



NGF-nytt

Årgang 18

Informasjon fra Norsk Gastroenterologisk Forening

Nr. 4 - desember 2011

Tema: Tykktarmspolypper

UEGW 2011 i Stockholm
s. 20

En personlig reiseberetning fra AIBD 2011
s. 28

Portrettet: Morten Vatn
s. 38

*God jul og
godt nyttår!*

www.legeforeningen.no/gastro

NYHET

mesalazin rektalskum

MEDA



- + langvarig klebring til tarmmukosa
- + rask applisering – selv i stående stilling

Til lokalbehandling av ulcerøs kolitt

Salofalk[®] 1g

mesalazin rektalskum



Salofalk «Dr. Falk»

Antiinflammatorisk middel.

ATC-nr.: A07E C02

ENTERODEPOTGRANULAT 1,5 g: Hver dosepose inneh: Mesalazin 1,5 g, aspartam, hjelpestoffer. Fargestoff: Tiandiksid (E 171).

REKTALSKUM 1 g/dose: Hver dose inneh: Mesalazin 1 g, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Enterodepotgranulat: Til behandling av akutte episoder og vedlikehold ved remisjon av ulcerøs kolitt. Rektalskum: Til behandling av aktiv, mild ulcerøs proktosigmoiditt. **Dosering:** Enterodepotgranulat: 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. **Rektalskum: Voksne:** 2 doser 1 gang daglig ved sengetid. Først settes en applikator på beholderen, og beholderen holdes helt ned og slippes. Sprøyen vil kun fungere korrekt når pumpehodet peker nedover. Etter 1. eller 2. dose, avhengig av behovet (se under), må applikatoren holdes i posisjon i 10-15 sekunder før den føres ut av rektum. Dersom pasienten har problemer med å holde på denne mengden skum, kan dosen administreres i 2 separate applikasjoner, 1 dose ved sengetid og 2 dose i løpet av natten (etter tømming av 1. dose) eller tidlig om morgenen dagen etter. Best resultat oppnås dersom tarmen tømmes før administrering. En akutt episode med mild, ulcerøs kolitt går vanligvis over etter 4-6 uker. Vedlikeholdsbehandling med oral mesalazin anbefales. **Barn:** Det er liten erfaring og kun begrenset dokumentasjon på effekt hos barn. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for salisylsyre og dets derivater, eller noen av hjelpestoffene. Allvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Rektalskum:** Sår i mage/tarm. Diatesis hemoragica. **Forsiktighetsregler:** Blodtrester (differensierte blodtelling, leverfunksjonstest som ALAT og ASAT, serumkreatinin) og urinstatus (urinstit) skal utføres før og under behandling, etter behandlingen 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. Mesalazininndusert 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. **Enterodepotgranulat:** Inneholder aspartam 3 mg som omdannes til fenylalanin 1,68 mg, og en bør være oppmerksom på dette ved fenylketonuri. **Rektalskum:** Forsiktighet bør utvises ved behandling med rektalskum hos astmatikere, fordi skummet inneholder sulfitt som kan forårsake overfølsomhetsreaksjoner. I isolerte tilfeller kan overfølsomhetsreaksjoner pga. sulfittinnhold, hovedsakelig i form av respirasjonsproblemer, også oppstå hos pasienter som ikke har astma. Inneholder propylenglykol som kan forårsake melkesyreacidose, hyperosmolalitet, hemolyse og CNS-depresjon. Lett til mild hudirritasjon pga. innhold av propylenglykol kan oppstå. Inneholder cetosterylalkohol som kan forårsake lokale hudreaksjoner (f.eks. kontaktdermatitt). **Interaksjoner:** Spesifikke interaksjonsstudier er ikke utført. Interaksjoner kan forekomme ved samtidig administrering av følgende legemidler: Kumaninantiagulantia med mulig potensering av antikoagulerende effekt (som øker risikoen for gastrointestinale blødninger). Glukokortikoider med mulig økning av bivirkninger fra mage/tarm. Sulfonylearepreparater med mulig økning av blodkoksenskende effekt. Metotretat med mulig økning av toksisk potensiale av metotretat. Probenecid/sulfapyrazon med mulig reduksjon av urikosurisk effekt. Spirinolaktin/furosemid med mulig reduksjon av diuretisk effekt. Rifampin 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/Amning:** 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 fostret/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, peroral) til den gravide. Dyrestudier tyder ikke på direkte eller indirekte skadelige effekter mhp.

graviditet, embryonal/fatal utvikling, parturitus 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 amningen avsluttet. **Bivirkninger: Begge legemiddelformer:** Sjeldne ($\geq 1/100$ til $< 1/1000$): Gastrointestinale: Buksmerter, diaré, flatulens, kvalme, oppkast. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet. Svært sjeldne ($< 1/1000$): 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: Oligospermi (reversibel). Lever/galle: Forandringer i leverfunksjonsparametre (økt konsentrasjon av transaminase og cholestaseverdier), hepatitt, cholestatisk hepatitt. Muskel-skjelettsystemet: Myalg, artralgi. Neurologiske: Perifer nevropati. Nyre/urineveier: Svekket nyrefunksjon, bl.a. akutt og kronisk interstiell nefritt og nyresvikt. **Rektalskum:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/1000$): Gastrointestinale: Abdominal distensjon. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Analt ubehag, irritasjon på applikasjonsstedet, rektal tenesme. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen rapporter om overdosering. Intet spesifikt antidot kjent. Om nødvendig kan i.v. infusjon av elektrolytter (tungen diuresis) tas i betraktning ved ev. overdose. Se Giftinformasjonens anbefalinger A07E C02. **Enterodepotgranulat:** Frisettelse som magesaftresistent og mesalazin-frisettende er pH-avhengig. Det gir en gradvis frisettelse pga. granulatets spesielle matrixstruktur. Pga. en enterodepotgranulatstørrelse på ca. 1 mm skjer transporten fra ventrikkelt til tyntarm raskt. En kombinert farmakoskintigrafisk/farmakokinetisk undersøkelse viser at sammensetningen når det ileocekalområdet i løpet av ca. 3 timer, og colon ascendens innen ca. 4 timer. Total passasjetid i tykktarmen er ca. 20 timer. Ca. 80% av administrert mesalazindose er tilgjengelig i colon sigmoideum og rektum. **Rektalskum:** En kombinert farmakoskintigrafisk/farmakokinetisk studie viser at fordelingen av rektalskum er homogen, rask og nesten fullstendig i løpet av 1 time. Skummet når rektum, sigmoid colon og venstresidig colon avhengig av omfanget av betennelsen. **Absorpsjon:** Enterodepotgranulat: Frisettelsen av mesalazin fra enterodepotgranulatet starter etter 2-3 timer, og maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter ca. 4-5 timer. Systemisk biotilgjengelighet av mesalazin er ca. 15-25%. Matinntak forsinket absorpsjonen med 1-2 timer, men forandrer den ikke. Rektalskum: Absorpsjonen av mesalazin er rask, og maks. plasmakonsentrasjon for mesalazin og dets metabolitt N-Ac-5-ASA oppnås i løpet av 4 timer. Plasmakonsentrasjonen etter 1 dose mesalazin rektalskum 2 g er sammenlignbar med 1 oral dose på mesalazin 250 mg. Maks. konsentrasjon på ca. 0,4 µg/kg. Pre-systemisk metabolisme er rask, og maks. plasmakonsentrasjon for N-Ac-5-ASA, som for mesalazin, oppnås også etter ca. 4 timer, men plasmakonsentrasjonen er 4-5 ganger høyere, ca. 2 µg/ml. **Proteinbinding:** Mesalazin: 43% til plasmaproteiner. Metabolittet N-Ac-5-ASA: 78% til plasmaproteiner. **Halveringstid:** Etter inntak av 3 x 500 mg mesalazin er halveringstiden 4,4 timer. Metabolisme: Metaboliseres til farmakologisk inaktiv N-Ac-5-ASA i tarmmucosa og i lever. **Utskillelse:** Mesalazin og metabolittet utskilles via feces (i hoveddelen), i urin (20-50%), avhengig av applikasjonsstype, legemiddelform og frisettsesveile og via galle (mindre del). Renal utskillelse skjer i hovedsak som N-Ac-5-ASA. <1% av administrert dose utskilles uendret. Ca. 1% av total dose går over i morsmelk, hovedsakelig som N-Ac-5-ASA. **Andre opplysninger: Rektalskum:** Holdbarhet etter første avgitte dose: 12 uker. Oppbevares ved høyst 25°C. Skal ikke oppbevares i kjøleskap eller fryses. Dette er en trykkbeholder som inneholder 3,75 vektprosent brennbar drivgass. Unngå kontakt med flammer, gnister og brennbart materiale, inkl. sigaretter. Skal beskyttes mot direkte sollys og temperaturer >50°C og må ikke stikkes hull i eller brennes, selv når beholderen er tom. **Pakninger og priser: Enterodepotgranulat:** 100 stk. (dosepose) kr 1120,70. **Rektalskum:** 14 doser kr 406,90. **Refusjon:** A07E C02, Mesalazin – 4 Enterodepotgranulat, Refusjonsberettiget bruk: Til behandling av akutte episoder og vedlikehold ved remisjon av ulcerøs kolitt. Refusjonskode: ICPC D94; Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt. **ICD K51:** Ulcerøs kolitt, **Vilkår:** Ingen spesifisert. **A07E C02, Mesalazin – 6 Rektalvæske, rektalskum, stikkpille 500mg.** Refusjonsberettiget bruk: Ulcerøs proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin.

Sist endret: 28.01.2011

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:

Roald Torp (sekretær)
Medisinsk avdeling
Sykehuset innlandet, Hamar
T: 62 53 75 82
roald.torp@sykehuset-innlandet.no

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

Lene Larssen
Gastromedisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål
lene.larssen@medisin.uio.no

Ellen Melsom
Medisinsk avdeling
Sykehuset Kristiansund
ellen.melsom@helsenr.no

Redaktør:

Stephan Brackmann
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Akershus Universitetssykehus
23 22 50 00 / 400 43 360
stephan.brackmann@medisin.uio.no

Redaksjonskomité:

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

Kim Ånonsen
Oslo universitetssykehus, Ullevål
kim@kanonsen.no

Web:

Kristinn Eiriksson
Nordsurg LTD
nordsurg@gmail.com

Esben Riise
www.legeforeningen.no/gastro

NGFs hjemmeside:

www.legeforeningen.no/gastro



**Tema:
Tykktarmspolyper**
Side 7



**UEGW 2011
i Stockholm**
Side 20



**Portrettet:
Morten Vatn**
Side 38

5 Redaktørens hjørne

5 Leder

Tema: Tykktarmspolyper

11 En ny tid med CT-kolografi!

12 Teknikk ved polypektomi

14 Oppfølging etter fjerning av kolorektale polyper

16 Endoscopic image studies of the colon and rectum

Nytt fra miljøene

20 UEGW 2011 i Stockholm

23 Leversenter på Ullevål - hepatologi i tverrfaglig kontekst

24 Gastronet nyhetsbrev

27 Vestlandsk gastroforum høsten 2011

28 En personlig reiseberetning fra AIBD 2011

31 Doktorgrader

35 Blinksquaddet

35 Bildequiz

37 Snublefot

38 Portrettet: Morten Vatn

40 Vintermøtet 2012

Stipender, kurs og konferanser

45 17. Nasjonale levermøte

46 7th Congress of ECCO

46 29. SADE course in advanced endoscopy

47 Vellykket ERCP-temamøte i Munchen

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,-
- Halvsidestående, 4-farge – 6.000,-
- Halvsideliggende, 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 2012

	Materiellfrist	Utgivelse
Nr. 1	1/3	15/3
Nr. 2	27/5	20/6
Nr. 3	23/9	10/10
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

Temaet i den siste utgaven av NGF-nytt i 2011 er kolonpolypper. Deteksjon, teknikker for reseksjon og oppfølging belyses. Morten Vatn, som startet sin lange forskerkarriere med kolonpolypper, blir intervjuet. Den som ikke har vært på UEGW i Stockholm vil kunne få en oversikt over relevante tema som ble presentert. Legg også merke til hva som er nytt i miljøene og våre faste spalter. Vi minner til slutt om utlysning til Helge Bells forskningspris og midler fra NGFs forskningsfond. En stor takk til alle som har bidratt med innslag til tross for en travel hverdag!

Jeg ønsker alle en fredelig jul og et godt nytt år!



LEDER



Bjørn Gustafsson
Leder NGF

Velkommen til Vintermøtet!

I løpet av det siste året har ting med stor fremtidig betydning for både gastroenterologer og gastrokirurger blitt introdusert. Temaer som etablering av et nasjonalt screeningprogram for tykk- og endetarmskreft og omfattende endringer av spesialistutdanningen vil medføre betydelige utfordringer og har blitt livlig diskutert. For NGF som organisasjon er en slik nyansert debatt nødvendig.

Et sentralt forum for diskusjon, faglig input og sosialt samvær er NGFs forestående årsmøte på Lillehammer den 9.-11. februar 2012. Møtet innledes med en oppdatering fra Gastronett og etterfølges av torsdagsmøtet som vil omhandle irritabel tarm-syndrom. Temaet vil bli belyst i et perspektiv

som burde interessere både gastroenterologer og gastrokirurger. Under generalforsamlingen på fredagen vil NGFs og interessegruppens aktiviteter for året som er gått, sammenfattes, og viktige temaer tas opp for diskusjon. Ikke minst vil spesialistkomitéen presentere forestående forandringer i spesialistutdanningen. Som tidligere år har vi fått inn mange gode abstrakts og årsmøtet er godkjent som valgfritt kurs (10 timer) i spesialitetene indremedisin, generell kirurgi, fordøysessykdommer og gastroenterologisk kirurgi. Alle som deltar kan derfor søke støtte fra Utdanningsfond III, både leger i spesialisering og overleger.

En riktig god jul og vel møtt i Lillehammer!



HCD2010AUG03 ©. THAU.



HUMIRA
adalimumab





Tema: Tykktarmspolypper

Tekst: Kim V. Ånonsen

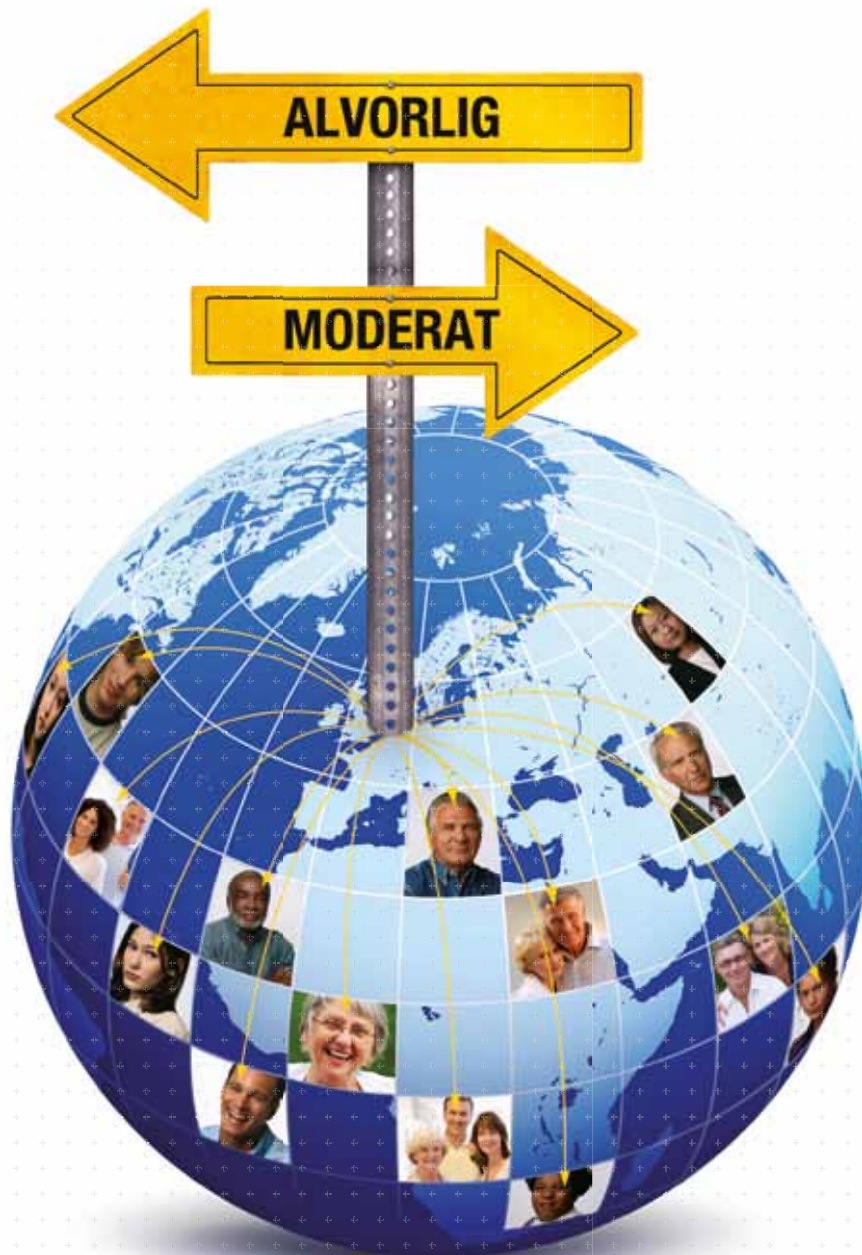
Vi har en pågående og het debatt om kolorektalkreftscreening i det norske gastromiljøet. Faglig diskusjon er viktig, og NGF-nytt har vært kanal for deler av meningsutvekslingen. Temaet for årets siste nummer av NGF-nytt er polypper i tykktarmen, et område det er helt nødvendig å være oppdatert på. Kunnskapen om polypper raffineres sammen med stadig nye kunnskapsbidrag og dermed kommer det endringer i håndteringen. Dette ser vi i gjennomgangen av retningslinjene for oppfølging som Thiis-Evensen geleider oss gjennom. Først må vi imidlertid finne polyppene. Anders Drolsum minner oss på at CT-kolografi er et alternativ til koloskopi og gir oss noen fremtidsvisjoner.

Hva er det så vi ser når en polypp viser seg på HD-skjermen; kan vi «se» den på en bedre måte? Begrepet «pit pattern» omtales i dette julenummeret av NGF-nytt gjennom bildebaserte pasientkasuistikker i en svensk-japansk gjesteartikkel fra Jaramillo og Saito. Når man har funnet polyppen, må den håndteres på forskriftsmessig måte. Bjørn Hofstad har fjernet flere polypper enn de fleste. Hans doktorarbeid er i portrettet av Morten Vatn omtalt som «den eneste humanmodellen for polyppvekst i litteraturen». Funnene i Gerd Tranøs refererte doktoravhandling som berører gastrokirurgers kunnskap og oppmerksomhet omkring arvelig kolorektalkreft, bør også ha interesse.

God lesning! ■

Nyhet!

Remicade®
INFLIXIMAB



Utvidet indikasjon for Remicade – nå også til pasienter med moderat Crohns sykdom

Før forskrivning av Remicade®, vennligst se fullstendig preparatomtale



Referanse: Preparatomtale Remicade 2011
05-2012-REM-2011-SCAN(NO)-5353-J

c Remicade «Schering-Plough»

Immunosuppressivt middel

ATC-nr.: L04A B02

PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE 100 mg: Hvert hetteglass inneh.: Infliksimumab 100 mg, sakkarose, polysorbat 80, natriumdihydrogenfosfatmonohydrat, dinatriumfosfatdihydrat.

Indikasjoner: *Rheumatoid artritt:* Reduksjon av tegn og symptomer, samt forbedring av fysisk funksjon i kombinasjon med metotreksat hos pasienter med aktiv sykdom som ikke har respondert tilfredsstillende på andre sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler (DMARDs), inkl. metotreksat. Reduksjon av tegn og symptomer i kombinasjon med metotreksat hos pasienter med alvorlig, aktiv og progredierende sykdom som ikke tidligere er behandlet med metotreksat eller andre DMARD. I disse pasientgruppene er det, målt ved røntgen, vist en reduksjon i progresjonshastigheten av leddskade. **Crohns sykdom hos voksne:** Behandling av moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat behandling med et kortikosteroid og/eller et immunosuppressivt legemiddel, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjon mot slike behandlinger. Behandling av aktiv fistulerende Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat konvensjonell behandling (inkl. antibiotika, drenasje og immunosuppressiv behandling). **Crohns sykdom hos barn:** Behandling av alvorlig, aktiv Crohns sykdom hos barn i alderen 6-17 år som ikke har respondert på konvensjonell behandling inkl. kortikosteroid, immunmodulator og ernæringsterapi, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjoner mot slike behandlinger.

Ulcerøs kolitt: Behandling av moderat til alvorlig aktiv ulcerøs kolitt hos pasienter som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling med kortikosteroider, 6-merkaptopurin eller azatioprin, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjon mot slike behandlinger. **Ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom):** Behandling av alvorlig, aktiv ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom) hos voksne som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling. **Psoriasisartritt:** Behandling av aktiv og progredierende psoriasisartritt hos voksne når responsen på tidligere DMARDs-behandling ikke har vært tilfredsstillende. Gitt alene (hos pasienter som ikke tåler metotreksat eller hvor metotreksat er kontraindisert) eller i kombinasjon med metotreksat. Infliksimumab har vist å forbedre fysisk funksjon ved psoriasisartritt og redusere progresjonshastigheten av perifer leddskade, målt ved røntgen, ved polyartikulære symmetriske subtyper av sykdommen. **Psoriasis:** Behandling av moderat til alvorlig plakkpsoriasis hos voksne som ikke har respondert på, som har en kontraindikasjon mot eller som ikke tolererer annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA.

Dosering: Gis som i.v. infusjon. Igangsettes og følges opp av lege med erfaring i å diagnostisere og behandle en eller flere av de godkjente indikasjonene. Infliksimumabinfusjoner skal gis av kvalifisert helsepersonell som har trening i å oppdage infusjonsrelaterte problemer. Pasienter som behandles med infliksimumab bør få ultivert pakningsvedlegget og det spesielle varselkortet. Anbefalt infusjonstid er 2 timer, men hos nye utvalgte pasienter med rheumatoid artritt som har tolerert 3 initiale 2-timersinfusjoner, kan det overveies å gi påfølgende infusjoner med varighet på minst 1 time. Kortere infusjoner ved doser >6 mg/kg er ikke undersøkt. Alle pasienter må observeres i minst 1-2 timer etter infusjonen med hensyn på akutte infusjonsrelaterte reaksjoner. **Voksne: ≥18 år:** **Rheumatoid artritt:** Ikke tidligere behandlet med infliksimumab: 3 mg/kg etterfulgt av 3 mg/kg, 2 og 6 uker etter 1. infusjon, deretter hver 8. uke. Klinisk respons oppnås vanligvis innen 12 ukers behandling. Ved inadekvat respons eller tap av respons etter denne perioden, bør en vurdere å øke dosen trinnvis med ca. 1,5 mg/kg opp til maks. 7,5 mg/kg hver 8. uke. Alternativt kan det vurderes å gi 3 mg/kg så ofte som hver 4. uke. Dersom tilstrekkelig respons oppnås skal pasienten fortsette med valgt dose eller dosefrekvens. Fortsatt behandling bør nye vurderes hos pasienter som ikke viser tegn til terapeutisk nytte innen de 12 første behandlingsukene eller etter dosejustering. **Moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom:** 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 uker etter 1. dose. Dersom ingen respons etter 2 doser, bør det ikke gis ytterligere infliksimumabdos. Tilgjengelige data støtter ikke videre behandling hos pasienter som ikke responderer innen 6 uker etter 1. infusjon. Hos pasienter som responderer er de alternative strategiene for fortsatt behandling enten vedlikeholdsbehandling eller fornyet behandling: Vedlikeholdsbehandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg 6 uker etter 1. dose, deretter hver 8. uke. Forny et behandling: Infusjon på 5 mg/kg dersom tegn og symptomer på sykdommen kommer tilbake. Begrenset data fra pasienter som initialt responderte på 5 mg/kg, men som mistet responsen, indikerer at noen pasienter kan gjeninnhente responsen med doseøkning. Fortsatt behandling bør nye vurderes hos pasienter som ikke viser tegn på terapeutisk nytte etter dosejustering. **Aktiv fistulerende Crohns sykdom:** 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere. Dersom en pasient ikke responderer etter 3 infusjoner, bør det ikke gis ytterligere infliksimumabbehandling. Hos pasienter som responderer, er de alternative strategiene for fortsatt behandling enten vedlikeholdsbehandling eller forny et behandling: Vedlikeholdsbehandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Forny et behandling: Infusjon på 5 mg/kg dersom tegn eller symptomer på sykdommen kommer tilbake, etterfulgt av infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Begrenset data fra pasienter som initialt responderte på 5 mg/kg men som mistet responsen, indikerer at noen pasienter kan gjeninnhente responsen med doseøkning. Fortsatt behandling bør nye vurderes hos pasienter som ikke viser tegn på terapeutisk nytte etter dosejustering. Erfaring med forny et behandling dersom tegn eller symptomer kommer tilbake er begrenset, og sammenlignende data på nytte/risiko for de alternative strategiene for fortsatt behandling mangler. **Ulcerøs kolitt, psoriasisartritt og psoriasis:** 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, deretter hver 8. uke. Klinisk respons hos pasienter med ulcerøs kolitt oppnås vanligvis innen 14 ukers behandling (3 infusjoner). Fortsatt behandling bør nye vurderes hos pasienter som ikke viser noen tegn til terapeutisk nytte innen denne tidsperioden. Pasienter med psoriasisartritt og psoriasis som ikke responderer etter 14 uker (etter 4 infusjoner), bør ikke gis flere behandlinger. **Ankyloserende spondylitt:** 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, deretter hver 6.-8. uke. Dersom en pasient ikke responderer innen 6 uker (dvs. etter 2 infusjoner), bør det ikke gis flere behandlinger. **Forny et behandling ved Crohns sykdom og rheumatoid artritt:** Dersom tegn eller symptomer på sykdom kommer tilbake kan ny infusjon gis <16 uker etter den siste infusjonen. Forsinkede hypersensitivetsreaksjoner etter infliksimumabopphold <1 år, se Forsik-

tighetsregler. Sikkerhet og effekt ved gjentatt administrering etter infliksimumabopphold på >16 uker er ikke fastslått. Dette gjelder både for pasienter med Crohns sykdom og revmatoid artritt. **Forny et behandling ved ulcerøs kolitt og psoriasisartritt:** Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 8. uke, er ikke undersøkt. **Forny et behandling ved ankyloserende spondylitt:** Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 6. - 8. uke, er ikke undersøkt. **Forny et behandling ved psoriasis:** Begrenset erfaring fra forny et behandling i form av re-induksjonsbehandling etter oppbluss av sykdomsaktivitet, antyder en økt insidens av infusjonsreaksjoner, også alvorlige, sammenlignet med 8 ukers vedlikeholdsbehandling. **Forny et behandling ved alle godkjente indikasjoner:** Dersom vedlikeholdsbehandling avbrytes og det er behov for ny oppstart av behandling, anbefales ikke re-induksjonsbehandling. I slike tilfeller bør infliksimumab gis som en enkelt dose etterfulgt 8 ukers vedlikeholdsbehandling. **Barn: 6-17 år:** **Crohns sykdom:** 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, deretter hver 8. uke. Enkelte kan trenge et kortere eller lengre doseringsintervall. Behandlingen skal stoppes dersom barnet ikke responderer innen de første 10 behandlingsukene.

Kontraindikasjoner: Tuberkulose og andre alvorlige infeksjoner som sepsis, abscesse og opportunistiske infeksjoner. Moderat eller alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse III/IV). Kjent hypersensitivitet for innholdsstoffene eller murine proteiner.

Forsiktighetsregler: Erfaring viser at hos noen pasienter er eget forsvar mot infeksjoner nedsatt under infliksimumabbehandling. Hemming av TNFα kan maskere symptomer på infeksjon som f.eks. feber. Tidlig gjenkjenneelse av et atypisk klinisk forløp for alvorlige infeksjoner og for typiske kliniske forløp for sjeldne og uvanlige infeksjoner er kritisk for å redusere forsinkelse av diagnostisering og behandling. Ved fistulerende Crohns sykdom med akutte suppurative fistler skal ikke infliksimumabbehandling initieres før en kilde til mulig infeksjon, spesielt abscess, er utelukket. Pasienter må monitoreres nøye for infeksjoner inkl. tuberkulose før, under og etter infliksimumabbehandling. Siden eliminasjonen av infliksimumab kan ta opptil 6 måneder, skal monitorering fortsette gjennom hele perioden. Videre infliksimumabbehandling skal ikke gis dersom en pasient utvikler en alvorlig infeksjon eller sepsis. Forsiktighet må utvises om infliksimumab skal gis til pasienter med kronisk infeksjon, som har hatt tilbakevendende infeksjoner samtidig med immunosuppressiv behandling. Pasientene bør unngå potensielle risikofaktorer for infeksjon. Infeksjoner er oftere rapportert hos barn, enn hos voksne. Pasienter som får TNF-hemmere er mer mottagelige for alvorlige infeksjoner. Tuberkulose, bakterielle infeksjoner, inkl. sepsis og pneumoni, invasive soppinfeksjoner, virale infeksjoner og andre opportunistiske infeksjoner er rapportert. Noen av disse har vært dødelige; de mest frekvent rapporterte med en mortalitetsrate på >5% inkluderer pneumocystose, kandidose, listeriose og aspergillose. Pasienter som utvikler ny infeksjon under behandlingen skal overvåkes nøye og gjennomgå en fullstendig diagnostisk evaluering. Preparatet seponeres dersom pasienten utvikler ny alvorlig infeksjon eller sepsis, og passende antimikrobiell eller antifungal behandling skal påbegynnes inntil infeksjonen er under kontroll. Ved bytte fra en biologisk behandling til en annen skal pasienten overvåkes for tegn på infeksjon. For pasienter som har vært bosatt i eller reist til områder hvor invasive soppinfeksjoner som histoplasmos, coccidioidomycose eller blastomycose er endemiske, skal nytte-risikoforholdet ved infliksimumabbehandling overveies før behandling startes. Aktiv tuberkulose er rapportert, hovedandelen ekstrapulmonal, beskrevet som lokal eller disseminert sykdom. Før oppstart med infliksimumab skal alle pasienter undersøkes nøye for tuberkulose (både aktiv og latent). Undersøkelsen skal inneholde en detaljert anamnese med tanke på tidligere forekomst av tuberkulose, ev. mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller pågående immunosuppressiv behandling. Relevante «screening»-tester dvs. tuberkulintest og røntgen av lungene bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan benyttes). Vær oppmerksom på at en kan få falsk negativ tuberkulintest spesielt hos pasienter som er alvorlig syke eller immunosupprimerte. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, må ikke infliksimumabbehandling startes. Dersom latent tuberkulose mistenkes, bør lege med ekspertise i tuberkulosebehandling konsulteres. I alle situasjoner beskrevet under skal nytte-risikoforholdet ved infliksimumabbehandling vurderes svært nøye. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres, skal behandling startes iht. lokale retningslinjer for oppstart med infliksimumab. Ved flere eller signifikante risikofaktorer for tuberkulose og negativ test for latent tuberkulose, eller ved tidligere latent eller aktiv tuberkulose hvor adekvat behandling ikke kan bekreftes, bør anti-tuberkulosebehandling overveies for oppstart med infliksimumab. Alle pasienter skal informeres om å søke medisinsk hjelp dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, tæring/vekttap, mild feber) under eller etter infliksimumabbehandling. Ingen data foreligger mht. respons på vaksiner med levende vaksiner eller sekundær overføring av infeksjon med levende vaksiner ved anti-TNF-behandling. Samtidig administrering av levende vaksiner er derfor ikke anbefalt. Administrering av levende vaksiner til spedbarn som har vært utsatt for infliksimumab i livmoren, er ikke anbefalt de første 6 måneder etter morens siste infusjon under svangerskapet. Det anbefales at barn med Crohns sykdom vaksineres iht. gjeldende retningslinjer for oppstart av infliksimumabbehandling. Det foreligger begrenset sikkerhetserfaring fra kirurgi inkl. artroplastikk hos pasienter behandlet med infliksimumab. Den lange halveringstiden til infliksimumab bør tas i betraktning dersom kirurgi er planlagt. Infliksimumabbehandlede pasienter som trenger kirurgi, bør monitoreres nøye for infeksjoner, og passende tiltak iverksettes. Reaktiverting av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Noen tilfeller med dødelig utfall. Pasienter bør testes for HBV før oppstart, ved positiv test bør pasienten henvises til lege med ekspertise på HBV. Bærere av HBV skal overvåkes nøye for tegn og symptomer på aktiv HBV under og i flere måneder etter avsluttet behandling. Ved reaktiverting av HBV skal infliksimumab seponeres og effektiv antiviral behandling med egnet støttebehandling igangsettes. Isolerte tilfeller av leversvikt som resulterte i levertransplantasjon eller død har forekommet. Pasienter med symptomer eller tegn på leverdysfunksjon, skal undersøkes for tegn på leverskade. Ved gulsott og/eller ALAT-økning ≥5 ganger den øvre normalgrensen, skal preparatet seponeres og grundig undersøkelse gjennomføres. Akutte infusjonsreaksjoner, inkl. sjeldne anafylaktiske reaksjoner, kan utvikles under (i løpet av sekunder) eller innen få timer etter infusjon. Dersom akutte infusjonsreaksjoner inntreffer skal infusjonen avbrytes umiddelbart og dersom alvorlige reaksjoner oppstår, må symptomatisk behandling gis og infliksimumabbehandling avsluttes. Utstyr for akuttbehandling må

være tilgjengelig. Pasienten kan behandles på forhånd med f.eks. et antihistamin, hydrokortison og/eller paracetamol, og infusjonshastigheten kan senkes for å redusere risikoen for infusjonsrelaterte reaksjoner, spesielt dersom infusjonsreaksjoner har inntruffet tidligere. Antistoffer mot infliksimab kan utvikles og er forbundet med økt frekvens av infusjonsreaksjoner. Det er også sett en sammenheng mellom utvikling av antistoffer mot infliksimab og redusert varighet av respons. Samtidig administrering av immunmodulerende legemidler er forbundet med lavere insidens av antistoffer og redusert frekvens av infusjonsreaksjoner. Effekten av samtidig immunsuppressiv behandling er mer uttalt hos pasienter behandlet episodisk enn ved vedlikeholdsbehandling. Annen samtidig medisiner (f.eks. kortikosteroider og immunsuppressiver) bør være optimalisert. Pasienter som slutter med immunsuppressiver før eller under infliksimabbehandling, har større risiko for utvikling av antistoffer, som ikke alltid detekteres i serumprøver. Alvorlige infusjonsreaksjoner ved fornyet behandling er sett hos pasienter med moderat til alvorlig psoriasis. Pasientene fikk ikke samtidig immunsupprimerende behandling. Flesteparten oppstod under den andre infusjonen (uke 2). Symptomer inkluderte, men var ikke begrenset til, dyspné, urticaria, ansiktsødem og hypotensjon. I alle tilfellene ble infliksimab seponert og/eller annen behandling igangsatt med påfølgende fullstendig opphør av alle tegn og symptomer. Forsinkede hypersensitivitetsreaksjoner har forekommet etter legemiddelopphold <1 år. Tegn og symptomer inkl. myalgi og/eller artralgi med feber og/eller utslett. Noen pasienter opplever kløe, ødem i ansikt, hender eller leppe, dysfagi, urticaria, sår hals og hodepine. Økt risiko for forsinket hypersensitivitet med økende lengde på legemiddeloppholdet. Pasienter må rådes til umiddelbart å søke medisinsk hjelp dersom de opplever forsinkede bivirkninger. Dersom pasienter behandles på nytt etter et lengre opphold, må de overvåkes nøye for tegn og symptomer på forsinket hypersensitivitetsreaksjon. En mulig risiko for utvikling av lymfomer eller andre maligniteter ved behandling med TNF-hemmere hos barn og voksne kan ikke utelukkes. Særlig forsiktighet må utvises ved vurdering av behandling av pasienter som utvikler maligniteter mens de får infliksimab, ved maligniteter i anamnesen, samt hos pasienter med økt risiko for maligniteter pga. storrøyking. Forsiktighet skal også utvises ved psoriasis og ekstensiv immunsuppressiv behandling, eller forlenget PUVA-behandling i anamnesen. Pasienter med ulcerøs kolitt, som har økt risiko for dysplasi eller tykktarmskreft (f.eks. pasienter med mangeårige ulcerøs kolitt eller primær skleroserende kolangitt) eller som har hatt dysplasi eller tykktarmskreft, bør undersøkes for dysplasi jevnlig for behandling og gjennom hele sykdomsforløpet. Undersøkelsen bør inkl. koloskopi og biopsi ifølge lokale retningslinjer. Ved nydiagnostisert dysplasi bør det vurderes nøye hvorvidt infliksimabbehandling skal avsluttes. Sjeldne tilfeller av hepatosplenisk T-cellelymfom er rapportert hos pasienter behandlet med TNF-hemmere, inkl. infliksimab. Denne sjeldne typen T-cellelymfom har et veldig aggressivt sykdomsforløp og er vanligvis dødelig. Alle tilfellene med infliksimab inntraff hos pasienter med Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt, primært ungdom eller unge voksne menn. Alle pasientene hadde fått behandling med azatioprin (AZA) eller 6-merkaptopurin (6-MP) samtidig eller rett før infliksimab. Den potensielle risikoen med kombinasjonen av AZA eller 6-MP og infliksimab bør overveies nøye. Det skal utvises forsiktighet ved mild hjertesvikt (NYHA klasse I/II). Utvikles nye eller forverrede symptomer på hjertesvikt, skal infliksimabbehandling avbrytes. Pasienter som utvikler tegn på blod dyskrasier (f.eks. vedvarende feber, blåmerker, blødning, blekhet) skal øyeblikkelig søke medisinsk hjelp. Ved hematologiske unormaliteter skal seponering vurderes. Det relative underskuddet av TNF α som forårsakes av anti-TNF-behandling, kan forårsake en autoimmuniseringsprosess. Hvis en pasient utvikler antistoffer mot dobbelt-trådet DNA og symptomer som indikerer et lupus-lignende syndrom etter infliksimabbehandling, må videre behandling med infliksimab ikke gis. Bruk av TNF-hemmere, inkl. infliksimab, har vært forbundet med debut eller forverring av kliniske symptomer og/eller radiografiske tegn på demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet, inkl. multipel sklerose, og perifere demyeliniserende sykdommer, inkl. Guillain-Barré syndrom. Nytte/risiko må derfor vurderes nøye for oppstart med anti-TNF-behandling hos pasienter med eksisterende eller nylig inntruffet debut av demyeliniserende tilstander. Hvis noen av disse sykdommene oppstår skal seponering vurderes. Med unntak av Crohns sykdom er sikkerhet og effekt ved bruk hos pasienter ≤ 17 år ikke tilstrekkelig undersøkt og anbefales derfor ikke. Preparatet er ikke undersøkt hos pasienter < 6 år med Crohns sykdom. Manglende respons på behandling av Crohns sykdom kan indikere en vedvarende fibrotisk striktur som kan kreve kirurgisk behandling. Hos eldre bør det utvises spesiell oppmerksomhet angående risikoen for infeksjon.

Interaksjoner: Sikkerhet og effekt av anakinra brukt i kombinasjon med infliksimab er ikke etablert. Derimot er det sett økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøyotropi ved kombinasjon av annen anti-TNF α -behandling og anakinra, og ingen ytterligere nytte sammenlignet med TNF α -hemmer gitt alene. Kombinasjonen er derfor ikke anbefalt. I kliniske studier har samtidig administrering av TNF-hemmere og abatacept vært assosiert med en økt risiko for infeksjoner, inkl. alvorlige infeksjoner sammenlignet med TNF-hemmere alene, uten økt klinisk nytte. Kombinasjonen av infliksimab og abatacept er ikke anbefalt. Det anbefales at levende vaksiner ikke gis samtidig med infliksimab.

Graviditet/Amning: *Overgang i placenta:* Ingen uventede effekter på utfallet av graviditeten. Infliksimab hemmer TNF α og det er derfor mulig at bruk under graviditet kan påvirke normale immunresponser hos nyfødte. Risiko kan ikke utelukkes pga. begrenset erfaring, og infliksimab er derfor ikke anbefalt under graviditet. Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under og i minst 6 måneder etter siste infliksimabbehandling. *Overgang i morsmelk:* Ukjent, men immunglobuliner skilles ut i melk. Amning frarådes før minst 6 måneder etter avsluttet behandling.

Bivirkninger: *Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):* Gastrointestinale: Magesmerter, diaré, kvalme, dyspepsi. Hjerter/kar: Rødming. Hud: Urticaria, utslett, kløe, økt svetting, tørr hud. Immunsystemet: Serumsykelignende reaksjon. Infeksiøse: Virusinfeksjon (f.eks. influensa, herpesvirusinfeksjon). Lever/galle: Forhøyede levertransaminaser. Luftveier: Infeksjon i øvre og nedre luftveier (f.eks. bronkitt, pneumoni), dyspné, sinusitt. Nevrologiske: Hodepine, vertigo/svimmelhet. Øvrige: Infusjonsrelatert reaksjon, brystsmerte, tretthet, feber. *Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):* Blod/lymf: Nøyotropi, leukopeni, trombocytopeni, anemi, lymfopeni, lymfadenopati, lymfocytose. Gastrointestinale: Divertikulitt, gastroesofageal refluks, forstoppelse, keilit. Hjerter/kar: Forverret hjertesvikt, arytmi, synkope, bradykardi, cyanose, palpitasjon, hypotensjon, perifer iskemi, hypertensjon, tromboflebitt, hematoma, ekkymoser, petekkier, vasospasmer, hetetokter. Hud: Bullos erupsjon, furunkulose, soppdermatitt, onykomykose, eksem, seboré, rosacea, hudpapillom, hyperkeratose, alopesi, abnormal hudpigmentering. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon, lupuslignende syndrom, allergisk luftveissymptom. Infeksiøse: Tuberkulose, bakterielle infeksjoner (f.eks. sepsis, cellulitt, abscesser), soppinfeksjoner (f.eks. kandidose). Kjønnsganer/bryst: Vaginitt. Lever/galle: Kolecystitt, abnormal leverfunksjon. Luftveier: Lungeødem, bronkospasmer, pleuritt, neseblødning. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi, ryggsmerte. Nevrologiske: Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet (multipel sklerose-lignende sykdom). Nyre/urinveier: Pyelonefritt, urinveisinfeksjon. Psykiske: Depresjon, amnesi, agitasjon, forvirring, insomni, sømnløshet, nervøsitet, apati. Undersøkelser: Positiv autoantistoffer, unormal komplementfaktor. Øye: Endoftalmitt, keratitt, konjunktivitt, periorbital ødem, hordeolum. Øvrige: Vanskeligheter sårløsing, reaksjon på injeksjonsstedet, frysninger, ødem, smerte. *Sjeldne ($\geq 1/10\,000$ til $< 1/1000$):* Gastrointestinale: Intestinal perforasjon, gastrointestinal blødning, intestinal stenose. Hjerter/kar: Takykardi, sirkulatorisk svikt. Immunsystemet: Sarkomlignende reaksjon. Lever/galle: Hepatitt. Luftveier: Pleuraleffusjon. Nevrologiske: Meningitt. Svulster/cyster: Lymfom. Øvrige: Granulomatos lesjon. *Svært sjeldne ($< 1/10\,000$), ukjent:* Blod/lymf: Agranulocytose, trombocytopenisk purpura, pancytopeni, hemolytisk anemi, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Pankreatitt. Hjerter/kar: Myokardiskemi/infarkt under eller innen 2 timer etter infusjon, hjertesvikt, perikardeffusjon. Hud: Toksik epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom, debut av eller forverret psoriasis, inkl. pustuløs psoriasis (hovedsakelig i håndflater og fotsåler), erythema multiforme. Immunsystemet: Anafylaktisk sjokk, serumsyke, vaskulitt. Infeksiøse: Opportunistiske infeksjoner (som invasive soppinfeksjoner, f.eks. pneumocystose, histoplasmosis, koksidiomykose, kryptokokkose, aspergilliose og blastomycose; bakterieinfeksjoner, f.eks. atypisk mykobakteriose, listeriose og salmonellose og virale infeksjoner f.eks. cytomegalovirus), parasittinfeksjoner, reaktivering av hepatitt B. Lever/galle: Leversvikt, autoimmun hepatitt, hepatocellulær skade, gulsott. Luftveier: Interstitiell lungesykdom (inkl. raskt progredierende sykdom, lungefibrose og pneumonitt). Nevrologiske: Perifere demyeliniserende sykdommer (slik som Guillain-Barré syndrom, kronisk inflammatorisk demyeliniserende polyneuropati og multifokal motorneuropati), demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet (slik som optikusnevritt), transvers myelitt, krampeanfalle, nevropati, hypoestesi, parestesi. Svulster/cyster: Hepatosplenisk T-cellelymfom (primært hos ungdom og unge voksne med Crohns sykdom og ulcerøs kolitt), non-Hodgkins lymfom, Hodgkins sykdom, leukemi. Øye: Forbigående synstap under eller innen 2 timer etter infusjon. Noen bivirkninger har hatt dødelig utfall.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Enkelt doser < 20 mg/kg har ikke medført toksiske effekter.

Egenskaper: *Klassifisering:* Kimært humant murint monoklonalt antistoff (IgG1). *Virkningsmekanisme:* Binder med høy affinitet til løselige og transmembrane former av TNF α , og hemmer dermed bioaktiviteten til TNF α . Forhøyede konsentrasjoner av TNF α er funnet i leddene til pasienter med revmatoid artritt og korrelerer med økt sykdomsaktivitet. Preparatet gir betydelig reduksjon i det vanligvis forhøyede nivået av serum betennelsesmarkøren C-reaktivt protein (CRP). Behandlingen gir en reduksjon i antall celler som er i stand til å utskille TNF α og interferon- γ , og reduserer infiltrasjon av inflammatoriske celler i det angrepne området samt tilstedeværelse av inflammasjonsmarkører. *Fordeling:* Hovedsakelig vaskulær. *Halveringstid:* 9½ dag.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved 2-8°C. Den rekonstituerte oppløsningen er kjemisk og fysisk stabil i 24 timer i kjøleskap. Oppløsningen inneholder ikke konserveringsmidler, og preparatet bør brukes så snart som mulig innen 3 timer etter blanding og fortynning.

Andre opplysninger: Hvert hetteglass skal tilberedes med 10 ml vann til injeksjon vha. sprøyte med 21 gauge (0,8 mm) eller tynnere nål. Den totale dosen av den tilberedte oppløsningen fortynnes videre med natriumklorid infusjonsvæske 9 mg/ml til 250 ml. Bruk et lavproteinbindende filter (porestr. 1,2 µmeter eller mindre) under infusjonen.

Pakninger og priser: 1 stk. (hettegl.) kr 5607,50. 3 stk. (hettegl.) 16752,60.

Sist endret: 24.05.2011

En ny tid med CT-kolografi!

Av: Anders Drolsum, Oslo universitetssykehus Ullevål

CT-kolografi er nå etablert som en robust metode for påvisning av polypper ≥ 10 mm og cancer (1). I det norske Handlingsprogrammet for kolorectal cancer er CT-kolografi (CTK) anbefalt som alternativ til koloskopi ved oppfølging etter 5 år (2).



Retningslinjer og screening

Nåværende opplæring i CTK tar sikte på gi spesialkompetanse og bedre samhandling med kliniske avdelinger (3). Retningslinjer utarbeidet av en internasjonal konsensusgruppe i radiologi

kan lett tilpasses norske forhold (4). Det er uenighet blant de kliniske grupperingene i USA om CTK kan anbefales for screening på grunn av viss uklarhet om nytteeffektene ved påvisning av ekstrakolisk patologi. Medicare har derfor ikke gitt refusjon for CTK.

I det planlagte screeningprogrammet i Norge er CTK foreløpig ikke vurdert, men det er mulighet for å legge til en ny arm underveis.

Forberedelser

Dagens forberedelse med tømning og tagging av restvæske og føkalia er et steg på veien til en colonundersøkelse uten forhåndstømning. Eldre

og pasienter med redusert allmenntilstand vil med fordel kunne få utført CTK, siden CTK i de fleste tilfeller er skånsom og har svært lav risiko. For denne gruppen kan tagging alene være tilstrekkelig.

Stråledoser

For en screeningpopulasjon er stråledosen ved CTK-ekvivalent med bakgrunnstråling pr. år. De kumulative effektene ved gjentatte kontroller ved 5-10-års intervaller er ikke fullstendig avklart, men faren burde være liten sammenlignet med den økende risikoen for CRC ved stigende alder.

Computer aided diagnosis (CAD)

CAD er basert på deteksjon av polypoide lesjoner og anbefales nå brukt i kombinasjon med vanlig granskningsteknikk. For erfarne radiologer øker sensitiviteten, og man beholder høy spesifisitet (5).

Rapportering

Risikoen for malign utvikling i polypper på 6-9mm er $<1\%$. Anbefalinger for disse små polypene åpner for to strategier siden det naturlige forløpet ikke er tilstrekkelig kjent. Hovedprinsippet er koloskopi ved

påvisning av polypp ≥ 6 mm. Alternativ strategi er CTK etter 3 år ved <3 i antall. For de bittesmå polypene ≤ 5 mm anbefales ingen registrering ved CTK, siden risiko for avanserte adenomer er svært lav (6). Det er derfor viktig at retningslinjer forankres godt lokalt. Med fokus på høy CT-kvalitet, nye algoritmer for CAD og bedre kunnskap om flate polypper, vil CTK kunne detektere disse lesjonene (7).

For pasienter under utredning for CRC vil CTK angi nøyaktig hvor tumor er lokalisert, noe som har fått aktuell betydning ved laparoskopisk reseksjon. For å forenkle tidkrevende disseksjon, vil preoperativ CTK med kartlegging av tumors karforsyning og forstørrede lymfeknuder kunne være til hjelp ved operasjon.

"One stop"

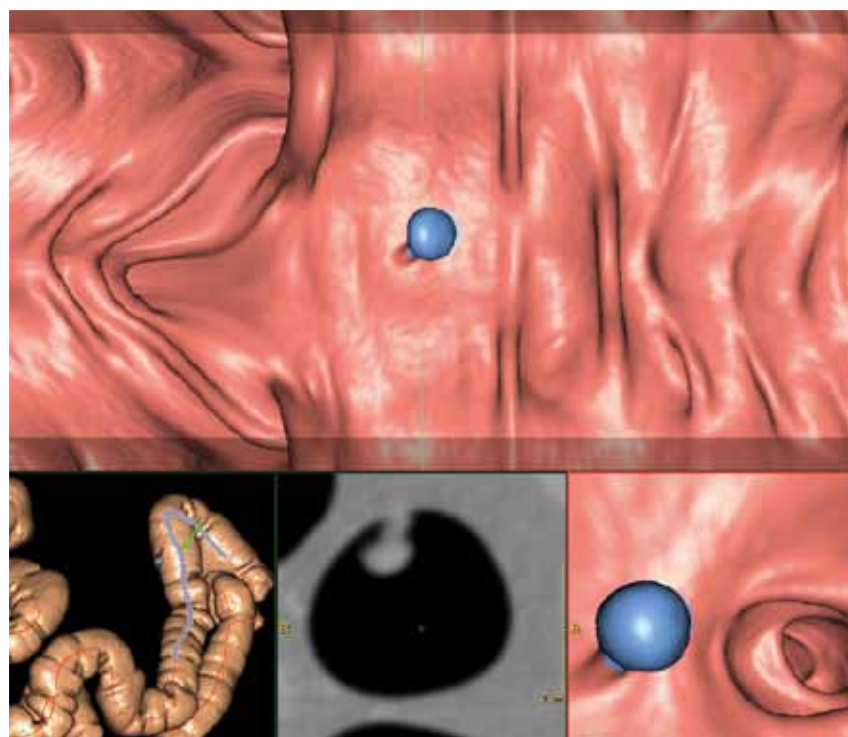
Når man organiserer nye gastroenheter, er det viktig at CTK får en plass i diagnostikk og oppfølging av kolorectal cancer. Som eksempel bør pasienter etter ufullstendig koloskopi kunne komme til samme-dags CTK for å få undersøkt proksimale colon og dermed slippe en ny, anstrengende tarmtømming. Tilsvarende bør pasienter med signifikante funn ved CTK få samme-dags koloskopi til biopsi og polypektomi.

Oppsummering

I planlegging av framtidige gastroenheter bør CT-kolografi få en øket plass i diagnostikk og oppfølging av kolorectal cancer. Et økende samarbeid mellom radiologiske og kliniske avdelinger vil trolig styrke de kolorektale fagmiljøene og bedre pasientbehandlingen ■

Referanser

1. Johnson CD. Accuracy of CT colonography for detection of large adenomas and cancers. *NEJM* 2008;359:1207-17.
2. <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Kreft+i+tykk+tarm+og+endetarm/15+Systematisk+oppf%C3%B8lgning/15.3+Kontrollopplegg>
3. <http://www.radfag.no/>
4. Burling D. CT colonography standards. *International Collaboration for CT colonography Standards. Clin Radiol.* 2010;65(6):474-80.
5. Halligan S. Incremental benefit of computer-aided detection when used as a second and concurrent reader of CT colonographic data: multiobserver study. *Radiology* 2011;258(2):469-76.
6. Hassan C. Systematic review: distribution of advanced neoplasia according to polyp size at screening colonoscopy. *Aliment Pharmacol Ther* 2010.
7. Pickhardt P. Flat colorectal lesions identified at CTC in US screening population. *Acad Radiol* 2010.



4-delt display med 3D - øvre bilde viser virtuell disseksjon av tarmrøret der man kan se både foran og bak folder i en passasje, nede til venstre vises colon oversikt med markør, nede til høyre vises virtuell endoskopi, nede i midten vises 2D snittbilde vinkelrett på lumens senterlinje gjennom stilket polyp. CAD har fargemerket polyp.

Teknikk ved polypektomi

Tekst og bilder: Bjørn Hofstad

Polypektomi er beheftet med komplikasjoner og i internasjonal litteratur forekommer blødning fra < 1 til 3,5% av tilfellene, mens perforasjoner oppstår fra 0,1 til 0,7 %. Mange vil oppleve høyere forekomst enn dette, og det kan reduseres med god teknikk og en forutseende holdning.



Påviste polypper skal generelt fjernes under endoskopien, men ved høy pasientalder og komorbiditet, samt ved polypper som er store (usikkert maligne) eller tallrike, kan polyppen noen ganger vurderes med biopsi i første omgang.

Ved polypektomi er det viktig med godt samspill mellom assistent og endoskopør, i form av klare beskjeder. Når instrumenter, f.eks. slynge eller biopsitang skal føres ut, må skoptuppen være fri i lumen slik at du ser instrumentet komme ut. Hvis man står i vegg med instrumentkanalen, kan redskapen kjøres rett igjennom tarmveggen uten at man merker det. Størrelsen av små og mellomstore polypper avgjøres ofte med å sammenligne med en åpen (ca 7mm) eller lukket (ca 2mm) biopsitang.

Videre håndtering er noe avhengig av størrelsen på polyppene.

Små polypper (<5 mm) kan fjernes med biopsitang, "hot biopsi" eller kald guillotiner (dvs. avriving med slynge uten diatermi). Stor biopsitang vil i de fleste tilfeller være tilstrekkelig og mest praktisk. Med "hot biopsi" anvendes monopolar strøm til biopsitangen. Polyppen gripes med tangen og løftes slik at slimhinnen under danner en pseudostilk. Når man setter på strøm, dannes en liten hvit koagulasjonsrand på det tynneste av denne stilk. Randen skal være tydelig, men kort, da det er perforasjonsfare. Pass på at tangen ikke kommer bort i motsatt vegg og at det ikke er (strømledende) væske opptil polyppen! Risikoen for gjenværende vev er rundt 15-20 % for begge teknikker.

Mellomstore polypper (5-10 mm) fjernes stort sett med slynge. Slingen legges over polyppen og ned til basis. Plastkateteret dyttes inn mot polypp-

basis og slyngen strammes, mens man nøye passer på at den strammer seg over det rette partiet. Hvis hylsen ligger i avstand fra basis når man strammer, vil slyngen lett glipe over polyppen. Prøv å legge slyngen rett under polyppen på bredbasete polypper og på langstilkete polypper litt nedenfor polypphodet. Slyngen strammes til en passe motstand på håndtaket, som styres av assistenten. Draget må være lettere på en tynn stilk for å unngå at den rives av før diatermi settes på. Det tilstrebes en sakte og kontrollert avskjæring. Assistentens drag i polyppen må avpasses etter hvor fort det går, og må ofte være svært lett. Det er imidlertid viktig at det ikke helt stopper opp, for da kan vevet umiddelbart rundt polyppslyngen tørke inn, slik at det ikke leder strøm, og man blir sittende fast. Under diatermibehandlingen må man dra polyppen frem og tilbake i sakte fart ved trange forhold i lumen, for å unngå at en del av polyppen ligger an mot motstående vegg og leder strøm den veien, som vil føre til varmeskade i vegglaget.

Det er ofte tekniske problemer med å få slyngen rundt polyppen og gjennomført en kontrollert avskjæring. Polypper under eller mellom folder, på innsiden av en sving (f. eks. fleksurene) og under trange og svingete forhold, som i sigmoideum og spesielt ved adherenser, kan oversikten være dårlig. Instrumentkanalen ender ut i klokkeposisjon 5 i bildet, og polypper som er i den posisjon i lumen, er lettest å få tak i. Det er mye vanskeligere i klokkeposisjon 12 og nesten umulig i posisjon 8, fordi man totalt mister oversikten, når man prøver å

legge slyngen over polyppen. Det første man gjør er å rotere skopet, slik at polyppen kommer mest mulig i posisjon 5. Det kan ofte bli vanskelig. Hvis man har langt skop i forhold til lokalisasjonen i tarmen, innebærer det slyngedannelse, og man bør prøve å rette ut. Dette vil ofte bedre manøvreringsevnen for bedre skop-posisjon i forhold til polyppen. Det siste man kan prøve er å skifte pasientens leie.

Polypper som ligger i bunnen mellom 2 folder er et spesielt problem. En vanlig slynge vil ofte hvile opp på foldene, og ikke komme ned i bunnen. Da kan en minislynge være redningen. Likeledes kan en mye stivere monofilamentslynge ha evnen til å presse ned foldene. Den sistnevnte kan også brukes å presse ned innsiden av en sving, når polyppen ligger like bak. Noen ganger kan man også løse problemet ved å retrovertere skoptuppen, slik at man møter på polyppen i motsatt retning. Dette gjelder spesielt i rektum inn mot anus og i cøcum bak ileocøkalclaffen eller andre steder i høyre kolon, hvor det er romslige forhold.

Ved **store polypper** (>1 cm) er det oftest basis av en polypp som er avgjørende hvorvidt det er mulig å fjerne endoskopisk en svært stor polypp, og vil i de fleste tilfeller gå greit inntil 2 cm i diameter. Fremgangsmåten vil være noe forskjellig om polyppen er stilket, bredbaset eller avflatet.

Stilkede polypper: Smal basis innebærer sannsynlighet for større kar i stilk, som medfører blødningsfare ved reseksjon. Slyngen legges noen mm



Figur 1. Hot biopsi polypektomi. Polyppen løftes opp til et "tekt" og ved diatermi får man en koagulasjonsrand under polyppen



Figur 2. Mellomstor bredbaset polypp. Polyppen løftes opp for å lage avstand til tarmveggen ved diatermibehandlingen

under polypphodet, hvis slyngen lar seg posisjonere. Man har da god plass til å koagulere vevet under slyngen, uten øket perforasjonsfare. Man bør bruke endocut-funksjon, som pulser mellom kutte- og koagulasjonsstrøm. Hvis det blør i etterkant, har man en stump å ta tak i med slynge, klips eller endoloop.

Karene i en tynn stilk kan med fordel okkuderes i forkant av reseksjonen med klips anlagt på begge sider av stilken. Man kan også legge en strangulerende, kvitterbar slynge (endoloop) nedenfor der man skal gjøre reseksjonen. Endoloop krever noe erfaring av både endoskopør og assistent. Plastmuffen som lukker slyngen er svært treg, slik at man ikke kjenner motstanden når stilken blir strammet til, og man kan oppleve å rive av polyppen i stedet. Man bør tilstrebe at polyppen blir blåfarget, som kan ta litt tid. Det må naturlig nok være så stramt at arteriokkusjon inntreffer. Ellers gir det en falsk trygghet. Endoloop kan vanskelig eller umulig å få over en stor polypp og inn på stilken.

Bredbaserte polypper: I en del tilfeller vil det være fornuftig i første omgang å ta biopsier for å se at det ikke foreligger grov atypi eller malignitet, som vanligvis bør overlates til kirurgisk reseksjon. Når man bestemmer seg for endoskopisk behandling, må man aller først skaffe seg mest mulig oversikt over polyppen, som kan være vanskelig ved de riktig store. Hvis man klarer å gripe over hele polyppen, må man ha en oppfatning om størrelsen på grepet. Assistenten kan angi hvor mye som er i slyngen, ved å se utslaget på håndtaket til polyppslyngen. Dersom utslaget er mer enn forventet, kan det tenkes at man har fått med seg ekstra slimhinne på baksiden av polyppen, hvor man ikke kan se. Man bør da løse slyngen og legge an en ny posisjon over polyppen.

Bred basis mot tarmveggen innebærer øket risiko for perforasjon ved reseksjon, spesielt i cøcum, hvor tarmveggen kan være ned i 1,7 mm i tykkelse. Man bør derfor ved store bredbaserte polypper søke å øke avstanden mellom polypp og tarmvegg med submucosal injeksjon. Vanligst brukes isotont saltvann, men det kan fort absorberes og forsvinne. Dekstran eller PEG-løsning (som brukes til tarmtømming) holder seg adskillig lengre, og aller best er hyaluronsyre, som er betydelig dyrere. Man anvender vanlig injeksjonsnål på 4 mm, og må anlegge en tangentiell vinkel for ikke å gå for dypt. Det er bare ½ mm til submucosa. Slimhinnen begynner å heve seg når man injiserer på rett sted. Mange foretrekker å legge til metylenblått i væsken for å se puten som danner seg, og tillegg med adrenalin kan redusere blødningsfaren.

Hvis man med slyngen får tak i hele polyppen, kan den ofte fjernes i én reseksjon, i hvert fall om man

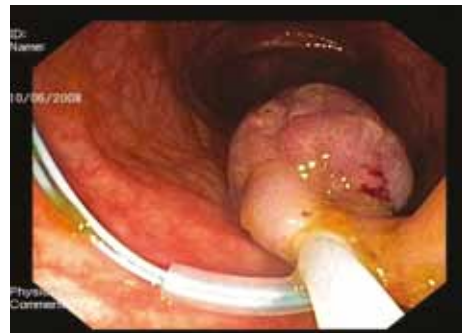


Figur 3. Stilket polypp som er resecert. På forhånd lagt klips fra motsatte sider for å forhindre blødning.

har anlagt en submucosal injeksjon. Man må være oppmerksom på at det er mulig å få inn hele tarmveggen i grepet, spesielt om den er tynn, slik som i cøcum, og man ikke har anlagt en submucosal pute. Det vil lede til perforasjon. Ofte må man gjøre – eller man velger – ved de riktig store polyppene en bit for bit ("piecemeal") reseksjon. Eventuell blødning kan lettere kontrolleres etter hver bit, og man får en lettere oversikt over blødningsrisiko.

Når man er kommet ned til bunnen, vil det ofte ligge litt polyppvev igjen som man ikke får tak i med slynge. Hvis man eksufflerer gassen i lumen, krølles ofte tarmvegg og mucosa seg opp, slik at man lettere kan få tak i en ny bit. Ved mindre oppblåste forhold vil også veggen fortykkes i forhold den utstrukede vegg ved oppblåst tarm. Man kan også oppnå å få tak i mer avflatet polyppvev ved å bruke en monofilamentslynge eller en slynge med mothaker. Ofte vil det være best å avslutte med å brenne med argonplasmakoagulator (APC), en ikke-kontakt-diatermi. Edelgassen argon, som er helt inert, blir her blåst ut gjennom et kateter hvor det på tuppen er en elektrode. Gjennom høyspenning på inntil 5000 V blir gassen ionisert og avgir varme. Effekten blir som en avgrenset, gnistrende "flammekaster", men aldri dypere devitalisering enn 3,5 mm, for da oppstår en ikke-ledende skorpe, som forhindrer videre "antennning". Fordelen blir en avgrenset dybde, slik at man reduserer risiko for perforasjon, men til gjengjeld vil det oftest gjenstå vitalt polyppvev under det diatermibehandlete vevet.

Polypper som er avflatet kan man lettere få tak i ved å bruke på endoskopet en gjennomiktig forsats kalt distalkappe ("cap") på endoskopet og suge polyppvevet inn i denne, slik man gjør ved gummistrikkbehandling av øsofagusvaricer, og deretter legge en slynge rundt. Dette kalles endoskopisk mucosareseksjon (EMR). Det er en viss risiko for å få med seg hele tarmveggen, og derved perforere.



Figur 4. Stilket polypp hvor det er anlagt en endoloop, for å slyngereseceres ovenfor denne.

Flate polypper: Flate adenomer inneholder i større grad grov atypi eller maligne foci. Det kan derfor være spesielt viktig å avklare dette med biopsier før man gir seg i kast med større avflatete polypper. Man vil ofte ikke få tak i polyppen med slynge, mens submucosal injeksjon kan øke muligheten. Likeledes bør man bruke monofilament slynge eller slynge med mothakker. Ofte vil man måtte ty til gjentatte behandlinger med APC.

Ekstensive polypper: Polypper på mange centimeter i diameter, ofte varierende hevet og avflatet, er lite egnet for endoskopisk reseksjon. Det kan være ulike grunner til at man allikevel må prøve seg uten et kirurgisk inngrep. Det er utviklet 2 teknikker for disse, som bare blir kort nevnt. Begge er tidkrevende.

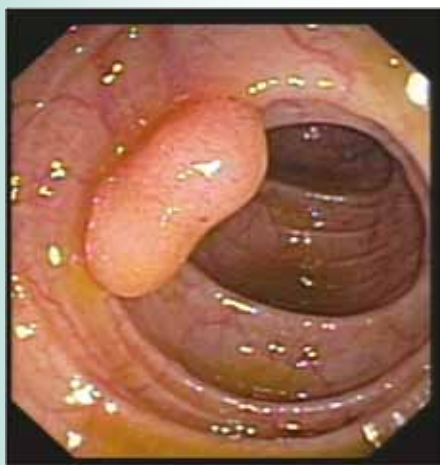
Endoskopisk submukosal disseksjon (ESD) innebærer løfting av polyppen med submucosal injeksjon av hyaluronsyre og nøye disseksjon i submukosnivå med nålepapillotom eller andre spesialutviklede redskaper og bruk av distal hette ("cap") på endoskopet. Det er naturlig nok høy perforasjonsrisiko, selv i øvede hender, og teknikken har vært lite eller ikke praktisert i Norden, best utviklet i Japan. Teknikken kan fjerne store flater på over 10 cm "en bloc".

Transanal endoskopisk mikrokirurgi (TEM), kan fjerne tilsvarende polypper i rektum via stivt endoskop med god kontroll under disseksjonen, som også kan gjøres fullveggs nedenfor omslagsfolden. Dette praktiseres på noen få steder i Norge ■

Oppfølging etter fjerning av kolorektale polypper

Av: Espen Thiis-Evensen, Seksjon for fordøyelsessykdommer, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, OUS, Rikshospitalet

En stor del av kolonoskopiundersøkelsene som gjøres ved norske sykehus er kontroller etter tidligere påviste adenomer. Mange har nok en noe overdreven frykt for malignitetspotensialet til disse lesjonene og setter opp for hyppige og for mange endoskopikontroller. Mye skopikapasitet kan trolig frigjøres ved å følge retningslinjene skissert under.



En stor andel av kolorektale krefttilfeller regner man med utvikles via molekylærgenetiske endringer i adenomer. Denne utviklingen tror man kan ta fra 2-3 til 15 år. Kun et fåtall av adenomene vil utvikle seg til et karsinom. Per i dag har man ikke ved å myse på polyppen under endoskopien avgjøre om den vil utvikle seg til et karsinom. Man fjerner derfor alle polypper man møter. Evnen til å generere adenomer varier. Dersom man først har påvist et adenom hos en person, er sjansen stor for at det skal utvikles nye. Særlig regner man at risikoen er stor, relativt risiko ca 1,7, for å utvikle nye adenomer i forhold til dem som ikke har adenomer, dersom det er påvist tre eller flere adenomer og/eller det er påvist et adenom større enn 9 mm og/eller personen er over 60 år (1). Det er publisert retningslinjer for endoskopikontroller etter funn av adenomer. Vi har de norske fra 1996(2). Etter hvert har man kommet til at disse var litt for restriktive med å anbefale kontroll, og de anbefalte tidsintervallene til kontroll var kan hende noe i det lengste laget. De europeiske (3) og de amerikanske (4) retningslinjene er svært like. Det er verdt å merke seg at i disse retningslinjene medfører ethvert

funn av adenom indikasjon for kontroll. I de norske måtte det påvises minst 3 adenomer før kontroll ble anbefalt. Selv uten funn ved kontrollkolonoskopien er det ifølge disse retningslinjene indikasjon for ytterligere kontroller. Her anbefales norske klinikere å bruke sunn fornuft.

Tilrådingene i retningslinjene forutsetter at kolonoskopien er av høy kvalitet, dvs. at tømningen er god og hele kolorektum er undersøkt. Det settes ingen aldersgrense for hvem som skal kontrolleres, amerikanerne sier dog at hos personer med mindre enn 10 års forventet levetid, bør klinikerens vurdering om kontrollene kan avsluttes.

Hyperplastiske polypper

Funn av mange hyperplastiske polypper er assosiert med øket risiko for å danne adenomer. Ifølge de amerikanske retningslinjene er det ikke indikasjon for kontroll utover kolonoskopi hvert 10. år dersom det finnes færre enn 10 hyperplastiske polypper (og ingen adenomer).

		Tid til kontrollskopi	
		Europa (3)	USA (4)
Lavrisikoadenomer	<3 adenomer <10 mm Ingen 1. grads slektning med CRC	5 år	5-10 år*
Høyrisikoadenomer	> 3 adenomer >10 mm > 25% villøse komponenter Høygradig dysplasi	3 år**	3 år
Adenom inkomplett fjernet, inkludert "piecemeal"-fjerning		< 1 år	2-6 mnd.
Flere enn 10 adenomer			< 3år
Normal kontrollskopi****		6 år	10 år***
* USA: Ved familiær belastning ktr. etter 5 år.			
** Etter fjerning av bredbaserte adenomer > 2-3 cm bør det gjøres kontrollskopi hver 3-6 mnd. da det ofte utvikler seg karsinomer selv om adenomet synes å være resesert.			
*** I USA anbefales alle regelmessig kolonoskopi hvert 10. år etter fylte 50 år.			
**** Dersom polypper ikke påvises i en kontrollskopi			

I disse retningslinjene medfører ethvert funn av adenom indikasjon for kontroll

De europeiske anbefaler ikke kontroll ved funn av færre enn 5 hyperplastiske polypper på under 10 mm i diameter. Ved funn av flere enn 5 og/eller større enn 9 mm, anbefales kontroll etter 5 år. Ved hyperplastisk polypose (>5 polypper proksimalt for sigmoideum, minst 2 av disse større enn 9 mm, eller uansett antall hos personer med 1. grads slektninger med hyperplastisk polypose eller > 30 hyperplastiske polypper uansett størrelse) bør kolonoskopi gjøres årlig.

Sagtakkede ("serrated") adenomer

De amerikanske retningslinjene anbefaler å oppfatte disse som vanlige adenomer.

Familiær belastning

Det finnes egne retningslinjer for oppfølging av pasienter med familiær adenomatøs polypose (FAP) og hereditær non-polypose kolorektal kreft (HNPCC) (5) ■

Referanser

1. de Jonge V, Sint Nicolaas J, van Leerdam ME, et al. Systematic literature review and pooled analyses of risk factors for finding adenomas at surveillance colonoscopy. *Endoscopy*. 2011 Jul;43(7):560-72.
2. Hoff G, Sauar J, Hofstad B, Vatn MH. The Norwegian guidelines for surveillance after polypectomy: 10-year intervals. *Scand J Gastroenterol*. 1996 Sep;31(9):834-6.
3. Arditì C, Gonvers JJ, Burnand B, et al; EPAGE II Study

Group. Appropriateness of colonoscopy in Europe (EPAGE II). *Surveillance after polypectomy and after resection of colorectal cancer*. *Endoscopy*. 2009 Mar;41(3):209-17.

4. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology*. 2008 May;134(5):1570-95.

5. Balmaña J, Castells A, Cervantes A; ESMO Guidelines Working Group. Familial colorectal cancer risk: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2010 May;21 Suppl 5:v78-81.

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
Fås på alle apotek
(varenummer 903679)
Selges også direkte i større kvanta.

www.lab-tech.no

Endoscopic image studies of the colon and rectum

Av: Edgar Jaramillo¹, Shoichi Saito².

¹Department of Gastroenterology, Ersta Hospital, Stockholm, Sweden.

²Department of Endoscopy, The Jikei University School of Medicine, Tokyo, Japan.

Corresponding author: edgar.jaramillo@erstadiakoni.se



Edgar Jaramillo



Shoichi Saito

During colonoscopy, when confronted with a finding in the colon or rectum the endoscopist must rapidly make a presumptive diagnose in order to provide the best treatment to the patient. This requires a good knowledge of the colorectal pathology to accurately interpret the different types of lesions that may be encountered. High-resolution endoscopy aided by NBI and chromoscopy gives us a clear image making this interpretation easier. The final decision may be to give immediate endoscopic treatment or to refer the patient for advanced endoscopic therapy or surgery.

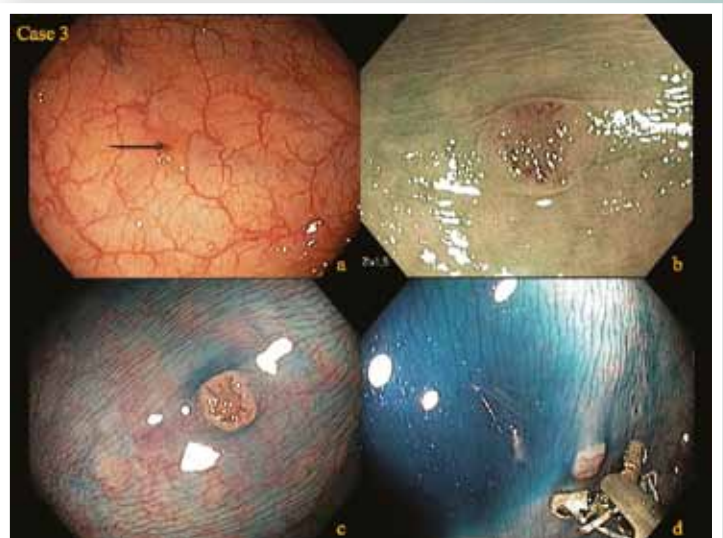
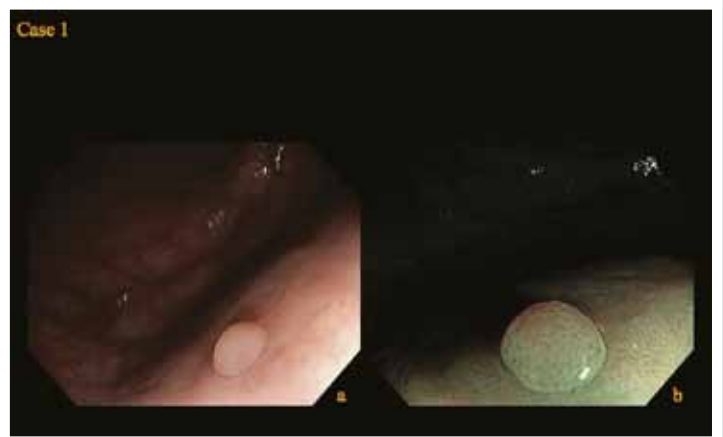
Here we are presenting some few cases, commonly observed during colonoscopy.

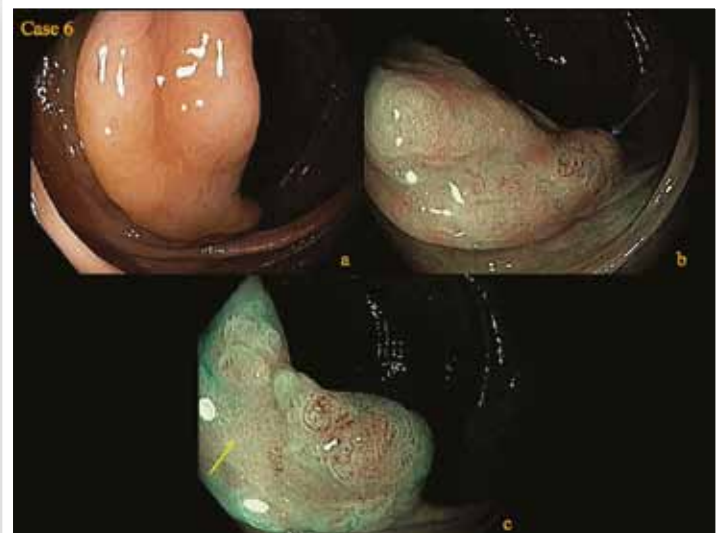
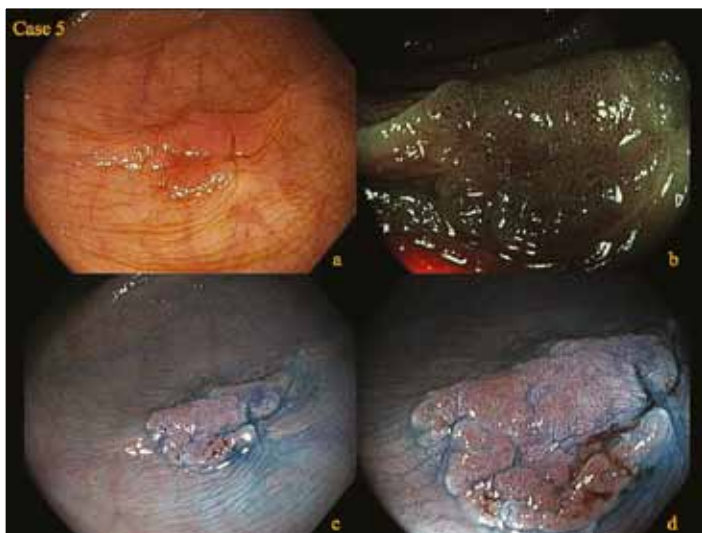
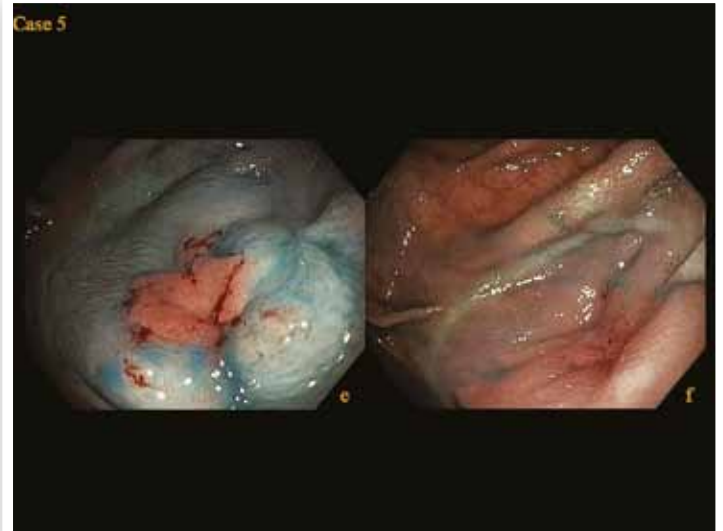
Case 1

- a.** A small hyperplastic polyp of the rectum with a typical dome-shaped and pale appearance.
- b.** No clear visible vessels are seen under NBI. No endoscopic treatment is required.

Case 2

- a.** In the descending colon a small polyp with a pale appearance is observed under white light.
- b.** NBI demonstrates an adenomatous pattern with linear-shaped openings of the crypts (IIL pit pattern) as frequently seen in small adenomas. This lesion can easily be treated with a biopsy forceps.





Case 3

- a.** A small reddish area (arrow) is seen in the transverse colon.
- b.** Under NBI a well-delimited dark brown spot (suggesting increased angiogenesis) is observed.
- c.** Chromoscopy reveals a depressed type (IIc) neoplastic lesion with scalloped and well demarcated borders.
- d.** An opened forceps is used to make obvious the small size of the lesion. This IIc lesion has a high risk of becoming invasive, but due to its small size it can easily be treated by several endoscopic methods including biopsy forceps, hot biopsy but preferably mucosectomy.

Case 4

- a.** A small elevated lesion is observed in the sigmoid colon near a diverticulum.
- b-c.** Close-up view under white light and NBI reveal concentric folds surrounding the lesion. No clear

vascular pattern is seen under NBI. **d.** Chromoscopy displays a lesion with the same appearance as the surrounding normal mucosa depicting a normal *areae colonicae*. An everted diverticulum is diagnosed.

Case 5

This patient was referred to our unit at Ersta for further endoscopic treatment. At previous endoscopy a reddish area was observed in the transverse colon and multiple biopsies were taken revealing a tubular adenoma with low grade dysplasia.

- a.** Under white light a flat lesion (IIa) with scarring was detected.
- b.** NBI shows a regular vascular network with mild dilatation of capillaries indicating a non-invasive neoplastic pattern.
- c-d.** Under chromoscopy several scars within and outside the lesion are evident and a type IIIIL pit pattern compatible with adenoma is observed.
- e-f.** Mucosectomy was attempted by injecting hypertonic saline in to the submucosal space but

due to the scarring a proper lift was not achieved. Endoscopic treatment had to be postponed and the patient rescheduled. The lesion was finally resected by endoscopic submucosal dissection.

Case 6

- a.** A thickened fold is observed in the ascending colon.
- b.** NBI shows multiple dilated but regularly distributed crypt openings at the upper left and a darkened area with increased vascularity at the lower right (arrow).
- c.** Close-up view of the darkened area under NBI demonstrates an adenomatous pattern. A scar after previous biopsy is obvious. Dilated glands are seen below the scar (arrow). A sessile serrated polyp with adenomatous changes was diagnosed. Sessile serrated polyps with adenomatous changes can rapidly undergo malignant transformation and endoscopic treatment is therefore mandatory ■

Tilgjengelig nå!



NYHET **VICTRELIS**[®]
boceprevir, MSD

Victrelis er indisert for behandling av kronisk hepatitt C (CHC) genotype 1-infeksjon, i kombinasjon med peginterferon alfa og ribavirin hos voksne pasienter med kompensert leversykdom, som ikke tidligere er behandlet eller som ikke har respondert på tidligere behandling.

Før forskrivning av Victrelis[®], se preparatomtalen



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, Telefon 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no.
Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. 06-2013-VIC-2011-SCAN(NO)-5443-J

c Victrelis 200 mg «MSD»

Antiviralt middel.

ATC-nr.: ennå ikke tildelt

T KAPSLER, harde 200 mg: Hver kapsel inneholder 200 mg, laktosemonohydrat 56 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult og rødt jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Behandling av kronisk hepatitt C (CHC) genotype 1-infeksjon, i kombinasjon med peginterferon alfa og ribavirin hos voksne pasienter med kompensert leversykdom, som ikke tidligere er behandlet eller som ikke har respondert på tidligere behandling. **Dosering:** Behandling bør initieres og overvåkes av lege med erfaring fra behandling av hepatitt C. Gis i kombinasjon med peginterferon alfa og ribavirin (standardbehandling). Må ikke administreres i fravær av peginterferon alfa og ribavirin. Preparatomtalene for peginterferon alfa og ribavirin må konsulteres før behandlingsstart. Bør ikke brukes av pasienter med «Child-Pugh» score >6 (klasse B og C). Anbefalt dose er 800 mg 3 ganger daglig tatt sammen med mat. Maks. daglig dose er 2400 mg. Behandlingsvarighet iht. retningslinjene «Response Guided Therapy» (RGT) hos pasienter uten cirrhose som ikke tidligere er behandlet eller som ikke har respondert på tidligere behandling med interferon og ribavirin:

	Vurdering (HCV-RNA-resultater)		Tiltak
	Ved behandlingsuke 8	Ved behandlingsuke 24	
Tidligere ubehandlede pasienter	Ikke-detekterbar	Ikke-detekterbar	Behandlingsvarighet = 28 uker. Standardbehandling i 4 uker, deretter trippelbehandling (peginterferon alfa og ribavirin + Victrelis) i 24 uker.
	Detekterbar	Ikke-detekterbar	Behandlingsvarighet = 48 uker. Standardbehandling i 4 uker, deretter trippelbehandling i 32 uker etterfulgt av 12 uker standardbehandling.
Pasienter som ikke har respondert på tidligere behandling	Ikke-detekterbar	Ikke-detekterbar	Behandlingsvarighet = 48 uker. Standardbehandling i 4 uker, deretter trippelbehandling i 32 uker etterfulgt av 12 uker standardbehandling.
	Detekterbar	Ikke-detekterbar	

Regler for seponering: Hepatitt C-virus ribonukleinsyre (HCV-RNA)-verdier ≥ 100 IE/ml ved uke 12: Avslutt trippelbehandlingen. Bekreftet detekterbar HCV-RNA ved uke 24: Avslutt trippelbehandlingen. **Cirrotiske pasienter og null-responder:** Anbefalt behandlingsvarighet er 48 uker: 4 uker standardbehandling + 44 uker trippelbehandling. Etter de første 4 ukene med peginterferon alfa og ribavirin bør trippelbehandlingen ikke være kortere enn 32 uker. Ved bivirkninger (spesielt anemi), kan det vurderes å gi kun peginterferon alfa og ribavirin de siste 12 ukene istedenfor trippelbehandling. Dersom en pasient har en alvorlig bivirkning, bør peginterferon alfa- og/eller ribavirindosen reduseres. Se preparatomtalen for peginterferon alfa og ribavirin for ytterligere informasjon. Det er ikke anbefalt å redusere dosen av Victrelis. Dersom man går glipp av en dose og det er <2 timer til det er tid for neste dose, bør den glemte dosen utelates. Hvis det er ≥ 2 timer til det er tid for neste dose, bør den glemte dosen tas sammen med mat og deretter fortsettes det normale doseringsregimet. **Barn:** Sikkerhet og effekt hos barn <18 år er ikke fastslått. **Eldre:** Ikke tilstrekkelig data fra personer ≥ 65 år, men klinisk erfaring har ikke vist responsforskjeller mellom eldre og yngre pasienter. **Administrering:** Tas sammen med mat (fullt eller lett måltid). Administrering uten mat kan føre til effektreduksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Autoimmun hepatitt. Samtidig administrering av legemidler som er sterkt avhengig av CYP 3A4/5 for eliminering, og hvor for høyede plasmakonsentrasjoner er forbundet med alvorlige og/eller livstruende bivirkninger. F.eks. oralt administrert midazolam og triazolam, bepridil, pimoziid, lumefantrin, halofantrin, tyrosinkinasehemmere og sekalealokolider (ergotamin, dihydroergotamin, ergonovin, metylegonovin). Graviditet. Se preparatomtalen for peginterferon alfa og ribavirin for ytterligere informasjon. **Forsiktighetsregler:** Anemi: Anemi er rapportert ved standardbehandling før uke 4. Tillegg av Victrelis til standardbehandling er forbundet med en ytterligere reduksjon i Hb-konsentrasjonen på ca. 1 g/dl ved uke 8. Fullstendig blodtelling bør utføres før behandling, i uke 4, uke 8 og deretter når klinisk hensiktsmessig. Dersom Hb er <10 g/dl kan det være hensiktsmessig å igangsette anemi behandling. Se preparatomtalen for ribavirin for informasjon om dosereduksjon og/eller opphold eller seponering av ribavirin. **Nøytropeni:** Trippelbehandlingen resulterer i høyere forekomst av nøytropeni. Frekvensen av alvorlige eller livstruende infeksjoner ser ut til å være høyere hos de som fikk Victrelis. Nøytrofiltallene bør evalueres før behandlingsstart og deretter jevnlig. **Kombinert bruk sammen med peginterferon alfa-2a sammenlignet med alfa-2b:** Kombinasjonen Victrelis og peginterferon alfa-2a og ribavirin er assosiert med høyere forekomst av nøytropeni og infeksjoner enn kombinasjonen Victrelis og peginterferon alfa-2b og ribavirin. Det gjenstår å fastsette den optimale behandlingen av null-responderne. Victrelis må ikke brukes alene pga. den høye sannsynligheten for økt resistens uten anti-HCV-kombinasjonsbehandling. Det er ukjent hvilken effekt behandling med Victrelis vil ha på aktiviteten til senere administrerte HCV-proteasehemmere, inkl. gjenopptatt behandling med Victrelis. Sikkerhet og effekt av Victrelis alene eller i kombinasjon med standardbehandling til behandling av kronisk hepatitt C genotype 1-infeksjon, er ikke fastslått hos pasienter med samtidig hiv-infeksjon eller hepatitt B-virus (HBV)-infeksjon og HCV, hos pasienter som har gjennomgått transplantasjon av lever eller andre organer, eller hos pasienter som ikke har respondert på tidligere behandling med Victrelis eller andre HCV-proteasehemmere. Sikkerhet og effekt av Victrelis alene eller sammen med peginterferon alfa og ribavirin til behandling av andre kronisk hepatitt C-genotyper enn genotype 1 er ikke fastslått. Forsiktighet skal utvises hos pasienter med risiko for forlenget QT-intervall (medfødt forlenget QT-intervall, hypokalemi). Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer som galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Behandling med Victrelis i kombinasjon med peginterferon alfa og ribavirin kan påvirke noen pasienters evne til å kjøre bil og bruke maskiner. Det er rapportert tretthet, svimmelhet, synkope, blodtrykkssvingninger og tåkesyn. **Interaksjoner:** Legemidler som hovedsakelig metaboliseres av CYP 3A4/5 kan få forlenget terapeutisk effekt eller økning i bivirkninger. Boceprevir er et P-gp og brystkreft-resistent protein (BCRP)-substrat in vitro. Inhibitorer av disse transportproteinene kan potensielt øke boceprevirkonsentrasjonen. Den kliniske betydningen av disse interaksjonene er ukjent. Metaboliseres delvis av CYP 3A4/5. Samtidig administrering med CYP 3A4/5-induktorer eller -hemmere kan øke eller redusere eksponering for Victrelis. Samtidig bruk av potente CYP 3A4-induktorer (rifampicin, karbamazepin, fenobarbital, fenytoin) anbefales ikke. Kan administreres sammen med aldehydetoksikasehemmere. Samtidig bruk med rifampicin eller krampestillende legemidler (som fenytoin, fenobarbital eller karbamazepin) kan redusere plasmakonsentrasjonen av boceprevir signifikant. Kombinasjon med disse legemidlene anbefales derfor ikke. Forsiktighet bør utvises ved bruk av preparater som forlenger QT-intervallet, slik som amiodaron, kinidin,

metadon, pentamidin og enkelte nevroleptika. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk med ketokonazol eller triazolderivater (itakonazol, posakonazol, vorikonazol). Dosejustering er ikke nødvendig for boceprevir eller tenofovir ved samtidig bruk. Plasmakonsentrasjoner av boceprevir ble redusert ved samtidig administrering med efavirenz. Klinisk betydning er ukjent. Teoretisk forventes ikke kombinasjonene boceprevir og hiv-proteasehemmere/ritonavir eller boceprevir og raltegravir å gi klinisk signifikante interaksjoner. Det er imidlertid viktig å følge nøye med der kombinasjonene brukes. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av drospirenon. Alternativ prevensjon bør vurderes. Forsiktighet bør utvises ved predisposisjon for hyperkalemi, og hos pasienter som tar kaliumsparende diuretika. Nøye klinisk overvåking for respiratorisk depresjon og/eller forlenget sedasjon bør utføres ved samtidig administrering med intravenøse benzodiazepiner (alprazolam, midazolam, triazolam). Dosejustering av benzodiazepiner bør vurderes. Terapeutisk legemiddelmonitorering anbefales ved samtidig administrering med CYP 3A4/5-substrater med smalt terapeutisk vindu (f.eks. tacrolimus, ciklosporin, simvastatin, atorvastatin, metadon). Enkelte pasienter kan ha behov for tilleggstillsetning av immunsuppressiver, statiner eller metadon når Victrelis-behandling startes eller avsluttes, for å sikre klinisk effektive blodverdier. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Kombinasjon med peginterferon alfa og ribavirin er kontraindisert hos gravide. Ingen data på bruk hos gravide. Pasienter som behandles og deres partnere må bruke 2 effektive antikonsepsjonsmetoder. Se preparatomtalen for ribavirin og peginterferon alfa for ytterligere informasjon. **Overgang i morsmelk:** Utskilles i melk hos rotter. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Fordelene av amning for barnet må vurderes opp mot fordelene av behandling for moren, før det besluttes om amningen skal opphøre eller om behandlingen med Victrelis skal avsluttes/avstås fra. **Bivirkninger:** Hyppigst rapportert er tretthet, anemi, kvalme, hodepine og dysgeusi. Den vanligste årsaken til dosereduksjon er anemi. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Blod/lymfe: Anemi, nøytropeni. Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast, munntørhet, dysgeusi. Hud: Alopesi, tørr hud, kløe, utslett. Luftveier: Hoste, dyspné. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Angst, depresjon, søvnløshet, irritabilitet. Stoffskifte/ernæring: Redusert appetitt, vektreduksjon. Øvrige: Asteni, frynsninger, tretthet, feber, influensaliknende sykdom. **Vanlige ($\geq 1/100$ til <1/10):** Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Endokrine: Struma, hypotyreooidisme. Gastrointestinale: Abdominal smerte, inkl. smerte i øvre abdomen, forstoppelse, gastroesofageal reflukssykdom, hemoroider, abdominalt ubehag, abdominal utspilling, anorektalt ubehag, aftøs stomatitt, leppebetennelse, dyspepsi, flatulens, glossodyn, sår i munnhulen, oral smerte, stomatitt, tannlidelser. Hjerne/kar: Palpitasjoner, hypotensjon, hypertensjon. Hud: Dermatitt, eksem, erytem, hyperhidrose, nattesvette, perifere ødemer, psoriasis, erytematøst utslett, flekkete utslett, makulopapuløst utslett, papuløst utslett, kløende utslett, hudskader. Infeksiøse: Bronkitt, cellulitt, herpes simplex, influensa, soppinfeksjon i munnhulen, sinusitt. Kjønnsganer/bryst: Erekttil dysfunksjon. Luftveier: Neseblødning, nesetetthet, smert-er i svelget, tette luftveier, tette bihuler, hvesende pust. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, smerter i ekstremiteter, muskelspasmer, muskelsvakhet, nakkesmerter. Nevrologiske: Hypoestesi, parestesier, synkope, hukommelsestap, oppmerksomhetsforstyrrelser, hukommelsesforstyrrelser, migrene, parosmi, tremor, vertigo. Nyre/ur-inveier: Pollakiuri. Psykiske: Følelsesmessig ustabilitet, agitasjon, libidoforstyrrelser, humørforandringer, søvnforstyrrelser. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, hyperglykemi, hypertriglyseridemi, hyperurikemi. Øre: Tinnitus. Øye: Tørre øyne, retinaeksdud, tåkesyn, synsforstyrrelser. Øvrige: Ubehag i brystet, brystmerter, utilpasshet, følelse av at kroppstemperaturen endres, tørre slimhinner, smerte. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til <1/100):** Blod/lymfe: Hemoragisk diatese, lymfadenopati, lymfopeni. Endokrine: Hypertyreooidisme. Gastrointestinale: Smerte i nedre abdomen, gastritt, pankreatitt, anal kløe, kolitt, dysfagi, misfarget avføring, hyppig avføring, blødninger fra tannkjøttet, smerter i tannkjøttet, gingivitt, tungebetennelse, tørre lepper, svelgesmerter, proktal-gi, rektal blødning, hypersekresjon av spytt, sensitive tenner, misfarging av tungen, sår på tungen. Hjerne/kar: Takykardi, arytmi, unormal hjertelyd, økt hjerterytme, kardio-vaskulære lidelser, dyp venetrombose, rødming, blekhhet, perifer kaldhet. Hud: Fotosen-sibilitetsreaksjon, sår i huden, urticaria. Infeksiøse: Gastroenteritt, pneumoni, stafy-lokokkinfeksjon, candidiasis, øreinfeksjon, soppinfeksjon i huden, nasofaryngitt, on-ykomykose, faryngitt, luftveisinfeksjon, rinitt, hudinfeksjon, urinveisinfeksjon. Kjønnsgan-er/bryst: Amenoré, menoragi, metroragi. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Luftveier: Smerte i brysthinnen, lungeemboli, tørr hals, dysfoni, økt sekresjon fra øvre luftveier, blæredannelse i svelget. Muskel-skjelettsystemet: Muskel-/skjelettsmerter, inkl. i bryst-et, arttritt, hevelse i ledd. Nevrologiske: Perifer nevropati, kognitiv lidelse, hyperestesi, sovesyke, tap av bevissthet, mentale forstyrrelser, nevralgi, presynkope. Nyre/urinveier: Dysuri, nokturni. Psykiske: Aggresjon, drapstanke, panikkanfall, paranoia, stoffmis-bruk, selvmordstanker, unormal oppførsel, sinne, apati, forvirringstilstand, endringer i mental status, rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Hypokalemi, appetittforstyrrelser, diabe-tes mellitus, podagra, hyperkalsemi. Øre: Døvhhet, øreubehag, nedsatt hørsel. Øye: Retinal iskemi, retinopati, unormal følelse i øyet, konjunktival blødning, konjunktivitt, øyesmerter, øyekløe, øyehvelse, øyelokksdud, økt tåreflo, okular hyperemi, foto-fobi. Øvrige: Unormal følelse, svekket helingsvne, ikke-kardiale brystmerter. **Sjeldne ($\geq 1/10\,000$ til <1/1000):** Blod/lymfe: Hemolyse. Gastrointestinale: Nedsatt bukspytt- kjertelfunksjon. Hjerne/kar: Akutt hjerteinfarkt, atrieflimring, sykdom i koronararteriene, perikarditt, hjertesekkeffusjon, venetrombose. Immunsystemet: Sarkoidose, ikke-akutt porfyri. Infeksiøse: Epiglotitt, otitis media, sepsis. Kjønnsganer/bryst: Aspermatisme. Lever/galle: Kolecystitt. Luftveier: Lungefibrose, ortopné, respirasjonssvikt. Nevrolo-giske: Cerebral iskemi, encefalopati. Psykiske: Bipolar lidelse, selvmord, selvmords-forsøk, hørshellusinasjon, synshallusinasjon, psykiatrisk svekkelse. Vulst/er/cyster: Neoplasmer i skjoldkirtelen (noder). Øye: Papillødem. **Overdosering/Forgiftning:** Daglige doser på 3600 mg er tatt av friske frivillige i 5 dager, uten uheldige sym-ptomatiske effekter. **Behandling:** Generelle støttende tiltak, inkl. overvåking av vitale tegn og observasjon av pasientens kliniske status. Intet spesifikt antidot. **Egenskaper:** **Klassifisering:** HCV NS3-proteasehemmer. **Virkningsmekanisme:** Bindes til det NS3-proteaseaktive bindingssetet (Ser139) og hemmer virusreplikasjon i HCV-infiserte vertsceller. Hos tidligere ubehandlede pasienter og pasienter som ikke har respondert på tidligere behandling, viser tillegg av boceprevir til peginterferon og ribavirin en signifikant økning i varig virusrespons. **Absorpsjon:** Median T_{max} på 2 timer etter oral administrering. Steady state AUC, C_{max} og C_{min} øker mindre enn doseproporsjonalt og individuell eksponering overlapper betydelig på 800 mg og 1200 mg, noe som tyder på redusert absorpsjon ved høyere doser. Akkumulering er minimal og farmakokinetisk steady state oppnås etter ca. 1 dag ved dosering 3 ganger daglig. Må øker eksponer-ingen av boceprevir med opptil 60% ved doser på 800 mg 3 ganger daglig. Biotilgjeng-eligheten er uavhengig av måltidstypen (f.eks. mye fett/lite fett). **Proteinbinding:** Ca. 75% etter en enkeltdose på 800 mg. **Fordeling:** Gjennomsnittlig tilsynelatende distri-busjonsvolum (Vd/F) ca. 772 liter ved steady state. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig plasmahalveringstid ca. 3,4 timer. Gjennomsnittlig total clearance (Cl/F) ca. 161 liter/ time. **Metabolisme:** Hovedsakelig i lever. **Utskillelse:** Etter en oral enkeltdose utskilles ca. 79% og 9% hhv. i feces og urin, hvor hhv. ca. 8% og 3% uforandret. **Pakninger og priser:** 336 stk. kr 32868,40. **Sist endret:** 24.08.2011

Folketrygden yter stønad til legemidler ved allmennfarlige smittsomme sykdom-mer etter §4.

Før forskrivning av Victrelis®, se preparatomtalen



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, Telefon 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no.

Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved.

UEGW 2011 i Stockholm

Tekst: Roald Flesland Havre og Kim V. Ånonsen
Bilder: Kim V. Ånonsen

Vertskap for den europeiske gastrokongressen var i år Stockholm. Veien var kort og mange nordmenn hadde funnet veien. Den industrisponsede norske aftenen lokket de aller fleste til en felles arena med hyggelig sosialt samvær. Det faglige programmet var meget spennende. Flere norske leger fikk fortjent oppmerksomhet.



Kristin Kaasen Jørgensen fikk gjev pris for beste abstrakt.



Dobbelt prisvinner Geir Larsson.



Ellen Melsom og Ingrid Berset på plass på i Stockholm.

Stockholmsmässan har dimensjoner som gjør at den kan romme store kongresser. Det var oversiktlig og korte avstander mellom gode forelesningslokaler. Nytt av året var at man ved hjelp av en applikasjon til mobiltelefon, kunne stille spørsmål ved utvalgte sesjoner. Det var en liten nedgang i antall deltakere fra fjorårets møte i Barcelona, men med 12.266 registrerte deltakere var det selvfølgelig folksomt.

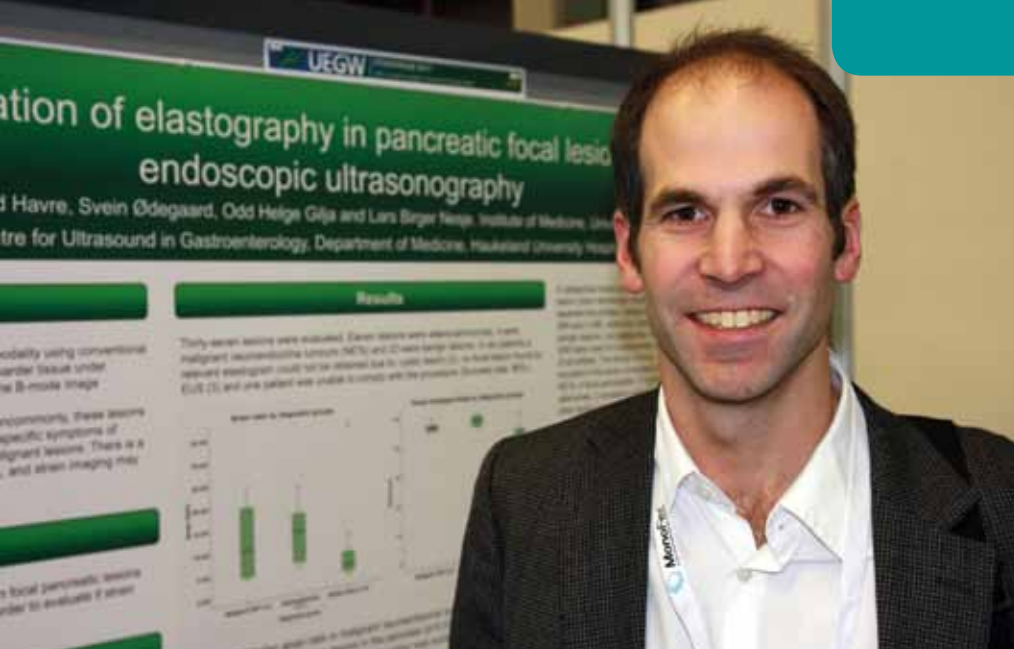
Norske prisvinnere

Riskshospitalets Kristin Jørgensen ble spesielt verdsett ved årets møte da hun sammen med fire andre internasjonale forskere ble belønnet med "UEGW Top Abstract Prize Winner" på € 10.000 for sitt arbeide "Colorectal neoplasia in patients with primary sclerosing cholangitis undergoing liver transplantation; a nordic multicenter study". Geir Larsson fra Unger-Vetlesens Institutt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus ble tildelt ASNEMGEs National Scholar Award og fikk pris for sin poster "Faecal/serum calprotectin ratio significantly differentiates between intestinal and pulmonary tuberculosis". Likeledes ble Roald Havres poster tildelt Top Poster-sløyfe for "Quantification of elastography in pancreatic focal lesions using endoscopic ultrasonography". Poster-standen var blant dem som var utstyrt med en interaktiv video-presentasjon – nytt av året. Det var selvfølgelig mange norske bidrag, men alle kan ikke trekkes frem.

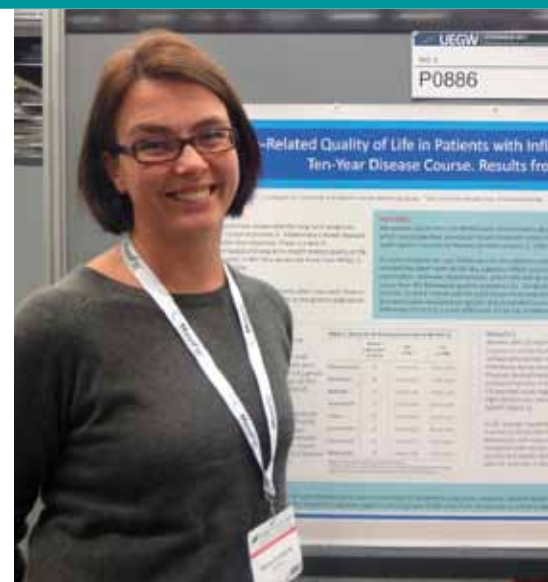
Faglig program

Her følger noen inntrykk fra sesjonene om cystiske pankreaslesjoner og pankreascancer fra Roald Havre fra Haukeland: Cystiske lesjoner i pankreas oppdages i større grad enn før som tilfeldige funn. Nicholas Carroll (UK) snakket om hvordan man kan benytte endoskopi og EUS for nærmere diagnostikk. Hovedgangs-IPNM gir oftest en påvirkning på pankreasgangen mellom lesjonen og papillen. Den vil ofte være uregelmessig dilatert. Ofte vil man se tykk mucinøs væske ved inspeksjon av papillen. Sidegangs-IPMN gir sjelden påvirkning av hovedpankreasgangen, men man kan se dilaterte sideganger som man vanligvis ikke ser i en frisk pankreas. I noen tilfeller kan man se avgang fra hovedgang til sidegangen, men dette tror jeg er et heldig unntak, som gjør seg på konferanse...

Videre er det forskning som sikter mot å finne flere molekulære forskjeller mellom IPMN og pankreascancer både på protein- og gennivå. Finnålsaspira-



Prisvinner Roald Havre fra Haukeland.



Marte Høivik.



Viggo Skar og Arnold Berstad har vært på kongress før.



Norsk aften i Stockholm.

sjoner fra cystiske lesjoner kan gi informasjon om cystens innhold er mucinøst eller serøst; dette er ofte nyttig. Sammen med tumormarkøranalyse av CEA kan dette påvirke om man velger kirurgi eller avventende strategi. Konfokal mikroskopi med laserprobe som passerer i en 19G FNA-nål er ventet å komme på markedet i løpet av noen måneder. Cellvizio heter produktet som er en laserprobe. Da kan man visualisere cellene på innsiden av en pankreascyste in vivo. Metoden er i dag i bruk for vurdering av dysplasi ved bl.a. Barretts øsofagus og ved stenoser i galleveiene ved ERCP. Metoden krever nok en del trening i denne formen for celleavbildning, og det kan være aktuelt å samarbeide med patologi i starten.

Nye behandlingsstrategier for pankreascancer

Fase 3-studier med en kombinasjonsbehandling med oxaliplatin, irinotecan, fluorouracil og leukovorin (Folfox) viser betydelig bedre resultater på overlevelse enn Gemcitabine hos pasienter med

metastatisk pankreascancer. Median progresjonsfri overlevelse var hhv 6.4 og 3.3 måneder. Det er noe mer bivirkninger med Folfox, men livskvalitets-skåring etter 6 måneder viser betydelig bedre resultater enn for Gemcitabine. Dette er bl.a. vist i en multisenterstudie (N Engl J Med 2011; 364:1817-1825). Dette sammen med flere resultater ble presentert av P. Ganeh, UK.

Heat shock-protein 70

Heat shock-protein 70 (HSP70) ser ut til å ha en cellebeskyttende effekt og redusere omfanget og sekvele av akutt pankreatitt. Det det kan virke som HSP70 har en viktig funksjon i å redusere apoptose. Denne mekanismen kan være gunstig ved pankreatitt, men fremme tumorvekst. Celler fra maligne pankreassvulster har ofte en svært høy ekspresjon av HSP-reseptor, som kan være en nøkkel til at de unnslipper apoptose. Ved å hemme reseptor for dette proteinet har man ved Minnesota University klart å vise at pankreassvulster på tumormodeller i mus

slutter å vokse, og i mange tilfeller forsvinner, etter denne behandlingen. Triptolide som finnes naturlig i planten *Tripterygium wilfordii* er en spesifikk HSP70 inhibitor som induserer apoptose i celler med høyt antall HSP70 reseptorer (A. Saluja, US).

NGF-nytt inviterer kolleger til å bidra med oppdateringer fra konferanser. Denne gang ble flere uformelt invitert til å bidra med materiale fra UEGW. Hvis du ønsker å videreformidle nyheter til kolleger gjennom NGF-nytt, ta kontakt med redaksjonen. Prognosen for å se like mange nordmenn på neste års kongress i Amsterdam er dessverre dårlig. Det er nødvendig å komme frem til en snarlig løsning for reisestøtte til internasjonale kongresser, men i dagens økonomiske klima i helsevesenet synes ikke løsningen helt nær. Kongressene er en helt nødvendig arena for faglig oppdatering ■



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

Leverserter på Ullevål - hepatologi i tverrfaglig kontekst

Tekst: Zbigniew Konopski. Bilde: Kim V. Ånonsen, redaksjonen

Leverseksjonen ble flyttet fra Aker til Ullevål 17.01.2011. Dette skjedde etter en lengre planlegging og faglig enighet mellom gastromiljøene på begge sykehus. Sammenslåing av disse miljøene, som i utgangspunktet har hatt noe ulik faglig profil, har resultert i dannelsen av en faglig sterk gastroenterologisk avdeling med egen enhet for lever-sykdommer. Seksjonen satser på et tett samarbeid med resten av gastromiljøet i avdelingen, men også på et tverrfaglig samarbeid med andre avdelinger innen OUS som vist på Fig. 1.

Leger og sykepleiere

Personalressurser knyttet til leverenheten består av 2 overleger, 1 lege i D-stilling, LIS-lege ved sengeposten samt flere sykepleiere med hepatologisk kompetanse. Den hepatologiske kompetansen blant sykepleiere er nå godt utnyttet på poliklinikken, hvor sykepleiere følger opp pasienter med HBV/HCV-infeksjoner, assisterer ved leverbiopsier og ascitestapping samt koordinerer forskningsprosjekter. Elastografi ved bruk av FibroScan blir nå også utført av sykepleiere.

Levertun

Enheten har nå sin egen sengepost bestående av 6 sengeplasser. Sykepleiere på denne posten har bredt fokus på ulike hepatologiske problemstillinger. Vi satser stort på kontinuerlig heving av kompetansen hos alle sykepleiere som jobber der.

Hepatologiske prosedyrer

Prosedyrer som vi hepatologer anvender i vårt daglige, kliniske arbeid har etterhvert blitt helt nødvendige redskap for komplett hepatologisk diagnostikk og behandling:

- Transabdominal ultralyd
- Kontrastforsterket ultralyd (CEUS)
- UL-veiledet leverbiopsi
- Elastometri (Fibroscan)
- Paracentese: diagnostisk og terapeutisk
- Venesection
- Endoskopi (gastroskopi, ERCP)
- Hepatic venous pressure gradient (HVPG)
- Transjugular leverbiopsi
- Transjugulær portosystemisk shunt (TIPS)

Leverpoliklinikken

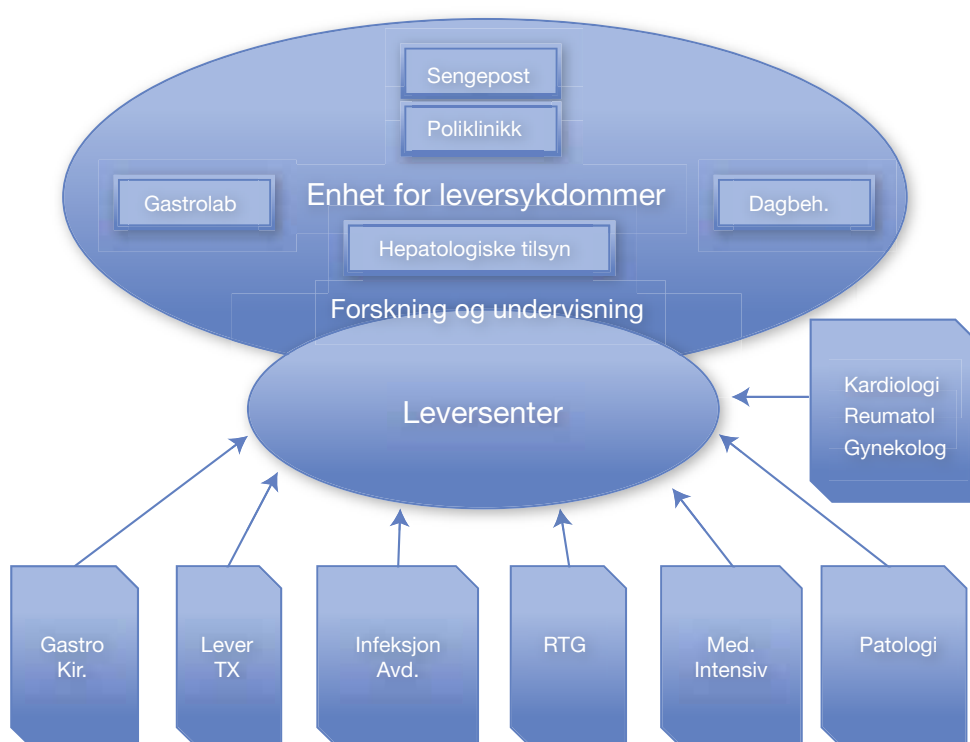
Ved Ullevål tilstreber vi en effektiv, hepatologisk konsultasjon der vi disponerer følgende:

- Resultat av blodprøveanalyser tatt før konsultasjon (diverse utredningspakker)
- Elastometri (FibroScan)
- Ultralyd av lever, eventuelt kontrastforsterket

Leverbiopsier og gastroskopier utføres av hepatologer i samarbeid med sykepleiere ■



Leverseksjonen ved John Willy Haukeland, Hans Lannerstedt og Zbigniew Konopski.





Gastronet kvalitetsikringsprogram

NYHETSREV NR 4, 2011

Kvalitetsregisterets mål er å forbedre kvaliteten på endoskopier og forskning og publisasjon 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.

Besøk oss på:

www.kreftregisteret.no/gastronet

Henvendelser til:

siv.furholm@kreftregisteret.no

BRUK VÅRE NETTSIDER. DE ER DIN RESSURS!

Gastronet nettsider

www.kreftregisteret.no/gastronet

På nettsidene finner du svar på det meste om Gastronet.

Uten å logge deg inn, kan du lese generell informasjon. Du finner en kort oversikt over hvem som rapporterer til Gastronet, mål og utvikling, en oversikt over nøkkelpersoner med kontaktinformasjon og en liste over publikasjoner gjort med Gastronetdata.

Sammenlign deg selv med andre

Når data for hvert år er gjort opp, legges resultatfilene tilgjengelig på påloggingsdelen av nettsiden, under overskriften resultater. Her finner du senteridentifisert informasjon slik at du kan sammenligne ditt senter med andre. Du finner også anonymiserte rapporter for bruk i presentasjoner. Gastronet er basert på deltakerens lojalitet og det er ikke kutyme å bruke senteridentifisert data utad. Her ligger også personrapporter hvor hver deltaker er identifisert med et nummer. Du må kontakte sekretariatet (Geir Hoff) for å få tilsendt personlig id-nummer, slik kan du sammenligne deg selv med andre.

Praktisk informasjon

Viktig informasjon for leger og sykepleiere som rapporterer til Gastronet finnes i påloggingsdelen. Her finnes veiledninger, siste skjemaversjon, FAQ, etc. Logg deg på, les og bli trygg på hvordan du fyller ut skjemaene. Til hjelp med utvikling av endoskopivirksomheten kan du bruke rapportene, referatene og årsmeldingene.

Brukernavn og passord fås ved henvendelse til Siv Furholm eller Geir Hoff.

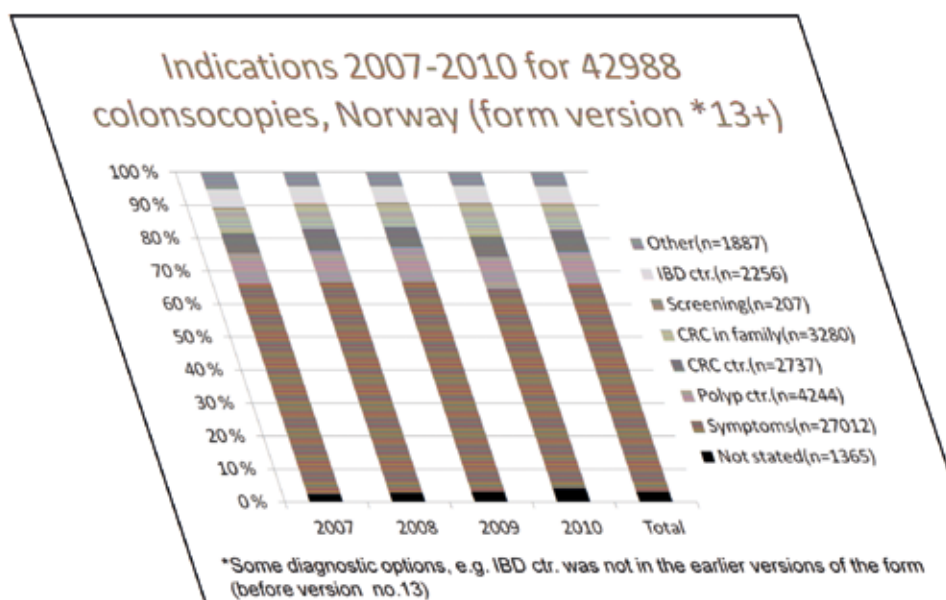
Gastronet er opprettet på initiativ fra skopørene som et verktøy til egevaluering og utvikling. Den enkelte skopør oppfordres til å diskutere sine resultater med nærmeste foresatte på arbeidssstedet. Gastronet er Norsk Gastroenterologisk Forenings offisielle kvalitetsikringsplattform.

Hvordan fylle ut koloskopi og ERCP skjema:

Registreringsdefinisjonene finner dere ved å logge dere inn og lese veiledningene. Disse kan printes ut og brukes som mal. Feilregistrering gir uriktige data. Vi understreker viktigheten av at alle leser veiledningene og bruker registreringsdefinisjonene til enhver tid.

Tydelig skrift og nøyaktig avkrysning hjelper sekretariatet og minsker det manuelle arbeidet ved skanning av skjemaene.

MÅNEDENS GRAF



FØRSTE DISPUTAS SOM UTGÅR FRA GASTRONET BLIR 27. JANUAR 2012.

Birgitte Seip, overlege ved gastromedisinsk seksjon i Vestfold skal da forsvare sin avhandling "Improving the quality of gastrointestinal endoscopy services – A study of the Norwegian quality assurance programme for gastrointestinal endoscopy (Gastronet)".

Komiteen består av Roland Valori (UK), Gro Jamtvedt (Kunnskapssenteret) og Arild Nesbakken, Universitetet i Oslo

Birgitte Seip har i mange år arbeidet på Sykehuset i Telemark og har vært stipendiat knyttet til Gastronet fra 2006 til 2010. Studiene i avhandlingen er basert på Gastronetdata som alle deltagesykehusene i Gastronet har samlet inn. Artiklene er blitt skrevet i tett samarbeid med medforfattere fra Gastronet. Disse prosessene har vært både inspirerende og lærerike for stipendiaten.

Vi håper at mange finner veien til disputasen som utgår fra Universitetet i Oslo og som vil finne sted i Oslo. Gastronet og stipendiaten vil sørge for lett bevertning etter disputasen.

REFERAT FRA ARBEIDSMØTE

Referat fra Gastronet arbeidsmøte ved Bærum sykehus den 9. november 2011 ligger på nettsiden.

SAMMENLIGN DATA FOR DITT SENTER MED ANDRE

Resultater for de ulike sentrene over tid finnes nå på nettsiden. Her finner du også preliminare data for 2011. Logg deg på og se under overskriften resultater.

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.

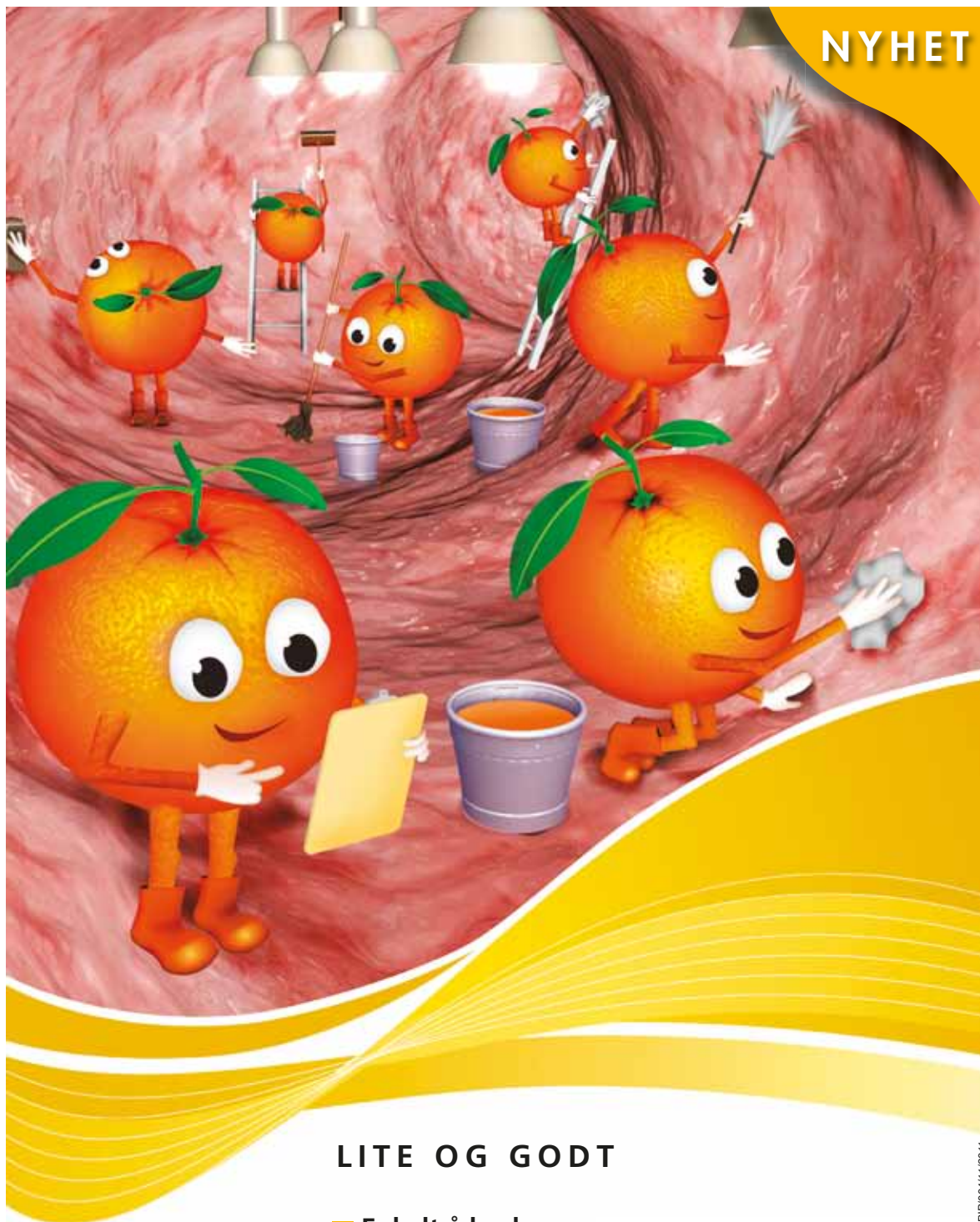
Alle medarbeidere med adgangstillatelse kan se bildene sammen med journalen fra en hvilken som helst PC på sykehuset.




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



NYHET



LITE OG GODT

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

Godt dokumentert:
Ca. 20 mill. behandlinger

**Billigere enn kopien
-samme pris i alle apotek**



**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 tømmingseffekten 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, abdominal myk, 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, hjertesvikt 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), krampor, forvirret tilstand. Stoffskifte/ernæring: Hyponatremi med/uten assosierte krampor, 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. Magnesiumsulfat 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.

Ferring Legemidler AS

Postboks 4445 Nydalen, 0403 Oslo. Tlf. 22 02 08 80

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

FERRING
PHARMACEUTICALS

Vestlandsk gastroforum høsten 2011

Tekst: Kim V. Ånonsen, redaksjonen

Vestlandsk gastroforum har lange tradisjoner. Det første møtet ble arrangert tilbake i 1982. Den gang var møteserien et samarbeidsprosjekt mellom gastroenterologer og endokrinologer, men det er nå et møte om fordøyelsessykdommer. Professor Svein Ødegaard har naturligvis vært med fra begynnelsen.

Høstens møte i Vestlands gastroforum (VGF) hadde omtrent 50 påmeldte som fikk servert et variert faglig program. En rekke forskningsprosjekter formidlet status, og det var flere spennende materialer som ble presentert. NGF-nytt deltok på fredagens program. Effekt av krillolje på en rotter som var påført kolitt ble presentert av Tor Grimstad fra SUS. Av nasjonal interesse er det at man har startet implantasjon av gastric pacemaker ved Haukeland universitetssykehus – presentert av Erik Sæfteland. Praksisen er helt i startgropen, men aktuelle pasienter finnes over det ganske land. Jon Arne Søreide gjennomgikk et retrospektivt materiale på øsofagusperforasjoner. Dag Hoem og Asgaut Viste hadde gjort opp data fra pancreaskirurgien ved Haukeland. Flere prosjekter var på gang, bl.a. lokal, tumorrettet frisetting av cytostatika. Cystiske svulster i pancreas ble grundig omtalt. Tom Glomsaker presenterte og ledet diskusjon om Gastronet-tall for komplikasjoner ved ERCP.

Lørdagen var blant annet viet ultralydundersøkelser av pancreas, både transabdominalt, peroperativt og med elastografi. Overvektskirurgien ved sykehusene på Voss og i Førde hadde en egen sesjon.

Møtet var preget av en lett tone og gode diskusjoner. Dette er en møteform som er viktig for gastromiljøene. Det finnes heldigvis tilsvarende fora i flere av regionene ■



Deltagere på fredagens forelesning.



Svein Ødegaard fortalte historien om gastrointestinal EUS i Norge.



2011 Advances in Inflammatory Bowel Diseases i Miami, Florida

En personlig reiseberetning

Tekst: Stephan Brackmann og Vemund Paulsen

2011 Advances in Inflammatory Bowel Diseases, kongressen til den Amerikanske Crohn's and Colitis Foundation, fant som vanlig sted i Miami fra torsdag 30. november til lørdag 4. desember. I motsetning til tidligere var det denne gangen en stor norsk delegasjon på ca. 50 mennesker som tok flyet over Atlanterhavet til den siste firmaorganiserte og -finansierte reise til et utenlandsk møte. Kongresshotellet lå i strandkanten i "Hollywood", ca. 40 minutter nord for Miami downtown.

Kontrasten til det man reiste fra i Norge kunne ikke ha vært større. Bølgeskulp på sandstrand, sol og palmer, 24 °C i luften og i vannet. Det eneste som minnet om at det snart var jul igjen, var svulmende julesanger som ustanselig ble spilt i alle offentlige rom.

Ryktene forteller at norske gastroenterologer er godt over gjennomsnittlig fysisk spreke. Dette stemmer trolig, og ble bekreftet ved at mange av deltakerne ble observert løpende barbert i vannkanten idet solen sto opp over horisonten. Man lengtet ikke umiddelbart hjem i bølgene etter løpeturen!

Den første delen av kongressen omhandlet nasjonal helsepolitikk og -økonomi. Mange valgte i stedet å bruke tiden på nærmeste shoppingsenter. Stort, sånn som alt i USA. Humøret var på topp i vår reisegruppe da den "lille" salaten én i gruppen hadde bestilt til lunsj ble plassert foran henne på bordet. Den var så høy som en julekranssekake! Enkel espresso fantes det heller ikke. "It's double or nothing", kommenterte servitrisen kort og bestemt. Dette ble vårt motto for reisen. Det var jo siste gang. Double or nothing, altså.

Stemningen i reisegruppen var veldig bra. Ikke alle kjente hverandre fra før, enda de fleste hadde vært aktive overleger i Norge i mange år. En av kveldene





dro vi til en sushibar. Den lå litt avsides til. Da vi ankom stedet, snudde taxi sjåføren seg rundt til oss og spurte med et tvilende uttrykk: "Did somebody recomend this to you?". Utsiden virket nokså spooky, innsiden var av enkel standard med amerikansk respatex-sjarm. Sjappa var stappfull med lokale folk, noe som ofte er et kvalitetstegn. Stemningen var livlig og glad. Det japanske ølet var av første klasse. Sushien fortreffelig. Vi ble oppstemte, snakket om alt mulig, etter hvert om forskning. EU-søknad i Nord. Helse Sør-Øst-penger i Sør. Kombinere postdoc med klinisk stilling? Forskning som en vanlig del av sykehushverdagen? Integrere prosjekter i det løpende kliniske arbeidet? Motivere og inkludere en hel avdeling, poliklinikk, gastrolab i pasientrekruttering, og datainnsamling? For mange en umulighet, og heller ikke ansett som en nødvendighet. Forskningsaktivitet burde få DRG-poeng, har noen sagt. Da hadde dette endret seg fort.

Selve kongressen var som tidligere designet med parallelle vitenskaplige og kliniske sesjoner. Mange av de best kjente IBD-størrelsene holdt sine innlegg. Det kom ikke sensasjonelle nyheter, men mange av de store kliniske spørsmålene ble belyst med gode debattinnlegg av pro/con-typen, og deltakerne ble holdt våkne med interaktive avstemninger, gjerne kasuistikkbaserte. Det er interessant å merke seg at 25 % av deltarne foreslår å starte rett på kombinasjonsbehandling (TNF- α -blokker og im-

munosuppressiv behandling) hos en ung kvinne med nyoppdaget terminal ileitt og CDAI-score på 93 (altså som ved inaktiv Crohns sykdom). Den vitenskapelige delen omhandlet genetikk, sykdomsmekanismer, ikke minst vekselspillet mellom tarmslimhinnens immunsystem og mikrobiota. En hel ettermiddag ble viet dyremodeller. Foredragene var av blandet kvalitet. Slett ikke alle innlegg hadde "Digestive-Disease-Week finish".

Et av de sosiale høydepunktene var "Nordisk aften". Det var en lystig forsamling med både norske og noen danske og finske kollegaer. Morten Vatn holdt takk for maten-talen med noe alvor: Gravøl for kongressreiser med industrien. Slutt på Aker sykehus... Men stemningen kom seg igjen med den obligatoriske

vitsen i slutten av talen. Ved siden av Morten satt Jouni Silvenuoinen, tidligere president i den finske gastroenterologiske forening. Det måtte derfor nødvendigvis bli en Vodka-vits. Alle lo. Etter maten ble det mix og mingel, prate med kjente kollegaer og blir kjent med nye.

Vi returnerer nå hver til vårt, faglig oppdaterte og med toppladede batterier. Og så var det enda en gang en berikelse å ha blitt kjent med kollegaer som jobber "like ved", men som man av en eller annen grunn aldri har sett før. Jeg tror at en undervurderer den positive ringvirkningen av slik nettverksbygging. Å møte ukjente kollegaer kan bli vanskelig i fremtiden hvor den eksterne organiseringen på tvers av fylkesgrensene faller bort. Reisegruppene vil mest sannsynlig bestå av personer som er i bekjentskapskretsen fra før. Dette bør vi gjøre noe med. Norsk aften må bestå videre. Mer enn noensinne. Double or nothing! ■



NYHET!

ASACOL®

mesalazin



Ved forverring kan dosen økes til 4,8g/dag¹

Produktinformasjon Asacol® mesalazin.

Tillotts Pharma AB, Sverige. ATC-nr: A07E C02 Antiinflammatorisk middel. Reseptgruppe C. ENTEROTABLETTER 400 mg og 800 mg: Mesalazin. 400 mg, eller 800 mg, const. et color q.s. Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E172). **REKTALVÆSKE, suspensjon 10 mg/ml:** Mesalazin. 1 g, const. q.s., aqua purif. ad 100 ml. **STIKKPILLER 500 mg:** Mesalazin. 500 mg, adeps solid. q.s. **Indikasjoner:** *Enterotabletter:* Ulcerøs kolitt. Crohns sykdom og proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. *Rektalvæske:* Ulcerøs proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. *Stikkpiller:* Ulcerøs proktitt hos pasienter som ikke tåler sulfasalazin. **Dosering:** *Enterotabletter: Svelges hele.* Dosering bør tilpasses sykdommens alvorlighetsgrad og toleranse. Vedlikeholdsbehandling: 1600 – 2400 mg/dag fordelt på 2–3 doser. Ved forverring kan dosen økes til 4800 mg. *Rektalvæske:* Et klyster, å 100 ml rektalvæske, gis hver kveld før sengetid. Dosen bør beholdes i tarmen i 8 timer. Behandlingens varighet er vanligvis 3–6 uker, men avhenger av symptomer og sigmoidoskopske funn. *Stikkpiller:* Normaldose er 1 stikkpille 2 ganger pr. døgn, som kan økes til 3 ganger daglig ved vanskelige tilfeller eller ved forverring av sykdommen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for salisylater, mesalazin eller et eller flere av hjelpestoffene. *Stikkpiller og rektalvæske:* Økt blødningstendens. Akutt duodenal- og ventrikelsår. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet bør utvises ved nedsatt lever- eller nyrefunksjon, alvorlig allergi eller astma. Dersom sulfasalazin har gitt alvorlige bivirkninger, som kan være forårsaket av salisylat bør man være spesielt oppmerksom ved ev. bytte til Asacol. Alvorlig diaré er sett etter så vel sulfasalazin som etter mesalazin. Ved langtidsbehandling bør nyrefunksjonen kontrolleres regelmessig. *Enterotabletter:* Erfaringer fra behandling av barn mangler. *Rektalvæske og stikkpiller:* Erfaringer fra behandling av barn under 5 år finnes ikke. **Interaksjoner:** *Enterotabletter:* Bør ikke tas sammen med laktulose eller andre midler som har pH-nedsettende effekt på tykktarmen, ettersom tablettenes oppløsning kan påvirkes. *Rektalvæske og stikkpiller:* Interaksjon med følgende legemidler kan ikke utelukkes: Kumin, probenecid, sulfonylurea-antidiabetika, spironolaktin og furosemid. **Graviditet/amming:** *Graviditet:* Klinisk erfaring er begrenset. Resultat fra dyreforsøk er ufullstendige og preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet. *Amming:* Mesalazin passerer over i morsmelken, men risiko for påvirkning på barnet synes usannsynlig med terapeutiske doser. **Bivirkninger: Mesalazin gir sjelden bivirkninger ved lokalbehandling. Vanligst er hodepine og gastrointestinale forstyrrelser. *Vanlige (>1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme, magesmerter, luftplager, diaré. Hud: Urticaria, eksantem. Øvrige: Hodepine, lokal irritasjon i endetarmen ved rektal applikasjon. *Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100):* Hud: Pruritus, dermatitt, fotosensibiliseringsreaksjon. Øvrige: Feber. *Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000):* Blod/**

lymf: Agranulocytose, aplastisk anemi, hemolytisk anemi, leukopeni, trombocytopeni. Hjerne/kar: Myokarditt og perikarditt. Hud: Erythema multiforme og Stevens-Johnsons syndrom. Lever/galle: Forhøyede leverenzymverdier, hepatitt. Luftveier: Interstitielle lungeforandringer, pleuritt. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Nevrologiske: Nevropati, muskelkramper. Nyre/urinveier: Hematuri, nefritt, nyresvikt, nefrotisk syndrom. Øvrige: Brystsmerter, tretthet/letargi. Håravfall, akutt pankreatitt. **Overdosering/forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger A07E C02, side 35 d i Felleskatalogen 2010.

Pakninger og priser:

Enterotabletter:		
400 mg:	100 stk. (blister)	kr 431,40
800 mg:	60 stk. (blister)	kr 517,70
Rektalvæske:	7x100 ml (flaske)	kr 272,40
Stikkpiller:	60 stk.	kr 424,30

Refusjon: *Enterotablett: Refusjonsberettiget bruk:* Crohns sykdom og proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Ulcerøs kolitt. *Rektalvæske: Refusjonsberettiget bruk:* Ulcerøs proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. *Stikkpille 1 g: Refusjonsberettiget bruk:* Behandling av aktiv ulcerøs proktitt. *Refusjonskode: ICPC: Asacol Enterotabletter:* D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). *Asacol Rektalvæske, D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). Asacol Stikkpille 1 g: D94 Ulcerøs proktitt (-). ICD Asacol enterotabletter:* K50 Crohns sykdom (-), K51 Ulcerøs kolitt (-), *Asacol rektalvæske:* K51 Ulcerøs kolitt (-) *Asacol stikkpille 1 g:* K51.2 Ulcerøs (kronisk) proktitt (-).

Sist endret: 12.01.2011

Ytterligere produktinformasjon rekvireres hos Tillotts Pharma AB, telefon +46 8 704 77 40, faks +46 8 704 77 49.
e mail: info@tillottsnordic.com, www.tillottsnordic.com

1. Preparatomtale Asacol 400 mg / 800 mg NO – godkjent 21. desember 2010



ZERIA GROUP

TILLOTTS PHARMA

Tillotts Pharma AB

Gustavslundsvägen 135, S-167 51 Bromma, Sweden. Phone +46 8 704 77 40, info@tillottsnordic.com www.tillottsnordic.com

Cand.med. Gerd Tranø ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Det medisinske fakultet, forsvarte sin avhandling for graden ph.d. (Philosophiae doctor) den 21. oktober 2011:

"Familial colorectal cancer"



Denne studien har vist at kunnskap og oppmerksomhet om familær (arvelig) tykktarm- og endetarmskreft (Colorectal cancer (CRC)) er mangelfull blant kirurger som behandler pasienter med denne diagnosen.

De kliniske kriterier som er internasjonalt anerkjent for å identifisere pasienter med arvelig CRC, spesielt Lynch' syndrom (Amsterdam II-kriteriene (AMII) og reviderte Bethesda-retningslinjer (RBG)), var dårlige på å identifisere pasienter som får CRC på bakgrunn av LS, samt LS-familier. For den gruppen av pasienter som ble klassifisert som arvelig CRC (samt for pasienter og familier med LS) var det en overhyppighet av høyresidig CRC, synkron CRC (flere svulster samtidig), tidligere CRC eller visse andre kreftformer sammenlignet med pasienter som utvikler en tilfeldig (sporadisk) CRC. Det var et uventet funn at ung alder ved diagnose ikke var hyppigere i pasient-gruppen med arvelig CRC sammenlignet med de sporadiske. Studien er basert på systematiske intervju av 562 ikke-selekterte, fortløpende inkluderte CRC pasienter om forekomst av CRC og andre kreftformer i deres familier. Alle svulster ble undersøkt med utvidet histologi, som inkluderte spesifikke celletyper som er rapportert å være hyppig forekommende ved LS. 316 svulster ble også undersøkt med molekylærgenetiske metoder (MSI, BRAF-analyser og

metylering av *MLH1* genet). 490 pasienter var i stand til å gi en familiehistorie som gjorde det mulig å klassifisere pasientene som arvelig eller sporadisk CRC. Alle relevante medisinske data ble hentet fra pasientjournaler.

Den første delstudien viste at kun 31% av pasientene hadde familieopplysninger i journalen, og at ingen pasienter ble tilbudt henvisning til genetisk veiledning på bakgrunn av familieopplysninger som ga mistanke om arvelig CRC. I studien tilfredsstilte 2,8% av pasientene kriteriene for AMII og 26% kriteriene for RBG. Konklusjonen er at det er manglende oppmerksomhet om arvelig CRC, og at pasientene ikke henvises til genetisk veiledning.

I den andre delstudien sammenlignet vi resultatene når pasientene på den ene side er klassifisert etter AMII og RBG, og på den annen side klassifisert på grunnlag av molekylærgenetiske analyser som er utarbeidet for å identifisere LS. Dersom man forutsetter at de molekylærgenetiske metodene har høy nøyaktighet, var AMII og RBG ikke gode nok til å identifisere mulig LS i denne studien. Konklusjonen er at de molekylærgenetiske testene sannsynligvis er den best egnede metode til å identifisere mulig LS, og at alle CRC pasienter bør få tilbud om slik testing.

I den tredje delstudien ble alle pasienter klassifisert som enten arvelig eller sporadisk CRC ut fra familiehistorie. Pasientene ble karakterisert på grunnlag av alder, kjønn, tidligere CRC eller annen kreft. Svulstene ble klassifisert etter standardiserte metoder (TNM), og utvidet histologi ble gjort på alle svulster. 316 svulster fra 490 pasienter ble molekylærgenetisk analysert. Vi fant at høyresidige, synkrone CRC og metakrone (tidligere) CRC eller LS-assosierte svulster var assosiert med familær CRC. Det var uventet at vi ikke fant noen aldersforskjell i de to gruppene. Konklusjonen på denne delstudien er at familieutredning er viktig for å identifisere pasienter og familiemedlemmer som kan ha en arvelig form for CRC.

Det overordnede mål i avhandlingen har vært å undersøke hvordan kirurger som behandler CRC-pasienter på en bedre måte kan identifisere pasienter som bør henvises til genetisk utredning.

Cand.med. Johannes E. Roksund Hov ved Institutt for klinisk medisin, UiO, forsvarte sin avhandling for graden ph.d. (Philosophiae doctor) den 20. sep. 2011 15:00:

"Functional genetics in primary sclerosing cholangitis: studies of the bile acid receptor TGR5 and genes in the HLA complex."



I en ny avhandling studeres hvordan gener i immunsystemet og galleomsetningen kan bidra til alvorlig gallegangssykdom. Primær skleroserende cholangitt (PSC) er en kronisk betennelsestilstand i gallegangene som fører til leversvikt og er den vanligste årsaken til levertransplantasjon i Norge. Man har ingen effektiv medisinsk behandling, og mekanismene som fører til PSC er nærmest ukjente. En tendens til familær opphopning taler for at genetikk spiller en rolle. I avhandlingen "Functional genetics in primary sclerosing cholangitis: Studies of the bile acid receptor TGR5 and genes in the HLA complex" har Johannes Espolin Roksund Hov og medarbeidere undersøkt i detalj deler av arvematerialet hvor tidligere studier viser at det finnes varianter som disponerer for PSC. I en studie av et genområde på kromosom 2 pekes det på genet for gallesyrereseptoren TGR5 som en mulig bidragsyter. TGR5 påvirker gallens sammensetning og aktiviteten i visse betennelsesceller. En rekke nye varianter av TGR5-genet ble identifisert og viste seg å endre TGR5 sin struktur eller funksjon. I studier av HLA-området på kromosom 6 pekes det på to andre mekanismer som kan bidra til PSC. I én studie fant man at genvarianter som bidrar til økt aktivitet i en type hvite blodceller (NK-celler) hadde høyere forekomst ved PSC, noe som tyder på at disse kan være involvert i sykdomsprosessen.

I en annen studie ble det funnet at HLA-DR-molekylet har spesielle kjennetegn ved PSC, noe som kan bidra til at pasientene er disponert for immunresponser mot bestemte proteiner. Slike immunresponser er sentrale i såkalte autoimmune sykdommer og kan tenkes å forklare hvorfor PSC rammer akkurat galleveiene. Avhandlingen taler for at forstyrrelser i immunsystemet og gallesyrereguleringen bidrar til PSC og gir flere ledetråder for videre studier. Økt forståelse av sykdomsmekanismene er i neste omgang avgjørende for å kunne utvikle ny behandling.



**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

M.Sc. Stine Aske Danielsen ved Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo, forsvarte sin avhandling for graden ph.d. (Philosophiae doctor) den 16. nov. 2011:

"Molecular markers of colorectal cancer and their clinical potential"



I doktorgradsavhandlingen har M.Sc. Stine Aske Danielsen beskrevet til nå ukjente molekyllære endringer i tykk- og endetarmskreft, og hun sannsynliggjør en klinisk anvendelse av disse funnene.

Forekomsten av tykk- og endetarmskreft er høy og i Norge registreres ca. 3500 nye tilfeller årlig. Krefttypen har på tvers av stadier en 5 års forventet overlevelse på 50-60%, men sannsynligheten for kurasjon er svært god hvis sykdommen oppdages tidlig. Bedre diagnose-verktøy for tidlig deteksjon vil kunne redusere antall dødsfall, og økt kunnskap om biologien ved utvikling av sykdommen er nødvendig for bedre tilpasset behandling for den enkelte pasient.

I avhandlingen "Molecular markers of colorectal cancer and their clinical potential" har Danielsen og kolleger funnet et nytt panel av "merkelapper", biomarkører, som finnes i arvestoffet hos de fleste forløperlesjoner og kreftsvulster i tykktarmen. De nye biomarkørene er validert i kliniske pasientmaterialer og er godt egnet til tidlig deteksjon av kreft i tykk- og endetarm. Markørene detekteres i avføring og kan inngå i utvikling av en ikke-invasiv diagnostisk test. Eksisterende ikke-invasive tester for deteksjon av tykktarmskreft er ikke optimale.

Kandidaten har videre benyttet to uavhengige datasett, som inkluderer uttrykk av alle gener i hver av mange analyserte svulster. Med bioinformatiske verktøy ble både kjente og til nå ukjente prosesser i denne krefttypen funnet deregulert. Ett slikt molekyllært nettverk ble validert ved analyser av enkeltkomponenter. I avhandlingen er også et sett kjente "kreftgener" studert i detalj. Endringer av disse ble påvist i en stor andel pasientprøver fra tykk- og endetarmskreft, og det ble vist at den totale andelen slike avvik samt i hvilke gener de forekommer, henger sammen med pasientenes alder ved diagnose. Danielsen og kolleger foreslår at alder bør vurderes som en parameter hvis flere av disse genene blir inkludert i klinisk testing før valg av cellegift ved tykktarmskreft med spredning.

M.Sc. Lars-Petter Jelsness-Jørgensen ved Institutt for klinisk medisin forsvarte sin avhandling for graden ph.d. (Philosophiae doctor) den 7. okt. 2011 13:00:

"Patient reported outcome (pro) in inflammatory bowel disease (IBD): the importance of fatigue, disease-related worries and health-related quality of life."



Kronisk utmattelse (fatigue) er 2 til 3 ganger hyppigere forekommende hos pasienter med kroniske tarmbetennelser enn i norsk normalbefolkning.

Forsker Lars-Petter Jelsness-Jørgensen har vist at personer med de kroniske tarmbetennelsene ulcerøs kolitt og Crohn's sykdom har en betydelig økt risiko for å oppleve kronisk utmattelse (fatigue) enn hva som er rapportert i norsk befolkning generelt.

Det finnes få vitenskapelige arbeider som har tatt for seg den potensielle rollen som kronisk tarmbetennelse kan ha på kronisk utmattelse, selv om problemstillingen ofte er beskrevet av personer med disse lidelsene. Mens utmattelse ofte er en naturlig del av livet til de fleste mennesker er dette i de fleste tilfelle symptomer som går over av seg selv. For å tilfredsstille kriteriene for kronisk utmattelse må symptomene derimot være av en viss intensitet og av en varighet på mer enn 6 måneder.

I doktoravhandlingen - Patient Reported Outcome (PRO) in Inflammatory Bowel Disease (IBD): the importance of fatigue, disease-related worries and Health-related Quality of Life - har Lars-Petter Jelsness-Jørgensen og medarbeidere vist at 2 ganger så mange med ulcerøs kolitt og nærmere 3 ganger så mange med Crohn's sykdom tilfredsstiller disse kriteriene - sammenlignet med befolkningen generelt. Økte tarmsymptomer, redusert hemoglobinnivå og søvn predikerte utmattelsen. Jelsness-Jørgensens studier, som er publisert i internasjonalt anerkjente tidsskrift, er de første i sitt slag som omhandler denne problemstillingen blant disse pasientene. Tilstedeværelsen av kronisk utmattelse har også, viser avhandlingen, en betydelig negativ innvirkning på denne pasientgruppens livskvalitet. I tillegg til redusert livskvalitet viser Jelsness-Jørgensen og kolleger at personer med kronisk tarmbetennelse og samtidig kronisk utmattelse har betydelig mer sykdomsrelatert engstelse enn personer som ikke har kronisk utmattelse.

Doktoravhandlingen gir bredere innblikk i det å leve med kronisk tarmbetennelse.



SCOPEGUIDE 3

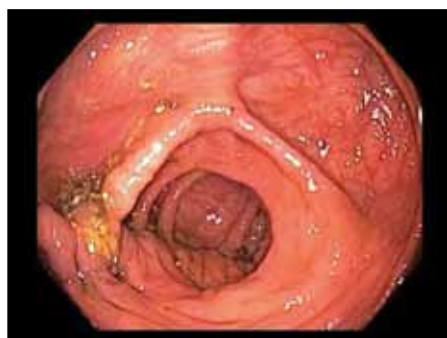
Changing the way you perform colonoscopy.

Real-time 3-D display of endoscope position using ScopeGuide 3 brings benefits for both colonoscopists and patients thanks to improved navigation and comfort even in the most difficult colons.

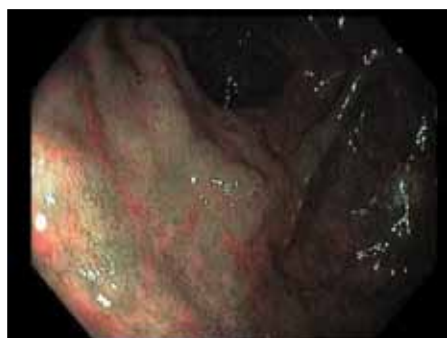
The all-new compact design and enhanced interface of ScopeGuide 3 make it easier than ever before to revolutionise the way you perform colonoscopy.

For more information, please visit: nwww.olympus-europa.com

Polyppjakt



Bilde 1. Polyppøs slimhinne diskret tilstede i nedre del av bildet ved skopi med hvitt lys.



Bilde 2. Det samme området med narrow band imaging.



Bilde 3. Etter farging med indigokarmin ser man tydelig overgangen mellom de sirkulære furene i normal slimhinne (aeræ colonicae) og det dysplastiske vevet.

Tekst/bilder: Stephan Brackmann

I oppfølgingen av en pasient med inaktiv ulcerøs kolitt ble det gjort koloskopi med tre modaliteter for vurdering av slimhinnen. Bildene viser det samme området i proximale ascendens: biopsiene viste at området til høyre i indigokarmin-bildet (bilde 3) inneholdt områder med lavgradig dysplasi ■

BILDEQUIZ



Bilde 1

Tekst/Foto: Vemund Paulsen

Bilde 1

Bilde 1 ble trykket i forrige nummer av NGF-nytt og er tatt fra duodenum hos en pasient med refluksplager. Redaksjonen gleder seg over at bildequiz ser ut til å fenge våre lesere, og vi har denne gangen fått flere diagnoseforslag. Soppinfeksjon og polyppose er blant de mindre treffsikre. Ulf Prestegård fra Lillehammer treffer imidlertid blink med sitt forslag: Lymfom, follikulær type ■



Bilde 2

Bilde 2

En middelaldrende kvinne med blødersykdom. Hun hadde obstruktive magesmerter som man lurte på om kunne forklares av den avbildete lesjonen i cøcum. Hva kan dette være?

Send inn ditt forslag til vemund.paulsen@ous-hf.no ■

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 inntaket kan de ev. slemmes opp i litt vann eller juice umiddelbart før inntak. Depotgranulatet må ikke tygges. Rektalvæske:** **Voksne:** 1 klister 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 blodsykdommer. **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. **Hyppige (>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, hepatotoksitetet (inkl. hepatitt, cirrhose, leversvikt). Luftrør: 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. Rektalvæsken 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 eliminering. **Metabolisme:** Acetyllering 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. (bliester) kr 350,10. 3 x 100 stk. (bliester) kr 980,40. **1 g:** 60 stk. (bliester) kr 413,20. **Rektalvæske:** 7 x 100 ml kr 272,40. **Stikkpiller:** 28 stk. (bliester) 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



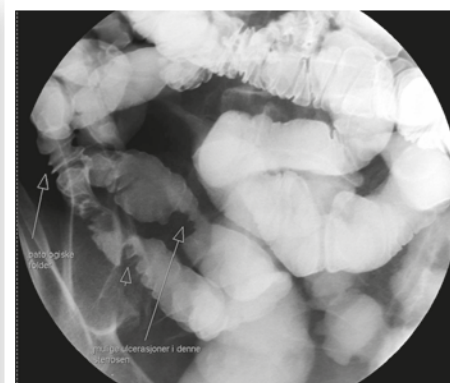
Bilde 1. Ballongdilatasjon av stenose i tynntarmen gjennom et ballongenteroskop.



Bilde 2. Små ulcerasjoner i terminale ileum.



Bilde 3. Stor ulcerasjon og stenose i ileum 40 cm proximale for Valvula.



Bilde 4. Røntgen tynntarm viser multiple stenoser i ileum

En kvinne med et komplisert gallesteinsforløp – og ikke nok med det...

Tekst/Foto: Vemund Paulsen og Steinar Aasen (radiologisk avdeling, OUS-RH)

Pasienten er en 53 år gammel kvinne som for over 20 år siden fikk en gallegangsskade i forbindelse med kolecystektomi på grunn av gallesteinssykdom. Hun er operert flere ganger i forløpet av dette og har en hepatikojejunostomi med Roux-en-Y anastomose. For et par år siden ble hun på grunn av tegn til gallestase henvist til ballongassisteret ERCP. Dette viste seg i første omgang å være vrient da man fant ulcerasjoner og en stenose i Roux-slyngen. Tarmstenosen ble ballongdilatert (bilde 1) med tanke på nytt ERCP-forsøk senere. Det ble tatt biopsier av tarmslimhinnen som viste kronisk aktiv betennelse uten granulomer. Ved nytt forsøk på ERCP med ballongskop nådde man toppen av Roux-slyngen, men fant ingen galleanastomose. Under tilbaketrekning av skopet fant man overraskende galle i duodenum, og ved kanylering av papillen fikk man fremstilt venstresiden av leveren uten patologi. Det var altså bare høyresiden av leveren som var anastomosert til Roux-slyngen. Anastomosen var trang. Ved ytterligere et ERCP forsøk ble en kombinert endoskopisk-perkutan tilgang benyttet (rendes-vouz), og det ble lagt inn en intern stent.

Parallelt med et komplisert gallegangsproblem (som nok tok mest oppmerksomhet) hadde pasienten altså påviste forandringer i jejunum som kunne gi mistanke om Crohns sykdom. Koloskopi ble utført et år i forveien på et annet sykehus, men man lyktes ikke i å se hele colon, og vi gjentok derfor undersøkelsen. Hos oss måtte man gi opp i transversum, og man bestilte i stedet rgt. tynntarm m/sonde. Denne undersøkelsen ble avbestilt, da noen mente at Crohn-diagnosen var avkreftet blant annet ved at gjentatte ballongassisterete ERCP-undersøkelser kun viste sparsomme aftøse forandringer i jejunum.

Pasienten ble nylig rehvist fra sin fastlege på grunn av måltidsrelaterte magesmerter og episoder med oppblåsthet. Ved gjennomgang av journalen fant man at Crohn-diagnosen nok ikke kunne avskrives, og det ble utført ny ileokoloskopi, denne gang med et enkeltballongenteroskop og en helt uerfaren endoskopør ved spakene. Det gikk raskt til cøcum. Normalt i colon. I terminale ileum var det sparsomme ulcerasjoner (bilde 2), ca 40 cm inn i tynntarmen fant man store ulcerasjoner og stenose (bilde 3), histologisk kronisk aktiv betennelse. Rgt. tynntarm viser nå multiple stenoser i ileum (bilde 4) og også mulig

stenose i tilknytning til enteroanastomosen i jejunum. Hun skal nå i gang med aktiv anti-inflammatorisk behandling.

Sykehistorien er betydelig forenklet, men illustrerer blant annet viktigheten av en grundig gjennomgang av tidligere operasjonshistorikk før man går i gang med avanserte endoskopiske prosedyrer. Dessuten ble Crohndiagnosen til pasienten to år forsinket, litt unødvendig i dette tilfellet så lenge mistanken var reist, og vi hadde gode, tilgjengelige verktøy for å få en avklaring (ballongassisteret enteroskopi og radiologiske metoder) ■

Redaksjonen i NGF-nytt ønsker å få tilsendt bidrag til "Blinkskuddet", "Bildequiz" 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

Portrett av Morten Vatn

En klinisk forsker

Tekst: Bjørn Moun



Fjelltur på Kreta.

Hvor hadde du dine røtter og oppvekst og hva var din familiebakgrunn?

– Oppvekst på Bækkelagshøgda i musikerfamilie ved Ekebergbanen, av trønderslekt og deltok hver sommer i gårdslivet på Inderøya. Deltok i sport, speider- og musikkkliv, spilte fiolin og klarinett på Musikkonservatoriet, sangkvartetten The Peacocks, jazzband i Louisiana, russeformann på Holtet etter 2 år som formann i gymnasiesamfunnet, skolens representant i Foreningen Norden og Alliance française. Revyerfaring på gymnaset og medansvarlig for nordenspremiere på My fair lady på Holtet med 30-mannsorkester.

Fortell om din utdanning og dine første arbeidserfaringer

– Forlot forberedende i Oslo ved "dobbel abblativ" og tilbragte fem og et halvt livlige år i München, hvorunder ni måneder ved universitetsklinikkene i Oslo, turnustid ved Drammen sykehus, i Liavaag-perioden, og Fosen med doktorbåt med skipper og maskinist, 6 mnd erfaring som tilsvarte fem vanlige år. Til tider måtte også nabodistriktene betjenes og da jeg kom på besøk to år senere var det fem leger i det området hvor jeg hadde vært alene. Fosen er en perle, men jeg dro til Trandum som leirlege, Norges største leir med 17 ansatte og fullt venteværelse!

Tidlig yrkeskarriere, interesser og erfaringer - hva var fokus for deg i den tiden og hvorfor falt valgene som de gjorde?

– På Trandum ønsket jeg noe mer konkret, målbart, i tilværelsen og de dårlige hørselstestene blant rekruttene ga meg idéen om å ta kverken på diskotek-musikken, men fant at resultatene ville bli forurenset av slumsing med hørselsvern i skytterlagene. Tilfeldigvis kom Arnold Berstad innom på repetisjonsøvelse, og jeg ble etterhvert innrullert i "Myrens Mølle". Før stipendmidler fra NFR til forskning på Intrinsic factor, hadde jeg sideutdannelse på Patologen på Ullevål hvor sjefen, Kristen Arnesen, sa at "vi skulle absolutt ha hatt et polypmateriale". Helge Stalsberg ble samarbeidspartner før han dro til professorat i Tromsø. Pilotstudien var på 120 tarmer, deretter ble alle polyper påvist under en stor lupe i 450 tarmer fjernet. Bodde den gang i Thulstrupsgate, slik at både jeg og kona, på kveldstid, kunne spasere bort for å pakke inn og lagre dagens fangst av polyper. Fortsatt ligger 720 paraffinnstøpte polyper forvart til fremtidige "fossile studier". Hovedartikkelen fra dette materialet er kanskje mitt største enkeltbidrag til litteraturen, og fortsatt får jeg henvendelser om materialet fra internasjonale kolleger.

På Patologen importerte jeg Lojdas metode for påvisning av laktase i tynntarmsbiopsier, som fortsatt er i bruk, hvilket ga meg erfaring fra dyreforsk.

Hadde jeg ikke allerede hatt avtale med Gastrolab og avd. IX, ville jeg sannsynligvis blitt på Patologen, både av faglige og kollegiale grunner.

Doktorgradsarbeidet ble fullført på tre år. Valget sto deretter mellom å fortsette å studere B12-bindingens basale mysterier, eller starte i klinikken. Jeg valgte det siste da behandling av pernisiøs anemi var løst. Dog er mesteparten av viktig kunnskap om B12-bindingen i tarmen tilkommet etter min tid. Metodene for måling av Intrinsic factor i ventrikkelsekret og IF-antistoff i serum er imidlertid fortsatt gangbare.

Starten på din spesialistkarriere og forskning – hva var avgjørende for valg av arbeidsted og faglig fokus?

– Etter disputas i 1975 fulgte fire innholdsrike år på avd. IX med opplæring i endoskopi og "kommunal gastroenterologi" i en tverrfaglig avdeling. Avdeling IX ved Ullevål, ledet av Knut Aas, representerte den optimale kliniske kombinasjonen av rutine og forskning. Godal, Lange-Nielsen og Myren tronet hver på sine spesialiteter. Forlagsdirektør Groth, en av de pårørende som jeg ble godt kjent med, uttalte at Myren var Gastroenterologiens Semmelweis. Minst halvparten av de underordnede var vitenskapelig engasjert eller ansatt, vi hadde felles overvåkning og ekspedisjon, felles spise-/foredragsrom på avdelingen og et vell av studenter rundt oss. Da jeg sneide innom samme etasje som overlege og lektor fra 1987-88, kjente jeg ikke avdelingen igjen. Det var nå en "katakombefølelse" med isolerte miljøer. Gastrodelen greide seg bra, men måtte nå stå for "stemningen" alene. Studentene var "borte". Dette var begynnelsen på en lang epoke med "sammen-slåingsmani" som vi fortsatt er i (ref. MH Vatn. Dagens Medisin. Mai 2007).

Fra slutten av 70-tallet orienterte flere seg mot Rikshospitalet. Egil Gjone syntes det var naturlig at Medisinsk avdeling A rekrutterte gastroenterologer fra Ullevål. Erik Schrupp som jeg hadde delt kontor med i tre effektive år som stipendiat, dro først og to år senere flyttet jeg. Der møtte jeg mer spesialisert gastroenterologi på avdeling og poliklinikk. Den intestinale gastroenterologien har siden vært mitt hovedområde, og etter hvert også "nevroendokrine svulster", som RH nå har betegnelsen "International centre of excellence" for.

Du har stått bak en rekke forskningsprosjekter og veldet en rekke stipendiater – hva har vært dine sentrale forskningsområder?

– Pasienter med uklare abdominalplager ved Med A, RH, ble et mangeårig multidisiplinært prosjekt (A-serien), etterfulgt av tilnærming til matintoleranse. Min første stipendiat, Geir Hoff, disputerte på distal endoskopi som metode, noe han til dato har videreført som sitt axiom. Espen Thiis-Evensen og Bjørn Hofstad har senere fulgt opp, sistnevnte med fortsatt den eneste humanmodellen for polypvekst i litteraturen. Videreføringen vil være avhengig av samhandling mellom klinisk epidemiologi og translasjonsforskning, noe Kari Almendingens fettforskning er eksempel på. Samarbeide med DNR og våre europeiske samarbeidspartnere innen European

Cancer Prevention Group (ECP) har vært viktige, og NORCAP-prosjektet er også en videreføring av dette.

Som assistent- og reservelege hos Olav Fausa, parallelt med molekylære studier av polypper og IBD over 10 år, ble IBSEN-studien fra 1990 en naturlig oppfølger som startet med Bjørn Moums doktorgrad og senere en rad med doktorarbeider. Ideen om en europeisk studie kom fra Holland, men etter hvert er prospektive populasjonsbaserte studier blitt vårt varemerke. Vi var heldige med tidspunktet fordi dagens internasjonale endoskopiske nomenklatur samt translasjonsforskningen innen IBD kom ikke skikkelig igang før ca 1990.

Fra og med 5-årsoppfølgingen har IBSEN-prosjektet blitt mer tverrfaglig, og ved 20-årskontrollen er også Ahus og Lovisenberg sykehus inkludert for definerte funksjoner i tillegg til samarbeidet med PSC-senteret, RH.

Fordi vi manglet biologiske, basale data fra IBSEN-studien, var det naturlig å gjenta prosjektet på Ahus (IBSEN II) fra 2005, med en nydiagnostisert og ubehandlet kohorte, der translasjonsforskning ble inkludert fra start. Både hos barn og voksne er nå mukosal bakteriologi, genetik og immunologi i fokus, der samarbeider mellom Ahus/EpiGen og genetisk mikrobiologi, RH, Matforsk, Folkehelseinstituttet, PSC-senteret, RH, Kiel og Stuttgart har vært i fokus. I 2009 startet vi den internasjonale oppfølgeren av IBSEN II, nemlig "Early IBD" etter oppstartsmøte i Berlin. Databasen ligger på Ahus, men hensikten er å studere mange sider av nyoppdaget IBD fra forskjellige deler av verden. Foreløpig er over 140 pasienter inkludert.

Hva med ditt engasjement for Universitetet i Oslo, tilknytning til forskningen og hva er ditt inntrykk av utviklingen i disse årene?

– Jeg blitt anmodet om å starte et klinisk forskningskurs fra "scratch", for Fakultetet, fra 1988, og fikk



Turid på hytta i Ål.

med bl.a. Petter Laake og Odd Aalen, som senere startet statistikkursene separat. Det kliniske kurset ble obligatorisk for doktorgradsutdannelsen ved fakultetet i 1995, og fortsatte til felles sammenslåing i 2001. Da hadde nærmere 500 doktorgradskandidater bestått kursprøven. Entusiasmen og meget positiv evaluering fra kursdeltagerne stimulerte til gjennomføringen av de årlige arrangementene.

Det har skjedd en byråkratisering av forskerutdanningen med bredere utdanning frem til PhD i kontrast til å grave seg et "dypest mulig hull med minst mulig diameter". Til tross for flere formelle krav som kan gå på bekostning av dybdeinnsikt under en tilmålt tid, mener jeg at utviklingen har vært positiv. Forskning og etikk har kommet mer offisielt på kartet, med positive økonomiske effekter og kombinerte forskerstillinger.

Selv ved universitetsklinikkene er det likevel store avdelingsvise forskjeller og fortsatt gjelder selvfølgelig den enkeltes motivasjon og pågangsmot. Selv ved RH var en viktig motivasjonsfaktor å søke universitetsstilling for å få betalt for daglig forskningsvirksomhet "en time før og to timer etter arbeidstid."

Som Instituttleder fikk jeg likevel opprettholdt forskningsaktiviteten og bidratt til 10-12 artikler i året. Bare det å starte dagen med tre timers fordypning fra kl 0700-1000 har bidratt betydelig til denne aktiviteten, istedenfor å delta på obligatoriske avdelingsmøter i samme tidsrom. Instituttlederjobb i nærmere 5 år var interessant, med ny erfaringen, med økning av UiO-ansatte på Ahus fra 27 til ca 80 med "stort og smått". Alle med samme erfaring vet hva dette innebærer av tid til stillingsbeskrivelser, utlysninger, bedømmelser, intervjuer, klager på innstillinger, kontakter med referanser, re-utlysninger og forhandlinger med sykehus. I tillegg til disse administrative erfaringene har gleden over oppbyggingen av vitenskapelige miljøer og tilfanget av stipendiater og studenter vært stor, men tilpasning av forskning til rutinen er fortsatt en utfordring, selv ved universitetsklinikkene.

Så hva med status i dag og veien videre? "Hva føler du nå?"

Jeg har følt meg veldig privilegert i min arbeidssituasjon, men vil nå få muligheten til å prioritere ytterligere på basis av interesser, fritid og familie. Jeg ønsker ikke lenger å være hovedveileder, men samtidig beholde kontakten med miljøene med en "gradvis ansvarsfraskrivelse" samtidig med en inspirert tilværelse. Jeg har ny klarinett, finsesykkel og barnebarn nær skolealder, samt diverse familiære prosjekter og planer samt venner og kolleger i inn- og utland som jeg ønsker å samarbeide og opprettholde kontakten med. Dessuten er det min mening at Munchmuseet og Vikingskibene bør ligge der de ligger! ■



30-årsjubileet for baromedisinsk forening på Hemsedal. Foran fra venstre: Paul Linnestad, Viggo Skar, Kolbjørn Valnes, Morten H Vatn, Lars Hanssen. Bak fra venstre: Stig Kornstad, Tore Talseth, Clas Eika (vert), Nils Petter Boye



Vintermøtet 2012



Velkommen til NGFs årsmøte

på Radisson SAS Lillehammer Hotell 9-11 februar 2012

Vi har reservert et antall rom, "førstemann til mølla"-prinsippet, siste frist 5. januar 2012. Gode tilbud for dem som vil ta med familie.

Påmelding via denne linken:

<http://tsforum.event123.no/NorskGastroenterologiskForening/arsmote2012/>

En God Jul og et Godt Nyttår

ønskes fra NGFs styre.

Vel møtt til Årsmøtet i 2012!

Årsmøteprogram Radisson Hotel Lillehammer 9.–11. februar 2012

Program torsdag 9. februar

15.00–15.30: Gastronett v Geir Hoff
15.30–19.00: Torsdagssymposium: Irritable tarm syndrom:
En utfordring for gastroenterologer og gastrokirurger
20.00: Middag og sosialt samvær

Program fredag 10. februar:

09.00: Skibuss
13.00–17.00: Presentasjon av abstracts
17.15–19.00: Generalforsamling
20.00: Festmiddag sammen med sykepleiere.

Program lørdag 11. februar:

09.00–12.00: Presentasjon av abstracts
13.30: Skibuss
19.00: Middag



Torsdagssymposiet, torsdag 9. februar, kl. 15.30–19:00

Irritabel tarm-syndrom: En utfordring for gastro- enterologer og gastrokirurger

Møteledere: Jostein Sauar og Odd Helge Gilja

1. Er det psykisk? Arnold Berstad 15 min
2. Er det allergi? Arne Røset 15 min
3. Er det karbohydratintoleranse? Jørgen Valeur 15 min
4. Er det mangel på endokrine celler? Magdy El-Salhy 15 min

Diskusjon (panel med de 4 foredragsholderne) 20 min

Kl. 17.00–17.20 Pause

Møteledere: Jan Hattlebakk og Øystein Ness-Jensen

5. Bør vi gjøre en kolo- eller sigmoidoskopi allikevel? Helge Waldum 10 min
6. Medikamenter, probiotika og fekal mikrobiota Per Farup 15 min
7. Andre råd. Trygve Hausken 15 min
8. IBS-pasienten i kirurgisk avdeling – risikosport? Arild Nesbakken 15 min
9. Hjelper det å lære opp pasienten ("IBS-skole")? Jostein Sauar 15 min

Diskusjon (panel med de 5 foredragsholderne) 20 min.

NGFs årsmøte er et viktig møtepunkt for leger med interesse for gastroenterologi. Som tidligere år inviterer vi til årsmøte med torsdagssymposium, foredrag med presentasjon og diskusjon av arbeider, og til NGFs generalforsamling. Det vil bli delt ut priser og stipender og som vanlig et godt sosialt samvær.

Deltagelse på årsmøtet er tellende som valgfritt kurs (10 timer) for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning i følgende spesialiteter: Indremedisin, Generell kirurgi, Fordøyelsessykdommer og Gastroenterologisk kirurgi. Utgifter til møtet kan søkes dekket via Fond III.



Fredag 10. februar 2012 kl 17:15–19:00
Radisson SAS Lillehammer Hotel

Innkalling til generalforsamling i Norsk Gastroenterologisk Forening

Dagsorden:

1. Valg av referent og dirigent
2. Konstituering, godkjenning av innkalling
3. Styrets årsrapport for 2011
4. Regnskap, budsjett, revisjon
5. Rapport fra spesialitetskomiteen
6. Rapport fra interessegruppene
7. Rapport om Scandinavian Journal of Gastroenterology
8. NGFs forskningsfond årsberetning, stipendtildelinger
9. Eventuelt

Vennlig hilsen
Bjørn Gustafsson
Leder NGF

NGFs styre



Ellen Melsom



Bjørn Gustafsson (leder)



Kristinn Eiriksson



Arne Christian Mohn (kasserer)



Lene Larssen



Roald Torp (sekretær)



Øistein Hovde

38 abstrakter har blitt akseptert og skal presenteres på Vintermøtet 2012:

1. ¹⁴C-D-Xylose pusteprobe hos alkoholikere.

Hope HB (1), Skar V (1), Sandstad O (2), Husebye E (3), Medhus AW (2).

1. Medisinsk avdeling, Lovisenberg Diakonale Sykehus, 0440 Oslo.
2. Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål, 0424 Oslo.
3. Medisinsk Klinikk, Vestre Viken Helseforetak, c/o Drammen sykehus, 3004 Drammen.

2. Chromogranin a cell density as a diagnostic method for lymphocytic colitis.

Magdy El-Salhy, Jan Gunnar Hatlebakk and Trygve Hausken

Seksjon for Gastroenterologi, Institutt for Indremedisin, Bergen Universitet

3. The prevalence of celiac disease in patients with irritable bowel syndrome.

Magdy El-Salhy

Seksjon for Gastroenterologi, Institutt for Indremedisin, Bergen Universitet

4. Diet and effects of diet management on quality of life and symptoms in patients with irritable bowel syndrome.

Hege Østgaard, Trygve Hausken, and Magdy El-Salhy

Seksjon for Gastroenterologi, Institutt for Indremedisin, Bergen Universitet

5. The prevalence of inflammatory bowel diseases, microscopic colitis and colorectal cancer in patients with irritable bowel disease

Magdy El-Salhy

Seksjon for Gastroenterologi, Institutt for Indremedisin, Bergen Universitet

6. Pasienterfaringer med polikliniske koloskopier – hvordan skal de måles?

Seip, B.¹, Bretthauer, M.², Hoff, G.³

¹ Medisinsk klinikk, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

² Avd. for transplantasjon, seksjon for gastroenterologi, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet, Oslo

³ Medisinsk klinikk, Sykehuset i Telemark, Skien

7. Prøveprosjekt på kolorektalcancerscreening i Norge: En randomisert studie med sammenligning av fleksibel sigmoidoskopi og immunokjemisk test for okkult blod i fæces

Hoff G¹, Jørgensen A¹, Bretthauer M^{1,8}, Aarseth HP², Krohn FW³, Ursin G¹, Sandvei P⁴, de Lange T⁵, Børmer OP⁶, Eide TJ⁷

¹ Kreftregisteret, Oslo. ² Helsedirektoratet, Oslo. ³ Helse Sør-Øst RHF, Hamar.

⁴ Gastromed., Sykehuset Østfold, Fredrikstad. ⁵ Gastromed., Vestre Viken HF Bærum. ⁶ Avd. for Med. biokjemi, OUS Rikshospitalet, Oslo.

⁷ Avd. for patologi, OUS Rikshospitalet, Oslo. ⁸ Seksjon for fordøyelsessykdommer OUS Rikshospitalet, Oslo.



8. EUS/FNA ved pancreaslesjoner – holder det med cytologi?

Jon Lømo¹, Kim V. Ånonsen², Isabel Franco-Liè², Trond Buanes³ og Truls Hauge

¹Avdeling for patologi, ²Gastromedisinsk og ³Gastrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus

9. Langtidserfaringer med klinisk bruk av Infliximab og Adalimumab hos pasienter med crohns sykdom på St. Olavs hospital, Trondheim.

Riis Å, Martinsen TC, Waldum HL, Fossmark R.

Avdeling for fordøyelses- og leversykdommer, St. Olavs Hospital, Trondheim og Institutt for kreftforskning og molekylær biologi, NTNU.

10. Prevalens, komorbiditet og risikofaktorer for irritable bowel syndrome (IBS) i nord-norge: en populasjonsbasert oversikt

Breckan RK¹, Asfeldt AM², Straume B³, Mortensen L⁴, Florholmen J⁵, Paulssen EJ⁵

¹Gastromedisinsk avdeling Nordlandssykehuset, Bodø

²Infeksjonsmedisinsk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø,

³Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø,

⁴Mikrobiologisk avdeling, Nordlandssykehuset, Bodø og

⁵Gastromedisinsk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø

11. The endothelin axis in the metastatic process of colon carcinoma

Sørby, L.Aa.¹, Kleiveland, C.R.², Andersen, S.N.^{3,4}, Bukholm, I.R.K.^{3,4}, Jacobsen, M.B.^{1,2,4}

¹Ostfold Hospital Trust, Fredrikstad, ²Norwegian University of Life Sciences, Ås

³Akershus University Hospital, Lørenskog, ⁴University of Oslo, Oslo

12. Cøliakistudien i Agder – en deskriptiv analyse av voksne cøliakere i Aust-Agder

Hære P, Høie O, Schulz T, Lundin K.

Medisinsk avdeling, Gastromedisinsk seksjon, Sørlandet Sykehus HF, Arendal
Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

13. Behandling av ventrikelcarcinoider type 1 med en gastrinreceptor antagonist (YF476) gir tilbakegang av svulster og normalisering av Chromogranin A.

Fossmark R^{1,2}, Sørdal Ø², Jianu CS^{1,2}, Qvigstad G^{1,2}, Boyce M³, Waldum HL^{1,2}

¹Avdeling for fordøyelses- og leversykdommer, St. Olavs Hospital, Trondheim.

²Institutt for kreftforskning og molekylær biologi, NTNU. ³Hammersmith Medicines Research, London, UK.

14. Nitrous oxide for analgesia in unsedated colonoscopy

Løberg M¹, Furholm S¹, Hoff P, Aabakken L³, Hoff G¹, Bretthauer M¹

¹The Cancer Registry of Norway, P.O. Box 5313 Majorstuen, N-0304 Oslo,

²Faculty of Medicine, University of Oslo, P.O. Box 1072 Blindern, N-0316 Oslo

³Dept. of Gastroenterology, Helse Stavanger HF, P.O. Box 8100, N-4068 Stavanger.

15. In vitro comparison of commensal, probiotic and pathogenic strains of enterococcus faecalis

Trine E. Christoffersen,^{1,2} Hanne Jensen,³ Charlotte R. Kleiveland,² Guro Dørum,² Morten Jacobsen,^{2,4} and Tor Lea²

¹Faculty of Engineering, Østfold University College, NO-1757 Halden, Norway

²Department of Chemistry, Biotechnology and Food Science, Norwegian University of Life Sciences, P.O. Box 5003, NO-1432 Ås, Norway,

³Nofima AS, Osloveien 1, NO-1430 Ås, Norway

⁴Quality and Research Department, Ostfold Hospital Trust, NO-1603 Fredrikstad, Norway

16. EP receptor expression in human intestinal epithelium and localization relative to the stem cell zone of the crypts.

Hult L.T.O¹, Kleiveland C.R¹, Fosnes K¹, Jacobsen M.^{1,2} and Lea T.¹

¹Molecular Cell Biology Group, Department of Chemistry, Biotechnology and Food Science, Norwegian University of Life Sciences, N-1432 Ås, Norway,

²Ostfold Hospital, PO Box 16, N-1603 Fredrikstad

17. A new therapeutic alternative in inflammatory bowel disease?

Kleiveland C.R¹, Hult L.T.O¹, Spetsten S.3, Jacobsen M.1,2 and Lea T.1

¹Molecular Cell Biology Group, Department of Chemistry, Biotechnology and Food Science, Norwegian University of Life Sciences, N-1432 Ås, Norway

²Ostfold Hospital, PO Box 16, N-1603 Fredrikstad

³Oslo University Hospital, The Norwegian Radium Hospital, PO Box 4950, N-0424 Oslo

18. Nordicc-european initiative on colorectal cancer (Nordicc): oppdatering fra nordicc-senteret i Kristiansand 2011

Garborg K¹, Matre J¹, Holme Ø¹, Wiig H¹, Stallemo A¹, Hoff G^{2,3}, Bretthauer M^{1,2,4}

1. NordICC-senteret Kristiansand; 2. Kreftregisteret; 3. STHF, Skien; 4. OUS, RH.

19. Improved colonoscopy screening with an ultra-thin colonoscope – a randomized controlled trial

Garborg K¹, Løberg M², Matre J¹, Holme Ø¹, Kalager M^{3,4}, Hoff G^{2,3}, Bretthauer M^{1,2,5}

¹NordICC-senteret Kristiansand; ²Kreftregisteret; ³Sykehuset Telemark, Skien;

⁴Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA; ⁵Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet.

20. Betydningen av kostholdet hos pasienter med kronisk pankreatitt ved analyse av fett i fæces

Erchinger F^{1,2}, Jurmy P³, Engjom T⁴, Tjora E^{5,6}, Hausken T^{2,4,7}, Gilja ØP^{4,7}, Dimcevski G^{2,4}

¹Medisinsk Eining, Sjukehuset på Voss, 5700 Voss, ²Institutt for indremedisin/³farmasi/⁴klinisk medisin, Universitetet i Bergen, 5020 Bergen,

⁴Medisinsk avdeling /⁵Barnekliviken /⁶Nasjonalt Senter for Gastroenterologisk Ultrasonografi, Haukeland Universitetssykehus, Jonas Liesvei 65, 5021 Bergen

21. Krillolje reduserer inflammasjon og oksidativt stress ved eksperimentell ulcerøs colitt hos rotter

Grimstad T^{1,2}, Bjørndal B³, Cacabelos D⁷, Aasprong OG⁴, Janssen EAM⁴, Omdal Ø^{5,2}, Svardal A², Hausken T^{6,2}, Bohov P³, Portero-Otin M⁷, Pamplona R⁷, Berge RK⁹

¹Gastroenterologisk seksjon, Medisinsk divisjon, Stavanger Universitetssykehus, Stavanger

²Institutt for Indremedisin, Universitetet i Bergen, Bergen

³Seksjon for Klinisk Biokjemi, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

⁴Avdeling for Patologi, Stavanger Universitetssykehus, Stavanger

⁵Seksjon for klinisk immunologi, Medisinsk divisjon, Stavanger Universitetssykehus, Stavanger

⁶Gastromedisinsk seksjon, Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

⁷Seksjon for Eksperimentell Medisin, Universitetet i Lleida-IRBLleida, Lleida, Spania

21. Tumornekrosefaktor-hemmer ved inflammatorisk tarmsykdom – et retrospektivt 10-års materiale fra Sykehuset Østfold

Lerang, Frode

Gastromedisinsk seksjon, Sykehuset Østfold, 1603 Fredrikstad

22. IBD-aktivitet hos levertransplanterte pasienter med primær skleroserende cholangitt; en nordisk multisenterstudie

Jørgensen KK¹, Lindstrøm L², Småstuen M³, Schrumpf E^{1,4}, Vatn MH^{1,4,5}, Boberg KM¹ og Den nordiske levertransplantasjons-gruppen

¹Norsk senter for PSC, Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi, OUS, Rikshospitalet, ²Avdeling for gastroenterologi og hepatologi, Karolinska Universitetssykehus, Huddinge, Sverige, ³Avdeling for biostatistikk, Universitetet i Oslo, ⁴Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, ⁵EpiGen Institutt, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog

23. Vekttap reduserer gastroøsofageale reflukssymptomer. En prospektiv populasjonsbasert kohortstudie (Hunt).

Ness-Jensen, E.^{1,2}; Lindam, A.³; Lagergren, J.^{3,4}; Hveem, K.¹

¹ HUNT forskningscenter, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

² Medisinsk avdeling, Sykehuset Levanger

³ Övre gastrointestinal forskning, Institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige

⁴ Division of Cancer Studies, King's College London, Storbritannia

24. Alvorlig komplikasjon til APC-behandling av kronisk strålingsproktitt

Holme Ø¹, van Helvoirt RP², Thomassen HT³, Stallemo A¹, Matre J¹, Garborg K¹, Hasund A¹, Wiig H¹

¹Seksjon for fordøyelsessykdommer, Sørlandet Sykehus Kristiansand,

²Senter for kreftbehandling, Sørlandet Sykehus Kristiansand, ³Urologisk seksjon, Sørlandet Sykehus Kristiansand

25. Fibromyalgi og kronisk tretthetsyndrom hos pasienter med matoverfølsomhet

Berstad A og Valeur J,

Unger-Vetlesens Institutt og Klinikk for medisin, Lovisenberg Diagonale sykehus, Oslo

26. Vekt og fedmerelatert sykdom 5 år etter gastrisk bypass

Aftab H^{1,3}, Ristad H¹, Søvik TT^{1,2}, Aasheim ET¹, Hewitt S¹, Kristinsson J¹, Mala T^{1,2}

¹ Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst, Oslo universitetssykehus, Aker

² Avdeling for Gastroenterologisk kirurgi, Oslo universitetssykehus, Aker

³ Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

27. Iatrogen oesophago-tracheal fistel: diagnostiske og behandlingsmessige utfordringer.

Øistein Hovde, Øyvind Haugen Lie, Per Arthur Johansson, Øystein Stubhaug, Egil Johnson*, Bjørn Hofstad**, Truls Hauge**

Medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet, Gjøvik, *Gastrokirurgisk avdeling, OUS, Ullevål sykehus, **Gastromedisinsk avdeling, OUS, Ullevål sykehus.

28. Laparoskopisk, distal pankreasreseksjon ved cystiske lesjoner

Ånonsen KV¹, Irina Pavlik Marangos², Knut Jørgen Labor³, Bård Røsok³, Truls Hauge¹, Trond Buanes³ og Bjørn Edwin².

¹Gastromedisinsk avdeling, ²Intervensjonssenteret og ³Seksjon for lever- og gastrokirurgi, Oslo universitetssykehus.

29. Ulcerøs kolitt-surveillance ved hjelp av hvitt lys koloskopi, narrow band imaging og kromoendoskopi

Brackmann S¹, Lange T de²,

¹ Lovisenberg Diagonale Sykehus og Akershus Universitetssykehus,

² Bærum Sykehus Vestre Viken HF

30. Knappebatterier i øsofagus – indikasjon for akutt endoskopi?

Sandstad O, Haukeland JW, Solberg I.

Gastromedisinsk avdeling, Medisinsk klinikk, OUS Ullevål.

31. "Trough level" av anti-tnf i oppfølging av IBD

Rose Ø, Brattlie J, Gedde-Dahl M, Lundin KEA.

Gastroseksjonen, Avdeling for Transplantasjonsmedisin, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet, 0454 Oslo. Institutt for Indremedisinsk forskning, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet. Centre for Immune Regulation, Universitetet i Oslo

32. Korleis påverkar skringingstudie (Nordicc) drift av gastrolab?

Stallemo A, Matre J, Holme Ø, Garborg K, Wiig H, Hasund A

Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus Kristiansand.

33. Kvantifisering av strain i pankreaslesjoner ved endoskopisk ultrasonografi med elastografi

Havre R.F., Ødegaard S., Gilja O.H. og Nesje L.B.

Institutt for Indremedisin, Universitetet i Bergen og Nasjonalt Senter for Gastrointestinal Ultrasonografi, Medisinsk Avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

34. Inklusjon i PCS Nordic-studien ved inoperabel gallegangskreft er avsluttet – noen resultater

T. Hauge¹, T Warloe², PW Hauge³, I Franco-Lie¹, A Drolsum⁴, C Johansen⁴, E Viktil⁴, L Aabakken⁵, T Buanes² og Z Konopski¹

¹Gastromedisinsk avdeling, ²Avdeling for gastroenterologisk kirurgi, ³Kreftsentret,

⁴Avd for radiologi og nuklærmedisin, ARN, ⁵Seksjon for fordøyelsessykdommer, OUS

35. Prognosen ved adenokarcinom i nedre øsofagus, gastro-øsofagale overgang og cardia evaluert ved upar immunhistokjemi

Skarstein A¹, Lærum OD^{2,3}, Øvrebø K¹, Christensen IJ³, Alpizar-Alpizar W^{3,4}, Helgeland L², Danø K³, Schnack Nielsen B^{3,5}, Illemann M³

¹ Institutt for kirurgiske fag og Kirurgisk klinikk, Haukeland Universitetssykehus, Bergen,

² Gades institutt og Avdeling for patologi, Haukeland Universitetssykehus, Bergen,

³ Finsenlaboratoriet, Københavns Universitetssykehus, København, ⁴ Cancer Research Program, Health Research Institute (INISA), and Center for Research on Microscopic Structures, University of Costa Rica, San Jose, ⁵ Bioneer A/S, Molecular Histology, Hørsholm, Danmark

36. T- og B-Lymfocytene betydning ved langvarige abdominale symptomer etter Giardia-infeksjon

Dizdar V¹, Hanevik K¹, Lærum OD², Gilja OH^{1,3}, Langeland N^{1,3}, Hausken T^{1,3}

¹Institutt for Indremedisin, Universitetet i Bergen, ²Avdeling for Patologi Gades Institutt Haukeland Universitetssykehus, ³Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

37. Intervensjonsradiologi innenfor hepatologien

Lannerstedt H¹, Haukeland JW¹, Konopski Z¹, Søkjer M², Kløw NE²

¹ Gastromedisinsk avdeling, enhet for leversykdommer, ² Radiologisk avdeling, OUS Ullevål

38. Ballongassistert ERCP hos pasienter med kirurgisk endret anatomi.

V. Paulsen¹, K. Lundin¹ og L. Aabakken²

¹Gastro undersøkelse, Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet. ² Gastromedisinsk avdeling, Stavanger Universitetssykehus.

Ad planlagt pilotprosjekt for kolorektalcancerscreening

I siste nummer står vårt innlegg om den planlagte screeningen samt svar fra Hoff og medarbeidere. Jeg vil ikke gå videre inn på denne diskusjonen bortsett fra å komme med følgende kommentarer: En ser at samtlige underskrivere på Hoff's innlegg kom fra Oslo-området inkludert Aarseth fra Helsedirektoratet. Etter min mening er det sterkt beklagelig at planleggingen av dette prosjektet bare omfattet personer med personlige interesser og fordeler. Helsedirektoratet burde ha sørget for en bred høring og at ikke bare tilhengere av prosjektet, var innbudt til å snakke på det såkalte åpne møtet som ble arrangert. En burde ha sørget for at alle helseregioner hadde blitt hørt under dette møtet. Selv har jeg ledet Norges største laboratorium for gastrointestinal endoskopi i rundt 20 år, og vi utfører over 3000 colonoskopier årlig (de fleste uten noen form sedasjon/smertebehandling). Jeg syntes det var påfallende at en med denne bakgrunn ikke har vært hørt. Skyldes det at en ikke ønsket å høre synspunktene til de som var motstandere av prosjektet? Til sist vil jeg påpeke at det ikke er merkelig at vi i Norge får lite igjen for våre forskningsmidler når store økonomiske og menneskelige ressurser brukes på slike prosjekter.

Trondheim 19/10-2011

Helge L. Waldum

Professor dr.med./Avdelingsoverlege

KURS OG KONFERANSER

17. Nasjonale levermøte, torsdag 22. mars 2012

Tema: Levertransplantasjon

Program ved Interessegruppen for leversykdommer, Norsk gastroenterologisk forening

Påmeldingslenke vil bli gjort tilgjengelig på NGF's hjemmesider på nyåret.

Arrangeres av NGF og interessegruppen for leversykdommer.

Møtet avholdes på Oslo Kongressenter.

Ansvarlig for møtet er Kirsten Muri Boberg.

Tid	Tittel	Foredragsholder
10.00-10.10	Velkommen	Kirsten Muri Boberg
10.10-10.40	Indikasjoner og resultater	Tom H. Karlsen, RH
10.40-11.00	Hvem skal skal henvises og når? Hvilken utredning bør være utført lokalt?	Erik Schrumpf, RH
11.00-11.20	Hva vil anestesilegen vite?	John Hausken, RH
Pause		
11.40-12.00	Levertransplantasjon: teknikk og postoperative komplikasjoner	Aksel Foss, RH
12.00-12.20	Levertransplantasjon ved HCC	Pål-Dag Line, RH
Lunsj		
13.10-13.25	Helge Bells pris for hepatologisk forskning	Kristian Bjørø, RH
13.25-13.45	Immunosuppresjon: retningslinjer	Kirsten Muri Boberg, RH
13.45-14.10	Oppfølging etter levertransplantasjon: hva skal passes på?	Kristian Bjørø, RH
14.10-14.30	Arbeidsfordeling mellom lokalsykehus og Rikshospitalet: bør noe justeres?	Magnhild Gangsøy-Kristiansen, Nordlandssykehuset, Bodø
Pause		
14.50-15.20	Residiv av PSC, PBC og AIH	James Neuberger, Birmingham
15.20-15.40	Residiv av hepatitt C	Olav Dalgard, Åhus
15.40-16.00	PSC-IBD etter levertransplantasjon	Kristin K. Jørgensen, RH



European
Crohn's and Colitis
Organisation

Barcelona
Spain

Inflammatory Bowel Diseases

Preliminary Programme



7th Congress of ECCO
CCIB – Centro de Convenciones
Internacional de Barcelona
February 16-18, 2012

www.ecco-ibd.eu



29. SADE course in advanced endoscopy in Oslo

19.-20. January 2012

GI endoscopy as part of the multidisciplinary approach
The Conference will take place at Clarion Hotel Royal Christiania.

Further information & registration
www.sade2012.dk

Organizing Committee: Thomas de Lange, Lars Aabakken,
Truls Hauge, Tom Glomsaker, Anita Jørgensen

STIPENDER

Helge Bells forskningspris for god klinisk hepatologisk forskning

Helge Bells pris for god klinisk hepatologisk forskning for 2011 utlyses. Den beste artikkelen innen fagområdet hepatologi publisert i 2011 (kliniske arbeider eller basale arbeider med klinisk vinkling) vil bli belønnet med en pris på kr 25.000. Innsendte søknader (kopi av publisert artikkel med vedlagte personopplysninger - maks 1 side) vil bli vurdert av en bedømmelseskomité.

Søknader sendes Kristian Bjørø, Seksjon for fordøyelsessykdommer, OUS - Rikshospitalet innen 15. januar 2012 (elektronisk til kristian.bjoro@rikshospitalet.no). Ytterligere opplysninger fås ved henvendelse samme sted.

Utllysning av midler fra Norsk Gastroenterologisk Forenings forskningsfond

Utdelingen for 2012 vil fordeles mellom flere søkere. Søker må være medlem av NGF. Det kan søkes om støtte til drift, utstyr og lønnsmidler.

Søknadsfrist 1. januar 2012. Tildeling offentliggjøres på NGFs vintermøte 2012.

Det benyttes ikke skjema. Søknaden skal inneholde:

- 1) prosjektbeskrivelse (maks 2 sider)
- 2) CV for søker
- 3) beskrivelse av forskningsgruppen (maks 1 side).

Søkere uten doktorgrad må vedlegge anbefaling av veileder.

Søknaden m/vedlegg sendes elektronisk som 1 pdf-fil til fondets styreleder Prof. Odd Helge Gilja (odd.gilja@helse-bergen.no).

Søknader som er ufullstendige, overstiger angitt lengde, mangler angitte vedlegg eller blir innsendt etter fristen, behandles ikke.

ESGEs møteserie godt i gang: Vellykket ERCP-temamøte i Munchen



Av: Lars Aabakken, Medisinsk avd., Stavanger universitetssykehus



QUALITY IN ENDOSCOPY

COLONOSCOPY &
COLONIC NEOPLASMS

Berlin, Germany May 4 - 5, 2012

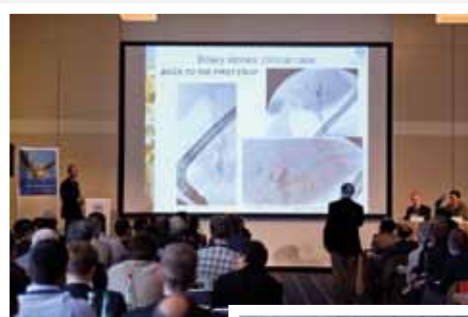


www.quality-in-endoscopy.org

European Society for Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) (www.esge.com) har inntil nylig vært en "forening for foreninger", dvs. en europeisk sammenslutning av de nasjonale endoskopiforeningene. For 2 år siden ble det besluttet å etablere individuelt medlemskap, med tanke på styrke den direkte kontakten med endoskopører i Europa. Dette medlemskapet inkluderer et personlig abonnement på tidsskriftet Endoscopy, men for øvrig har mye av aktivitetene til ESGE vært konsentrert om endoskopitemaene under UEGW. Foreningen har imidlertid ønsket å utvide aktivitetene knyttet til endoskopiutdanning, og som et viktig ledd i dette ble det i september i år avholdt det første møtet i serien "Quality in Endoscopy", organisert av Paul Fockens, Lars Aabakken og Jacques Deviere. Møtet var i sin helhet viet ERCP og tilgrensende temaer, og det ble organisert i nært samarbeid med EASL, for å ivareta de hepatologiske aspektene. UEGF har ønsket seg flere slike aktiviteter med samarbeid foreningene imellom, og bidro med støtte til møtet via sin utdanningskomite.

I alt deltok 244 gastroenterologer fra 46 land, dog med hovedvekt på deltakere fra Europa. I programutarbeidelsen ble det lagt vekt på å rekruttere yngre aktive endoskopiesperter fra ledende europeiske sentra, og det samme ble gjort mhp hepatologiske temaer. Hver programblokk ble avsluttet med en egen sesjon med kasuistikker koblet til de aktuelle temaene, der alle møtedeltakerne var med på avstemming over de ulike problemstillingene som ble reist. Dette fungerte overraskende bra, og bidro til at selv et møte med såpass mange deltakere fikk et mer interaktivt preg. Flere av temaene ble også belyst med "pro-et-contra"-debatter som engasjerte både møteledere og publikum.

Planen er å etablere dette som et møteformat for endoskopiutdanning med ett til to møter årlig med avgrensede temaer, tilsvarende ERCP-møtet. Det er allerede planlagt møter for 2012 og 2013 innenfor ulike endoskopiske temaer, og i samarbeid med andre søsterorganisasjoner innen UEGF. Det neste møtet er allerede planlagt 4.-5. mai 2012 i Berlin i samarbeid med ESDO, og vil dekke temaet "Colonoscopy and colonic neoplasms" ■



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 matrikskerne gjennom hele kolon til rektum

MEDA

Salofalk «Dr. Falk» Antiinflammatorisk middel.

ATC-nr. A07E C02

ENTERODEPOTGRANULAT 1,5 g: Hver dosepose inneholder: Mesalazin 1,5 g, aspartam, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

REKTALSNUM 1 g dose: Hver dosepose inneholder: Mesalazin 1 g, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Enterodepotgranulat: Til behandling av akutte episoder og vedlikehold ved remisjon av ulcerøs kolitt. Rektalskum: Til behandling av aktiv, mild ulcerøs proktosigmoiditt. **Dosering:** Enterodepotgranulat: 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. **Rektalskum: Voksne:** 2 doser 1 gang daglig ved sengetid. Først settes en applikator på beholderen, og beholderen ristes deretter i ca. 20 sekunder, før applikatoren føres inn i rektum så langt det kjennes komfortabelt. For å administrere 1 dose presses pumpehodet helt ned og slippes. Sprøyen vil kun fungere korrekt når pumpehodet peker nedover. Etter 1. eller 2. dose, avhengig av behovet (se under), må applikatoren holdes i posisjon i 10-15 sekunder før den føres ut av rektum. Dersom pasienten har problemer med å holde på denne mengden skum, kan dosen administreres i 2 separate applikasjoner, 1. dose ved sengetid og 2. dose i løpet av natten (etter tømming av 1. dose) eller tidlig om morgenen dagen etter. Best resultat oppnås dersom tarmen tømmes før administrering. En akutt episode med mild, ulcerøs kolitt går vanligvis over etter 4-6 uker. Vedlikeholdsbehandling med oral mesalazin anbefales. **Barn:** Det er liten erfaring og kun begrenset dokumentasjon på effekt hos barn. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for salisylsyre og dets derivater, eller noen av hjelpestoffene. Alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. Rektalskum: Sår i mage/tarm. Diathesis hemorrhagica. **Forsiktighetsregler:** Blodtester (differensielt blodtelling, leverfunksjonstest som ALAT og ASAT, serumkreatinin) og urinstatus (urinrøst) 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. Mesalazindusert renal toksisitet skal mistenkes ved forverret nyrefunksjon under behandling. Pasienter med lungesykdommer, særlig astma, skal overvåkes spesielt. Pasienter med tidligere overfølsomhet for preparater som inneholder sulfasalazin, skal overvåkes nøye ved behandlingsoppgjør. Behandlingen skal avbrytes øyeblikkelig ved akutte reaksjoner, som f.eks. kramp, akutte magesmerter, feber, alvorlig hodepine og utsett. **Enterodepotgranulat:** Inneholder aspartam 3 mg som omdannes til fenylalanin 1,68 mg, og bør være oppmerksom på dette ved fenylketonuri. **Rektalskum:** Forsiktighet bør utvises ved behandling med rektalskum hos astmatikere, fordi skummet inneholder sulfitt som kan forårsake overfølsomhetsreaksjoner. I isolerte tilfeller kan overfølsomhetsreaksjoner pga. sulfittinnhold, hovedsakelig i form av respirasjonsproblemer, også oppstå hos pasienter som ikke har astma. Inneholder propylenglykol som kan forårsake melkesyreacidose, hypersomnolitet, hemolyse og CNS-depresjon. Lett til mild hudirritasjon pga. innhold av propylenglykol kan oppstå. Inneholder cetostearylalkohol som kan forårsake lokale hudreaksjoner (f.eks. kontaktdermatitt). **Interaksjoner:** Spesifikke interaksjonsstudier er ikke utført. Interaksjoner kan forekomme ved samtidig administrering av følgende legemidler: Kumaninantiagulantia med mulig potensering av antikoagulerende effekt (som øker risikoen for gastrointestinal blødning). Glukokortikoider med mulig økning av bivirkninger fra mage/tarm. Sulfonylepreparater med mulig økning av blodsukkersenkende effekt. Metotreksat med mulig økning av toksisk potensiale av metotreksat. Probenecid/sulfipyrazon med mulig reduksjon av urikosurisk effekt. Spironolakton/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 azatopirin eller 6-merkaptopurin, bør mulige økte myelosuppressive virkninger av azatopirin eller 6-merkaptopurin tas i betraktning. **Graviditet/Amning:** Overgang i placentia: 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/fetal utvikling, parturitus 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 amningen avsluttet. **Bivirkninger: Begge legemiddelformer:** Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Blod/mfe: Forandringer i antall blodlegemer (aplastisk anemi, agranulocytose, pancytopeni, nøytropeni, leukopeni, trombocytopeni). Hud: Alopesi. Immunsystemet: Allergisk eksantem, temperaturstigning (legemiddellindusert 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: Myalg, artalgi. Neurologiske: Perifer nevropati. Nyre/urinveier: Svakert nyrefunksjon, bl.a. akutt og kronisk interstiell nefritt og nyresvikt. **Rektalskum:** Vanlige (>1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominal distensjon. Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Analt ubehag, irritasjon på applikasjonsstedet, rektal tenesmer. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen rapporter om overdosering. Intet spesifikt antidot kjent. Om nødvendig kan i.v. infusjon av elektrolytter (tungt diurese) tas i betraktning ved ev. overdose. Se Giftnformasjonens anbefalinger A07E C02. **Enterodepotgranulat:** Fremstilt som magesaftresistent og mesalazinfri i terminal ileum ved pH >6. Det gir en gradvis frisetting pga. granulatets spesielle matriksstruktur. Pga. en enterodepotgranulatstørrelse på ca. 1 mm skjer transporten fra ventrikkel til tyntarm raskt. En kombinert farmakosintigrafisk/farmakokinetisk undersøkelse viser at sammensetningen når det ileocecale området i løpet av ca. 3 timer, og colon ascendens innen ca. 4 timer. Total passasjetid i tykktarmen er ca. 20 timer. Ca. 80% av administrert mesalazindose er tilgjengelig i colon sigmoideum og rektum. **Rektalskum:** En kombinert farmakosintigrafisk/farmakokinetisk studie viser at fordelingen av rektalskum er homogen, rask og nesten fullstendig i løpet av 1 time. Skummet når rektum, sigmoid colon og venstre sigmoid colon avhengig av omfanget av betennelsen. **Absorpsjon:** Enterodepotgranulat: Frisetelsen av mesalazin fra enterodepotgranulatet starter etter 2-3 timer, og maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter ca. 4-5 timer. Systemisk biotilgjengelighet av mesalazin er ca. 15-25%. Matinntak forsinket absorpsjonen med 1-2 timer, men forandrer den ikke. **Rektalskum:** Absorpsjonen av mesalazin er rask, og maks. plasmakonsentrasjon for mesalazin og dets metabollitt N-Ac-5-ASA oppnås i løpet av 4 timer. Plasmakonsentrasjonen etter 1 dose mesalazin rektalskum 2 g er sammenlignbar med 1 oral dose på mesalazin 250 mg. Maks. konsentrasjon på ca. 0,4 µg/kg. Presystemisk metabolisme er rask, og maks. plasmakonsentrasjon for N-Ac-5-ASA, som for mesalazin, oppnås også etter ca. 4 timer, men plasmakonsentrasjonen er 4-5 ganger høyere, ca. 2 µg/ml. **Proteinbinding:** Mesalazin: 43% til plasmaproteiner. Metabolitten N-Ac-5-ASA: 78% til plasmaproteiner. **Halveringstid:** Etter inntak av 3 x 500 mg mesalazin er halveringstiden 4,4 timer. **Metabolisme:** Metaboliseres til farmakologisk inaktiv N-Ac-5-ASA i tarmmucosa og i lever. **Utskillelse:** Mesalazin og metabolitten utskilles via feces (hoveddelen), i urin (20-50%, avhengig av applikasjonsstypen, legemiddelform og frisetelsesveie) og via galle (mindre del). Renal utskillelse skjer i hovedsak som N-Ac-5-ASA. <1% av administrert dose utskilles uendret. Ca. 1% av total dose går over i morsmelk, hovedsakelig som N-Ac-5-ASA. **Andre opplysninger: Rektalskum:** Holdbarhet etter første avgitte dose: 12 uker. Oppbevares ved høyst 25°C. Skal ikke oppbevares i kjøleskap eller fryses. Dette er en trykktbeholder som inneholder 3,75 vektprosent brennbar drivgass. Unngå kontakt med flammer, gnister og brennbart materiale, inkl. sigaretter. Skal beskyttes mot direkte sollys og temperaturer >50°C og må ikke stikkes hull i eller brennes, selv når beholderen er tom. **Pakninger og priser:** Enterodepotgranulat: 100 stk. (dosepose) kr 1120,70. Rektalskum: 14 doser kr 406,90. Refusjon: A07E C02, Mesalazin – 4 Enterodepotgranulat, Refusjonsberettiget bruk: Til behandling av akutte episoder og vedlikehold ved remisjon av ulcerøs kolitt. Refusjonskode: ICPC D94: Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt, ICD K51: Ulcerøs kolitt, Vilkår: Ingen spesifisert. A07E C02, Mesalazin – 6 Rektalvæske, rektalskum, stikkpille 500mg. Refusjonsberettiget bruk: Ulcerøs proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin.

Referanse 1. Kruis et al, Gut. 2009;58:233-240

Sist endret: 28.01.2011