



NGF-nytt

Årgang 19

Informasjon fra Norsk Gastroenterologisk Forening

Nr. 1 - mars 2012

Tema: Spesialistutdanningen

Improving endoscopy performance
s. 12

Portrettet: Svein Ødegaard
s. 20

Norge Rundt: Haugesund
s. 24

www.norskgastro.no

www.gastroenterologen.no



NYHET

mesalazin rektalskum

MEDA



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

Til lokalbehandling av ulcerøs kolitt

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 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. Allvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Rektalskum:** Sår i mage/tarm, Diathesis hemorrhagica. **Forsiktighetsregler:** Blodstøt (diffusert blodtelling, leverfunksjonstest som ALAT og ASAT, serumkreatinin) og urinstatus (urinstix) skal utføres før og under behandling, etter behandlingen leges. 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 lunge sykdommer, 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: Kumarinantiokagulantia med mulig potensering av antikoagulerende effekt (som øker risikoen for gastrointestinal blødning). Glukokortikoider med mulig økning av bivirkninger fra mage/tarm. Sulfonylearepreparater med mulig økning av blodkoksenskende effekt. Metotrexat med mulig økning av toksisk potensial av metotrexat. 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.

Salofalk® 1g

mesalazin
rektalskum



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, leukopeni, trombocytopeni). Hud: Alopesi. Immunsystemet: Allergisk eksantem, temperaturstigning (legemiddelindusert feber), bronkospasme, peri- og myokarditt, akutt pankreatitt, allergisk alveolitt, lupus erythematosus syndrom, pankolitt. Kjønnsganer/byst: Oligospermi (reversibel). Lever/galle: Forandringer i leverfunksjonsparametre (økt konsentrasjon av transaminase og cholestaseverdier), hepatitt, cholestatisk hepatitt. Muskel-skjelettsystemet: Myalg, artalgi. Neurologiske: Perifer nevropati. Nyre/urinsveier: 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: Anal ubehag, irritasjon på applikasjonsstedet, rektal tenesme. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen rapporter om overdosering. Inntatt spesifikt antidot kjent. Om nødvendig kan i.v. infusjon av elektrolytter (vungen diurese) tas i betraktning ved ev. overdose. Se Giftinformasjonens anbefalinger A07E C02. **Enterodepotgranulat:** Fremstilt som magesafresistent og mesalazin-frisettingen er pH-avhengig. Det gir en gradvis frisetting 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 ileocekal 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 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: 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 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. 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 applikasjonsform og frisettesesje) 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 trykkt beholder som inneholder 3,75 vektprosent brennbart drivgass. Unngå kontakt med flammer, gnister og brennbart materiale, inkl. sigaretter. Skal beskyttes mot direkte sollys og temperatur >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 44 360
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

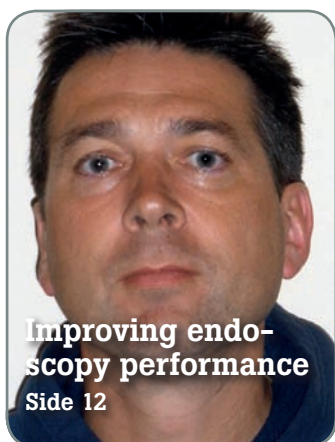
Esben Riise
www.legeforeningen.no/gastro

NGFs hjemmeside:

www.legeforeningen.no/gastro

Forsidefoto:

Kim V. Ånonsen



5 Redaktørens hjørne

5 Leder

Tema: Spesialistutdanningen

- 9 Spesialistregler i endring
- 11 Rammeverk for opplæring fleksibel GI-endoskopi
- 12 Improving endoscopy performance

Nytt fra miljøene

- 16 NGF og NGF-nytt på internett!
- 17 Sommerskole ved universitet i Tübingen 2011
- 18 Simulatorkurs på Oslo universitetssykehus
- 19 Kvinnelige gastroleger samlet på Gardemoen
- 20 Portettet: Svein Ødegaard, ultra-legen blir pensjonist
- 21 SADE 2012 i Oslo
- 23 Gastronet nyhetsbrev
- 24 Norge Rundt fra Haugesund
- 27 Blinkskuddet
- 27 Snublefot
- 29 Bildequiz

NGFs årsmøte 2012

- 32 Oppsummering
- 34 Årsrapport fra NGF-styret 2011
- 36 Prisvinnere
- 39 Referat fra generalforsamlingen
- 41 Kurs, konferanser og stipender

Annonser i NGF-nytt

Gjennom NGF-nytt når du eksklusivt norske gastrointeresserte leger. Foreningen har ca. 600 leger som medlemmer. NGF-nytt distribueres også til alle avdelingsoverlegene på medisinske og kirurgiske avd. ved norske sykehus. Annonser i NGF-nytt legges også ut på NGFs hjemmeside og formidles til medlemmene pr. epost.

1. Annonsepriser:

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

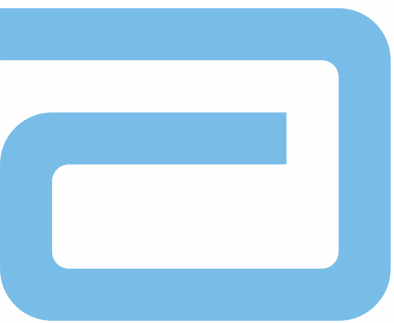
2. Annonseformat:	Bredde	Høyde
1/1 side (satsflate)	190	277 mm
1/1 side (utfallende)	210 (+5) mm	297 (+5) mm
1/2 side (satsflate)	190 mm	138,5 mm
1/2 side (utfallende)	210 (+5) mm	148,5 (+5) mm
Kvartside (satsflate)	91	138 mm
Høyoppløste (300dpi) PDF-filer, fonter + høyoppl. bilder er inkludert.		

Utgivelsesplan 2012

	Materiellfrist	Utgivelse
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



HUMIRA
adalimumab

 **Abbott**
A Promise for Life



Stephan Brackmann
Redaktør

Kjære lesere

Vår intensjon er å inspirere til faglig oppdatering og samarbeide utover lokalmiljøets horisont. NGF-nytt utvider med en fast spalte: Norge Rundt. I hver utgave får et gastromiljø fra Norge muligheten til å presentere seg. Vi ønsker å beskrive den generelle driften, men også lokale særegenheter og utfordringer, spesielle interesseområder etc. Vi håper med dette å bidra til rekruttering av nye kolleger, og til å bli kjent med hverandre i en tid hvor tilfeldige bekjenskaper på fellesreiser organisert av industrien faller bort.

Legg også merke til beskrivelsen av de nye nettsidene til NGF! Med Kristinn Eiriksson i spissen er det etablert to nettsider som angår gastroenterologer. Hovedsiden til NGF viser informasjon vedrørende nyheter og møter. Den andre siden er i prinsippet en NGF-nytt online, med pdf-filer av bladet og en søkefunksjon for fagartikler.

Tema i denne utgaven er reorganisering av spesialistutdannelsen og lederen for spesialistkomitéen Kristine Wiencke gir en oversikt over hvor langt prosessen har kommet og hvilke utfordringer vi står overfor.

Her er gode råd dyre og spesialistkomitéen trenger engasjerte tilbakemeldinger fra oss brukere for å kunne påvirke en potensielt uheldig utvikling. Et godt eksempel på det er innlegget fra Thomas de Lange og kolleger.

Mye stoff vedrørende kurs og videreutdanning vil du også finne i spalten "Nytt fra fagmiljøene", ikke minst en bred dekning av vårt årsmøte på Lillehammer. Cøliakiforeningen utlyser forskningspenger på side 41. Til slutt gleder vi oss å kunne presentere et portrett av Svein Ødegaard.

Det ligger mye arbeid bak denne utgaven av vårt fagblad. En stor takk til alle som har bidratt med sin tid i en travel hverdag!

Med de beste ønsker for en God påske!

LEDER



Bjørn Gustafsson
Leder NGF

Velkommen til Vintermøtet!

NGFs 39. årsmøte på Lillehammer samlet et stort antall kollegaer fra hele landet. De faglige innleggene holdt høy nivå og la grunnen for spennende diskusjoner.

Et hett diskusjonstema på årsmøtet var jobbglidning av endoskopier fra leger til sykepleiere. Enkelte røster mente at det eventuelt kunne være aktuelt i noen situasjoner, f.eks. kolorektalcancerscreening og ved cancerkontroller. Det store flertallet i forsamlingen var dog meget negative og mente at all endoskopi skal utføres av leger, og etter diskusjonen på generalforsamlingen er dette også NGFs offisielle holdning. Noen sentrale argumenter mot jobbglidning er at endoskopier er potensielt farlige invasive undersøkelser som krever adekvat anamneseopptak, generell klinisk vurdering før undersøkelsen, fortløpende klinisk vurdering under endoskopien, mulighet til umiddelbar terapi, vurdering av histologisvar, effektivering av videre behandling og vurdering av kontrollbehov. Pasienten har krav til å bli undersøkt av en lege som kan utføre alle disse momenter en endoskopiundersøkelse innbefatter.

Nye data viser også at man ved adekvat utført screeningkoloskopi bør finne polyper hos minst 20 % av pasientene. Polypene må vurderes og fjernes av lege, histologisvar og videre kontroller må også vurderes av lege. Koloskopiscreening bør derfor også utføres av lege. Videre vil utdanning av unge leger til skopører vanskeligjøres ved å gi bort mengdetreningen til ikke-leger. Det er i dagens situasjon vanskelig å forstå hvorfor klart definerte legeoppgaver skal overtas av yrkesgrupper som er mindre kvalifisert å utføre jobben. Det er allerede mangel på sykepleiere på gastrolaboratoriene rundt om i landet, og man bør heller satse på å rekruttere flere yngre leger. Det utdannes flere norske leger enn noensinne og legemangel vil ikke bli et problem, snarere motsatt.

Til slutt håper jeg at så mange som mulig har anledning å delta på det som ser ut til å bli det siste Nordiske gastromøtet i Reykjavik 12.-15. juni, link til påmelding finner du på NGFs hjemmeside.



ASACOL®
mesalazin



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

Produktinformasjon Asacol® mesalazin. Tillotts Pharma AB, Sverige. ATC-nr: A07E C02 Antiinflammatorisk middel. Re-septgruppe 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:** Dosering bør tilpasses sykdommens alvorlighetsgrad og toleranse. **Voksne:** Vedlikeholdsbehandling: 1600 – 2400 mg/dag fordelt på 2–3 doser. Ved forverring kan dosen økes til 4800 mg. **Barn ≥ 6 år:** Det finnes bare begrenset dokumentasjon for effekt på barn (6–18 år). Aktiv sykdom: Skal besluttes individuelt, startdose er 30–50 mg/kg/dag i delte doser. Maks. dose: 75 mg/kg/dag i delte doser. Totaldose bør ikke overskride 4 g/dag. Vedlikeholdsbehandling: Skal besluttes individuelt, startdose er 15–30 mg/kg/dag i delte doser. Totaldose bør ikke overskride 2 g/dag. Det anbefales vanligvis at halv voksendose gis til barn med kroppsvekt ≤ 40 kg og normal voksendose til barn > 40 kg. **Rektalvæske:** **Voksne:** Et klyster, à 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 sigmoidoskopiske funn. **Barn:** Det er liten erfaring og bare begrenset dokumentasjon for effekt på barn. **Stikkpiller:** **Voksne:** Normaldose er 1 stikkpille 2 ganger pr. døgn, som kan økes til 3 ganger daglig ved vanskelige tilfeller eller ved forverring av sykdommen. **Barn:** Det er liten erfaring og bare begrenset dokumentasjon for effekt på barn. **Administrering:** Enterotabletter svelges hele. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for salisylater, mesalazin eller noen 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. **Interaksjoner:** Enterotabletter: Bør ikke tas sammen med laktulose eller andre midler med pH-nedsettende effekt på tykktarmen, ellersom enterotablettenes oppløsning kan påvirkes. Rektalvæske og stikkpiller: Interaksjon med følgende legemidler kan ikke utelukkes: Kumin, probenecid, sulfonfylurea-antidiabetika, spironolakton og furosemid. **Graviditet/Amning:** Graviditet: Klinisk erfaring er begrenset. Resultater fra dyreforsøk er ufullstendige og preparatet

bør derfor ikke brukes under graviditet. **Amning:** 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/ lymfe: 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: Brystmerter, tretthet/letargi. Hårravfall, akutt pankreatitt. **Overdosering/forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger A07E C02, side 36 d i Felleskatalogen 2011.

Pakninger og priser: Enterotabletter:
400 mg: 100 stk. (blister) kr 426,90
800 mg: 60 stk. (blister) kr 512,30
Rektalvæske: 7x100 ml (flaske) kr 270,30
Stikkpiller: 60 stk. kr 441,80

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Crohns sykdom og proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Ulcerøs kolitt. Refusjonskode: ICPC : D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). ICD: K50 Crohns sykdom (-), K51 Ulcerøs kolitt (-). Refusjonsberettiget bruk: Ulcerøs proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Refusjonskode: ICPC : D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). ICD: K51 Ulcerøs kolitt (-). Refusjonsberettiget bruk: Behandling av aktiv ulcerøs proktitt. Refusjonskode: ICPC : D94 Ulcerøs proktitt (-). ICD: K51.2 Ulcerøs (kronisk) proktitt (-). **Sist endret:** 23.08.2011.

Ytterligere produktinformasjon rekvireres hos Tillotts Pharma AB, telefon +46 8 704 77 40, telefaks +46 8 704 77 49

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



Tema: Spesialistutdanningen

Tekst: Stephan Brackmann

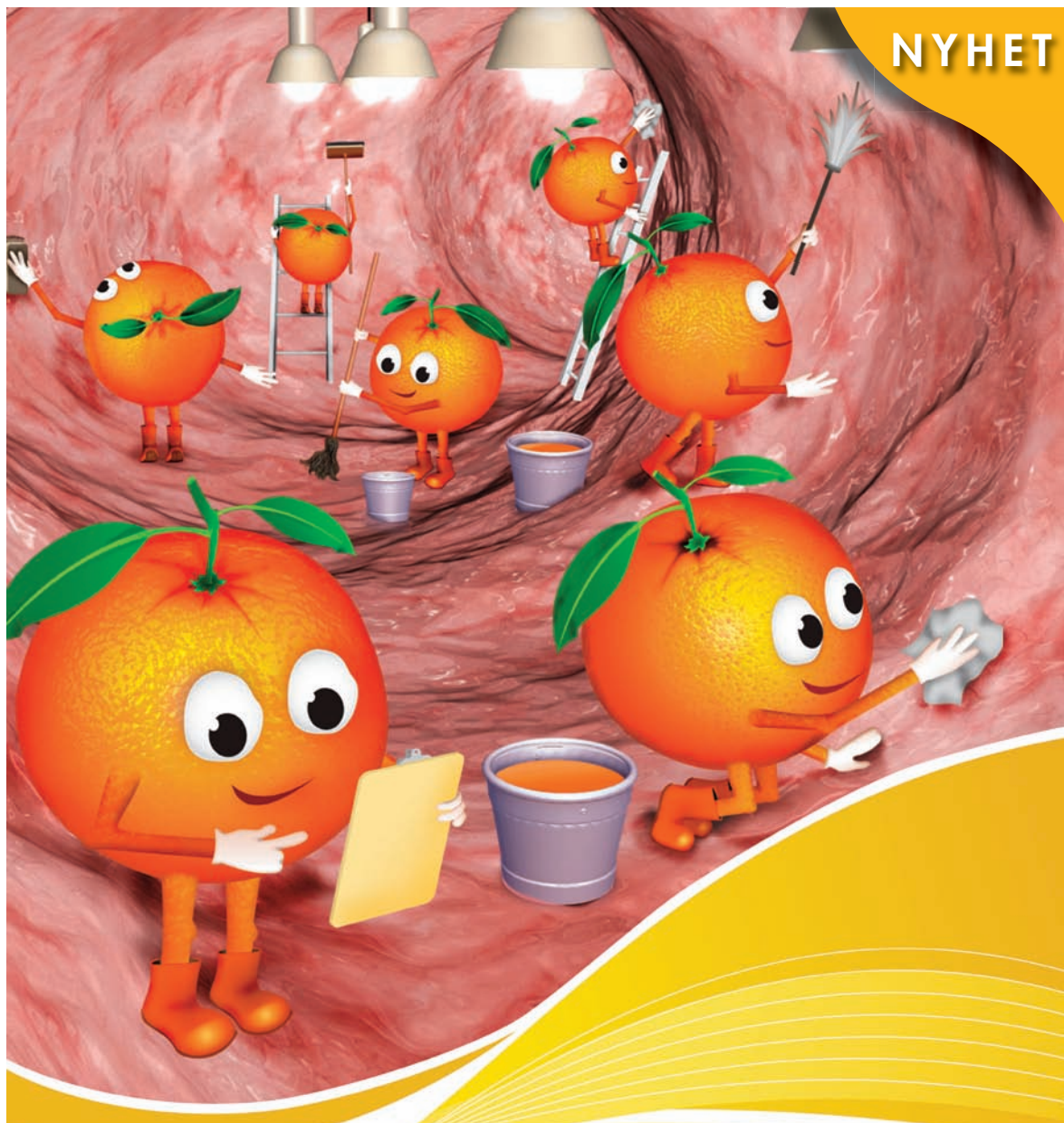
Spesialistutdanningen er i ferd med å gjennomgå store forandringer. Det diskuteres blant annet at gruppe I-tjeneste kan falle ut og erstattes med en omfattende dokumentasjon av oppfylte læringsmål. Hva synes du om det? Står kvaliteten i spesialistutdannelsen på spill? Eller vil det nye utdanningsløp medføre positive konsekvenser for våre fremtidige kolleger? Er vi fornøyde med endoskopiutdanningen sånn som den har vært i alle år, eller bør vi ta noen grep for å modernisere den? Muligens kunne vi ta i bruk elementer fra "train the trainers" hos våre naboer i vest? Gode råd er dyre.

Du kan danne deg et bilde ved å lese innlegget fra Kristine Wiencke, leder av vår spesialitetskomité, videre fra Thomas de Lange og kolleger, og til slutt fra John T. Anderson fra Gastroenterology Department i Cheltenham General Hospital i England.

Og så er du oppfordret til å sette deg ned for å gi en tilbakemelding. Spesialitetskomitéen trenger innspill fra oss for å kunne påvirke prosessen lenger opp i systemet.

God lesning! ■

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 tømningseffekten vedvarer.

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

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

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

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

Bivirkninger: Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):

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

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

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

Egenskaper: Klassifisering: Kontaktlaksantium. Virkningsmekanisme: Lokaltvirkende avføringsmiddel. Etter bakteriell spaltning i colon, har natriumpikosulfat stimulerende virkning på slimhinnen i tykktarm og rektum. 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 målbare mengder.

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 preparatmtale (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

Spesialistreglene i endring

Av: Kristine Wiencke, leder av spesialitetskomitéen

Det skjer for tiden store endringer i spesialistutdanningen med innføring av faste stillinger for leger i spesialisering og sannsynlig bortfall av gruppeinndeling av sykehustjenesten. I tillegg gjennomgår Helsedirektoratet organiseringen av og vilkårene for spesialistgodkjenningen. Man forventer at dette vil føre til endringer i spesialistreglene for leger. Godkjenning av spesialister er overtatt av helsedirektoratet fra høsten 2011. Legeforeningen arbeider med å legge til rette for best mulig utdanning innenfor de nye rammene og har delegert deler av dette arbeidet til spesialitetskomitéene.



Legeforeningen har de siste årene arbeidet for at leger i spesialisering (LIS) skal tilsettes i faste stillinger. Høsten 2010 lovet helseministeren faste stillinger som hovedregelen for LIS i sykehus. De regionale helseforetakene (RHFene) leverte i februar 2011 en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om dette, men uten legeforeningens innsyn. Spekter har i etterkant invitert legeforeningen til samarbeid om saken etter ønske fra RHFene. Legeforeningen og Spekter er i sluttfasen med en rapport om hvordan faste stillinger kan implementeres. I forbindelse med omorganisering til faste stillinger har legeforeningen skissert en modell med et komplett utdanningsløp som inkluderer alle nødvendige elementer i spesialistutdanningen. Foruten tjeneste ved avdelingen hvor man er fast ansatt, skal utdanningsløpet inneholde nødvendig tjeneste ved andre typer avdelinger for å fylle kravene til spesialistutdanningen, inkludert nødvendig erfaring med forskningsarbeid (gruppe-I tjeneste) og obligatorisk tjeneste i annet fag ("sideutdanning").

I juni -09 ba stortinget regjeringen om å legge fram en egen sak om organisering og vilkår for framtidig spesialistgodkjenning og utdanning av spesialiser i helsevesenet. HOD gav Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere spesialistutdanningen. Dette er et omfattende

arbeid (2011/-12), og antas å medføre endringer i spesialistreglene for leger.

Legeforeningen har ønsket å ligge i forkant av Helsedirektoratets arbeid med spesialistutdanningen og går inn for bortfall av krav om gruppe-I tjeneste. Isteden ønsker man at erfaringslæring relatert til sjeldne pasientgrupper og diagnoser, opplæring i spesielle diagnostiske prosedyrer, behandlingsmetoder og forskningserfaring skal sikres gjennom målstyringsdokumenter med spesifikke krav og læringsmål. Dokumentasjon av oppfylte læringsmål anses mer hensiktsmessig enn dokumentasjon av gjennomført tjenestetid på en gruppe I avdeling. Man tenker seg at så lenge prosedyrelistene er fullstendige er det uvedkommende hvor man har hatt sin tjeneste. Dette er spesialitetskomitéen prinsipielt uenig i da vi mener kjennskap til flere fagmiljøer og deltagelse over tid i et miljø med høyspesialisert medisin og forskning har stor egenverdi og ikke er ekvivalent med f.eks. 1 måned på et annet sykehus for å få fylt prosedyrelisten. Det synes som vi har bred støtte for dette synet etter diskusjon i det gastroenterologiske miljøet og med styret i NGF. Mange av spesialitetskomitéene i andre spesialiteter deler samme syn.

Spesialitetskomitéen i fordøyelsessykdommer har gjennom 2011 arbeidet med omlegging av prosedyre- og ferdighetskravene for spesialiteten på oppdrag fra legeforeningen og kommet fram til en detaljert prosedyre-/ferdighetsliste for, om mulig, å kompensere for bortfall av gruppe-I tjeneste. Vi har samtidig gjennomgått og endret målbeskrivelsen for spesialistutdannelsen, kurskrav og kursinnhold og mener at prosedyrekravene ikke kan sees isolert fra det andre. Forslag til nye prosedyre- og ferdighetslister, sammen med målbeskrivelse og kurskrav ble sendt ut på "høring" i mail til alle NGFs medlemmer 13.10.11 (red: kopi av dokumentene finner du på www.gastroenterologen.no). Foreløpig har legeforeningen kun tenkt å endre prosedyre-/ferdighetslisten. Spesialitetskomitéen har derfor lagt inn krav om tjeneste fra minst 2 sykehus og minst ett av dem på dagens gruppe I nivå i den nye ferdighetslisten. Legeforeningen vil arbeide med innsendte forslag fra de ulike spesialitetskomitéene utover våren og vedtak er ikke gjort.

Godkjenning av spesialister har i mange år vært gjort av legeforeningen på oppdrag fra HOD. Fra 1.10.11 er godkjenning av spesialister overtatt av Helsedirektoratet etter lovendring. I den forbindelse er det innført et gebyr for spesialistgodkjenning på kr. 4500,-. Det er opprettet sakkyndige som Helsedirektoratet benytter der de finner det tjenlig. Legeforeningen har fått oppdraget med sakkyndigarbeidet etter anbud. Medlemmer av spesialitetskomitéene fungerer som sakkyndige, men det er opp til direktoratet å bestemme hvilke saker som oversendes sakkyndig. Det er avtalt at de fleste saker skal oversendes nå i begynnelsen, men man ønsker på sikt å opparbeide egen kompetanse på dette i Helsedirektoratet. Det er laget en ordning med svært korte tidsfrister, 14 virkedager til sammen i legeforeningen hvorav 10 dager i spesialitetskomitéen. Svært få saker er kommet til sakkyndig og færre spesialister enn normalt er godkjent etter 1.10.11. Det betyr at sakene for tiden ligger i Helsedirektoratet. Dette er et problem for de som venter på sin spesialitet i forbindelse med søknad om stilling, vurdering av kompetanse eller endring i lønn tilknyttet spesialistgodkjenning. Det er oppstått et problem for spesialister i allmennmedisin som har krav om fornyelse av spesialitet. Lang saksbehandlingstid gjør at de mister sin formelle godkjenning i ventetiden og bl. a. ikke kan kreve spesialisttakst. Det er også avdekket problemer med forhåndsgodkjenning av kurs og tjeneste utenom standard, f. eks. i utlandet. Tidligere hadde man en ordning der spesialitetskomitéene kunne forhåndsgodkjenne slik tjeneste, men dette er ulovlig i henhold til offentlig lov og ikke lenger mulig. Legeforeningen arbeider i forhold til Helsedirektoratet for å finne løsning på disse problemene.

Spesialitetskomitéen i fordøyelsessykdommer er opptatt av å opprettholde god kvalitet på spesialistutdanningen. Vi vil gjerne ha innspill og synspunkter om dette og forslag til hvordan vi kan få til en best mulig spesialistutdanning i fordøyelsessykdommer innenfor de nye rammene. Det minnes om at spesialistkomitéene er rådgivere for legeforeningen i utdanningsspørsmål og har ingen formell myndighet ■



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

Rammeverk for opplæring fleksibel GI-endoskopi

Tekst: Thomas de Lange, Lars Aabakken, Geir Hoff, Knut Lundin og Michael Bretthauer

Det har i lengre tid vært uttrykt ønsker og tanker om en mer planmessig endoskopi opplæring i Norge. Det er dessverre en påfallende mangel av formaliserte kvalitetskrav i spesialistutdannelsen til fordøyelses-sykdommer og gastrointestinal endoskopi selv om mange av oss bruker største delen av arbeidstiden på endoskopi.

Problemstillingen ble reaktualisert våren 2011 i forbindelse med planleggingen av det nasjonale pilotprosjektet for CRC-screening. Det ble satt som en forutsetning at det ikke skulle tas ressurser fra en allerede underdimensjonert coloskopivirksomhet slik at det ble nødvendig å lære opp 6 nye coloskopører fra scratch. Regjeringens krav om maks 20 dagers ventetid på cancer utredning har også satt fokus på behovet for endoskopiopplæring slik at antallet kvalifiserte endoskopører økes og ventetiden til undersøkelse reduseres. I 2011 gikk Helsedirektoratet ut med et skriv til alle de regionale helseforetakene om at ventetiden til koloskopi i Norge er alt for lang, at dette må det gjøres noe med og alle ble oppfordret til å vurdere opprettelse av skopørskoler.

Den systematiske endoskopiopplæringen i Norge består i dag kun av to veletablerte kurs; basal-kurset og SADE-kurset. Begge er en kombinasjon av praksis og teori.

Det er viktig å stille seg en del grunnleggende spørsmål før man begynner å planlegge den nasjonale endoskopiopplæringen videre.

Er kvaliteten på endoskopiservicen god nok i Norge pr. i dag?
Hvordan skal den evt. evalueres?
Hvordan skal vi evt. bedre dagens kvalitet?

De første spørsmålene er det vanskelig å svare på. Det kommer både an på hva man anser er god nok kvalitet og hvilke variabler man skal ta hensyn til. Den siste problemstillingen kan vi nok løse ved en mer systematisk endoskopiopplæring.

Kvaliteten på endoskopiske undersøkelser/behandling

De færreste endoskopienheter foretar systematisk oppfølging av sin egen virksomhet, men Gastronet har vært en viktig pådriver for å bli mer bevisst på kvalitetsaspekter. Den åpenbare fordelene er at Gastronet foretar en prospektiv registrering av kvaliteten på polikliniske coloskopier og burde kunne si en del om kvaliteten på virksomheten på de sykehusene som deltar. Imidlertid er registreringen frivillig. Hvor stor andel av den enkeltes undersøkelser som faktisk registreres er usikkert. Det har heller ikke vært noen utstrakt bruk av egne data lokalt, og det synes ikke som kvaliteten til den enkelte endoskopør har endret seg over tid.

Organisering av opplæring

Storbritannia har vært et foregangsland i endoskopi-opplæringen etter at de avdekket store mangler ved sin egen virksomhet for noen år siden. Der har de per i dag en meget systematisk opplæring med akkreditering av både skopører og deres lærere.

Opplæring i endoskopi vil måtte gjøres etappevis fordi det er forskjellige ferdigheter som skal læres, alt fra grunnleggende diagnostiske undersøkelser til avansert terapi. Alle må lære det første mens avansert terapi vil reserveres en utvalgt gruppe.

Rammeverk/Infrastruktur for endoskopiopplæring Treningssentre

Det vil nok være nødvendig med en viss desentralisering av den formelle opplæringen fordi mange ferdigheter kan undervises ved noe mindre sentra, mens avansert terapi kun kan læres ved regionale sentra. Imidlertid vil det være viktig å ta en beslutning om hvor opplæringen bør utføres og av hvem.

Hvis man tar utgangspunkt i Helse Sør-Øst, vil det kanskje være naturlig at det f. eks etableres 3-4 sentra for opplæring av grunnleggende ferdigheter og 1 senter for opplæring i avansert terapi.

Man kan da tenke seg at kandidatene kommer til gjentatte 1-2 dagers kurs der forskjellige ferdigheter trenes og at de fortsetter mengdetreningen på sitt eget sykehus mellom kursene.

Endoskoplærere

God undervisning setter store krav til læreren og dennes ferdigheter både når det gjelder å utføre prosedyre, den bevisste kompetansen og evne til å kommunisere sine kunnskaper til svennen. Utfordringer er hvordan man skal velge ut de rette personene og evaluere deres ferdigheter.

På nåværende tidspunkt skulle man kunne tenke seg et samarbeid med internasjonal ekspertise for å kunne etablere en gruppe med endoskoplærere. Disse vil i sin tur både kunne lære opp nye endoskopører og nye lærere.

Det vil være ressurskrevende å utføre disse oppgavene og man er nødt til å finne løsninger for å finansiere etableringen av et rammeverk for endoskopi-opplæring. Dette bør nok være et arbeidsgiver ansvar.

Pedagogikk

Pedagogikken er selvfølgelig svært viktig når man skal formidle kunnskap og lære ut praktiske ferdigheter. Pedagogikken bør preges av at man har klare mål for undervisningen. Disse settes opp i samarbeid mellom lærer og svenn. I prinsippet læres ferdighet i 4 steg (fig 1) i henhold til læringsmodellen

for bevisst kompetanse. Ubevisst inkompetanse er nivået der man ikke kjenner til hvilken kompetanse man behøver. Neste steg er bevisst inkompetanse, f.eks at man vet man skal lære endoskopi men ikke vet hvordan det skal utføres. Steg 3 er bevisst kompetanse der man har tilegnet seg ferdigheten og vet hvorfor man gjør det og tilslutt vil dette utvikle seg til automatiserte reflekser, ubevisst kompetanse. Mye av dagliglivets gjøremål som f.eks sykling, bilkjøring etc. er automatisert ubevisst kompetanse.

Målet er at alle oppnår og beholder en bevisst kompetanse slik at gjennomføringen av prosedyren styres av reflekterte valg og ikke automatiserte vaner. Da vil man vil være bedre rustet for å løse tekniske utfordringer og det gir også best muligheter til å videreformidle sin egen kompetanse ved å forklare hvorfor og hvordan man gjør en manøver uten å gjøre manøveren selv. Dertil er det lettere å oppfordre den som er i opplæring til å tenke på potensielle problemløsninger. Det vil sannsynligvis gjøre opplæringsperioden kortere.

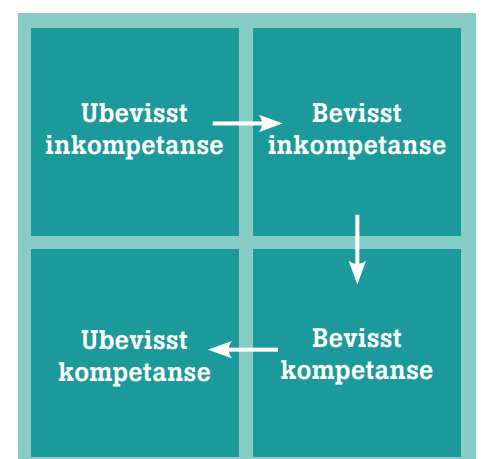
Utviklingen sikres ved at man bryter opplæringen ned i smådelar der man setter kortsiktige mål for hver enkelt opplæringsseanse. Denne formen for opplæring krever at det gjøres i små grupper med gode muligheter for raske tilbakemeldinger mellom mester-svenn.

Ansvar for opplæring

Den formaliserte opplæring/kursing av spesialister har til største del vært i regi av legeföreningen. En del har vært i regi av farmasøytisk og utstyrsindustrien. Arbeidsgiver har vært svært anonym i dette arbeidet på tross av at de har ansvaret for den faglige kvaliteten. I tiden fremover vil nok arbeidsgiveren komme sterkere på banen både i form av finansiering av kurs og i å sette flere formell krav til kvalitets kontroll og evt kompetanseheving hos den enkelte lege. I løpet av det siste året har Helse-Sør-Øst engasjert seg i et forsøk på å opprette en endoskopør skole. Dette arbeidet er kun i startgroppen.

Konklusjon

Vi tror at det vil være svært gunstig for alle i opplæring å følge denne modellen, men det gjenstår en hel del før dette kan realiseres fordi det må allokeres en god del økonomiske ressurser til utdanning. Dette vil forhåpentligvis lønne seg i det lange løp ■



Figur 1: Læringsmodell-bevisst kompetanseutvikling

Improving endoscopy performance

Text: Dr John T. Anderson, Gastroenterology Department, Cheltenham General Hospital, John.anderson@glos.nhs.uk

Introduction

Endoscopic performance measures can be applied to many different aspects of an endoscopic service. Performance of individual endoscopists has often been the focus but for organisations, service efficiency, productivity, cost-effectiveness and impact on patient outcomes are key.

Improving individual endoscopic performance can result from the introduction of simple measurement tools and audit. For most individuals, performance improvements usually require formal training. Co-ordination of a structure training approach encourages efficient and effective utilisation of training resource.

Quality assurance and data

Quality assurance (QA) of hospitals, departments and individuals is now demanded. QA improves patient safety, appropriate use of resource and most importantly, positive patient outcomes. Endoscopy is a valuable diagnostic and therapeutic service. Demand continues to increase in response to cancer screening programmes and new therapeutic techniques. Improving the performance of endoscopists requires robust performance data and standards to measure against. Several countries and organisations have now developed specific quality standards to assess performance of both the service and individuals.^{1,2,3}

Historically, endoscopists have worked in isolation with a limited review of performance quality. Now measurement of key performance indicators (KPIs) is advocated in both screening programmes and routine practice to provide some indication of the quality of the service.^{1,2,3}

The current information technology (IT) systems used in endoscopy have focused on the user interface. This results in good quality endoscopy reports, but variable quality in data outputs. Data analysis is further impaired by poor integration with other IT systems. Automated good quality performance data is rare. Any endoscopic data produced tends to relate to inputs and outputs rather than outcomes. Double entry of data is often required for any meaningful analysis or comparisons. Analysis relies on all data being available, necessitating exclusive use of electronic reporting systems and mandating data submission. Improving data output enables training to be developed and targeted at those who require it. This will result in improving the effectiveness and efficiency of available training resources. Data will also inform whether acceptable standards of practice are reached and maintained. Smart IT systems may enable automated regulation, certification and revalidation of endoscopic practice.

Individuals are increasingly aware of their own performance data, often provided in comparison with others. This generates a demand from independent colonoscopists for technical skills training in endoscopy, not just trainees.

Training Culture

Endoscopists appear comfortable attending gastroenterology updates on IBD, hepatology, etc, but rarely consider endoscopy skills improvement courses. Individuals must recognise, accept and commit to lifelong endoscopy training and skills improvement. The expectations of patient, providers and purchasers continue to rise. Delivering an increasingly higher quality endoscopy service requires continued improvements in endoscopists performance. This can only be achieved supported by a cultural change and acceptance that endoscopy training is a core component of the service provision.

The majority of endoscopy training is provided by hospital departments alongside service provision. Internal motivation, external service pressures and variation in training may encourage trainees to rapidly progress to independent practice. This leads to a cohort of largely self-taught endoscopists. Once independent, individuals are regarded as a service provider and also expected to assist in training others.

There are departments where endoscopy training provision is regarded with irritation, frustration and impatience. Some trainers may express similar feelings when providing training. Service pressures can adversely challenge training provision, if erroneous equating high throughput and quick



procedure time with quality. Training cannot flourish or develop in an environment under extreme service pressure.

Training Endoscopy Trainers

Performance data for trainers' performance should exceed the quality standards for the procedure they teach. Effective endoscopy skills training requires the ability to be able to deconstruct a complex technical challenge and precisely articulate in small steps, what is required for the trainee to succeed in a given task. The more novice the trainee the more basic the instructional steps. This requires conscious competence of the technical skill and how to teach it. Self-taught, independent endoscopists may well develop into trainers without conscious competence.

This can lead to challenges being solved by the trainer 'taking over the scope', rather than providing

Table 1: Summary of requirements and develop needs for improving endoscopy performance

Requirement	Development need
Key individual performance data	Smart integrated IT endoscopy reporting system able to produce patient outcome data
Comprehensive performance data sets	Group agreement to be inclusive and cooperative
Assess performance data against standards	Quality Assurance Framework
High Quality training	Strategy and structure for developing endoscopy training Protection from service pressure
Appropriate training environment	Training networks Specialist training units Cultural change
Consciously Competent trainers	Training the trainers programme
Competent workforce	Certification/revalidation process Therapeutic training programme
Recognition of lifelong training need	Cultural change and management support

the instruction on technique for the individual to solve the problem themselves. Lack of trainer competence does not necessarily lead to a failure of the procedure, but is sub-optimal for training and can adversely affect the patient experience.

It is recognised that endoscopists with good personal performance data do not necessarily make good trainers. Organisations should be encouraged to identify those trainers who provide effective, trainee orientated training, supported by positive feedback.

Training Provision

An accepted structure of training in endoscopy skills provides a platform for future workforce development. Learning objectives should be aligned to a competency framework and focused on formative assessment. Endoscopy trainees should have a dedicated career pathway which includes provision of endoscopy services, preventing dilution of training resource.

Some countries have utilised non-medically trained individuals (e.g. nurses) to rapidly expand the endoscopic workforce. Training requirements for these individuals are more complex and can be more protracted. Issues include the lack of medical training and experience necessary for management decisions post-procedure. Whilst some non-medically trained endoscopists provide excellent

service, others struggle with the patient responsibility and risk management integral with independent practice. Selection criteria for non-medically trained endoscopy trainees is critical and supportive mentorship essential.

For established and independent endoscopists, basic endoscopy training techniques are identical to those used for trainees although a modified teaching approach may be required. The increasing focus on endoscopic therapy has helped generate enthusiasm for more skills training. For many, previous endoscopy training will have included no formal therapeutic training. All endoscopists benefit from skills improvement training.

The creation of training centres, or specialist training units can help facilitate development of training expertise and endoscopy training techniques. Training units will help evolve minimum standards for training facilities. Ideally, networked training units can co-operate in producing training programmes to meet the requirements and demands of independent and trainee endoscopists, matching training with service requirements.

Summary

Development of a clear strategic vision for endoscopy training will help deliver a rapid improvement in endoscopy performance. For this to succeed,

cultural change, political and financial support together with co-operative working will be required. Endoscopy skills training continues to evolve and meet the challenge to deliver high quality therapeutic and diagnostic endoscopic practice. IT should be encouraged to provide automated monitoring of the quality of units, individuals and the impact of the service provided. Improving the performance of individual endoscopists should result in improved patient outcomes.

References

1. *Quality assurance of endoscopy in colorectal cancer screening.* Valori R, Sint Nicolaas J, de Jonge V. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2010 Aug;24(4):451-64.
2. *Quality assurance guidelines for colonoscopy.* NHS BCSP Publication No 6, February 2011. <http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/publications/nhsbcsp06.pdf>. Accessed March 02, 2012.
3. *Quality and safety indicators for endoscopy.* Formulated by the BSG Endoscopy Committee in conjunction with the National Bowel Cancer Screening Programme, AUGIS and ACP. www.bsg.org.uk/pdf_word_docs/bsg_grs_indic.pdf. Accessed March 02, 2012.

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

Antiviralt middel.

ATC-nr.: J05A E11

TABLETTER, filmdrasjerte 375 mg: Hver tablett inneholder: Telaprevir 375 mg, natrium 2,3 mg. Fargestoff: Gult jernoksid (E 172) og titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Telaprevir, i kombinasjon med peginterferon alfa og ribavirin, er indisert til behandling av genotype 1 kronisk hepatitt C hos voksne pasienter med kompensert leversykdom (inkl. cirrhose), som er behandlingsnaive eller som tidligere er behandlet med interferon alfa (pegylert eller ikke pegylert) alene eller i kombinasjon med ribavirin, inkl. pasienter med tilbakefall, partielle respondere og non respondere. **Dosering:** Behandling bør innledes og overvåkes av en lege med erfaring innen behandling av kronisk hepatitt C. Telaprevir 750 mg (2 tabletter) bør tas oralt hver 8. time med mat (total døgndose er 6 tabletter, 2250 mg). Telaprevir bør administreres sammen med ribavirin og enten peginterferon alfa-2a eller -2b. For spesifikke doseringsinstruksjoner for peginterferon alfa og ribavirin, se Felleskatalogtekstene for disse legemidlene. **Behandlingsvarighet for behandlingsnaive voksne og pasienter med tilbakefall etter tidligere behandling:** Behandling med telaprevir skal innledes i kombinasjon med peginterferon alfa og ribavirin og gis i 12 uker. HCV-RNA-nivå bør måles i uke 4 og 12 for å bestemme fortsatt behandlingsvarighet: Pasienter med ikke målbart hepatitt C-virus ribonukleinsyre (HCV-RNA) i uke 4 og 12 får peginterferon alfa og ribavirin alene i ytterligere 12 uker. Pasienter med målbart HCV-RNA i uke 4 eller 12 får peginterferon alfa og ribavirin alene i ytterligere 36 uker. Hos alle pasienter med cirrhose, selv med ikke målbart HCV-RNA i uke 4 eller 12, anbefales fortsatt behandling alene i ytterligere 36 uker. **Behandlingsvarighet for voksne med partiell eller ingen respons ved tidligere behandling:** Behandling med telaprevir skal innledes i kombinasjon med peginterferon alfa og ribavirin og gis i 12 uker, etterfulgt av behandling med peginterferon alfa og ribavirin alene i ytterligere 36 uker. HCV-RNA-nivå bør måles i uke 4 og 12. **Alle pasienter:** Det er svært lite sannsynlig at pasienter med utilstrekkelig viral respons vil oppnå vedvarende virologisk respons (SVR), og det anbefales derfor at pasienter med HCV-RNA >1000 IE/ml i uke 4 eller uke 12 seponerer behandlingen. Hos tidligere non-responsdere bør det vurderes å foreta en ytterligere HCV-RNA-test mellom uke 4 og 12. Hvis HCV-RNA-konsentrasjonen er >1000 IE/ml bør telaprevir, peginterferon alfa og ribavirin seponeres. Hos pasienter som får totalt 48 ukers behandling bør peginterferon alfa og ribavirin seponeres hvis HCV-RNA er målbart i uke 24 eller uke 36. Telaprevir skal tas sammen med peginterferon alfa og ribavirin for å forebygge behandlingssvikt. For å forebygge behandlingssvikt skal telaprevirdosen ikke reduseres eller avbrytes. Hvis telaprevirbehandling seponeres pga. bivirkninger eller pga. utilstrekkelig virologisk respons, bør telaprevirbehandling ikke gjenopptas. Se respektive Felleskatalogtekster for peginterferon alfa og ribavirin for retningslinjer vedrørende dosejustering, behandlingsavbrudd, seponering og gjenopptatt behandling med disse legemidlene. Hvis pasienten glemmer en telaprevirdose som skulle vært tatt for 4-12 timer siden, bør pasienten ta den foreskrevne telaprevirdosen så snart som mulig. Hvis pasienten blir oppmerksom på en glemt dose som skulle vært tatt for >4 timer siden, bør den glemt dosen utelates. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering er ikke anbefalt. Det foreligger ingen kliniske data på bruk ved hemodialyse. Se også Felleskatalogteksten for ribavirin ved $Cl_{CR} < 50$ ml/minutt. Nedsatt leverfunksjon: Telaprevir er ikke anbefalt ved moderat til sterkt nedsatt leverfunksjon («Child Pugh» B eller C, grad ≥ 7) eller dekompensert leversykdom. Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt leverfunksjon («Child Pugh» A, grad 5-6). Se også Felleskatalogtekstene for peginterferon alfa og ribavirin, som er kontraindisert ved «Child Pugh» grad ≥ 6 . **Eldre ≥ 65 år:** Begrensede kliniske data. **Barn <18 år:** Sikkerhet og effekt er foreløpig ikke kartlagt. **Administrering:** Tablettenes bør svelges hele (ikke tygges, deles eller oppløses). Tas med mat. Administrering uten mat kan føre til effektreduksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Samtidig bruk av virkestoffet med clearance som i høy grad er avhengig av CYP 3A, og hvor økte plasmakonsentrasjoner er forbundet med alvorlige og/eller livstruende bivirkninger. Disse virkestoffene omfatter alfuzosin, amiodaron, bepridil, kinidin, astemizol, terfenadin, cisaprid, pimozi, ergotderivate (dihydroergotamin, ergonovin, ergotamin, metylergonovin), lovastatin, simvastatin, atorvastatin, sildenafil eller tadalafil (kun når det brukes til behandling av pulmonal arteriell hypertensjon), og oral midazolam eller triazolam. Samtidig bruk av klasse IA eller III antiarytmika, unntatt i.v. lidokain. Samtidig bruk av virkestoffet som i stor grad inducerer CYP 3A, f.eks. rifampicin, johannesurt (Hypericum perforatum), karbamazepin, fenytoin og fenobarbital, og dermed kan medføre lavere eksponering og tap av effekt av telaprevir. Se Felleskatalogtekstene for peginterferon alfa og ribavirin for informasjon om deres kontraindikasjoner. **Forsiktighetsregler:** Telaprevir skal ikke gis som monoterapi, og skal kun forskrives i kombinasjon med både peginterferon alfa og ribavirin. Felleskatalogtekstene for peginterferon alfa og ribavirin skal derfor sjekkes før oppstart av behandlingen. Det foreligger ingen kliniske data for ny behandling hos pasienter som har hatt behandlingssvikt ved en kur med HCV NS3 4A-proteasehemmerbasert behandling. **Alvorlig utsett:** Alvorlig utsett er rapportert med telaprevir kombinasjonsbehandling. Forskrivere skal sørge for at pasientene er godt informert om risikoen for alvorlige utsett, og om å kontakte forsikringsveilede lege omgående ved nytt utsett eller forverring av eksisterende utsett. Alle utsett bør kontrolleres for progresjon og helt til utsettet har forsvunnet. Det kan ta flere uker før utsettet forsvinner. Andre legemidler assosiert med alvorlige kutane reaksjoner bør brukes med forsiktighet ved administrering av telaprevir kombinasjonsbehandling, for å unngå mulig forverring relatert til hvilket legemiddel som er skyld i hudreaksjonen. Ved lett utsett (lokal hudutbrudd og/eller hudutbrudd med begrenset utbredelse inntil flere isolerte steder på kroppen) skal pasienten overvåkes for progresjon eller systemiske symptomer til utsettet har forsvunnet. Ved moderat utsett (diffust utsett $\leq 50\%$ av kroppsoverflaten) skal pasienten overvåkes for progresjon eller systemiske symptomer til utsettet har forsvunnet. Vurder konsultasjon med spesialist innen dermatologi. Ved moderat utsett som forverres bør permanent seponering av telaprevir vurderes. Hvis utsettet ikke bedres innen 7 dager etter seponering av telaprevir, bør ribavirin avbrytes. Tidligere avbrudd av ribavirin kan være nødvendig hvis utsettet forverres til tross for seponering av telaprevir. Peginterferon alfa-behandlingen kan fortsettes, dersom avbrudd ikke er medisinsk indisert. Ved moderat utsett som forverres til alvorlig utsett skal telaprevir seponeres permanent. Ved alvorlig utsett (>50% av kroppsoverflaten eller forbundet med signifikante systemiske symptomer, slimhinneulcerasjoner, mællesjorner, løsnert epidermis) skal telaprevir omgående seponeres permanent. Konsultasjon med spesialist innen dermatologi er anbefalt. Overvåk for progresjon eller systemiske symptomer til utsettet har forsvunnet. Behandlingen med peginterferon alfa og ribavirin kan fortsette. Hvis bedring ikke sees innen 7 dager etter seponering av telaprevir, bør sevensjeller eller samtidig avbrudd eller seponering av ribavirin og/eller peginterferon alfa vurderes. Hvis medisinsk indisert, kan tidligere avbrudd eller seponering av peginterferon alfa og ribavirin være nødvendig. Ved mistanke om eller diagnostisert generalisert bulløst utsett, DRESS, Stevens-Johnsons syndrom/toksisk epidermal nekrolyse, akutt generalisert eksantematøs pustulose, erythema multiforme, skal telaprevir, peginterferon alfa og ribavirin omgående seponeres permanent. Konsulter med spesialist innen dermatologi. Behandling med telaprevir, skal ikke gjenopptas etter seponering. Se også Felleskatalogtekstene for peginterferon alfa og ribavirin vedrørende alvorlige hudreaksjoner. **Anemi:** I kliniske studier er samlet forekomst og alvorlighetsgrad av anemi høyere med telaprevir kombinasjonsbehandling enn med peginterferon alfa og ribavirin alene. Hemoglobinnivået falt de første 4 behandlingsukene, med laveste verdi på slutten av telaprevirdoseringen. Hemoglobinverdien ble gradvis bedre etter fullført telaprevirdosering. Hemoglobin bør måles regelmessig før og under telaprevir kombinasjonsbehandling. For behandling av anemi, se Felleskatalogteksten for ribavirin vedrørende retningslinjer for dosereduksjon. Hvis ribavirin seponeres permanent som følge av anemi, skal telaprevir også seponeres permanent. Hvis telaprevir seponeres pga. anemi, kan behandling med peginterferon alfa og ribavirin fortsette. Behandling med ribavirin kan gjenopptas i samsvar med retningslinjene for dosejustering av ribavirin. Telaprevirdosen skal ikke reduseres, og telaprevirbehandling skal ikke gjenopptas etter seponering. **Graviditet:** Telaprevir skal brukes i kombinasjon med peginterferon alfa og ribavirin, og kontraindikasjonene og advarslene for disse legemidlene gjelder også ved kombinasjonsbehandling. Ekstrem forsiktighet må utvises slik at graviditet unngås hos kvinnelige pasienter og kvinnelige partnere til mannlige pasienter. For ytterligere instruksjoner, se SPC. **Hjerte og kar:** En liten effekt av telaprevir (1875 mg hver 8. time) på QTcF-tiden er sett i studie. Eksponering ved denne dosen er sammenlignbar med eksponeringen hos HCV infiserte pasienter som får telaprevir 750 mg hver 8. time pluss peginterferon alfa og ribavirin. Mulig klinisk signifikans er usikker. Telaprevir bør brukes med forsiktighet sammen med klasse IC antiarytmika, som propafenon og flekainid, inkl. hensiktsmessig klinisk overvåkning og EKG-overvåkning. Forsiktighet anbefales ved samtidig

bruk av legemidler som inducerer QT-forlengelse og er CYP 3A-substrater, som erytromycin, klaritromycin, telitromycin, posakonazol, vorikonazol, ketokonazol, takrolimus, salmeterol. Samtidig bruk av domperidon bør unngås. Telaprevir kan øke konsentrasjonen av samtidig gitte legemidler, og dette kan medføre økt risiko for hjertebivirkninger. Hvis samtidig bruk av slike legemidler anses strengt nødvendig, anbefales klinisk overvåkning, inkl. EKG-vurdering. Telaprevir bør unngås til pasienter med medfødt QT-forlengelse eller familiebakgrunn med medfødt QT-forlengelse eller plutselig dødssfall. Hvis behandling med telaprevir hos slike pasienter anses strengt nødvendig, bør pasienten overvåkes nøye, inkl. EKG-vurdering. Telaprevir brukes med forsiktighet ved: Anamnese med ervervet QT-forlengelse, klinisk relevant bradykardi (vedvarende puls <50 slag i minuttet), anamnese med hjertesvikt med redusert venstre ventrikklens ejsjonsfraksjon, behov for legemidler som forlenger QT-tiden, men hvor metabolismen ikke er hovedsakelig CYP 3A4-avhengig (f.eks. metadon). Slike pasienter bør overvåkes nøye, inkl. EKG-undersøkelser. **Laboratorieprøver:** HCV-RNA-nivå bør måles i uke 4 og 12 og når klinisk indisert. Følgende laboratorieundersøkelser skal gjennomføres hos alle pasienter før oppstart av telaprevir kombinasjonsbehandling: Full blodtelling med differensialtelling av leukocytter, elektrolytter, serumkreatinin, leverfunksjonsprøver, TSH og urinsyre. Anbefalte baselinieverdier for oppstart av telaprevir kombinasjonsbehandling: Hemoglobin: ≥ 12 g/dl (kvinner), ≥ 13 g/dl (menn), trombocytter ≥ 90 000/mm³, absolutt nøytrofilitt ≥ 1500 /mm³, adekvat kontrollert thyroideafunksjon (TSH), beregnet kreatininclearance ≥ 50 ml/minutt, kalium $\geq 3,5$ mmol/liter. Hematologiske undersøkelser (inkl. differensialtelling av leukocytter) er anbefalt i uke 2, 4, 8 og 12, og deretter når klinisk relevant. Klinisk kjemiske undersøkelser (elektrolytter, serumkreatinin, urinsyre, leverenzym, bilirubin, TSH) er anbefalt like hyppig som hematologiprøvene eller når klinisk indisert. Se for øvrig Felleskatalogtekstene for peginterferon alfa og ribavirin, inkl. krav til graviditetstest. **Kombinasjon med peginterferon alfa-2b:** Ingen data på bruk av telaprevir i kombinasjon med peginterferon alfa-2b hos tidligere behandlede pasienter, og begrensede data fra behandlingsnaive pasienter. **Utilstrekkelig virologisk respons:** Ved utilstrekkelig viral respons bør behandlingen seponeres. **Behandling av andre HCV-genotyper:** Bruk av telaprevir ved andre HCV-genotyper enn genotype 1 er ikke anbefalt, da det ikke er tilstrekkelige kliniske data. **Organtransplanterte:** Ingen kliniske data ved vedrørende behandling av pasienter før, under eller etter levertransplantasjon eller annen transplantasjon. **Koinfeksjon med hiv:** Begrensede kliniske data fra pågående studie med telaprevir i kombinasjon med peginterferon og ribavirin hos HCV-behandlingsnaive pasienter, som enten ikke står på antiretroviral hiv behandling eller får behandling med efavirenz eller atazanavir/ritonavir i kombinasjon med tenofovir og emtricitabin eller lamivudin. Se SPC for relevante interaksjoner med hiv antivirale legemidler. **Koinfeksjon med HBV:** Ingen data fra bruk ved HCV/HBV-koinfeksjon. **Thyreoidesykdom:** HCV-nivåene bør måles før og under behandlingsforløpet og behandles klinisk hensiktsmessig, inkl. mulig justering av thyroideahormonbehandling ved preeksisterende hypotyreose. **Natrium:** Inneholder 2,3 mg natrium pr. tablett, og må tas hensyn til ved natriumfattig diett. **Interaksjoner:** Se Kontraindikasjoner. Telaprevir metaboliseres i leveren av CYP 3A og er et substrat for P glykoprotein (P gp). Andre enzymer kan være involvert i metabolismen. Samtidig bruk av legemidler som inducerer CYP 3A og/eller P gp kan redusere eller øke telaprevirs plasmakonsentrasjon. Bruk av telaprevir kan øke systemisk eksponering for legemidler som er substrater for CYP 3A eller P-gp. Induksjon av metabolsmeenzymene kan ikke utelukkes. Telaprevir skal ikke gis samtidig med virkestoffet med clearance som i høy grad er avhengig av CYP 3A og hvor økte plasmakonsentrasjoner er forbundet med alvorlige og/eller livstruende bivirkninger, som hjertearytmi (dvs. amiodaron, astemizol, bepridil, cisaprid, pimozi, kinidin, terfenadin), perifer vasospasme eller iskemi (dvs. dihydroergotamin, ergonovin, ergotamin, metylergonovin), myopati, inkl. raddomyolyse (dvs. lovastatin, simvastatin, atorvastatin), forlenget eller økt sedasjon eller respirasjonshegning (dvs. oral midazolam eller triazolam) og hypotensjon eller hjertearytmi (dvs. alfuzosin og sildenafil ved pulmonal arteriell hypertensjon). Telaprevir skal ikke gis samtidig med klasse IA eller III antiarytmika, unntatt i.v. lidokain. Bør brukes med forsiktighet sammen med klasse IC antiarytmika, som propafenon og flekainid. Rifampicin reduserer telaprevirs plasma-AUC med ca. 92%. Telaprevir skal derfor ikke gis samtidig med rifampicin. Telaprevirs plasmakonsentrasjon kan reduseres ved samtidig bruk av johannesurt. Potente CYP 3A-induktører, som karbamazepin, fenytoin og fenobarbital, er kontraindisert. Milde og moderate CYP 3A-induktører bør unngås, spesielt hos pasienter som er tidligere non respondere (partielle respondere eller non respondere for peginterferon alfa/ribavirin), med mindre det er gitt spesifikke doseanbefalinger (se SPC). For andre kombinasjoner, se SPC. **Graviditet/Amning:** Ingen data fra bruk til gravide, og preparatet er ikke anbefalt under graviditet og hos fertile kvinner som ikke bruker prevensjon. Telaprevir skal brukes i kombinasjon med peginterferon alfa og ribavirin, og kontraindikasjonene og advarslene for disse legemidlene gjelder også ved kombinasjonsbehandling. Fertile kvinnelige pasienter og deres mannlige partnere, samt mannlige pasienter og deres kvinnelige partnere må bruke 2 effektive prevensjonsmetoder under behandling. Etter fullført behandling med telaprevir bør prevensjonsmetodene i Felleskatalogteksten for ribavirin, og som beskrevet nedenfor, følges. Hormonelle antikonseptiva kan fortsatt benyttes, men er ikke nødvendigvis pålitelige under behandling og i inntil 2 måneder etter seponering av telaprevir. I denne perioden bør kvinnelige pasienter i fertil alder bruke 2 sikre ikke-hormonelle prevensjonsmetoder. 2 måneder etter fullført behandling er hormonelle antikonseptiva igjen egnet som 1 av de 2 påkrevde effektive prevensjonsmetodene. Se Felleskatalogteksten for ribavirin og peginterferon alfa for ytterligere informasjon. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Pga. faren for bivirkninger hos barn som ammes, og pga. den kombinerte behandlingen med peginterferon alfa og ribavirin, skal amming avbrytes før behandlingssart. Se også Felleskatalogteksten for ribavirin. **Bivirkninger:** **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Blod/hymne: Anemi. Gastrointestinale: Kvalme, diaré, oppkast, hemoroider, proktalgia. Hud: Kløe, utsett, **Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$):** Blod/lymfte: Trombocytopeni, lymfopeni. Endokrine: Hypotyreose. Gastrointestinale: Analklbe, rektalblødning, analfissur. Hud: Ekssem, hevelse i ansiktet, eksfoliativt utsett. Infeksjoner: Oral candidiasis. Lever/galle: Eryttrubulinemi. Nevrologiske: Dysgeusi, synkope. Stoffskifte/ernæring: Hyperurikemi, hypokalemi. Øvrige: Perifer ødem, unormal produktsmak. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Gastrointestinale: Proktitt. Hud: Legemiddelutsett med eosinofili og systemiske symptomer (DRESS), urticaria. Nyre/urineirer: Økt blodkreatinin. Stoffskifte/ernæring: Urinsyregikt. Øye: Retinopati. **Sjeldne ($\geq 1/10$ 000 til $<1/1000$):** Hud: Stevens-Johnsons syndrom. **Laboratoriefunn:** Økt serumurinsyre er svært vanlig. Etter avsluttet behandling faller vanligvis urinsyreverdien i løpet av de påfølgende 8 ukene, og kan sammenlignes med den hos pasienter som får peginterferon alfa og ribavirin alene. De fleste laboratorieverdiene retumerte til nivåer observert med peginterferon alfa og ribavirin innen uke 24, unntatt trombocytallet som forble på et nivå lavere enn observert med peginterferon alfa og ribavirin til uke 48. For ytterligere opplysninger, se SPC. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Høyeste dokumenterte dose er 1875 mg hver 8. time i 4 dager. Følgende vanlige bivirkninger ble rapportert hyppigere med 1875 mg hver 8. time sammenlignet med 750 mg hver 8. time: Kvalme, hodepine, diaré, redusert appetitt, dysgeusi og oppkast. **Behandling:** Intet spesifikt antidot. Behandling består av generelle støttetiltak, inkl. overvåkning av vitale tegn og observasjon av pasientens kliniske status. Hvis indisert, kan eliminasjon av uabsorbert virkestoff oppnås ved oppkast eller ventrikkelskylling. Ventrikkelskylling bør kun utføres hvis dette kan gøres innen 1 time etter inntak. Medisinsk kull kan også brukes for å bidra til å fjerne uabsorbert virkestoff. Det er ukjent om telaprevir er dialyserbart ved peritoneal- eller hemodialyse. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Antiviralt middel. **Virkningsmekanisme:** Hemmer av HCV-NS3-4A serinprotease, som er nødvendig for virusreplikasjon. **Absorpsjon:** Absorberes sannsynligvis i tynntarmen, uten holddepunkter for absorpsjon i tykktarmen. Maks. plasmakonsentrasjon etter en enkelt dose oppnås vanligvis etter 4-5 timer. Bør tas sammen med mat. **Proteinbinding:** Ca. 59-76%. Bindes hovedsakelig til surt alfa 1 glykoprotein og albumin. **Fordeling:** Tilsynelatende distribusjonsvolum: 252 liter, med en individuell variasjon på 72,2%. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig eliminasjonshalveringstid 4-4,7 timer. Ved steady state er effektiv halveringstid ca. 9,11 timer. Tilsynelatende totalclearance 32,4 liter/time med inter-individuell variasjon på 27,2%. **Metabolisme:** Omfattende levermetabolisme, som omfatter hydrolyse, oksidasjon og reduksjon. Flere metabolitter er påvist i feces, plasma og urin. Utskillelse: Etter administrering av en enkelt dose på 750 mg ¹⁴C-telaprevir, ble 90% av radioaktiviteten gjenfunnet i feces (ca. 82%), urin (ca. 1%) og utåndingsluft (ca. 9%) innen 96 timer. Uendret ¹⁴C-telaprevir utgjorde 31,8% i feces. **Pakninger og priser:** 42 stk. (boks) 21577,90, 4 x 42 stk. (boks) 86206,80.

Sist endret: 13.10.2011

Janssen-Cilag AS Postboks 144, NO-1325 Lysaker, Norway, Tel +47 24 12 65 00, Fax +47 24 12 65 10, www.janssen-cilag.no

NYHET!

FOR DINE HEPATITT C GENOTYPE 1 PASIENTER

12 UKERS INCIVO[®] BEHANDLING

- SOM EN DEL AV KOMBINASJONSBEHANDLING I 24 ELLER 48 UKER¹



MED INCIVO[®] KURERES SIGNIFIKANT FLERE NAIVE OG BEHANDLINGSERFARNE PASIENTER MED KRONISK HEPATITT C GENOTYPE 1, SAMMENLIKNET MED BEHANDLING MED PEGYLERT INTERFERON I KOMBINASJON MED RIBAVIRIN.^{1, 2, 3}

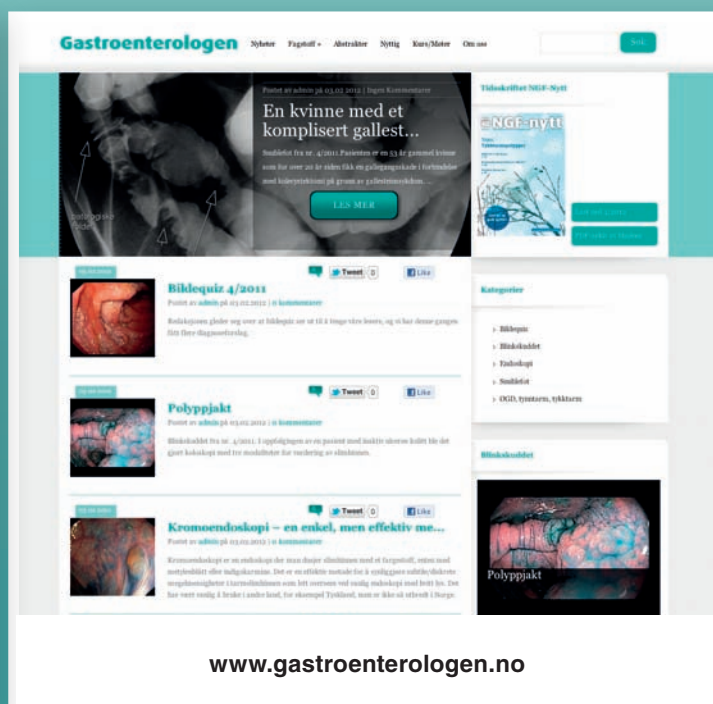
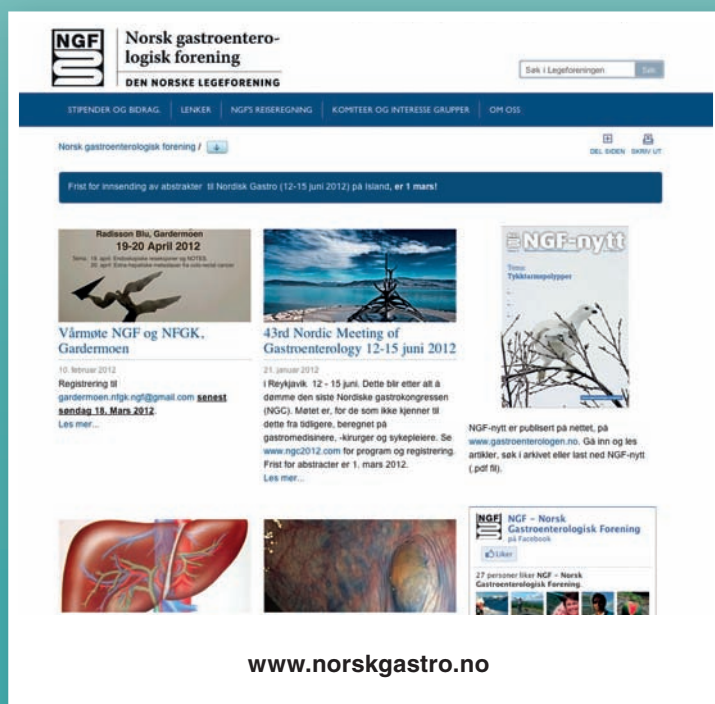
Før foreskriving av INCIVO[®], se preparatomtale

Referanser: 1. INCIVO[®] preparatomtale 2011-10-13. 2. Jacobson IM et al. Telaprevir for previously untreated chronic hepatitis C virus infection. NEJM 2011; 364(25): 2405-2416. 3. Zeuzem S, et al. telaprevir for retreatment of HCV infection. NEJM 2011; 364(25): 2417-2428

Janssen-Cilag AS Postboks 144, NO-1325 Lysaker, Norway, Tel +47 24 12 65 00, Fax +47 24 12 65 10, www.janssen-cilag.no

Janssen-Cilag AS

NGF og NGF-nytt på internett!



Tekst: Kristinn Eiriksson, nettredaktør

Nå har NGF lansert sin nye hjemmeside: www.norskastro.no

Hjemmesiden skal være et sted hvor medlemmer kan lete etter informasjon om kommende møter og arrangement, og lese spennende artikler i NGF-nytt av både eldre og nyere dato.

På hovedsiden finner du opplysninger om møter og arrangement. Under kalenderknappen finner du kommende aktiviteter i kronologisk rekkefølge.

Medlemmer får nå også mer avansert tilgang til NGF-nytt ved å klikke på bildet av NGF-nytt (siste utgave) på hovedsiden eller gå rett inn på siden på www.gastroenterologen.no.

NGF er nå også på Facebook! Trykk på "like" i vår Facebook-lenke på hjemmesiden eller finn Norsk gastroenterologisk forening inne på Facebook.

Alle tips om interessante møter, kongresser eller spennende faglige nyheter tas godt i mot via lenken til nettredaktøren på hjemmesiden.

God fornøyelse! ■

“Theodor-Billroth-Akademie” – Sommerskole ved universitet i Tübingen 2011

av Peter Lied Haga, medisinstudent 7. semester, UiO og Truls Hauge, Gastromedisinsk avd., OUS

Theodor-Billroth-Akademie® (TBA®) og den første sommerskolen ble grunnlagt av prof. Björn Brücher (gastrokirurg ved universitetssykehuset i Tübingen) i 2008. Denne var den 4. i rekken, og fant sted i Tübingen fra 24. juli til 5. august 2011.

Tübingen er en koselig universitetsby med ca. 80.000 innbyggere sør i Tyskland, i nærheten av Stuttgart. Byen har et stort og moderne universitetssykehus, som ligger på en høyde over selve byen. Sykehuset har spesialisert seg i kirurgisk onkologi, transplantasjonskirurgi og miniinvasiv kirurgi, og driver i tillegg med utstrakt forskningsvirksomhet.

Formålet med sommerskolen er å øke interessen for kirurgifagene blant medisinstudenter på et tidlig tidspunkt i studiet. I tillegg har TBA® et aktivt alumni-konsept, slik at tidligere TBA-studenter har hatt frivillige opphold, deler av 6. året, forskningsopphold og stillinger mange steder i hele verden (MSKCC, Johns Hopkins, Lyon, Bordeaux, Paris, Sydney, Tyrkia etc.)

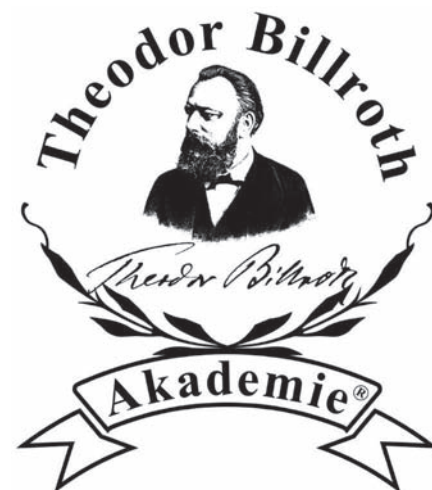
Både i Tyskland og Norge er det lite undervisning i kirurgi i løpet av medisinstudiet, og de høye søkerallene viser at TBA® er et populært tilbud for interesserte studenter. Det var ca. 150 søkere fra de tyskspråklige landene, og Slovenia, Bulgaria, Italia, Japan og Norge. Av de 30 inviterte deltagerne var to fra Japan, to fra Østerrike, en fra Sveits, en fra Norge og de resterende var fra Tyskland.

Undervisningen besto av forelesninger og praktisk arbeid. I tillegg var det sosiale arrangementer med middag sammen med professorene. Forelesningene holdt veldig høy kvalitet, med profilerte professorer fra hele Tyskland. Over 50 personer var involvert i undervisning i løpet av to uker, og alle arbeidet i sin fritid og uten betaling for å gi oss denne muligheten. Det er et unikt tilbud til oss studenter og viser at TBA® blir lagt merke til i fagmiljøet. Av temaer som ble omtalt på forelesningene kan nevnes: spesialisering i kirurgi, immunologi, kirurgi og kjønn, plastisk kirurgi, endoskopi, mental trening/mestring, patologi, tysk helsevesen og økonomi, sår- og anastomosetilheling, leverkirurgi, osteosyntese/ortopedi/ulykkeskirurgi, biometri og forskningsmetode. Forelesningene dekket også samfunnsmessige viktige temaer, f.eks. den utfordringen både tysk og norsk helsevesen får i fremtiden med eldrebølge, større krav om familievennlige arbeidsforhold og stadig mer ressurskrevende diagnostikk.



Det fjerde kullet som har gjennomført sommerskole ved Theodor-Billroth-Akademie i Tübingen.

Den praktiske delen innebar bl.a. suturkurs med hudlukning på svineføtter, anastomoser på svinetarm, både håndsydd og med staplere, endoskopi – både tørrtrening for å lære å styre endoskopet, transport av linser og riskorn fra A til B i dertil bygde innretninger, samt trening på virkelighetsnære modeller. Høydepunktene for de fleste var to dager da vi, under veiledning av flere av Tysklands ledende kirurger, fikk utføre forskjellige operative inngrep på spesielt fikserte humane preparater. Vi fikk gjøre blant annet lungereseksjoner, tarm-, kar- og thyroideainngrep, samt etablering av thoraxdrenasje. Det var kun 2-3 studenter per preparat og veileder, noe som gjorde utbyttet av undervisningen desto større. Dag to fikk vi også prøve oss på laparoskopisk kolecystektomi på en modell med svinelever og kunstig bukvegg. Det viste seg å være mye vanskeligere enn først antatt, men det var særdeles nyttig å få hands-on-erfaring med miniinvasiv kirurgi. En dag var viet ortopedi og ulykkeskirurgi (én og samme spesialitet i Tyskland), først med forelesninger om osteosyntese, muligheter innenfor ortopedisk kirurgi, samt kirurgiske erfaringer fra Afghanistan. Sistnevnte forelesning ga innblikk i livet som eneste kirurg (og uten bakvakt) på feltsykehus i Afghanistan og hvilke stressmomenter det innebar. Senere samme dag fikk vi selv prøve å fikse brudd på kunstige knokler, gipse radiusfraktur, praktisk innføring i



operasjonshygiene, artroskopi av kunstig kneledd, samt en grundig innføring i diagnose og behandling av bekkenfrakturer.

Siste dagen startet med en prøve, og deretter ble vinnere av bokpriser og de to hovedvinnerne utropt. De to vinnerne får delta på laparoskopikurs i Elancourt, Frankrike arrangert av Karl Storz GmbH & Co, KG, samt "Doctorarbeit" på universitetsklinikken i Tübingen.

Sommerskolen foregår i sin helhet på tysk, og med 5 år tysk fra norsk skole var jeg naturlig nok spent på hvordan det kom til å gå, både faglig og sosialt. Forelesninger og annen undervisning innenfor medisin gikk overraskende bra, mens forelesninger i skjæringspunktet med andre fag var vesentlig vanskeligere å henge med på. Men det skal nevnes at mye av dette var utfordrende også for de tyske deltagerne. Både studenter og lærere var veldig oppmuntrende og positive overfor oss som ikke behersket tysk til det fulle, og det bidro til å gjøre kurset til en veldig positiv opplevelse.

Alt i alt er jeg veldig fornøyd med de to ukene jeg fikk tilbringe i Tyskland sammen med engasjerte og likesinnede studenter. Kvaliteten på forelesningene, dyktige professorer som virkelig brant for det de drev med, og antallet involverte undervisere gjør at jeg føler meg utrolig privilegert som fikk delta ved sommerskolen. Prof. Björn Brücher fortjener en stor takk for sitt engasjement og innsats for den vordende generasjon kirurger. Flere moduler i TBA® i tillegg til sommerskolen er allerede under planlegging, og forhåpentligvis vil også andre fra Norge få sjansen til å delta i årene fremover ■



Kristin Ranheim i sving med å stanse en ulcusblødning, for anledningen assistert av sykepleier Anniken Berntsen Djupnes.

Simulatorkurs på Oslo universitetssykehus

Tekst: Vemund Paulsen, Lene Larssen og Truls Hauge

OUS har i mange år drevet med endoskopiopplæring på simulator. Kursene avholdes på gastrolab på Ullevål av et fåtall erfarne instruktører. Simulatoren vi bruker er av typen GI-Mentor (Simbionix®), en flunkende ny maskin er nå på plass. De siste 4 årene har 115 leger gjennomført kurset. Det avholdes 20 kurs hvert år, til nå med 2 deltakere pr kurs. Med 2 simulatorer kan 4 deltakere trenes samtidig. Kursene varer i 5 timer, og er semistrukturerte med en introduksjon og demonstrasjon i basal skopiteknikk. Det meste av kurset trener deretter kandidatene under veiledning og korreksjon av teknikk på kasusitikkbaserte prosedyrer. Simulatoren har modul for gastroskopi, koloskopi, ERCP og EUS. Majoriteten av kursene har dreid seg om nybegynnertrening på de to førstnevnte modulene. Det øves på så vel diagnostiske (inkl biopsitaking) som terapeutiske prosedyrer (injeksjon, polypektomi, ballongdilatasjon og polypektomi).

De første årene var kursene støttet av AstraZeneca og siden 2008 har Abbott kjøpt kurs ved OUS, som eier simulatorene.

Dokumentasjonen for nytteverdien av trening på endoskopiske datasimulatorer er ikke overveldende, men vi har likevel tro på at en kursveld med en erfaren endoskopør har noe for seg for leger som skal i gang med endoskopi. Vi tror også pasientene setter pris på at legen har holdt i et skop før han eller hun går i gang!

Vi gjennomførte i 2011 en spørreundersøkelse blant tidligere kursdeltakere. 84 fikk tilsendt skjemaet og svarprosenten var 63. Resultatene er gjengitt i tabell 1.

Etter intensjonen har de fleste deltakerne liten eller ingen erfaring med endoskopi på forhånd. Det er derfor ikke så uventet at bare halvparten jobber regelmessig på gastrolab etter kurset. Deltakernes egenvurdering av nytteverdien er som det fremgår, høy; det er nærliggende å tro at lavere rapportert nytteverdi nettopp henger sammen med at en del av deltakerne i etterkant jobber innenfor andre fagfelt. Man merker seg at bare 1/5 av kursdeltakerne er kirurger.

Simulatorkursene vi holder er frivillige, men tiden nærmer seg antakelig for å få på plass en mer strukturell opplæring og kvalitetssikring innenfor fleksibel endoskopi ■

Tabell 1. Resultater fra spørreundersøkelsen blant tidligere kursdeltakere

Menn/kvinner	55/45 %	
Helse Sør-Øst	62 %	
Helse Vest	17 %	
Helse Midt-Norge	9,4 %	
Helse Nord	9,4 %	
Medisiner/kirurg	74/21 %	
< 50 skopier før kurset	83 %	
Jobber regelmessig på gastrolab	49 %	
Mitt sykehus stiller krav om simulatorkurs før skopi	15 %	
Egenvurdert nytteverdi av kurset (1-10, 10 svært nyttig)	10	25 %
	9	13 %
	8	25 %
	7	13 %
	6	8 %
	<6	16 %

Kvinnelige gastroleger samlet på Gardemoen

Christine, Ingrid og Ellen fra kvinnegruppa.

Fredag ettermiddag 18. november og lørsdag formiddag 19. november 2011 var ca. 20 kvinnelige gastroenterologer og spesialister i pediatriisk gastrohepatologi samlet til faglig møte og sosialt samvær på Gardemoen.

Tekst: Ingrid Prytz Berset

Det er en kjent sak at kvinneandelen blant ferdig utdannede gastroenterologer er lav: kun 5 til 10 % av norske spesialister i fordøyelsessykdommer er kvinner. Når vi er så få, er det hyggelig å kunne møtes en gang i blant – først og fremst for å bli kjent med hverandre, men også for faglig oppdatering. Når vi er på kongresser og møter, er hovedtyngden av foredragsholdere og møteledere menn. Det var derfor spennende med et faglig program med utelukkende kvinnelige bidragsyttere.

Og her var det mange spennende presentasjoner:

- Kasuistikker - Cancer coli ved Crohn-kolitt ved Christine Slinning
- Enteral ernæring/elemental diett ved IBD ved Christine Olbjørn
- Hvordan leve bra som kvinne i et mannsdominert yrke? Taran Søberg
- Oppfølging etter levertransplantasjon ved Ingrid Prytz Berset
- IBD hos PSC-pasienter ved Kristin Kaasen Jørgensen

- Epidemiologi hos barn og unge med IBD ved Göri Perminow
- Resultater fra IBSEN-studien ved Camilla Solberg

Det var satt av rikelig tid til diskusjoner og spørsmål underveis i det faglige programmet – og debatten gikk livlig både under og mellom foredragene – litt sånn kvinneforeningsaktig, men på en udelet positiv, veldig interaktiv og morsomt lærerik måte!

Vi ble enda mer kjent med hverandre rundt midt-dagsbordet om kvelden. Stemningen var høy og latteren satt løst når diverse historier og anekdoter fra kvinnekortlivet trillet frem, den ene mer utrolig og spektakulær enn den andre. Her var ingen redd for å fortelle om blødmer og feiltrakk – og alle bød på seg selv i rikt monn.

Etter det faglige programmet lørdag hadde vi en plenumsdiskusjon med oppsummering og planlegging av videre møter i kvinnegastro gruppa. Vi var alle skjønt enige i at dette hadde vært 2 minnerike

dager både sosialt og gastrofaglig, og at slike samlinger absolutt bør bli en årlig begivenhet. Vi bestemte der og da at neste års samling også blir den tredje helga i november 2012, og at faglige hovedtemaer vil være terapeutiske endoskopi-prosedyrer (ERCP, stenting mm) samt endoskopi-opplæring ad modum train-the-trainers.

Vi vil neste år også invitere de kvinnelige gastrokirurgene til dette møtet. Og – vi vil oppfordre unge, kvinnelige LIS-leger i gastroenterologi, gastrokirurgi og pediatri til å være med og bli kjent med oss kommende kolleger og sjef i en benign atmosfære (vi kan jo som kjent være litt bitchy i den travle hverdagen ...).

Vi vil understreke at vår lille kvinnegruppe ikke er noen mannsfiendtlig gjeng – vi er tvert imot svært begeistret for våre mannlige kolleger (det VET dere jo!) Men når bare kvinner møtes, prater vi om litt andre ting enn når menn er tilstede, og det kan av og til være godt –spesielt for dem som vasser i mannfolk på jobb hele dagen. Vi håper at mannlige gastroenterologer ikke ser kvinnegruppa som noen trussel, men som en ressurs. Vi ønsker å utgjøre et bredt tverrfaglig nettverk, med foredragsholdere som også kan brukes i andre sammenhenger. Vi er kvinner med faglig tyngde på vidt forskjellige områder – og ved å bli kjent i et lite og upretensjøs forum blir det lettere å bruke hverandre både for råd i den kliniske hverdagen, i forskningssammenheng og i opplæring/kursvirksomhet ■



Svein Ødegaard

Ultra-legen blir pensjonist

Tekst: Lars Birger Nesje, Avdelingsdirektør dr. med. Medisinsk avdeling

Leder av Nasjonalt Senter for Gastroenterologisk Ultrasonografi, professor dr. med. Svein Ødegaard gikk over i pensjonistenes rekke 31. januar i år. En allsidig medisinsk yrkeskarriere med bredt nasjonalt og internasjonalt engasjement er dermed fullført, men han etterlater seg dype spor og et vitalt fagmiljø som vil bringe videre mye av det han har bygget opp.

Etter at medisinsk embetseksamen ble avlagt ved Universitetet i Bonn i 1970, arbeidet Svein Ødegaard både i allmennpraksis og ved ulike sykehusavdelinger i Norge og Tyskland. Fra Tyskland brakte han med seg ny kompetanse innen medisinsk teknikk, og han var tidlig ute med å integrere ulike bildediagnostiske metoder i sin kliniske praksis, blant annet dobbelkontrastbaserte røntgenundersøkelser og ultralyd. Han ble godkjent spesialist i indremedisin i 1979 og i fordøyelsessykdommer i 1980. Han forsvarte sin medisinske doktorgrad ved Universitetet i Bergen i 1988 og ble professor ved samme universitet fra 1995. I perioden 1999–2003 var han avdelingsoverlege/avdelingsleder ved Medisinsk avdeling på Haukeland universitetssykehus. Etter en sykdomsperiode gikk han så over i stilling som senterleder ved Nasjonalt Senter for Gastroenterologisk Ultrasonografi i Helse Bergen.

Mange kolleger vil først og fremst kjenne professor Ødegaard på grunn av hans pionérarbeid innen gastroenterologisk ultralyddiagnostikk, hvor han i over 35 år har vært en utrettelig pådriver innen systemutvikling, klinisk anvendelse og forskning. Han var blant de første som publiserte norske arbeider om ultralydundersøkelse av bukorganer, og han var også først i Norden til å ta i bruk endoskopisk ultralydteknikk i tarmsystemet. Han var en periode leder av Norsk Forening for Ultralyd-Diagnostikk og satt også i flere internasjonale ekspertgrupper, bl.a. EUs forskningsutvalg. Gjennom mange år var han i det norske gastroenterologimiljøet en nokså ensom talsmann for at klinikerne burde lære seg å anvende diagnostisk ultralyd, og etter hvert har hans engasjement båret frukter ved at ultralyddiagnostikk nå er blitt en obligatorisk del av spesialistutdanningen i fordøyelsessykdommer. Etter hans initiativ ble det også opprettet en interessegruppe for ultrasonografi i NGF.

Svein Ødegaard begynte sin sykehuskarriere med et lengre opphold som pasient i tenårene. Senere arbeidet han i unge år blant annet som portør før han bestemte seg for en medisinsk utdanning og karriere. Som både lege, lærer, tillitsvalgt og leder har han alltid fremstått som en kvalitetsbevisst og til tider kompromissløs

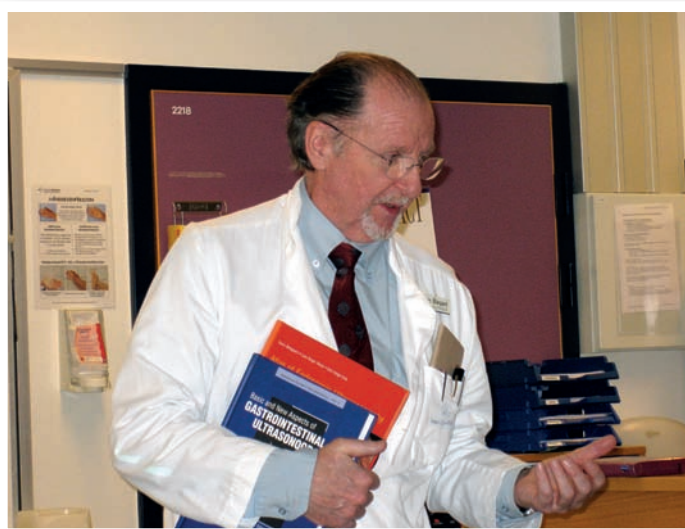
fagperson med pasientenes beste som ledestjerne. Gjennom et langt yrkesliv har han sett ulike ledere og ledelsesideologier komme og gå i sykehusene, og han har alltid hatt et vaksomt blikk på at ikke fagligheten skulle ofres gjennom ulike organisatoriske endringer. Dette fokuset fikk han ytterligere styrket da han også i voksen alder igjen måtte prøve pasientrollen i sykehuset i en periode. Svein Ødegaard var opptatt av å bevare breddekunnskapen og det faglige samarbeidet i et sykehusvesen som ble stadig mer spesialisert, og det var derfor ikke mer enn naturlig at han i sine siste yrkesår ble engasjert av Norsk indremedisinsk forening til å være den første redaktøren for tidsskriftet Indremedisinen, som nettopp skulle fremheve verdien av generell indremedisinsk kompetanse.

Som fagperson har Svein Ødegaard vært en utpreget nettverksbygger, som knyttet kontakter mellom ulike fagmiljøer både innefor og utenfor medisinen i inn- og utland. Han var fremsynt og nysgjerrig på å nyttiggjøre seg tekniske løsninger og muligheter, og mange av de diagnostiske fremskrittene han har bidratt til, oppstod i samarbeid med tekniske miljøer, blant annet miljøer tilknyttet oljeindustrien. Ved å ta til seg av andres erfaringer maktet han å bygge store visjoner uten å miste sitt eget faglige fotfeste. I sitt forskningsarbeid knyttet han sterke internasjonale kontakter, og for oss som arbeidet sammen med ham, ble han en viktig døråpner på den internasjonale arenaen. Han kunne også gi oss gode råd om både oppførsel og stil (slipstvang!) når vi skulle representere og presentere våre arbeider på internasjonale møter.

Han har også vært en betydelig produsent av vitenskapelig litteratur, som forfatter av over 100 vitenskapelige artikler, og som utgiver av 3 lærebøker innen ultrasonografi siste tiåret. Han har vært veileder for flere doktorgradskandidater og vært en inspirator for enda flere. Som veileder og lærer har Svein vist både engasjement og raushet, med stor evne til å glede seg over sine medarbeideres og elevs suksesser. Derfor er også en hans største suksesser at hans pionerarbeid og forskningsinnsats nå er overtatt og videreføres av de som har vært omkring han.

Vi som har vært hans nære medarbeidere, kjenner ham også som en familie-kjær mann som har stor glede av å være sammen med sine barn og barnebarn og følge med i deres ulike utviklingsfaser. Hans kone Brita har vært en viktig aktør og støttespiller gjennom hele hans yrkeskarriere, og de har sammen vist stor evne til omsorg og omtanke både for lokale og mange tilreisende kolleger. Svein har i ulike sammenhenger vist en særlig vilje til å tre støttende til når omgivelsene har hatt behov for det.

Svein Ødegaard vil nok finne områder å engasjere seg i også når han nå er gått over i pensjonistenes rekke. Han har fortsatt et betydelig internasjonalt kontaktnett og er blant annet med i et alumniråd ved Universitetet i Bonn. Sammen med andre i familien har han også de senere år arbeidet for organisasjoner som har fokus på å beskytte barn i krigssituasjoner. Hans evne til omsorg og engasjement stopper nok ikke selv om et arbeidsforhold avsluttes. Både Medisinsk avdeling ved Haukeland universitetssjukehus og Institutt for indremedisin ved Universitetet i Bergen har mye å takke Svein Ødegaard for, og vi håper pensjonisttilværelsen ikke blir travlere enn at han får tid til hyppige besøk på sin tidligere arbeidsplass. Vi ønsker ham alt godt i hans otium ■



Jorma Halttunen fra Helsinki avslørte at alle ERCP-triksene var like lure.



HPB-kirurg Ralf Segersvärd fra Karolinska.



Urban Amelo og Stefan Spinnell.



Bjørn Hofstad, Lars Aabakken og Thomas de Lange.



Vendel Kristensen fra Oslo universitetssykehus.

SADE 2012 i Oslo

Tekst og bilder: Kim V. Ånonsen

Scandinavian Association for Digestive Endoscopy holdt i år møte i Oslo. Møtet dekket temaene tykktarmskreft, cystiske pankreas-svulster og blødninger fra øvre mage-tarm-kanal. Møtet var godt besøkt, og industrien bidro med en flott utstilling. Arrangementet var sentralt plassert i Oslo sentrum.

Den første kliniske konferansen handlet om tykktarmskreft og ble en tverrfaglig seanse der Søren Meisner fra København riktignok fikk være moderator, men de andre bidragene kom fra Ullevål sykehus og gjenspeilet ett sykehus sin tverrfaglige tilnærming. Foredragsholderne arbeider sammen til daglig.

John Anderson fra Cheltenham General Hospital utforsket med sin state of the art-forelesning hvor grensen for en polypektomi går. Omkvedet var: "når er det på tide å ringe en venn?" For øvrig ble forsamlingens engasjement vekket da man diskuterte sykepleiere som koloskopører. Det er ikke sikkert det blir utbredt i Skandinavia med det første.

Cystiske pancreassvulster ble belyst av en svensk, klinisk konferanse som et samarbeid mellom Karolinska og Sahlgrenska. Det var faglig balanserte innlegg og avsluttet med relevante kasuistikker som avspeiler de daglige utfordringene på dette feltet.

Fredag var det danskernes tur. Man kunne naturligvis forvente at de ville presentere håndteringen av variceblødninger, men det ble en klinisk, tverrfaglig seanse om alle de andre øvre GI-blødningene ■

Nyhet

PENTASA 1 g TABLETT



Dosering: 2 tabletter
1 x DAGLIG*

*Anbefalt vedlikeholdsdose ved mild til moderat ulcerøs kolitt

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

ATC-nr.: A07E C02

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

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

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

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

Indikasjoner: Depottabletter og depotgranulat: Ulcerøs kolitt og Morbus Crohn. **Rektalvæske:** Ulcerøs proktosigmoiditt. **Stikkpiller:** Aktiv Ulcerøs proktitt. **Dosering: Depottabletter og depotgranulat:** Individuell dosering. **Voksne:** Opptil 4 g/dag fordelt på flere doser. Anbefalt vedlikeholdsdose ved mild til moderat ulcerøs kolitt er 2 g 1 gang daglig. **Barn:** Begrenset dokumentasjon mht. effekt. Generelt anbefales halv voksen dose til barn <40 kg og normal voksen dose til barn >40 kg. **Aktiv sykdom:** Start med 30-50 mg/kg/dag, fordelt på flere doser. Maks. dose 75 mg/kg/dag, fordelt på flere doser. Total dose bør ikke overskride 4 g/dag. **Remisjon:** Start med 15-30 mg/kg/dag, fordelt på flere doser. Total dose bør ikke overskride anbefalt voksen dose. **Depottablettene å 1 g skal svelges hele. Depottablettene å 500 mg kan deles, men må ikke tygges eller knuses. For å lette inntak kan de ev. slemmes opp i litt vann eller juice umiddelbart før inntak. Depotgranulatet må ikke tygges. Rektalvæske: Voksne:** 1 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 blodsykdom. **Graviditet/Amning:** Forsiktighet bør utvises, bør kun brukes i samråd med lege etter nøye vurdering av fordeler/ulemp. **Overgang i placenta:** Passerer. Teratogen effekt er ikke observert i dyrestudier. Blodsykdommer (leukopeni, trombocytopeni, anemi) er sett hos nyfødte barn av mødre som har brukt mesalazin. **Overgang i morsmelk:** Går over. Mesalazinkonsentrasjonen i morsmelk er lavere enn i morens plasma, mens konsentrasjonen av metabolitten acetylmisalazin forekommer i samme eller høyere konsentrasjon. Begrenset erfaring. Overfølsomhetsreaksjoner som diaré hos spedbarn er rapportert og kan ikke utelukkes.

Bivirkninger: Mest vanlig er gastrointestinale forstyrrelser, hodepine og hudreaksjoner. Overfølsomhetsreaksjoner og legemiddelindusert feber sees av og til. Etter rektal administrering kan lokale reaksjoner som pruritus, rektalt ubehag og avføringstrang forekomme. **Hypoglykemi (>1/100):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast og abdominale smerter. Hud: Utslett (inkl. urticaria, eksantem). Nevrologiske: Hodepine. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Leukopeni (inkl. granulocytopeni), trombocytopeni, anemi, aplastisk anemi, eosinofili, agranulocytose, pancytopeni. Gastrointestinale: Forhøyet amylasenivå, pankreatitt. Hud: Reversibel alopesi, lupus erythematosus-lignende reaksjoner. Lever: Forhøyet leverenzym- og bilirubinnivåer, hepatotoksitetet (inkl. hepatitt, cirrhose, leversvikt). Luftrør: Allergiske lungereaksjoner (inkl. dyspné, hoste, allergisk alveolitt, pulmonær eosinofili, pulmonær infiltrasjon, pneumonitt). Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Nevrologiske: Perifer neuropati. Sirkulatoriske: Myokarditt, perikarditt. Urogenitale: Unormal nyrefunksjon (inkl. interstiell nefritt, nefrotisk syndrom), misfarget urin. Flere av disse bivirkningene kan også være et ledd i den inflammatoriske tarmsykdommen.

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

Egenskaper: **Klassifisering:** Mesalazin (5-aminosalisylsyre) til behandling av inflammatorisk tarmsykdom. **Virkningsmekanisme:** Ikke fullstendig klarlagt, men mesalazin antas å virke lokalt på tarmmucosa. Substansen hemmer leukocyttkemotakse og nedsetter dannelsen av cytokiner, leukotriener og frie radikaler. **Absorpsjon:** Depottabletter og depotgranulat: Ca. 30-50%. Absorberes hovedsakelig i tyntarmen. Reduseres ved samtidig matinntak. Rektalvæske: Ca. 15-20%. **Stikkpiller:** Ca. 10%. **Proteinbinding:** Mesalazin: Ca. 50%. Acetyllert metabolitt: Ca. 80%. **Fordeling:** Depottabletter og depotgranulat frigjør virkestoffet kontinuerlig i løpet av passasjen gjennom tarmkanalen, uavhengig av pH-forhold og matinntak. Rektalvæskene frigjør virkestoff i distale deler av tarmen, til og med colon descendens. Stikkpillene frigjør virkestoff i rectum. **Halveringstid:** Depottabletter og depotgranulat: Mesalazin: Ca. 40 minutter. Acetyllert metabolitt: Ca. 70 minutter. Steady state nås etter 5 dager. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Depottabletter og depotgranulat: Maks. plasmakonsentrasjon nås etter 1-4 timer. Ikke detekterbar etter 12 timer. Acetyllert metabolitt har tilsvarende kurve, men høyere konsentrasjon og langsommere eliminasjon. **Metabolisme:** Acetylering i tarmslimhinnen og i lever samt til en viss grad via tarmbakterier. **Utskillelse:** I urin og feces. I urin hovedsakelig som acetylmisalazin. **Pakninger og priser pr. mars 2011: Pentasa: Depottabletter 500 mg:** 100 stk. (blister) kr 510,00. 3 x 100 stk. (blister) kr 980,40. **1 g:** 60 stk. (blister) kr 413,20. **Rektalvæske:** 7 x 100 ml kr 272,40. **Stikkpiller:** 28 stk. (blister) kr 510,00. **Pentasa Sachet: Depotgranulat: 1 g:** 150 stk. (dosepose) kr 1176,40. **2 g:** 60 stk. (dosepose) kr 910,50.

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

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



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



PEN003/03/2011



Gastronet kvalitetsikringsprogram

NYHETSBREV NR 1, 2012

Kvalitetsregisterets mål er å forbedre kvaliteten på endoskopier og forskning og publikasjon 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

KOLOSKOPI ER VONDT HOS OSS – ELLER?

“Hos oss handler kvalitetssikring om at de som viser seg å ha kolorektal cancer, ikke skal ha stått lenge på venteliste”.

Noen som kjenner seg igjen? Sannsynligvis de fleste – og alt snakket om screening av friske gjør det ikke bedre. Nå blir det nå allikevel et forprosjekt på et tarmkreftscreeningprogram og noe godt kommer det vel ut av det – foreløpig dokumentert ved opprettelse av flere LIS-stillinger, initiativ fra Hdir til å rydde opp i ventelistene for syke og en del investeringer i skopørskole ved OUS. Dette har vi debattert i NGF-nytt. Økt bevisstgjøring kan føre til lavere terskel for ordinære koloskopihenvisninger. Dette vil bli fulgt løpende og med argusøyne i screening-programmet gjennom NPR-data.

I all frustrasjonen kan det være smart å ha fokus både på å få vekk ventelistene og på noe som kan drive ressursbruken (og ventelistene) i gal retning – f.eks. pasientenes smerteopplevelse. Mer og tyngre sedasjon krever mer ressurser

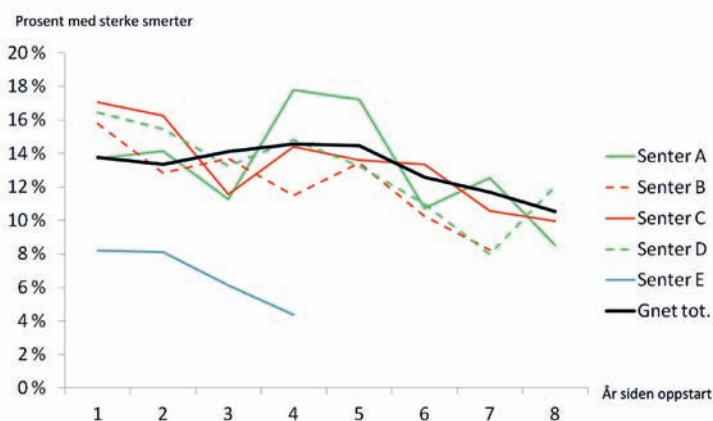
og omkostninger. Birgitte Seip, som nylig disputerte på Gastronet-data, viste at det var liten sammenheng mellom sedasjon og smertefrihet, dvs. at suksess ofte koker ned til skopiteknikk og/eller “sederende” kommunikasjon fra lege og sykepleier. Vi vet at både lege og sykepleier har en selvstendig betydning for opplevd smertefrihet.

Gastronet er NGFs offisielle kvalitetssikringsplattform, men det vil være en fordel om sykepleierne også adopterte Gastronet som “sitt” verktøy for lokalt kvalitetsutviklingsarbeid. Hvis både leger og sykepleiere er enige i å sette av tid til å bruke Gastronet data lokalt, da kan vi kanskje komme i gang med noe som monner.

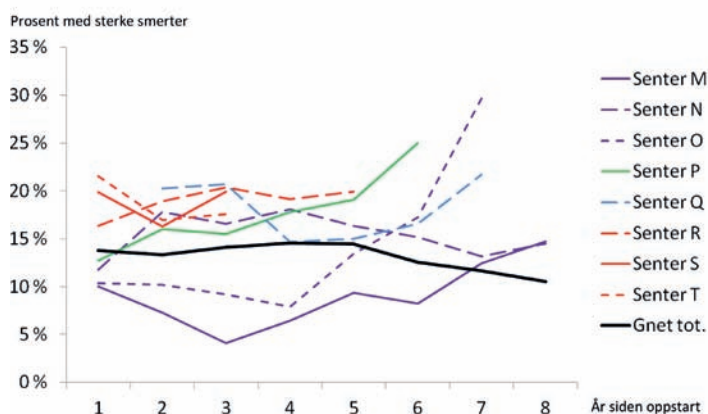
Nedenfor er to grafer som viser henholdsvis et knippe av sentre som stort sett har hatt en gunstig utvikling over tid mht redusert andel koloskopier med opplevd “sterke smerter” (til venstre). Til høyre er et utvalg sykehus som har hatt en mer ugunstig utvikling. En kan jo spørre seg hvorfor andelen med sterke smerter skal øke over flere år uten at det fanges opp som noe som er verdt å ta tak i.

MÅNEDENS GRAFER

Sentre med redusert andel sterke smerter ved koloskopi siden de ble med i Gastronet



Sentre med ugunstig utvikling av andel sterke smerter ved koloskopi siden de ble med i Gastronet



GASTRONETS “NESTEN NETTOPP NYTT”

- Foredrag om Gastronet ved NGFs årsmøte lagt ut på nettsidene www.kreftregisteret.no/gastronet (“nærmere beskrivelse av Gastronet”)
- “Gastronet International” er under oppseiling. Flere land interessert i å kopiere/delta i Gastronet
- Samarbeid innledet med SKDE for utvikling av elektronisk melding til Gastronet
- Birgitte Seip er i gang med post-doc etter vellykket disputas på Gastronet-data 27/1

- Kunnskapssenteret har prioritert en bestilling fra Gastronet på utredning om hva som er det beste tømingsregimet
- På NSF/FSG (gastro-sykepleierne) sitt årsmøte på Lillehammer i februar reiste Gastronet sak om at også NSF/FSG tar Gastronet inn i sitt formålsprogram som kvalitetsutviklingsplattform. Dette ble nedstemt med 7 mot 5 stemmer og resten av de ca 25 fremmøtte stemte blankt. Gastronet ble derimot tilbudt fast side i Gastroskopet som er NSF/FSG sitt tidsskrift og kommer ut tre ganger i året. Vi takker for det.

Norge Rundt fra Haugesund

FAKTA

Haugesund sjukehus er det største sjukehuset i Helse Fonna HF og har et opptaksområde på ca. 110 000 innbyggere. Hele foretaket har et opptaksområde på 170 000 fordelt på tre sykehus: Haugesund, Stord og Odda.

På gastropol i Haugesund utførtes i 2011:

- 1910 gastroskopier
- 1024 koloskopier
- 190 ERCP'er
- 21 PEG-innleggelser
- 22 kapselendoskopier
- 68 pH, 65 manometrier og 7 anometrier
- 2200 polikliniske konsultasjoner (inklusive sykepleierpoliklinikk som er omtrent 300-400), 264 Remicade- og 164 Venofer-infusjoner

Tekst: Ingrid Blomgren

Jeg er blitt bedt om å være første «mann» ut i den nye spalten Norge rundt og forfatte noe om gastroseksjonen i Haugesund.

Da jeg kom til Haugesund sommeren 1998, var det kun jeg, som relativt nyutdannet indremedisiner, og en spesialist i fordøyelsessykdommer som drev med medisinsk gastroenterologi. På gastro-lab utførtes òg bronkoskopier, og det fantes en kirurg som skoperte. Etter hvert ble det opprettet B-grenstilling i fordøyelsessykdommer, og jeg ble den første i denne stillingen i 2001. Fra sommeren 2002 var jeg et år på gruppe 1 i Stavanger. Da jeg kom tilbake høsten 2003, sluttet min kollega og begynte i privatpraksis. Nå ble det travle tider som eneste gastroenterolog, på et innbyggertall på drøye 100 000 sjeler. Vi fikk heldigvis en ny lege i B-grenstilling (Valerij Glazkov).

Et år senere flyttet vi til nye lokaler med 4 stuer og to mindre dikteringsrom i tilslutning. Dette var et hav av plass, syntes vi! Nå i 2012 har vi det trangt og må buke fantasien for å få ting til å gå opp...

Siden 1. februar 2011 er gastropoliklinikken organisert i «gastro-nefroseksjon» sammen med dialyse, nyrepoliklinikk og en sengepost med 10 senger. På gastropoliklinikken finnes 3 endoskopirom. I et av rommene driver vi med pH-målinger, manometrier, kapselendoskopi samt gastro- og coloskopier. I de to andre skopirommene driver vi coloskopier, respektive gastro- og bronkoskopi.

Vi har skiftet ut utstyr i de senere årene og har moderne Olympus-prosessorer og -lyskilder i alle stuen. Vi har òg anskaffet et «transportrack» som brukes ved endoskopi på intensiv, operasjon og ved ERCP og bronkoskopi i gjennomlysing. På en av stuen har vi skopguide og skulle også gjerne hatt en på det andre coloskopirommet. Men dessverre har økonomien ikke tillatt dette så langt. Vi har et kontor for «snakkepoliklinikk» og et behandlingsrom for infusjoner, fortrinnsvis Remicade og jerninfusjoner. Behandlingsrommet brukes òg av sykepleierne til konsultasjoner.

For drøyt ett år siden startet vi så smått med IBD-poliklinikk én ettermiddag i uken, drevet av sykepleier. Hit kommer pasienter med nyoppdaget IBD for informasjon innen 3-4 uker. Tilbake-meldingene fra pasientene har vært svært positive. De har hatt masse spørsmål og mange har vært urolige for hva som vil skje videre med sykdomsutvikling, familieliv og arbeid. Sykepleierne følger også opp pasienter som er inne i en dårligere sykdomsperiode, der legen endret medisiner.

Da vi flyttet poliklinikken sammen med gastrolab, begynte vi å samarbeide med to av sykepleierne om hepatitt C-pasientene. Denne virksomheten har òg vokst i omfang og «hepatitt-sykepleiere» har nå blitt tre i tallet og alle har poliklinikk minst en halv dag annenhver uke.

Lærings- og mestringscenter (LMS) for cøliaki-pasientene har barneavdelingen drevet i mange år. Voksengastroenterologene tok over for ca. 5 år siden da våre barnegastroenterolog døde. De siste årene har LegemiddelAssistert Rehabilitering (LAR) startet LMS-kurs for rusmiddelavhengige der jeg deltar med informasjon om hepatitt C og behandlingsmuligheter.

Vi leger som jobber her, er en internasjonal gjeng: Ingrid Blomgren, seksjonsoverlege, har jobbet i Haugesund siden 1998. Opprinnelig svensk med en fortid som bioingeniør. Legestudier i Lund, cand.med. 1988. Gjorde AT (turnus) i Piteå,



Haugesund sjukehus en gråkald vinterdag i februar. Foto: Ingrid Blomgren.



Fra venstre: funksjonsleder (spl) Marianne Frøland, spl Kristi Selsås, Marit Isaksen, Torhild Færås, Venke E. Knutsen, Aase Stangeland, legene Odd Møllerhaug, Ripudaman Singh, Valerij Glazkov og seksjonsoverlege Ingrid Blomgren. Foto: Sonja Håland.

nordre Sverige, fortsatte med ST-tjeneste (LIS) i indremedisin i Piteå, Boden og Umeå. Spesialist i indremedisin 1997. Spesialist i fordøyelsessykdommer i 2004. Leder for gastroseksjonen siden 2005 og seksjonsoverlege for «gastro-nefroreksjonen» siden februar 2011. Omtrent 20-25 % av stillingen går til administrativt arbeid.

Valerij Glazkov kommer opprinnelig fra Russland. Legestudier i Sankt-Petersburg, cand.med. 1993. Erfaring som lege i luftvåpenet og 3-års stipendiat i Sankt-Petersburg med doktorgradsavhandling i indremedisin/fordøyelsessykdommer. Ass.lege/turnuslege i Haugesund siden 2000. B-gren i fordøyelsessykdommer ved HUS i 2006-2008. Spesialist i indremedisin og fordøyelsessykdommer i 2009. På gastrolab som hovedbase, pågår forskningsprosjektet der Valerij er ansvarlig forsker. Prosjektet eies av Helse Fonna og går ut på behandlingsmetoder av gastroskopi-negativ dyspepsi. Utredning av pasienter innebærer diverse undersøkelser deriblant 24-t pH-måling, øsofagusmanometri og «drink»-test utføres på gastrolab, samt scintigrafi av ventrikkel-tømming på nukleærmedisinsk avdeling.

Ripudaman Singh kommer opprinnelig fra India. Har legeutdannelse fra Tasjkent, Usbekistan, ferdig i 1998. Flyttet til Norge med de tusen hjem i 1999. Fikk hospitering ved Haukeland universitetssykehus før godkjent legestudium i 2001. Forpraksis ved Flørø sykehus 2001, deretter norsk sykehusturnus ved Namdal sykehus, Namsos 2002 og distriktstjeneste i Namsskogan kommune i Nord-Trøndelag 2003. Startet som LIS ved medisinsk avd. Haugesund Sykehus fra 2004 og tok gruppe I-tjeneste 2008-2010 ved Seksjon for gastromedisin og infeksjonssykdommer ved Haukeland universitetssykehus. Ble igjen tatt inn i varmen ved medisinsk avd. Haugesund Sykehus fra 2010 og jobber her til d.d. Foruten disse tekniske spesifikasjonene er han en nokså "easy going" kar.

Odd Møllerhaug er ekte haugesunder som studerte medisin i Lübeck, Tyskland. PJ ved Haugesund sjukehus, Valen sjukehus og Rana sjukehus. Turnustjeneste ved Haugesund sjukehus og distriktstjeneste Karmøy. Jobbet som LIS medisinsk avdeling Haugesund sjukehus med sideutdannelse 1 år ved Stord sjukehus, kirurgisk avdeling. B-grenutdannelse i fordøyelsessykdommer ved Stavanger universitetssykehus og Haukeland universitetssykehus. Konstituert overlege medisinsk avdeling Haugesund sjukehus fom. desember 2010.

Av de fire gastroenterologene er det alltid én som dekker opp for overlegepermisjoner i klinikken, så i praksis er det kun tre tilstede til enhver tid. Alle legene er interessert i å skopere og synes terapeutiske prosedyrer er kjekt og spennende. Vi har delt oss opp noe, jeg deltar ikke i pH- og manometriundersøkelsene, men sitter istedenfor og titter på de fleste kapselendoskopiene. En del av de terapeutiske prosedyrene utføres av gastrokirurgene, som for eksempel colon- og duodenaltenter, men øsofagusstenter legges også av gastromedisinerne. Stort sett alle PEG-innleggelser utføres av gastromedisinene mens gastrokirurgene utfører alle ERCPene ■

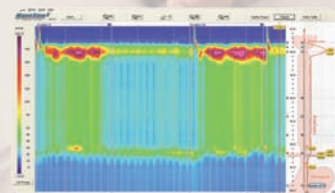
ManoScan™

High Resolution Manometry

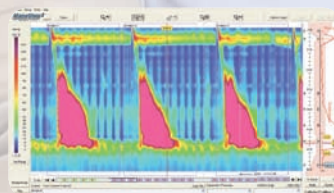
Diagnosing with definition

ManoScan™ ESO

- The only system with published normative clinical data¹ based on Chicago Classification
- This data analysis algorithm for high resolution manometry was developed from normative data using the ManoScan platform
- The Chicago Classification identifies abnormal esophageal motor activities
- It uses specific esophageal contraction measurements to differentiate:
 - Diffuse esophageal spasm (DES)
 - Functional obstruction
 - Pseudo spasms from spasms
 - Subtypes of achalasia



Achalasia Type II



Achalasia Type III

All medical procedures carry some risks. Medical, endoscopic, or surgical intervention may be necessary to address these complications, should they occur. Please consult your physician or refer to the User Manual or www.givenimaging.com for detailed information.

¹Pandolfino JE et al., Neurogastroenterol Motil 2009;21:786-806.

GIVEN
IMAGING

www.givenimaging.com

VINGMED

Fjordveien 1, 1363 HØVIK
Pb. 374, 1323 HØVIK
Tlf: +47 67 58 06 80
Fax: +47 67 10 12 12
E-post: info@vingmed-as.no



Something BIG is just around the corner...

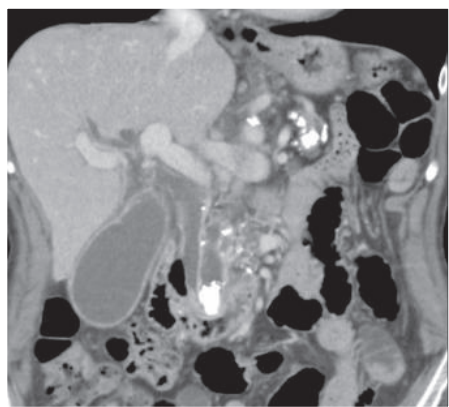
Introducing the NEW ENSEAL® G2 Super Jaw Tissue Sealer

©2011 Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH.
For complete product details see instructions for use.

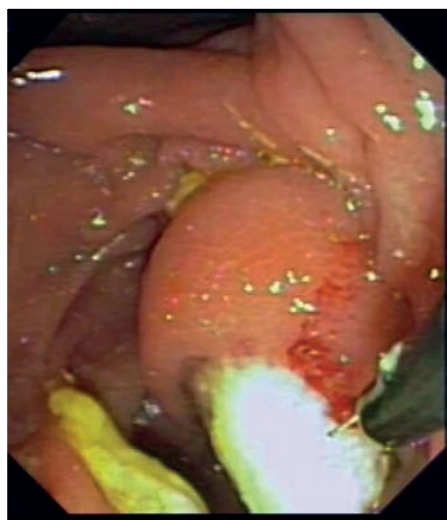


**Ethicon
Endo-Surgery** | **Enseal**

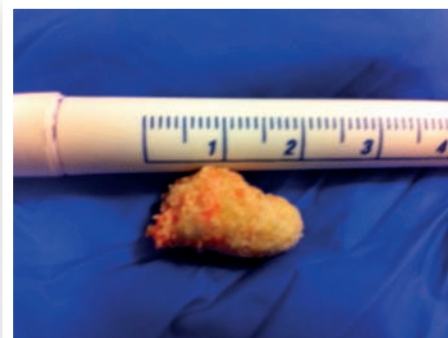
Pankreasstein "i fødsel"



Bilde 1.



Bilde 2.



Bilde 3.

Tekst/bilder: Vemund Paulsen

Pasienten er en 78 år gammel kvinne som ble innlagt på sitt lokalsykehus med kolangitt. For 3 år siden var hun i kontakt med vår avdeling med øsofagusperforasjon forårsaket av et fiskebein. Hun ble den gangen vellykket konservativt behandlet med en Polyflex-stent. Hun har i flere år vært plaget med magesmerter, og det har ved CT vært påvist kronisk pankreatitt. Ved innkomst nå ble det tatt CT der man beskriver et 2 cm

stort papillenært pankreaskonkrement og gallestase (bilde 1). Hun ble behandlet med antibiotika, et avlastende galleblæredren og hun ble henvist til OUS for ERCP. Det er erfaringsmessig vanskelig å sanere pankreaskonkrementer og ofte må man nøye seg med å legge en stent forbi. I dette tilfellet var konkrementet på vei ut av papillen (bilde 2). Med nålekniv ble papillen spaltet over konkrementet og steinen hentet

opp med slynge (bilde 3). Gallegangen ble ikke kanylerert på det tidspunktet og pasienten ble returnert til lokalsykehuset. Få dager senere ble det utført perkutan kolangiografi som fortsatt viste gallestase. Ny ERCP lokalt ble utført der man supplerte med EPT på gallegangen. Det videre forløpet var ukomplisert. Steinen fikk hun med seg! ■

SNUBLEFOT



Bilde 1. Overlege med defekt brille.

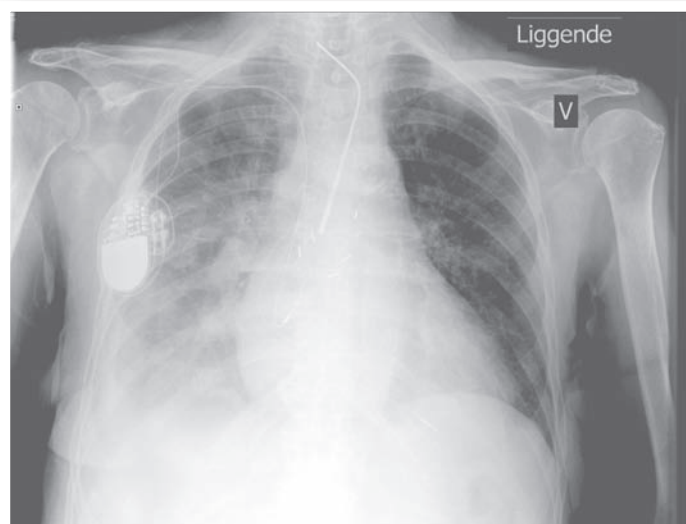
Brillestangmysteriet

Tekst/Foto: Kim V. Ånonsen

Det er noen hendelser som setter seg på hjernebarken hos assistentlegene. Bakteppet for historien var vår meget erfarne hepatologs briller. De var av det billige slaget, våger vi påstå. At brytningsstyrken står på en klistrelapp på brilleglasset, er umiskjennelig et tegn på at brillene kan komme fra Nille rett

over gaten for Medisinsk avdeling. Men: alt kler den smukke. Ikke alle varer fra butikken over gaten er like solide, men man kan allikevel forsøke å reparere brillene når den ene brillestangen faller av (bilde 1). I dette tilfellet hadde den imidlertid forsvunnet.

Forbauselsen var stor da endoskopiseksjonen en periode etter ble presentert for en eldre pasient som hadde fått synkebesvær og brystmerter—etter innleggelsen. Det tok hele fem dager før diagnosen ble avdekket (bilde 2). Vi ønsker ikke å spekulere i hva som kan ha skjedd ■



Bilde 2. En uvanlig årsak til synkebesvær.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

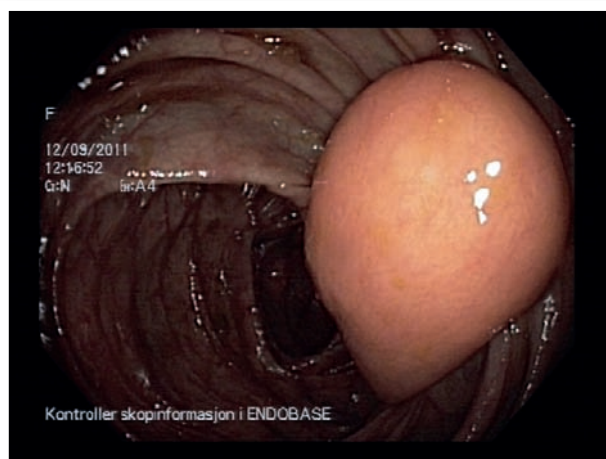


EVIS EXERA III

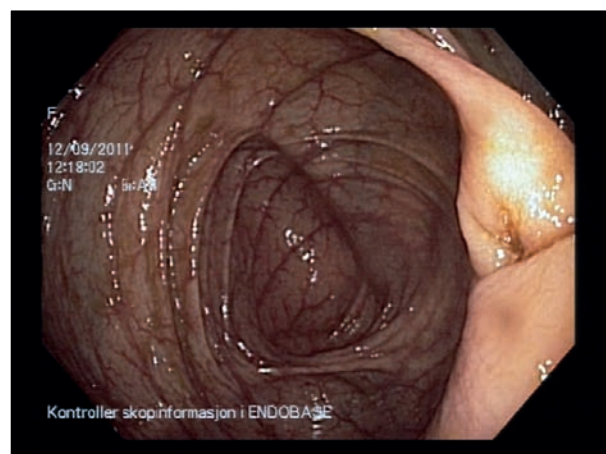
Advancing the Art of Endoscopy.

I jakten på det perfekte endoskopisystemet, introduserer Olympus nå EVIS EXERA III som sin neste milepæl for å sikre enda bedre kliniske resultater.

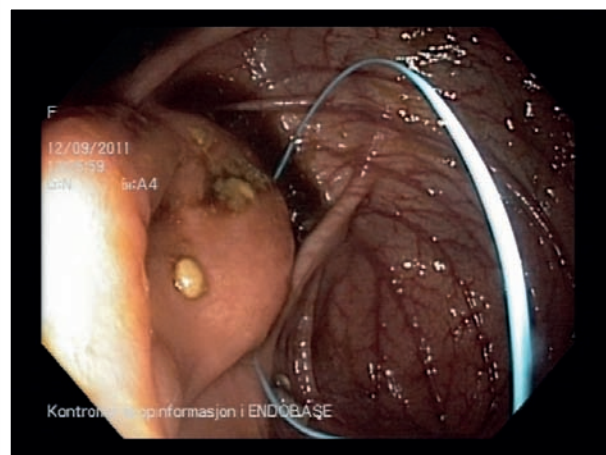
EVIS EXERA III



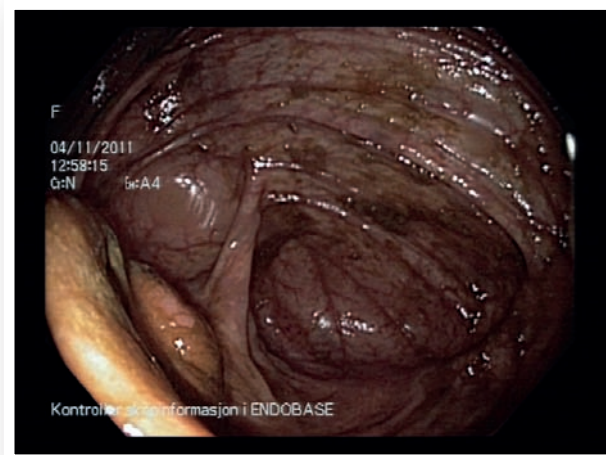
Bilde 1



Bilde 2



Bilde 3



Bilde 4

Tekst/Foto: Vemund Paulsen

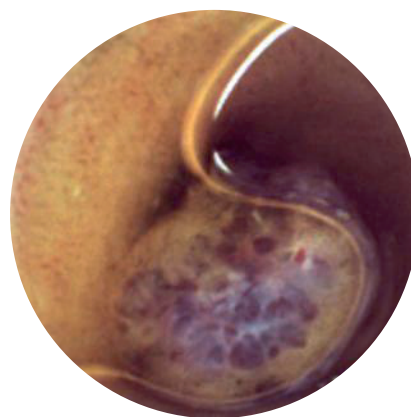
Svar på bildequiz fra nr 4/2011

Bilde 1 ble trykket i forrige nummer av NGF-nytt og er tatt fra cøcum hos en eldre kvinne med magesmerter. Det var denne gang lite respons fra våre lesere, ingen gjettest på et submukosalt lipom som var dokumentert ved CT kolografi hos denne pasienten. Bilde nr 2 viser valvula Bauhini og "stilken" på lipomet som fester på cøkalsiden av valvula. Vi valgte å sette på en endoloop uten påfølgende slyngereksjon (bilde 3). Tråden kvitterte etter 3 uker. Ved kontroll etter 2 mndr anga pasienten mindre smerter, og ikke overraskende var lipomet borte. Hvorvidt lipomet virkelig var årsak til smertene er en annen sak. Lipomer i tarm ses fra tid til annen og er ofte lett gjenkjennelige endoskopisk, særlig om man palperer disse med f.eks. en tang. Vanligvis bør slike lipomer få stå i fred!

Dagens utfordring:

Bilde 5 er et kapselendoskopibilde av en lesjon i tyntarmen hos en ung kvinne som tidligere har fått fjernet lignende lesjoner på grunn av blødning. Bildet er tatt på OUS, Ullevål.

Hva kan dette være? Send inn ditt forslag til vemund.paulsen@ous-hf.no ■



Bilde 5

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

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 behandlings-uke 8	Ved behandlings-uke 24	
Tidligere ubehandlede asienter	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, tyrosin-kaseinasehemmere og sekalekalolider (ergotamin, dihydroergotamin, ergonovin, metyle-rgonovin). 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 triazoliderivater (itraconazol, 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 drospirenol. 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, hyperglyke-mi, 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: Fot-sensibilitetsreaksjon, 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 nevpropati, 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, dia-betes 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-kiertelfunksjon. Hjerne/kar: Akutt hjerteinfarkt, atrieflimring, sykdom i koronararteriene, perikarditt, hjertesekk-effusjon, 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, hørselshallusinasjon, synshallusinasjon, psykiatrisk svekkelse. Vulster/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-patomatiske 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. Mat 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

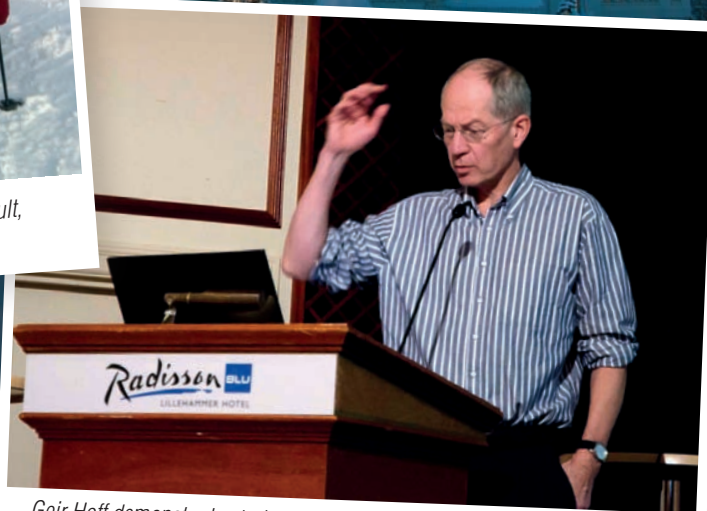


MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, Telefon 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no.

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



Skitur på torsdagen. Fra venstre: Anna Schult, Anita Tollisen, Pasquale Klepp.



Geir Hoff demonstrerte stort engasjement for CRC-screeningstudien



NGFs årsmøte 2012

Tekst: Kim V. Ånonsen og Vemund Paulsen / Foto: Eyvind J. Paulssen og Kim V. Ånonsen

Lillehammer sto på kalenderen i år som i fjor. Det var som vanlig godt å få bekreftet at gastroleger er de aller hyggeligste menneskene. Årsmøtet er sydd over samme lest som tidligere, men en vesentlig forskjell var morgensesjonen på lørdagen – faglig vellykket med godt besøk.

Torsdagssymposiet

Funksjonelle lidelser i mage-tarm-kanalen sto på programmet med den nyetablerte interessegruppen i NGF som arrangør. Symposiet ble gjennomført som en kombinasjon av forelesninger og ekspertpanel-diskusjoner. Det faglige engasjementet kulminerte med diskusjonen om hvorvidt det er indikasjon for koloskopi hos pasienter med magesmerter/IBS-symptomer.

Årsmøtet

Fredag og lørdag var det abstraktpresentasjoner. Tilsammen ble 38 forskningsprosjekter, litteraturpresentasjoner og kasuistikker

presentert for kollegiet. Vi lot oss imponere over stor bredde og høy kvalitet fra sykehusene uten universitetsfunksjon. Årsmøtet var meget godt besøkt i år. Som vanlig var det hyppige spørsmål fra de etablerte gastrolegene på de forreste radene. Vi kunne reise hjem som faglig berikede. Johs Myhrens minneforelesning ble en fornøyelig seanse takket være Arnold Berstads fortellerkunst. Det ble en opphetet debatt da man debatterte muligheten for at sykepleiere kunne utføre endoskopier.



En anseelig knippe gastrokirurger og -enterologer på årsmøtet 2012.



Øistein Hovdes foredrag var rett og slett en god historie.



Pausene var også godt besøkt.



Bjørn Gustavsson og Ellen Melsom fra NGF-styret.



Du har gitt filen det unike navnet "Foredrag NGF", sier du?



Arnold Berstad holdt Johs Myhrens minneforelesning.



Møtelederne gjorde en utmerket jobb med å holde et stramt tidsskjema.



Ekspertpanel fra torsdagssymposiet.

Årsrapport fra NGF-styret 2011

NGF-styret hadde i 2011 følgende sammensetning:

Bjørn I. Gustafsson, leder
Arne-Christian Mohn, kasserer
Roald Torp, sekretær
Lene Larsen, styremedlem
Ellen Melsom, styremedlem,
Øistein Hovde, styremedlem, høringsansvarlig
Kristinn Eiriksson, styremedlem

Det er avholdt 3 styremøter vår og 2 styremøter på høsten der 58 saker har vært behandlet. Alle styremøter er referatført.

Økonomisk har styret fulgt de føringer som årsmøtet la til grunn, hvor det fagmedisinske kontingenttilskudd er basert på 336 medlemmer (235 742 kr). NGFs økonomi er god og resultatet er i balanse.

Styret har selv stått for all sekretariatsfunksjon i sitt arbeid og alle forberedelser til årsmøtet. Kasserer har vært ansvarlig for utbetalinger og innkrevinger, samt den kontinuerlige kontroll med balanseregnskapet, mens eksternt innleid regnskapsbyrå (Visma) står for årsregnskap og revisjon av Kjelstrup & Wiggen AS.

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

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

- Økt samarbeid med NFGK. I samband med NFGKs årsmøte på Gardermoen den 7. april 2011 ble det avholdt et felles NGF-NFGK symposium om inflammatorisk tarmsykdom.
- Søkt og fått godkjenning av årsmøtet 2012 som tellende i spesialistutdanningen (Indremedisin, fordøyelsessykdommer, generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi).
- Spørreundersøkelse om lokalisasjon av fremtidige NGF årsmøter er gjennomført. Resultat som ble presentert ved generalforsamlingen var overbevisende til fordel for å beholde årsmøtet på Lillehammer med uendret struktur.
- NGF har fungert som samarbeidspartner med møtearrangør Congrex i samband med arrangement av levermøtet. Møtet i økonomisk balanse (~3000 kr i overskudd) hvilket lagt til grunn at NGF også i 2012 kan stå som økonomisk garantist for levermøtet.
- NGF har basert på nominasjoner fra medlemmene utpekt Helge L. Waldum som vinner av Humanprisen i 2011.
- Styret har diskutert planlagte endringer i spesialistutdanningen og kommet med innspill til spesialistkomiteen i fordøyelsessykdommer som behandlet saken.
- Gulen Lied og Tom Karlsen er nominert fra NGF

til ASNMG Rising Star Award 2012. Tom Hemming Karlsen ble tildelt til ASNMG Rising Star Award 2012. Kjetil Søreide er nominert til UEGF Evidence Based Medicine (EBM) Practice Course 2011. Valery Glazkov og Eva Haugset Gunter er nominert til Train the Trainers kurs i China 2012.

- NGF har diskutert de nye reglene kring sponing av norske legers deltakelse på kongressreiser som ble implisert av LMI. Diskusjonen kom opp da NGFs styre ble kontaktet av et firma som ønsket å samarbeide med NGF i samband med kongressreiser. NGF styret synes ikke det er riktig med et slikt samarbeid på internasjonale kongresser. Det er ikke rimelig at legemiddel-firmaer som i tråd med LMIs nye regler ikke lenger ønsker å sponse legers deltagelse på internasjonale kongresser skal ta initiativ til å lage lokale møter i samband med slike internasjonale kongresser, for at på den måten komme i kontakt med de samme legene.
- NGF styret har blitt kontaktet av medlemmer som er uenig i planlagt/pågående kolorektal cancer screening program med sigmoideoskopi vs. testing for blod i avføringen. Hvis nasjonal screening blir innført, bør det i følge disse medlemmene skje med koloskopi. Saken er debattert i NGF nytt der argumenter før og imot den pågående studien er belyst.
- NGF styret har vært representert ved ASNMGs «extraordinary General Assembly». Det ble ved møtet tatt beslutning om at ASNMG skal oppløses. Det opprettes nå en National Societies Committee (norsk representant Øistein Hovde) som ligger under UEGF. Tanken er at de nasjonale gastroforeningene skal få større innflytelse i UEGF.

Høringer

I løpet av 2011 har styret vurdert mange høringsaker. Høringene sendes elektronisk til alle i styret som må vurdere hver enkelt sak. Vi må selv sortere ut de sakene som foreningen oppfatter som aktuelle for NGF. En del forespørsler om høringer er besvart med at "innstillingen fra legeföreningen støttes". Tre høringsuttalelser er sendt: Om: a) Innspill til arbeidet med å utforme spesialisthelsetjenesten i Helse Sør- Øst. b) Interregional rapport om Posisjonsemi-stomografi (PET). c) Antatte behov for endringer i bestemmelser for spesialistutdanningen av leger.

Saker vi har arbeidet med innad i foreningen:

- Det er under 2011 lagt ned mye arbeid på utvikling av NGFs nye hjemmeside, og en ny bedret utgave blir lansert februar 2012. Målsetningen er en til alle tider oppdatert hjemmeside som skal fungere som kommunikasjonskanal mellom styret og medlemmene.
- Tildeling av reise- og forskningsstipender fra industri og NGF.
- Planlegging og gjennomføring av årsmøtet.

NGF Medlemstall pr. 01.02.2012 iflg Legeföreningen

Det er pr i dag 318 fullverdige medlemmer og 53 assosierte medlemmer. Av de 318 medlemmene er 204 godkjente spesialister. (195 i 2010) 71 er medlem uten spesialitet. (61 i 2010) 42 er pensjonister. (38 i 2010) 1 er student

Æresmedlemmer:

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

Komiteer og undergrupper: Spesialitetskomité i fordøyelsessykdommer 2010-2013:

Leder	<i>Kristine Wiencke</i>
Medlem	<i>Dag Malm</i>
Medlem	<i>Jørgen Jahnsen</i>
Medlem	<i>Ingrid Prytz Berset</i>
Medlem YLF	<i>Kjetil Kjeldstad Garborg</i>
Varamedlem	<i>Taran Sjøberg</i>
Varamedlem	<i>Gunnar Qvigstad</i>
Varamedlem	<i>Ylf Mathis Heibert</i>

Besøkte sykehus 2011

Levanger sykehus
 Diakonhjemmets sykehus
 UNN i Tromsø

NGFs interessegruppe for funksjonelle magetarmlidelser (FGID)

Jostein Sauar (leder), Arnold Berstad, Magdy El-Salhy, Per Farup, Trygve Hausken, Eivind Ness-Jensen, Arne Rødseth, Kari Tveito, Jørgen Valeur

NGFs interessegruppe for leversykdommer:

Kirsten Muri Boberg (leder), Gunnar Qvigstad, Geir Folvik, Zbigniew Konopski, Arthur Revhaug, Aksel Foss

NGFs Kvalitetsutvalg

Lars Aabakken (leder), Tom Glomsaker, Thomas de Lange, Truls Hauge, Rolf Ole Lindsetmo

Interessegruppe for gastrointestinale ultrasonografi:

Roald Flesland Havre (leder), Knut Johnsen, Asbjørn Stallemo, Ottar Bjerkeset, Kristian Hveem, Ragnar Eriksen, Lars Aabakken, Odd Helge Gilja, Svein Ødegaard, Trygve Hausken, Kim Ånonsen, Tom Chr. Martinsen

Interessegruppe for Pancreassykdommer

Trond Buanes (leder), Dag Hoem, Ivar Gladhaug, Olaug Villanger, Erling Bringeland, Dag Malm, Truls Hauge, Tom Glomsaker, Tone Ik Dahl

Interessegruppe for Inflammatorisk Tarmsykdommer

Leder Ingrid Prytz Berset (Ålesund), Jørgen Jahnsen (Oslo), Tom Øresland (Oslo), Hilde von Volkmann (Bergen), Gørl Perminov (Oslo), Tømm Bernklev (Skien), Tom Martinsen (Trondheim), Rasmus Goll (Tromsø)

NGFs Forskningsfond:

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

Valgkomité NGF:

Tom Glomsaker (leder), Magne Henriksen, Ole Høie

Internasjonalt arbeid:

NGF var i 2011 medlem av:

UEGF (United European Gastroenterology Federation)
ASNEMGE (Association des Sociétés Nationales Européennes et Méditerranéennes de Gastroentérologie)
ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy)
OMGE/WGO (Organisation Mondiale de Gastro-Entérologie)
OMED (Organisation Mondiale d'Endoscopie Digestive)
UEMS/EBG (Union Européenne des Médecins Spécialistes /European Board of Gastroenterology)
ECCO (European Crohn Colitis Organisation)

NGF-medlemmer var i 2011 representert i følgende internasjonale fora:

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

Møter/representasjon:

NGFs 38. årsmøte fant sted på Lillehammer

10-12. februar 2011. Det var 44 innsendte abstrakts, presentert oralt. Norsk Forening for Gastroenterologisk Personell (NFGP) hadde sitt årsmøte parallelt på samme hotell. Torsdagsmøtet omhandlet betydningen av multidisiplinære team i behandlingen av nevroendokrine tumores. Flotte foredrag ble fulgt av gode diskusjoner. Gastronetts frokostmøte fredag samlet om lag 40 deltagere: Rapport fra gastronetts drift og ERCP registeret. I tillegg ble det gitt informasjon om planlagt oppstart av populasjonsbasert screening for kolorektal cancer.

NGFs interessegruppe for leversykdommer avholdt 16. **Nasjonale levermøte** i Oslo, 17. mars 2011. Møtet omhandlet alkoholisk leversykdom.

ECCO møtet i Dublin, DDW i Chicago og UEGW i Stockholm var alle godt besøkt med norske deltagere og det var flere norske vitenskapelige presentasjoner.

PRISER OG STIPENDER 2011

Norsk forskningsstipend innen gastroenterologi (MSD)

Stipendet er på kr 50.000
Margit Brottveit 25.000
Georg Dimezevski 25.000

Norsk forskningsstipend innen gastroenterologi

(Roche Norge AS)
Stipendet er på kr 25.000
Hans Lannerstedt 25.000.

Olympus Reisestipend for Norsk gastroenterologisk forening

Prisen er på kr 20.000.
Eva Gunther 10.000
Kjetil Garborg 10.000

Abbott product's gastro-stipend

Stipendet er på kr 20.000.
Friedman Erchinger 20.000

Abbotts "humanpris"

Prisen er på kr 100.000.
Helge L. Waldum

Norsk reise- og forskningsstipend innen gastroenterologi (Ferring)

Stipendet er på kr 20.000.
Tore Grimstad 20.000

NGFs ÅRSMØTEPRISER 2011:

Priser for beste vitenskapelige arbeider:

Totalt 44 abstrakts var innsendt. Alle ble presentert i oral form og de fire beste arbeidene fikk hver sin pris på kr 10.000 og diplom. Følgende kolleger fikk priser:

Beste kliniske fra universitet: Kristin K. Jørgensen, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet.

Beste eksperimentelle: Tore Grimstad, Universitetet i Bergen.

Beste kliniske utenfor universitet: Kjetil Garborg, SSHF Kristiansand.

Beste presentasjon: Sigurd Breder, St Olavs Hospital.

Norsk gastroenterologisk forenings forskningsfond

Tildeling fra Fondet for 2011 ble utlyst i NGF Nytt og på hjemmesiden. Til utdeling var det utlyst kr 75.000, som var summen av avkastningen fra Fondet for 2010 og renteinntektene fra kontoplassering av overskuddet Nordisk Gastromøte på Lillestrøm 2004. Prisen ble fordelt likt på:

Vernesa Dizdar; "Duodenal mucosal respons ved postinfesjons Giardia IBS og FD."

Magnhild Gangsøy Kristiansen; "HCV-infeksjon - comorbiditet og langtids komplikasjoner."

Georg Dimcevski; "Multimodal imaging in chronic pancreatitis."

Helge Bells Forskningspris

Ble tildelt Johannes R Hov for arbeidet: "Mutational Characterization of the Bile Acid Receptor TLR5 in Primary Sclerosing Cholangitis". Prisen ble delt ut i samband med Leverøtet i Oslo.

NGF-nytt

Vårt medlemsblad har vært videreført med reklamebasert finansiering og profesjonell hjelp til det layoutmessige. Bladet er distribuert i 4 numre til alle NGF og NFGKs medlemmer. Redaktør Stephan Brackmann og co-redaktører Vemund Paulsen og Kim Ånonsen har lagt ned et betydelig arbeide og bladet har fungert godt som nyhetskanal og formidler av kurs, kongresser og møter. Det har vært rapportert om kurs, møter og kongresser hvor våre medlemmer har deltatt og presentert. Bladet har vært brukt til stipendannonsering, nyhetsformidling av felles interesser innen faget så vel som helsepolitiske saker. Bladet har ved hver utgivelse hatt tematiske innhold av felles interesse for gastro- medisiner og kirurger så vel som aktuelle tema. Bladet har vært avhengig av reklameinntekter for driften og driftsregnskapet har gått i god balanse.

Scandinavian Journal of Gastroenterology

Scandinavian Journal of Gastroenterology har gjennom 2011 hatt en moderat reduksjon i antall av innsendte manuskripter, totalt er det mottatt 726 manuskripter (-13%) fra 53 ulike land. Reduksjonen skyldes i første rekke færre case reports og i noen grad færre originalarbeider fra spesielt Kina og Tyrkia. Antall mottatte manuskripter fra de nordiske land er noe økende og stabilt for de fleste øvrige vest-Europeiske land. Impact factor 1.97. Behandlingstiden for mottatte manuskripter er uendret, nær 75% av manuskriptene er returnert til forfatter med en "first decision" innen 30 dager etter mottak. En mer fullstendig rapport vil bli lagt frem på Generalforsamlingen."

Styret NGF, 10. februar 2012 ■

Prisvinnere

Priskategorier utdelt i forbindelse med avholdt møte i Norsk gastroenterologisk forening (NGF) på Lillehammer 9.-11. februar 2012

Pris for beste presentasjon

Laparoskopisk, distal pankreasreseksjon ved cystiske pankreaslesjoner

Ånonsen KV¹, Irina Pavlik Marangos², Knut Jørgen Labori³, Bård Røsok³, Truls Hauge¹, Trond Buanes³ og Bjørn Edwin².

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

Bakgrunn

Cystiske neoplasmer i pancreas har en langt bedre prognose enn de duktale adenokarsinomene. Det har de siste ti årene vært en betydelig økning i diagnostiseringen av cyster i pancreas. De fleste cystene er benigne på diagnosetidspunktet, men alle mucinproduserende svulster (IPMN og MCN) har et malignitetspotensiale. I de siste WHO-retningslinjene er alle solide pseudopapillære neoplasmer (SPPN) klassifisert som lavgradig maligne og skal fjernes kirurgisk. De serøse cystiske neoplasmene (SCN) er på sin side praktisk talt alltid benigne. Internasjonal konsensus for håndtering av cystiske neoplasmer anbefaler en multimodal utredning og konkluderer at det er operasjonsindikasjon med unntak av SCN og små, asymptomatiske sidegrens-IPMN. Laparoskopisk distal pankreasreseksjon er en mer skånsom kirurgi med tanke på mortalitet og morbiditet. Vi rapporterer her fra et 12-årsmateriale fra Rikshospitalet.

Materiale

Mellom mars 1997 og desember 2009 inkluderte man pasienter fra den prospektive pancreaskirurgi-databasen som ble operert på indikasjonen cyste i pancreas og mistanke om neoplasme. Pasienter som kom til planlagt kirurgi med en sykehistorie og funn som sannsynliggjorde en pseudocystediagnose, ble ekskludert.

Resultater

Inklusjonen omfattet 71 pasienter (58 kvinner og 13 menn) med en gjennomsnittsalder på 55 år (15–82). Ved laparoskopi ble det utført distal pankreasreseksjon (n=56), enukleasjon (n=5), reseksjon av corpus/cauda (n=4) og annen prosedyre hos seks pasienter. Ved de distale pancreashalvreseksjonene utførte man splenektomi hos 41 pasienter og bevarte milten hos 15 pasienter. Man konverterte til åpen kirurgi hos to pasienter (2.8 %). Operasjonstiden var i gjennomsnitt 3 timer og 9 minutter (29–480 min). Postoperativ liggetid hos de 57 pasientene som ble skrevet ut til hjemmet var 6.7 døgn (1–55 døgn) mens ved utskrivelse til institusjon var liggetid på RH 9.5 døgn (1–35 døgn). Sju pasienter (9.9 %) utviklet postoperativ fistel og én pasient døde på Rikshospitalet. Histologisk forelå det 57 (80.3 %) cystiske neoplasmer, 13 (18.3 %) pseudocyster og 1 (1.4 %) retensjonscyste. Blant de cystiske neoplasmene fant man SCN (n=30), MCN (n=12), SPPN (n=10), IPMN (n=3) og andre (n=2). Det var histologisk 58 (81.7 %) benigne lesjoner og 13 (18.3 %) maligne (n=2), borderline (n=3) og usikkert maligne/benigne lesjoner (n=8; to maligne SPPN på 15 og 60 mm).



Det var tumorvev i reseksjonsranden hos 3 (5.3 %) av pasientene. 35.2 % av svulstene var maligne eller hadde malignitetspotensiale. 64.8 % av de opererte hadde benigne lesjoner uten malignitetspotensiale av klinisk betydning. Av de benigne utviklet 4 (8.9 %) postoperativ fistel, 2 ble konvertert til åpen kirurgi og postoperativ liggetid var 7.5 døgn (1–55). 11 (23.9 %) pasienter ble utskrevet til lokalsykehus. De benigne lesjonene hadde en diameter på 44 mm (8–120) mot 46 mm (13–130) de maligne/premaligne, altså ingen forskjell. Vi mangler opplysninger om hvorvidt de cystiske lesjonene ble diagnostisert tilfeldig eller pga. symptomer.

Konklusjon

Laparoskopisk, venstresidig pankreaskirurgi er forbundet med lav morbiditet og mortalitet, analogt til tidligere publiserte data. Andelen pasienter med benign sykdom som er operert, er høy og ikke akseptabel med den presisjonen man i dag har ved multimodal utredning.

Beste arbeide fra basalfagene

«A new therapeutic alternative in inflammatory bowel disease»

Kleiveland C.R.¹, Hult L.T.O.¹, Spetalen S.³, Jacobsen M.^{1,2} and Lea T.¹

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

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

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

We have carried out a pilot experiment in the dextran sulphate sodium (DSS)-model of IBD in C57BL/6 mice. Animals were given either a standard diet (SD) or a standard diet containing 25% bacterial meal for 7 days before being exposed to 3.5% DSS in the drinking water. Control animals, either on SD or bacterial meal diet, were not given DSS.

Colons were then slit open longitudinally and rolled up as "swiss rolls". The preparations were snap frozen in liquid N₂ for storage and cryo-sectioning. This material was used both for morphological, histochemical and immunohistochemical studies as well as cytokine analysis after protein extraction and gene expression analysis by qRT-PCR after mRNA isolation and cDNA synthesis.

In conclusion, in a mouse model of DSS-induced colitis we have demonstrated that a preparation of a specific bacterial meal diet, containing mostly an known methanotroph bacteria, mediates potent anti-inflammatory effects on a variety of parameters previously shown to be involved in the pathogenesis of IBD in both animal experimental models as well as in humans. The effects can be traced to both the innate and adaptive immune system, and resulted in striking improvements in clinical characteristics of the animals in the experimental group compared to control mice (Kleiveland, et al., manuscript in preparation). The promising data above suggests that we are underway in identifying a functional active principle that hopefully can result in new therapeutic alternatives in IBD.

Beste kliniske arbeid fra ikke ikke-universitetssykehus (lokalsykehus)

Alvorlig komplikasjon til APC-behandling av kronisk stråleproktitt

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

Bakgrunn

Kurativ strålebehandling for prostata cancer kan medføre kronisk strålingsproktitt, og litteraturen rapporterer om insidens på 5–15%. Symptomene er først og fremst blødning, smerter og urge. I sjeldne tilfeller kan større ulcerasjoner eller fistler oppstå, og dette kan være assosiert med endoskopisk intervensjon eller biopsitaking i rektum.

Metode

Vi beskriver en kasuistikk med utvikling av stor defekt i fremre rektumvegg etter behandling med argon plasma koagulasjon (APC) og gir en oversikt over litteraturen på området.

Resultat

Vår pasient hadde fått implantert radioaktivt Iod¹²⁵ i prostata 19 måneder før han presenterte seg på vår avdeling med rektalblødning. Han hadde 1 måned i forvegen fått utført biopsi av sår på fremre rektumvegg hos privat spesialist. Histologi viste ikke malignitet. Han ble behandlet med APC, styrke 40W, flow 2 liter i 1 seanse. Kort tid etter behandlingen utviklet han smerter i endetarmen, økt avføringstrang og erekttil dysfunksjon. Endoskopi etter 3 måneder viste et krater på om lag 1x1x1,5 cm på fremre rektumvegg. Dette er den eneste pasienten med proktitt etter brachyterapi vi har behandlet. Vi har behandlet 24 pasienter med proktitt induisert av ekstern strålekilde siste 5 år. Ingen av disse har fått alvorlige komplikasjoner. Kurativ strålebehandling av prostatacancer kan gjøres på to måter: Med ekstern strålebehandling eller med brachyterapi (permanent implantasjon eller kortvarig innsettelse av radioaktive isotoper direkte i prostata). Ved lav-risiko cancer brukes det permanent implantasjon av Iod¹²⁵ korn. Brachyterapi med Iod¹²⁵ er ennå ikke etablert metode i Norge, men flere nordmenn har fått denne behandlingen i utlandet. Både ekstern stråling og brachyterapi kan gi stråleskade i rektum og symptomgivende proktitt. APC er ansett som førstevalg ved behandling av kronisk strålingsproktitt etter ekstern strålebehandling. Metoden har en suksessrate på over 90%, og alvorlige komplikasjoner



er meget sjeldne. APC har også blitt benyttet ved strålingsproktitt etter brachyterapi, men rapportene er få og problemstillingen er lite omtalt i gastrorelaterte tidsskrifter. I tre retrospektive rapporter av 2712 pasienter med stråleindusert proktitt etter brachyterapi oppstod rektourethrale fistler hos 12 (0,4%). Endoskopisk intervensjon med biopsi eller APC-behandling var utført på alle 12.

Fortolkning

Ved proktitt forårsaket av bestråling med ekstern strålekilde er APC-behandling førstevalg med god suksessrate og meget få komplikasjoner. Hvis pasienten derimot utvikler proktitt etter behandling med brachyterapi bør man være varsom med endoskopisk behandling. Biopsi fra rektum ved typiske endoskopiske funn er nødvendig og ikke anbefalt.

Beste kliniske arbeide fra universitetssykehus

T- og B-lymfocyttybetydning ved langvarige, abdominale symptomer etter Giardia-infeksjon

Dizdar V.¹, Hanevik K.¹, 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

Bakgrunn

Funksjonelle magetarm plager kan oppstå etter gjennomgått bakteriell infeksjon hvor immun aktivering av tarm mucosa spiller viktig rolle. Det er lite kjent at langvarige abdominale symptomer kan oppstå etter gjennomgått parasitt infeksjon. Målet med vår studie var å kartlegge T- og B- lymfocytter i duodenum hos pasienter med langvarige magetarm plager (gjennomsnitt 7 mnd varighet) etter gjennomgått Giardia infeksjon i Bergen, 2004.

Materiale og metode

Pasienter

99 pasienter med vedvarende magetarm symptomer oppstått under Giardia infeksjon var inkludert. Alle hadde påvist Giardia i avføring ved hjelp av

mikroskopi og/eller hurtig antigen test, og var behandlet med metronidazol. Grunnet vedvarende symptomer har disse pasientene blitt henvist til videre utredning med gastroskopi, blodprøver og nye avførings prøver. I tillegg fylte de ut ROMA II skjema med abdominal symptom score (VAS for kvalme, magesmerter, oppblåsthet, diare og obstipasjon). Pasienter positive for Giardia ble omtalt som kronisk giardiasis gruppe (n=39, gj.snitts alder 27 år, 16 menn/23 kvinner) mens Giardia negative pasienter inngikk i gruppe omtalt som PI-FGID (Postinfeksiøs funksjonell gastrointestinal lidelse gruppe) (n=60, gj.snittsalder 29 år, 22 menn/38 kvinner).

Kontroller

Asymptomatiske kontroller Gjennomgått Giardia på same tid som pasienter, men blitt rask bra etter metronidazol behandling (n=19; gj.snittsalder 29 år, 10 menn/9 kvinner); Disse var blitt kontaktet via fastlege.

Friske kontroller Tidligere friske, ikke Giardia eksponerte personer, uten magetarm – eller andre plager. (n=18, gj.snittsalder 42 år, 5 menn/31 kvinner). Asymptomatiske og friske kontroller gjennomgikk samme utredning som pasienter. Formalin fikserte duodenale biopsier ble rutine farget med H&E samt immunohistokjemisk for anti-CD3, anti-CD4, anti-CD8 og anti-CD20. Kvantitering av lymfocytter ble utført på vel-orienterte snitt med tarmtotter, både intraepitellialt (IEL) og i lamina propria crypt (Lpc).

Resultater

Histologisk duodenitt (mild-moderat) finner en hos 25.6% av kronisk giardiasis pasienter og 33.3 % av PI-FGID. CD4+ IEL var forhøyet hos kronisk giardiasis pasienter sammenlignet med PI-FGID (p<0.0001) og friske kontroller (p<0.0001), mens asymptomatiske kontroller hadde høyere CD4+ IEL enn PI-FGID (p=0.008) og friske kontroller (p=0.003).

Alle Giardia eksponerte hadde signifikant lavere CD8+ IEL sammenlignet med friske kontroller (p<0.03). CD4+ Lpc lymfocytter var lavere hos både kronisk giardiasis pasienter (p<0.0001) og PI-FGID (p<0.0001) i forhold til friske kontroller, mens asymptomatiske kontroller hadde høyere CD4+ Lpc lymfocytter enn PI-FGID (p=0.008) og friske kontroller (p=0.003). Kronisk giardiasis pasienter hadde lavere CD8+ Lpc tall sammenlignet med friske kontroller (p=0.005). CD20 Lpc (B celler) var forhøyet i både kronisk giardiasis gruppe (p=0.002), PI-FGID (p=0.004) og asymptomatisk kontroll gruppe (p=0.002) sammenlignet med friske kontroller.

Konklusjon

PI-FGID og kronisk giardiasis pasienter har nedsatt CD4 T-celle tall i lamina propria, mens alle Giardia eksponerte grupper har forhøyet B celle tall i lamina propria. Disse funn kan tyde på en langvarig immunologisk aktivering i duodenal mucosa etter gjennomgått Giardia infeksjon.

Flere prisvinnere

Norsk forskningsstipend innen gastroenterologi (MSD)

Stipendet er på kr 50.000



Margit Brottveit (kr 25.000).



Odd H. Gilja på vegne av Georg Dimcevski (kr 25.000).

Norsk forskningsstipend innen gastroenterologi (Roche Norge AS)

Stipendet er på kr 25.000



Hans Lannerstedt.

Olympus Reisestipend for Norsk gastroenterologisk forening

Prisen er på kr 20.000



Eva Gunther (kr 10.000)



Kjetil Garborg (kr 10.000).

Abbott product's gastro-stipend

Stipendet er på kr 20.000.



Odd H. Gilja på vegne av Friedemann Erchinger.

Abbotts "Humanpris"

Prisen er på kr 100.000.



Helge L. Waldum.

Norsk reise- og forskningsstipend innen gastroenterologi (Ferring)

Stipendet er på kr 20.000.



Tore Grimstad.

Norsk gastroenterologisk forenings forskningsfond

Dr. Reidar Fossmark
Dr. Sven-Petter Haugvik
Dr. Trond Engjom



Morten Vatn på vegne av Sven-Petter Haugvik,
Trygve Hausken på vegne av Trond Engjom og Reidar Fossmark.

Helge Bells Forskningspris

Ble tildelt Johannes R Hov for arbeidet: "Mutational Characterization of the Bile Acid Receptor TLR5 in Primary Sclerosing Cholangitis". Prisen ble delt ut i samband med Levermøtet i Oslo.



Referat fra generalforsamlingen



Referenter: Øyvind Holme, Eivind Ness-Jensen

Det 39. Årsmøtet

Tid: Fredag 10. februar 2011

Sted: Radisson SAS
Lillehammer Hotell

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 og stipendtildelinger
9. Eventuelt
- a. Jobbgledning og sykepleierskopier
- b. Arrangering av kongressreiser i regi av NGF
- c. Nedleggelse av NGF fond

1. Det ble holdt valg av referent og dirigent.

Følgende medlemmer ble valgt av generalforsamlingen til referenter og dirigent:

Referenter: Øyvind Holme og Eivind Ness-Jensen
Dirigent: Bjørn Moum

2. Generalforsamlingen ble konstituert og innkallingen ble godkjent av generalforsamlingen.

3. Styrets årsrapport ble presentert for generalforsamlingen av NGFs leder Bjørn Gustafsson og styremedlem Øistein Hovde. Alle styrets medlemmer var til stede på generalforsamlingen, unntatt Kristinn Eiriksson. Årsrapporten ble godkjent av generalforsamlingen.

4. Regnskap og budsjett ble presentert av NGFs kasserer Arne Christian Mohn. NGF hadde i 2011 et negativt aktivitetsresultat på kr 90 090.

NGF hadde per 1. januar 2012 kr 2 023 872 på bok. NGF budsjetterer med et negativt aktivitetsresultat for 2012 på kr 90 000.

Regnskapet ble godkjent av generalforsamlingen, under forutsetning av at revisor godkjenner regnskapet (muntlig godkjent av revisor).

Budsjettet ble godkjent av generalforsamlingen.

5. Rapport fra spesialitetskomiteen ble presentert av Ingrid Berset, medlem av spesialitetskomiteen.

Generalforsamlingen diskuterte avvikling av gruppedelingen av sykehusene, prosedyrelisten innen fordøyelsessykdommer og synliggjøring av faget fordøyelsessykdommer for leger i spesialisering.

Generalforsamlingen ønsker ikke at gruppedelingen av sykehusene skal opphøre, da dette vil svekke utdanningen av spesialistene, redusere muligheten leger ved lokalsykehus har for midlertidig arbeidsopphold ved universitetssykehus og skape større avstand i fagmiljøet.

6. Følgende interessegrupper presenterte sine aktiviteter i 2011 og planer for 2012:

- Interessegruppe for inflammatorisk tarmsykdom, av Ingrid Berset, leder
- Interessegruppe for gastroenterologisk ultrasonografi, av Roald Havre, leder
- Interessegruppe for leversykdommer, av Zbigniew Konopski, medlem
- Interessegruppe for pankreassykdommer, av Truls Hauge, medlem
- Interessegruppe for funksjonelle mage-/tarmlidelser, av Jostein Sauar, leder

7. Presentasjon av sjefsredaktør Kristian Bjørø.

8. Årsberetningen ble presentert av Odd Helge Gilja.

NGFs forskningsfond hadde per 1. januar 2012 kr 1 557 070 på bok.

Underskuddet på kr 4725 dekkes inn av egenkapitalen.

Årsberetningen ble godkjent av generalforsamlingen. Stipendtildelinger ble annonsert under middagen.

- 9 a. NGFs leder Bjørn Gustafsson presenterte problemstillingen jobbgledning og sykepleierskopier, og generalforsamlingen diskuterte dette.

Generalforsamlingen konkluderte med at man fra et faglig synspunkt ikke kan anbefale jobbgledning av endoskoper fra lege til sykepleier.

Styret har fått i oppgave å formulere NGFs holdning til jobbgledning og sykepleierskopier, basert på generalforsamlingens debatt.

- 9 b. NGFs leder Bjørn Gustafsson ba på vegne av NGFs styret, generalforsamlingen vurdere om den ønsker at NGF skal arrangere kongressreiser for medlemmene, siden legemiddelindustrien har trukket seg ut som sponsor av kongressreiser for leger.

Generalforsamlingen ønsket at det arrangeres kongressreiser i regi av NGF.

- 9 c. NGFs kasserer Arne Christian Mohn presenterte tre alternativer foreslått av NGFs styre for videre drift av NGFs fond, på grunn av Legeforeningens høye pris for revisjon av fondet.

Alternativer:

1. Fortsette som i dag: revisjon av Legeforeningen på kr 25 000 per år.
2. Forslag fra NGFs styre: Overtakelse av ekstern revisor på kr 8 750 per år.

Det ble av generalforsamlingen godkjent at å flytte regnskap og revisjon ut av Legeforeningen ikke krever endring av § 3 i statuttene for NGF.

3. Opphevelse av fondet og flytting til høyrentekonto, engangsutgift på kr 30 000.

Alternativ 2) ble godkjent av generalforsamlingen ■

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 matrikskjerne gjennom hele kolon til rektum

MEDA

Salofalk «Dr. Falk» Antiinflammatorisk middel.

ATC-nr.: A07E C02

ENTERODEPOTGRANULAT 1,5 g: Hver dosepose inneh.: Mesalazin 1,5 g, aspartam, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).
REKTALSKUM 1 g/dose: Hver dose inneh.: Mesalazin 1 g, hjelpestoffer. **Indikasjonjer:** Enterodepotgranulat: Til behandling av akutte episoder og vedlikehold ved remisjon av ulcerøs kolitt. Rektalskum: Til behandling av akutt, 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 dose. 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 tømning 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 hemoragica. **Forsiktighetsregler:** Blodtester (differensielt blodtelling, leverfunksjonstest som ALAT og ASAT, serumkreatinin) og urinstatus (urinritt) skal utføres før og under behandling, etter behandelende leges skjønn. Kontroll anbefales 14 dager etter behandlingsstart, og deretter 2 eller 3 ganger med 4 ukes 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 behandlingen. 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 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, hypersomnolens, 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: Kumanantikoagulantia med mulig potensiering av antikoagulerende effekt (som øker risikoen for gastrointestinal blødning). Glukokortikoider med mulig økning av bivirkninger fra mage/tarm. Sulfonylureapreparater med mulig økning av blodsukkersenkende effekt. Metotreksat med mulig økning av toksisk potensiale av metotreksat. Probenecid/sulfapyrazon 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 nedsatt frigivelse av mesalazin fra granulatet pga. nedsatt pH som følge av bakteriell metabolisme. Hos pasienter som får samtidig behandling med azatioprin eller 6-merkaptopurin, bør mulige økte myelosuppressive virkninger av azatioprin eller 6-merkaptopurin tas i betraktning. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Ingen adekvate data fra bruk til gravide. Resultater fra et begrenset antall eksponeringer tyder imidlertid ikke på at mesalazin utøver noen negativ effekt under graviditeten eller på fosteret/det nyfødte barnet. Ingen relevante epidemiologiske data foreligger. Et enkelt tilfelle av nedsatt nyrefunksjon hos det nyfødte barnet er rapportert etter høye mesalazindoser (2-4 g, peroralt) til den gravide. Dyrestudier tyder ikke på direkte eller indirekte skadelige effekter mp.

graviditet, embryonal/føtal 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 avsluttes. **Bivirkninger:** Begge legemiddelformer: Sjeldne ($\leq 1/100$ til $<1/1000$): Gastrointestinale: Buxsmerter, diaré, flatulens, kvalme, oppkast. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet. Svært sjeldne ($<1/1000$): Blod/lymf: 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. Kjønsorganer/bryst: Oligosperm (reversibel). Lever/galle: Forandringer i leverfunksjonsparametre (økt konsentrasjon av transaminase og cholestaseverdier), hepatitt, cholestatisk hepatitt. Muskel-skjelettsystemet: Myalg, artralgi. Nevrologiske: Perifer nevropati. Nyre/urinveier: Svakert nyrefunksjon, bl.a. akutt og kronisk interstiell nefritt og nyresvikt. **Rektalskum:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$): Gastrointestinale: Abdominal distensjon. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$): Gastrointestinale: Analt ubehag, irritasjon på applikasjonsstedet, rektal tenesmer. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen rapporter om overdosering. Inntak spesifikt antidot kjent. Om nødvendig kan i.v. infusjon av elektrolytter (tvungen diurese) tas i betraktning ved ev. overdose. Se Giftnformasjonens anbefalinger A07E C02. **Enterodepotgranulat:** Fremstilt som magesaftresistent og mesalazinfri i løpet av pH-avhengig. Det gir en gradvis frisetting pga. granulatets spesielle matriksstruktur. Pga. en enterodepotgranulatstørrelse på ca. 1 mm skjer transporten fra ventrikkel til tynntarm raskt. En kombinert farmakokinetisk/farmakodynamisk 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 sigmoidum og rektum. **Rektalskum:** En kombinert farmakokinetisk/farmakodynamisk 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: 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 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 frisetelsesvee) 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 trykbeholder 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 til behandling av akutte episoder og vedlikehold ved remisjon av ulcerøs kolitt. Refusjonskode: CPC 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



Vårsmøte NGFK og NGF 19.-20. april

Invitasjon til felles gastrokirurgisk og gastro-medisinsk vårmøte på Radisson Blu Airport Hotel, Gardermoen 19. og 20. april 2012

Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi (NFGK) og Norsk gastroenterologisk forening (NGF) har gleden av å invitere til felles vårmøte som igjen avholdes på Radisson Blu Airport hotell, Gardermoen.

Tema på torsdagen blir avansert endoskopi og NOTES. På fredag er temaet ekstra-hepatiske metastaser ved kolorektal cancer. Se forelesningsoversikt under.

Det er søkt om at kurset blir tellende for spesialiteten fordøyelsessykdommer og gastroenterologisk kirurgi.

Det er forhåndsbooket en del rom til overnatting for dem som måtte ha behov for det. Fellesmiddag på torsdag kveld kl 19.00 og lunsj på fredag.

I registrering skal komme frem behov for overnatting, og deltakelse i middag torsdag og/eller lunsj fredag. Middag og lunsj betales av deltakere på stedet. Send registrering til gardermoen.nfgk.ngf@gmail.com senest søndag 18. Mars 2012.

Utdanningskandidater kan søke refusjon fra legeföreningens utdanningsfond. Det er ingen påmeldingskontingent. Se www.norskgastro.no for mer info!



43rd Nordic Meeting of Gastroenterology

Reykjavik 12.-15. juni. Dette blir etter alt å dømme den siste Nordiske gastrokongressen (NGC).

Møtet er, for de som ikke kjenner til dette fra tidligere, beregnet på gastromedisinere, -kirurger og sykepleiere. Se www.ngc2012.com for program og registrering.

Frist for abstracter er 1. mars 2012.



Digestive Disease Week 2012

May 19 – 22, 2012

San Diego Convention Center, California

Join the world's largest gathering of physicians and researchers in the fields of gastroenterology, hepatology, endoscopy and gastrointestinal surgery.

DDW® showcases more than 5,000 abstracts and hundreds of lectures on the latest advances in GI research, medicine and technology. Discover the top offerings from each of DDW's sponsoring societies.

www.ddw.org



NCF
Norsk cøliakiforening

Forskningsfondet for cøliaki

Forskningsstipend 2012

Søknadsfrist: 1. mai 2012

Send søknad direkte til:

Forskningsfondet for cøliaki, Norsk cøliakiforening (NCF)
Postboks 351 - Sentrum, 0158 Oslo

Tlf: 22 40 39 00 / 22 40 39 15 **Fax:** 22 40 38 75

E-post: post@ncf.no

Les mer på www.gastroenterologen.no

c Remicade «Schering-Plough»

Immunosuppressivt middel

ATC-nr.: L04A B02

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

Indikasjoner: *Revmatoid 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. *Crohn's sykdom hos voksne:* Behandling av moderat til alvorlig aktiv Crohn's 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 Crohn's sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat konvensjonell behandling (inkl. antibiotika, drenasje og immunosuppressiv behandling). *Crohn's sykdom hos barn:* Behandling av alvorlig, aktiv Crohn's sykdom hos barn og ungdom 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. *Ulcera's kolitt:* Behandling av moderat til alvorlig aktiv ulcera's 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 (Bekhterev's sykdom):* Behandling av alvorlig, aktiv ankyloserende spondylitt (Bekhterev's 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. Infliksımab 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 plakksoriasis 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: Igangsettes og følges opp av lege med erfaring i å diagnostisere og behandle en eller flere av de godkjente indikasjonene. Infliksımabinfusjoner skal gis av kvalifisert helsepersonell som har trening i å oppdage infusjonsrelaterte problemer. Pasienter som behandles med infliksımab bør få utedrett pakningsvedlegget og det spesielle varselkortet. **Voksne: ≥18 år:** *Revmatoid artritt:* 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 trinnsvis 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. Fortsett behandling bør nøye revurderes hos pasienter som ikke viser tegn til terapeutisk nytte innen de 12 første behandlingsukene eller etter dosejustering. *Moderat til alvorlig aktiv Crohn's 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 infliksımabdoser. 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. Fornytt 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. Fortsett behandling bør nøye revurderes hos pasienter som ikke viser tegn på terapeutisk nytte etter dosejustering. *Aktiv fistulerende Crohn's 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 infliksımabbehandling. Hos pasienter som responderer, er de alternative strategiene for fortsatt behandling enten vedlikeholdsbehandling eller fornytt behandling: Vedlikeholdsbehandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Fornytt 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. Fortsett behandling bør nøye revurderes hos pasienter som ikke viser tegn på terapeutisk nytte etter dosejustering. Erfaring med fornytt behandling dersom tegn eller symptomer kommer tilbake er begrenset, og sammenlignende data på nytte/risiko for de alternative strategiene for fortsatt behandling mangler. *Ulcera's 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 ulcera's kolitt oppnås vanligvis innen 14 ukers behandling (3 infusjoner). Fortsett behandling bør nøye revurderes 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. *Fornytt behandling ved Crohn's sykdom og revmatoid artritt:* Dersom tegn eller symptomer på sykdom kommer tilbake kan ny infusjon gis <16 uker etter den siste infusjonen. Forsinkede hypersensitivetsreaksjoner etter infliksımabopphold <1 år, se Forsiktighetsregler. Sikkerhet og effekt ved gjentatt administrering etter infliksımabopphold på >16 uker er ikke fastslått. Dette gjelder både for pasienter med Crohn's sykdom og revmatoid artritt. *Fornytt behandling ved ulcera's kolitt og psoriasisartritt:* Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 8. uke, er ikke undersøkt. *Fornytt behandling ved ankyloserende spondylitt:* Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 6-8. uke, er ikke undersøkt. *Fornytt behandling ved psoriasis:* Begrenset erfaring fra fornytt behandling i form av re-induksjons-

behandling etter oppbluss av sykdomsaktivitet, antyder en økt insidens av infusjonsreaksjoner, også alvorlige, sammenlignet med 8 ukers vedlikeholdsbehandling. *Fornytt 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 infliksımab gis som en enkelt dose etterfulgt 8 ukers vedlikeholdsbehandling. **Barn og ungdom: 6-17 år:** *Crohn's 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/ungdommen ikke responderer innen de første 10 behandlingsukene. **Administrering:** Skal administreres intravenøst over en 2-timers periode. Alle pasienter må observeres i minst 1-2 timer etter infusjonen mhp. akutte infusjonsrelaterte reaksjoner. Ved indikasjoner til voksne: Hos nøye utvalgte pasienter som har tolerert 3 initiale 2-timersinfusjoner og som får vedlikeholdsbehandling, kan det overveies å gi påfølgende infusjoner med varighet på ikke mindre enn 1 time. Kortere infusjoner ved doser >6 mg/kg er ikke undersøkt.

Kontraindikasjoner: Tuberkulose og andre alvorlige infeksjoner som sepsis, abscesser 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 infliksımabbehandling. Hemming av TNF α kan maskere symptomer på infeksjon som f.eks. feber. Tidlig gjenkjennelse 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 Crohn's sykdom med akutte suppurative fistler skal ikke infliksımabbehandling initieres før en kilde til mulig infeksjon, spesielt abscess, er utelukket. Pasienter må monitoreres nøye for infeksjoner inkl. tuberkulose før, under og etter infliksımabbehandling. Siden eliminasjonen av infliksımab kan ta opptil 6 måneder, skal monitorering fortsette gjennom hele perioden. Videre infliksımabbehandling skal ikke gis dersom en pasient utvikler en alvorlig infeksjon eller sepsis. Forsiktighet må utvises om infliksımab 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 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. Aktiv tuberkulose er rapportert, hovedandelen ekstrapulmonal, beskrevet som lokal eller disseminert sykdom. Før oppstart med infliksımab 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 infliksımabbehandling startes. Dersom latent tuberkulose mistenkes, bør lege med ekspertise i tuberkulosebehandling konsulteres. I alle situasjoner beskrevet under skal nytte-risikoforholdet ved infliksımabbehandling vurderes svært nøye. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres, skal behandling startes iht. lokale retningslinjer før oppstart med infliksımab. 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 før oppstart med infliksımab. 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 infliksımabbehandling. Hos pasienter behandlet med infliksımab og som utvikler alvorlig systemisk sykdom, kan man mistenke invasiv soppinfeksjon, f.eks. aspergillose, candidiasis, pneumocystose, histoplasmos, coccidioidomykose eller blastomykose. Lege med ekspertise innen diagnose og behandling av invasive soppinfeksjoner bør konsulteres i tidlig fase ved utredning. Invasive soppinfeksjoner opptrer heller som disseminerte enn lokaliserte, og antigen- og antistofftesting kan være negativ hos noen med aktiv sykdom. Hensiktsmessig empirisk antifungal behandling bør vurderes. For pasienter som har vært bosatt i eller reist til områder hvor invasive soppinfeksjoner som histoplasmos, coccidioidomykose eller blastomykose er endemiske, skal nytte-risikoforholdet ved infliksımabbehandling overveies nøye for behandling startes. 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 infliksımab i livmoren, er ikke anbefalt de første 6 måneder etter morens siste infusjon under svangerskapet. Det anbefales at barn med Crohn's sykdom vaskineres iht. gjeldende retningslinjer før oppstart av infliksımabbehandling. Det foreligger begrenset sikkerhetserfaring fra kirurgi inkl. artroplastikk hos pasienter behandlet med infliksımab. Den lange halveringstiden til infliksımab bør tas i betraktning dersom kirurgi er planlagt. Infliksımabbehandlede pasienter som trenger kirurgi, bør monitoreres nøye for infeksjoner, og passende tiltak iverksettes. Reaktivering 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 reaktivering av HBV skal infliksımab 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 gul-

sott 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 infliksimabbehandling 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 inntrefft 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 fornytt behandling er sett hos pasienter med moderat til alvorlig psoriasis. Pasientene fikk ikke samtidig immunsupprimerende behandling. Flestparten 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. storøyking. 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 mangeårig 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 inntreff 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 dobbelttrådet 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 før oppstart med anti-TNF-behandling hos pasienter med eksisterende eller nylig inntrefft 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 nøytropeni 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 abatacepter vært assosiert med en økt risiko for infeksjoner, inkl. alvorlige infeksjoner sammenlignet med TNF-hemmere alene, uten økt klinisk nytte. Kombinasjonen av infliksimab og abatacepter er ikke anbefalt. Det anbefales at levende vaksiner ikke gis samtidig med infliksimab.

Graviditet/Amming: *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. Amming frarådes før minst 6 måneder etter avsluttet behandling.

Bivirkninger: *Svært vanlige ($\geq 1/10$):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Infeksiøse: Virusinfeksjon (f.eks. influensa, herpesvirusinfeksjon). Luftveier: Infeksjon i øvre luftveier, sinusitt. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Infusjonsrelatert reaksjon, smerte. *Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$):* Blod/lymfe: Nøytropeni, leukopeni, anemi, lymfadenopati. Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning, diaré, dyspepsi, gastroesofageal refluks, forstoppelse. Hjerte/kar: Takykardi, palpitasjon, hypotensjon, hypertensjon, ekkymoser, hetetokter, rødming. Hud: Debut av eller forverret psoriasis (hovedsakelig i håndflater og føtsåler), urticaria, utslett, kløe, økt svetting, tørr hud, soppdermatitt, eksem, alopesi. Immunsystemet: Allergisk luftveissymptom. Infeksiøse: Bakterielle infeksjoner (f.eks. sepsis, cellulitt, abscesser). Lever/galle: Abnormal leverfunksjon, økte transaminaser. Luftveier: Infeksjon i nedre luftveier (f.eks. bronkitt, pneumoni), dyspné, epistakse. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi, ryggsmerte. Nevrologiske: Vertigo, svimmelhet, hypoestesi, parestesi. Nyre/urinveier: Urinveisinfeksjon. Psykiske: Depresjon, insomni. Øye: Konjunktivitt. Øvrige: Brystsmerte, tretthet, feber, reaksjon på injeksjonsstedet, frynsninger, ødem. *Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):* Blod/lymfe: Trombocytopeni, lymfopeni, lymfocytose. Gastrointestinale: Intestinal perforasjon, intestinal stenose, divertikulitt, pankreatitt, keilit. Hjerte/kar: Hjertesvikt (ny eller forverret), arytm, synkope, bradykardi, perifer iskemi, tromboflebitt, hematoma. Hud: Bulløs erupsjon, onykomykose, seboré, rosacea, hudpapillom, hyperkeratose, abnormal hudpigmentering. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon, lupuslignende syndrom, serumsyke eller serumsykelignende reaksjon. Infeksiøse: Tuberkulose, soppinfeksjoner (f.eks. kandidose). Kjønnsganer/bryst: Vaginit. Lever/galle: Hepatitt, hepatocellulær skade, kolecyttitt. Luftveier: Lungeødem, bronkospasmer, pleuritt, pleuraleffusjon. Nevrologiske: Krampeanfallo, nevropatier. Nyre/urinveier: Pyelonefritt. Psykiske: Amnesi, agitasjon, forvirring, sømnløshet, nervøsitet. Undersøkelser: Positiv autoantistoffer. Øye: Keratitt, periorbital ødem, hordeolum. Øvrige: Nedsatt sårhelning. *Sjeldne ($\geq 1/1000$ til $<1/10000$):* Blod/lymfe: Agranulocytose, trombocytopenisk purpura, pancytopeni, hemolytisk anemi, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Hjerte/kar: Cyanose, perikardieffusjon, sirkulatorisk svikt, petekkier, vasospasmer. Hud: Toksik epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme, furunkulose. Immunsystemet: Anafylaktisk sjokk, vaskulitt, sarkoidlignende reaksjon. Infeksiøse: Meningitt, opportunistiske infeksjoner (som invasive soppinfeksjoner, f.eks. pneumocytose, histoplasmose, aspergilliose, koksidiomykose, kryptokokkose og blastomykose; bakterielle infeksjoner, f.eks. atypisk mykobakteriose, listeriose og salmonellose og virale infeksjoner f.eks. cytomegalovirus), parasittinfeksjoner, reaktivering av hepatitt B. Lever/galle: Autoimmun hepatitt, gulsott. Luftveier: Interstitiell lungesykdom (inkl. raskt progredierende sykdom, lungefibrose og pneumonitt). Nevrologiske: Transvers myelitt, demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet (multipel sklerose-lignende sykdom og optisk nevritt), perifere demyeliniserende sykdommer (slik som Guillain-Barré syndrom, kronisk inflammatorisk demyeliniserende polynevropati og multifokal motornevropati). Psykiske: Apati. Svulster/cyster: Lymfom, non-Hodgkins lymfom, Hodgkins sykdom, leukemi. Undersøkelser: Unormal komplementfaktor. Øye: Endofthalmitt. Øvrige: Granulomatøs lesjon. *Svært sjeldne ($<1/10000$), ukjent:* Hjerte/kar: Myokardiskemi/infarkt under eller innen 2 timer etter infusjon. Lever/galle: Leversvikt. Svulster/cyster: Hepatosplenisk T-cellelymfom (primært hos ungdom og unge voksne med Crohns sykdom og ulcerøs kolitt). 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 humantmurint monoklonalt antistoff (IgG $_1$). *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 serumbetennelsesmarkøren 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 fortykning.

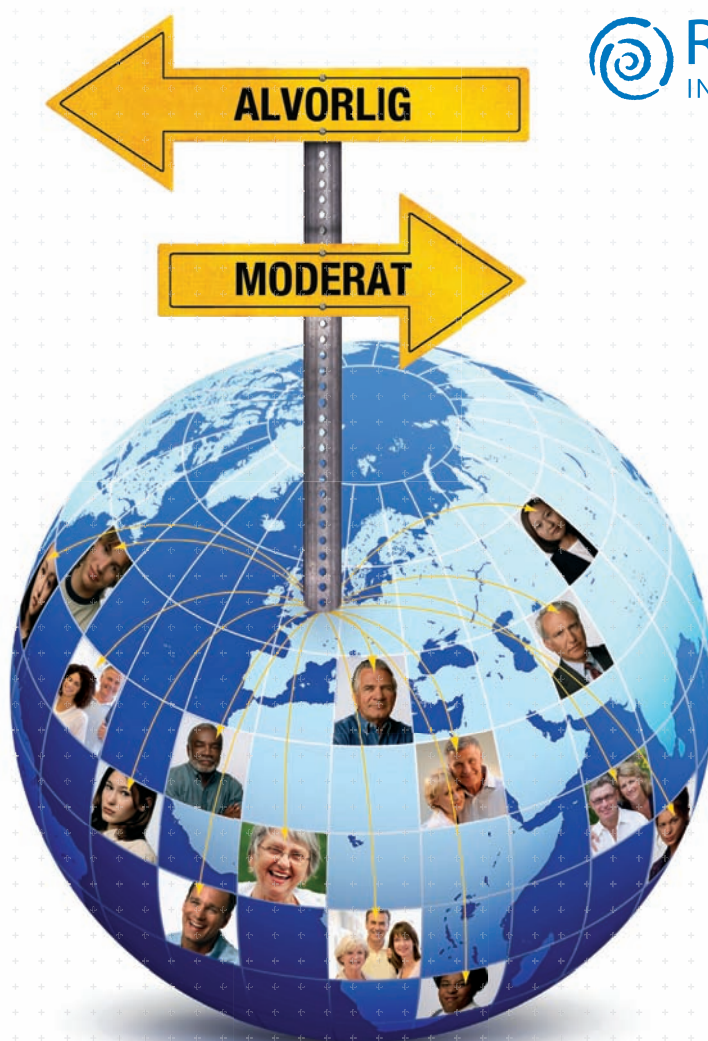
Andre opplysninger: Hvert hetteglass skal tilberedes med 10 ml vann til injeksjon vha. sprøyte med 21 gauge (0,8 mm) eller tynnere nål. Den totale dosen av den tilberedte oppløsningen fortynnes videre med natriumklorid infusjonsvæske 9 mg/ml til 250 ml. Bruk et lavproteinbindende filter (porestr. 1,2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

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

Sist endret: 11.10.2011



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 2010
05-2012-REM-2011-SCAN(NO)-5353-J