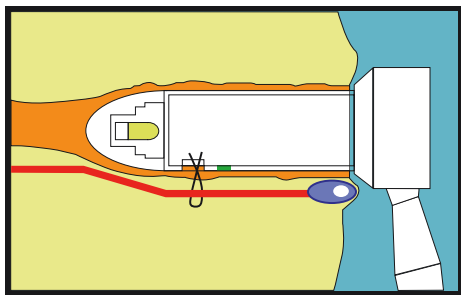
Alle medarbeidere med adgangstillatelse kan se bildene sammen med journalen fra en hvilken som helst PC på sykehuset.



Picsara

VINGMED

Fjordveien 1, 1323 Høvik, Tlf: 67 58 06 80 Telefaks: 67 10 12 12
E-post: info@vingmed-as.no, www.vingmed-as.no



HAL, hemoroide-arterieligaturer

Indre og ytre hemoroider kommuniserer tett. Interne hemoroider er vanligste årsak til symptomer. Når de blir voluminøse, vil de kunne lukseres utover i analkanalen ved defekasjon. Man ser slik for seg en gradvis utvikling av symptomgivende interne hemoroider. Golighers graderingsystem er mest brukt. Førstegrads hemoroider prolaberer ikke, andregrads reponeres spontant, tredje-grads kan reponeres digitalt, mens fjerdegrads hemoroider er irreponible.

Symptomer

Typiske plager er periodevis kløe, svie og/eller blødning. Store prolaberende hemoroider kan også gi anal inkontinens. Sterke smerter analt er utypisk ved hemoroider, og skyldes i så fall trombose. Operativ akuttbehandling kan da vurderes tidlig i forløpet, men gir sjelden smertegevinst for pasienten. Hemoroidektomi bør i slik situasjon unngås grunnet økt risiko for peroperativ sfinkterskade. Som hovedregel bør man også avstå fra inscisjon.

Konservativ behandling

Klassiske råd for å begrense hemoroideplagene består i fiberrik diett, regelmessig mosjon og minst mulig pressing ved toalettbesøk. Hemoroidesalver i perioder har ofte god symptomatisk effekt. Laksantia for bløtgjøring av avføringen gir symptomlindring (7). Perorale analgetika kan gis ved trombose.

Hvem skal henvises til kirurg?

Pasienter med usikker diagnose bør henvises. Pasienter og mange leger kaller gjerne alle anale symptomer hemoroider. Det påvises ofte perianale fistler og analfissurer hos pasienter henvist for hemoroider. Angst for alvorlig underliggende sykdom er ofte betydelig hos pasientene. I forbindelse med koloskopi vil man som regel utelukke slik sykdom, og mange pasienter vil da være fornøyde.

Ved hemoroideplager bør symptomene styre valg av behandling. En asymptomatisk pasient blir sjelden bedre av en operasjon! Man skal henvis pasienter med kroniske hemoroideplager som ikke har tilfredsstillende effekt av konservative tiltak. Selvsagt må pasientens alder, medikasjon og komorbiditet tas med i betraktning når man henviser.

Kirurgiske behandlingsmetoder:

Strikkbehandling

Velprøvd og godt førstevalg ved grad 1 og 2 hemoroider (1,2). Metoden er lite smertefull og kan gjøres uten bedøvelse på poliklinikk. Selv om strikkene settes oppskriftsmessig innenfor linea dentata, vil en firedel få en betydelig vasovagal reaksjon etter strikkligering, og det anbefales

observasjon i 30 minutter etter prosedyren. Det er ofte behov for gjentatte behandlingsseanser for tilfredsstillende resultat. Det er liten risiko for komplikasjoner, men alvorlig blødning forekommer.

Milligan-Morgan hemoroidektomi

Milligan-Morgan er fortsatt gullstandard ved operativ hemoroidebehandling, men utfordres av nye metoder. Metoden er velprøvd og effektiv, med lav residiv-frekvens, og er førstevalg ved ytre, kombinerte, og interne grad 3-4 hemoroider (1,2). Hemoroide med overliggende hud eksteriperes inn til linea dentata, kløvebladformet, og basis omstikkes. Bruk av Ligasure diatermiinstrument gir mindre blødning og postoperative smerter (5). Spinalbedøvelse eller narkose benyttes. Betydelige postoperative smerter er vanlig, og tilhelingstiden ofte flere uker.

HAL

Hemoroide arterie ligatur. Ny og effektiv metode som øker i popularitet, også i Norge. Proktoskop med dopplerfunksjon for lokalisering av tilførende arterier, gjennomsnittlig 6. Disse omstikkes via HAL-proktoskopet. Pasientene har lite postoperative smerter, de fleste kan gå på jobb etter 1-2 dager. Effektiv behandling for grad 2 og 3 (4,6). Det finnes modifisert teknikk for peksieffekt (RAR), aktuelt ved grad 3 og 4. Særlig effektiv metode ved blødnings-indikasjon. I Norge brukes narkose. Av egen erfaring er det ofte behov for gjentatte inngrep for tilfredsstillende effekt.

Longoplastikk

Staplet hemoroidektomi. Metoden baseres på eksisjon av sirkulær slimhinnebrems ovenfor linea dentata med staplerapparat. Blodtilførsel ovenfra avskjæres effektivt, og det oppnås en markant peksieffekt. Et Cochrane-review konkluderer med dårligere resultater enn ved konvensjonell hemoroidektomi (3). Prosedyren er nå lite brukt i Norge, etter rapporter om betydelig risiko for postoperativ anal inkontinens. Man har også sluttet med metoden ved St. Marks Hospital i London, en toneangivende institusjon innen anoproktologisk kirurgi.

Konklusjon

De fleste pasienter skal behandles konservativt. Tilstanden er svært vanlig, ufarlig og gir oftest milde symptomer. Plagene kommer i perioder, og varierer over tid. Symptomene må telle mest når operasjonsindikasjon stilles. Vi har to veletablerte



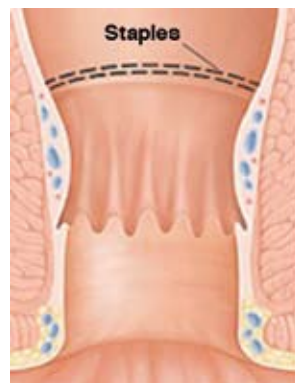
Longoplastikk

“Marisker oppfattes i økende grad som et kosmetisk problem.”

gode behandlingsmetoder i strikkligering og Milligan-Morgan hemoroidektomi. Ved indikasjon for kirurgisk intervensjon bør sannsynligvis alle initialt strikkbehandles. Det er dokumentert best effekt av strikkligering ved grad 2. Ved tilfredsstillende effekt av strikkligering gjøres Milligan-Morgan hemoroidektomi ved ytre, kombinerte eller interne grad 3 og 4 hemoroider (1,2). HAL er spennende, og kan sannsynligvis spare noen pasienter for konvensjonell hemoroidektomi. Metoden kan bli en nyttig tilvekst, men har ikke revolusjonert hemoroidekirurgien. Minst 23 sykehus i Norge har i dag HAL på repertoaret. Longoplastikk gjøres i dag i liten grad i Norge, grunnet risiko for anal inkontinens ■

Referanser:

- (1) Sneider EB, Maykel JA. *Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. Surg Clin North Am.* 2010 Feb;90(1):17-32
- (2) Shanmugam V, Campbell KL, Loudon MA, Rabindranath KS, Steele RJC, Thaha MA. *Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD005034. DOI: 10.1002/14651858.CD005034.pub2.*
- (3) Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner R. *Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD005393. DOI: 10.1002/14651858.CD005393.pub2.*
- (4) M. Scheyer, E. Antoneietti, G. Rollinger, H. Mall, S. Arnold. *Doppler-guides hemorrhoidal artery ligation. Excerpta Medica – The American Journal of Surgery, 2006*
- (5) Nienhuijs SW, de Hingh IHJT. *Conventional versus LigaSure hemorrhoidectomy for patients with symptomatic Hemorrhoids. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD006761. DOI: 10.1002/14651858.CD006761.pub2.*
- (6) Khafagy W, El Nakeeb A, Fouda E, Omar W, Elhak NG, Farid M, Elshobaky M. *Conventional haemorrhoidectomy, stapled haemorrhoidectomy, Doppler guided haemorrhoidectomy artery ligation; post operative pain and anorectal manometric assessment. Hepatogastroenterology. 2009 Jul-Aug;56(93):1010-5*
- (7) Alonso-Coello P, Guyatt GH, Heels-Ansdell D, Johanson JF, Lopez-Yarto M, Mills E, Zhuo Q. *Laxatives for the treatment of hemorrhoids. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD004649. DOI: 10.1002/14651858.CD004649.pub2.*



Etter Longo

Sakralnervestimulering i behandling av anal inkontinens

Tekst: Nazir Naimy og Arne Bakka, Bekkensenteret og Avdeling for gastroenterologisk kirurgi, Akershus universitetssykehus

Sakralnervestimulering (SNS) ble for første gang tatt i bruk i behandling av urininkontinens i 1981. Om lag 30% av pasienter med urininkontinens plages samtidig av anal inkontinens. Mange av dem som hadde symptomer på både anal og urininkontinens, rapporterte bedring også av den anale komponenten da de fikk SNS-behandling for sin urininkontinens. Det var altså på et vis tilfeldig at man ble oppmerksom på at SNS virket på anal lekkasje. Selv om metoden så ble godkjent til det i Europa i 1994, var det ikke før i 2000 at metoden ble formelt markedsført for det formålet.

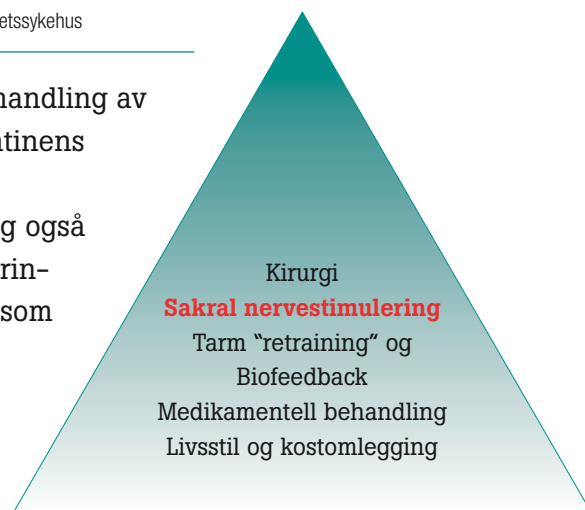


Fig.1: Behandlingspyramide for anal inkontinens

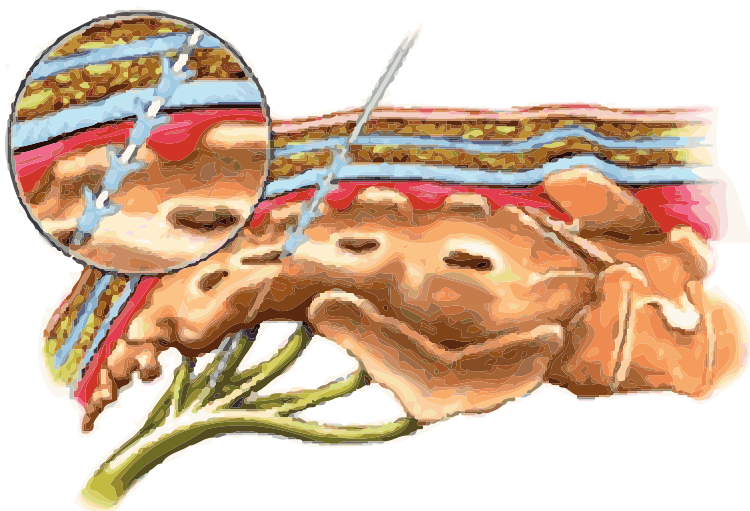


Fig. 2: Permanent ("tinned") elektrode plassert via foramen til S3

Det er enighet i det internasjonale fagmiljøet om at pasientene må ha gjennomgått systematisk konservativ behandling før SNS forsøkes (fig.1). Det er også viktig at andre tilstander som kan medvirke til inkontinensen - for eksempel eksternt rektumprolaps, fullstendig sfinkterdefekt, kreft eller andre sykdommer i tarmen - er nøye kartlagt og håndtert før SNS-behandling.

Teknikken

Nytteverdien av SNS-behandling vurderes hos den enkelte aktuelle pasient gjennom en tre ukers innledende testperiode. Med pasienten i mageleie settes elektroden perkutant til sakralnerve via sakralforamina S3 eller S4 under lokalbedøvelse eller lett narkose. Plassering av elektroden kontrolleres visuelt ved registrering av motorisk respons rundt anus og evt. stortåbevegelse på den aktuelle siden. Sensorisk

respons i bekkenregionen registreres hvis prosedyren utføres under lokalbedøvelse. Etter at elektroden er satt inn, koples den til ekstern stimulator ("pacemaker") som pasienten har med hjem. Pasienten skal ha ført nøyaktig dagbok over inkontinenssymptomene gjennom tre uker før testperioden, og skal gjøre det på nytt i den tilsvarende lange testperioden for sammenlikning og vurdering av effekten. Ved 50% reduksjon eller mer av inkontinensepisoder er det indikasjon for permanent implantering. Testen kan gjennomføres med midlertidig elektrode som fjernes etter testperioden og erstattes med implantering av en ny, permanent elektrode ("Tinned electrode"), og samtidig implantering av permanent stimulator over glutealmuskulatur litt nedenfor bakre bekkenkant på egnet side (fig. 2). Et stadig mer brukt alternativ er å gjennomføre testen med den permanente elektroden

for å unngå omplussing av godt fungerende elektrode. Ved avslutning av positiv testperiode blir da bare stimulator tilkopledd og implantert. Ved innsetting av permanent elektrode benyttes også røntgen-gjennomlysning som plasseringskontroll.

Virkemåte

Virkningsmekanismen av SNS er ikke fullstendig klarlagt ennå. Man vet at stimuleringen involverer både sentrale og perifere nervefunksjonsendringer. Det dreier seg om en slags remodulering av nervefunksjon. SNS har ingen effekt på analtrykk, og det foreligger ikke data som sikkert viser endringer i anal sensibilitet. Den øker motilitet og transport spesielt gjennom høyre kolon og endrer sensibilitet i rektum. At SNS kan ha effekt på obstipasjon, dog i mindre grad enn på anal inkontinens, peker i retning av at SNS fører til remodulering av nervefunksjon som reetablerer normal tarmfunksjon utover hva som forklares bare via lokale spinale reflekser.

Kliniske aspekter

70-85% av de selekterte pasientene opplever positiv respons ved SNS-testing. Av de pasientene som får implantert permanent elektrode og stimulator, vil 40-75% bli helt kontinente. 75-100% vil få mer enn 50% reduksjon av lekkasjeepisodene. Det er rapportert komplikasjoner hos 29% etter 10 års oppfølging (15% elektrodedislokasjon, 11% smerte og 2% for tidlig batterisvikt). Batteriet har gjennomsnittlig levetid på 7,5 år. De aller fleste av komplikasjonene er korrigerbare. Initiale data kan være preget av en læringskurve, men inter-institusjonelt samarbeid i oppstartsfasen kan redusere dette.

SNS bør prøves ved de fleste former for anal inkontinens som man ikke har forklaring på eller andre behandlingsmåter for. Pasienter som har fullstendig skade av de aktuelle nerver til bekkenet og underekstremiteter (som ved spinal tverrsnittlesjon) vil ikke respondere på SNS. Ved partielle skader er det indikasjon for testing. Også pasienter med profus diare som ikke har respondert på medikamentell og konservativ behandling, responderer sjelden. Metoden er lett å lære, men den totale omsorgen for disse pasientene kan være krevende på mange vis, og langvarig. Utredningen og behandlingen bør foregå i et stort nok tverrfaglig miljø (minst to kirurger som begge deltar i utredning og behandling, og to sykepleiere som tar seg av den konservative behandlingen og deler av pre-/postoperativ oppfølging). Det er ikke nødvendig at alle pasienter skal ha gjennomgått analfysiologisk undersøkelse før SNS-behandling, men alle sentre som utreder og behandler anal inkontinens og defekasjonsforstyrrelser, må ha et velutstyrt analfysiologisk laboratorium. Av hensyn til nødvendig pasientvolum, forskning og kompetanseutvikling er det kanskje klokt å ha i alle fall ikke mer enn ett senter som tilbyr SNS-behandling i hver region - selv om forsterket tilbud i denne delen av medisinsk virksomhet åpenbart vil utløse et oppmagasinert behov hos en pasientgruppe som til nå i stor grad har blitt neglisjert i norsk helsevesen. De fleste er kvinner som har fått skader under fødsel av våre barn, men det er også andre ■

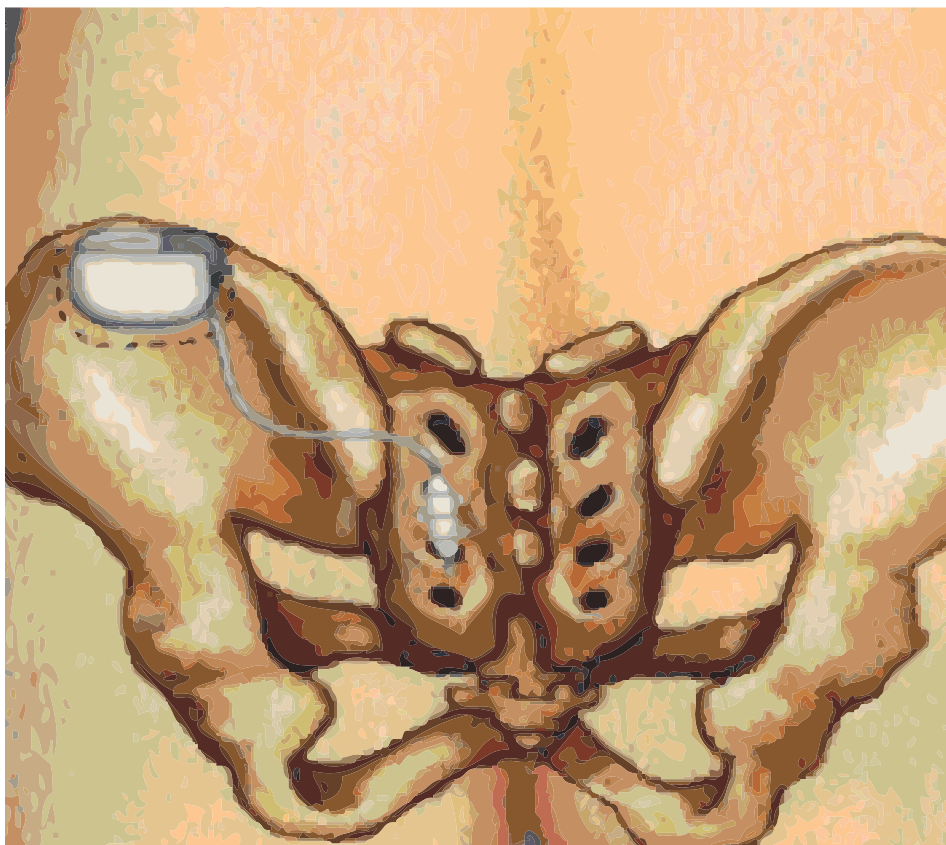


Fig. 3: Implantert permanent elektrode og pacemaker (stimulator).



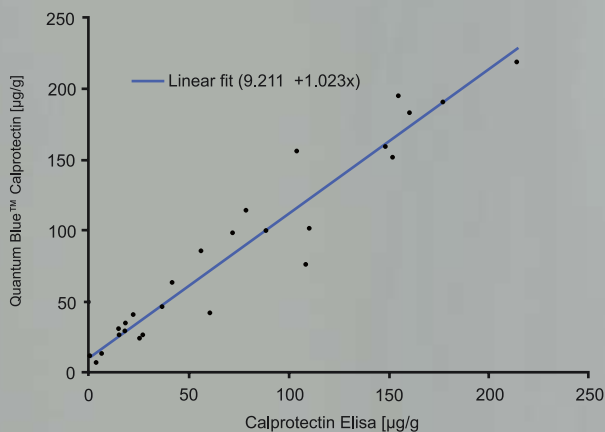
LAB-TECH

Diagnostic tests

to diagnose what you cannot see

Calprotectin hurtigtest - for rask og sikker bestemmelse av betennelsesaktivitet

- IBD/IBS
- aktiv IBD?



Korrelasjon mellom calprotectin hurtigtest og ELISA



LAB-TECH AS

Arne Røseth, lab-tech@lab-tech.no
Lab-Tech AS, Kollevæien 11 A, 1397 Nesøya

FEEL THE CONNECTION.

echelonflex™
E N D O P A T H ® S T A P L E R

A natural extension of you.



Experience the freedom of true one-handed natural articulation. The enhanced system-wide compression provides uniform and consistent stapler formation for hemostasis in a wide range of tissue thickness.



AD131, © 2009 Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH. All rights reserved.
ENDOPATH and Echelon are trademarks of Ethicon Endo-Surgery, Inc.

 **ETHICON ENDO-SURGERY**
a *Johnson & Johnson* company

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™



*Ecco deltagere fra v. Trygve Hausken, Thomas de Lange, Rune Isene og Gunhild Seim.
Fotograf: Svein-Oskar Frigstad*

Inntrykk fra ECCO-møtet i Praha 25.–27. februar 2010

Tekst: Thomas de Lange

Behandling av IBD utgjør en viktig og stadig større og mer utfordrende del av mange gastroenterologers hverdag. ECCO-møtet er for mange av oss en viktig input for å holde oss oppdatert slik at vi kan gi pasientene best mulig behandling.

Det 5. ECCO-møtet ble arrangert i Praha. Den solfylte, milde Praha-vinteren var en perfekt ramme for møtet. Antall deltagere har økt raskt fra år til år. For 5 år siden var det 500 deltagere – i år var det 2500. Norge deltok med ca 50 leger og sykepleiere. I prinsippet er det et europeisk møte, men pga. sitt høye faglige nivå lokker det til seg leger og sykepleiere fra hele verden.

Det kan dessverre virke litt uheldig at presidenten med sine kolleger og to andre europeiske grupper dominerer presentasjonene betydelig. Det kan svekke tillitten til ECCO på sikt. Valget av Simon Travis fra Oxford som president elect er nok et skritt i riktig retning.

På møtet presenteres en balansert blanding av grunnforskning og klinisk kunnskap. Den kliniske delen hadde fokus på biologisk/immunosuppressiv behandling av Crohn.

Crohn-stenoser

Vi har alle erfart at det klinisk kan være vanskelig å skille inflammatoriske stenoser fra fibrotiske. Klinikken gir i noen grad en pekepinn på om det foreligger inflammatorisk aktivitet.

Imidlertid vil god billeddiagnostikk være avgjørende. Kontrastforsterkede undersøkelser med enten CT, MR eller ultralyd vil vise oppladning i veggene ved aktiv inflammasjon. PET-CT er også på vei inn. Endoskopi med visualisering av slimhinnen er selvfølgelig en nøkkelundersøkelse hvis strikturere/inflammasjonen ligger i områder tilgjengelig for dette. Calprotectin ble også tatt frem som en markør på inflammasjon. Hvis det fremdeles foreligger usikkerhet, vil medikamentelle behandlingsforsøk være av verdi.

PSC og ulcerøs colitt

I den senere tid har det vist seg at prognosen ikke

er like dystert som man trodde tidligere. Det skyldes nok at man oppdager mange flere asymptomatiske pasienter nå.

Det ble anbefalt årlige coloskopier fra sykdomsstart og å gi Ursofalk som CRC-profylakse.

TNF-bivirkninger

Psoriasis og atopisk utslett er ikke helt uvanlige bivirkninger. De kan komme i starten eller etter uker/måneder med behandling. Det krever at man stopper TNF-behandlingen. Ved psoriasis og eller atopi behandles pasienten intensivt med lokale steroider. Det vil ofte ta flere uker før behandlingen hjelper. Dette er sannsynligvis en klasseeffekt, og selv om man kan prøve å bytte preparat, vil 70% av pasientene måtte slutte med behandlingen. Behandlingen kan også gi mange andre hudmanifestasjoner slik at samarbeid med hudlege med gode kunnskaper om TNF er viktig.

Mukosal tilheling

Det har de seneste årene vært stort fokus på mukosal tilheling. Ved ulcerøs colitt gir mukosal tilheling makroskopisk og mikroskopisk lavere risiko for residiv. Mikroskopisk tilheling defineres som fravær av basal plasmocytose.



Ecco deltagerene Iril Monstad og Svein-Oskar Frigstad synes Praha er en koselig by.



Ecco deltagerne sykepleierne var godt representert. Fra v. Ellen Vogt (Diakonhjemmet), Randi Opheim, Turid Bua og Gunhild Seim Aker. Fotograf: Svein-Oskar Frigstad

Ved Crohns er det fremdeles noe diskusjon om viktigheten av dette. Det ble presentert en studie der serum infliximab ble målt med ELISA-teknikk. Ved høye 0-verdier var graden av mucosal tilheling høyest. Det er mulig at dette kan bli et hjelpemiddel for oss til å vurdere årsaken til terapivikt og å styre behandlingen hos den enkelte pasient og at man kanskje etter hvert etablerer en ønsket målverdi for 0-nivået.

Immunomodulerende behandling og lymfom

Registerstudier har vist at antallet lymfomer ved azathioprin-behandling ligger på 1/500, samme nivå som etter transplantasjon. Forekomsten er relatert til Epstein-Barr-virus, virusmengde og behandlingsvarighet. Man bør sjekke EBV-serologi før behandlingsstart og kontrollere det ved behov. Høye 6-TGN nivåer vil også øke risiken for lymfom.

Man kan foreløpig ikke konkludere om anti-TNF- α behandling gir økt risiko.

Prediktorer for sykdomsforløp

Flere forelesninger tok for seg dette temaet. Det var ganske klart at utfordringene er store både når det gjelder å finne de riktige faktorene enten fenotyper, serologiske markører eller annet. Det er også utfordrende å utvikle de mest relevante studiemodellene og endepunkter.

Graviditet

De vanlige medikamentene mezalasin og steroider kan gis. Tiopuriner er klassifisert i kategori D, men erfaring har ikke vist øket risiko for barnet.

Det ble understreket at alle med perianal sykdom i anamnese bør forløses med keisersnitt.

Grunnforskning

Basalmekanismene ved IBD er meget komplekse og mange faktorer samvirker. Betydelige forskningsinnsatser pågår for å løse disse gåtene. Flere eksperimentelle dyremodeller for inflammasjon ble vist. Det kom også klart frem at det finnes mange inflammatoriske signalveier og molekyler som er delforklaringer til sykdommen, som for eksempel interleukiner, ligander, interferon. Det ble også vist forklaringsmodeller for årsaken til paradokasale reaksjoner på TNF som arteritter og hudmanifestasjoner der man mener dette kan skyldes oppregulering av alternative inflammatoriske signalveier.

En av utfordringene fremover er å utvikle gode dyremodeller og intensivere basalforskningen for å kunne skreddersy behandlingen.

ECCO var som vanlig lærerikt, og det var gledelig å se norske sykepleieres store engasjement for IBD. Omtrent 10 norske sykepleiere deltok på hele kongressen. Sykepleierne vil sikkert bli en viktigere ressurs på mange sykehus i tiden fremover. Hermed oppfordres gastroenterologer i det ganske land å begynne med opplæring av IBD-sykepleiere. Kontakt de sentrene som allerede er i gang.



Ecco deltagerne fra v. Morten Vatn (Ahus) Iril Monstad (Bærum) og Silje Kramer og Ann-Elin Selbekk (Abott) Fotograf: Svein-Oskar Frigstad

Abstrakter

Inflammatory Bowel Disease in Patients with Primary Sclerosing Cholangitis: a Distinct Clinical, Endoscopic and Pathologic Entity?

K. K. Jørgensen¹, K. Grzyb², K. E. Lundin³, O. P. F. Clausen², M. H. Vatn⁴, K. M. Boberg¹

¹Norwegian PSC Research Center, Oslo University Hospital, Rikshospitalet, Oslo, NORWAY,

²Division of Pathology, Oslo University Hospital, Rikshospitalet, Oslo, NORWAY,

³Medical Department, Oslo University Hospital, Rikshospitalet, Oslo, NORWAY,

⁴Oslo University Hospital, Rikshospitalet and EpiGen Institute, Akershus University Hospital, Lorenskog, Oslo, NORWAY.



Kristin Kaasen Jørgensen

Introduction: In primary sclerosing cholangitis (PSC), concomitant inflammatory bowel disease (IBD), mainly ulcerative colitis, reportedly occurs in 80-90% of cases. IBD in PSC seems to differ from non PSC-IBD with regard to clinical phenotype, but a systematic, prospective study of IBD in PSC has so far not been reported.

Aims & methods: To describe the clinical, endoscopic and histologic features of PSC-IBD in Norway. 110 consecutive non-colectomised patients with PSC-IBD evaluated at the Medical Dept., Rikshospitalet, were included over a 3-year period. A complete ileocolonoscopy was performed and degree of segmental inflammation recorded.

Results: The cohort consisted of 82 (75%) males, median age at inclusion was 42 years and median time since diagnosis of IBD was 11 years. Forty-two patients (38%) had undergone liver transplantation. Seventy-one (65%) patients used aminosalicylates, 53 (48%) corticosteroids (low dose, in mainly in liver-transplanted patients) and 42 (38%)

immunosuppressants. The frequency of segmental histologic inflammation was significantly higher in the right (caecum, ascending-, and transverse colon) compared to the left side of the colon (descending-, sigmoid colon and rectum) ($p < 0.001$) (Figure 1). The degree of endoscopic inflammation was significantly lower compared to histology in every colonic segment ($p < 0.001$) except for the rectum ($p = 0.21$). The mean segmental degree of ongoing inflammation was significantly higher in the right compared to the left colon ($p = 0.014$). A majority ($n = 94$) of the patients with colonic inflammatory changes had involvement of the right colon. Histologically, 60 patients (55%) had a total colitis, 25 (23%) a right sided colitis, and 9 (8%) a right- and left-sided colitis. The endoscopic and histologic prevalence of terminal ileitis and rectal sparing were 12%/20% and 66%/58%, respectively. Histologic active ongoing colitis was absent or mild in 74 (67%) and moderate in 35 (32%) patients. The mean Simple Clinical Colitis Activity Index was $0.23 (\pm 0.36)$, median calprotectin value 59 mg/kg (1-2843) and 71 (65%) patients reported total absence of, or sparse colonic symptoms since the time of IBD-diagnosis.

Conclusion: Our results showed a high frequency of inflammatory involvement of the right colon as well as rectal sparing in patients with PSC-IBD, which in addition to low disease activity may represent a specific phenotypic entity, separate from other types of chronic colitis. The significantly increased inflammation by microscopic compared to macroscopic and clinical evaluation, may partly explain the increased risk of malignancy in PSC-IBD, and represents a challenge regarding prophylactic anti-inflammatory treatment in this condition.

Faecal calprotectin may differentiate between IBS and IBD symptoms in IBD patients.

Roald Torp¹, Lars Petter Jelsness-Jørgensen², Magne Henriksen^{2,3}, Tømm Bernklev³, Bjørn Moum³.

¹Innlandet Hospital, Hamar ²Østfold Hospital, Moss & Fredrikstad

³Oslo University Hospital, Aker.

Background: The clinical activity indexes as SCCAI (Simple Clinical Colitis index) and SCCAI (Simple CDAI, Harvey-Bradshaw) are used to classify the disease activity in inflammatory bowel disease. These indexes are partly based on clinical symptoms also found in patients with IBS. Studies have revealed that IBS-like symptoms occurs in 30 – 40% of IBD patients in remission. There is shown to be a good correlation between fecal calprotectin level and endoscopic and histological findings in IBD patients.

We wanted to evaluate IBD activity indexes in patients with and without IBS symptoms and to use faecal calprotectin to exclude IBD disease activity in patients that have symptoms due to IBS.



Roald Torp

Material and Methods: Out clinic patients with IBD either in remission or with mild to moderate disease, were invited to participate in the study. The SCCAI (Simple Clinical Colitis index) and SCCAI (Simple CDAI, Harvey-Bradshaw) were calculated, and the patients were asked to deliver a faecal sample for measuring faecal calprotectin level and answer a questionnaire defining IBS (Rome II criteria).

Results: 138 patients participated in the study of which all answered the questionnaire about IBS symptoms. 117 patients delivered a faecal sample.

Ulcerative colitis group ($n = 91$): Among patients with low activity index (SCCAI 0 – 4) the prevalence of IBS symptoms was 26%. Among the patients with moderate elevated activity index (SCCAI 5 – 10) the prevalence of IBS symptoms was 65%.

Crohn's disease group: ($n = 47$): Among patients with low activity index (SCDAI 0 – 4) the prevalence of IBS symptoms was 19% and among the patients with moderate elevated activity index (SCDAI 5 – 10) 48%.

Fecal calprotectin microgram/gram	Patients with IBS-like symptoms n=46
< 50	14 (31%)
50 – 200	13 (28%)
> 200	19 (41%)

Faecal calprotectin levels < 50 are defined as normal, and values 50 – 200 indicate endoscopic remission.

Conclusion: We found a high prevalence of IBS symptoms in IBD patients with low and moderate elevated disease activity indexes. Further, nearly 1/3 of the patients with fecal calprotectin < 50 which is defined as normal, had IBS symptoms. Our findings support the use of fecal calprotectin as a marker of disease activity, and as a supplement to the use of IBD activity indexes.

Spesialiteten i fordøyelsesykdommer

Et tilbakeblikk

Tekst: Hermod Petersen

I perioden 1965–80 skjedde det mye innen gastroenterologien.

Viktigst var introduksjonen av de nye fiberendoskopene.

Allerede i 1965 hentet Johannes Myren et fleksibelt, men ikke styrbart Hirshowitz-gastroskop hjem fra USA til Ullevål sykehus.

I 1968 tok Egil Gjone i bruk et halvstivt Machida-gastroskop ved Rikshospitalet. Aker sykehus fulgte raskt etter, og det samme gjorde etterhvert sykehusene i Bergen, Tromsø og Trondheim.

Den tekniske utviklingen innen fiberendoskopien var de første årene dramatisk og meget krevende.

I denne perioden skjedde det også mye innen andre deler av gastroenterologien. Man fikk stadig renere hormonpreparater og mye ble investert i å utvikle ventrikel- og pankreasfunksjonsundersøkelser. Introduksjonen av radioimmunologisk analysemetodikk åpnet opp for mange nye perspektiver, og den vitenskapelige skoleringen av unge gastroenterologer opplevde en gullalder. I den siste delen av 70-årene fikk gastroenterologien dessuten et kraftige "puff fremover" som følge av introduksjonen av histamin-2-reseptorblokkerne.

Spesialiteten i fordøyelsesykdommer blir født

De to pionerene innen norsk gastroenterologi, Johannes Myren og Egil Gjone, så tidlig fremtidsperspektivene knyttet til fiberendoskopien og behovet for å få opprettet en medisinsk spesialitet i fordøyelsesykdommer. Det skjedde allerede i 1967. Spesielle krav til utdanning ble initialt ikke formulert, men i praksis ble det forlangt minst ett års tjeneste ved spesialavdeling eller seksjon for gastroenterologi i tillegg til spesialiteten i indremedisin. De første som ble godkjent var naturlig nok initiativtakerene.

Den neste var Olav Fausa i 1971. Spesialiteten ble offisielt godkjent i 1972.

Både utviklingen innen endoskopien og gastroenterologien for øvrig bidro sterkt til en positiv utvikling for spesialiteten i fordøyelsesykdommer. Av stor betydning var dessuten arbeidet som ble gjort i Spesialitetskomiteen for fordøyelsesykdommer. Det er spesielt grunn til å fremheve det viktige arbeidet som Spesialitetskomiteen ledet av Olav Fausa gjorde i de viktige årene 1986–1993. Honnør tilkommer også Den Norske Legeforening inklusive Spesialistrådet for styringen av utviklingen...

I det følgende vil man forsøke å gi en oversikt over utviklingen av spesialistutdanningen i fordøyelsesykdommer frem til i dag hva gjelder organisering, viktige elementer og krav.

Organisering

Hovedansvarlig har hele tiden vært Den Norske Legeforening støttet av Spesialistrådet. Spesialitetskomiteen for fordøyelsesykdommer begynte å fungere 1974. Den har siden overvåket og kvalitetssikret

utdanningssystemet samt sørget for å effektivere nyordningene som har kommet (Tabell I). Mange av dagens elementer i spesialistutdanningen ble innført i perioden 1985–95 (Tabell II). Noen av disse var tyngere å få dradd i gang enn andre, f.eks. individuelle veiledere, individuelle og avdelings-spesifikke utdanningsplaner samt typer årlige rapporter. Initialt skjedde all spesialistutdanning på universitetssykehusene. I siste halvdel av 1980-årene ble dette løst på, og man fikk en gruppeinndeling (I og II) basert på avdelingens størrelse, kompetanse og forskningsvirksomhet. I 1995 hadde vi 8 og 13 henholdsvis gruppe I- og II-avdelinger

Viktige elementer

Alle elementene i spesialistutdanningen (Tabell II) er viktige, men noen er kanskje viktigere enn andre. Det grundige arbeidet som ble gjort i forbindelse med målsettingen for spesialistutdanningen i fordøyelsesykdommers var spesielt viktig. Ikke fordi målsettingen er blitt hyppig lest, men fordi prosessen bidro til å skape en klargjøring av oppgavene til en spesialist i fordøyelsesykdommer. I den siste delen av 1980-årene ble det tatt viktige grep for å få en haltende internundervisning til å fungere bedre. I den første halvdel av nittiårene kom videre de viktige ordningene med individuelle veiledere og individuelle utdanningsplaner. Disse tiltakene førte til økt konkretisering av ansvarsforholdene og bidro til mer dialog. I midten av 1990-årene begynte Spesialitetskomiteen å besøke utdanningsavdelingen. Besøkene skapte en ny type tillitsforhold og betydelig bedre kommunikasjon mellom utdanningsavdelingene og Spesialitetskomiteen.

Spesialistkravene

Man startet i 1967 uten konkrete krav til hverken utdanning eller praksis. Siden har imidlertid kravene til spesialiteten vært et viktig gjengangertema. Spesialiteten i indremedisin har alltid vært et basiskrav. I 1972 krevde man 2 års tjeneste ved avdeling eller seksjon for fordøyelsesykdommer og attest for

godkjente øvelser i diagnostiske og klinisk-kjemiske prøver samt 60 timers kursdeltagelse.

I 1989 foreslo spesialitetskomiteen å øke utdanningstiden fra to til tre år, minst 1,5 år ved gastroenterologisk sengepost og minst ett år ved gastroenterologisk undersøkelsesenheter. Dette ble initialt ikke akseptert, men et gjentatt forslag i 1990 ble godkjent i 1991. Tjenesten skulle skje i B-gren stilling og inntil halvparten kunne gjennomføres ved gruppe II avdeling. Inntil 1 år av tjenesten kunne inkluderes i utdannelsen for indremedisin. Disse kravene gjelder fortsatt.

Kravene knyttet til prosyrer har også endret seg. I 1972 krevde man attest for godkjente øvelser i kjemiske prøver, ventrikkelsekresjonsøvelser med pH-måling samt gastroskopi, rectoscopi og leverbiopsi. I 1985-89 krevde man attesterte ferdigheter og definerte minstekrav til gjennomførte undersøkelser, 200 øvre endoscopier, 75 colonoscopier, 30 ERCP, 30 terapeutiske endoscopier og 10 leverbiopsier. Disse kravene ble stående frem til 1997 da antallet gastroskopier og colonoscopier ble økt til henholdsvis 500 og 100 samtidig som at listen over andre typer undersøkelser ble noe utvidet. Det ble dessuten forlangt at man skulle ha kunnskap om eller ha vært med på papilltomi, stenestraksjon, stentinnleggelse i galleveiene eller pankres og ventrikkelsekresjonsundersøkelser samt ultralydundersøkelse av abdominalorganene. Disse kravene gjelder fortsatt.

Kursvirksomheten kom tidlig i gang – takket Johannes Myren og Egil Gjone samt aktive gastrokirurger – og allerede i 1972 stilte man krav om 60 timers kursdeltagelse. Kursvirksomheten ble i 1980-årene betydelig utvidet til å dekke det meste av gastroenterologien, bedre strukturert og fremfor alt bedre geografisk fordelt. I 1989 foreslo Spesialitetskomiteen krav om 60 timer kurs i spesifiserte obligatoriske emneområder samt 30 timer valgfrie kurs. I de følgende årene økte kravet til 125 timer kurs hvorav 100 timer innen fordøyelsesykdommer, 65 timer obligatoriske og 35 timer valgfrie. I 1999 ble kurskravene noe mer spesifisert, men timemessig opprettholdt. Bergensmiljøet har nå i mange år sørget for viktige kurstilbud vedrørende typer abdominal ultraluddiagnostikk og fortjener honnør.

Har utdanningskandidatene vært fornøyde?

I 1995 forsøkte spesialistkomiteen for forøvelsesykdommer å skaffe seg et bilde av hvordan spesialistutdanningen i fordøyelsesykdommer fungerte. Det ble sendt spørreskjema med 24 spørsmål til alle utdanningskandidatene. Man fikk mange verdifulle tilbakemeldinger og svarene (19) viste at både kurstilbudet, internundervisningen og oppfølgingen ved avdelingene, fungerte rimelig bra ■

Tabell I.
Spesialistutdanningens aktører og hovedoppgaver

Den Norske Legeforening/Spesialitetsrådet

Spesialitetskomiteen

- sikre fagets behov
- målbeskrivelsen for utdanningen
- overvåke og videreutvikle tilbud og krav
- anbefale godkjenning/klassifisering av utdanningsavdelinger
- anbefale godkjenning av spesialister
- besøke utdanningsavdelingene
- vurdere rapporter fra utdanningsutvalg, veiledere og utdanningskandidater

Utdanningsavdelingens utdanningsutvalg

- avdelingens utdanningsplan
- avdelingens internundervisning
- oppnevne veileder for hver utdanningskandidat
- årlige utdanningsrapport til spesialitetskomiteen

Utdanningskandidatens veileder

- veilede utdanningskandidat
- være utdanningskandidats dialogpartner
- årlige rapporter til avdelingens utdanningsutvalg og spesialitetskomiteen

Utdanningskandidaten

- årlige rapporter til avdelingens utdanningsutvalg og spesialitetskomiteen

Tabell II.
Hovedelementene i spesialistutdanningen i fordøyelsesykdommer (introduksjonstidspunkt)

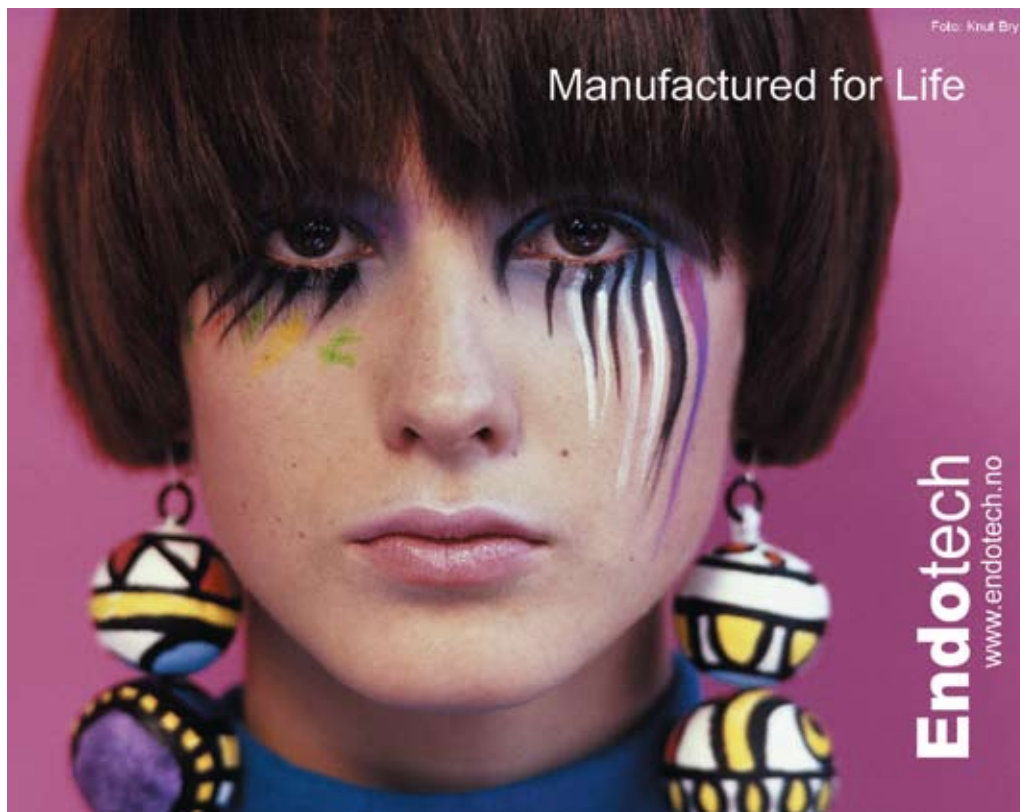
-utdanningens målsetting (1988)

- minimumskrav til tjeneste
- minimumskrav til gjennomførte prosedyrer
- minimumskrav til gjennomførte kurs
- strukturert og dekkende kurstilbud
- minimumskrav til en utdanningsavdeling

-spesialitetskomiteen (1974)
-spesialitetskomiteens besøk av utdanningsavdelingene (ca.1995)

-individuelle veiledere (ca.1995)
-individuelle utdanningsplaner (1985-1990)
-rapportene fra de individuelle veilederne

-utdanningsavdelingens internundervisning (1985-1990)
-utdanningskandidatens vurdering av utdanningsavdelingen
-rapport fra utdanningsavdelingen (1985-1990)
-utdanningsavdelingens utdanningsutvalg (1985-1990)
-utdanningsavdelingens utdanningsplan (1985-1990)



Mild til moderat
ulcerøs kolitt

THAU 03/10



1x
daglig

NYHET! Nå med refusjon

enterodepottablett
mezavant[®]
mesalazin 1200mg

- for klinisk & endoskopisk remisjon

c Mezavant «Shire»

Antiinflammatorisk middel.

ATC-nr.: A07E C02

T ENTERODEPOTTABLETTER 1200 mg: Hver enterodepottablett inneholder: Mesalazin 1200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: For induisering av klinisk og endoskopisk remisjon hos pasienter med mild til moderat aktiv ulcerøs kolitt. For opprettholdelse av remisjonen.

Dosering: Tas oralt 1 gang daglig, fortrinnsvis med mat. Enterodepottablettene må ikke knuses eller tygges. **Voksne, inkl. eldre:** Indusere remisjon: 2,4-4,8 g (2-4 tabletter) 1 gang daglig. Den høyeste dosen på 4,8 g/dag anbefales ved manglende respons på lavere doser. Når den høyeste dosen (4,8 g/dag) brukes, må behandlingseffekten vurderes etter 8 uker. Oppretthold remisjonen: 2,4 g (2 tabletter) 1 gang daglig. **Barn og ungdom:** Preparatet anbefales ikke til barn og ungdom <18 år, pga. manglende sikkerhets- og effektdata.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene eller salisylater. Alvorlig nedsatt lever- og/eller nyrefunksjon (GFR <30 ml/minutt/1,73 m²).

Forsiktighetsregler: Brukes med forsiktighet ved nedsatt leverfunksjon eller mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Nyrefunksjonen bør undersøkes før behandlingsstart, og deretter minst 2 ganger i året under behandlingen. Pasienter med kronisk nedsatt lungefunksjon, spesielt astma, er utsatt for overfølsomhetsreaksjoner og må overvåkes nøye. Ved uforklarlig blødning, blåmerker, purpura, anemi, feber eller sår hals, bør det foretas hematologiske undersøkelser. Ved mistanke om eller ved påvist bloddyksemi, bør behandlingen avbrytes. Forsiktighet utvises ved forskrivning til pasienter predisponert for å utvikle myo- eller perikarditt. Ved mistanke om slike overfølsomhetsreaksjoner, må ikke mesalazin introduseres på nytt. Hvis det ved symptomer som kramp, akutt magesmerter og blodig diaré, feber av og til, hodepine og utslett, er mistanke om akutt intoleransesyndrom, avbrytes behandlingen omgående og mesalazin introduseres ikke på nytt. Bør gis med forsiktighet ved sulfasalazinallergi, pga. kryssensitivitet. Organisk eller funksjonell obstruksjon i øvre del av mage-tarmkanalen kan forsinke effekten.

Interaksjoner: Samtidig bruk av andre nefrotoksiske legemidler, inkl. NSAIDs og azatioprin, kan øke risikoen for

ugunstige nyrereaksjoner. Hos pasienter som tar azatioprin eller 6-merkaptopurin kan samtidig bruk av mesalazin øke risikoen for bloddyksemi. Administrering med antikoagulantia av kumarintype, f.eks. warfarin, kan føre til redusert antikoagulasjon. Protrombintid bør overvåkes nøye dersom kombinasjonen er nødvendig.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Passerer, men gir langt lavere konsentrasjoner i fosteret enn ved terapeutisk bruk hos voksne. Dyrestudier indikerer ikke skadelige effekter mht. graviditet, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Begrenset erfaring ved graviditet indikerer at det ikke er økt risiko for misdannelser, men mesalazin må kun brukes ved graviditet når tydelig indikert. Forsiktighet må utvises ved høye doser. *Overgang i morsmelk:* Går over i lave konsentrasjoner. Acetyleret mesalazin utskilles i høyere konsentrasjoner. Forsiktighet må utvises ved amming, og kun brukes hvis fordelene oppveier risikoene. Akutt diaré er rapportert sporadisk hos diende spedbarn.

Bivirkninger: *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Flatulens, kvalme. Neurologiske: Hodepine. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Redusert blodplattell. Gastrointestinale: Oppblåsthet, magesmerter, kolitt, diaré, dyspepsi, pankreatitt, rektal polypp, oppkast. Hjerne/kar: Takykardi, hypertensjon, hypotensjon. Hud: Akne, alopeci, prurigo, pruritus, utslett, urticaria. Lever/galle: Økt ALAT, unormale leverfunksjonsverdier. Luftveier: Faryngeal smerte. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, ryggsmerte. Neurologiske: Svimmelhet, desighet, skjelvinger. Øre: Øresmerter. Øvrige: Asteni, ansiktsødem, utmattelse, pyreksi. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Blod/lymfe: Agranulocytose, aplastisk anemi, leukopeni, nøytropeni, pancytopeni, trombocytopeni. Hjerne/kar: Myokarditt, perikarditt. Hud: Angioødem. Lever/galle: Kolelitiase, hepatitt. Luftveier: Allergisk alveolitt, bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Systemisk lupus erythematosus-lignende syndrom, myalgi. Neurologiske: Nevropati. Nyre/urinveier: Interstitiell nefritt, nefrotisk syndrom.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefaling A07E C02.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 25°C.

Pakninger og priser: 60 stk. (blister) kr 904,10.

Refusjon: Se Refusjonslisten, A07E C02 - 7 Enterodepottablett.

Sist endret: 02.11.2009



SWEDISH ORPHAN

SWEDISH ORPHAN AS • Trollåsveien 6 • 1414 Trollåsen • Tlf. 66 82 34 00
Faks 66 82 34 01 • mail.no@swedishorphan.com • www.swedishorphan.com

ESD-trening

Rikshospitalet desember 2009

Tekst og bilder: Vemund Paulsen

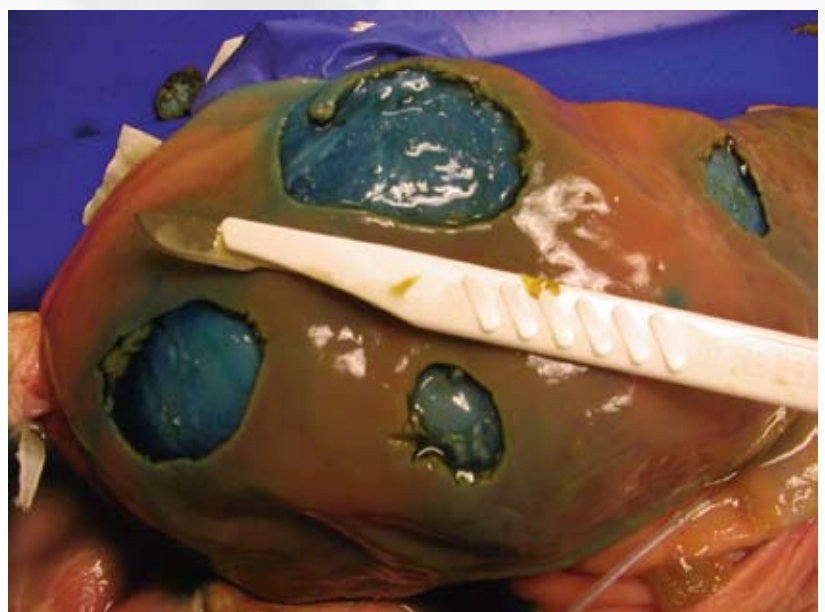
Endoskopisk submukosal disseksjon (ESD) som metode ble kort omtalt i NGF-nytt nr 3 (Reisebrev fra Japan). Metoden er veletablert i Japan for fjerning av til dels store mukosale neoplasmer i mage-tarm-kanalen. Så langt er erfaringene med ESD nokså begrenset i den vestlige verden. I novemberutgaven av Endoscopy 2009 problematiserer Bergmann (AMC, Amsterdam) på en god måte implementeringen av metoden i Europa. I Norge har kirurger ved Oslo universitetssykehus, Aker utført ESD på et fåtall pasienter med store rektale polypper, så langt uten komplikasjoner (personlig meddelelse).

For å få litt erfaring med metoden ble det i desember 2009 arrangert en workshop på Rikshospitalet med en grisemagemodell (Olympus). Ni spesielt interesserte medisinere og kirurger deltok. Det ble benyttet hyaluronsyre for løfting av mukosa og forskjellige typer disseksjonskniver ble forsøkt. Tekniske sett fungerte grisemodellen bra. Mukosektomier på opptil 4 cm ble foretatt - uten perforasjon! En viktig begrensning med denne modellen er at hemostateteknikker ikke kan trenes. Vi erfarte at lokalisasjonen i ventrikkelen var av stor betydning for graden av suksess.

Det er liten grunn til å tro at ESD vil bli en utbredt metode her hjemme, men et fåtall pasienter vil trolig ha nytte av at metoden etableres ■



Lars Aabakken utfører ESD på grisemage, assistert av Einar Beitoaugen. Knut Lundin observerer det hele.



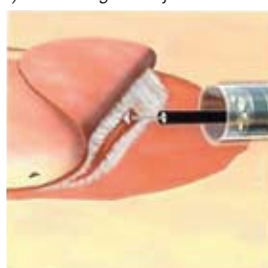
Oppklippet grisemage med reseksjonsflater etter ESD.

ESD teknikk

1) Submukøs injeksjon
(ikke illustrert),



2) Markering av lesjonen



3) Insisjon

4) Disseksjon

Gjør det enda enklere for pasienten



1

gang daglig

Anbefalt
vedlikeholdsdose for
Pentasa
ved mild til moderat
ulcerøs kolitt



C Pentasa «Ferring Legemidler AS»
C Pentasa Sachet «Ferring Legemidler AS»
Antiinflammatorisk middel.

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 til pH 4,8, rensed vann.

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

T DEPOTGRANULAT 1 g og 2 g: Pentasa Sachet: Hver dosepose inneholder: Mesalazin 1 g resp. 2 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. Anbefalt vedlikeholdsdose ved mild til moderat ulcerøs kolitt er 2 g 1 gang daglig. Barn: Forsøksvis 20-30 mg/kg kroppsvekt daglig fordelt på flere doser. Bør ikke gis til barn <2 år. Depottablettene bør svelges hele. De kan deles, men må ikke tygges. Depotgranulatet må ikke tygges. Rektalvæske: Voksne: Normaldosering: 1 klyster hver kveld før sengetid i 2-4 uker. Stikkpiller: Voksne: 1 stikkpille 1 gang daglig. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffer eller salisylater. Alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved nedsatt leverfunksjon. Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig, spesielt i starten av behandlingen. Må gis med forsiktighet til pasienter som er overfølsomme for sulfasalazin. Ved mistanke om eller påviste tilfeller av mesalazindusert myo- og perikarditt eller alvorlig blodyskрази 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 blodyskрази. Graviditet/Amning: Forsiktighet bør utvises. Bør kun brukes i samråd med lege etter nøye vurdering av fordeler/ulempene. Overgang i placenta: Passerer. Teratogen effekt er ikke observert i dyrestudier. Blodyskramer (leukopeni, trombocytopeni, anemi) er sett hos nyfødte barn av mødre som har brukt mesalazin. Overgang i morsmelk: Går over. Mesalazinkonsentrasjonen i morsmelk er lavere enn i morens plasma, mens konsentrasjonen av metabolliten acetylmisalazin 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 legemiddelinusert feber sees av og til. Etter rektal administrasjon kan lokale reaksjoner som pruritus, rektalt ubehag og avføringsstrang 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 amylaseni, 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: Myalggi, 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 tarm sykdommen. Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger. Egenskaper: Klassifisering: Mesalazin (5-aminosalisylsyre) til behandling av inflammatorisk tarm sykdom. Virkningsmekanisme: Ikke fullstendig klarlagt, men mesalazin antas å virke lokalt på tarmmucosa. Substansen hemmer leukocytokjemotakse 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 metabollitt: Ca. 80%. Fordeling: Depottabletter og depotgranulat frigjør virkestoffet kontinuerlig i løpet av passasjen gjennom tarmkanalen, uavhengig av pH-forhold og matinntak. Rektalvæskens frigjør virkestoffet i distale deler av tarmen, til og med colon descendens. Stikkpille frigjør virkestoffet i rectum. Halveringstid: Depottabletter og depotgranulat: Mesalazin: Ca. 40 minutter. Acetyliert metabollitt: 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 metabollitt 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 føeces. I urin hovedsakelig som acetylmisalazin. Pakninger og priser pr. juli 2009: Pentasa: Depottabletter: 100 stk. (blister) kr 380,40. 3 x 100 stk. (blister) kr 1071,30. Rektalvæske: 7 x 100 ml kr 296,60. Stikkpiller: 28 stk. (blister) kr 523,70. Pentasa Sachet: Depotgranulat 1 g: 150 stk. (dosepose) kr 1326,40. 2 g: 60 stk. (dosepose) kr 1030,20. Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Pentasa: Depottabletter: Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Rektalvæske: Ulcerøs proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Stikkpiller: Behandling av aktiv ulcerøs proktitt. Pentasa Sachet: Depotgranulat 1 g: Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Depotgranulat 2 g: Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Refusjonskode: ICPC: Pentasa: Depottabletter: D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). Rektalvæske: D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). Stikkpiller: D94 Ulcerøs proktitt (-). Pentasa Sachet: Depotgranulat: D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). ICD: Pentasa: Depottabletter: K50 Crohns sykdom (-), K51 Ulcerøs kolitt (-). Rektalvæske: K51 Ulcerøs kolitt (-). Stikkpiller: K51.2 Ulcerøs (kronisk) proktitt (-). Pentasa Sachet: Depotgranulat: K50 Crohns sykdom (-), K51 Ulcerøs kolitt (-).

ATC-nr.: A07E C02

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

 **Pentasa**[®]
mesalazin (5-ASA)

Ferring Legemidler AS
Nydalssveien 36B
Postboks 4445 Nydalen
0403 Oslo
Tlf.: 22 02 08 80

mail@oslo.ferring.com, www.ferring.com

FERRING
PHARMACEUTICALS

PEN/012/09/2009

Skleroserende mesenteritt (SM)

(alias: idiopatisk mesenteritt, liposklerotisk mesenteritt, retraktil mesenteritt)

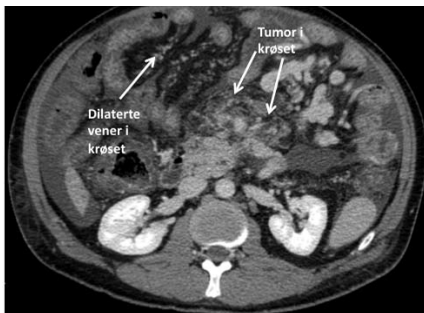
Tekst: Einar Beitoaugen, Medisinsk avdeling, Sykehuset Sørlandet Arendal

SM er en kronisk, inflammatorisk prosess i mesenteriet som er karakterisert med fettvevsnekrose, kronisk inflammasjon og fibrose. Det er en sjelden sykdom med ca 300 publiserte tilfeller. CT-screeningundersøkelser kan tyde på noe hyppigere forekomst der mange (de fleste?) er asymptomatiske.

Median alder for diagnose er 65 år og yngste rapporterte tilfelle er 3 år. Menn:kvinner = 2:1. Tilstanden fremstår ofte som en tumor relatert til mesenteriet, men kan også sees som en diffus fortykkelse. Oftest lokalisert i tynntarmskrøset (80%), resterende i krøset til tykktarm/rektosigmoid. Typiske funn ved CT er: "Fat ring sign" = fett rundt mesenterialkar (75-90%), "tumor pseudokapsel" (60%), lymfadenopati (20-40%). Sykdommen regnes som benign, men kan ha et alvorlig og raskt progredierende forløp. SM har ukjent etiologi, men er assosiert med en rekke tilstander (forutgående traume/abdominal kirurgi, autoimmun sykdom, infeksjoner, iskemi, vaskulitt, carcinoid, pankreatitt, granulomatøs sykdom, malign sykdom – paramalignt fenomen?).

Utredningen omfatter CT- og MR-undersøkelser hvor man kan påvise enkelte karakteristiske trekk. Blodprøver er uspesifikke. Eksklusjon av annen sykdom står sentralt. Diagnosen stilles på bakgrunn av biopsi/histologi med typiske funn. Histopatologisk inneles SM i tidlig-, mellom-, og senstadium som domineres av henholdsvis fettvevsnekrose, inflammasjon og fibrose.

Symptomer er avhengige av progresjonshastighet/stadie, masseffekt og inflammasjon. 30-50% anslås å være asymptomatiske. Magesmerter er vanlig sammen med kvalme, brekninger, vekttap, diaré, asteni eller feber. Ofte ascites. Symptomer på tynn- eller tykktarmsileus, evt tarmperforasjon. Obstruksjon av blodkar med kollateraldannelse og eventuelt ektopiske varicer, for eksempel i duodenum og/eller jejunum. Symptomer på tarmiskemi kan også sees. Obstruksjon av galleveier er sett.



CT - Skleroserende Mesenteritt

Forløpet av sykdommen er svært varierende. Det er ikke sett malignitetsutvikling. De fleste har langsom progresjon. Noen (20%?) har et raskt progredierende forløp med uttalt morbiditet.

Differensialdiagnostisk skal man tenke på bl.a. lymfom, liposarkom/lipom, peritoneal karsinomatose, neuroendokrin tumor, retroperitoneal fibrose, divertikulitt/perforasjon, pancreas-/gallegangstumor, desmoid tumor, inflammatorisk pseudotumor (tuberkulose, parasitter), sarkoidose.

Behandling

I tidlig stadium, dominert av fettvevsnekrose, er det lite som taler for at man bør starte behandling da sykdommen ofte er selvbegrensende eller asymptomatisk. I mellomstadiet har det vært forsøkt en rekke medikamenter som har vist positiv, men varierende effekt. Det foreligger ingen større materialer når det gjelder medisinsk behandling. Aktuelle medikamenter er kortikosteroider, azatioprin, cyclofosamid, kolkisin, tamoksifen og progesteron. Kirurgisk intervensjon bør begrenses til diagnostikk og behandling av komplikasjoner i senstadiet med uttalt fibrose.

Ektopiske varicer (EV)

Ektopiske varicer er store, dilaterte portosystemiske kollateralvener lokalisert andre steder enn i øsofagus og ventrikkel (fundus). Det finnes ikke mye data eller større materialer om tilstanden. Det er anslått at EV er årsaken til akutte blødninger hos 1-5% av pasienter med portal hypertensjon. Man oppdager stadig flere pasienter med EV på grunn av mer avanserte endoskopiske undersøkelsesmetoder (ballongassistert enteroskopi, kapselendoskopi) og radiologiske metoder. EV utvikles sekundært til portal hypertensjon, operative prosedyrer, venøse anomalier, abdominale tromboser eller karobstruksjon av annen årsak.

Man kan finne EV mange steder. De vanligste lokalisasjonene er

duodenum, jejunum, ileum, colon, anorektalt, galleveier, umbilicus og peristomalt. Det er også sett EV i peritoneum, ovarier og vagina og isolert i corpus/antrum av ventrikkel, men dette er mer sjeldent.

Diagnostiske metoder omfatter vanlig endoskopi, ballongassistert enteroskopi, kapselendoskopi, kateterbasert angiografi, CT og CT-angiografi, MR-angiografi, EUS-Doppler, laparaskopi/laparotomi, transabdominal UL-Doppler og blødningsscintigrafi.

Det finnes ingen entydige guidelines for behandling av EV på grunn av den store variasjonen i lokalisasjon, symptomer, komplikasjoner og diagnostisk/terapeutisk tilgjengelige metoder. Ofte kreves et samarbeid mellom flere fagområder (endoskopør, hepatolog, intervensjonsradiolog, kirurg). Aktuell behandling må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Mulige behandlingsmodaliteter omfatter endoskopiske prosedyrer (liming, sklerosering, strikkbehandling, APC – ofte i kombinasjon), kirurgiske inngrep, intervensjonsradiologi med embolisering/TIPS. Effekten av vasoaktive substanser som for eksempel oktreotid eller terlipressin er usikker. Det finnes ingen større data på effekten av primær-/sekundærprofylakse med betablokker, men det synes logisk at man skal gi slik behandling ■

Referanser:

- Helmy A, Al KK, Al FM. Updates in the pathogenesis, diagnosis and management of ectopic varices. *Hepatol Int* 2008;2(3):322-334.
- Chawla S, Yalamathi S, Shaikh IA, Tagore V, Skaife P. An unusual presentation of sclerosing mesenteritis as pneumoperitoneum: case report with a review of the literature. *World J Gastroenterol* 2009;15(1):117-120.
- Ferrari TC, Couto CM, Vilaca TS, Xavier MA, Faria LC. An unusual presentation of mesenteric panniculitis. *Clinics (Sao Paulo)* 2008;63(6):843-844.
- Azzam I, Croitoru S, Naschitz JE. Sclerosing mesenteritis: a diagnostic challenge. *Isr Med Assoc J* 2004;6(9):567-568.
- Kapsoritakis AN, Rizos CD, Delikoukos S, Kyriakou D, Koukoulis GK, Potamianos SP. Retractable mesenteritis presenting with malabsorption syndrome. Successful treatment with oral pentoxifylline. *J Gastrointest Liver Dis* 2008;17(1):91-94.
- Nobili C, Degrate L, Caprotti R et al. Extensive sclerosing mesenteritis of the rectosigmoid colon associated with erosive colitis. *Gastroenterol Res Pract* 2009;2009:176793.
- Gu GL, Wang SL, Wei XM, Ren L, Li DC, Zou FX. Sclerosing mesenteritis as a rare cause of abdominal pain and intraabdominal mass: a cases report and review of the literature. *Cases J* 2008;1(1):242.
- Sheikh RA, Prindiville TP, Arenson D, Ruebner BH. Sclerosing mesenteritis seen clinically as pancreatic pseudotumor: two cases and a review. *Pancreas* 1999;18(3):316-321.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

ELECTROSURGICAL GENERATOR

OLYMPUS ESG-100

A new dimension in electrosurgery

Simply smart.



OLYMPUS NORGE AS

Kjelsåsveien 168 • 0884 Oslo • Tlf. 23 00 50 50 • Faks 23 00 50 80 • adm@olympus.no

Siv.ing. Tonje Strømmen Steigedal, Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, forsvarte 2. desember 2009 sin avhandling for graden ph.d. i medisinsk teknologi ved NTNU.

“Molecular mechanisms of the proliferative response to the hormone gastrin.”

Hormonet gastrin er svært viktig for normal fordøyelse og bekjempelse av bakterier i mage-tarm kanalen, og en av dets viktigste oppgaver er å initiere utskillelse av magesyre. I tillegg til dette er gastrin også meget viktig for differensiering og vedlikehold av cellene i mage- og tarmslimhinnene. Men forhøyet nivå av gastrin i blodet, spesielt i kombinasjon med *H. pylori*-infeksjon kan virke vekstfremmende og på sikt føre til utvikling av kreft i mage-tarm kanalen.

Vi har utført en stor-skala genuttryksanalyse i den pankreasderiverte rottecellelinjen AR42J for å kartlegge hvilke gener som responderer på gastrin. Resultatene fra denne studien identifiserte flere hundre gener som ikke tidligere er vist å være regulert av gastrin. Dette doktorgradsarbeidet har tatt utgangspunkt i disse genene og beskrevet noen av de molekylære mekanismene som er involvert i gastrin-indusert cellevekst og cellemigrasjon. Vi har vist at transkripsjonsfaktoren ICER virker som en tumor suppressor i gastrinresponsen ved at den nedregulerer cellesyklusproteinet Cyclin D1 og protoonkogenet *c-fos*. Videre har vi vist at kinasen SIK1 har en generell genuttryksfremmende effekt i gastrinresponsen, og at de tre proteinene MP1, Brd2 og SIK1 alle fremmer gastrin-indusert migrasjon. MP1 og Brd2 ble også vist til å fremme gastrin-indusert proliferasjon.

Alt i alt har vi vist noen av de molekylære mekanismene til gastrin-induserte kreftrelaterte prosesser, og at ICER, MP1, Brd2 og SIK1 alle spiller en rolle i disse prosessene. På sikt vil denne typen kunnskap kunne bidra med å forbedre diagnostikk, prognostikk og eventuelt behandling av gastrointestinale kreftsvulster ■



Tonje Strømmen Steigedal

Cand med. Dag Arne Lihaug Hoff ved Institutt for indremedisin, Seksjon for gastroenterologi, Universitetet i Bergen (UiB) og Nasjonalt Senter for Gastroenterologisk Ultrasonografi, Haukeland Universitetssykehus, forsvarte 26. februar 2010 sin avhandling for PhD-graden ved Universitetet i Bergen.

“Esophageal pain sensation during bag distension - biomechanical or ischemic in origin?”

Brystsmerter er ein vanleg diagnose, og er ofte ikkje relatert til hjartesykkdom. I befolkninga kan det vere så mykje som 25% som har denne plaga. Dei fleste søker av ulike årsaker ikkje hjelp. Det er estimert at hjå mellom 23-80% kan årsaka ligge i spiserøyrret (øsofagus), og den vanlegaste årsaka er det ein kallar gastroøsofageal refluksjukdom. Andre att har ei endra smertekjensle i øsofagus; det ein kallar funksjonelle brystsmerter – og dette har ein mellom anna kunne vist ved at det oppstår smerte når ein bles opp ein ballong i øsofagus. Vi har utvikla eit instrument for å studere om ubehag/smerte framkalla av ein slik ballong i øsofagus (“bag distensjon”) har sin årsak i reint mekanisk påverknad av sensoriske reseptorar og/eller om det kunne vere ein påverknad av øsofagusveggen. Vi fann at pasientane hadde ein lett utvida og stivare øsofagus samanlikna med friske, og at stivleiken kunne skuldast auka muskeltonus i spiserøyrret. Dette er eit uttrykk for hyperreaktivitet. Vi fann at det var det mekaniske stresset på øsofagusveggen som var den viktigaste bidragsytaren, medan vi ikkje kunne påvise endringar i sirkulasjonen. Bak distensjon i øsofagus reproduiserte dei smertene som var plaga til pasientane, noko som vart sett på som ein nyttig oppleving for pasienten.

Problemet kring smerte frå brystet av denne karakter er stor uro hjå pasienten. Ofte resulterer det i innleggingar i sjukehus og utgreingar utan at ein finn ei god forklaring. Dette kan føre til redusert arbeidskapasitet, til og med arbeidsuførleik hjå pasienten. Undersøkingar omkring kva som utløyser dette i øsofagus er viktig for å kunne utvikle og gje målretta behandling ■



Dag Arne Lihaug Hoff
Foto: Jørgen Barth (UiB)



Vintermøtet 2010

Tekst: Kim Ånonsen, redaksjonen

Vintermøtet ble i år en publikumssuksess. Møtet fikk den rammen man ønsket seg med strålende sol i kald vinterluft og med faglig høyt nivå. Vintermøtet hadde samme oppbygning som tidligere med blant annet Torsdagsmøtet, frokostmøtet til Gastronomet og NGFs generalforsamling. På festen ble stipendvinnerne æret.



Årsrapport fra NGF-styret 2009



NGF-styret hadde i 2009 følgende sammensetning:

Bjørn I. Gustafsson, leder
Arne Christian Mohn, kasserer
Roald Torp, sekretær
Bjørn Moum, styremedlem
Jørgen Jahnsen, styremedlem,
Øistein Hovde, styremedlem, høringsansvarlig
Kristinn Eiriksson, styremedlem

Det er avholdt 2 styremøter vår og 2 styremøter på høsten der 61 saker har vært behandlet. Alle styremøter er referatført. Økonomisk har styret fulgt de føringer som årsmøtet la til grunn, hvor det fagmedisinske kontingenttilskudd basert på 216 ordinære medlemmer (kr 221 666) og ekstrabevilgning fra legeföreningen på kr 50000 har utgjort inntektene. Styret har selv stått for all sekretariatsfunksjon i sitt arbeid og alle forberedelser til årsmøtet. Kasserer har vært ansvarlig for utbetalinger og innkrevninger, samt den kontinuerlige kontroll med balanseregnskapet, mens eksternt innleid regnskapsbyrå (Visma) står for årsregnskap og revisjon av Kjelstrup & Wiggen AS.

Som foregående år er mange henvendelser og saker blitt bearbejdet mellom møtene ved hjelp av elektronisk kommunikasjon. Ulike oppgaver har blitt fordelt blant styremedlemmene og samarbeidet i styret har vært godt.

Utdrag av saker som har vært behandlet og besvart i/av styret:

- Økt samarbeid med NFGK, det er forfremmet forslag om felles styremøte i samband med NFGKs årsmøte på Gardermoen 15-16 april 2010.
- Spørreundersøkelse på NGF generalforsamling 2009: Ni leger brukte møtet som del i sin utdanning. Nær 30% av deltakere bruker Fond III for å betale for møtet. Spørsmålet er om industrien skal være med på møtet eller man skal holde industrien utenfor. Det ble vedtatt av styret at saken blir tatt opp som et punkt på generalforsamlingen 2010.
- Søkt og fått godkjenning av årsmøtet 2010 som tellende i spesialistutdanningen (Indremedisin, Lever og fordøyelsessykdommer, generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi).
- NGF styremedlemmer har deltatt i møte om

nasjonalt register for behandling med biologiske legemidler.

- NGF styremedlemmer har deltatt i LIS møter om bruk av biologiske legemidler.
- Deltatt i gruppen for å utarbeide nasjonale retningslinjer for bruk av TNF alfa-hemmere.
- Tilbud fra Tillot om å sponse 100 medlemmer i NGF med papirutgaven av SJG.
- Vært involvert i gjennomførende av Nordisk Gastro kongress i Stavanger 2009.
- Vært representert i National Advisory Board vedr arrangement av Nordiske Gastrokongress i København 2010.
- NGF har gått inn som samarbeidspartner med møtarrangør Congrex i samband med arrangering av Levermøtet i Oslo 4/3 2010.
- NGF har deltatt på møte "Fra mannsbastion til kvinnefront - rekruttering for fremtiden".
- Styret har oppnevnt nye representanter i NGFs forskningsfond.
- Statuttene for Finn Grasmos stipend er endret slik at det annet hvert år deles ut av NGF og neste av Norsk forening for infeksjonsmedisin.
- 2 deltagere på ECCO møte for Young doctors Course i Lyon, februar 2009
- Styret har arbeidet med internasjonale engasjement, YCP/UEGW-World Gastroenterology 2009 London, ASNEMGE Rising star 2009- nominasjon (M, Bretthauer, Rikshospitalet). Øistein Hovde er sammen med en finsk kollega utsett til nye nordiske representanter i UEGF General Assembly 2010-2013.

Høringer

I løpet av 2009 har styret vurdert mange høringsaker. Høringene sendes elektronisk til alle i styret som må vurdere hver enkelt sak. Vi må selv sortere ut de sakene som foreningen oppfatter som aktuelle for NGF. Som tidligere har vi liten føling om hva som skjer i den videre behandling og hva våre høringsbesvarelser resulterer i. Vårt mål er at NGF skal bli bedre på å gjøre sin røst hørt.

NGF har blant annet vurdert SLV's forslag til endring av refusjonsberettiget bruk av protonpumphejmere. SLV går nå inn for at lansoprazol, omeprazol og pantoprazol får helt lik indikasjon for refusjonsberettiget bruk (refluksosofagitt, patologisk refluks, behandling og forebygging av medikamentindusert ulcus og dyspepsi hos pasienter som står på NSAIDS).

Høringsvar: NGF kan ikke se at det er faglig begrunnelse for at den protonpumphejmeren med best dokumentasjon i forhold til indikasjonen, er utelatt. Det er også usikkerhet rundt dokumentasjonen som pantoprazol har. NGF går inn for at alle fire protonpumphejmere på det norske marked vurderes på lik linje.

Saker vi har arbeidet med innad i föreningen:

- Videreutvikling og oppdatering av hjemmesiden på internett (reklameinntekter).
- Videreutvikling av NGF-Nytt. Blant annet har NGF Nytt fått 2 medredaktører ilt siste året (Kim Ånonsen og Vemund Paulsen).
- Tildeling av reise- og forskningsstipender fra industri og NGF.
- Planlegging og gjennomføring av årsmøtet.
- Assistert Vitenskapelig Komité i gjennomførende av Nordisk Gastromøte i Stavanger juni 2009.

NGF Medlemstall pr. 31.12.2009 iflg Legeföreningen

Det er pr i dag totalt 344 medlemmer. Av disse er 193 godkjente spesialister. 64 er medlem uten spesialitet. 37 er pensjonister. 50 er assosierte medlemmer.

Æresmedlemmer:

Arne Serck Hanssen
Sven-Erik Larssen
Hermod Petersen
Arne Skarstein
Olav Fausa
Arnold Berstad

Komiteer og undergrupper:

Spesialitetskomité i fordøyelsesykdommer 2009-2012:

Leder *Kristine Wiencke*
 Medlem *Dag Malm*
 Medlem *Jørgen Jahnsen*
 Medlem *Ingrid Prytz Berset*
 Medlem *Ylf Tone Søberg*
 Varamedlem *Taran Søberg*
 Varamedlem *Gunnar Qvigstad*
 Varamedlem *Ylf Kjetil Kjeldstad Garborg*

Besøkte sykehus 2009

Den 21 april Tønsberg sykehus, 20 oktober St Olavs Hospital HF og 8 desember Hamar sykehus.

NGFs interessegruppe for leversykdommer:

Kirsten Muri Boberg, leder
Anstein Bergan
Eiliv Brenna
Geir Folvik
Zbigniew Konopski
Arthur Revhaug
Aksel Foss

NGFs Kvalitetsutvalg

Lars Aabakken, leder

Tom Glomsaker
Thomas de Lange
Truls Hauge
Rolf Ole Lindsetmo

Interessegruppe for gastrointestinal ultrasonografi:

Roald Flesland Havre (leder)
Knut Johnsen
Asbjørn Stallemo
Ottar Bjerkeset
Kristian Hveem
Ragnar Eriksen
Lars Aabakken
Odd Helge Gilja
Svein Ødegaard
Trygve Hausken

Interessegruppe for Pancreassykdommer

Trond Buanes, leder
Dag Hoem
Ivar Gladhaug
Olaug Villanger
Erling Bringeland
Dag Malm
Truls Hauge
Tom Glomsaker
Tone Ikdahl

Interessegruppe for Inflammatorisk Tarmsykdommer

Ingrid Berset, leder
Jørgen Jahnsen
Tom Øresland
Knut Lundin
Tomm Bernklev
Astrid Rydning,
Jon Florholmen
Bjørn Moum

NGF's Forskningsfond:

Odd Helge Gilja	leder
Arne Christian Mohn	nestleder (NGF's styrerepresentant)
Astrid Rydning	medlem
Dag Malm	medlem
Øivind Irtun	medlem
Olav Sandstad	varamedlem
Rolf Ole Lindsetmo	varamedlem
Reidar Fossmark	varamedlem
Ann Elisabeth Østvik	representant fra Staten (Forskningsrådet)
Helge L Waldum	vararepresentant fra Staten (Forskningsrådet)

Valgkomite NGF:

Per Sandvei, leder
Asbjørn Stallemo
Tom Glomsaker

Internasjonalt arbeid:

NGF er medlem av:

- UEGF *United European Gastroenterology Federation*
- ASNEMGE *Association des Sociétés Nationales*

Européennes et Méditerranéennes de Gastroentérologie

- ESGE *European Society of Gastrointestinal Endoscopy*
- OMGE *Organisation Mondiale de Gastro-Entérologie*
- OMED *Organisation Mondiale d'Endoscopie Digestive*
- UEMS/EBG *Union Européenne des Médecins Spécialistes /European Board of Gastroenterology*
- ECCO *European Crohn Colitis Organisation*

NGF-medlemmer er representert i følgende internasjonale fora:

- OMGE: Lars Aabakken (*Research committee*)
- ASNEMGE/UEGF: Erik Schrumpp (*Scientific & Research committee*)
- OMED: Geir Hoff
- EBG/UEMS: Dag Malm
- ESGE: Lars Aabakken (*council member og leder*)
- SADE: Tom Glomsaker, Lars Aabakken
- SAGIM: *Scandinavian Association for Gastrointestinal Motility: Trygve Hausken, Asle / Mæhus, Odd Helge Gilja*
- NAB: *Nordic Advisory Board: Roald Torp*
- IOIBD: *The International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases: Morten Vatn, Bjørn Moum*
- ECCO: *Ingrid Prytz Berset, Jørgen Jahnsen*
- UEGF: *Helge Waldum, Øistein Hovde UEGF's assembly*
- EFSUMB: *European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology: Odd Helge Gilja, leder*

Nordisk samarbeid:

Bjørn Moum er medlem i vitenskapelig komité til Nordisk Gastromøte i København 2010.

Scandinavian Journal of Gastroenterology:

Scandinavian Journal of Gastroenterology har gjennom 2009 hatt en lett økning av innsendte manuskripter, totalt ca 740 er mottatt, antall original-manuskripter har økt betydelig, antall case reports er tilsvarende redusert. Manuskripttilgangen har vært økende gjennom 2009. Impact factor økte til 1.99. Behandlingstiden for mottatte manuskripter er ytterligere redusert. Nær 75% av manuskriptene er returnert til forfatter med en "first decision" innen 30 dager etter mottak. Det er nylig inngått avtale med forlaget om 3 års forlengelse av kontrakten. En mer fullstendig rapport vil bli lagt frem på Generalforsamlingen."

Møter/representasjon:

Internasjonal konferanse i leversykdommer (Internasjonal Club of Ascites) fant sted på

Lillehammer den 2-4 februar. Møtet omhandlet komplikasjoner ved kroniske leversykdommer. NGF var medarrangør. Konferansen trakk i overkant av hundre deltagere, deriblant en rekke internasjonale foredragsholdere.

NGF's 36. årsmøte fant sted på Lillehammer 5. - 8. februar 2009. Det var 52 innsendte abstrakte, presentert oralt. Norsk Forening for Gastroenterologisk Personell (NFGP) hadde sitt årsmøte parallelt på samme hotell.

Torsdagssymposiet 2009 "Fra politikk til klinikk: Hvordan oversette lovverk til veiledere og hvordan bruke disse når pasienter med fordøyelsessykdommer skal prioriteres". Ansvarlig for programmet var Einar Huseby. Det ble gitt en innføring i hvordan veiledere som verktøy for klinisk prioritering innen spesialisthelsetjenesten hadde blitt utviklet, og praktiske eksempler på hvordan de kan brukes ble gitt.

Gastronetts frokostmøte fredag 7. februar kl 0745-0930: Kvalitetssikring var hovedtemaet. "Kvalitetssikring av endoskopi og opplæring av kolonoskopører" ble gjennomgått i foredrag av den britiske gastroenterologen Roland Valori og i etterfølgende diskusjon.

Nordisk Gastrokongress i Stavanger 8.-11. juni 2009. Organisasjons og vitenskapelig komité med Tom Glomsaker og Jon Arne Søreide bidro med stor arbeidsinnsats til at dette ble et vellykket arrangement med mer enn 600 deltagere og et vitenskapelig innhold som bar preg av en høy internasjonal klasse.

UEGW var i 2009 slått sammen med WCOG (World Congress of Gastroenterology).

Møtet fant sted i London 21.-25. November og slo rekord i størrelse med over 14000 deltagere, like mange som DDW tidligere i år. Det var mange norske deltagere, blant annet ble 21 norske abstrakter presentert (alle norske abstrakt er trykket i NGF nytt nr 4, 2009). NGF bidro med representanter på alle de internasjonale gastroorganisasjonenes styremøter. I tillegg var Lars Aabakken koordinator for European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) sine endoskopirelaterte aktiviteter under kongressen.

Priser og stipender 2009

Schering Plough AS

Stipendet er på totalt på kr 35. 000 og skal gå til å finansiere ett forskningsprosjekt innen inflammatorisk tarmsykdom, klinisk eller basal.
Kim Nylund kr 25.000 for "Undersøkelse på tarmstenoser v Crohn med ultralyd".
Randi Opheim kr 10.000 for "KAM blant pas med IBD, helse/livskvalitet".

Solvay's gastrostipend – stipend innen eksokrin pankreatologi.

Stipendet er på kr 20. 000.
Friedemann Erchinger Voss kr 20.000 for "Studie på kronisk pancreatitt".

Roche AS stipend til forskning innenfor leversykdommer

Stipendet er på kr 25.000.
Zpignew Konopski kr 25. 000.

Olympus AS

Prisen er på kr 20.000.

Geir Larsson kr 10.000 for "Studie på Crohnpasienter".
Roald Flesland Havre kr 10.000. Poster EUS sonografi.

Abbotts "Humanpris"

Prisen er på kr 100.000.

Morten Vatn

Astrazeneca AS, stipend innen gastroenterologi

Stipendet kr 50.000 går til å finansiere et forskningsprosjekt innen gastroenterologi.

Geir Larsson kr 25.000 for "Studier på Crohn".

Randi Opheim kr 25.000 for "KAM blant pas m IBD, helse kvalitet".

Schering Plough AS forskningsfond til minne om Finn Grasmo.

Stipendiet utgjør kr 30.000 årlig. Utdeles for arbeide innenfor feltet Hepatitt C.

Utdeles annethvert år av NGF (2009) og annethvert år av Norsk Infeksjonsmedisinsk Forening (2010)

Stipendet ble utlyst i NGF nytt, ingen søkere 2009.

Ferring AS, stipend innen inflammatorisk tarmsykdom

Prisen er på kr 10.000.

Roald Flesland Havre kr 10.000 for

"Studie på vevs-karakteristikk ved ultralyd".

Vingmed

Prisen er på kr 8.000.

Roald Flesland Havre kr 8.000 for "Elastografi på Crohnstenoser og tumorstenoser".

NGF's årsmøte priser 2009

Priser for beste vitenskapelige arbeider:

Totalt 52 abstrakts var innsendt. Alle ble presentert i oral form og de fire beste arbeidene fikk hver sin pris på kr 10.000 og diplom. Følgende kolleger fikk priser:

Beste kliniske fra universitet:
Astrid Rydning, St Olavs Hospital.

Beste eksperimentelle:

Bjørn I Gustafsson, St Olavs Hospital.

Beste kliniske utenfor universitet:

Eirin Dalen, Sykehuset Asker og Bærum.

Beste presentasjon:

Roland Flesland Havre, Haukeland.

REISESTIPEND ble under 2009 tildelt

følgende medlemmer:

Æresmedlemmer: *Arnold Berstad*, *Sven-Erik Larssen*, *Arne Skarstein*, *Hermod Petersen*.

Leger i utdanning som presenterte arbeid på årsmøtet:

Roald Flesland Havre, *Andre Isene*, *Marte Høivik Lie*.

For NGF Nytt: *Kim V. Ånonsen*, *Thomas de Lange*.

Norsk gastroenterologisk forenings forskningsfond

Tildeling fra Fondet for 2010 ble utlyst med søknadsfrist 15.1.2010 i NGF-nytt og på hjemmesiden. Til utdeling var det utlyst kr 70.000, som var summen av avkastningen fra Fondet for 2009 og renteinntektene fra kontoplassering av overskuddet Nordisk Gastromøte på Lillestrøm 2004. Tildeling

blir kunngjort av komiteens leder ved årsmøtets generalforsamling.

Helge Bells Forskningspris

I 2004 ble det opprettet eget fond utgående fra det hepatologiske fagmiljøet, for god klinisk hepatologisk forskning. Fondet bærer Helge Bells navn.

Prisen for 2008 ble tildelt *Espen Melum* for arbeidet: Cholangiocarcinoma in primary sclerosing cholangitis is associated with NKG2D polymorphisms, publisert i *Hepatology*. Prisen for 2009 vil bli utdelt på det nasjonale levermøtet i mars 2010.

NGF-nytt

Vårt medlemsblad har vært videreført med reklamebasert finansiering og profesjonell hjelp til det layoutmessige. Bladet er distribuert i 4 numre til alle NGF og NFGKs medlemmer. Redaktør *Thomas de Lange* har lagt ned et betydelig arbeide og bladet har fungert godt som nyhetskanal og formidler av kurs, kongresser og møter. I tillegg har *Vemund Paulsen* og *Kim Ånonsen* ved RH/Ullevål jobbet i redaksjonen siste året. Det har vært rapportert om kurs, møter og kongresser hvor våre medlemmer har deltatt og presentert. Bladet har vært brukt til stipendannonsering, nyhetsformidling av felles interesser innen faget så vel som helsepolitiske saker. Bladet har ved hver utgivelse hatt tematiske innhold av felles interesse for gastro- medisinere og kirurger så vel som aktuelle tema. Bladet har vært avhengig av reklameinntekter for driften og driftsregnskapet har gått i god balanse. Våre samarbeidspartnere innenfor industrien har vært svært positive til NGF-nytt.

Internett

Internett-siden har vært drevet av webansvarlig styre-medlem *Esben Riise* og har vært brukt til informasjonskanal for formidling av nytt fra foreningen, nyheter, lenker til andre internett-sider, samt til elektronisk innmelding i foreningen og påmelding til årsmøtet.

Samarbeid med farmasøytisk industri

NGF har hatt et godt og konstruktivt samarbeid med farmasøytisk industri og utstyrsleverandører, noe som styret ønsker å opprettholde.

Styret NGF, 11. februar 2010



Randi Opheim og Kim Nylund med representanter fra Schering-Plough



Roald Flesland Havre



Friedemann Erchinger Voss og Rolf Kjølstad



Randi Opheim og Arne Fetveit for Geir Larsson



Morten Vatn

Gastronet frokostmøte

12. mars

Tekst: Geir Hoff (GH), Michael Bretthauer (MB), Tom Glomsaker (TG)

Møtet samlet ca. 40 deltagere. De kunne kombinere frokosten med mye nyttig lærdom.

Screeningprogram for kolorektal cancer i Norge

Helsedep. har vedtatt å planlegge for oppstart i 1-2 prøvetylker/områder for utprøving av et nasjonalt screeningprogram ved hjelp av immunokjemisk test for okkult blod i avføring (iFOBT). Det er mulig at dette programmet kan bli tillagt ansvar for å teste ut alternative screeningmetoder etter hvert som slike utvikles eller med kjente metoder som ikke har vært testet ut tidligere i screeningsammenheng (f.eks. koloskopi). Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal planlegge en slik pilot. Dette arbeidet koordineres av Jørgen Holmboe ved Helsedirektoratet. Penger er ennå ikke bevilget. GH orienterte om planene og presiserte at Helsedirektoratet er fullt klar over behovet for ekstra ressurser for å kunne håndtere merbelastningen som et slikt program vil medføre – bl.a. behov for økning av koloskopikapasiteten.

Gastronets drift

Gastronets sekretariat er lokalisert ved Sykehuset Telemark HF (STHF) med Elin Hørtha i 100% stilling og Jane Andreassen i periodevis 40% engasjement etter behov. Cecilie Krogh ved Kreftregisteret er engasjert i NordICC-studien (randomisert studie på koloskopiscreening i Polen og Nederland – nå også med planlagt oppstart i Norge (planlegges med et senter i Kristiansand)). Cecilie har hatt hovedansvaret for opprettelse av nettsidene (Gastronet benyttes også av NordICC). Helse Sør-Øst RHF finansierer for tiden driften av sekretariatet. Koloskopiregisteret har eksistert fra høsten 2003. Per desember 2009 er det rapportert ca. 60.000 koloskopier til Gastronet fra Norge. Warszawa, Polen startet registreringer høsten 2009 og sekretariatet har hittil mottatt ca. 1000 koloskopiregistreringer derfra. ERCP-registreringer i Gastronet startet i januar 2007, og det er hittil rapportert inn ca. 3000 ERCP'er. Vi har p.t. to PhD-kandidater i arbeid på Gastronet data (Birgitte Seip, Siv og Volker Moritz, STHF).

Gastronets nettsider

(www.kreftregisteret.no/gastronet)

Nettsidene har en allmennt tilgjengelig del og en passordbeskyttet del for bidragsytere til Gastronet (skjøpører og gastrosykepleiere). Den passord-

The screenshot shows the website for 'KREFT registeret'. The navigation menu includes: 'Om kreftregisteret', 'Hjelp', 'Fakta om kreft', 'Prosjektene', 'Infusjonsring', 'Om kreftregisteret - informasjon', 'Nettsider og nettsider', 'Ressurser og andre nettsider', 'Kontakt oss', 'Kontakt oss', 'Kontakt oss', 'Om kreftregisteret', 'Om kreftregisteret', 'Om kreftregisteret', 'Om kreftregisteret'. The main content area is titled 'Gastronet' and contains text about the program's purpose and goals.

beskyttede delen gir nyttige opplysninger for registrering i Gastronet og resultater til bruk i interne diskusjoner for kvalitetsutvikling ved det enkelte HF. GH påpekte at nettsidene brukes for lite som et internt kvalitetsforbedringsverktøy. Han demonstrerte tilgang og innhold i de passordbeskyttede delene av nettsidene og oppfordret til å bruke dem mer.

Innskjerpede krav fra Datatilsynet i forbindelse med utvidet konsesjon for Gastronet fra juni 2009

GH orienterte om de pågående diskusjonene med NSD og Datatilsynet. Hvert HF er en juridisk enhet med ansvar for sikring av kvaliteten på egne helsetjenester. Opprettelse av en lokal database på siden av HF-ets EPJ med pasientenes personopplysninger krever bare melding til NSD – ingen egen konsesjon og intet uttrykt samtykke fra pasientene. Ved opprettelse av et tilsvarende register som er institusjonsomfattende (dette gjelder alle nasjonale kvalitetsregistre), må ansvarlig ved den juridiske enheten (HF-et) ha konsesjon fra Datatilsynet og pasientens

"uttrykte samtykke" før personopplysninger kan utleveres. Utfylt pasientsvarskjema er tilstrekkelig "uttrykt samtykke", men det mangler dokumentasjon for samtykke for de 10-15% av pasientene som ikke sender inn utfylt pasientsvarskjema. Det foreligger et forslag om innhenting av skriftlig samtykke som bør kunne fungere for polikliniske undersøkelser med minimalt merarbeid for ansatte. NSD støtter dette. GH gikk gjennom løsningsforslaget (kfr. nettsidene for Gastronet). En praktisk løsning for innliggende pasienter (de fleste ERCP-undersøkelsene) er ennå ikke klart. GH følger saken.

ERCP-registeret

TG orienterte om foreløpige resultater. Vi er altså ikke i mål enda mht å innfri de innskjerpede kravene om skriftlig samtykke for ERCP-registreringene. I tråd med andre innlegg fra møtedeltagerne oppfordret TG til å holde ut og fortsette registreringene av ERCP'er lokalt til vi har fått en avklaring i forhold til NSD og Datatilsynet.

Årsmøtepriser

utdelt på Vintermøtet

1. Beste kliniske arbeid fra universitetsklinikk

Langtidsresultater for 221 pasienter behandlet med metallstenter – resultater fra Stentstudien

Lene Larssen¹, A.W. Medhus¹, H. Kørner², T. Søberg³, D. Gleditsch⁴, Ø. Hovde⁵, A. Nesbakken⁶, J. Tholfsen⁷, K. Skreder⁸ og T. Hauge¹

¹Gastromed.avd, Oslo universitetssykehus Ullevål,

²Gastrokir. avd, Stavanger universitetssykehus,

³Gastromed. avd, Sentralsykehuset i Østfold,

⁴Gastrokir. avd, Vestre Viken, sykehuset Buskerud,

⁵Gastromed.avd, Sykehuset Innlandet – Gjøvik,

⁶Gastrokir. avd, Oslo universitetssykehus, Aker,

⁷Gastromed. avd, Sykehuset Innlandet – Lillehammer,

⁸Gastrokir.avd, Sykehuset Levanger.

Bakgrunn

Behandling med metallstenter har blitt et stadig mer benyttet behandlingsalternativ ved mange norske sykehus de senere år. Ved palliativ behandling av malign gastrointestinal obstruksjon er metoden nå ofte den foretrukne. Metoden er effektiv og har en lav forekomst av alvorlige komplikasjoner. Ved palliativ behandling av gastrointestinale obstruksjoner er det viktig å gi en varig lindring av symptomene, med færrest mulige komplikasjoner og behov for reintervensjoner. Vi ønsket i denne studien å undersøke forekomsten av alle typer komplikasjoner på lengere sikt, studere behovet for reintervensjoner og reinnleggelser.

Materiale og metode

I perioden oktober 2006– mars 2008 ble pasienter som fikk behandling med metallstent for malign gastrointestinal obstruksjon inkludert ved 9 sykehus i Norge. Primært ende-punkt i studien var endring/forbedring av livskvalitet før/etter stenting, sekundære endepunkt var komplikasjoner, behov for reinnleggelser og reintervensjoner.

Resultater

Av 273 pasienter totalt inkludert i studien, satt vi igjen med 221 pasienter som ikke hadde fått fjernet stenten ved elektiv kirurgi eller var operert pga. ikke fungerende stent. Oppfølgingsdata ble innhentet fra pasientjournaler 6–12 mnd. etter avsluttet inklusjon.

Reintervensjoner: Totalt 73(33%) pasienter hadde behov for noen form av reintervensjon i oppfølgingsperioden, median 1 gang (0–9) etter median 69 dager(0–378). Årsak til reintervensjoner:

stentokklusjon 52(24%), stentmigrasjon 10(5%), komplikasjoner 3(1%), andre årsaker 8(4%).

Type reintervensjon: restenting 39, åpning av stent 15, kirurgi 10, annet 10

Reinnleggelser: Totalt 160 pasienter ble reinnlagt med median antall opphold på 2 (0–12)pr. pasient som trengte reinnleggelse, 68(31%) pasienter trengte ikke reinnleggelse. Hovedårsak til reinnleggelsene: Progresjon av kreftsykdommen 93, stentobstruksjon 40, stentkomplikasjon 7(4 migrasjoner, 2 fekal inkontinens, 1 fistel), Kjemoterapi 7, ståleterapi 4, årsak ikke relatert til kreftsykdommen 8

Sene komplikasjoner: Alvorlige komplikasjoner:10 migrasjoner, 1 blødning, 1 perforasjon. Mindre alvorlige komplikasjoner :2 fistler, 2 tilfeller av fekal inkontinens. Ingen dødsfall direkte relatert til stentbehandlingen

Konklusjon

Langtidsoppfølging av 221 pasienter behandlet med metallstenter viser at behandlingen er trygg med få alvorlige komplikasjoner og få reinnleggelser pga. komplikasjoner til stentbehandlingen. 33% av pasientene hadde behov for en eller flere reintervensjoner , etter median 69 dager, som betyr at mange hadde varig lindring fra obstruksjonssymptomene.

2. Beste kliniske arbeid utenfor universitetsklinikk

Drop in gastroscopipoliklinikk – erfaringer etter 1 år

Gert Huppertz-Hauss, Lubomir Chengarov, Stein Dahler, Thomas Ludolph, Volker Moritz, Jørn Paulsen, Geir Hoff

Gastromedisinsk poliklinikk, Sykehuset Telemark, Skien

Bakgrunn og mål

Lang ventetid på en gastroscopitime betyr for pasienter uvisshet, kan bety uhensiktsmessig medikamentell behandling og sykmelding, og at alvorlige sykdommer oppdages sent. Spesialisthelsetjenesten bruker store ressurser for vurdering av henvisninger og administrasjon av ventelister. Studien evaluerer drop in gastroscopipoliklinikk og sammenlikner den med konvensjonell avtalebasert poliklinikk.

Pasienter og metode

112 pasienter fikk tilbud om en drop in gastroscopi (gruppe 1), 101 ble innkalt etter prioritering til en avtalt gastroscopitime (gruppe 2). Studien sammenlikner pasienttilfredshet, ventetid fra første legebesøk til undersøkelse og bruk av syredempende medikamenter i påventing av undersøkelsen. En forskjell mellom gruppene på 20% ble ansett som klinisk relevant. Det ble gjennomført spørreundersøkelser hos henvisende leger og personalet på gastrolab om fornøydhet med tilbudet og praktikabilitet.

Resultater

I gruppe 1 og 2 var henholdsvis 99,1 og 100% fornøyd med det tilbud de fikk og 92 og 93,9% med informasjonen. I gruppe 1 syntes 77,7% at ventetiden på undersøkelses-dagen var ikke for lang, i gruppe 2 fant 79% at ventetiden til innkallingen ikke var for lang. Tid fra første legebesøk til undersøkelse var gjennomsnittlig 3,6 uker (gruppe 1), i gruppe 2 13,9 uker (p<0,002). Det fantes ingen forskjeller i bruk av syredempende medikamenter. Fastlegegruppen har vært meget positiv til drop in tilbudet. Personalet på sykehuset er fornøyd med organisasjonsformen etter noen justeringer, ventelistedministrasjonen faller bort. Antall polikliniske gastroscopier har dog økt om 46,8% i første halvåret 2009, antall relevante diagnoser har steget tilsvarende.

Konklusjon

Drop in gastroscopipoliklinikk er en organisasjonsform som er egnet til å forkorte ventetiden for pasientene og forenkler pasientadministrasjonen vesentlig. Økende antall relevante diagnoser rettferdiggjør en økning i antall gastroscopier.

3. Beste eksperimentelle arbeid

Intestinal ischemia activates local production and secretion of serotonin from enterochromaffin cells that may trigger cascade reactions in remote organs

Maria Brønstad², Nils Kristian Skjærvold^{1,2}, Per Einar Uggen¹, Petter Aadahl^{1,2}, Mark Kidd³, Erik Solligård^{1,2,3}, Bjørn I. Gustafsson^{1,2,3}

¹Departments of Gastroenterology, Anesthesiology and Surgery, St Olavs Hospital HF, Trondheim University Hospital, ²Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology, N-7006 Trondheim, Norway, ³Department of Surgery, Yale University School of Medicine, New Haven, CT06520-8062, USA

Background

The gut mucosal enterochromaffin cell (EC-cell) of the diffuse neuroendocrine cell system has a close relation to gut immune cells and is known to be over activated in chronic inflammation like IBD. Serotonin (5-HT), secreted from the EC-cells, plays a major role in homeostatic regulation of intestinal microcirculation

and paracellular permeability. Acute intestinal hypoperfusion, leading to alterations in intestinal permeability and acute inflammation, is thought to trigger the development of multiple organ failure in shock states. The role of 5-HT in this setting remains unclear.

Objective

The aim was to study if 5-HT release is increased in intestinal ischemia and/or during reperfusion, and whether the 5-HT comes from systemic activation of blood platelets, or from EC-cells in the intestinal mucosa.

Methods

In five anesthetized pigs the superior mesenteric artery was cross clamped for 120 min followed by 4 hours of reperfusion. Three pigs were randomized to sham laparotomy. Microdialysate from jejunal mucosa, the portal vein and the femoral artery, and intestinal mucosal biopsies, were sampled at baseline, after 120 min of ischemia, and after 120 and 240 min of reperfusion. The 5-HT content in microdialysate was analyzed by ELISA. The expression levels of key genes involved in EC-cell activation and secretion; tryptophan hydroxylase-1 (TPH-1) and the serotonin reuptake transporter (SERT) were determined in the tissue samples by quantitative RT-PCR.

Results

5-HT secretion in the gut mucosa increased during intestinal ischemia (75.0 ng/ml \pm 41.0) vs. sham controls (25.1 ng/ml \pm 8.8) ($p < 0.05$) and early in reperfusion (176.7 ng/ml \pm 77.0) vs (27.2 ng/ml \pm 13.5) ($p < 0.05$) (fig. 1). Baseline concentrations were similar in both groups (41.7 \pm 41.0 vs 32.3 \pm 0.7, $p = 0.78$). The expression of SERT during ischemia and reperfusion was increased 5-14-fold compared to controls (AUC 70.4 \pm 22 vs 12.5 \pm 3.7, $p = 0.034$).

Similarly, TPH-1 was upregulated 15-30-fold during ischemia and reperfusion (AUC 153 \pm 41) vs (23 \pm 10) in controls, $p = 0.036$. There was no detectable increase above baseline values of 5-HT in portal or systemic arterial blood.

Conclusion

Intestinal ischemia induces local release of 5-HT while 5-HT levels in the systemic circulation remain unchanged. Increased 5-HT signaling in the mucosa is further demonstrated by an up regulation of the 5-HT reuptake molecule SERT and the rate limiting enzyme in 5-HT synthesis TPH-1. These findings indicate that EC cell activation in intestinal ischemia potentially represents an overseen initiator of an inflammatory response that in turn may be the link to serious systemic cascade reactions.

4. Beste arbeid med hovedvekt på presentasjonen av arbeidet

Orofaryngeal dysfagi (øvre dysfagi)

Audun Hasund, Øyvind Holme, Jon Matre, Asbjørn Stallemo og Morgan Stokkeland, medisinsk avdeling; Sørlandet sykehus Kristiansand.

Viktige medspillere på Rikshospitalet: Steinar Aasen, Radiologisk avdeling og Kjell Brønbo, ØNH avdeling

Bakgrunn

Dysfagi er en ikke uvanlig problemstilling ved en gastrolab. Høsten 2009 har vi henvist tre pasienter til ØNH, RH for lasermyotomi. Det er nyttig å skille mellom orofaryngeal dysfagi (øvre dysfagi) og dysfagi pga sykdom i selve øsofagus. En må være obs på muligheten av cricofaryngeal dysfunksjon (CD), en plagsom tilstand der lasermyotomi kan være nyttig

og som kan overses ved gastroskopi og rutine rtg øsofagus. Dette er ofte eldre og skrøplige pasienter. Symptomer er: Vansker med å initiere svelgprosessen, føler at maten stopper opp i halsen, måltid tar lang tid, regurgitasjon og aspirasjon.

Metode

Vi har retrospektivt gått gjennom vår database for å se hvordan vi har håndtert disse pasientene tidligere.

Resultater

Fra 1998 har vi ut fra anamnese har mistenkt CD hos 31 pasienter som alle er gastroskoperte. Det var trang skoppassasje hos 13 pas, med guidewire assistert skopi hos 11 pas. Ballongblokkering (18 mm) i øvre øsofagus-sfinkter ble utført hos alle. Hos 7 pas ble det anført impresjon i TTS-ballongen på rtg gjennomlysning. Blokkering var dels diagnostikk og dels terapeutisk. En del pasienter har anført effekt (kortvarig) av blokkeringen.

Det ble utført rtg øsofagus hos 15 pas med følgende funn: Zenkers divertikkel (ZD) 4 pas, aspirasjon 5 pas, CD (stram muskel/"bar") 4 pas, annen dysmotilitet 2 pas og normalt 4 pas. Det er viktig å ha god kvalitet rtg med videooptak. Det vil bli vist med eksempel.

Fra 1998 til 2007 har 6 pasienter (3 med ZD og 3 bare CD) fått utført lasermyotomi ved ØNH på RH. Median alder var 84 år. Tre pas (en med ZD) hadde god effekt av behandlingen. En pas hadde ikke effekt, og vi er usikre på to pasienter som er døde av annen sykdom.

Oppsummering

God anamnese kan avdekke mistanke om cricofaryngeal dysfunksjon. Tilstanden oversees ofte ved gastroskopi og vanlig rtg øsofagus. Det er viktig med videooptak av hele svelgprosessen. Behandlingen er skånsom og kan være effektiv.



Margit Brottveit og Lene Larssen



Fornøyde middagsgjester i fullsatt restaurant



Trygve Hausken



Gunnar Qvigstad, Vendel Kristensen og Kim Nylund



Roald Torp og John Willy Haukeland



Joanna Buchacz fra Notodden underholder

Creon-behandling for cøliakere:

“Hos cøliakere med kronisk diaré er det vanlig med eksokrin pankreasinsuffisiens. Creon-behandling kan gi mindre plager”

Ref: J.S. Leeds et al, Alimnt Pharmacol Ther 25, p. 265 - 271 (2007)



Det kan være en utfordring å oppnå en individuell adekvat dosering med god compliance. For å gjøre dette enklere, introduserer Solvay Pharma AS nå Creon® 40 000.

Som produktnavnet tilsier, inneholder den nye styrken 40 000 lipaseenheter. Med introduksjonen av Creon® 40 000, kan det velges mellom 3 styrker. Dette gjør den individuelle tilpasningen enklere.

Creon® 40 000 – målrettet behandling for bedre compliance.

Indikasjoner: Sekretorisk pankreasinsuffisiens med malabsorpsjon, cystisk pankreasfibrose.

Les pakningsvedlegget nøye.


Creon[®]
pankreatin

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

 **SOLVAY PHARMA**



Nexium[®]
esomeprazol



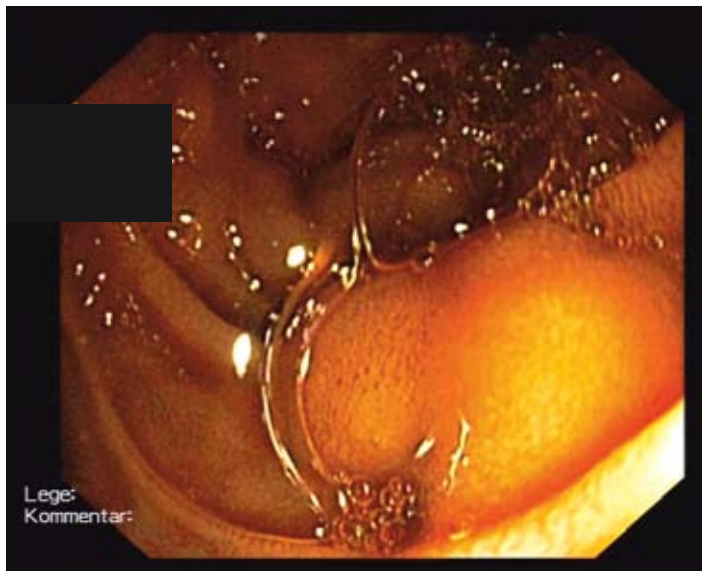
AstraZeneca 

AstraZeneca AS
Hoffsveien 70 B
Boks 200 Vinderen N-0319 OSLO
Tlf 21 00 64 00 Faks 21 00 64 01

www.astrazeneca.no

Øvre GI-blødning med uvanlig årsak

Tekst: Einar Beitoaugen, Medisinsk avdeling, Sykehuset Sørlandet Arendal



Endoskopibilde av duodenalvaricer

En 48 år gammel mann ble innlagt på lokalsykehuset med kvalme, "mørkt" oppkast og melena. Fra tidligere hadde han kjent diabetes mellitus type 2 og hyperkolesterolemi, og han hadde hatt magesår for femten år siden. Ingen sykdomsfølelse i tiden før innleggelsen.

Ved innkomst var han stabil sirkulatorisk, men uttalt anemisk med Hb 4,6 g/l. Han ble raskt gastroskopert med funn av hypertensiv gastropati, og blod i ventrikkel og duodenum. Det var frisk blødning fra et kar i duodenum, og man lurte på om han kunne ha duodenalvaricer. Blødningen ble stoppet med klips og adrenalininjeksjoner. CT og UL abdomen viste en ekspansiv prosess i krøstrotten som komprimerte Vena mesenterica superior og ga uttalt venøs stase i krøsets vener. Det var åpne kar til og fra leveren.

I ukene etter hadde han flere innleggelses på lokalsykehus og etter hvert også på Rikshospitalet. Funnet av duodenalvaricer som blødningskilde ble verifisert og varicene ble behandlet med liming i flere seanser. Det ble gjort diagnostisk laparoskopi som viste en stor, fibrotisk prosess i tynntarmskrøset, som hadde betydelig dilaterte vener. I frysesenitt fant man fibrose, kjempeceller og fettvevsnekrose.

Man konkluderte med at dette dreide seg om en skleroserende mesenteritt med kompresjon av kar og utvikling av betydelige varicer i duodenum. Han er senere blitt behandlet med ytterligere liming og også et forsøk med sklerosering. Han har fått behandling med prednisolon for sin skleroserende mesenteritt ■

KURS OG KONFERANSER

Nordic Digestive Disease Week 41st Nordic Gastroenterology Congress



8-11 June 2010
Copenhagen, Denmark

www.ngc2010.com

Forskningsfondet for cøliaki

Forskningsstipend 2010 / Søknadsfrist: 1. mai 2010



Om Forskningsfondet for cøliaki

Forskningsfondet for cøliaki ble stiftet med det formål å fremme forskning innen medisinsk, ernæringsmessig eller sosial sektor. Forskningsfondet er opprettet ved hjelp av innsamlede midler og gaver i 1979. Fondet har eget styre som foretar utdeling av stipend en gang i året.

Midler 2010

For 2010 er det vedtatt at det kan deles ut inntil kr 150.000,-. Forskningen må særlig rette seg mot medisinske, ernæringsmessige eller sosiale sider ved diagnosen cøliaki. Søknaden må være skriftlig og begrunnet, og vedkommende som får stipendet må kunne avgi rapport om bruk av pengene.

Henvendelse

NCFs kontor er sekretariat for fondets styre. Ta kontakt med oss hvis du kan tenke deg å gjennomføre et forskningsprosjekt på dette området, eller send søknad direkte til:

Forskningsfondet for cøliaki
Postboks 351 - Sentrum
0158 Oslo

Telefon 22 40 39 00 / 22 40 39 15

Fax 22 40 38 75

E-post post@ncf.no



Matoverfølsomhet hos voksne

Bergen 8. juni 2010

Store auditorium,

Haukeland universitetssykehus

PROGRAM:

13.00 - 14.30

- Erik Florvaag: Haukelandsmodellen
- Arnold Berstad: Matoverfølsomhet. Et paradigmeskifte?
- Jørgen Valeur: Colon, en viktig symptomgenerator
- Kristine Lillestøl: Atopisk tarm, en ny folkesykdom?

14.30 - 15.00

- Pause

15.00 - 17.00

- Ragna Lind: Livsstil, stress og subjektive helseplager. Hva betyr psykologiske faktorer egentlig?
- Mette Helvik Morken: Postgiardiasis IBS, en form for matoverfølsomhet?
- Gülen Arslan Lied: Lymfonodulær hyperplasi og BAFF-indikasjoner på lokal, ikke-IgE-mediert immunaktivering?
- Kirsi Vaali: Musemodell for matallergi
- Kine Gregersen: Betyr serotonin noe - og hjelper det med selolje?
- Arnold Berstad: Nye behandlingsaspekter



EUROSON SCHOOL
Advanced post graduate course



Abdominal Ultrasound

Focus on CEUS and EUS

Under the auspices of EFSUMB
European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology

Bergen, Norway 17-19 June 2010



Subjects to be lectured:

Transabdominal ultrasound in gastroenterology and hepatology, scanning of liver, pancreas and bowel, CEUS, Doppler, endosonography, elastography, therapy and CEUS

Course Directors:

Odd Helge Gilja
Svein Ødegaard



NATIONAL CENTRE FOR ULTRASOUND IN GASTROENTEROLOGY

Pasienter som skal tømme tarmen kan bruke Endofalk®



- Endofalk® er en isotonisk oppløsning til tømming av tarmen uten at kroppens væske- og elektrolyttbalanse forstyrres.
- Endofalk® er en sulfatfri blanding av makrogol
- Makrogol med eller uten fosfat har dokumentert lik effekt¹
- Endofalk® er tilsatt appelsin- og pasjonsfruktroma
- Endofalk® er et prisgunstig alternativ

Endofalk®

MEDA

 Askerveien 61, Postboks 194, N-1371 Asker
 Tel.: +47 66 75 33 00, Faks.: +47 66 75 33 33
 www.meda.no

Endofalk «Dr. Falk»

Tarmtømmingsmiddel.

ATC-nr.: A06A D65

PULVER TIL ORAL OPPLØSNING: 1 pose inneh.: Makrogol 3350 52,5 g, natriumklorid 1,4 g, kaliumklorid 0,185 g, natriumhydrogenkarbonat 0,715 g, sakkarinnatrium, kolloidal vannfri silika, Appelsin- og pasjonsfruktroma.

Indikasjoner: Til tømming av tarmen før koloskopi. **Dosering:** 3 eller maks. 4 liter oppløsning må drikkes for fullstendig rensing av tarmen. 1 pose tilsvarer ½ liter ferdig blandet væske. Blandingen drikkes i porsjoner på 200-300 ml hvert 10. minutt helt til utfloden fra rectum er klar. Generelt skjer inntak av irrigasjonsvæsken ca. 4 timer før undersøkelsen settes i gang. Alternativt kan hele mengden gis kvelden i forveien, eller en del kvelden i forveien og resten om morgenen den dagen undersøkelsen skal finne sted. Pasienten må ikke innta fast føde fra 2-3 timer før administrering til etter at undersøkelsen er ferdig, det finnes ikke tilstrekkelig erfaring med bruk hos barn. Bør derfor ikke administreres til barn. **Kontraindikasjoner:** Ileus og mistenkt ileus, gastrointestinal obstruksjon eller perforering, fare for gastrointestinal perforering, hyperflorid kolitt, toksisk megacolon. Overfølsomhet for virkestoffet, andre polyetylenglykoler eller noen av hjelpestoffene. Skal ikke administreres til bevisstløse, ved svekket bevissthet, generell svakhet eller ved tendens til aspirasjon eller regurgitasjon eller svekket svelgerefleks. **Forsiktighetsregler:** Skal kun administreres under medisinsk overvåking ved refluksøsofagitt eller eksisterende kardial arytmi, antatt eller kjent SA-blokk eller såkalt «sick sinus»-syndrom og til eldre. Kan brukes ved kroniske intestinale inflammasjonssykdommer (med unntak av meget floride stadier og toksisk megacolon), men forsiktighet bør utvises og medisinsk overvåking anbefales. Skal ikke gis ved nyresvikt, hjertesvikt (grad III og IV), leversykdommer eller ved alvorlig dehydrering, ettersom sikkerheten ved bruk hos disse pasientene ikke er tilstrekkelig vist. Nøye oppfølging av elektrolytt- og væskebalansen er nødvendig hos risikopasienter, f.eks. eldre og svekkede. Ingen andre væsker eller tilleggsstoffer (spesielt sukker eller smakstilsetninger som ikke er kompatible) skal has i drikkeoppløsningen, da det kan føre til forandringer i osmolaritet og sammensetningen av elektrolytter, eller til utvikling av eksplosive gassblandinger i tarmen når slike tilleggsstoffer brytes ned av bakteriefloraen. **Interaksjoner:** Det er mulig at oralt administrerte legemidler tatt opp til flere timer før eller under inntak av Endofalk kan skylles ut av den gastrointestinale kanal eller absorberes i mindre grad eller ikke i det hele tatt. Dette gjelder særlig for depotpreparater. Hvis administrering av et legemiddel er helt nødvendig for en vital indikasjon kort tid før eller under inntak av Endofalk, bør oral administrering så langt som mulig unngås, og alternativer brukes isteden. I diagnostiske undersøkelser av den utskilte væsken fra tarmen ved bruk av enzymatiske analysemetoder (f.eks. ELISA) kan det forekomme interaksjoner mellom makrogol og de enzymatiske testene. **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Det finnes ikke kliniske data om bruk ved graviditet. Dyreforsøk har ikke vist teratogen effekt. Tatt i betraktning at makrogol 3350 ikke absorberes, kan en overveie administrering til

gravide etter en grundig nytte-risikovurdering. *Overgang i morsmelk:* Det finnes ingen data om utskillelse av makrogol 3350 i human melk. Makrogol 3350 absorberes imidlertid dårlig. Forskrivning til ammende kan vurderes om nødvendig. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Gastrointestinale: Kvalme, følelse av metthet og flatulens. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Oppkast, tarmkolikk og irritasjon av endetarmsåpningen. Disse bivirkningene skyldes primært at man drikker relativt store mengder væske i løpet av en kort periode. Ved ev. utvikling av gastrointestinale symptomer bør administreringen midlertidig foregå langsommere eller stanses, inntil symptomene forsvinner. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Generell sykdomsfølelse og søvnløshet. *Svært sjeldne (<1/10 000):* Hjerte/kar: Kardial arytmi, takykardi og lungeødem. Immunsystemet: Urticaria, rhinoré og dermatitt, sannsynligvis av allergisk opprinnelse. Neurologiske: Neurologiske effekter som spenner fra mild desorientering til anfall som følge av endrede serumnivåer av elektrolytter. Undersøkelser: Klinisk relevant reduksjon i serumnivå av kalsium, kalium og natrium. Det finnes rapporter i litteraturen om 2 tilfeller hvor det ble utviklet Mallory-Weiss syndrom som en følge av oppkast etter administrering av intestinale irrigasjonsvæsker som inneholdt makrogol. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Ved overdose kan alvorlig diaré oppstå. Kun ved kraftig overdose kan man forvente forstyrrelse av væske- og elektrolyttbalansen og/eller syre-base-balansen. *Behandling:* Tilstrekkelig væskeerstatning og overvåking av serumelektrolytter og pH er nødvendig. Ved ev. forstyrrelser i væske- og elektrolyttbalansen eller syre-base-balansen, skal elektrolyttene også erstattes og syre-base-balansen justeres. Ved aspirasjon kan det utvikles toksisk lungeødem som krever øyeblikkelig hjelp, inkl. respirasjon med positivt trykk. Se Gifinformasjonens anbefalinger A06A D65 side d. **Oppbevaring og holdbarhet:** Ferdigblandet oppløsning: 3 timer i romtemperatur (<25°C), 48 timer ved 2-8°C (i kjøleskap). **Andre opplysninger:** *Tilberedning:* Blandingen skal tilberedes like før bruk. Innholdet av 2 poser løses opp i 500 ml lunken vann fra springen eller avkjølt, kokt vann. Dette fortynnes videre med vann til 1 liter. Man bør forvise seg om at doseposene tømmes ordentlig. Den ferdige blandingen kan settes i kjøleskap for å avkjøles, da en avkjølt blanding er lettere å drikke. 1 liter ferdigblandet oppløsning tilsvarer:

Kalium	5 mmol/liter	Klorid	53 mmol/liter	Makrogol 3350	31 mmol/liter
Natrium	65 mmol/liter	Hydrogenkarbonat	17 mmol/liter		

Pakninger: 6 poser 019852.

Sist endret: 28.5.2009