



NGF-nytt

Årgang 18

Informasjon fra Norsk Gastroenterologisk Forening

Nr. 1 - april 2011

God påske!

Tema: Behandling av IBD med TNF- α -hemmere

ECCO-kongress i Dublin
s. 18

Vintermøtet 2011
s. 26

www.legeforeningen.no/gastro

NYHET

Salofalk®

mesalazin

**86 % remisjon
ved distal kolitt¹**

1,5 - 3 gram en gang daglig ved ulcerøs kolitt

- Mesalazin frisetting starter i terminal ileum ved pH ≥ 6
- Jevn frisetting av mesalazin fra en matrikkskjerne gjennom hele kolon til rektum

Salofalk «Dr. Falk» Antiinflammatorisk middel.

ATC-nr.: A07E C02

ENTERODEPOTGRANULAT 1,5 g: Hver dosepose inneh.: Mesalazin 1,5 g, aspartam, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Til behandling av akutte episoder og vedlikehold ved remisjon av ulcerøs kolitt. **Dosering:** Depotgranulat skal legges på tungen og svelges med rikelig væske, **uten å tygges.** Brukes regelmessig og konsekvent for å oppnå ønsket terapeutisk effekt. **Voksne og eldre:** Individuell dosering. 1 eller 2 doseposer 1 gang daglig (tilsv. 1,5-3 g mesalazin daglig). Bør tas om morgenen. **Barn (6-18 år):** Begrenset dokumentasjon på effekt. Generelt anbefales normal dose til de som veier >40 kg. Totaldosen bør ikke overskride anbefalt voksendose. Pga. høyt innhold av mesalazin passer ikke preparatet til barn <40 kg. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for salisylsyre og dets derivater, eller noen av hjelpestoffene. Alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Forsiktighetsregler:** Blodtester (differensielt blodtelling, leverfunksjonstest som ALAT og ASAT, serumkreatinin) og urinstatus (urinstitix) skal utføres før og under behandling, etter behandelende leges skjønn. Kontroll anbefales 14 dager etter behandlingsstart, og deretter 2 eller 3 ganger med 4 ukers mellomrom. Ved normale resultater bør kontroll utføres hver 3. måned. Ved ytterligere symptomer skal kontroll utføres øyeblikkelig. Forsiktighet bør utvises ved nedsatt leverfunksjon. Preparatet anbefales ikke ved nedsatt nyrefunksjon. Mesalazinindusert renal toksisitet skal mistenkes ved forverret nyrefunksjon under behandlingen. Pasienter med lungesykdommer, særlig astma, skal overvåkes spesielt. Pasienter med tidligere overfølsomhet for preparater som inneholder sulfasalazin, skal overvåkes nøye ved behandlingsoppstart. Behandlingen skal avbrytes øyeblikkelig ved akutte reaksjoner, som f.eks. kramper, akutte magesmerter, feber, alvorlig hodepine og utslett. Preparatet inneholder aspartam 3 mg som omdannes til fenylalanin 1,68 mg, og en bør være oppmerksom på dette ved fenylketonuri. **Interaksjoner:** Spesifikke interaksjonsstudier er ikke utført. Interaksjoner kan forekomme ved samtidig administrering av følgende legemidler: Kummariantikoagulantia med mulig potensering av antikoagulerende effekt (som øker risikoen for gastrointestinal blødning). Glukokortikoider med mulig økning av bivirkninger fra mage/tarm. Sulfonyleureapreparater med mulig økning av blodsukkersekende effekt. Metotreksat med mulig økning av toksisk potensiale av metotreksat. Probenecid/sulfapyrazon med mulig reduksjon av urikosurisk effekt. Spiranolaktin/furosemid med mulig reduksjon av diuretisk effekt. Rifampicin med mulig reduksjon av tuberkulostatisk effekt. Laktulose eller lignende legemidler som senker pH i feces med mulig nedsatt frigivelse av mesalazin fra granulatet pga. nedsatt pH som følge av bakteriell metabolisme. Hos pasienter som får samtidig behandling med azatioprin eller 6-merkaptopurin, bør mulige økte myelosuppressive virkninger av azatioprin eller

6-merkaptopurin tas i betraktning. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Ingen adekvate data fra bruk til gravide. Resultater fra et begrenset antall eksponeringer tyder imidlertid ikke på at mesalazin utøver noen negativ effekt under graviditeten eller på fosteret/det nyfødte barnet. Ingen relevante epidemiologiske data foreligger. Et enkelt tilfelle av nedsatt nyrefunksjon hos det nyfødte barnet er rapportert etter høye mesalazindoser (2-4 g, peroralt) til den gravide. Dyrestudier tyder ikke på direkte eller indirekte skadelige effekter mhp. graviditet, embryonal/føtal utvikling, parturitio forløsning eller postnatal utvikling. Skal ikke gis til gravide hvis ikke fordelene oppveier mulig risiko. Overgang i morsmelk: N-acetyl-5-aminosalisylsyre og i mindre grad mesalazin utskilles i brystmelk. Tilstrekkelig erfaring ved bruk under amningsperioden finnes ikke. Overfølsomhetsreaksjoner, som f.eks. diaré, kan ikke utelukkes. Preparatet skal derfor kun gis til ammende hvis fordelene oppveier mulig risiko. Dersom det diende barnet utvikler diaré, skal ammingen avsluttes. **Bivirkninger:** Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $<1/1000$): Gastrointestinale: Buksmerter, diaré, flatulens, kvalme, oppkast. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet. Svært sjeldne ($<1/10\ 000$): Blod/lymfe: Forandringer i antall blodlegemer (aplastisk anemi, agranulocytose, pancytopeni, nøytropeni, leukopeni, trombocytopeni). Hud: Alopesi. Immunsystemet: Allergisk eksantem, temperaturstigning (legemiddelindusert feber), bronkospasme, peri- og myokarditt, akutt pankreatitt, allergisk alveolitt, lupus erythematosus syndrom, pankolitt. Kjønnsganer/bryst: Oligosperm (reversibel). Lever/galle: Forandringer i leverfunksjonsparametre (økt konsentrasjon av transaminase og cholestaseverdi), hepatitt, cholestatisk hepatitt. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Neurologiske: Perifer nevropati. Nyre/urinveier: Svekket nyrefunksjon, bl.a. akutt og kronisk interstitiell nefritt og nyresvikt. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen rapporter om overdosering. Intet spesifikt antidot kjent. Om nødvendig kan i.v. infusjon av elektrolytter (tvungen diurese) tas i betraktning ved ev. overdose. Se Giftinformasjonens anbefalinger A07E C02. **Pakninger og priser:** 100 stk. (dosepose) kr 1189,10. **Refusjonsberettiget bruk:** Til behandling av akutte episoder og vedlikehold ved remisjon av ulcerøs kolitt.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
D94	Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt	K51	Ulcerøs kolitt

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 18.11.2010

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:

Stephan Brackmann
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Akershus Universitetssykehus
23225000
stephanb@ulrik.uio.no

Redaksjonskomité:

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

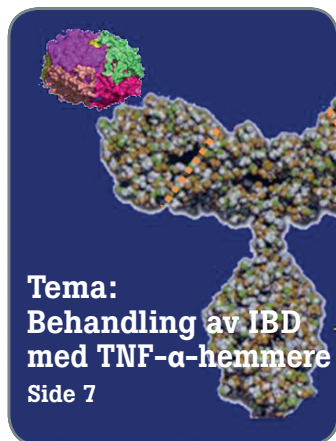
Kim Ånonsen
Oslo universitetssykehus, Ullevål
KimVidar.Anonsen@ullevaal.no

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

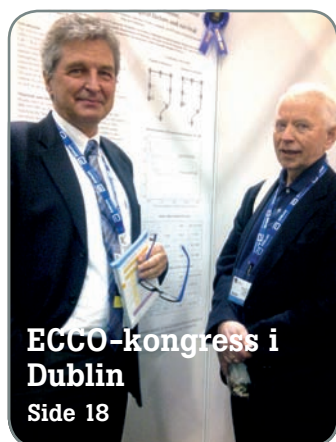
Webmaster:

Esben Riise

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



Tema:
Behandling av IBD
med TNF- α -hemmere
Side 7



ECCO-kongress i
Dublin
Side 18



Vintermøtet 2011
Side 26

5 Redaktørens hjørne

5 Leder

Tema: Behandling av IBD med TNF- α -hemmere

- 9 Retningslinjer for behandling med TNF- α -hemmere ved inflammatoriske tarmsykdommer
- 12 Oppstartsskjema for planlagt TNF- α -hemmer behandling ved inflammatorisk tarmsykdom

Nytt fra miljøene

- 15 Referat fra det 28. SADE-møtet i København 2011
- 17 Gastronet nyhetsbrev
- 18 ECCO-kongress i Dublin
- 19 Helge Lyder Waldum utnevnt til ridder
- 21 Doktorgrader
- 23 Blinksuddet og Snublefot
- 24 Portrettet: Erik Schrumpf
- 26 Vintermøtet 2011. Årsrapport fra NGF-styret 2010
- 31 Torsdagssymposiet: Nevroendokrine svulster – økende forekomst og behov for multidisiplinær tilnærming
- 33 Referat fra Generalforsamling
- 35 Referat fra Gastronets frokostmøte
- 36 Lillehammer – medaljens forside
- 38 Prisivinnere

39 Kurs, konferanser og stipender

Annonser i NGF-nytt

Gjennom NGF-nytt når du eksklusivt norske gastrointeresserte leger. Foreningen har ca. 600 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 NGFs hjemmeside og formidles til medlemmene pr. epost.

1. Annonsepriser:

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

2. Annonseformat:	Bredde	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, fonter + høyoppl. bilder er inkludert.		

Utgivelsesplan 2011

	Materiellfrist	Utgivelse
Nr. 2	25/5	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

Hva gjør du når pasienten ikke reagerer på legemiddelbehandling?

I dag tilbys pasienter med ulcerøs kolitt og crohns sykdom effektiv legemiddelbehandling. Likevel vet vi at noen pasienter ikke reagerer på behandlingen eller får bivirkninger. Adacolumn® er en medisinsk teknisk behandling der aktiverte granulocytter og monocytter selektivt adsorberes fra blodet.

Behandlingen er enkel med få bivirkninger. Adacolumn® gir muligheter til remisjon for IBD-pasienter med behandlingssvikt eller intoleranse overfor konvensjonell terapi og når man vil unngå operasjon.



Adacolumn®

ADA-10015



Stephan Brackmann
Redaktør

Kjære lesere

Vår intensjon er å inspirere til faglig oppdatering og et faglig samarbeid som løfter blikket utover lokalmiljøets horisont. Påskeutgaven inneholder referater fra interessante møter vedrørende endoskopi, inflammatorisk tarmsykdom og NGFs årsmøte. Videre trykker vi i sin helhet retningslinjer for behandling med TNF- α -hemmere ved inflammatoriske tarmsykdommer. Det er ønskelig med flere slike veivisere som er utarbeidet av leger, på nasjonalt plan. Andre eksempler kan være eradikasjon av *Helicobacter pylori* og oppfølging av kolonpolypper. Et godt eksempel på samarbeid er Gastronet og deres nyhetsbrev som fra dette nummeret blir et fast innslag i NGF-nytt.

I Tyskland finnes det en påsketradisjon som bringer sammen store og små: man gjemmer små sjokoladeegg og annet godteri i hagen og sender så hele familieflokken ut for å lete. Det viser seg gang på gang at også voksne liker å leke (lete). Og ikke sjelden får man en liten overraskelse senere utpå våren, når man begynner å rake vinterrusk ut av hagene. Dette som en liten inspirasjon til helligdagene.

Jeg takker alle bidragsytere til denne utgaven av NGF-nytt for utmerket samarbeid.

Med ønske om en fin påske!



LEDER



Bjørn Gustafsson
Leder NGF

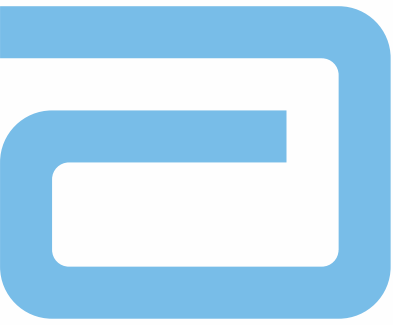
NGFs 38. årsmøte på Lillehammer samlet et stort antall kollegaer fra hele landet. Desember 2010 fikk alle NGF-medlemmer et spørreskjema om møtets fremtidige utforming og lokalisasjon, et klart flertall var positive til å fortsette å treffes på Lillehammer i samme form som i dag. Det var dog geografiske forskjeller og naturlig nok størst entusiasme for å bevare møtet på Lillehammer i Midt- og Sør-Norge.

Torsdagsmøtet om nevroendokrine tumorer var velbesøkt og responsen etterpå positiv. Den kraftig økende insidensen av disse svulstene samt utredning og behandling med hovedvekt på en multidisiplinær angrepsmåte ble omhandlet.

På generalforsamlingen ble styrets og interessegruppens årsrapporter lagt frem, og det ble redegjort for NGFs økonomi som i 2010 var solid, mye takket være et positivt tilskudd fra Levermøtet og Nordisk Gastronmøte på Stavanger. For øvrig kommer det Nordiske gastronommøtet dessverre til å opphøre etter møtet 2012 på Island. Grunnen til dette er mindre deltagelse fra andre enn arrangørlandet, og både Finland og Sverige har allerede meldt at de trekker seg som fremtidige møtearrangører.

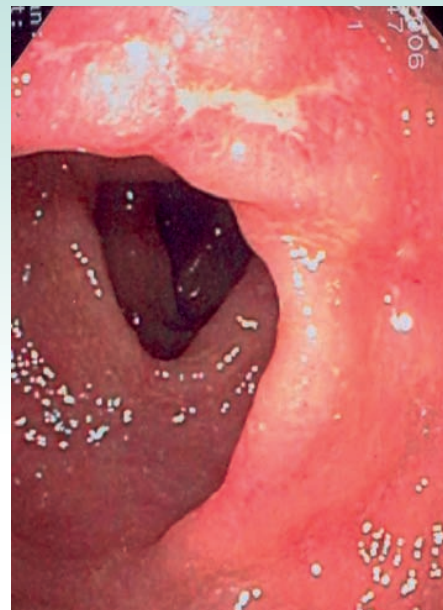
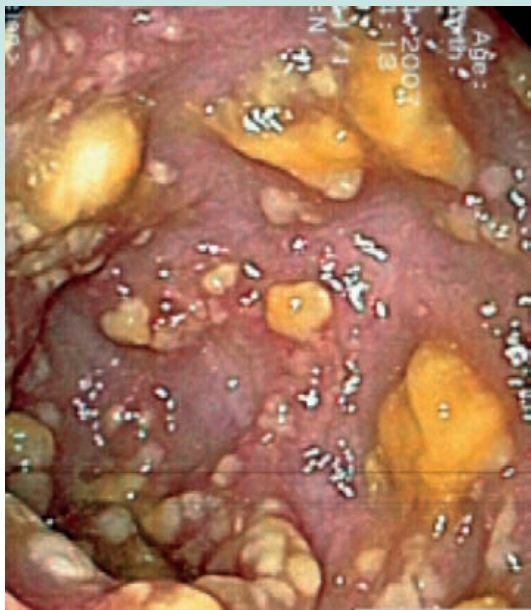
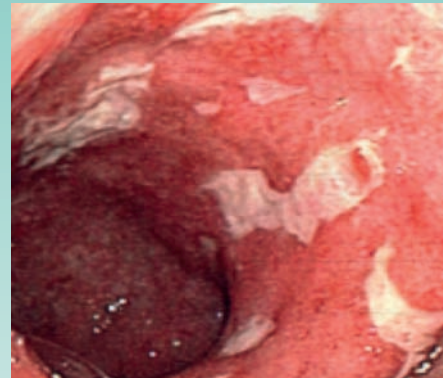
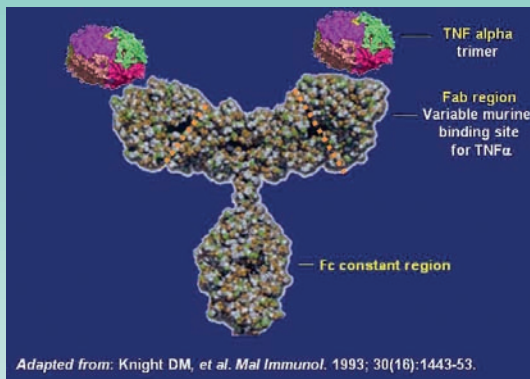
Ved Gastronets frokostmøte ble det forestående "nasjonale" programmet for kolorektalcancerscreening lagt frem. Det er planlagt en randomisert studie i noen prøvefyller. Studien skal ha to armer, testing for feces hemoglobin versus sigmoideoskopi. Det ble fra forsamlingen fremsatt bekymring for at cancer i høyere kolon kommer å bli oversett med dette opplegget og at man derfor ønsket fullstendig kolonoskopi i stedet for sigmoideoskopi. At man har valgt sigmoideoskopi fremfor kolonoskopi, virker basert på økonomiske argumenter og at man fra myndighetenes side signaliserer at sigmoideoskopi er det eneste alternativet hvis dette screeningprogrammet skal innføres. Fra vårt fagmedisinske ståsted virker det planlagte opplegget med sigmoideoskopi etisk svært diskutabelt. Med nytt utstyr og forbedret endoskopiteknikk er forskjellen i tid og ressurser mellom en venstresidig skopi og totalskopi liten, men for pasienten kan det potensielt være svært avgjørende. Jeg mener derfor at vi som fagmedisinsk forening bør fremheve kvalitet og pasientsikkerhet som førsteprioritet uten at dette kommer i noen konflikt med helsemessig uforsvarlig ressursbruk.

Vårt krav er derfor absolutt, om at et fremtidig nasjonalt screeningprogram må inkludere totalkolonoskopi.



HUMIRA
adalimumab

 **Abbott**
A Promise for Life



Tema: Behandling av IBD med TNF- α -hemmere

Tekst: Stephan Brackmann

Biologisk behandling av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt med TNF- α -hemmere er økende og mange pasienter har stått på behandling over lengre tid.

Tema i påskeutgaven av NGF-nytt er retningslinjer for behandling med TNF- α -hemmere ved inflammatoriske tarmsykdommer utarbeidet av Jørgen

Jahnsen, Bjørn Moum og Ingrid Berset på vegne av IBD-interessegruppen.

Lurer du på utredning før oppstart eller oppfølging under behandling og ikke minst på vurdering av varighet av TNF- α -hemmerbehandling, er det bare å lese videre ■



Your Proven Partner

Creon® 40 000 – målrettet behandling for bedre compliance.

Indikasjoner: Sekretorisk pankreasinsuffisiens med malabsorpsjon, cystisk pankreasfibrose.
Les pakningsvedlegget nøye.

Abbott Norge AS
www.abbott.no
Telefon 81 55 99 20

 **Abbott**
A Promise for Life

Retningslinjer for behandling med TNF- α -hemmere ved inflammatoriske tarmsykdommer

Ingrid Prytz Berset, Jørgen Jahnsen og Bjørn Moum. NGF's interessegruppe for inflammatorisk tarmsykdom



Ingrid Prytz Berset



Jørgen Jahnsen



Bjørn Moum

Siden slutten av 1990-årene er det utviklet flere nye immunhemmende legemidler som selektivt hemmer aktiverte cytokiner og lymfocytter ved autoimmune sykdommer. Foreløpig er to slike legemidler godkjent for behandling av inflammatorisk tarmsykdom i Norge, infliximab (Remicade®) og adalimumab (Humira®), som begge virker ved å hemme tumornekrosefaktor- α (TNF- α). Disse legemidlene er de siste årene tatt stadig mer i bruk ved behandling av pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (ulcerøs kolitt og Crohns sykdom) som er refraktær til behandling med 5-aminosalisylsyre-forbindelser og konvensjonelle immunhemmende legemidler (kortikosteroider, azatioprin, merkaptopurin og metotreksat) (1). Vi har ennå ikke full oversikt over mulige langtidsbivirkninger av TNF- α -

hemmere. Det er derfor viktig med god oppfølging av pasienter som får denne type behandling. Indikasjon og behandlingseffekt må vurderes nøye.

Mange pasienter vil være avhengige av årelang behandling med TNF- α -hemmere. Samtidig bruk av flere legemidler som hemmer immunforsvaret vil ofte være nødvendig. Dette kan gi økt effekt (2) og redusere dannelse av antistoffer mot TNF- α -hemmeren (3). Imidlertid kan behandling med to eller flere immunhemmende medikamenter samtidig medføre økt risiko for infeksjoner (4,5,6,7) og mulig malignitetsutvikling (8,9,10).

Ved langtidsbehandling med TNF- α -hemmere og andre immunhemmende legemidler mener vi det er viktig å ha en felles strategi for monitorering av effekt

og bivirkninger. Vi har i det følgende forsøkt å sammenfatte ulike forhold som bør tas hensyn til før og under TNF- α -hemmerbehandling. Disse anbefalingene er utarbeidet for å sikre riktig bruk av TNF- α -hemmere ved inflammatorisk tarmsykdom ut fra dagens kunnskap og er i overensstemmelse med både europeiske retningslinjer (<https://www.ecco-ibd.eu/publications/guidelines>) (29.09.2010) (4,5) og Helsedirektoratets "Nasjonale retningslinjer for bruk av TNF α -hemmere og andre biologiske betennelsesdempende legemidler innen revmatologi, gastroenterologi og dermatologi" Revidert utgave februar 2010 (<http://www.shdir.no/publikasjoner/retningslinjer>) (29.09.10) (1)

Utredning før oppstart av TNF- α -hemmer

1. Kartlegging av den inflammatoriske tarmsykdommen

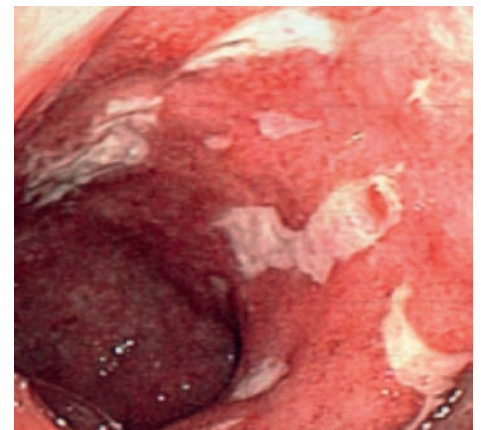
Det er viktig å kartlegge sykehistorie og tarmsykdommens alvorlighetsgrad hos den aktuelle pasient: Varighet av sykdom, sykdommens utbredelse og lokalisasjon, ekstraintestinale manifestasjoner, samt tidligere kirurgisk og medikamentell behandling. Koloskopi og dyrkning av avføring bør gjøres før oppstart av biologisk behandling for å bekrefte inflammatorisk aktivitet og for å utelukke at forverring av sykdommen skyldes tarminfeksjoner som clostridium difficile-enterokolitt eller cytomegalovirus (CMV)-infeksjon. Supplerende billediagnostiske undersøkelser (magnetisk resonansundersøkelse, ultralyd, computertomografi, kapselendoskopi) er spesielt aktuelt ved tynntarmsaffeksjon og ved mistanke om komplisert sykdom med fistler, abcesser og/eller strikturer. I tillegg til bildediagnostikk finnes flere godt validerte noninvasive metoder for å kartlegge sykdomsstatus. Bestemmelse av kalprotektin i avføringen er et godt mål for inflammatorisk aktivitet i gastro-intestinaltraktus, og testen er velegnet ved oppfølging av pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. Man kan også ha nytte av enkle sykdomsaktivitetsindekser brukt i kliniske studier, som Harvey Bradshaw Index for pasienter med Crohns sykdom og Simple Ulcerative Colitis Disease Activity Index eller Mayo score for pasienter med ulcerøs kolitt. Blodprøver og avføringsprøver kan gi tilleggsmessig informasjon om sykdomsaktivitet og komplikasjoner. Det kan være til hjelp å bruke et standardisert oppstartsskjema (Tabell 1). Før start av TNF- α -hemmerbehandling må pasienten informeres om behandlingens virkningsmekanisme og mulige bivirkninger. Minst to gastroenterologer skal være enige om indikasjon for TNF- α -hemmerbehandling (1).

2. Infeksjoner, immuniseringsstatus og vaksiner

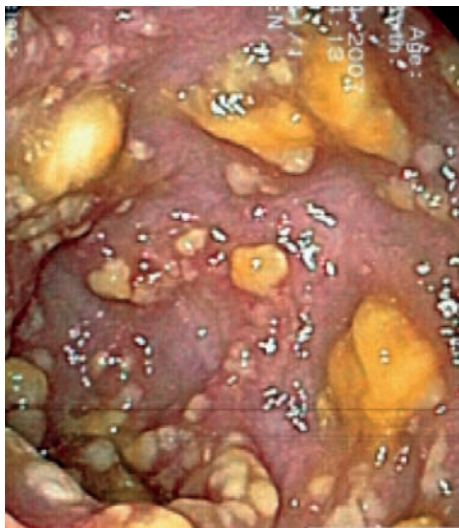
Tuberkulose (11,18) Latent tuberkulose (TBC) må utelukkes med målrettet anamnese, røntgen toraks

og Mantoux-test eller Quantiferon i serum. (17). Folkehelseinstituttet har utarbeidet egne retningslinjer for behandling med TNF- α -hemmere og risiko for tuberkulose (<http://www.fhi.no/dav/cd5c26cc6d.pdf>) (29.09.2010) (11).

Andre aktuelle infeksjoner og vaksiner (2,5,6,7). Før man starter behandling med TNF- α -hemmer, skal alle tidligere og aktuelle infeksjoner kartlegges ved sykehistorie og klinisk undersøkelse. Dårlig sanerte tenner må behandles av tannlege da dette kan være utgangspunkt for alvorlige infeksjoner (2). Immunstatus for varicella, hepatitt B og HIV skal undersøkes. Pasienter som er varicella zoster-virus



CMV kolitt hos pasient på immunhemmende behandling



Clostridium difficile kolitt hos immunkompetent pasient



Clostridium difficile kolitt hos Mb. Crohn pasient på immunhemmende behandling

IgG-negative, bør vaksineres mot vannkopper minst 3 uker før oppstart av TNF- α hemmer dersom dette ikke medfører unødige utsettelse av behandlingen. Pneumokokkvaksine bør gis til alle som får immunhemmende behandling, med revaksinerings etter 5 år hvis pneumokokk-IgG er negativ. Pasienter som er HbC-antistoffnegative bør få tilbud om hepatitt B-vaksine. I tillegg bør revaksinerings mot tetanus/difteri/polio og kikhoste tilbys hvis det er mer enn 10 år siden siste dose. Under behandling med TNF- α -hemmer anbefales årlig vaksine mot sesonginfluensa. Ved reise til land med endemiske sykdommer bør aktuelt vaksineprogram diskuteres med infeksjonsmedisiner. Levende vaksiner som varicella, meslinger-kusma-røde hunder (MMR), oral polio, tyfoidfeber og gulfeber skal ikke gis under behandling med TNF- α -hemmer.

3. Svangerskap

Hos gravide kvinner med inflammatorisk tarmsykdom og høy risiko for sykdomsforverring bør man fortsette TNF- α -hemmerbehandlingen i de to første trimester av svangerskapet. Det anbefales å ta en pause i tredje trimester, fordi TNF- α -hemmerne da passerer over placenta. (1,4,20,21).

4. Malignitet

Det er foreløpig uavklart om behandling med biologiske legemidler gir økt risiko for kreftsykdom. Ved konstatert malign sykdom skal pasienten være ferdigbehandlet og residivfri før oppstart av slik behandling. Dersom det er tvil om kreftsykdommen er radikalt behandlet og ved kreftformer med kjent høy risiko for residiv, er det også nødvendig å rådføre seg med onkolog og hvorvidt behandling med aktuelle biologiske legemiddel tilrådes (1,8,9,10). Spesiell årvakenhet er nødvendig hos unge pasienter, spesielt menn, hvor kombinasjonsbehandling med TNF- α -hemmer og azatioprin eller annet immunmodulerende legemiddel planlegges. Det er rapportert økt forekomst av hepatosplenisk T-cellelymfom hos denne pasientgruppen. Kvinner anbefales å følge nasjonalt screeningprogram for livmorhalskreft med rutinemessige cytologiprøver fra livmorhalsen hvert tredje år for kvinner mellom 25 og 69 år (<http://www.kreftregisteret.no>) (29.09.2010)

5. Andre sykdommer

Hos pasienter med hjertesvikt må TNF- α -hemmer brukes med forsiktighet da det er rapportert om forverring av hjertesvikt i NYHA klasse 3 og 4 under slik behandling (12,13). Behandling med TNF- α -hemmer er kontraindisert ved multippel sklerose på grunn av rapporterte tilfeller med sykdomsforverring under TNF- α -hemmerbehandling (1).

Oppfølging – generelle prinsipper

Etter oppstart av biologisk behandling bør pasienten følges tett med henblikk på behandlingseffekt og eventuelle bivirkninger. Innen 3 måneder skal behandlingsansvarlig gastroenterolog bestemme om pasienten skal fortsette med vedlikeholdsbehandling. Denne vurderingen baseres på objektiv dokumentasjon av effekt ved hjelp av kliniske og biokjemiske variabler som sykdomsaktivitetsindeks, kalprotektin i avføring, blodprøver, endoskopi og/eller andre bildeundersøkelser. Andre forhold som bør tas i betraktning, er pasientens egen opplevelse av behandlingseffekt samt eventuell forekomst av bivirkninger.

Under vedlikeholdsbehandling bør pasienten følges med kontroller minst fire ganger årlig ved spesialistpoliklinikk for fordøyelsessykdommer. Ved utilfredsstillende sykdomskontroll må forskjellige alternativer vurderes: Å øke dosen av TNF- α -hemmer, å korte ned intervallet mellom dosene, å legge til et immunmodulerende legemiddel, å skifte til en annen TNF- α -hemmer eller å vurdere kirurgi.

Bivirkninger av biologiske legemidler og annen immunhemmende behandling

De vanligste bivirkningene er infusjons- eller injeksjonsrelaterte symptomer og mindre alvorlige infeksjoner. Ved uklare og atypiske symptomer under pågående TNF- α -hemmerbehandling må man utelukke alvorlig underliggende infeksjon. Pasienter som får behandling med mer enn to immunhemmende medikamenter bør gis pneumocystis jirovecii-profylakse med trimetoprim-sulfametoksazol eller pentamedin (5). Hos varicella zoster-virus IgG-negative pasienter anbefales posteksposisjonsprofylakse med spesifikt immunglobulin innen 96 timer etter potensiell smitte, eventuelt også antiviral behandling (5).

Ved nevrologiske symptomer hos pasienter som behandles med TNF- α -hemmer bør behandlingen stoppes inntil det er avklart om symptomene skyldes bivirkninger av behandlingen, debut av latent multippel sklerose eller infeksjoner som rammer nervesystemet (14).

Ved leveraffeksjon, leddplager, hudutslett og lungesyntomer må man vurdere å stoppe biologisk behandling helt eller midlertidig inntil det er avklart hvorvidt dette er ekstraintestinale manifestasjoner ved inflammatorisk tarmsykdom, tilfeldig forekomst av annen sykdom eller bivirkninger av behandlingen. Dersom det er mistanke om residiv av eller nyoppstått malign sykdom, må TNF- α -hemmerbehandlingen stoppes inntil diagnosen er avklart (8,9,10).

Vurdering av varighet av TNF- α -hemmerbehandling

Vedlikeholdsbehandling i flere år er aktuelt ved uttalt inflammasjon og dype ulcerasjoner, komplisert sykdom med fistler, strikturer og perianal affeksjon, utbredt tynntarmsaffeksjon, tidlig sykdomsdebut og steroidavhengighet (15,16).

Hos pasienter i langvarig remisjon kan man vurdere å avslutte behandlingen (17, 19). Remisjon bør da ha vart i mer enn 6 måneder og skal dokumenteres med endoskopisk tilheling av slimhinnen. Ved isolert tynntarmsaffeksjon er det tilstrekkelig med normal kalprotektinverdi i avføringen, men supplerende bilde-diagnostikk som MR tynntarm, kapselendoskopi eller ultralyd er ofte ønskelig. TNF- α -hemmerbehandling kan avsluttes ved umiddelbar seponering av medikamentet (19). Tett oppfølging av pasienten (klinikk, blodprøver, kalprotektin og eventuelt bildediagnostikk) er viktig for å oppdage tilbakefall av sykdommen så tidlig som mulig.

Oppsummering

Ved behandling med TNF- α -hemmer og andre biologiske legemidler hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom er målet å bedre det naturlige forløpet av tarmsykdommen og forhindre komplikasjoner (4). Immunhemmende behandling bør reduseres til færrest mulig medikamenter i laveste effektive dose (5). Pasienter som får TNF- α -hemmer eller annen behandling som hemmer immunforsvaret har ofte beskjedne og atypiske symptomer ved infeksjoner og malignitet (2) ■

Litteratur:

1. Nasjonale faglige retningslinjer for bruk av TNF α -hemmere og andre biologiske betennelsesdempende legemidler innen revmatologi, gastroenterologi og dermatologi. IS-1478. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, revidert utgave februar 2010. <http://www.shdir.no/publikasjoner/retningslinjer> (29.09.2010), søkeord: IS-1478.

2. Columbel JF, Rutgeerts P, Reinisch W et al. One Year Data from the SONIC study: A randomized, double-blind trial comparing infliximab an infliximab plus azathioprine to azathioprine in patients with Crohn's disease naïve to immunomodulators and biologic therapy. Gut 2009; 58 (Suppl II) A69

3. Baert F, Noman M, Vermeire S et al. Influence of immunogenicity on the long-term efficacy of infliximab in Crohn's disease. *N Engl J Med.* 2003 Feb 13; 348 (7):601-8

4. Dignass A, Van Assche G, Lindsay J O. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management; Definitions and diagnosis; Special situations. *Journal of Crohn's and Colitis* (2010) 4,28-101

5. J.F. Rahier, S. Ben-Horin, J.F. Colombel et al, on behalf of the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). European evidence-based Consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease, June 2009; pages 47-911. <https://www.ecco-ibd.eu/publications/guidelines>

6. M Toruner, EV Loftus , W Scott Harmsen et al. Risk Factors for Opportunistic Infections in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology* 2008; 134: 929-935.

7. N Viget, G Vernier-Massouille, D Salmon-Ceron et al. Opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease: Prevention and diagnosis. *Gut* 2008;57:549-558.

8. Safety analyses of adalimumab (HUMIRA) in global clinical trials and US postmarketing surveillance of patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2006.

9. Bongartz T, Sutton AJ, Sweeting MJ et al. Anti-TNF

antibody therapy in rheumatoid arthritis and the risk of serious infections and malignancies - Systematic review and meta-analysis of rare harmful effects in randomized controlled trials. *JAMA.* 2006

10. Kandiel A, Fraser A G, Korelitz B I et al. Increased risk of lymphoma among inflammatory bowel disease patients treated with azathioprine and 6-mercaptopurine. *Gut* 2005; 54: 1121-1125.

11. Behandling med TNF-alfa-blokkere og risiko for tuberkulose – råd om vurdering, forebygging og behandling. Folkehelseinstituttet. Supplement, Smittevern 7. Forebygging og kontroll av tuberkulose. <http://www.fhi.no/dav/cd5c26cc6d.pdf> (29.09.10)

12. Kwon HJ, Cote TR, Cuffe MS et al. Case reports of heart failure after therapy with a tumor necrosis factor antagonist. *Ann Intern Med.* 2003;138:807-811.

13. Chung ES, Packer M, Lo KH et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled, pilot trial of infliximab, a chimeric monoclonal antibody to tumor necrosis factor- α , in patients with moderate-to-severe heart failure: results of the anti-TNF Therapy Against Congestive Heart Failure (ATTACH) trial. *Circulation.* 2003;107:3133-3140.

14. Sandborn WJ, Colombel JF, Enns R et al International Efficacy of Natalizumab as Active Crohn's Therapy (ENACT-1) Trial Group. Evaluation of Natalizumab as Continuous

Therapy (ENACT-2) Trial Group. *N Engl J Med.* 2005 Nov 3; 353: 1912-25.

15. Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN, et al. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 876-885.

16. Loly C, Belaiche J, Louis E et al. Predictors of severe Crohn's disease. *Scand J Gastroent* 2008;43:948-54

17. Louis E, Belaiche J, Reenagers C et al. Anti-TNF and Crohn's Disease: When should we stop? *Current Drug Targets* 2009 Nov 17 (ePub ahead of print)

18. Storla DG Tidsskr Nor Legeforen 2009 Dec 17; 24;129:2618-9

19. Louis E, Vernier-Massouille G, Grimaud J-C et al. Infliximab discontinuation in Crohn's disease patients in stable remission on combined therapy with immunosuppressors : a prospective ongoing cohort study (STORI studien). *Digestive Disease Week 2009, Abstract 931 STORI studien*

20. Mahadevan U, Kane S, Sandborn WJ. Intentional infliximab use during pregnancy for induction or maintenance of remission of Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2005 ;21;733-8

21. Vesga L, Terdiman JP, Mahadevan U. Adalimumab use in pregnancy. *Gut* 2005;54:890

Skal din pasient ta en avføringsprøve?

EasySampler gjør prøvetaking enkelt og renslig.

EasySampler Faeces Kit inneholder miljøvennlig oppsamler av papir (som kan skylles ned etter bruk), prøverør, engangshansker, mm. for enkel prøvetaking.

Lab-Tech forhandler flere hurtigtester for faeces, bl.a.:

- Calprotectin
- *Clostridium difficile*
- *Helicobacter pylori*
- *Giardia*
- *Rotavirus*

LAB-TECH

Lab-Tech AS, Kollevæien 11A, 1397 Nesøya
E-post: lab-tech@lab-tech.no
Tel: 66982440 eller 91113251, Fax: 23501988



EasySampler Faeces kit
Selges på Vitus apotekene,
Ditt Apotek og Sykehusapotekene.
Varenummer: 903679

www.lab-tech.no

Oppstartsskjema for planlagt TNF- α -hemmer behandling ved inflammatorisk tarmsykdom

Diagnose:

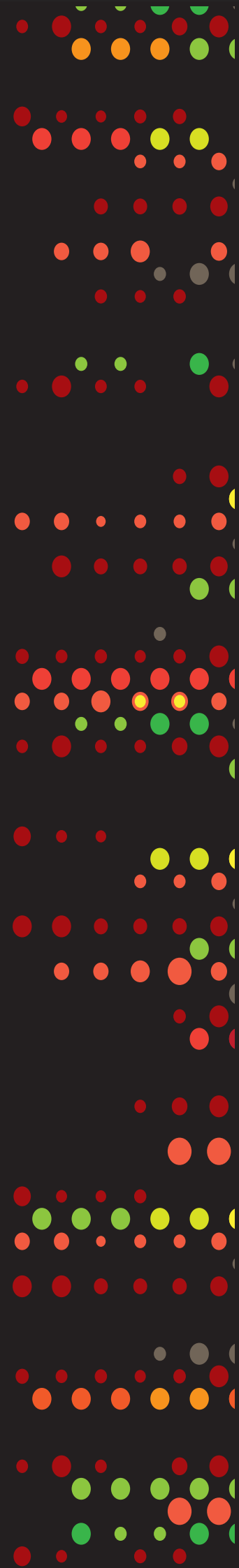
Debut år:

Komplik:

Kirurgi:

Pasient-ID: navn, personnr.:		
Adresse:		Telefon:
Undersøkelser / sykehistorie	Utf. dato Signatur	Resultat
Rtg thorax		
Endoskopi (histologi/CMV-us ved kolitt)		
*Evt annen bildediagnostikk		
Mantoux / Quantiferon / TBC-anamnese		
Tidligere malign sykdom? Hvilken, når?		
Annen relevant komorbiditet! Graviditet? Annen tarmsykdom, leversykdom, nevrol-/ hjerte/lunge/nyre/blod-sykdom, diabetes, hud		Røyker + / - BT : *EKG*ekko cor
Kalprotektin i feces før oppstart av biologisk behandling:		
SUCDAI/ HBI aktivitetsindeks før oppstart biologisk behandling:		
Blodprøver og andre undersøkelser før oppstart	Utf. dato Signatur	Normalt / patologi / kommentar
Hb, hvite, tpk, EVF, MCV/MCH, diff, CRP/SR, Alb, Bil, ALAT/ASAT, GT,ALP, INR, ferritin, kreat, glukose, *lipase/amylase, *andre		
Serologi: HBV-as/HBsAg, VZV-IgG og -IgM , HIV-antistoff, *CMV og EBV (>18 år),HCV, (ANA/ANCA, Anti-mit-as, anti-gl.m.as)		
Vaksinering: VZV + HBV (seroneg), influensa, pneumokokk, (*HPV)		
Feces-undersøkelser: C.diff.toxin ved kolitt (*Patogene tarmbakt, andre..)		
*Evt urinundersøkelser (stix/mikro/bakt v. UVI i anamnesen)		
Kvinner: Cervix-cytologi, -*bakteriologi		
Andre relevante u.s. / prøver (f.eks. tannlege*)		
Pasienten er informert om det biologiske medikamentets virkningsmekanismer, potensielle bivirkninger og antatt varighet av behandling: ☐ (Sett kryss)		
OPPSTART AV BIOLOGISK BEHANDLING PLANLEGGES: Dato: Medikament: Dose:		
Doseringsintervall/behandlingsplan:		
Dato/år		Signatur av lege

* ikke obligatoriske undersøkelser



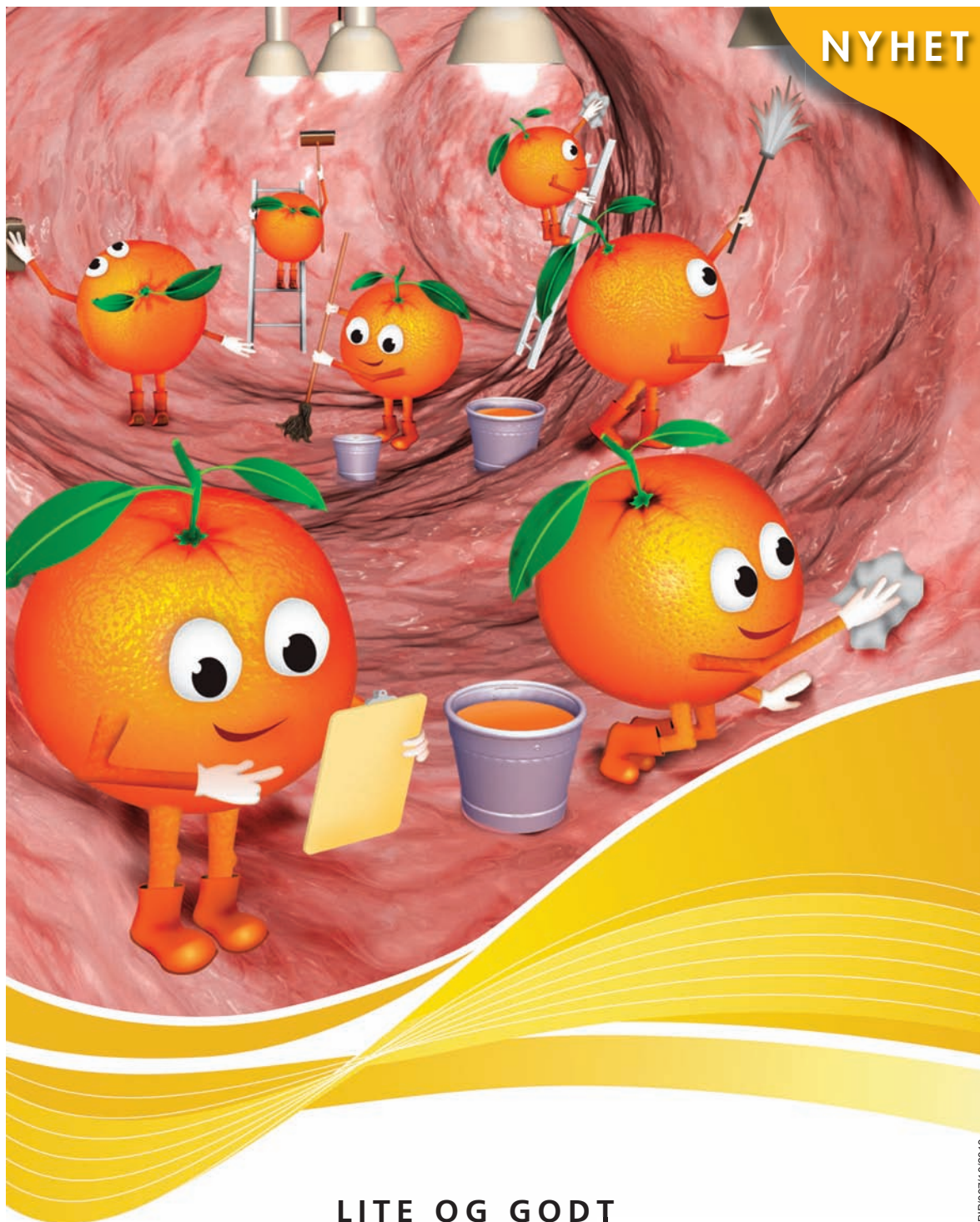
DiBiCol®

Gen- veien til diagnosti- sering

av inflammatoriske tarmsykdommer

Free prøvetakingssett:
info@indexpharmab.com

InDex
Pharmaceuticals AB



LITE OG GODT

Godt dokumentert:
Ca. 20 mill. behandlinger

- Enkelt å bruke
- God effekt
- God smak
- Lite volum
- God toleranse



Ferring Legemidler AS

Postboks 4445 Nydalen, 0403 Oslo. Tlf. 22 02 08 80
mail@oslo.ferring.com, www.ibd.as

FERRING
PHARMACEUTICALS

Picoprep «Ferring Legemidler AS»
Tarmtømmingsmiddel. ATC-nr.: A06A B58
PULVER TIL MIKSTUR, oppløsning: 1 dose
inneh.: Natriumpikosulfat 10 mg, lett magnesiumoksid 3,5 g, vannfri sitronsyre 12 g, kaliumhydrogenkarbonat 0,5 g, sakkarinnatrium, aroma (inneh. akasiagummi), laktose, askorbinsyre, butylert hydroksyanisol (E 320)). Appelsinsmak.

Indikasjoner: Tarmtømming før røntgenundersøkelser eller endoskopi. Tarmtømming før kirurgi dersom det er klinisk nødvendig.

Dosering: Voksne (>18 år) inkl. eldre: 1. dose tas før kl. 8 dagen før undersøkelsen. 2. dose tas 6-8 timer senere. En dosepose løses opp i ca. 150 ml vann. Rør i 2-3 minutter og drikk oppløsningen (kan bli varm; avkjøl ev.). Fiberfattig diett anbefales dagen før undersøkelsen. For å unngå dehydrering under behandling, anbefales inntak av ca. 250 ml vann eller annen klar væske pr. time så lenge tømningseffekten vedvarer.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffer, kongestiv hjertesvikt, gastrisk retensjon, gastrointestinal ulcerasjon, toksisk kolitt, toksisk megakolon, ileus, kvalme og oppkast, akutte kirurgiske abdominale tilstander (f.eks. akutt appendisitt), kjent/mistenkt gastrointestinal obstruksjon eller perforering, alvorlig dehydrering, abdominalt trykkløst, hypermagnesemi, aktiv inflammatorisk tarmsykdom. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon kan akkumulering av magnesium i plasma forekomme; i så tilfelle bør annet legemiddel anvendes.

Forsiktighetsregler: Bør kun administreres før tarmkirurgi dersom det er helt nødvendig. Risiko bør vurderes nøye mot ev. fordeler/behov, avhengig av kirurgisk prosedyre. Forsiktighet bør utvises ved nylig gjennomgått gastrointestinal kirurgi samt ved svekket nyrefunksjon, hjertesykdom eller inflammatorisk tarmsykdom. Skal brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler som kan påvirke væske-/elektrolyttbalansen (f.eks. diuretika, kortikosteroider, litium). Kan påvirke absorpsjonen av regelmessig inntatte orale legemidler og bør brukes med forsiktighet. Utilstrekkelig oralt inntak av væske/elektrolytter kan gi klinisk signifikant underskudd, spesielt hos mindre friske pasienter; barn, eldre, svekkede individer og pasienter med risiko for hypokalemi kan kreve spesiell oppmerksomhet. Ved tegn/symptomer på hyponatremi bør raske korrigerende tiltak tas for å gjenopprette væske-/elektrolyttbalansen. Behandlingstiden bør ikke overskride 24 timer da lengre behandling kan øke risikoen for væske-/elektrolyttubalanse. Inneholder 5 mmol (eller 195 mg) kalium pr. dosepose, hvilket må tas i betraktning ved nedsatt nyrefunksjon eller kontrollert kaliumdiett. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Skal ikke brukes rutinemessig som avføringsmiddel.

Interaksjoner: Absorpsjon av andre orale legemidler (f.eks. antiepileptika, antikonseptiva, antidiabetika, antibiotika) kan endres under behandling pga. økt gastrointestinal transitthastighet. For å unngå kelatering med magnesium bør tetracykliner og fluorokinoloner, jern, digoksin/digitoksin, klorpromazin og penicillamin tas >2 timer før eller >6 timer etter Picoprep. Effekten av Picoprep reduseres av volumøkende laksantia. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av legemidler som kan assosieres med hypokalemi (f.eks. diuretika, kortikosteroider eller legemidler hvor hypokalemi utgjør en spesiell risiko, dvs. hjerteglykosider). Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av NSAIDs eller legemidler som inducerer SIADH (f.eks. TCA, SSRI, antipsykotika og karbamazepin) da slike legemidler kan øke risikoen for væskeretensjon/elektrolyttubalanse.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Data mangler. Bruk bør unngås. Overgang i morsmelk: Erfaring mangler. Bruk kan vurderes.

Bivirkninger: Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme, proktalgi. Neurologiske: Hodepine. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Oppkast, abdominal smerte, milde og reversible aftøse sår i tyntarm. Hud: Utslett (inkl. erytematøst og makulopapuløst utslett, urticaria, purpura).

Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon, hypersensitivitet. Neurologiske: Epilepsi, grand mal-kramper (ved epilepsi), kramper, forvirret tilstand. Stoffskifte/ernæring: Hyponatremi med/uten assosierte kramper, hypokalemi. Ukjente: Gastrointestinale: Diaré, fekalinkontinens.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kan føre til kraftig diaré. Behandling: Generelt støttende tiltak og opprettholdelse av væskeinntak. Se Giftinformasjonens anbefalinger for natriumpikosulfat A06A B08.

Egenskaper: Klassifisering: Kontaktlaksantium. Virkningsmekanisme: Lokaltvirkende avføringsmiddel. Etter bakteriell spaltning i colon, har natriumpikosulfat stimulerende virkning på slimhinnen i tykktarm og rektum. Magnesiumsitratt virker osmotisk ved å holde tilbake væske i colon. Totaleffekten er en utvaskningseffekt kombinert med stimulering av peristaltikken for å tømme tarmen. Absorpsjon: Ikke i målbar mengde.

Oppbevaring og holdbarhet: Skal brukes umiddelbart etter åpning. Kun til engangsbruk. Ubrukt innhold skal kastes.

Pakninger og priser pr. oktober 2010: 2 stk. (doseposer) kr *.

* Reseptfritt legemiddel; ikke prisregulert. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no.

Referat fra det 28. SADE-møtet i København 2011

Tekst/foto: Vemund Paulsen

SADE (Scandinavian Association for Digestive Endoscopy) avholdt 20.-21. januar sitt 28. møte på Crowne Plaza Copenhagen Towers etter tre dager med forutgående "hands on"-hospiteringer på sykehus i Skandinavia. Drøyt 200 endoskopører og sykepleiere deltok på møtet.

Temaet for årets møte var komplikasjoner ved gastro-intestinal endoskopi. Møtet dekket bredt alle forhold som kan komplisere endoskopiske prosedyrer; sedasjonsrelaterte, kardiorespiratoriske, rent prosedyrrelaterte (perforasjon/blødning), infeksjoner (kolangitt), svikt i teknisk utstyr, men også sviktende diagnostikk og inkomplette/ineffektive terapeutiske prosedyrer.

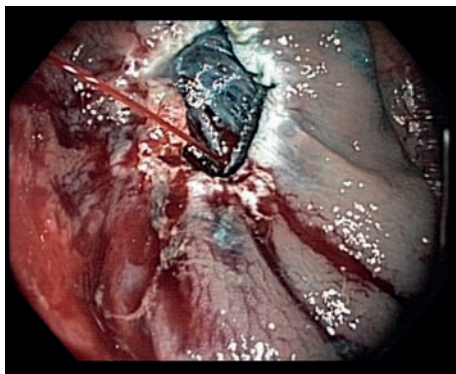
Først ut var Thomas de Lange som snakket om definisjoner og komplikasjonsterminologi. Det er per nå ingen enighet om hva som skal regnes/rapporteres som komplikasjoner og hva som er påregnelige uheldige hendelser. En ekspertgruppe nedsatt av ASGE (The American Society for Gastrointestinal Endoscopy) lanserte i 2010 et forslag til klassifikasjon av slike hendelser (Gastrointest Endosc 2010 Mar;71(3):446-54).

Sedasjonspraksis fikk bred omtale. Bruken av propofol blant ikke-anestesipersonell brer om seg og er tatt i bruk ved sentre i Danmark. Det foreligger omfattende dokumentasjon av sikkerheten ved slik sedasjon hos lavrisikopasienter - forutsatt grundig opplæring.

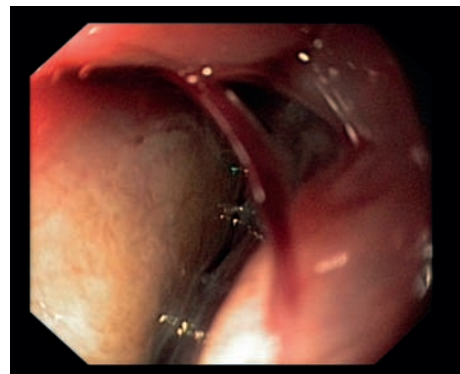
Det er dokumentert at endoskopører under opplæring har økt risiko for å påføre pasienter skade. David Armstrong fra McMaster University i Canada understreket betydningen av at det ikke er nok å ha et formalisert opptreningsopplegg for nye endoskopører, men at man også må trene instruktører i å lære kandidatene hvordan man unngår komplikasjoner. "Train the trainer"-modellen som er tidligere omtalt i dette bladet er et skritt i riktig retning. Han holdt også et innlegg om akkreditering av institusjoner/endoskopienheter.



Søren Meisner mottar heder og ære for godt arrangert møte av President i SADE Lars Aabakken.



Arteriell blødning etter EMR, stoppet med klips.



Perforasjon av øsofagus under ballongdilatasjon. Nær fatal komplikasjon.

Komplikasjoner er i noen grad unngåelige, særlig ved enkelte terapeutiske prosedyrer. Kunnskap om mulige komplikasjoner ved forskjellige typer prosedyrer og hvordan disse best unngås er sammen med tekniske ferdigheter, rett utstyr og godt trente assistenter viktige faktorer for å lykkes. Evnen til å håndtere komplikasjoner når de oppstår likeså!

Mange case-presentasjoner ble vist under møtet (norske deltakere stilte sterkt!) og pausene ble også brukt flittig til å drøfte egne komplikasjoner. Det er mye å lære av andres feil, man trenger ikke å gjøre alle selv!

Les mer om møtet på www.sade-endoscopy.com. Der finner du også en oppsummering av foredragene under årets møte ■

Neste SADE-møte avholdes i Oslo 16.-20. januar 2012. Opplegget er som tidligere med tre dager "hands-on"-trening og deretter en todagers teoretisk del. Sett av datoen og meld deg på!



Gastronet kvalitetsikringsprogram

NYHETSBREV NR 1, 2011

Dette er det første nyhetsbrevet fra Gastronet. Du vil finne oss i hver utgave av NGF-nytt fremover.

- Gastronet startet i 2003 og er finansiert av Helse Sør- Øst. Gastronet er NGF sin offisielle kvalitetsikringsplattform. Det er omtrent 50 000 koloskopier og 4000 ERCP i Norge i året, og ca 1/3 av disse registreres i Gastronet. Vi øker i omfang og Polen og Latvia registrerer koloskopier i Gastronet nå. Seks sykehus i Sverige blir med i nærmeste fremtid.
- Kvalitetsregisterets mål er å forbedre kvaliteten på endoskopier og forskning og publisering av registrerte data ved koloskopi og ERCP. Bruk Gastronet til å sammenligne ditt senter med andre senter, eller deg selv med andre leger/sykepleiere. Ved å bruke registrerte data i kvalitetsforbedring og fagutvikling, vil du høyne kvaliteten på arbeidet du utfører, og oppnå større arbeidsglede og pasienttilfredshet.
- Vi kontakter nå gastrolaber for å informere om Gastronet og å tilby besøk i en oppstartsfase, eller om det trengs en oppfrisking. Ta gjerne kontakt om dere vil ha besøk.
- Senterdata fra 2010 ligger nå på medlemssidene. Disse er passordbeskyttet og alle som er med i Gastronet får tilgang til disse. Det er noe etterslep på innsending av 2010 data fra noen senter. Så snart disse er inne vil skopertabellene bli lagt ut. Det oppfordres til å sende inn skjema månedlig!

Nye publikasjoner:

New EU Guidelines on Colorectal Cancer Screening and Diagnosis
www.kreftregisteret.no/gastronet

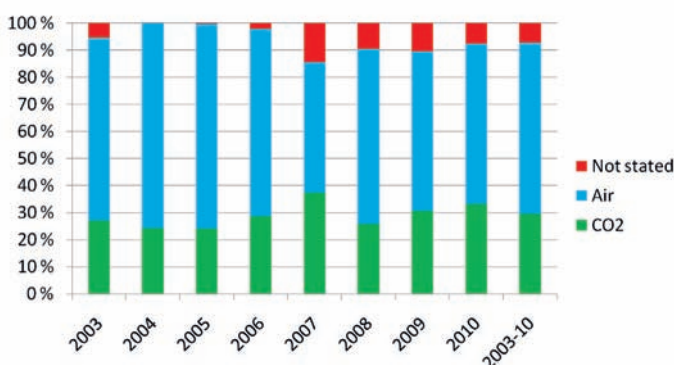
Invitasjon til Gastronetmøte

Tirsdag 24. mai kl. 10-16
i Kreftregisterets lokaler
i Fridtjof Nansens vei 19,
Majorstuen, Oslo. Lunsj.

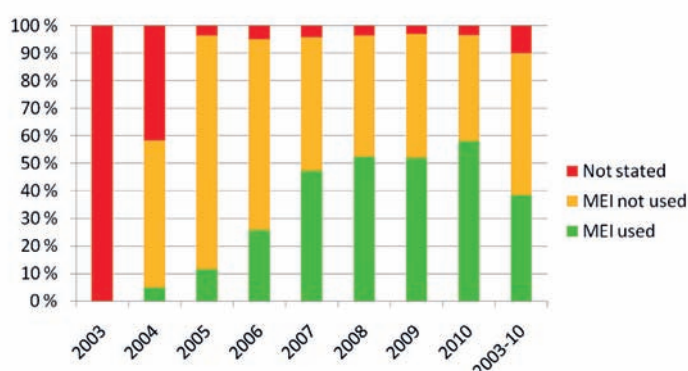
Det utarbeides nytt pasienttilbakemeldingsskjema hvor det legges mer vekt på tømning.

DAGENS DATA:

Colo centres (n=14) participating in 5+ yrs: Speed of adopting CO₂ insufflation 2003-2010



Colo centres (n=14) participating in 5+ yrs: Speed of adapting use of MEI (ScopeGuide) 2003-10



Dette viser andelen av koloskopier hvor CO₂ insufflating er brukt i 14 senter som har deltatt med koloskopiregistrering i minst fem år (noen har begynt tidlig og noen litt senere i registreringsperioden).

Over tid har det skjedd sørgelig liten utvikling i utskifting av luftinsufflating til fordel for CO₂-insufflating – selv om bruken av CO₂ nå er sterkt anbefalt i European Guidelines for Colorectal Cancer Screening and Diagnosis som ble presentert av EU Commision i februar 2011.

I motsetning til foregående plansje viser denne en formidabel økning i bruken av Magnetic Endoscope Imaging (MEI – ScopGuide) som er vesentlig dyrere i anskaffelse og med dårligere dokumentasjon av nytteverdien enn en CO₂ insufflator. Dette tyder på at innkjøpsansvarlige kanskje er litt for mye oppe for makedsføringskrefter og litt mindre bevisste på sitt eget ansvar for å fremme "evidence-based medicine".

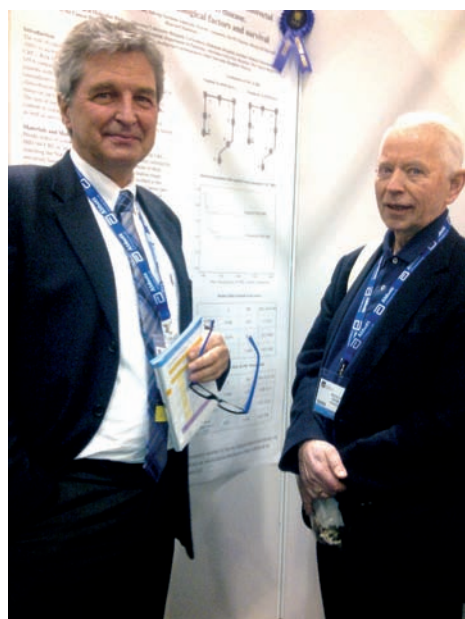
Besøk oss på: www.kreftregisteret.no/gastronet

ECCO-kongress i Dublin

24.-26. februar 2011

Tekst/foto: Stephan Brackmann

Den 6. kongressen til den europeiske Mb Crohn- og kolit- organisasjonen (European Crohn's and Colitis Organisation, ECCO) fant sted i Dublin, Irland fra onsdag 23. til lørdag 26. februar 2011.



Tom Øresland og Morten Vatn

Mange norske kollegaer reiste med en viss nostalgisk følelse til byen hvor hele eller deler av studietiden ble fullført. Det splitter nye kongressenteret var et triumferende spir over det kriserammende Irland. Samme helg var det også nasjonal valgdag.

Onsdag gikk IBD-kurset for unge gastroenterologer av stabelen parallelt med "Nurses-ECCO School", som etter omtale fra mange norske sykepleiere var meget vellykket. 401 vitenskapelige abstrakter ble akseptert (74 avvist), hvorav 381 posterpresentasjoner og 20 muntlige presentasjoner. Alt i alt var det 3509 deltagere, inklusive 384 utstillere.

Etter velkomsttalen av ECCO-presidenten Daniel Hommes åpnet den vitenskapelige delen av kongressen i tråd med "the rising star" innen forskningsaktivitet på IBD: "microbiom meets the epithelium". Genetiske loci knyttet til autofagi (ATG16L1, IRGM og LRRK2), intracellulær bakterie-sensing (NOD2) og endoplasmatisk retikulum (ER)-stress (XBP1 og ORMDL3) gir risiko for utvikling av Crohns sykdom. I kjølvann av disse observasjonene har nye årsaksmekanismer til Crohns sykdom blitt kartlagt. Funksjonelle sammenhenger av ER-stress, autofagi og "unfolded protein response" ble belyst som en viktig del av en mikrobe-vert-interaksjon i patogenesen til Crohns sykdom. Som en god innføring i tematikken anbefaler redaksjonen å lese Fritz T et al, "Crohn's disease: NOD2, autophagy and ER stress converge", Gut. 2011 Jan 19 (epub ahead of print).

Den som har trodd at "mucosal healing" er en udiskutabel observasjon, må tenke om igjen. "Hvor går grensen?" synes fortsatt å være et åpent spørsmål når en prøver å definere begrepet. Skal det være komplett endoskopisk tilheling, eller er få og små aktive lesjoner tillatt (partiell tilheling) for å kalle en slimhinne tilhelt/i remisjon? Hva har størst betydning for sykdomsforløpet? Klinisk, endoskopisk eller histologisk remisjon? Muligens bør man også her differensiere mellom Crohns sykdom og ulcerøs kolitt. Ved Crohns sykdom er for eksempel kirurgisk intervensjon like hyppig i sykdomsforløpet etter komplett som ved partiell remisjon. Ved ulcerøs kolitt synes klinisk remisjon å være en sterkere prediktor for hospitalisering, kolektomi-rate og steroidfri periode sammenlignet med endoskopisk og histologisk tilheling.

Vi lærte også at sykdomsforløpet kan predikeres av en genekspressionsprofil for CD8 T-celler og av CD-assosiert dysbiose.

Microarray-analyse av CD8 T-celler isolert fra blodet av 60 pasienter med aktiv og ubehandlet CD eller UC viste seg å være assosiert med en undergruppe av pasienter med mer aggressiv sykdomsutvikling, og denne gruppen består overlappende av UC- og CD-pasienter.

Dysbiose i CD var preget av en reduksjon av Firmicutes og F. prausnitzii og var mer uttalt hos pasienter med senere oppbluss av sykdomsaktivitet enn hos de med vedvarende remisjon.

Interessante data vedrørende TNF- α -blokker ved ulcerøs kolitt ble presentert. UC SUCCESS-studien belyste spørsmålet om hva som er mest effektivt ved moderat til alvorlig sykdom: Azatioprin, Infliximab, eller en kombinasjon av begge? 231 pasienter med moderat til alvorlig ulcerøs kolitt ble randomisert til enten Azatioprin, Infliximab eller kombinasjonen av Azatioprin og Infliximab. Etter 16 uker viste henholdsvis 37 %, 55 % og 63 % av pasientene steroidfri mukosal tilheling (Mayo-skår0-1).

Behandling med open-label adalimumab 40 mg annen hver uke etter induksjonsbehandling opprettholdt klinisk remisjon (median endring i Mayo-skår-5,0) hos pasienter med moderat til alvorlig ulcerøs kolitt.

Ciklosporin og Infliximab har vist effekt ved steroid-resistent, akutt alvorlig ulcerøs kolitt. Resultatene fra den første, randomiserte kontrollerte studien som sammenligner disse to strategiene ble presentert. 80 % i begge gruppene viste respons etter 7 dager. 54 % og 60 % i henholdsvis Infliximab- og Ciklosporin-gruppen viste imidlertid terapivikt etter 42 dager. Det var ingen signifikant forskjell ved de to behandlingsstrategiene.

Data fra CESAME-studien ble analysert for å estimere risiko for hudkreft (unntatt maligne melanomer) ved behandling av IBD med thiopuriner. Av 19486 pasienter inkludert i CESAME-kohorten utviklet 32 pasienter hudkreft i løpet av 35 måneder (median). Alle pasientene som utviklet hudkreft hadde vært eksponert til thiopuriner. Insidensen var statistisk signifikant forhøyet i



Ingrid Berset og Finn Strøm



Camilla Solberg og Christine Slinning

forhold til bakgrunnsbefolkningen. Imidlertid kan en jo lure på hva som er relevant for den kliniske hverdagen: den relative eller den absolutte risikoen?

I tillegg til resultater fra basalforskningen om karsinogenesen til kolorektalcancer (CRC) ved IBD ble også kliniske data presentert. En spansk, sykehus-basert kohort inkluderte 800 pasienter med langvarig ulcerøs kolitt og en sykdomsutbredelse proksimalt for rectum. Man fant CRC hos 26 pasienter (hvorav 27 % innen 8 år fra diagnose), og dysplasi hos 160 pasienter. Den kumulative risikoen for høygradig dysplasi eller CRC var 1.2 % etter 5 år, 2 % etter 10 år, 4.8 % etter 20 år og 11.1 % etter 30 års sykdomsvarighet. PSC og mannlig kjønn var uavhengige risikofaktorer mens immunmodulerende behandling og kolonoskopi-screening hadde beskyttende effekt på utvikling av tarmmalignitet. Studien kan ha blitt påvirket av en seleksjonsbias da veldig mange pasienter ikke ble inkludert i studien pga. manglende endoskopiundersøkelser.

Som så mange ganger tidligere, har også ECCO utmerket seg med sine sosiale aktiviteter. Vinneren av fotballkampen "You gut to play" var i tråd med god fotballtradisjon det brasilianske laget "Top-Down Team 3" med Idblan de Carvalho Albuquerque i spissen. Et av de sosiale høydepunktene var også ECCO-party fredag kveld på toppen av "Guinness Storehouse". Mange vil nok huske kvelden som spesielt morsom og noen har fått opplevd studiedagene sine enda en gang ■



ECCO-party

Helge Lyder Waldum utnevnt til ridder

Tekst: Bjørn Gustafsson / Foto: Christina Yvonne Olsen



Helge Waldum som nyutnevnt og lykkelig ridder

Professor og avdelingsoverlege Helge Lyder Waldum ved St. Olavs Hospital og NTNU er av kongen utnevnt til ridder av 1. klasse av St. Olavs Orden for sin innsats innen medisinsk forskning og klinisk medisin.

Waldum studerte medisin ved Universitetet i Oslo og avla eksamen med innstilling til kongen. Han ble dr. med i 1980 ved Universitetet i Tromsø. I 1993 ble han dr. med. ved Université de Paris. Waldum ble i 1980, i en alder av 33 år, professor ved Universitetet i Tromsø. Fra 1986 har han vært professor i Trondheim der han er tilknyttet Avdeling for fordøyelses- og leversykdommer ved St. Olavs Hospital og Institutt for kreftforskning og molekylær medisin ved NTNU. Waldums forskning har berørt mange forskjellige områder, hovedfeltet har dog vært på regulering av magesyresekresjon, rebound hypersekresjon av magesyre ved bruk av syrehemmende medikamenter og ventrikkeltkreft. Waldum har veiledet 15 doktorgradsstipendiater og har over 340 publiserte artikler. Waldum har gjennom sin forskning gitt et betydelig bidrag i forståelsen av både basal ventrikkelfysiologi og ventrikkelpatofysiologi, noe som har gitt anerkjennelse både nasjonalt og internasjonalt.

ursodeoksykolsyre

Ursofalk®



MEDA

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

Marianne Berg disputerte onsdag 27. Oktober 2010 for ph.d.-graden ved Universitetet i Oslo med avhandlingen:

“Genomics of colorectal carcinomas from young and elderly patients”



Cand. Scient. Marianne Berg har i sin avhandling identifisert forskjeller i genetisk sammensetning i svulster fra unge og eldre pasienter med tykk- og endetarmskreft.

Tykk- og endetarmskreft er en sykdom som rammer omlag 3500 personer i Norge årlig. Gjennomsnittsalder ved diagnose er 70 år og mindre enn 10% prosent får denne sykdommen før fylte 55 år. Ung alder ved sykdomsdebut og flere familiemedlemmer med samme diagnose er tegn på en genetisk predisposisjon. De unge pasientene som inngår i denne studien har ikke kjente arvelige kreftsyndromer.

I avhandlingen “Genomics of colorectal carcinomas from young and elderly patients” er arvestoffet i svulster fra unge og eldre pasienter med tykk- og endetarmskreft undersøkt. Avhandlingens mål var å finne genetiske egenskaper som henger sammen med debutalder for sykdom.

Berg og medarbeidere har funnet at det i svulster fra eldre pasienter er gjennomsnittlig flere genendringer enn i unge pasienter etter detaljerte undersøkelser av fem kreftrelevante gener. Med en global analyse av hele arvestoffet fant de at det forekommer flere brudd i tumor-DNA fra unge pasienter enn fra eldre, men at samme mengde DNA er endret i gruppene. Ved å kombinere DNA-resultatene med mengden av de produkter genene koder for (ekspressjonen av mRNA) har vi funnet et sett av gener som når de endres er særlig viktige bidragsyttere, enten hver for seg eller i kombinasjon, til utvikling av tykk- og endetarmskreft i ung alder.

Kim Erlend Mortensen disputerte 10 desember, 2010 for ph.d.-graden ved Universitetssykehuset Nord-Norge med avhandlingen:

“Liver Regeneration: The impact of altered portal hemodynamics on gene expression and growth of the porcine liver”



Leverens blodforsyning er avgjørende for organets regenerasjon

Sammensetningen av blodet som strømmer gjennom leveren er trolig den viktigste reguleringsfaktor av organets regenerasjon.

Ved større vevstap har leveren evne til å vokse ut igjen et ubegrenset antall ganger. Dette er trolig en naturlig overlevelsesmekanisme som beskytter mot leversvikt ved for eksempel alvorlige leverinfeksjoner forårsaket av hepatitt eller forgiftninger. Dette betyr at man kan fjerne større deler av leveren som inneholder kreftsvulster uten at pasienten får leversvikt fordi leverresten vokser ut igjen. Denne avhandlingen har som mål å undersøke hvordan blodgjennomstrømningen i leveren styrer regenerasjonen og hvordan dette vises i uttrykket av arvestoffet (DNA) i lever cellene. Målet er å forstå de grunnleggende styringsmekanismene for å bedre kunne støtte regenerasjonsprosessen hos de pasientene hvis lever ikke evner å vokse godt nok ut igjen.

Prosjektet beskriver anvendelsen av en ny statistisk metode for å analysere og tolke repeterte målinger fra forskningen på sirkulasjonsendringer registrert under den eksperimentelle leverkirurgien som danner grunnlaget for avhandlingen. Videre beskrives hvordan det å fjerne ulike grader av leveren resulterer i ulike trykkestigninger i leverresten som igjen gir ulike uttrykk av arvestoffet i levercellene som man tror kan påvirke hvordan leveren regenererer. Spørsmålet ble da om det er økningen i trykket og blodføringen i leverresten i seg selv som er årsaken til forskjellen i genuttrykk eller om det skyldes forskjellen i mengden vekstfaktorer som tilføres leverresten. Dette undersøkte vi videre ved å øke blodføringen til deler av leveren uten å foreta en leverreseksjon. Etter tre uker observerte vi at den delen av leveren som mottok vekstfaktorene fra magetarmkanalen vokste mens den delen som mottok økt blodforsyning fra hovedpulsåren men uten vekstfaktorene, ikke vokste. Konklusjonen er at leverens regenerasjon er sannsynligvis mer styrt av blodforsyningens sammensetning enn mengden blod som strømmer gjennom organet. Tilslutt beskrives forskningen på leverregenerasjon tilbake fra 1877 frem til nyere forskning. Vi konkluderer med at for at translasjonsforskningen skal komme pasientene til gode, må det et tettere samarbeid til mellom kliniker og basal forsker.

Avhandlingen er skrevet av Kim Erlend Mortensen som jobber som kirurg ved avdeling for gastroenterologisk kirurgi ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Mortensen jobber for tiden med andre prosjekter i tilslutning til hans doktoravhandling både i Tromsø og ved andre universitetssykehus i Norge og Sverige.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

ELECTROSURGICAL GENERATOR

OLYMPUS ESG-100

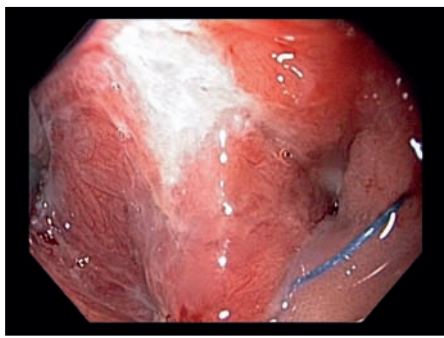
A new dimension in electrosurgery

Simply smart.

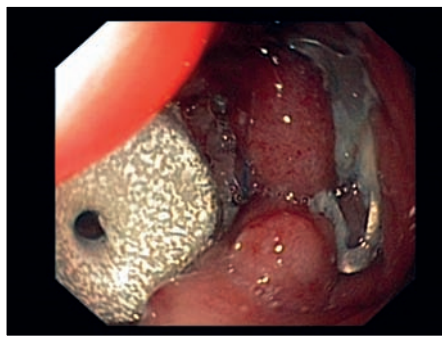


OLYMPUS NORGE AS

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



Bilde 1: Endoskopisk bilde av ventrikkelanastomosen med fistelåpningen til høyre i bildet.



Bilde 2: Endoskopisk bilde av OTSC applisert på fistelåpningen



Bilde 3: Skisse av OTSC

Anastomoselekkasje lukket fra innsiden

Tekst/Foto: Vemund Paulsen

Pasienten er en 39 år gammel mann som på grunn av intramukosalt karsinom i antrum ventriculi ble operert med ventrikkelreseksjon ad modum Billroth II. Det postoperative forløpet ble svært komplisert på grunn av lekkasje fra duodenalstumpen og ventrikkelanastomosen. Det ble utført gjentatte laparotomier med drenasje og forsøk på lukning av tarmdefektene. Som ledd i behandlingen ble lekkasjen i ventrikkelanastomosen vellykket lukket med en ny type klips. Pasienten ble utskrevet etter måneder i sykehus.

OTSC:

Over-the-scope clip er en ny type klips med mulighet for lukking av transmurale defekter i mage-tarm-

kanalen. Klipsen monteres på tuppen av skopet. Vevet som skal klipses adapteres med en tosidig spesialtang, man trekker så det adapterte vevet tilbake med tangen samtidig med at man suger vevet inn i en cap og løser ut klipsen (på samme måte som ved strikklisering av varicer). Bruk av denne type klips er beskrevet ved akutte perforasjoner, kroniske fistler og også i blødningssituasjoner, dokumentasjonen er likevel så langt sparsom ■

Referanse

Endoscopic closure of GI fistulae by using an over-the-scope clip. Renteln et al. Gastroint. Endoscopy Vol 72, dec 2010, Pages 1289-1296 Videoksempler er knyttet til referansen.

Redaksjonen i NGF-nytt ønsker å få tilsendt bidrag til "Blinkskuddet" og "Snublefot". Send ditt bilde med en liten tekst til vemund.paulsen@oslo-universitetssykehus.no

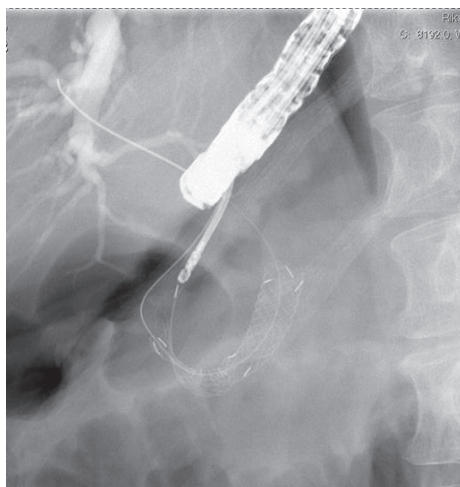
Dersom du får ditt bilde på trykk får du **ikke** en reise for to til Paris!

Vennlig hilsen
Redaksjonen i NGF-nytt

SNUBLEFOT

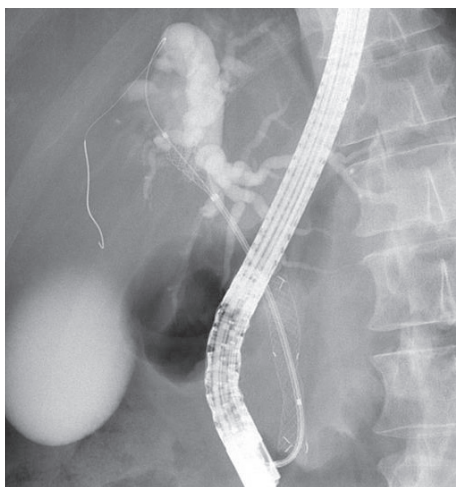
Stenten som ikke var til å rikke!

Tekst/foto: Vemund Paulsen



Bilde 1: Fastsittende metallstent i choledochus

Pasienten er en middelaldrende mann med kronisk pankreatitt med sekundær stenose i distale choledochus. Pasienten har vært til en rekke ERCP-prosedyrer



Bilde 2: Anleggelse av ny SEMS på innsiden av den gamle

ved vår avdeling med behov for stenting av både pankreas- og gallegang. Etter flere episoder med kolangitt og relativt kortvarig effekt av plastikkstenting

ble det besluttet å plassere en heldekket stent i choledochus. Slike stenter kan ligge inne i opptil et halv år før de fjernes/byttes, dette var da også planen hos vår pasient. Pasienten møtte ikke til avtalt kontrolltime (kanskje han ikke ble innkalt?) og tok ikke kontakt før han 18 måneder etter stentinnleggelsen igjen ble ikerisk. I mellomtiden hadde han ikke hatt gallesrelaterte plager. Endoskopisk var det nytteløst å fjerne metallstenten etter 18 mndr. Den lot seg imidlertid kanylere, og det ble lagt opp en ny SEMS på innsiden. Det ble gjort ytterligere endoskopiske forsøk på fjerning av den fastgrodde stenten uten hell, og pasienten ble igjen plaget mer residiverende kolangitter. Etter ca 2 år med fastsittende stent ble pasienten operert laparoskopisk og stenten fjernet via et choledochotomisnitt. Galleokklusjonsproblemet var imidlertid ikke løst og etter noen runder med plastikkstenting har pasienten etter eget ønske igjen fått en dekket metallstent. Denne gangen er både pasient og behandlingsapparatet nokså opptatt av å følge avtalt kontrollopplegg, nemlig stentfjerning/-bytte om 6 måneder ■



Erik Schrumpf

Intervjuer: Vemund Paulsen Foto: Kim V. Ånonsen

Erik Schrumpf har siden 1984 ledet gastromedisinsk avdeling ved Rikshospitalet med en fast, men vennlig og rettferdig hånd. Han er over middels interessert i leversykdommer og særlig primær skleroserende kolangitt, men spiller også bridge og er en ivrig tennisspiller. Blant kvinner kalles han "en ekte gentleman"! Hvem er denne mannen?

Ditt beste minne fra studietiden?

- Den gode tiden på Blindern Studenterhjem rangerer høyt: etablering av gode vennskap med rikelige sosiale og sportslige aktiviteter. Det ideelle sted for nødvendig avbrekk fra studiet.

Du har nå vært på RH siden 1984, "hva holdt du på med før det"?

- Jeg kom faktisk til Rikshospitalet i 1977 som ass. lege – til Egil Gjone. Før det var jeg på Ullevål først på Infeksjonsavdelingen, deretter hos Johannes Myren som stipendiat og ass. lege. I 1983 og frem til høsten '84 hadde jeg en gjesteopptreden på Haukeland sh. Det er en tid jeg aldri glemmer og det var ikke bare pga regnet. Vi flyttet inn i nytt sykehus samtidig som det ble kjempet en ulik kamp om ressurser med de svært tunge indremedisinske avdelingene: nyre, infeksjon og hjerte. Jeg burde ha vært der lengre, men hadde lovet familien å søke meg tilbake til Oslo når noe bød seg.

Jeg synes det er hyggelig å nevne Myren og Gjone. De var jo de store norske pionerer innen medisinsk gastroenterologi. De var initiativtakere til stiftelsen av Norsk Gastroenterologisk Forening og til etableringen av Scandinavian Journal of Gastroenterology.

Johannes Myren tok også initiativet til de årlige fjellmøtene; det aller første på Pers Hotell i Gol, deretter en omflakkende tilværelse på ulike steder – de senere årene har Lillehammer vært fast møtested og etter min mening det best egnede stedet av de som har vært forsøkt.

Primær skleroserende kolangitt (PSC) er en sjelden sykdom, men likevel den vanligste indikasjonen for levertransplantasjon i Norge. Forskningen på PSC ved RH har vært og er omfattende, og du har selv bidratt sterk til dette. Hvordan startet det hele?

- Ja, det er riktig. PSC har vært min hovedinteresse på det faglige området. Det hele startet faktisk i 1974 da jeg fikk som tema for prøveforelesningen å snakke om leversykdommer hos pasienter med ulcerøs kolitt og Mb. Crohn. Egil Gjone var med i bedømmelseskomitéen, han hadde sett noen slike pasienter på Rikshospitalet med IBD og leversykdom. Dette var et lite beskrevet felt, og han ønsket en gjennomgang. Da jeg så et par år senere kom til Rikshospitalet og fikk se disse pasientene, var min "skjebne beseglet".

Hva er dine viktigste bidrag til PSC-forskningen så langt?

- For å være helt ærlig så har ikke PSC-forskningen vår så langt resultert i noen store gjennombrudd av klinisk betydning: Vi vet fortsatt ikke hva sykdommen kommer av, og vi har fortsatt ikke noen medikamentell terapi som påvirker sykdomsforløpet. Men vi fikk jo en stor donasjon fra Canica (Stein Erik Hagen) pålydende

10 mill per år pluss 2,5 mill i gaveforsterkning årlig fra Forskningsrådet. Dette har satt oss i stand til å mangedoble innsatsen. Og ikke minst viktig: vi har en rekke unge, dynamiske forskere i gruppa anført av Tom H. Karlsen. Vi har nylig etablert The International Study Group of PSC, så nå har jeg tro på at ting vil løse.

I gamle dager (før Pubmed) var biblioteket et viktig sted å tilegne seg kunnskap. Det ryktes at du hadde en favorittbibliotekar under dine mange besøk der ("ledende spørsmål", red. ann.)?

– Det er riktig at jeg fant Anne på biblioteket på Ullevål sykehus høsten 1973. Jeg var i sluttfasen av doktorgradsprosjektet mitt om gastrinreguleringen, men hadde likevel ingen problemer med å legge merke til denne flotte kvinnen som siden ble mor til våre 3 døtre.

Den første ikke-eksperimentelle levertransplantasjonen i Norge ble utført ved Rikshospitalet i 1984; du har altså vært med helt fra starten! Hva er de viktigste fremskrittene og utviklingstrekkene frem til i dag?

– Volumet er jo et helt annet i dag. På 80-tallet var vi aldri over ti transplantasjoner per år; nå er tallet 90–100. Dertil har resultatene blitt så mye bedre. Blant de som ble transplantert den første 5-årsperioden var snau 50 % i live etter 5 år. Nå vil mer enn 80 % være i live etter 5 år. Indikasjonene har også endret seg. Pasienter med alkoholisk leverskade eller malign sykdom i leveren ble for eksempel ikke transplantert i den første perioden. Enkelte vil nok stille spørsmålstegn ved denne liberaliseringen av indikasjonene. Dette er jo en særdeles ressurskrevende behandling. På den annen side er levertransplantasjon billig i forhold til mye annen kostbar behandling når en beregner kostnad per vunnet leveår.

Et stadig økende antall pasienter mottar hvert år ny lever, ikke minst grunnet det nordiske samarbeidet. Du var med under oppbyggingen av Nordic Liver Transplant Group. Hvordan fungerer dette samarbeidet?

– Dette samarbeidet, som nettopp har feiret 25-årsjubileum, har to viktige funksjoner. For det første vil alle pasienter som har "urgent" behov for ny lever ha prioritet i hele Norden. Denne avtalen har utvilsomt reddet mange liv. Dertil har vi et forskningssamarbeid. De som ønsker å gjøre opp et materiale, vil kunne publisere et samlet resultat fra hele Norden – ikke bare erfaring fra eget land.

Du har en sentral funksjon når det gjelder utvelgelse av pasienter som skal tilbys levertransplantasjon i Norge. For disse pasientene er det et spørsmål om en sikker død eller gode langtidsutsikter. Selv om det finnes kriterier for utvelgelse, blir det også et spørsmål om individuelle vurderinger. Hva er dine tanker rundt dette?

– Det er selvsagt vanskelig å si nei til en behandling som er pasientens eneste sjanse til å overleve. Men når denne sjansen er liten, så er det vår oppgave og plikt å si nei, dvs. å prioritere. Jeg ser at yngre kolleger har visse problemer med dette – naturlig nok.

Men prioritering er en av våre viktige oppgaver. Politikerne bidrar jo ikke, og vi har faktisk ikke ressurser til alt.

Oslo universitetssykehus står midt i en omorganiseringsprosess. Hvilke utfordringer har vi fremover og blir dette bra til slutt?

– Den bærende idéen med dette prosjektet er jo at man skal unngå at høyspesialiserte aktiviteter foregår samtidig på flere steder som ligger svært nær hverandre. Jeg mener at det burde vært mulig å få dette til uten å slå Aker, Ullevål og Rikshospitalet/Radiumhospitalet sammen til OUS. Dette har blitt en uholdbar koloss med et betydelig administrativt apparat. Jeg kan ikke se at man så langt har oppnådd noe særlig – i alle fall ikke sett i relasjon til de ressursene som har gått med. Prosessen står per i dag til stryk. Og jeg synes det er betenkelig at de som er "ansvarlige", aldri vil bli stilt til ansvar.

Når tok du i et endoskop sist?

– Jeg likte egentlig godt å skopere. I Bergenstiden hadde jeg 1 ½ dag avsatt til skopier. Da jeg kom tilbake til Rikshospitalet, ble Olav Fausa og jeg raskt enige om å dele feltet mellom oss: han tok skopiene mens jeg tok sengeposten. Slik har vi fortsatt: Lars Aabakken og hans team tar skopiene. Og hos oss er dette hensiktsmessig. Ikke minst sikrer vi endoskopisk service på svært høyt nivå. Svaret på ditt spørsmål er at jeg ikke har skopert de siste 20 årene.

Siden du nå engang bor på Bygdøy er det lett å få assosiasjoner til bridge, teater og klassisk musikk, er jeg inne på noe?

– Bridgen kan jeg ikke fornekte. Vi er 8 stykker hvorav 7 bodde på Blindern Studenterhjem samtidig. Der spilte vi aldri bridge, men nå møtes vi 16 ganger i året. Klubben ble etablert tidlig på 70-tallet, nivået er ganske lavt, men det er en viktig sosial hendelse i våre liv.

På teater går Anne og jeg noen ganger i året. Det kan jo også være en sosial begivenhet. For ikke lenge siden møtte jeg faktisk redaksjonsmedarbeider Vemund Paulsen med kone på National. Nylig så vi "Enron" på Det Norske. Stykket fikk vekslende kritikk – men anbefales varmt.

Klassisk musikk er ikke min "greie". Derimot jazz. Grunnlaget ble lagt på Blindern Studenterhjem hvor enkelte beboere spilte jazz på høyt nivå. En uforglemmelig opplevelse hadde jeg sommeren 1964 da jeg avviklet sjøtjeneste i Marinen og entret en klubb i Montreal, og der satt Errol Garner ved pianoet. Stort var det selvsagt også å høre Frank Sinatra "live" i Oslo Spektrum. Og 21. mars kommer Woody Allen til Konserthuset. Ellers koser jeg meg på Herr Nilsen når min fetter Christian Reim en sjelden gang spiller. Dessverre er det altfor få som får oppleve ham.

I avdelingen din er denne type aktiviteter ikke nødvendigvis attraktive for flertallet av avdelingens ansatte. Vil du si noe om ditt engasjement i det sosiale liv i avdelingen og hva dette eventuelt betyr for driften?

– Anne mener at jeg har deltatt på alle avdelingsfester gjennom tidene og at det strengt tatt ikke er helt nød-

FAKTA OM ERIK SCHRUMPF

- Født 1942 i Porsgrunn
- Gift med Anne, 3 barn: Marte, Mari og Elisabeth
- Cand med 1967
- Dr Med 1974
- >200 vitenskapelige publikasjoner, de fleste om PSC
- Leder NGF 1983–84
- Ledet arrangementet av UEGW i Oslo 1994
- Koordinator for EU-prosjekt om PSC 1996–98
- Redaksjonsmedlem i Scandinavian Journal of Gastroenterology 1986–2001. De siste 5 år som Editor-in-Chief.
- Executive Committee UEGF (United European Gastroenterology Federation) 2011–2015.

vendig. Det er ikke riktig. Jeg deltar kun på sommerfesten og på julebordet de gangene jeg har anledning. Men disse arrangementene blir høyt prioritert. For det første trives jeg godt på fest med gode medarbeidere. Dertil betyr disse arrangementene utrolig mye for vårt gode arbeidsmiljø. Og da må alle stille opp og bidra. Vi er en svært effektiv enhet med minimalt sykefravær. Og det skyldes ikke minst at vi har et hyggelig sosialt miljø og trives godt med hverandre.

Som tidligere orienteringsløper kjenner du Oslomarka godt. Fra pålitelige kilder er det hevdet at skiturer kortere enn til Kikut ikke bør nevnes i lunsjen på RH. Vil du si at du fremdeles holder følge med flertallet av markatraverne på ski?

– Nei, det går litt langsommere for hvert år. Men skigleden er uforandret! En fin skitur rangerer svært høyt blant livets gleder.

Du bor tett på Oslofjorden, ligger det til rette for morgenbad og fiske fra tomte?

– Det er riktig. Fra slutten av mai og til begynnelsen av september er det en ultimatt opplevelse å gå ned til sjøen klokken 6 om morgenen og ta en meget rask dukkert mens stillheten fortsatt ligger over fjorden. En torsk kan det også bli i ny og ne i vintermånedene. Så langt i år kun én – men den var til gjengjeld på 4,1 kg.

Det blir av og til litt kajakprat på jobb.

En samlet NGF-nytt redaksjon har planer om en kajakttur på dine trakter på vårparten. Hva sier du til å vise oss noen triks, eventuelt måle litt krefter (redaktøren stiller selvsagt med turproviant)?

– Jeg har problemer med å si nei til hyggelige invitasjoner. Og en kajakttur med redaksjonen vil jeg selvsagt takke ja til!

Selv takk! Jeg benytter med det samme anledningen til å takke for lånet av skibukser på Lillehammer-møtet, selv hadde jeg glemt min..... ■



Tone Carlsen, Vemund Paulsen og Einar Beitoaugen

Randi Opheim, Bjørn Moum og Khan Do-Cong Pham

Erik Schrumpf, Oddmund A. Nestegard, Reidar Fossmark og Helge Waldum.



Vintermøtet 2011

Tekst: Kim Ånonsen

Årets Vintermøte ble 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 Gastronet og NGFs generalforsamling. På festen ble stipendvinnerne æret.

Årsrapport fra NGF-styret 2010

NGF-styret hadde i 2010 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 3 styremøter vår og 2 styremøter på høsten der 64 saker har vært behandlet. Alle styremøter er referatført.

Økonomisk har styret fulgt de føringer som årsmøtet la til grunn, hvor det fagmedisinske kontingenttilskudd er basert på 203 ordinære medlemmer (218 163 kr).

Styret har selv stått for all sekretariatsfunksjon i sitt arbeid og alle forberedelser til årsmøtet. Kasserer har vært ansvarlig for utbetalinger og innkrevinger, 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 bearbeidet 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. I samband med NFGKs årsmøte på Gardermoen vil det den 7. april 2011 bli holdt et felles NGF-NFGK symposium om inflammatorisk tarmsykdom.
- Styret har med bakgrunn av mindre deltagelse på Nordisk Gastro kongress (unntatt fra de land som har vært arrangører) tatt kontakt med de andre nordiske lands gastroenterologi-foreninger for å sondere interessen for fremtidige møter. Sveriges og Finlands gastroforeninger har gitt klar tilbakemelding om at de ikke er interessert i å arrangere flere møter i fremtiden. Saken vil bli tatt opp for diskusjon igjen ved UEGW i Stockholm i høst, men som det nå ser ut kommer Island til å arrangere det sannsynligvis siste Nordiske gastro møtet i 2012.
- Søkt og fått godkjenning av årsmøtet 2011 som tellende i spesialistutdanningen (Indremedisin, fordøyelsessykdommer, generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi).
- NGF har vært representert i LIS møter om bruk av biologiske legemidler.
- Spørreundersøkelse om lokalisasjon av fremtidige NGF årsmøter er utført og gjennomført. Resultat vil bli presentert på NGFs generalforsamling 2011.
- NGF har vært representert i National Advisory Board vedr arrangement av Nordisk Gastrokongress i København 2010.

- NGF har fungert som samarbeidspartner med møtearrangør Congrex i samband med arrangement av Levermøtet i Oslo 4/3 2010. Møtet ble en faglig suksess. I tillegg gikk møtet i betydelig økonomisk overskudd hvilket lagt til grunn at NGF også i 2011 kan stå som økonomisk garantist for levermøtet.
- NGF har basert på nominasjoner fra medlemmene utpekt Arnold Berstad som vinner av Humanprisen i 2010.
- NGF styremedlemmer har sammen med Hermod Petersen har skrevet en artikkel der Norsk gastroenterologisk forening presenteres i bladet Indremedisinen.
- NGF styret har behandlet forespørsel om praksiskompensasjon for privatpraktiserende leger som representerer foreningen.

Høringer

I løpet av 2010 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. To høringsuttalelser er sendt. "Endring av forretningsorden for Landsstyremøtet 2010": NGF støttet legeföreningens forslag. Høring vedr. lokalisering av landsstyremøtet NGF hadde ikke noen synspunkter.

Saker vi har arbeidet med innad i foreningen:

Videreutvikling og oppdatering av hjemmesiden på internett (reklameinntekter).
Videreutvikling av NGF-Nytt. Blant annet har NGF Nytt fått ny redaktør, Stephan Brackmann og 2 medredaktører ilt siste året (Kim Ånonsen og Vemund Paulsen).
Tildeling av reise- og forskningsstipender fra industri og NGF.
Planlegging og gjennomføring av årsmøtet.

NGF Medlemstall pr. 10.06.2010 iflg Legeföreningen

Det er pr i dag totalt 343 medlemmer. (344 i 2009)
Av disse er 195 godkjente spesialister. (193 i 2009)
61 er medlem uten spesialitet. (64 i 2009)
38 er pensjonister. (37 i 2009)
49 er assosierte medlemmer. (50 i 2009)

Æresmedlemmer:

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

Komiteer og undergrupper:

Spesialitetskomité i fordøyelsessykdommer 2010-2013:

Kristine Wiencke Leder
Dag Malm Medlem
Jørgen Jahnsen Medlem
Ingrid Prytz Berset Medlem
Tone Sjøberg tom.
juli 2010, siden

da Kjetil Kjeldstad
Garborg Medlem YLF
Taran Sjøberg Varamedlem
Gunnar Qvigstad Varamedlem
Ylf Mattis Heibert Varamedlem

Besøkte sykehus 2010

Molde sykehus
Helse Fonna, Haugesund
Sørlandet sykehus, Kristiansand
Haukeland Universitetssykehus

NGFs interessegruppe for leversykdommer:

Kirsten Muri Bøberg (leder), 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 Bjerkset, Kristian Hveem, Ragnar Eriksen, Lars Aabakken, Odd Helge Gilja, Svein Ødegaard, Trygve Hausken, Kim Aanonsen, Tom Chr. Martinsen

Interessegruppe for Pancreassykdommer

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

Interessegruppe for Inflammatorisk Tarmsykdommer

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

NGFs Forskningsfond:

Odd Helge Gilja leder
Arne Christian Mohn nestleder (NGF's styreprerentant)
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)

Valgkomité NGF:

Per Sandvei (leder), Asbjørn Stallemo, Tom Glomsaker

Internasjonalt arbeid:

NGF var i 2010 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 var i 2010 representert i følgende internasjonale fora:

OMGE: *Lars Aabakken* (Research committee)
ASNEMGE/UEGF: *Erik Schrumph* (Scientific & Research committee) *Øistein Hovde* UEGF's assembly
WEO/OMED: *Geir Hoff*
EBG/UEMS: *Dag Malm*
ESGE: *Lars Aabakken*
SADE: *Tom Glomsaker, Lars Aabakken*
SAGIM: Scandinavian Association for Gastrointestinal Motility: *Jan Gunnar Hatlebakk* (leder), *Georg Dimcevski, Dag Arne Lihaug Hoff*.
NAB: Nordic Advisory Board: *Roald Torp*
IOIBD: The International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases, medlemmer: *Morten Vatn, Bjørn Moum*
ECCO: *Ingrid Prytz Berset, Jørgen Jahnsen*
EFSUMB European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology: *Odd Helge Gilja, leder*

Scandinavian Journal of Gastroenterology:

Scandinavian Journal of Gastroenterology har gjennom 2010 hatt en markert økning av innsendte manuskripter, totalt ca 860 (+18%) manuskripter fra 53 ulike land er mottatt, antall originalmanuskripter har økt betydelig. Impact factor 2.1. Behandlingstiden for mottatte manuskripter er ytterligere redusert. Nær 75% av manuskriptene er returnert til forfatter med en "first decision" innen 30 dager etter mottak. En mer fullstendig rapport vil bli lagt frem på Generalforsamlingen."

Møter/representasjon:

NGFs 37. årsmøte fant sted på Lillehammer 11-13. februar 2010. Det var 55 innsendte abstrakts, presentert oralt. Norsk Forening for Gastroenterologisk Personell (NFGP) hadde sitt årsmøte parallelt på samme hotell.

Torsdagsmøtet omhandlet nytten av endoskopikontroller, 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 å utarbeide veiledere for endoskopikontroller.

Gastronetts frokostmøte fredag samlet 40 deltagere: Rapport fra gastronetts drift og ERCP registeret. I tillegg informerte Geir Hoff om forestående planer om populasjonsbasert screening for kolorektal cancer.

NGFs interessegruppe for leversykdommer avholdt 15. **Nasjonale levermøte** i Oslo, 4. mars 2010.

Møtet omhandlet temaer om hepatocellulært carcinom, behandling av hepatitt C, levertransplantasjon og fotodynamisk behandling av cholangiocarcinom.

ECCO møtet i Praha, DDW i New Orleans

og UEGW i Barcelona var alle godt besøkt med norske deltagere og det var flere norske vitenskapelige presentasjoner.

Priser og stipender 2010

Norsk forskningsstipend innen gastroenterologi 2010 (MSD)

Stipendet er på kr 50.000.
Lars Petter Jelness-Jørgensen 5.000.
Øistein Hovde 15.000.
Pasquale Klepp 15.000.
Geir Larsson 15.000.

Norsk forskningsstipend innen gastroenterologi 2010

(Roche Norge AS)
Stipendet er på 25 000 kroner.
John Willy Haukeland 25. 000.

Olympus Reisestipend for Norsk Gastroenterologisk Forening

Prisen er på kr 20.000.
Rune Isene 7.000.
Khan Do-Cong Pham 7.000.
Randi Opheim 6.000.

Abbott product's gastro-stipend

Stipendet er på kr 20.000.
Trond Engjom 20.000.

Abbotts "Humanpris"

Prisen er på kr 100.000.
Arnold Berstad

Stipend gastroenterology (AstraZeneca)

Stipendet er på kr 25.000.
Skjalg Klomstad 15.000.
Dag Arne Lihaug Hoff 10.000.

Norsk reise- og forskningsstipend innen gastroenterologi 2010 (Ferring)

Stipendet er på kr 20.000.
Øystein Brenna 10.000.
Ann Elisabeth Østvik 10.000.

Forskningsstipend for NGF (Vingmed/Pentax)

Prisen er på kr 8. 000.
Birgitte Seip 8.000.

NGF's årsmøtepriser 2010:

Priser for beste vitenskapelige arbeider:
Totalt 55 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: Lene Larssen, Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Beste eksperimentelle: Maria Brønstad, St Olavs Hospital.

Beste kliniske utenfor universitet: Gert Huppertz-Hauss, Sykehuset Telemark, Skien.

Beste presentasjon: Audun Hasund, Sørlandet sykehus, Kristiansund.

Norsk Gastroenterologisk Forenings forskningsfond

Tildeling fra Fondet for 2011 ble utlyst med søknadsfrist 10.1.2011 i NGF Nytt og på hjemmesiden. Til utdeling var det utlyst kr 75.000, som var summen av avkastningen fra Fondet for 2010 og renteinntektene fra kontoplassering av overskuddet Nordisk Gastro-møte 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 2010 gikk til Monika Forsbring og Ingrid Alseth for arbeidet "Catalytically impaired hMYH and NEIL1 mutant proteins identified in patients with primary sclerosing cholangitis and cholangiocarcinoma".

Reisestipend

Til sammen 10 leger i spesialisering og 2 æresmedlemmer søkte og fikk godkjent reisestipend i samband med årsmøtet på Lillehammer.

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 Stephan Brackmann og co-redaktører Vemund Paulsen og Kim Ånonsen har lagt ned et betydelig arbeide og bladet har fungert godt som nyhetskanal og formidler av kurs, kongresser og møter. 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- medisiner og kirurger så vel som aktuelle tema. Bladet har vært avhengig av reklameinntekter for driften og driftsregnskapet har gått i god balanse. Etter forespørsel fra tidsskriftet Indremedisinen er det enighet mellom NGF-nytt redaktører og NGF styret at re-trykk i Indremedisinen av artikler tidligere har stått i NGF-nytt går bra forutsett at det godkjennes av forfatteren til respektive artikkel.

Internett

Internettsiden har vært drevet av *webansvarlig styremedlem Esben Riise* og har vært brukt til informasjonskanal for formidling av nytt fra foreningen, nyheter, lenker til andre nettsider, 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 utstyrslleverandører, noe som styret ønsker å opprettholde.

Styret NGF, 11. februar 2011 ■

Glade prisvinnere 2011



Bjørn Moum, Lars Petter Jelsness Jørgensen, Øystein Hovde og Stephan Brackmann (på vegne av prisvinnerne).



Arnold Berstad.



John Willy Haukeland.



Georg Dimcevski, Jon Floholmen og Trygve Hausken.



Trond Engjom.



Skjalg Klomstad.



Øystein Brenna.



**Of all the procedures in the OR,
this may be the simplest.**

The new Ethicon-Endo Surgery Generator combines advanced technology, multifunctionality and touch-screen simplicity in one sleek and easy-to-operate unit. No matter what the procedure or which EES device you plan to use, the EES Generator will be the only power source you'll need.

- Universal connector and automatic instrument recognition
- Touch screen for fast and easy setup, operation, and on-screen diagnostics.
- HARMONIC® and ENSEAL® technology in one generator:

Versatility and simplicity. That's positive energy.

Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH
Hummelsbütteler Steindamm 71
22851 Norderstedt, Germany

AD153, ©2010 Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH.
For complete product details see instructions for use.



**Ethicon
Endo-Surgery**

PART OF THE JOHNSON & JOHNSON FAMILY OF COMPANIES

Torsdagssymposiet: **Nevroendokrine svulster – økende forekomst og behov for multidisciplinær tilnærming**

Tekst: Espen Thiis-Evensen

Fremmøtet til torsdagens symposium var god, nærmere 70 deltagere møtte opp. Dette illustrerer den økende interessen for denne tumortypen. En rekke aspekter ved epidemiologi, symptomatologi, utredning og behandling ble berørt av i alt 8 forelesere som i varierende grad holdt seg til tildelt tid. Det hele ble galant ledet av den nyslåtte ridder av St. Olavs orden, Helge Waldum.



Espen Thiis-Evensen og Karsten Palnæs.

Antall nye tilfeller av de klassiske nevroendokrine svulster (NET), de høyt differensierte, er ca 3.5/100.000 per år. Dette tilsvarende ca.180 nye pasienter per år i Norge. Prevalensen er imidlertid høy da mange av pasientene lever i desennier. Svulsttypen utvikler seg fra hormonproduserende celler, eller forstadier til disse, oftest fra GI-traktus eller lunger.

Svulstene er ofte tilfeldige funn ved utredninger av andre tilstander. Det vanligste symptomet ved NET er smerter grunnet tumors press på omliggende strukturer. Sjeldnere har pasienten hormonsymptomer som diaré og flushing (svulster i tynntarm), hypoglykemi eller økt magesyreproduksjon (svulster i duodenum eller pancreas). Et spesielt trekk ved tynntarmssvulstene er at de kan indusere fibrotiske prosesser, delt i nærliggende vev og dels

i hjertet. Hjerteraffeksjonen, hovedsakelig i høyre hjertehalvdel, kan gi klaffefeil med hjertesviktutvikling og klaffekirurgi kan være indisert. Svulstene vokser vanligvis langsomt og kan gi symptomer i årevis før diagnose. Symptomene blir ofte bagatellisert av pasient og/eller lege. Hvilken lege tror vel at magesmerter som har vært til stede i 6-7 år er uttrykk for en malign sykdom?

Utredning er som for all annen mistenkt malignitet; blodprøver og bildediagnostiske undersøkelser. Hos de fleste pasienter med NET vil det påvises forhøyede verdier av tumormarkøren chromogranin A. Radiologisk er det viktig at CT-undersøkelser kjøres med arteriell og portovenøs fase, ellers kan svulster overses. Oktreetidscintigrafi, en nukleærmedisinsk undersøkelse, kan også plukke

opp mange av svulstene. Endelig diagnose er basert på histopatologiske undersøkelser. Det kan ikke understrekes sterkt nok at en nøye vurdering med en rekke immunohistokjemiske tilleggsundersøkelser er nødvendig for å kategorisere svulsten. Angivelse av proliferasjonsindeks, hvor stor andel av cellene i svulsten som er i delingsfase, er absolutt nødvendig for å kunne gi rett behandling. Vanligvis angis proliferasjonsindeks som Ki 67 %. NET har ofte en Ki 67 på under 2 %, dvs. at færre enn 2 % av cellene er i delingsfase. Til sammenlikning vil en ordinært kolorektal cancer ha en Ki 67 på over 70 %. En patologirapport på en nevroendokrin svulst uten kommentar om proliferasjonsindeks er en grov forbrytelse som i beste fall vil kunne forsinke, i verste fall medføre at pasienten får feil behandling.

Den eneste kurative behandlingen er kirurgi. Det er noe omdiskutert hvorvidt reseksjon av deler av svulstvevet ("debulking") hos pasienter hvor kurativ reseksjon ikke er mulig, har prognostisk betydning. De mest lovende behandlingene av NET er de nukleærmedisinske; peptid reseptor radionukleid terapi (PRRT) hvor radioaktive substanser injiseres og binder seg til reseptorer på svulstvevet. Det kommer et økende antall molekylært rettede medikamenter, f.eks everolimus og sunitinib. Disse er preget av en høy pris og begrenset effekt. De siste studier på de nevnte medikamentene viser en median tid til progresjon fra 5 mndr. på placebo til 11 mndr. på aktivt medikament. Det ble under symposiet også vist til de nye (2010) retningslinjene for behandling av gastrointestinale NET (Acta Oncol. 2010;49(6):740-56).

Hovedbudskapet fra symposiet var at dette er en komplisert pasientgruppe hvor en grenspesialist neppe kan håndtere (i alle fall ikke tilfredsstillende) alle aspekter ved sykdommen ■

www.remicade.no

 **Remicade**[®]
INFLIXIMAB



MSD (Norge) AS, Pb 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.
Copyright © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc.,
Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved. 09-2011-REM-2010-SCAN(NO)-4926-J

Referat fra Generalforsamling

Svein-Oskar Frigstad, Astrid Rydning

Det 38. Årsmøtet

Tid: Fredag 11. februar 2011

Sted: Radisson SAS Lillehammer Hotell

Dagsorden

1. Valg av referent og dirigent
2. Konstituering, godkjenning av innkalling
3. Styrets årsrapport for 2010
4. Regnskap, budsjett, revisjon
5. Rapport fra spesialistkomiteén
6. Rapport fra interessegruppene
7. Rapport om Scandinavian Journal of Gastroenterology
8. NGF's forskningsfond, årsberetning og stipendtildelinger
9. Valg av Leder og Styremedlemmer. Valg av valgkomiteén.
10. Årsmøtet videre - resultat av spørreundersøkelse
11. Forslag fra NGF-nytt's redaktør om honorar til redaksjonsmedlemmer kan gjøres om til fond for å dekke kostnader for deltakelser på kongress/møter som refereres i NGF-nytt
12. Forslag fra NGF's styre om honorar til styremedlemmer kan gjøres om til fond for å dekke kostnader for deltakelser på kongresser / møter der NGF er representert av styremedlemmer
13. Valg av norsk representant til UEMS/EBG
14. Behov for interessegruppe for IBS, forslag fra Jostein Sauar

1. Arild Nesbakken foreslått og valgt til dirigent
Referenter Astrid Rydning og Svein-Oskar Frigstad
56 medlemmer var til stede ved Generalforsamlingen

2. Innkalling godkjent uten anmerkninger.

3. Årsrapport fra NGF-styret for 2010 ble gjennomført ved leder Bjørn Gustafsson. Rapporten vil bli presentert skriftlig i neste NGF-nytt. Årsrapporten i sin helhet vedlegges referatet.
Generalforsamlingen tok årsrapporten til etterretning uten kommentarer.

4. Kasserer Arne Christian Mohn var ikke til stede. Regnskapet ble gjennomført av leder Bjørn Gustafsson. Regnskapet for 2010 er ført av Visma og skal revideres av Kjelstrup og Wiggen revisorfirma.

Regnskapet ble godkjent av generalforsamlingen under forutsetning av at regnskapet godkjennes av revisor.

Forslag til budsjett for 2011 ble fremlagt og godkjent. Sak 11 og 12 om opprettelse av fond for å dekke kostnader til deltakelse på kongresser/møter hvor NGF representeres, ble diskutert i.f.m behandlingen av budsjettet.

Fremlagt budsjett for 2011 ble godkjent av generalforsamlingen.

Etter diskusjon vedr. honorar til styremedlemmer og redaksjonen i NGF-nytt, ble det fra styret fremlagt et revidert forslag om utbetaling av reisetilskudd i stedet

for ordinært honorar. Man diskuterte muligheten for å opprette fond, men man valgte heller å refundere reiseutgifter innenfor et totalbeløp på 100.000,- for styremedlemmer og redaksjonen i NGF nytt. Innenfor samme kostnadsramme refunderes utgifter i.f.m reise til Årsmøtet for medlemmer som er i utdanning og deltar med faglige innlegg på årsmøtet. Alle reiseutgifter skal dokumenteres. Forslaget ble vedtatt.

5. Årsrapport fra Spesialistkomiteén i Fordøyelses-sykdommer 2010 ble gjennomført av Jørgen Jahnsen.

Årsrapporten ble godkjent uten øvrige kommentarer.

6. Rapport fra interessegruppe for leversykdommer ble gitt ved leder Kirsten Muri Boberg. Nasjonalt Levermøte ble vellykket arrangert i 2010 med NGF som økonomisk garantist. Det var vel 80 deltakere. Nasjonalt Levermøte 2011 blir arrangert med alkoholisk leversykdom som hovedtema.

Rapport fra NGF's kvalitetsutvalg ble ikke nærmere orientert om.

Rapport fra interessegruppe for gastrointestinal ultrasonografi ble gitt ved leder Roald Flesland Havre. Det ble i 2010 arrangert et internasjonalt Postgraduate Course i gastroenterologisk Ultralyd. Basalkurs i gastroenterologisk ultralyd var fullt tegnet. Hospiteringsprogram med støtte fra Abbott er påbegynt. Årsrapporten vedlegges referatet.

Rapport fra interessegruppe fra Pancreassykdommer ble gitt ved Truls Hauge. Årsrapport fra leder Trond Buanes vedlegges.

Rapport fra interessegruppe for IBD ble gitt ved leder Ingrid Prytz Berset. Fire nye medlemmer av gruppen er valgt av styret etter innkomne forslag. Medlemmene presenteres av leder Bjørn Gustafsson som informasjonssak. Det er utarbeidet retningslinjer for anti-TNF behandling og arbeides med et nasjonalt register. Interessegruppen er aktiv i representasjon internasjonalt og søker om internasjonale arrangement i Norge. Årsrapporten vedlegges.

Forslag om opprettelse av interessegruppe for IBS (sak 14 på saklisten) fra Jostein Sauar ble behandlet i.f.m rapporter fra de øvrige interessegrupper. Interessegruppen bør kalles interessegruppe for funksjonelle tarmplager etter forslag fra salen. Styret godkjenner opprettelse av interessegruppen og utpeker medlemmer. Tatt til etterretning av generalforsamlingen.

7. Rapport fra Scandinavian Journal of Gastroenterology ble gitt ved Helge Waldum. Det har vært en markert økning i antall mottatte manuskripter. Viktigheten av arbeid som referee ble understreket. Impact factor er over 2. Gode nordiske arbeider er akseptert i høy grad, og reviews ønskes.

Helge Waldum foreslo for styret avholdelse av Johannes Myhrens minneforelesning under årsmøtet med

utdeling av pris til den som holder minneforelesningen. Forslaget behandles av styret.

8. Årsrapport fra NGF's forskningsfond, regnskap og stipendtildeling ble gjennomført av Odd Helge Gilja. Det ble påpekt at utgifter til revisjon og forretningsførsel er påfallende høye. Årsmøtet godkjenner regnskap og budsjett under forutsetning av godkjenning av revisor.

Det var seks søkere til årets forskningstipend. Alle søkere er støtteverdige. Stipendutdeling foregår ved kveldens festmiddag.

9. Bjørn Gustafsson ble gjenvalgt som leder. Bjørn Moum og Jørgen Jahnsen har ønsket å gå ut av styret. Lene Larsen og Ellen Melsom ble forslått som nye medlemmer. Begge valgt ved akklamasjon. Ny valgkomité er Tom Glomsaker (leder), Magne Henriksen og Ole Høie. Jørgen Jahnsen og Bjørn Moum fikk oppmerksomhet som takk for lang tjeneste i foreningens styre.

10. Årsmøtet videre – resultat av spørreundersøkelse. Kristinn Eriksson orienterte om resultatet. Det var et overbevisende resultat til fordel for å beholde Årsmøtet på Lillehammer med samme struktur som nå.

11. Behandlet under regnskap, budsjett og revisjon.

12. Behandlet under regnskap, budsjett og revisjon.

13. Valg av norsk representant til UEMS / EBG. Generalforsamlingen vedtok at det er Spesialistkomiteén som har ansvar for å oppnevne representant og arbeide videre med å finne en ny norsk representant.

14. Behandlet under Rapport fra Interessegruppene

15. Informasjonssak vedr. utnevning av interessegrupper. Forslag fra styret er at valgperioden for medlemmer bør være fire år og at gruppene ikke bør være for store.

De fire nye medlemmer i interessegruppen for IBD som er utpekt av styret etter forslag fra medlemmene er Rasmus Goll, Gøri Perminov, Hilde Løland von Volkmann og Tom Martinsen.

Eiliv Brenna går ut av interessegruppen for Leversykdommer. Gunnar Qvigstad går inn som nytt medlem.

Det ble kommentert fra salen at de øvrige interessegruppene bør foreta tilsvarende vurderinger vedr. medlemmer.

Informasjon fra Jørgen Jahnsen fra LIS-TNF / BIO møte i Tromsø januar 2011. Deltakelse fra fagmiljøet er viktig.

16. Eventuelt: Ingen ytterligere saker ble tatt opp ■

Nyhet

PENTASA 1 g TABLETT



Dosering: 2 tabletter
1 x DAGLIG*

*Anbefalt vedlikeholdsdose ved mild til moderat ulcerøs kolitt

C Pentasa "Ferring Legemidler AS"
C Pentasa Sachet "Ferring Legemidler AS"
Antiinflammatorisk middel.

ATC-nr.: A07E C02

T DEPOTTABLETTER 500 mg og 1 g: Pentasa: Hver depottablett inneholder: Mesalazin 500 mg, resp. 1 g, povidon, etylcellulose, magnesiumstearat, talkum, mikrokrySTALLIN cellulose.

T REKTALVÆSKE, suspensjon 1 g: Pentasa: 100 ml inneholder: Mesalazin 1 g, natriummetabisulfitt (E 223), natriumacetattri-hydrat (E 262), dinatriumedetat, konsentrert saltsyre til pH 4,8, renset vann.

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

T DEPOTGRANULAT 1 g og 2 g: Pentasa Sachet: Hver dosepose inneholder: Mesalazin 1 g, resp. 2 g, etylcellulose, povidon.

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/dag fordelt på flere doser. Anbefalt vedlikeholdsdose ved mild til moderat ulcerøs kolitt er 2 g 1 gang daglig. **Barn:** Begrenset dokumentasjon mht. effekt. Generelt anbefales halv voksen dose til barn <40 kg og normal voksen dose til barn >40 kg. **Aktiv sykdom:** Start med 30-50 mg/kg/dag, fordelt på flere doser. Maks. dose 75 mg/kg/dag, fordelt på flere doser. Total dose bør ikke overskride 4 g/dag. **Remisjon:** Start med 15-30 mg/kg/dag, fordelt på flere doser. Total dose bør ikke overskride anbefalt voksen dose. **Depottablettene å 1 g skal svelges hele. Depottablettene å 500 mg kan deles, men må ikke tygges eller knuses. For å lette inntak kan de ev. slemmes opp i litt vann eller juice umiddelbart før inntak. Depotgranulatet må ikke tygges. Rektalvæske:** **Voksne:** 1 klyster hver kveld før sengetid i 2-4 uker. **Barn:** Liten erfaring og begrenset dokumentasjon mht. effekt. **Stikkpiller:** **Voksne:** 1 stikkpille 1 gang daglig. **Barn:** Liten erfaring og begrenset dokumentasjon mht. effekt.

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 mesalazinindusert myo- og perikarditt eller alvorlig blodsykdom 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 blodsykdom. **Graviditet/Amning:** Forsiktighet bør utvises, bør kun brukes i samråd med lege etter nøye vurdering av fordeler/ulemp. **Overgang i placenta:** Passerer. Teratogen effekt er ikke observert i dyrestudier. Blodsykdommer (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 metabolitten 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 legemiddelindusert feber sees av og til. Etter rektal administrering kan lokale reaksjoner som pruritus, rektalt ubehag og avføringstrang forekomme. **Hypoglykemi (>1/100):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast og abdominale smerter. Hud: Utslett (inkl. urticaria, eksantem). Nevrologiske: Hodepine. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Leukopeni (inkl. granulocytopeni), trombocytopeni, anemi, aplastisk anemi, eosinofili, agranulocytose, pancytopeni. Gastrointestinale: Forhøyet amylasenivå, pankreatitt. Hud: Reversibel alopesi, lupus erythematosus-lignende reaksjoner. Lever: Forhøyet leverenzym- og bilirubinnivåer, hepatotoksitet (inkl. hepatitt, cirrhose, leversvikt). Luftrør: Allergiske lungereaksjoner (inkl. dyspné, hoste, allergisk alveolitt, pulmonær eosinofili, pulmonær infiltrasjon, pneumonitt). Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Nevrologiske: Perifer neuropati. Sirkulatoriske: Myokarditt, perikarditt. Urogenitale: Unormal nyrefunksjon (inkl. interstiell nefritt, nefrotisk syndrom), misfarget urin. Flere av disse bivirkningene kan også være et ledd i den inflammatoriske tarmsykdommen.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftoinformasjonens anbefalinger A07E C02 side d.

Egenskaper: **Klassifisering:** Mesalazin (5-aminosalisylsyre) til behandling av inflammatorisk tarmsykdom. **Virkningsmekanisme:** Ikke fullstendig klarlagt, men mesalazin antas å virke lokalt på tarmmucosa. Substansen hemmer leukocyttkemotakse 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%. Acetyllert metabolitt: Ca. 80%. **Fordeling:** Depottabletter og depotgranulat frigjør virkestoffet kontinuerlig i løpet av passasjen gjennom tarmkanalen, uavhengig av pH-forhold og matinntak. Rektalvæskens frigjør virkestoff i distale deler av tarmen, til og med colon descendens. Stikkpillene frigjør virkestoff i rectum. **Halveringstid:** Depottabletter og depotgranulat: Mesalazin: Ca. 40 minutter. Acetyllert metabolitt: Ca. 70 minutter. Steady state nås etter 5 dager. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Depottabletter og depotgranulat: Maks. plasmakonsentrasjon nås etter 1-4 timer. Ikke detekterbar etter 12 timer. Acetyllert metabolitt har tilsvarende kurve, men høyere konsentrasjon og langsommere eliminasjon. **Metabolisme:** Acetylering i tarmslimhinnen og i lever samt til en viss grad via tarmbakterier. **Utskillelse:** I urin og feces. I urin hovedsakelig som acetylmisalazin. **Pakninger og priser pr. mars 2011: Pentasa: Depottabletter 500 mg:** 100 stk. (blister) kr 350,10. 3 x 100 stk. (blister) kr 980,40. **1 g:** 60 stk. (blister) kr 413,20. **Rektalvæske:** 7 x 100 ml kr 272,40. **Stikkpiller:** 28 stk. (blister) kr 510,00. **Pentasa Sachet: Depotgranulat: 1 g:** 150 stk. (dosepose) kr 1176,40. **2 g:** 60 stk. (dosepose) kr 910,50.

Refusjon: Se A07E C02 - 3 Depottablett, depotgranulat 1 g, side f i Refusjonslisten.
Se A07E C02 - 2 Depotgranulat 2 g, side f i Refusjonslisten.
Se A07E C02 - 6 Rektalvæske, rektalskum, stikkpille 500 mg, side f i Refusjonslisten.
Se A07E C02 - 1 Stikkpille 1 g, side f i Refusjonslisten.

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



Ferring Legemidler AS
Nydalsveien 36B
Postboks 4445 Nydalen
0403 Oslo
Tlf.: 22 02 08 80
www.ibd.as



PEN003/03/2011

Referat fra Gastronets frokostmøte, fredag 11. februar, Lillehammer

Referent: Siv Furholm

Målsettingen med frokostmøtet var å presentere oppdaterte resultater for deltakere i Gastronet, holde interessen for Gastronet oppe og rekruttere flere sykehus til registeret. Det var meget godt framsmøte – trass i ugunstig tispunkt. Anslagvis 90 % av deltagerne kom fra sykehus som allerede er med i Gastronet. Ti prosent kom fra andre sykehus.

Gastronet og de nasjonale kvalitets-sikringsprogrammene (Geir Hoff)

Det finnes 19 nasjonale kvalitetsregistre i Norge. Gastronet ble foreslått som nytt nasjonalt kvalitetsregister fra HSØ fra 2011 sammen med 8 andre registre fra de fire RHF-ene. Det ble allikevel ikke opprettet flere nasjonale registre i denne runden, men besluttet først å konsolidere de 19 eksisterende nettverkene ila 2011 – primært få dem over på elektronisk meldingsformat. Vi har søkt midler fra HSØ for å starte arbeidet med en IKT-løsning for gastronetskjemaene, dette er nå under behandling.

Sverige blir med i Gastronet Koloskopi med 6 sykehus i mai 2011 og Island planlegger oppstart. Fra før er Warszawa, Polen og Riga, Latvia med i Gastronet Kolo.

Samtykkeerklæringen forsvant vha § 9h i personopplysningsloven, da Birgitte Seip påviste at samtykkebasert innmelding gir selection bias i registeret – de mest krevende undersøkelsene glapp unna registrering. Dette betyr at opplysninger om undersøkelser som mangler pasientsvarskjema (les: samtykke) allikevel kan registreres, men uten navn og personidentifiserbart nummer – kun med pasientalder i 5-års alderskategorier (ikke eksakt antall år) og undersøkelsesmåned (ikke full dato). Dette er allikevel et gjennombrudd for arbeidet med kvalitetsregistre i Norge.

ERCP- registeret (Tom Glomsaker)

Tom redegjorde for ERCP-registeret. Det er nå 3840 ERCP registrert, dette utgjør 1/3 av alle ERCP i Norge.

- Mer enn 40 % av pasientene er 70-90 år.
- 30 % er ASA 3.
- Det er 7 % mislykkede kanyleringer.
- 10,3 % komplikasjoner, av disse er 3 % under prosedyren med blødninger på topp og 7,9 % etter prosedyren med cholangitt på topp.
- 30-dagers mortalitet 1,8 % (n=3840)
- 7-dagers mortalitet 0,7 % (n=3840)
- 10 % fatale komplikasjoner

Utfordringer fremover vil være å få gjort noe med ulik rapportering og ulik rapporteringskultur ved sentrene. Kontinuerlig kvalitetsforbedring,

utdanning og sertifisering? Bruke data fra pasienttilbakemeldingsskjemaene til forbedring.

Anbefaling: Peter Cotton 2008 advanced digital endoscopy. Hvordan bli bedre. Sikkerhetskulturen må endres fra patologisk til god.

Konklusjon: det må opprettes et pasientidentifiserbart register og en IT-plattform som kan knyttes til for eksempel DIPS, i Nasjonalt kvalitetsregister.

Koloskopiregisteret (Geir Hoff)

Geir orienterte om Gastronets nettside. Rapporter fra koloskopiregisteret for de enkelte sykehusene var tilsendt bidragsyterne og lagt ut på den passordbeskyttede delen av nettsiden i forkant av møtet. Filer med synliggjøring av endringer over tid 2003-2010 var også sendt ut og publisert på nettsidene. Registeret omfatter nå ca. 73.000 koloskopier. Resultatene er lagt ut som PDF-filer med ledsagende tekst under hver plansje – på engelsk siden vi har flere land med. Det er svært liten endring over tid på de målbare kvalitetsindikatorene. Gastronet er ment som et verktøy for lokal kvalitetsforbedring, men det settes ikke å tilstrekkelig tid til denne type virksomhet ved sykehusene. En mulig løsning er at sykepleierne spiller en mer aktiv rolle i Gastronet. Dersom Gastronet får mer ressurser, kan vi også få til ordninger hvor sentrale aktører i Gastronet reiser rundt for å få i gang bruken av resultatene som et lokalt verktøy til kvalitetsforbedring.

I Norge er 60 % av skopiene symptombaserte, 9 % er screening pga slektsforhold og 1 % er screening uten kjent slektsbelastning. I USA er ca. 50 % av alle koloskopier relatert til screening.

“Train-the-trainers” kurs (Per Sandvei)

Per Sandvei orienterte om sin erfaring fra “Train-the-trainer”-kurset som ble holdt på Rikshospitalet høsten 2010 i regi av Roland Valori og John Anderson. Dette var et meget godt kurs som deltakerne var meget fornøyd med.

England har formell godkjenning og vurdering av steder som kan undervise kandidater. Alle må ha godkjenning for å undervise.

Conscious competence var et sentralt begrep.

Viktig å systematisere undervisningen til kandidatene. 12 anbefalte instruksjoner for veiledning gjennom colon: stopp, saktere, gå fremover, trekk tilbake, tupp til høyre, venstre, opp, ned, sug, blås, rotere med klokken, rotere mot klokken. Evaluering av effekten av kurset ut fra Gastronet-data etter 6, 12 og 18 måneder.

Kolorektal cancerscreening – nasjonalt program starter (Geir Hoff)

Bør vi ha CRC-screeningprogram i Norge? Ja, forutsatt at programmet får et mandat og målsetting om hele tiden å forbedre dette nye helsetilbudet – ikke forbli statisk låst i én måte/én metode. Dette betyr at et screeningprogram må betraktes som en naturlig plattform for randomiserte undersøkelser (Comparative Effectiveness Studies).

Det er bevilget 25 mill. kr over statsbudsjettet for 2011 til en pilot på et nasjonalt screeningprogram. Dette blir i Helse Sør-Øst. Målgruppen for piloten er menn og kvinner i alder 50-74 år i befolkningsområdet rundt to pilotsentre som ennå ikke er definert. Det ligger an til en randomisering, iFOBT mot fleksibel sigmoidoskopi.

Diskusjon

Det ble diskusjon om hvorfor ikke gjøre full koloskopi i piloten på et nasjonalt kolorektalscreeningprogram. Noen skopører uttrykte svært sterk motvilje mot å delta i et program med “halvveis-koloskopi”. Tiden tillot ikke tilstrekkelig diskusjon på dette, men Geir fulgte opp med diskusjoner med enkeltpersoner etter møtet. Det er gjennomslag for selve prinsippet å få lov til å randomisere som er vesentlig akkurat nå. Flere i arbeidsgruppen for piloten gikk tidlig og sterkt ut med ønske om en koloskopiarm, og det kan godt være at det blir det etter en tid, men ikke i piloten. Skopørens misnøye med “halvveis-koloskopi” er forståelig hvis framsmøtet kan forventes å bli det samme etter intensiv tømning for full koloskopi som for sigmoidoskopi hvor det holder med et miniklyster ved framsmøte, men det kan man ikke forvente. Hvis framsmøtet blir elendig for en “gullstandard-undersøkelse”, har screeningprogrammet liten verdi i et folkehelseperspektiv.

Det var enighet om at en elektronisk plattform for nåværende papirbaserte meldinger til Gastronet er viktig å få til. Dette er en stor og dyr jobb, men vi har søknader inne for å komme i gang med dette.

Vi tar sikte på et møte for Gastronets styringsgruppe i Oslo før sommeren ■



Én av få pauser på turen fra Nordseter.

Lillehammer – medaljens forside

Tekst: Kim V. Ånonsen. Foto: Roald Torp, Odd-Helge Gilja og Kim V. Ånonsen. Illustrasjoner: Runkeeper.com

Skal vi prøve løypa til venstre her? sa den ferske. Nei, vi går alltid til høyre, sa den rutinerte. Turen fra Nordseter til Lillehammer er tradisjon. Denne gangen forsøkte jeg to ulike opplegg for skituren fredag og lørdag. Begge turene ble behørig dokumentert.

Skituren fra Nordseter streifer innom Sjusjøen før den fortsetter nedover Birkebeinerløypa til Lillehammer skistadion. Landskapet er vakkert, og når været er som best, må kameraet ofte frem.

Landskapet endrer seg de 700 høydemeterne ned fra løypas høyeste punkt til hotellet: skogen vokser tettere og høyere. Det var derfor den største gruppen skiløpere på bussen fredag morgen valgte en rute som brakte dem raskt ned i lavlandet. Da fikk de le for den sterke vinden. De seks resterende syntes det var bedre å gå fort i kulda over fjellet. Dette nummerets portrettobjekt Erik Schrupf ledet an opp bakkene. Dermed kom vi raskest mulig opp i vinden. Det var helt uproblematisk å holde seg på beina med litt asymmetrisk stavføring.

Etter å ha nådd løypas høyeste punkt (962 moh) ble det nødvendig å finne en alternativ vei nedover. Vi fant det lunest bak brøtekanter på små hytteveier. Tempoet ble holdt oppe hele veien. Ridder Waldum

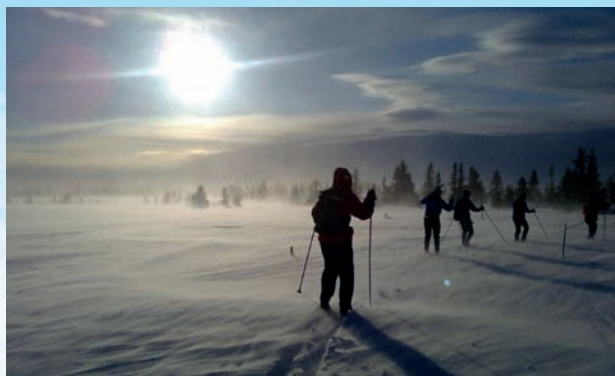


En busslast leger.

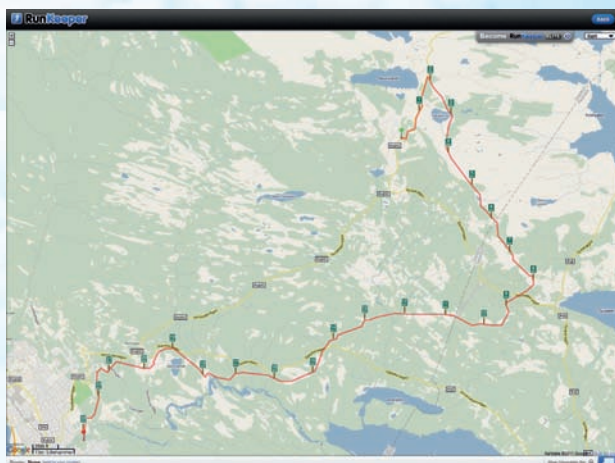
kunne påberope seg den dypeste respekt ved å ha valgt skøyteskiene i snøfokken. Det er mulig man derfor avpasset tempoet noe opp bakkene, men det skulle man angre på vei ned. Turen ble tilbaketog på 1 time og 50 minutter. Vi hadde topphastighet på 49,7 km/t – med livet som innsats. Alle var enige i at turen hadde vært fabelaktig.

Lørdagen gikk hele kollegiet stort sett i samlet flokk. Solen sto så høyt at den varmet litt, og vinden hadde

stillet. Ruten vi gikk målte 23.3 km; det er verdt å merke seg at man krysser Oppland-Hedmark-meridianen to ganger underveis. Turen forløp i bedagelig tempo bakerst i baktroppen. Det ble rom for flere trivelige pauser og oppdateringer på gastrolivets sysler fra mine turkamerater. På slutten gikk det allikevel en "fanden" i oss, og med appetitt på rekorder slapp vi oss ned bakkene i en topphastighet på 51.7 km/t. Lunsjen smakte fortreffelig ■



Sterk sidevind krever god støtte.



Er dette den opprinnelige ruten fra Nordseter til Lillehammer hotell?



Den norske skiånden.



Det er ikke fartsgrenser på ski.

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 Telefax: 67 10 12 12
E-post: info@vingmed-as.no, www.vingmed-as.no

Prisvinnere

Informasjon om prisvinnere (10.000 kr hver).

NGFs pris for beste arbeide med hovedvekt på presentasjonen av arbeidet

Komplikasjoner til abdominal kirurgi ved Crohn's sykdom, data fra et ti års materiale fra St. Olavs Hospital

Sigurd Breder, Avdeling for Medisin NTNU, og Kirurgisk klinikk, Gastrokirurgisk avdeling St. Olavs Hospital HF

Bakgrunn

Kirurgiens plass i behandling av Crohn's sykdom (CD) kan ha forandret seg etter innføring av nye medikamenter. Det er usikkert om pasientene som kommer til kirurgi i dag er sykere, eller om nye medikamenter gjør at de er mer utsatt for komplikasjoner til kirurgi.

Målsetting

Målet med studien er å finne forekomst av og type komplikasjoner etter abdominal kirurgi på pasienter med CD.

Materiale og metode

Fra et prospektivt institusjonsbasert register over komplikasjoner til kirurgisk behandling, ble data ved alle abdominale inngrep på pasienter over 18 år med CD fra 01.01.2000 til 31.12.2009 hentet ut. Komplikasjonene er gradert etter alvorlighetsgrad (I-IV). Grad I: lette komplikasjoner som forlenger liggetid og håndteres bedside, Grad II: potensielt livstruende og krever intervensjon, Grad III: Gir varig svekkelse av organfunksjon, Grad IV: Dødelig komplikasjon. Data ble kontrollert og supplert ved gjennomgang av journalene.

Resultater

Kirurgiske prosedyrer:		
Reseksjon av tynntarm (ileocoliske reseksjoner inkl.)	194	(55,3%)
Multiple reseksjoner	35	(10,0%)
Reseksjon colon	29	(8,3%)
Reseksjon rectum	15	(4,3%)
Stricturplastikk	1	(0,3%)
Bekkenreservoar	1	(0,3%)
Anleggelse av stomi	45	(12,8%)
Annen abdominal kirurgi	31	(8,8%)

Ved 101 av 351 (28,8 %) abdominale inngrep tilkom komplikasjoner. Grad I: 50 (14,2%), Grad II: 41 (11,7%); Grad III: 10 (2,8%). Det var ingen mortalitet i materialet.

Konklusjon

Det er høy forekomst av komplikasjoner til kirurgi ved CD. Lette komplikasjoner er vanligst.

NGFs pris for beste kliniske arbeide fra ikke universitetsklinikk:

Bruk av infliximab ved amming

Kjetil Garborg, Medisinsk avdeling SSHF Kristiansand og Barneavdelingen SSHF Kristiansand

Bakgrunn

Det foreligger lite dokumentasjon på overgang av infliximab til morsmelk. Av og til behandles likevel ammende mødre med infliximab. Rådende retningslinjer konkluderer ulikt angående tryggheten av behandlingen. Vi presenterer en gjennomgang av litteraturen og en egen kasuistikk med et overraskende funn.

Materiale og metode

Etter et litteratursøk i PubMed har vi plukket ut alle publikasjoner vi fant som berører temaet. I tillegg har vi vurdert to Abstracts fra kongresser. Alle publikasjonene omtaler analyser av morsmelk.

Kasuistikk:

Vår pasient er en 30 år gammel kvinne med fistulerende Crohns sykdom i tynn- og tykktarm behandlet med infliximab før og under svangerskap med behandlingspause i 3. trimester. Hun fødte en frisk jente og gjenopptok infliximabbehandling 11 dager etter fødsel. Serum fra mor og barn samt morsmelk ble sendt til analyse ved Biomonitor A/S i København.

Resultater

Resultatene oppsummeres i tabellen (µg/ml).

Både mor og barn hadde negativ serum anti-infliximab antistoff i prøve tatt 5 dager etter 1. dose. Overraskende finner vi at barnets serumkonsentrasjon stiger etter å ha falt de første 6 måneder av behandlingen. Prøven er ikke kontrollert, og analysefeil kan ikke utelukkes. Vi finner ikke sikker stigning i morsmelk. Barnet har vist normal utvikling. Så vidt kjent finnes ingen metode som er

validert for analyse av infliximab i morsmelk. Kun en av de gjennomgåtte publikasjoner beskriver funn av infliximab i morsmelk.

Konklusjon

Funnet i vår kasuistikk indikerer at infliximab muligens kan overføres til barnet gjennom morsmelk. I litteraturen vi har gjennomgått er det ikke rapportert om uheldige effekter av infliximab-behandling under amming.

	5 d etter 1. dose	8 uker etter 1. dose	1 uke etter 2. dose	8 uker etter 2. dose	1 uke etter 3. dose	8 uker etter 3. dose	1 uke etter 4. dose
Mors serum	53	3,0	40	4,2	43,9	2,6	35,3
Barnets serum	4,6	0,56	0,39	0,3	0,2	<0,06	0,31
Mors-melk		0,11	<0,03	<0,05	<0,05	<0,06	<0,13

NGFs pris for beste kliniske arbeide fra universitetsklinikk

Kolorektal neoplasi hos levertransplanterte pasienter med inflammatorisk tarmsykdom og primær skleroserende cholangitt

Kristin K Jørgensen, Norsk senter for PSC, Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Bakgrunn og mål for studien

Inflammatorisk tarmsykdom (IBD), hovedsakelig ulcerøs colitt (UC), foreligger hos 70-85% av pasienter med primær skleroserende cholangitt (PSC). PSC er den vanligste årsak til levertransplantasjon (LTX) i Norden. Flere studier har vist at PSC-IBD pasienter har økt risiko for kolorektal neoplasi sammenliknet med IBD pasienter uten leversykdom. Det er imidlertid uklart om LTX og forhold knyttet til denne endrer risiko for kolorektal neoplasi hos PSC pasienter med IBD. Vi ønsket å estimere risiko for kolorektal neoplasi hos nordiske PSC-IBD pasienter som gjennomgår LTX og å belyse om LTX påvirker denne.

Metoder

PSC pasienter som gjennomgikk LTX i Norden (Danmark, Finland, Norge og Sverige) i perioden 1984-2006 ble identifisert via Det nordiske levertransplantasjonsregisteret. Ved gjennomgang

av journalene ble relevant sykehistorie og levertransplantasjon samt forhold tilknyttet denne registrert. For å estimere kumulativ risiko for neoplasi generelt samt før og etter LTX ble competing risk-regresjon med tidsavhengige kovariater benyttet.

Resultater

Kohorten besto av 439 levertransplanterte PSC pasienter hvorav 368 (84%) hadde IBD. Median alder ved LTX var 44 (11-77) år og median oppfølgingstid etter LTX 5 (0.3-21) år. Varighet av IBD var median 15 (0-41) år. Kolorektal neoplasi forelå hos 91 (25%) pasienter (52 før og 39 etter LTX). Lavgradig dysplasi ble påvist hos 35, DALM hos 21, høygradig dysplasi hos 15 og adenokarsinom hos 20 pasienter. Median tid fra IBD diagnose til neoplasi var 18 (0-42) år. Kumulativ risiko for neoplasi var 6,16 og 30% ved IBD varighet i henholdsvis 10, 20 og 30 år. Risiko for kolorektal neoplasi var signifikant høyere etter LTX sammenliknet med før (hasard rate 1.93, $p=0.002$, 95% CI [1.28-2.93]).

Konklusjon

I en stor nordisk kohort av PSC-IBD pasienter som gjennomgikk levertransplantasjon forelå en høy generell risiko for kolorektal neoplasi. Risikoen var signifikant økt etter transplantasjon sammenliknet med før. Disse funn understreker betydningen av jevnlig koloskopiundersøkelser hos PSC-IBD pasienter, både før så vel som etter levertransplantasjon.

NGFs pris for beste eksperimentelle arbeide

Ultrasonografisk evaluering av DSS-indusert kolitt hos rotter og effekt av modifisert thia fetttsyre

Tore Grimstad, Institutt for Indremedisin, Universitetet i Bergen

Bakgrunn

Dextran sodium sulphate (DSS)-indusert kolitt hos rotter er en hyppig benyttet dyremodell for ulcerøs kolitt. Den modifiserte fetttsyren tetradeacylthioeddiksyre (TTA) har antiinflammatoriske egenskaper som en svært potent omega-3 fetttsyre. Hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom er måling av tarmvegg-tykkelse ved transabdominal ultralyd en non-invasiv metode for å evaluere inflammasjonsgrad. Anvendeligheten i en DSS-kolitt modell hos rotter er imidlertid lite studert.

Materiale og metode

21 Wistar hannrotter ble inkludert i en diettstudie over fire uker. De ble inndelt i tre grupper med syv dyr, hvorav to fikk indusert kolitt ved 5% DSS i drikkevann den siste uken av studien. Diettene var: 1) Standard for (kontroll), 2) Standard for + DSS, 3) DSS + TTA 0.4%. Etter seks dagers DSS inntak (dag 29) ble

veggtykkelsen i distale kolon (rektum) (CWT) målt ved ultralyd (14 MHz probe) under anestesi. Dag 30 fikk rottene målt vekt og sykdomsaktivitetsindeks (DAI) før avlving. Deretter ble kolon lengde, kombinert histologi skår (HCS), samt tumornekrosefaktor (TNF)- α i tarm målt hos alle dyrene.

Resultater

Sammenlignet med gruppe 1 (kontroll), hadde gruppe 2 og 3 signifikant vektapp (av kroppsvikt, begge $p=0.004$), kolon forkortning ($p=0.01$, $p=0.02$) og forhøyet DAI (begge $p=0.002$) etter DSS inntak. HCS og CWT var signifikant økt og TNF- α nær signifikant økt for gruppe 2 vs gruppe 1 ($p=0.03$, $p=0.002$ og $p=0.052$). CWT var også signifikant redusert i gruppe 3 vs gruppe 2 ($p=0.028$), mens TNF- α og HCS ble redusert, men ikke signifikant.

Konklusjon

Begge DSS gruppene fikk klinisk signifikant kolitt. Økt CWT som følge av DSS inntak kunne påvises med transabdominal ultralyd på rottene. CWT ble signifikant redusert hos TTA forede rotter og kan antyde en anti-inflammatorisk effekt, men reduksjonen i TNF- α og HCS nådde ikke signifikant nivå. Høyfrekvent ultrasonografi kan non-invasivt påvise effekt av intervensjon på tarminflammasjon hos rotter.

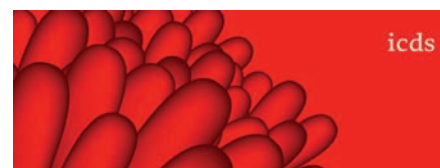


Microbubble Ultrasound Imaging Course i London

22. - 25. Juni 2011

For informasjon:

www.ukcreativeconferences.co.uk/assets/downloads/euroson2011registration.pdf



The 14th International Coeliac Disease Symposium i Oslo

20. - 22. Juli 2011

We are proud to continue the long tradition of arranging the International Coeliac Disease Symposia. Today, coeliac disease research has reached a level that could hardly been foreseen some few years ago. The research represents top level both in clinical, basic and translational aspects. The symposium will represent new and exciting findings within all these aspects.

For informasjon:

www.icds2011.org

Local organizing committee:

Knut E. Lundin: k.e.a.lundin@medisin.uio.no / knut.lundin@ous-hf.no
Moya Berli: moya.berli@ous-hf.no



WFUMB Euroson Ultraschall 2011 i Wien

26. - 29. august 2011

På denne kongressen er det mange refresher course og og post graduate course.

For informasjon:

<http://www.wfumb2011.org/>

Pasienter som skal tømme tarmen kan bruke Endofalk®



- Endofalk® er en isotonisk oppløsning til tømning av tarmen uten at kroppens væske- og elektrolyttbalanse forstyrres.
- Endofalk® er en sulfatfri blanding av makrogol
- Makrogol med eller uten fosfat har dokumentert lik effekt ¹
- Endofalk® er tilsatt appelsin- og pasjonsfruktaroma
- 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 pasjonsfruktaroma.

Indikasjoner: Til tømning 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 svelgereffeks. **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/Amning:** *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. Nevrologiske: Nevrologiske 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:** 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 Giftinformasjonens 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 forvisse 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