

Tema: Reflukssykdom-diagnostikk, komplikasjoner og behandling s. 10





The gold standard in diagnosing Bile Acid Diarrhoea (BAD)¹

SeHCAT test remains the clinical gold standard in diagnosing BAD

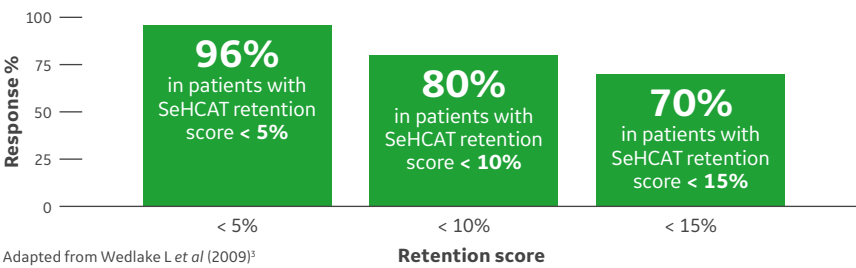
- A review article published by Gastroenterologists at Sahlgrenska University Hospital (Sweden) concludes: *BAD is common, and likely under-diagnosed. BAD should be considered relatively early in the differential diagnosis of chronic diarrhoea.*¹
- A pathway from Coventry University Hospital (UK) shows SeHCAT testing featuring early in the investigatory pathway in younger patients with normal faecal calprotectin.²

The types of bile acid diarrhoea¹

- Diarrhoea caused by bile acids has historically been referred to as bile acid malabsorption; this description is, however, not entirely correct.
- Type 1: bile acid malabsorption. In ileal disease,** there is true malabsorption of bile acids. This was the original mechanism to be identified, and was initially referred to as cholerheic enteropathy.
 - Type 2: idiopathic bile acid diarrhoea,** discovered in the 1970s and termed “**idiopathic bile acid catharsis**”. Now known to be associated with **defective feedback inhibition** instead of malabsorbtion. This type is also known to be highly represented in patients with diarrhoea predominant irritable bowel syndrome (IBS-D).
 - Type 3: bile acid-induced diarrhoea** in association with **other** gastro-intestinal pathology which may or may not contribute to its pathogenesis, most prominently postcholecystectomy and in combination with microscopic colitis.

Studies have shown there is a relationship between the severity of the SeHCAT retention and the response to therapy³

Response to therapy in relation to SeHCAT retention score



Contact Thomas for further information on SeHCAT and availability in your local area.
Thomas Edøy, Sales Manager, GE Healthcare AS
© 901 08 030 / thomas.edoy@ge.com

References:

- Mottacki N, Simrén M, Bajor A *et al.* Alliment Pharmacol Ther 2016; 43 (8): 884-98.
- Arasarađnam RP, Cullis J, Nwokolo C *et al.* Nuclear Medicine Communications 2012; 33: 449-51.
- Wedlake L, A'hern R, Russell D *et al.* Aliment Pharmacol Ther 2009; 30 (7): 707-17.

© 2016 General Electric Company.
GE, the GE Monogram and SeHCAT are trademarks of General Electric Company.
09-2016 JB40229NO/OS



SeHCAT™ kapsler (tauroselchol(⁷⁵Se)syre)

(Vennligst konsulter den fullstendige engelske preparatomtalen (SPC) før bruk). **SAMMENSETNING** Tauroselchol(⁷⁵Se)syre med aktivitet 370 kBq ved referansetidspunktet. Hver kapsel inneholder mindre enn 0,1 mg tauroselcholsyre. **INDIKASJONER** Brukes ved undersøkelse av malabsorpsjon av gallesyre og måling av tap fra gallesyre-pool. Kan også brukes ved vurdering av ileumfunksjon, ved undersøkelse av inflammatorisk tarmsykdom og kronisk diaré samt ved studier av enterohepatisk sirkulasjon. **DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE** Normal dose for voksne og eldre er oral administrasjon av en kapsel. Hvis preparatet skal administreres til barn, brukes samme dose som til voksne. Det finnes ingen oseringsform eller klinisk erfaring med bruk av produktet til barn. Risiko og fordeler må derfor vurderes nøye før produktet gis til barn, spesielt fordi bruk av en fast dose resulterer i en økt effektiv dose-ekvivalent hos barn.Ved nedsatt leverfunksjon må dosen vurderes nøye siden det er muligheter for en økt strålingseksponering hos disse pasientene. For å lette passasjen av kapselen over i magesekken, anbefales at pasienten drikker 15 ml vann før, under og etter inntak av kapselen. Pasienten skal sitte eller stå ved administreringen. **KONTRAINDIKASJONER** Hypersensitivitet mot virkestoffet eller noen av hjelpestoffene. **ADVARSLER OG FORSIKTIGHETS-REGLER** Ved overømfintlighet- eller anafylaktisk reaksjon skal administrasjonen av legemidlet stanses omgående. Intravenøs behandling igangsettes om nødvendig. Legemidler og utstyr til resuscitering (f.eks. endotrakealslange og respirator) skal være lett tilgjengelig. Forsiktighet må utvises ved administrering av SeHCAT til pasienter med alvorlig leverinsuffisiens eller obstruksjon av galleganger ettersom stråledosen til leveren økes signifikant i slike til tilfeller. Individuell nytte / risiko-vurdering: For hver pasient må eksponering for ioniserende stråling vurderes i forhold til forventet nytte for pasienten. Den administrerte radioaktiviteten må i hvert tilfelle være slik at stråledosen blir så lav som mulig vurdert opp mot behovet for å oppnå det ønskede diagnostiske resultat. Nedsatt leverfunksjon: En nøye vurdering av forholdet mellom nytte og risiko er påkrevd hos disse pasientene siden en økt eksponering for radioaktivitet er mulig. Pediatrisk populasjon: Ingen data er tilgjengelig. En nøye vurdering av indikasjon er nødvendig siden den effektive dose pr. MBq er høyere enn for voksne. Pasienten bør være godt hydrert før undersøkelsen og oppfordres til å late vannet så hyppig som mulig i løpet av de første timene etterpå for å redusere strålingen. Produkter inneholder 3,01 mmol (71,04 mg) natrium pr. kapsel. Dette må tas hensyn til for pasienter på kontrollert natriumdiett. **Generell advarsel** Radiofarmasøytiske legemidler skal mottas, brukes og administreres av autorisert personell i en egnet klinisk setting. Mottak, oppbevaring, bruk, overføring og kassering må skje i henhold til bestemmelser og/eller aktuelle lisenser fra kompetente offentlige organer. Radiofarmasøytiske legemidler må tilberedes slik at både sikkerhet mht. stråling og farmasøytisk kvalitet ivaretas. Egnede forholdsregler mht. aseptiske forhold må tas. Hvis produktets integritet på noe tidspunkt i tilberedningsprosessen er kompromittert, skal det ikke benyttes. Administrasjon skal utføres på en måte som både minimerer risikoen for kontaminering av produktet og strålingseksponering overfor operatøren. Tilstrekkelig skjerming er obligatorisk. Administrasjonen av radiofarmasøytiske legemidler medfører risiko for andre personer fra ekstern stråling eller forurensning fra urinsøl, oppkast osv. Forholdsregler mht. strålevern må tas i samsvar med nasjonalt regelverk. Ikke anvendt legemiddel, samt avfall, bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav. **INTERAKSJONER** Ingen interaksjonsstudier er utført og ingen interaksjoner med andre legemidler er hittil rapportert. **GRAVIDITET OG AMMING** Fertile kvinner: Når administrasjon av radiofarmaka til en kvinne i fertil alder er planlagt, er det viktig å fastslå hvorvidt hun er gravid. Enhver kvinne som har hoppet over en menstruasjon skal antas å være gravid inntil annet er fastslått. Dersom det er tvil om hennes mulige graviditet (dersom kvinnen har hoppet over en menstruasjon, dersom menstruasjonen er uregelmessig osv.), skal alternative teknikker som ikke bruker ioniserende stråling (om tilgjengelig) tilbys pasienten. Det finnes ingen opplysninger om bruk av produktet under graviditet. Reproduksjonsstudier på dyr er ikke utført. Nukleærmedisinske undersøkelser av gravide kvinner medfører stråledoser til fosteret. Kun nødvendige undersøkelser må derfor utføres under svangerskapet, når den sannsynlige nytteverdien langt overstiger risikoen påført mor og foster. Før radioaktive legemidler gis til ammende mødre skal man vurdere å utsette administrasjon av radionuklider inntil mor har sluttet å amme, og hva som er det mest hensiktsmessige valg av radiofarmaka, med tanke på utskillelsen av aktivitet i morsmelk. Dersom administrasjonen anses nødvendig, må amming avbrytes og morsmelken kastes ca. 3-4 timer etter inntak av SeHCAT, før ammingen kan gjenopptas. **BILKJØRING OG BRUK AV MASKINER** Ingen studier av påvirkning av evnen til å kjøre bil er utført. **BIVIRKNINGER** Bivirkninger av tauroselchol(⁷⁵Se)syre er sjeldne. Enkelte tilfeller av mulige allergiske reaksjoner er rapportert etter bruk av produktet, men kausalitet er ikke endelig klarlagt. Eksponering for ioniserende stråling innebærer risiko for induksjon av kreft og mulighet for utvikling av arvelige defekter. Siden den effektive dosen er 0,26 mSv når den maksimale anbefalte aktiviteten på 370 kBq administreres, er sannsynligheten for at disse bivirkningene forekommer forventet å være lav. Hypersensitivitets reaksjoner er rapportert (ukjent frekvens). Melding av mistenkte bivirkninger etter godkjenning av legemidlet er viktig. Det gjør det mulig å overvåke forholdet mellom nytte og risiko for legemidlet kontinuerlig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Dette gjøres via meldeskjema som finnes på nettsiden til Statens legemiddelverk: www.legemiddelverket.no/meldeskjema. **DOSIMETRI** Effektiv dose (ED) for en frisk voksen person etter administrasjon av en 370KBq kapsel, vil vanligvis være 0.26mSv. **OVERDOSE-RING** Overdosering anses som lite sannsynlig siden produktet administreres oralt i form av en kapsel under kontrollerte kliniske betingelser. Hvis overdosering likevel skulle skje, kjennes ingen prosedyrer som kan øke eliminering av aktivitet fra kroppen. **PAKNING** 1 kapsel. **RESEPT-GRUPPE C. INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN** GE Healthcare Limited, Little Chalfont, Bucks HP7 9NA, Storbritannia. **MTnr.:** 8321. **Dato for revisjon av tekst:** Juni 2016.

Leder
Birgitte Seip
Gastroenterologisk seksjon
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
seip@sv.no

Nestleder
Øyvind Holme
Gastroenterologisk seksjon
Sørlandet Sykehus HF, Kr.sand
Oyvind.holme@sshf.no

Kasserer
Kay-Martin Henriksen
Gastromedisinsk avdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge
Kay-martin.johnsen@unn.no

Sekretær
Christine Slinning
Avdeling for mage- og tarmsykdommer
Helse Møre og Romsdal, Ålesund
christine.slinning@helse-mr.no

Styremedlemmer:
Margit Brottveit
Gastromedisinsk avdeling
Oslo Universitetssykehus, Ullevål
margit.brottveit@gmail.com

Kristine Wiencke,
Seksjon for Fordøyelsessykdommer
Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet
kristine.wiencke@ous-hf.no

Redaktør:
Georg Dimcevski
Haukeland Universitetssykehus
georg.dimcevski@helse-bergen.no

Redaksjonskomité:
Roald Flesland Havre
Haukeland Universitetssykehus
roald.flesland.havre@helse-bergen.no

Kim Nylund
Haukeland Universitetssykehus
kim.nylund@helse-bergen.no

Renée Fjellanger
Haukeland Universitetssykehus
renee.fjellanger@helse-bergen.no

NGFs hjemmeside:

www.norskgastro.no

Kontakt:

Margit Brottveit
Hans Wasmuth

NGF-nyttets hjemmeside:

www.gastroenterologen.no

Forsideillustrasjon:

Jørgen Valeur. De lange halser feirer jul.

Layout, annonsesalg og produksjon:

Cox Oslo AS
www.cox.no

INNHold

5 Redaktørens hjørne
7 Lederen

Tema: Reflukssykdom-diagnostikk, komplikasjoner og behandling

10 Reflukssjukdom
12 Endoskopisk behandling
14 Endoskopisk vurdering

Nytt fra fagmiljøene

18 Biostop
20 REFERAT til NGF nytt fra Nasjonalt IBD symposium 15.09.177

Faste spalter

26 Norge Rundt: Avdeling for fordøyelses og leversykdommer ved St Olavs Hospital
28 Smittefri helse – en skjønnlitterær tilnærming
34 Bildequiz
36 Gastronet: Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister
38 NGF-nytt-på-nytt
41 Blinksuddet: Produktplassering
41 Snublefot: Natlig skattejakt

Møter og konferanser

44 Vintermøtet 2018
52 Møte/Kongressoversikt
54 Div møter

Stipender



s. 10: Reflukssykdom-Diagnostikk, komplikasjoner og behandling



s. 26: Norge rundt: St. Olavs Hospital



s. 44: Vintermøtet 2018

Aktiv mild til moderat ulcerøs kolitt



Basisbehandling
med 4g 5-ASA



Når effekten av
5-ASA ikke er
tilstrekkelig



**C Cortiment «Ferring Legemidler AS»
Kortikosteroid, lokaltvirkende.**

ATC-nr.: A07E

A06DEPOTTABLETTER 9 mg: Hver depottablett inneh.: Budesonid 9 mg, soyalecitin (E 322), laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Induksjon av remisjon hos voksne med mild til moderat aktiv ulcerøs kolitt hvor behandling med 5-ASA ikke er tilstrekkelig.

Dosering: Voksne: Anbefalt daglig dose er 1 tablett om morgenen i opptil 8 uker. Ved seponering kan gradvis dosereduksjon være fordelaktig.

Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Forsiktighet bør utvises, og pasienten bør monitoreres.

Administrering: Tas oralt om morgenen. Tas med eller uten mat. Bør svelges med et glass vann. Skal ikke tygges. Skal ikke deles eller knuses.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, soya- eller jordnøttolje (peanøttolje).

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet ved infeksjoner, hypertensjon, diabetes mellitus, osteoporose, magesår, glaukom eller katarakt, ved familiær diabetes eller familiær glaukom i anamnesen samt ved andre tilstander hvor bruk av glukokortikoider kan gi uønsket effekt. Nedsatt leverfunksjon kan påvirke elimineringen og gi høyere systemisk eksponering med mulige systemiske bivirkninger, inkl. glaukom. Bytte fra annen konvensjonell steroidbehandling kan gi symptomer som skyldes lavere systemisk steroidnivå ved bruk av Cortiment.

Se SPC for ytterligere informasjon om generelle kortikosteroideffekter. Pasienten kan føle seg dårlig på en uspesifikk måte under seponering, f.eks. muskel- og leddsmerter. Utilstrekkelig kortikosteroideffekt bør mistenkes ved tretthet, hodepine, kvalme og oppkast, og midlertidig doseøkning av systemiske kortikosteroider kan være nødvendig. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemal-absorpsjon. Svimmelhet og fatigue kan tidvis forekomme, og forsiktighet bør utvises ved bilkjøring og betjening av maskiner.

Interaksjoner: Samtidig bruk av potente CYP3A4-hemmere bør unngås da det kan gi økt systemisk budesonideksponering. Ved koadministrering bør tiden mellom behandlingene være så lang som mulig og en reduksjon av budesoniddosen kan vurderes. Lite trolig at budesonid hemmer andre CYP3A4-substrater, ettersom budesonid har lav affinitet til enzymet. Samtidig bruk av CYP3A4-induktorer kan gi redusert budesonideksponering, hvilket kan kreve doseøkning. Interaksjoner mellom kortikosteroider og hjerteglykosider (økt effekt grunnet redusert kaliumnivå) og diuretika (økt eliminasjon av kalium) kan utgjøre en signifikant risiko hos enkelte. Samtidig bruk av kolestyramin eller antacida kan gi redusert budesonidopptak, og legemidlene bør derfor tas med minst 2 timers mellomrom. I anbefalte doser påvirker ikke omeprazol farmakokinetikken til oral budesonid, mens cimetidin gir en svak, ikke klinisk signifikant effekt. Kortikosteroider har kjent immunologisk effekt, og samtidig administrering av budesonid vil trolig redusere immunresponsen på vaksiner.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Bør kun brukes dersom potensiell fordel oppveier potensiell risiko for fosteret. En stor mengde data fra inhalert budesonid indikerer ingen bivirkninger. Data fra oral bruk mangler, men biotilgjengeligheten etter oral administrering er lav. Dyrestudier med høy eksponering viser at kortikosteroider er skadelige. *Amming:* Utskilles i morsmelk i små mengder. Pga. rask clearance fra blod, er det på teoretisk grunnlag antatt at eksponering for barn som ammes er lav. Det finnes imidlertid ingen data. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. *Fertilitet:* Ingen humane data. Effekter hos rotte er ikke sett.

Bivirkninger: *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme, øvre abdominalsmerter. Infeksiøse: Influensa, virusinfeksjon i øvre luftveier. Nevrologiske: Hodepine. Psykiske: Insomni, endret humør. Undersøkelser: Lavt blodkortisolnivå. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Anemi. Endokrine: Cushingoid syndrom. Gastrointestinale: Abdominal distensjon, abdominalsmerter, diaré, dyspepsi. Hud: Akne. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Somnolens. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Hud: Pruritus. Øvrige: Fatigue, perifer ødem. For klasseeffekter av steroider, se SPC.

Overdosering/Forgiftning: Pga. lav systemisk biotilgjengelighet forventes ingen akutt klinisk krise selv ved akutt overdose med veldig høye doser. Se Giftinformasjonens anbefalinger for budesonid.

Egenskaper: *Virkningsmekanisme:* Nøyaktig virkningsmekanisme ved ulcerøs kolitt er ikke fullstendig forstått. Generelt hemmer budesonid flere inflammatoriske prosesser, inkl. cytokinproduksjon, inflammatorisk celleaktivering og ekspresjon av adhesjonsmolekyler på endotel- og epitelceller. Legemiddelformen sørger for frigjøring i kontrollert hastighet gjennom hele kolon for lokal effekt. *Absorpsjon:* Systemisk biotilgjengelighet er ca. 10%. C_{max} : Ca. 1,3-1,8 mg/ml. T_{max} : 13-14 timer. *Proteinbinding:* Ca. 85-90%. *Fordeling:* V_d : Ca. 3 liter/kg. *Metabolisme:* I lever til metabolitter med lav glukokortikoid aktivitet (<1% av aktiviteten til budesonid). *Utskillelse:* Eliminasjonshastigheten er begrenset av absorpsjonen. Høy systemisk clearance (ca. 1,2 liter/minutt).

Pakninger og priser pr. august 2015: 30 stk. (blister) kr 971,60.

Refusjon: *Refusjonsberettiget bruk:* For induksjon av remisjon hos voksne med mild til moderat aktiv UC hvor behandling med 5-ASA ikke er tilstrekkelig. *Refusjonskode:* ICPC: D94 Kroniske enteritt/ulcerøs kolitt (-). ICD: K51 Ulcerøs kolitt (-).

Ferring Legemidler AS
Postboks 4445 Nydalen
0403 Oslo



COR002/10/2017

REDAKSJONEN

Desember måned går sin gang med overdekorerte julegater som lyser opp årets mørkeste måned, snø - mer eller mindre, visse steder i landet og julestemning. Håper at dette nummeret kan bidra til den gode stemningen, lyse opp dagen og fordrive gamle medisinske troll-myter og mørkemakter.

Temaet i dette nummeret er om spiserøret og dets mysterier, som illustrert på førstesiden av Jørgen Valeur. Truls Hauge forteller oss om Endoskopisk behandling av Barrett`s øsofagus med dysplasi og kreft i tidlig stadium. Dag Arne Lihaug Hoff presenterer gastroøsofageal refluksjukdom (GØRS), mens K.D.C Pham. gir oss praktiske tips om endoskopisk vurdering av Barretts slimhinne.

Norge Rundt fører oss til Sør-Trøndelag, nærmere bestemt til St Olavs Hospital i Trondheim.

Paul presenterer 6 utvalgte bøker. Les mer om dette i «*Pauls hjørne*».

Den koordinerende gjengen i Ålesund beskriver BIOSTOP studien, mens Ingrid Prytz Berset i referat til NGF nytt fra Nasjonalt IBD symposium gir oss en grundig og særdeles gjennomarbeidet oppsummering.

Endoskopisk ultralyd (EUS) i Norge presenteres av Volker Moritz, Roald Flesland Havre og Geir Hoff i Gastronet.

Til sist, men ikke minst presenteres, som alltid i juleutgaven, programmet for årsmøtet på Lillehammer inklusive tittelen til alle innsendte abstrakt.

Bildequiz fra den forrige utgaven blir besvart og en ny quiz sendes med på veien. For å vise at vi setter pris på dem som bidrar vil vi fra neste nummer trekke ut en vinner blant dem som svarer korrekt på bildequizen og sende vedkommende en liten, minneverdig gave.

Jeg vil også oppfordre alle kollegaer fra hele landet, til å dele en eller flere av sine arbeidsopplevelser og sende inn bidrag til Snublefot, Blinksudd og Bildequiz. Det kan ikke bare være på Vestlandet at vi har dryge diagnoser, underfundige funn og uheldige hendelser.

Med ønsker om god jul og godt nytt år til dere alle!

Georg Dimcevski



Sammen er vi sterkere ved NET*

ENGASJEMENT

FORSKNING

PASIENTSTØTTE

SAMARBEID

*Nevroendokrine svulster
Ipsen AB, Kista Science Tower,
Färögatan 33, 164 51 Kista, Sverige

SOM-NOR-000025

«Sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste» – og alltid være nysgjerrige!

«It's mitochondria, not hypochondria», heter en bok jeg nylig fikk av en pasient med ME/ kronisk fatigue og funksjonelle mage-tarmsymptomer. Pasienter med kronisk fatigue har ofte betydelige utfordringer med kvalme og oppkast og matinntak. Symptomtrykket er høyt, livskvaliteten marginal og runddansen i helsevesenet svinger innom spesialisthelsetjenesten og ernæringsfysiologen før den stopper hos fastlegen og pasienten selv.

Boken jeg fikk foreslår mange omfattende diagnostiske utredninger og behandlinger, men referansene er stort sett til hjemmesider, dyrestudier og erfaringer. Som spesialisthelsetjeneste har vi ofte begrenset kapasitet til å trøste og lindre, men vi kan ikke slutte å være nysgjerrige, lage forskningshypoteser og teste dem ut i vår kliniske hverdag.

NGF årsmøtets faglige program går snart i trykken. Vi har mottatt abstracts fra hele landet, fra små og store sentra om alt fra «mitochondrier» til «hypochondrier» og for oss i styret er det en fryd å se at det verken er mangel på nysgjerrighet, initiativ eller gjennomføringsevne blant våre kollegaer. Årets lørdagssymposium er det Interessegruppen for neurogastroenterologi som har ansvaret for. De dykker ned i de funksjonelle tarmsykdommene og leter etter svar og forklaringer og behandlinger i et felt mange av oss synes er uoverkommelig å forholde oss til.

Vi ser frem til å se mange av dere på NGFs årsmøte i februar.

Med ønsker om god jul og godt nytt år til dere alle.

Birgitte Seip, leder i NGF



EPCLUSA® (sofosbuvir/velpatasvir)

CURE YOUR COMPENSATED HCV PATIENTS IN 12 WEEKS WITH THE ONLY PANGENOTYPIC SINGLE-TABLET REGIMEN^{1,a}

ONE
One pill, once a day for just 12 weeks^{1,a}

CURE
Up to 95–100% cure rates across Phase 3 pivotal studies in HCV GT1–6^{1,b}

SIMPLIFIED
The only RBV-free, PI-free STR option for the majority of HCV patients^{1,a}

EXPAND
WHAT’S POSSIBLE

“PEOPLE DO NOT DECIDE TO BECOME EXTRAORDINARY. THEY DECIDE TO ACCOMPLISH EXTRAORDINARY THINGS”

SIR EDMUND HILLARY
FIRST PERSON TO CLIMB MOUNT EVEREST

^a Supplement with RBV is recommended for the treat-ment of patients with decompensated cirrhosis, and may be considered for the treatment of HCV GT3 patients with compensated cirrhosis.¹
^b EASL defines cure as SVR12.²



▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig.

C Epclusa «Gilead»
Antiviralt middel. ATC-nr.: J05A X
TABLETTER, filmdrasjerte 400 mg/100 mg: Hver tablett inneh.: So-
fosbuvir 400 mg, velpatasvir 90 mg.
Indikasjoner: Behandling av kronisk hepatitt C-virus- (HCV) infek-
sjon hos voksne. **Dosering:** Behandling skal igangsettes og over-
våkes av lege med erfaring i behandling av pasienter med HCV
infeksjon.
Voksne: 1 tablett daglig. Bør brukes i kombinasjon med ribavirin
hos visse pasientgrupper (se Felleskatalogteksten for ribavirin).
Anbefalt behandlingsvarighet og kombinasjon med ribavirin (an-
befalingene gjelder også ved hiv-koinfeksjon samt tilbakeven-
dende HCV etter levertransplantasjon):. *Alle HCV-genotyper uten
cirrhose eller med kompensert cirrhose:* Epclusa i 12 uker. Tillegg
av ribavirin kan vurderes for pasienter infisert med genotype 3
med kompensert cirrhose. *Alle HCV-genotyper med dekompen-
sert cirrhose:* Epclusa + ribavirin i 12 uker. **Glemte dose:** Dersom 1
dose glemmes og det er gått <18 timer, skal uteglemt dose tas så
snart som mulig og deretter tas neste dose til vanlig tid. Dersom
det er gått >18 timer skal neste dose tas til vanlig tid. Dobbel dose
skal ikke tas. Ved oppkast <3 timer etter inntak skal en ny tablett
tas. *Dosering ribavirin:* Gis oralt fordelt på 2 doser, sammen med
mat. Pasienter med Child Pugh Turcotte (CPT) klasse B-cirrhose
før transplantasjon eller genotype 3 og kompensert cirrhose (før
eller etter transplantasjon): Ribavirindosen skal være vektbasert,
<75 kg = 1000 mg og ≥75 kg = 1200 mg. Pasienter med CPT klas-
se C-cirrhose før transplantasjon eller CPT klasse B eller C etter
transplantasjon: Startdose på 600 mg daglig, som kan opptitre-
res til maks. 1000/1200 mg daglig (<75 kg = 1000 mg og ≥75 kg
= 1200 mg) hvis den tolereres godt. Ellers bør dosen reduseres
som indisert basert på hemoglobinnivå. **Spesielle pasientgrupper:**
Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering nødvendig ved lett,
moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon (CPT klasse A, B el-
ler C). Sikkerhet og effekt er vurdert ved CPT klasse B-cirrhose,
men ikke ved CPT klasse C cirrhose. *Nedsatt nyrefunksjon:* Ingen
dosejustering nødvendig ved lett eller moderat nedsatt nyrefunk-
sjon. Sikkerhet og dosering er ikke vurdert ved alvorlig nedsatt
nyrefunksjon (eGFR <30 ml/minutt/1,73 m²) eller terminal nyre-
sykdom (ESRD) som krever hemodialyse. Ved kombinasjon med
ribavirin, se Felleskatalogteksten for ribavirin ved CICR <50 ml/
minutt. *Barn og ungdom <18 år:* Sikkerhets- og effektdata mang-
ler. *Eldre:* Ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** Kan
tas med eller uten mat. Bør svelges hele. Skal ikke tygges eller
knuses pga. bitter smak. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for
innholdsstoffene. Samtidig bruk av potente P-gp- eller cytokrom
P450 (CYP) induktorer (rifampicin, rifabutin, johannesurt [prikk-
perikum], karbamazepin, fenobarbital og fenytoin). Samtidig bruk
vil redusere plasmakonsentrasjonene av sofosbuvir og velpatasvir
signifikant og kan føre til tap av effekt. **Forsiktighetsregler:** Skal
ikke gis samtidig med andre legemidler som inneholder sofosbuvir.
Alvorlig bradykardi og hjerteblokk har forekommet ved samtidig
behandling med amiodaron, alene eller i kombinasjon med andre
legemidler som reduserer hjertefrekvensen. Dette er potensielt liv-
struende. Samtidig behandling med amiodaron bør kun brukes når
annen alternativ behandling med antiarytmika ikke tolereres eller
er kontraindisert. Hvis samtidig behandling vurderes som nød-
vendig skal pasienten overvåkes nøye ved oppstart med Epclusa.
Pasienter med kjent høy risiko for bradyarytmi bør overvåkes kon-
tinuerlig i 48 timer i egnede kliniske omgivelser. Pga. amiodarons
lange halveringstid bør også pasienter som har seponert amio-
daron i løpet av de siste månedene overvåkes ved oppstart. Pa-
sienter som får kombinasjonsbehandling med amiodaron bør ad-
vares om symptomer på bradykardi og hjerteblokk og oppfordres
til å kontakte lege umiddelbart ved ev. symptomer. Pasienter som
tidligere har hatt behandlingssvikt med et regime som omfatter
NS5A: På grunnlag av NS5A resistensassosierte varianter (RAV-
er) etter behandlingssvikt på regimer med andre NS5A-hemmere,
in vitro-farmakologien til velpatasvir og resultatet av behandling
med sofosbuvir/velpatasvir hos NS5A-naive pasienter med NS5A

RAV-er, kan behandling med Epclusa + ribavirin i 24 uker vurderes
for pasienter med behandlingssvikt, som antas å ha høy risiko for
klinisk sykdomsprogresjon og ikke har andre behandlingsalternati-
ver. *Levertransplanterte pasienter:* Behandling skal vurderes ut fra
individuell fordel/risiko, da sikkerhet og effekt ikke er undersøkt.
Bruk sammen med visse hiv-antiretrovirale regimer: Økt tenofovir-
eksponering er påvist, særlig ved bruk sammen med et hiv-regime
som inneholder tenofovir og en farmakokinetisk forsterker (ritona-
vir eller kobicistat). Risiko/fordel ved samtidig bruk bør vurderes,
spesielt ved økt risiko for nyredysfunksjon. Pasienten bør over-
våkes for tenofovirrelaterte bivirkninger. Se Felleskatalogteksten
for nevnte legemidler/kombinasjoner mht. nyreovervåkning. *HCV/
HBV-koinfeksjon:* Ingen data foreligger. Da HCV-clearance kan føre
til økt replikasjon av HBV, bør HBV-nivåer overvåkes under og et-
ter behandling.
Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjo-
ner, bruk interaksjonsanalyse. Se Kontraindikasjoner. Samtidig bruk
av følgende P-gp- og CYP-induktorer anbefales ikke pga. mulig re-
dusert effekt av velpatasvir/sofosbuvir: Okskarbazepin, rifapentin,
modafinil og efavirenz. Legemidler som øker gastrisk pH forventes
å redusere velpatasvirkonsentrasjonen. Syrenøytraliserende mid-
ler bør tas 4 timer før/etter Epclusa. H2-reseptorantagonister kan
tas samtidig/før/etter Epclusa ved doser tilsv. famotidin 40 mg 2
ganger daglig. Samtidig bruk av protonpumpehemmere anbefales
ikke, evt. skal Epclusa tas med mat 4 timer før protonpumpehem-
meren i en maks. dose tilsv. omeprazol 20 mg. Brukes sammen
med amiodaron kun hvis ingen andre behandlingsalternativer er
tilgjengelige. Nøye overvåking anbefales. Digoksinkonsentrasjo-
nen kan øke ved samtidig bruk, og forsiktighet og overvåkning
av terapeutisk konsentrasjon anbefales. Overvåkning for tegn på
blødning og anemi, inkl. koagulasjonstest, anbefales ved samtidig
bruk av dabigatran. Nøye INR-overvåking anbefales ved bruk av
vitamin K-antagonister pga. forandringer i leverfunksjonen ved be-
handling med Epclusa. *Visse hiv-antiretrovirale regimer:* Økt teno-
fovireksponering er påvist, særlig ved bruk sammen med et hiv-re-
gime som inneholder tenofovir og en farmakokinetisk forsterker
(ritonavir eller kobicistat), se Forsiktighetsregler. Rosuvastatin,
maks. 10 mg, kan tas samtidig med Epclusa. Samtidig bruk kan
øke konsentrasjonen av rosuvastatin, med økt risiko for myopati,
inkl. rabdomyolyse. Ved samtidig bruk av andre statiner (unntatt
pravastatin), skal tett overvåkning av statinbivirkninger iverksettes
og redusert startdose vurderes ved behov.
Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Bør ikke brukes under
graviditet. Ved kombinasjonsterapi med ribavirin, se Felleskata-
logteksten for ribavirin. *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent.
Risiko for nyfødte/spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Skal
ikke brukes ved amming. *Fertilitet:* Ukjent om fertilitet påvirkes.
Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* I kliniske studier var hodepine,
tretthet og kvalme de vanligste behandlingsrelaterte bivirkningene
som ble rapportert hos pasienter. Disse og andre bivirkninger ble
rapportert like ofte hos placebogruppen som hos pasienter som
ble behandlet med Epclusa. Reduksjon av hemoglobin hos pasien-
tene som ble behandlet med Epclusa +ribavirin. Bivirkningene ved
kombinasjonsterapi med ribavirin tilsvarer bivirkningsprofilen til
ribavirin. **Overdosering/Forgiftning:** Hemodialyse fjerner effektivt
sofosbuvir, ekstraksjonsforhold 53 %, men sannsynligvis ikke vel-
patasvir som er sterkt bundet til plasmaproteiner. Se Giftinforma-
sjonens anbefalinger for sofosbuvir J05A X15 side c og velpatasvir
J05A X side c.
Pakninger og priser: 28 stk. (flaske) 491230. Pris (1 Dec 2016):
NOK 190 628,40 (AUP inkl 25% MVA). Kostnadsfritt i henhold til
blåreseptforskriften/smittevernloven.
Innehaver av markedsføringstillatelsen: Gilead Sciences Interna-
tional Ltd, Storbritannia. For informasjon kontakt Gilead Sciences
Norway AS, +46 8 505 718 00. **Basert på SmPC godkjent av SLV:**
10/2016
For fullstendig preparatomtale (SmPC) se legemiddelverket.no

REFERENCES:
1. EPCLUSA Summary of Product Characteristics, October 2016.
2. European Association for the Study of the Liver (EASL). J Hepatol 2015;
63:199-236.

Reflukssjukdom

–eit innlegg om utgreiing og analyse



Dag Arne Lihaug Hoff, Ålesund sjukehus

Gastroøsofageal reflukssjukdom (GØRS) er ei utbreidd plage med frekvens 10-30% i typiske populasjonsstudiar frå Europa og USA. Symptomet bryst-/halsbrann er dominerande. Det er to fenotypar, erosiv og ikkje-erosiv GØRS – kor den siste utgjør nærare 70% av tilfella og kan ytterlegare delast i undergrupper. Den mest alvorlege komplikasjonen til GØRS er Barretts øsofagus, ein premalign tilstand som potensielt kan føre til adenokarsinom i øsofagus. Korleis fenotypane naturleg utviklar seg er vanskeleg å seie klart utifrå nyare medisinsk litteratur¹.

I 2017 er det kome reviderte tilrådingar for ambulatorisk utgreiing av gastro-øsofageal reflukssjukdom, den fyrste oppdateringa sidan konsensumøtet i Porto 2002^{2,3}. Forfattarane av artiklane arbeider i frontlinja for utvikling av teoretisk og klinisk kunnskap om GØRS og øsofagusfunksjon. I det følgjande tek eg opp nokre element frå publikasjonane samt nokre kommentarar, og etterkvart kjem eg også innom utviklinga innan høg-oppløyselig øsofagus manometri (HRM) etter Ascona 2011.

Patologisk GØRS vert definert med minst eit av dei følgjande kriteria: øsofagitt LA grad C eller D, peptisk striktur, histologisk verifisert Barretts slimhinne > 1 cm og øsofagus syreeksponeerings tid (AET) > 6% av registreringsperioden. Desse forholda baserer seg i hovudsak på eit endoskopibilete kor det er stor sjanse for at reflux er kjelda til funnet, men den objektive refluxdiagnosen krev pH, pH-impedans registrering med miniumslengde 16 timar. Bruk av 24 timars pH, pH-impedans er gullstandarden for å stille diagnose – reflukssjukdom.

Kva er indikasjonen for å gjennomføre ambulatorisk refluxsutgreiing, jau eit ynskje om ein klarare diagnose. Situasjonen kor pasienten opplever delvis eller manglande effekt av syrehemming, før og/eller etter refluxkirurgi eller ved atypiske symptom som hoste, frekvent raping («gastric or supragastric») og mistenkt «gulping/drøvtyggings (rumination)» syndrom. Diagnostisk krev dei to sistnemnde ofte ein samtidig bruk av manometri.

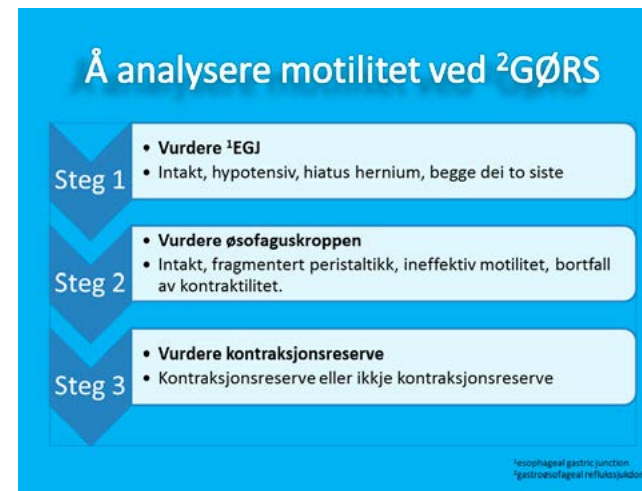
Tre metodar for reflukstesting er tilgjengeleg, kor 2 av dei berre seier noko om sur-reflux. Kostnader er ulik både i materiell og analysetid. I Norge er bruk av «trådløs» registrering lite nytta. Eit mykje diskutert moment er om reflukstesten skal gjerast utan eller

med pågåande syrehemming. Val av metode avgjerer du på førehand utifrå den kunnskap du har om pasienten og den kliniske presentasjonen. Hjå pasienten som t.d. har verifisert reflukssjukdom, men ein behandlingssvikt du vil finne ut av, då gjer du 24 t pH-impedans med pågåande syrehemming. I dei fleste andre høve vil det vere korrekt å stoppe syrehemming 7(-10) dagar før reflukstesten, eit vesentleg moment ein ikkje skal gløyme. Hugs alltid å instruere pasienten i å vere nøye med symptomregistreringa, det gjev det beste grunnlaget til analyse av assosiasjon mellom reflux og symptom.

I analysen er syreeksponeeringstid (AET) den parameteren som er mest spesifikk og som let seg reproducere. Er AET < 4 % er det normalt, i område 4-6 % er AET truleg normal og AET > 6% vert vurdert som unormal syreeksponeering. Av parametarar som enno er av eksplorativ karakter er «talet på reflux episodar» og «baseline impedans». Desse kan vise seg å verte nyttige kliniske parametarar.

Assosiasjonen mellom symptomet og reflux er ein viktig parameter og styrkjer den diagnostiske verdien av testen. I hovudsak legg ein vekt på eit primærsymptom, og aldri meir enn to symptom i relasjon til aktuelle undersøking. Symptomet må vere av ein slik karakter at det også fysiologisk kan tenkjast å vere relatert til reflux.

Syrehemming er eit godt behandlingsprinsipp (i mangel av meir spesifikk tilnærming) og medikamenta er for «mange» effektive. Behandling med syrehemming kor det er usikker relasjon til reflukssjukdom (GØRS), som øsofagitt grad A og B og AET mellom 4-6%, bør du jamleg reflektere over. Ser ein på den jamt aukande bruken av syrehemming i den vestlege verda inkl. Norge



dei siste 10-15 åra, kan ein lure på om bruken er fundamentert på ein adekvat diagnostisk tilnærming. Ansvarer er behandlar sitt. Startar ein syrehemming for mistenkt reflukssjukdom må ein samtidig sette ein dato for evaluering av effekt og evt. plan om deeskalering/stopp av behandlinga eller ytterlegare utgreiing kor det er mogleg.

Ytterlegare utgreiing av patofysiologi kring reflukssjukdom kan vere høg-oppløyselig manometri – HRM evt. med impedans. HRM har i stor grad erstatta metoden vi idag kallar konvensjonell manometri. HRM har fått ei større utbreiing i Norge enn den konvensjonell metode hadde.

Utviklinga av HRM har spesielt vore fokusert på analyseverktøyet Chicago klassifikasjonen, som no ligg føre i v3.0⁴. Ein forsøker heile tida å gjere analysearbeidet enklare og klarare^{5,6}. Ein analyserer den øsofagus-gastriske overgang (EGJ) m.o.t. obstruksjonar (alle typar achalasi), vidare øsofaguskroppen m.o.t. alvorleg (hyperkontraktilitet) eller mindre alvorleg (hypokontraktilitet) dysmotilitet.

Kva informasjon kan HRM gje om reflukssjukdom? Den kan seie noko om **strukturelle** (mellomgolvsbrokk, dysfunksjon i EGJ) og **motilitets** (fragmentert peristaltikk, ineffektiv motilitet og frávær av kontraktilitet) **mekanismar**. EGJ er anatomisk bygd opp av nedre øsofagussfinkter (LES) og crus diafragma (CD). Desse skal normalt ligge saman, men ein kan sjå ulike grader av separasjon som påverkar EGJ sin barriere funksjon. Øsofagus sin evne til å tømme seg heng typisk saman med reflukssjukdom, kor hypomotilitet er vanlegast og kan sjåast isolert i både øsofaguskroppen og LES eller i kombinasjon. Dess meir uttalt grad av GØRS ein har dess oftare ser ein hypomotilitet, men vanlegast er ein normal motilitet ved

GØRS. Skal ein teste for hypomotilitet kan ein med HRM gjere provokasjonstestar, test av motilitetsreservar i øsofaguskroppen og/eller funn av obstruksjon i EGJ. Eit vesentleg poeng framfor kirurgi. Provokasjonstestane er kalla Multiple Rapid Swallow (MRS) og Rapid Drinking Challenge (RDC). Prøv det ut!

Eg ynskjer alle god leselyst frå utvalde referansar.

Hald dykk oppdaterte på ulike nettstadar, konf.

www.idigest.ch/

www.esnm.eu/

www.sagim-gastro.dk/

Referanser

- Savarino, E., et al. 2017. The natural history of gastro-esophageal reflux disease: a comprehensive review. *Diseases of the esophagus : official journal of the International Society for Diseases of the Esophagus* / I.S.D.E. 30: 1-9.
- Sifrim, D., et al. 2004. Gastro-oesophageal reflux monitoring: review and consensus report on detection and definitions of acid, non-acid, and gas reflux. *Gut*. 53: 1024-1031.
- Roman, S., et al. 2017. Ambulatory reflux monitoring for diagnosis of gastro-esophageal reflux disease: Update of the Porto consensus and recommendations from an international consensus group. *Neurogastroenterology and motility : the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*. 29: 1-15.
- Kahrilas, P. J., et al. 2015. The Chicago Classification of esophageal motility disorders, v3.0. *Neurogastroenterology and motility : the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*. 27: 160-174.
- Kahrilas, P. J., et al. 2017. Expert consensus document: Advances in the management of oesophageal motility disorders in the era of high-resolution manometry: a focus on achalasia syndromes. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*. 14: 677-688.
- Gyawali, C. P., et al. 2017. Classification of esophageal motor findings in gastro-esophageal reflux disease: Conclusions from an international consensus group. *Neurogastroenterology and motility : the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*.

Endoskopisk behandling

av Barretts øsofagus med dysplasi og kreft i tidlig stadium



Truls Hauge, Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, truls.hauge@ous-hf.no

Barretts øsofagus (BØ) er en premalign tilstand som disponerer for høygradig dysplasi (HGD) og adenocarcinom (AC) i øsofagus. Antall pasienter med kreft er økende. I den norske handlingsplanen for spiserørskreft, finnes det også retningslinjer for BØ basert på britiske guidelines som ble publisert i 2014 (2). De norske fokuserer på å finne ekte dysplasier og kreft i tidlig stadium med tanke på endoskopisk behandling.

Nytt er viktigheten av å behandle ekte lavgradige dysplasier (LGD), vurdert av en referansepatolog og kontrollert etter 6 måneder. Behandling med radiofrekvens ablasjon (RFA) reduserer risiko for progresjon til høygradig dysplasi (HGD) og AC ved 3 års «follow-up» fra 26,5% - 1,5% (3). «British Society of Gastroenterology» har i 2017 derfor kommet med et tillegg i sine guidelines for BØ som spesielt fokuserer på LGD og indikasjon for behandling med RFA (4). Adenokarsinom oppdages dessuten tidligere ved overvåking av BØ (5).

De europeiske (ESGE) retningslinjene for endoskopisk håndtering av BØ har i 2017 blitt oppdatert (6). Dokumentet er delt inn i 17 «statements» og er en praktisk guide som også fokuserer på kost-nytte. Konkret betyr det færre overvåkingsendoskopier hos lavrisiko pasienter, men en sentralisering til steder som arbeider med spiserørskreft for pasienter med høy risiko for kreft.

Oppfølging av BØ uten dysplasi er avhengig av lengden. Om utbredelse <1 cm er det ikke nødvendig med oppfølging. Fra 1-3 cm lengde hvert 5. år, fra 3-10 cm hvert 3. år med 4-kvadrant biopsier hver 2 cm. Om BØ > 10 cm skal pasienten henvises til et ekspertcenter.

Diagnose av dysplasi krever at den er bekreftet av en GI patolog med spesiell erfaring. Ved bekreftet LGD etter 6 måneder bør endoskopisk ablasjon tilbys (RFA). Om det ikke er dysplasi etter 6 måneder, kan ny kontroll gjøres etter 1 år og ved to negative kontroller standard overvåking, dvs avhengig av BØs lengde.

Synlige lesjoner innenfor BØ skal fjernes uavhengig av dysplasi-grad. Endoskopisk reseksjon gir mulighet for histopatologisk staging. Både endoskopisk submukosal disseksjon (ESD) og endoskopisk mukosal reseksjon (EMR) er effektive. ESD har ikke vist seg å være bedre, dessuten er prosedyren teknisk mer krevende og innebærer flere komplikasjoner (7,8).

Ved høygradig dysplasi (HGD) har de fleste pasienter (80%) synlige (lokaliserte) forandringer, det er derfor viktig å undersøke nøye. Fortynnet mateddik til ca 2% kan bidra til å demarkere forandringer og anvendes regelmessig ved vår avdeling. Etter EMR må all gjenværende BØ slimhinne fjernes med RFA, vanligvis etter 6 uker. Det er ofte nødvendig med flere behandlinger. Ved en T1a AC er endoskopisk reseksjon førstevalget. Ved T1b kan EMR være aktuelt om pasienten er «borderline fit» for kirurgi, forutsatt fravær av lymfeknuter og en begrenset submukosal innvekst (<500 µm). Dette er pasienter som må diskuteres nøye i MDT møter for øsofagus. Kontroller etter endoskopisk behandling er gastroskopi hver 3. måned første året, deretter årlig.

EMR

«Multiband mucosectomy» eller gummibånd EMR er den enkleste og foretrukne metode (8). Det er viktig at patologen som vurderer bitene kjenner metoden og vet at bitene kun kan vurderes for tumors dybde, ikke til sidene (fjernet i biter).

RFA

Sirkulær probe over guidewire anvendes for ablasjon av hele sirkumferensen, mens mindre områder kan behandles med probe gjennom gastroskopet. Pasientene behandles poliklinisk. Strikturet etter behandling kan forekomme, men kan dilateres relativt enkelt. Så langt har vi ved vår avdeling positive erfaringer både med gjennomførbarhet og toleranse for metoden.

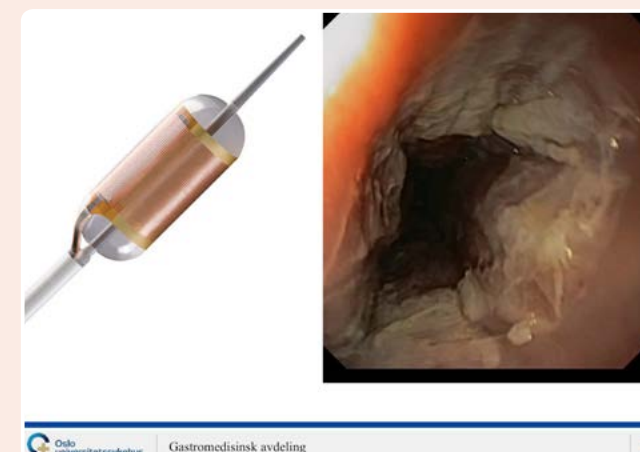
For å kunne følge og evaluere behandlingen av pasienter med BØ med dysplasi og kreft i tidlig stadium, har vi opprettet et kvalitetsregister. I løpet av de siste 2-3 årene har vi behandlet ca 70 pasienter. Et tettere samarbeid med interesserte både innenfor regionen og nasjonalt (nettverk, evaluering av data) er svært ønskelig.



Adenokarsinom (T1a) innenfor en lang Barretts øsofagus (C8M9)



Reseksjonsflate etter EMR



Umiddelbart etter RFA



Normalt plateepitel 18 måneder etter EMR pluss RFA hos samme pasient

Litteratur

1. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av spiserørskreft. Helsedirektoratet 11/2015
2. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus. Fitzgerald RC et al Gut 2014
3. Radiofrequency Ablation vs Endoscopic Surveillance for Patients with Barrett's Esophagus and Low-Grade Dysplasia. A Randomized Clinical Trial. Phoa K N, Bergman J et al. JAMA 2014
4. Revised British Society of Gastroenterology recommendation on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus with low-grade dysplasia. Di Pietro M, Fitzgerald RC et al. Gut 2017
5. Impact of surveillance for Barrett's oesophagus on tumour stage and survival of patients with neoplastic progression. Kastelein F et al. Gut 2016
6. Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Weusten B et al. Endoscopy 2017
7. A randomized trial of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection for early Barrett's neoplasia. Terheggen G et al. Gut 2017
8. EMR is not inferior to ESD for early Barrett's and EGJ neoplasia: An extensive review on outcome, recurrence and complication rates. Komeda Y, Bruno M, Koch A. Endoscopy International Open 2014



Endoskopisk vurdering av Barretts slimhinne-praktiske tips

Pham C.D.K.1,3, Medisinsk Avdeling, Haukeland universitetssykehus1, Klinisk Institutt1(K1), Medisinsk-Odontologisk Fakultet, Universitetet i Bergen2

Siden 2010 har vi ved Haukeland Universitetssykehus (HUS) behandlet pasienter med Barretts øsofagus med påvist høygradig dysplasi (HGD) eller mistenkt neoplasia med endoskopisk ablasjon. Metodene vi bruker er endoskopisk reseksjon med endoskopisk mukosal reseksjon (EMR) og endoskopisk submukosal disseksjon (ESD), ofte kombinert med termisk ablasjon med radiofrekvens ablasjon (RFA) som leveres av Medtronic's ablasjon med Hybrid Argon plasmakoagulasjon (Hybrid APC) fra Erbe. Endoskopisk behandling er meget effektiv og har vist gode overlevelse i store studier for pasienter med intramukosal neoplasia i spiserøret¹. Disse pasientene har tidligere blitt behandlet med øsofagektomi, som er en omfattende operasjon. Endoskopisk behandling er nedfelt i norske retningslinjer fra Helsedirektoratet, og er etablert tilbud ved bla. OUS, St. Olavs hospital og HUS.

Veldig ofte er det tilfeldige biopsier som viser HGD i forbindelse med en kontroll av Barretts som blir grunnlaget for henvisning til vår avdeling. Vi vurderer alltid pasientene nøye endoskopisk før behandling, og ved tvilstilfeller også med endoskopisk ultralyd (EUS) ved mistanke om en invasiv cancer.

Dessverre er biopsiene som er tatt i forbindelse med henvisning, ofte tatt vilkårlig og lagt i samme glass, slik at det er vanskelig å spore opprinnelsen. Det kan bli utfordrende når biopsiene er tatt fra et langt segment Barretts. Ut i fra vår erfaring har vi funnet cancer hos ca 70% av pasientene som er henvist med HGD.

For å kunne stille riktig diagnose og tilby god endoskopisk behandling, oppfordrer vi til bedre presisjon i endoskopisk observasjon, beskrivelse og biopsitaking. Presisjon er grunnleggende for at pasientene får riktig behandling.

Vi forklarer her fremgangsmåten hvordan vi endoskopisk vurderer nye tilfeller med Barretts, og ved kontroll for de pasientene som er henvist til vår avdeling for behandling, og kanskje komme med noen nyttige triks og tips.

Utstyr

Til vurdering av Barretts er det best å bruke et høyoppløselig skop (HD-skop), gjerne med enten nærfokus eller zoom-mulighet. Noen skop-systemer leveres med filtrert lys for å skape bedre kontrast i slimhinnen og fremheve blod og blodkar, som Narrow Band Imaging (NBI) fra Olympus eller Blue light Imaging (BLI) og fargeforsterkelse med Linked Color Imaging (LCI) fra Fujinon, slik at patologi fremheves bedre. Disse teknologiene er brukervennlige og kan øke treffsikkerheten når man skal velge

hvor biopsiene skal tas.

På vår avdeling brukes også kromoendoskopi med eddiksyre 2-3%, i praksis billig eddik fra lokal butikk som vi blander ut med vann og spylor gjennom arbeidskanalen. Eddiken fjerner slim på slimhinnen og dehydrerer tottene i Barretts, og gir dermed en bedre fremstilling av mønsteret i slimhinnen som er preget av intestinal metaplasia. Kombinert med for eksempel NBI og HD skop med zoom, er det mulig å se bevegelser av de røde blodcellene i kapillærene. Det er ofte tilstrekkelig med 10-20 ml 2-3% eddik. Vi aspirerer eddiken fra spiserøret og magesekken med en gang etter installasjonen for å unngå aspirasjon i luftveiene og irritasjon. Med eddik blir det mye lettere å se mønsteravvik i intestinal metaplasia.

Vi fokuserer på områder der det blør spontant etter eddik, da det ofte er et karsinom som skjuler seg der. Selv om guidelines fra ESGE og Storbritannia ikke anbefaler kromoendoskopi, så mener vi at det likevel er nyttig^{3,4}.

Biopsi

Biopsier kommer alltid sist, etter at en grundig inspeksjon er utført. Ca 90% av tiden til undersøkelsen dedikeres til inspeksjon. Vi anbefaler at biopsiene tas målrettet fra områder der en har observert uregelmessig mønster, inndragninger eller nodulære forandringer. Man bør ha laget en «mental plan» for hvor biopsiene skal tas, fordi at det ofte forekommer blødning som forstyrrer synsfeltet etter første biopsi. Biopsier tas distalt til proksimalt. For bedre presisjon anbefaler vi at biopsitangen er trukket tilbake mot skopet i åpen posisjon, og dirigeres mot målet med skopet.

Beskrivelse av funn:

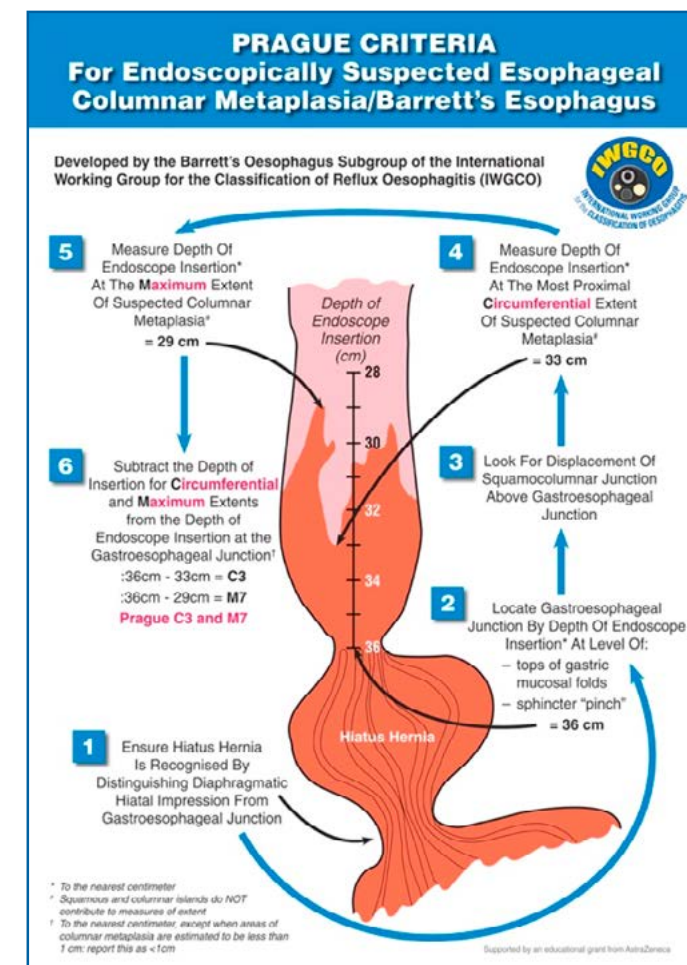
Internasjonale guidelines anbefaler bruk av Praha-klassifikasjonen til å beskrive Barretts, og vi anbefaler at den brukes ved henvisning. Det bør angis posisjonen hvor biopsiene er tatt fra ved å beskrive distanse fra tannrekke og klokkeposisjon når skopet er 90 grader i forhold til pasienten i liggende stilling. Ideelt skal man også ta et foto for å vise hvor biopsiene er tatt. Nodulære lesjoner, dvs. en lesjon som er opphøyet i forhold til resten av slimhinnen må beskrives mer nøye.

Referanser:

1. Pech, O. et al. Long-term Efficacy and Safety of Endoscopic Resection for Patients With Mucosal Adenocarcinoma of the Esophagus. *Gastroenterology* 1-9 (2013). doi:10.1053/j.gastro.2013.11.006
2. Norsk Gastro Cancer Gruppe (NBCG). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med spiserørskreft. (2016). doi:10.1017/CBO9781107415324.004
3. Fitzgerald, R. C. et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus. *Gut* 63, 7-42 (2014).
4. Weusten, B. et al. Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy* (2017). doi:10.1055/s-0042-122140

- Bruk det beste skopet til å vurdere Barretts.
- Bruk god tid på å se (90%) og resten til å ta biopsi.
- Se etter mønsteravvik i regelmessige områder.
- Se etter nodulære lesjoner, etter annet som ikke er flatt, enten elevert eller inndragninger.
- Ta selektive biopsier, men dersom ikke sikkert avvikende område, ta etter «Seattle protokoll».
- Merk biopsiene om mulig med lengde fra

- tannrekke og klokkeslett, der anteriort er kl 12, gjerne med fotodokumentasjon.
- Beskriv Barretts etter Praha klassifikasjon.
- Tenk på at lengde på Barretts og lang sykehistorie øker cancerrisiko, og dermed krever det mer dedikasjon ved undersøkelsen.
- Ta biopsi fra distalt til proksimalt, da det har tendens til å blø mer ved Barretts.



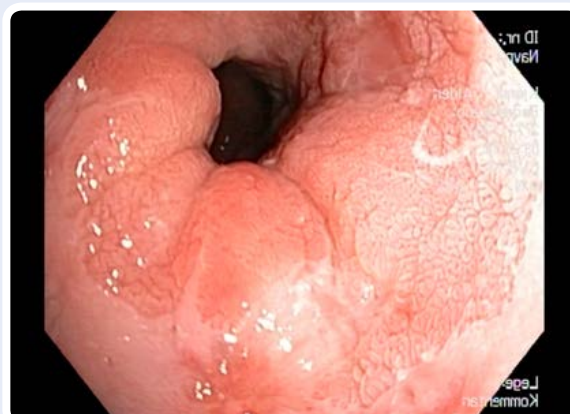
Figurene viser noen eksempler av en typisk pasient som har gått til kontroll for kortsegment Barretts, hvor en tilfeldig biopsi har vist HGD. (Kilde: International working group for classification of oesophagitis)

Leverandør av utstyr til gastroenterologi

Neste generasjons fleksible endoskop fra Fujifilm



Barretts med normal lys



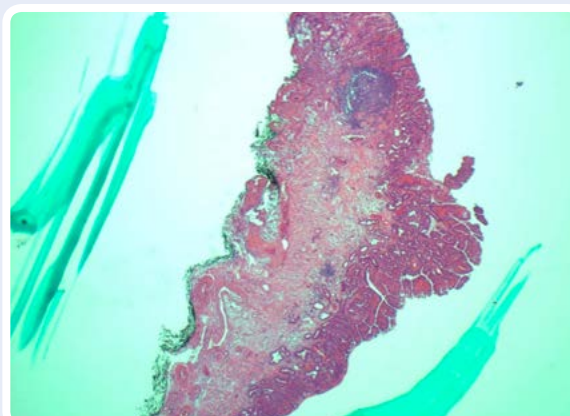
Samme sted etter eddik



Suspekt område med eddik og hvitt lys

Suspekt område med NBI og eddik.
Bilder viser uregelmessighet i totemønster med «krater». Her viste biopsi HGD.

Samme område med adrenalin-injeksjon i submucosa, hvor lesjonen demarkeres bedre fordi den er bedre forsynt med kar.



Enkel kurativ EMR, biopsi viste R0 reseksjon av et adenocarcinom T1m3 på 6 mm

ELUXEO™
BLI-EQUIPPED

**NEW LIGHT.
MORE SIGHT.**

It is time for the next generation of endoscopy systems. Fujifilm's innovative 4-LED Multi Light™ technology supports advancing the standards of endoscopic imaging. Meeting clinical needs, the new BLI observation mode and the Multi Zoom function provide improved visualisation and enhanced characterisation. Discover the new **ELUXEO™** system with G7 grip, designed for optimised handling in daily practice.

NEW SCIENTIFIC PORTAL:
www.bli.eu

FUJIFILM

Biostop

BIOSTOP
På veg mot ein enklare kvardag

Tekst: Biostop-gjengen i Ålesund

I BIOSTOP studien skal pasienter med ulcerøs kolitt som er sykdomsfrie på behandling med TNF alfa-hemmer randomiserestilåstoppeelleråfortsettemedbehandlingen i 2 år. Ved tilbakefall av ulcerøskolitt gjenoppstartes som nødvendig TNF alfa hemmer. Etter 2 år stoppes TNF hemmer også hos pasienter i kontrollgruppen som fortsatt er i remisjon. Alle pasientene følges ytterligere 2 år. Målet med studiene er å vise at det går like bra med de pasientene som har sluttet med anti-TNF som de som fortsetter, og at gjenoppstart av TNF hemmer er trygt og effektivt hos dem som trenger det.

Pasienter som lider av den kroniske tarmsykdommen ulcerøs kolitt og har vært behandlet med infliksimab, adalimumab eller golimumab (immundepende, såkalt biologisk medisin av typen TNF-alfa hemmer) i minst 1 år er aktuelle for inklusjon i BIOSTOP

I BIOSTOP studien ønsker vi å undersøke en rekke faktorer ved sykdommen og behandlingen, og se nærmere på betydningen av disse for å kunne gi råd i fremtiden om hvilke sykdomsfrie pasienter som trygt kan slutte med TNF-alfa hemmer og hvem

som bør fortsette på ubestemt tid med slik immundepende behandling.

De inkluderte pasientene skal:

- være symptomfrie
- ha lave verdier av calprotectin, < 200 med Calpro-AS sin målemetode
- tarmslimhinnen skal være tilhelet, definert som Mayo endoskopisk skår 0 eller 1.



Den koordinerende gjengen i Ålesund
F.v. Katarina Mølsæter, Ingrid Prytz Berset, Synnøve Yksnøy, Elisabeth Tennøy Bjerkan, Synnøve Herje.
Bak Dag Arne Lihaug Hoff alle deltakere på det Nasjonale oppstartsmøte for BIOSTOP på Gardermoen 4 april 2017

Det skal gjøres til sammen 3 rutine-koloskopier i løpet av 4 år hos de inkluderte pasientene:

- ved inklusjon (baseline)
- ved endt randomisert periode (2 år)
- ved studieslutt (4 år).

Det blir tatt vevsprøver og foto ved alle de endoskopiske undersøkelsene. Hvis pasientene opplever sykdomsforverring i løpet av studien, skal det gjøres snarlig rektosigmoidoskopi. Hvis da tilbakefall av ulcerøs kolitt betennelse bekreftes, og annen behandling enn TNF-alfa hemmer ikke har tilfredsstillende effekt, skal samme TNF-alfa hemmer gjenoppstartes. De forsetter i 2 år før de slutter, hvis de da fortsatt er sykdomsfrie.

Vi planlegger å inkludere mer enn 200 pasienter i BIOSTOP-studien. Rekrutteringsperioden i studien vil være fra juni 2017 til desember 2019. Ålesund Sjukehus er nasjonalt koordinerende senter. Prosjektleder er Knut Lundin ved Universitetet i Oslo. Følgende 28 sykehus deltar i denne multisenter nasjonale studien: Rikshospitalet, Ullevål Sykehus, Akershus Universitetssykehus, Diakonhjemmet, Lovisenberg, Sykehuset Østfold, Ålesund, Volda, Molde, Kristiansund, Stavanger, Haukeland, Voss, Førde, Levanger, Namsos, Bodø, Harstad, Bærum, Drammen, Lillehammer, Hamar, Gjøvik, Elverum, Arendal, Kristiansand, Skien og Tønsberg.



Ingrid Prytz Berset skoperer

REFERAT til NGF nytt fra Nasjonalt IBD symposium 15.09.17



Tekst: Ingrid Prytz Berset, Ålesund Sjukehus

Endelig gikk startskuddet for historiens første offisielle nasjonale IBD symposium! Møtet ble avholdt 15. september ved Oslo Kongressenter, med nærmere 100 deltakere. Forventningene var store til det faglige innholdet, som virkelig innfridde. Her følger et fyldig referat fra undertegnede.

1. BIOLOGISK BEHANDLING

Jørgen Jahnsen innledet det faglige programmet med en flott oversikt over biologiske medikamenter som ventes å komme på markedet i overskuelig fremtid. Han startet med en fin orientering om angrepspunkter og virkningsmekanismer for de ulike medisinene, og om sammenhengen og samspillet mellom tarmflora og immunsystem, miljø, arv og epigenetikk. Videre fulgte presentasjon av både biologiske medisiner som har vist seg å ha effekt og medisiner som ikke har hatt effekt ved IBD, med forklaring på hvorfor og hvordan de virker. Spesielt 2 virkningsmekanismer ble trukket frem: hemming av inflammasjonen via IL12/IL23-Th17-IL17-aksen, og hemming av immunaktivering ved å påvirke adhesjonsmolekylene. I den første gruppen har vi allerede Stelara på markedet i Norge som har effekt på både Crohns sykdom og ulcerøs kolitt. UNITI studien viste 59 % respons hos anti-TNF naive pasienter og 37 % respons hos anti-TNF refraktære. Stelara virker på både IL12 og IL23, der den siste mekanismen anses som viktigst for å hemme IL17. Risakizumab og Brazikumab er selektive IL23 hemmere, og har vist lovende resultater i fase 2 studier ved IBD. Av anti-adhesjons molekyler er kun vedolizumab godkjent mot IBD i Norge. Vedolizumab hemmer som kjent MadCAM-1 reseptoren inne i endotelcellene ved å hemme overflatereseptoren alfa4beta7. Etrolizumab er en ny medisin som i studier har hatt god effekt ved IBD ved å hemme både MADCAM-1 via alfa4beta7 i tillegg til at den hemmer immunaktivitering via E-caderin i epitelcellene ved hemming av alfaEbeta7 på epitelcelleoverflaten. Til slutt kom han inn på Janus kinase (JAK)-hemmerne. Dette er småmolekylære medisiner som kan tas peroralt. JAK hemmerne består alltid av 2 molekyler som hemmer 2 forskjellige kinaser (JAK1, JAK2, KAJ3 og TYK2), derav navnet Janus, den tohodete romerske guden. Den første JAK-hemmeren som ventes å bli godkjent ved IBD i Norge er tofacitinib, som hemmer alle de 4 JAK. I fase 3 studien OCTAVE med ulcerøs kolitt som ble

publisert i NEJM 2017 så man remisjon hos 25 % og mukosal tilheling hos 31 % etter 8 uker på tofacitinib 10 mg x 2, og 1 års remisjon på 40 %. Den selektive JAK1-hemmeren upadacitinib har vist effekt ved Crohns sykdom i en amerikansk studie (Sandborn 2017). Andre småmolekylære perorale biologiske medikamenter som snart forventes å bli godkjent og markedsført i Norge er:

- SMAD7-hemmeren Mongersen, som er under utprøving mot Crohns sykdom i en fase 3 studie hvor flere norske sentra deltar
- Apremilast som hemmer PDE4 er godkjent ved psoriasis, og har vist lovende resultater i fase 2 studier ved ulcerøs kolitt
- Ozamimod, som har «mildere» immunhemmende effekt, idet det bare hemmer aktiverte T-lymfocytter.

Neste foredragsholder var Petr Ricanek som fortalte om AHUS sine erfaringer med dobbel biologisk behandling hos et lite antall IBD pasienter, på spesielle indikasjoner. En pasient med IFX refraktær UC ble svitsjet til vedolizumab, men fikk da oppbluss av erytema nodosum, som forsvant da tilleggsbehandling med IFX ble gjenoppstartet. En pasient med IFX-refraktær UC ble svitsjet til vedolizumab men fikk da oppbluss av artritt som ble behandlet med etanercept. Og 3 pasienter på IFX fikk «paradoxal psoriasis» og ble behandlet med ustekinumab, som viste seg ikke å ha tilfredsstillende effekt på deres IBD og de trengte derfor tilleggsbehandling med IFX. Lydia Buer ved AHUS la frem et lite materiale med til sammen 10 pasienter (6 UC og 4 CD) som har fått kombinasjonsbehandling med TNF hemmer og vedolizumab, der TNF hemmeren i utgangspunktet var ment å være bridging til vedolizumab-effekt, men der 8 av 10 pasienter sto på dobbelbehandling etter 12 mndr. 3 av dem trengte fortsatt IFX på grunn av residiv av leddplager ved forsøk på å seponere infliksimab, de øvrige 5 pasientene trengte dobbelbehandling for å vedlikeholde remisjon. Ingen av pasientene fikk alvorlige bivirkninger. Peter og Lydia oppsummerte at dobbel biologisk

behandling er godt tolerert, har bedre effekt enn biologisk monoterapi, spesielt aktuelt ved flere symptomer og diagnoser, og at bridging mellom anti-TNF og vedolizumab er gunstig fordi man da kombinerer den raske anti-cytokin-effekten med den mer langsomme anti-adhesjonseffekten.

2. IBD KIRURGI - GENERELL OVERSIKT

Pär Myrelid innledet med en oversikt over nye og etablerte kirurgiske metoder ved IBD. Han minnet om at kirurgi ved riktig indikasjon og med riktig metode er «den sanne» top-down behandling ved IBD, og viste til retrospektive svenske data som sammenlignet remisjonsrate og residiv-forekomst ved de ulike behandlingsalternativene:

- Immunmodulator: 33% 1-års remisjons rate
- Biologisk behandling: 44% 1-års remisjons rate
- Kirurgi: Klinisk residivrate 40 % innen 6-7 år, men kirurgisk residivrate er kun 28 % etter 5 år, 36-40 % etter 10 år og 45 % etter 15 år

Deretter trakk han fram at IBD kirurgi i dag utgjør en svært liten del av total-kostnadene ved IBD-omsorg. I COIN-studien (Nederland) blir det fastslått at kirurgi i dag utgjør kun 0,7 % av total-kostnadene, mens biologisk behandling utgjør hele 72 %, og derav er det 10 % av totalt antall IBD-pasienter som står for 40 % av kostnadene. Dette til forskjell fra i 1990 da kirurgi utgjorde 25 % av de totale kostnadene ved IBD omsorg.

Han viste videre til nye ECCO Guidelines i JCC for oversikt over anbefalte operasjonsmetoder ved IBD, der det blant annet konkluderes at laparoskopi og ERAS bør foretrekkes. Minimaliserte inngrep bør være standard, inkludert strikturoplastikk. Dette for å minimalisere det kirurgiske traumet, som gir mindre arrvev, redusert risiko for sårinfeksjoner (SSI), mer bevart tarm, og raskere postoperativ mobilisering.

Han la så frem resultatene av LIRIC-studien hvor Crohn-pasienter ble randomisert til enten laparoskopisk kirurgi (gruppe 1) eller infliksimab behandling (gruppe 2). Studien viste samme remisjonsrate i begge grupper etter 1 år. Men i løpet av randomiseringsperioden var det 40 % av pasientene i gruppe 1 som startet med postoperativ infliksimab, og 1/3 av pasientene i gruppe 1 som måtte opereres.

Til slutt listet han kort opp en del fakta om ulike typer operasjoner ved IBD:

- Avlastende stomi ved Crohn-kolitt/analfistler: Like mange (17%) ender opp med permanent stomi nå som i prebiologisk era.
- Alternativer ved perianale fistler er setontråd (den «gamle» metoden som fortsatt er mest brukt), plugg (fra gris), LIFT, FLAP og stamcelleinjeksjon (der studier pågår) – vi fikk høre mer om disse ulike metodene av andre foredragsholdere senere på dagen.
- Ved prokterektomi ses perianale komplikasjoner hos hele 48 % av Crohn pasientene, men kun hos 18 % av ulcerøs kolitt pasientene. En studie som sammenlignet CRD (closed rectal dissection) og

TME (total mesorectal excision) viste signifikant reduksjon av sårkomplikasjoner ved Crohns sykdom (56 % ved CRD vs 20 % ved TME), men ingen forskjell ved ulcerøs kolitt.

- Betydningen av appendektomi ved ulcerøs kolitt har vært omdiskutert. Myrelid et al publiserte nylig i AJG retrospektive data fra det svenske pasientregisteret hvor man så på 63 711 pasienter som var diagnostisert med ulcerøs kolitt i perioden 1964 – 2010, hvor man så at pasienter som ble appendektomert før 20 års alder fikk sjeldnere ulcerøs kolitt og de som fikk det hadde mildere forløp og redusert kolektomirate. Pasienter som fikk et appendicitt etter etablert ulcerøs kolitt diagnose hadde derimot et mer aggressivt forløp og signifikant høyere kolektomirate.
- Kolektomi med ileorektal anastomose (IRA): Det ble minnet om at det er 6 ganger økt risiko for dysplasi/CRC i rektumstumpen, hyppig endoskopiscreening er derfor særdeles viktig.
- Ileo pouch anal anastomose (IPAA). Laparoskopisk IPAA bedrer fertiliteten betydelig hos unge kvinner, men operasjonstiden er mye lenger. Forsøk på robot-assistert IPAA er skrinlagt da det ikke ga bedre operasjonsresultater. En lovende metode er IPAA konstruksjon ved transanal TME, som er en enklere metode å få til teknisk, men hvor der er en viss økt forekomst av uretraskader.
- Til slutt ble det nevnt at Kocks reservoar (kontinent reservoar) fortsatt er et bra alternativ ved feilet IPAA.

3. ALVORLIG ULCERØS KOLITT – Medikamentell eller kirurgisk behandling?

Gastromedisiner Bjørn Moum og gastrokirurg Astrid Rydning la frem argumenter for de to behandlingsvalgene, og begge poengterte at det vanligvis ikke er noen konflikt når det gjelder valg av metode. Det aller viktigste er at det opprettes tidlig og god kommunikasjon, samt tett samarbeid mellom kirurg, medisiner og pasient. At medisinsk behandling med høydose steroider og infliksimab gis på riktig indikasjon og i riktige doser, samt at indikasjon for akutt kirurgi fortløpende vurderes. I Norge er det 10 % av ulcerøs kolitt pasientene som blir kolektomert. 20 % av disse har total kolitt. Indikasjonene for kolektomi er: Akutt alvorlig kolitt, behandlingsrefraktær kolitt eller dysplasi/malignitet i colon. Rydning mente at man kanskje bør vurdere å sentralisere kolektomiene, spesielt hos yngre pasienter. Dette fordi operasjonsferdigheter og valg av metode kan være avgjørende for et godt fremtidig resultat. Blant annet er det særdeles viktig at a. iliaca arkaden rundt cøcalpolen bevares ved akutt kolektomi med tanke på fremtidig IPAA.



Bilde fra venstre: Ann Elisabeth Østvik, Kristin Kaasen Jørgensen, Hilde von Volkmann, Petr Ricanek, Erik Skogestad og Marte Lie Høivik.

4. MEDISINSK OG KIRURGISK BEHANDLING VED PERIANALE FISTLER

Tore Grimstad la frem en glimrende oversikt over alternativer og behandlingsresultater ved forskjellige medikamenter som brukes ved fistulerende Crohns sykdom:

- Ciproxin og Metronidazol: < 50 % responsrate, det tar 4 – 8 uker for respons, og anbefalt behandlingstid hos respondere er 8 – 12 uker.
- Immunmodulator (Azatioprin, 6MP, Metotrexat): ca 50 % responsrate, men lang tid til respons, gjennomsnittlig 6 måneder.
- Ciproxin som bridging til immunmodulator respons: Bedre og raskere effekt enn monoterapi.
- Cyklosporin A: Begrenset rolle, noen få kasuistikker viser effekt.
- Takrolimus: Respons hos 48 %, men ikke tilheling. Kan evt vurderes brukt ved anti TNF svikt
- TNF alfa hemmere: Både infliksimab (Present 1999, Accent 1 og Sands 2004, Accent 2), adalimumab (Columbel 2009, CHARM) og certolizumab har god effekt, alle med tilhelingsrater rundt 60 % etter 2 år. Supraterapeutiske konsentrasjoner er ofte nødvendig for fistellukning. Retrospektive S-trough analyser hos pasienter med fistulerende Crohn på infliksimab-behandling viste at pasienter med fisteltilheling i gjennomsnitt hadde S-infliksimab trough konsentrasjon på 15, mens pasienter med manglende fistellukning hadde gjennomsnittskonsentrasjon på 4.
- Vedolizumab: Fistellukning etter 8 uker hos 40 % vs 10 % i placebogruppen.
- Ustekinumab: 61 % reduksjon i fistelsekresjon.
- Mesenchymal stamcelleinjeksjon: Studier pågår, lovende resultater.
- Hyperbar oksygenbehandling: 60 % respons.
- GM-CSF (Sagrostim): Lovende resultater i studier.
- 5-ASA og steroider: Ingen effekt ved fistler, steroider gir tvert imot forverring.

Grimstad oppsummerte følgende om medikamentell behandling av Crohn fistler:

- Antibiotika virker sannsynligvis.
- Immunmodulator i kombinasjon med antibiotika virker bedre.
- TNF alfa hemmere er best dokumentert, men residiv av fistler er hyppig.
- Optimalisering av S-anti TNF trough er viktig for fisteltilheling.

Ylva Sahlin fulgte opp med et imponerende og omfattende foredrag om de tallrike kirurgiske metodene som kan anvendes for behandling av perianal og fistulerende Crohns sykdom.

Manifestasjoner av Crohns sykdom i perineum:

- Skin tags (som IKKE er det samme som marisker, må ikke forveksles)
- Ulcerasjoner
- Analfissurer
- Anal/rektal stenose

- Perianal abscesser
- Fistler: Rektovaginale og perianale. Perianale fistler er vanligste Crohn manifestasjon i perineum

Behandlingsmål ved Crohn fistler i perineum: Fistellukning, kontinens for avføring (og urin) og infeksjonsfrihet. NB: Kortisonfrihet og røykfrihet er oftest betingelsen for et vellykket resultat.

Kirurgiske metoder for behandling av fistler:

- Spalte fistel: Kun når muskulatur ikke er involvert.
- Løs setontråd: Kan med fordel kombineres med biologisk behandling. Behold tråden til minst 2 induksjonsdoser med anti TNF er gitt. Hensikten med seton er å unngå abscedering, kan også være forbehandling før videre kirurgi, og hos noen kan setontråd bli en permanent løsning.
- LIFT (ligation of intersphincteric fistula tract): Fisteltilheling hos 11 av 18 pasienter (61 %) ved Hamar Sykehus, som er sammenlignbart med resultater fra større sykehus i andre deler av verden.
- Advancement flap: 70 % kurert, men 9 % får inkontinens.
- House flap: En modifisert variant av advancement flap. Påvirker ikke kontinens, men metoden kan kun anvendes ved lave fistler.
- Sleeve advancement flap: Ved flere indre åpninger, ved rektovaginale og rektodermale fistler.
- Hanley's prosedyre: 37 pasienter ved Hamar sykehus, 100 % fistellukning.
- Deling av sfinkterkomplekset: Aktuelt ved rektovaginale fistler.
- Plug, paste, lim: Dårligste resultater (< 25 % fistellukning).
- Martius' graft: Bruk av fettvev fra innsiden av vulva til å lukke fistler hos kvinner. Ulempen er sensibilitetstap i vulva postoperativt («kan ikke syke»).
- Injeksjon av eget fettvev i fistler: Gunstig pga fettvevets innhold av mesenchymale stamceller som stimulerer til angiogenese.
- Mesenchymal stamcelle injeksjon (MSCTX): Resultat fra fase 3 studie viser 56 % tilheling versus 36 % tilheling i «placebo»-gruppen (den høye «placebo» effekten skyldes at pasientene fikk sine fistler sanert fullstendig kirurgisk ved inklusjon i studien).
- Lokal anti TNF injeksjon: Små kasuistiske rapporter med positive resultater. Forhåpning til fremtidig kombinasjonsbehandling med anti TNF og MSCTX/ev fettinjeksjon.
- Avlastende bøyleileostomi eller endekolostomi: Ved ikke-kontrollerbar sepsis, ved betydelig inkontinens, ved uttalte smerter, ved ernæringsproblemer og ved gjentatte mislykkede kirurgiske og medisinske behandlingsforsøk (spesielt ved rektovaginale fistler).
- Proktokolektomi: Siste utvei.

Sahlin oppsummerte avslutningsvis at det ofte krever repeterte operasjoner med ulike metoder før man oppnår et endelig vellykket resultat, og at kombinasjon av kirurgi og anti TNF er tatt i bruk i økende grad og har medført redusert tid til fistellukning

og økt residivfritt intervall. Hun minnet også om at det er noe økt risiko for anorectal cancer ved perianal Crohn og man må derfor alltid huske å biopsere.

MEDISINSK OG KIRURGISK BEHANDLING AV POUCHITT

Iril Kempinski-Mongstad har gjennom sitt doktorgradsarbeid på pasienter fra IBSEN kohorten detaljert kunnskap om pouchitt komplikasjoner og behandlingsalternativer. Hun holdt et engasjerende og flott state-of-the-art foredrag hvor hun startet med å konstatere at 10 – 30 % av totalkolektomerte ulcerøs kolitt pasienter får pouchitt. Denne postoperative komplikasjonen sees hyppigere hos pasienter som er operert pga. enten behandlings-refraktær kolitt og ulcerøs kolitt assosiert colondysplasi, og altså sjeldnere når operasjonsindikasjonen er akutt alvorlig kolitt. Det er for øvrig meget sjelden at pasienter som er kolektomioperert pga. familiær polyppose i kolon får pouchitt.

Patogenese: Pouchitt forårsakes av flere faktorer, deriblant bakteriell dysbiose, ischemi og slimhinneirriterende effekt av gallesyrer og gallesyremetabolitter som ikke reabsorberes i samme grad hos kolektomerte pasienter. Den bakterielle dysbiosen skyldes at tarmfloraen endrer seg etter at kolon er fjernet. Man ser også at kolektomerte pasienter med pouchitt har serum-antistoffer mot flere av bakteriene i den «nye» tarmfloraen, som tegn på at pasientens egen tarmbakterieflora forårsaker en reell infeksjon og ikke bare kolonisering. Andre forhold som øker risikoen for pouchitt er redusert mengde kortkjedede fettsyrer og glutamin, endringer i det mucosale lymfesystemet og bakteriekolonisering av tynn-tarmsslimhinnen i bekkenreservoaret («residiv-kolitt» i pouch).

Risikofaktorer for pouchitt:

- Utbredt ulcerøs kolitt
- Backwash ileitt
- Extraintestinale manifestasjoner (spesielt PSC)
- Positiv P-ANCA (inkludert PSC-pasienter)
- Mutasjon i IL-1 eller i NOD 2/CA
- NSAID-bruk

Ikke-røyker

Differensialdiagnoser:

- Cuffitt
- Irritabel pouch syndrom
- Crohns sykdom (dvs feildiagnostisert som ulcerøs kolitt preoperativt)
- Anastomosestriktur
- Cøliaki som utvikles postoperativt
- IgG4 relatert pouchitt
- NSAID bivirkning
- Andre infeksiose tilstander (f eks Clostr diff eller CMV infeksjon i pouch)

Diagnostikk: Endoskopi er obligatorisk. Viktig at man fører skopet opp forbi der bøyleileostomien har vært, for å avdekke eventuell symptomgivende knekk/stenose i dette område av neoterminal ileum. Det er nyttig å bruke den pouch-spesifikke indeksen PDAI (pouch activity index), som består av både kliniske og endoskopiske parametre. PDAI > 7 er per definisjon aktiv pouchitt.

Medikamentell behandling ved pouchitter:

- Flagyl supp 500 mg x 2 i 7 – 14 dager, evt Flagyl p.o. 400 mg x 3.
- Ciproxin p.o. 500 mg x 2 i 7 – 14 dager.
- VSL#3 3 gram x 2 ved antibiotika-avhengig pouchitt.
- Anti-TNF eller vedolizumab har effekt hos 50 % ved antibiotika-refraktær pouchitt.
- Takrolimus salve (Protopic) hadde effekt hos ¼ av pasientene med refraktær proktitt i en studie.

Arne Færden supplerte til slutt om kirurgi ved pouchitt, som er siste utvei når medikamentell behandling kommer til kort. Følgende operasjonsmetoder er aktuelle:

- Avlastende ileostomi.
- Permanent stomi og pouchektomi.
- Salvage surgery, dvs reoperasjon med bevart reservoar. PS: De fleste septiske komplikasjonene sitter i anastomoseområdet. Det er høy residivrate av pouchitt/sepsis etter salvage surgery.

Vanligste årsak til pouch failure er pelvisk sepsis (> 50%). Førstelinjebehandling er da antibiotika og drenasje, men hvis ikke effekt er det neste alternativet salvage surgery og til sist pouchektomi og permanent ileostostomi.

I dagens siste foredrag fikk vi presentert data fra Norsk Pasientregister (NPR). Marte Lie Høivik kunne konstatere at det til dels er store forskjeller når det gjelder bruk av henholdsvis biologiske medisiner og kirurgisk behandling ved IBD ved regionsykehusene her i landet. Man ser at bruken av biologisk behandling er betydelig lavere ved St.Olavs Hospital enn ved de øvrige regionsykehusene, og at kolektomiraten er tilsvarende markant høyere. Forskjellene er større ved Crohns sykdom enn ulcerøs kolitt. Dataene viser at i alle de regionale helseforetakene var det kortere tid fra diagnoseregistreringstidspunkt i NPR til oppstart av biologisk behandling i 2014 sammenlignet med 2010.

På vegne av alle mine kollegaer som deltok på dette møtet takker jeg arrangører og foredragsholdere for en utrolig spennende og lærerik dag. Vi gleder oss allerede til neste års IBD symposium, og spår at dette kommer til å bli en viktig arena, både faglig og sosialt, for alle som interesserer seg for IBD i Norge.

▼ **Entyvio «Takeda»**
c Immunsuppressivt middel. ATC-nr.: L04A A33
Står ikke på WADAs dopingliste

PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 300 mg: Hvert hetteglass inneh.: Vedolizumab 300 mg, L-histidin, L-histidinmonohydroklorid, L-argininhydroklorid, sakkarose, polysorbat 80.1. **Indikasjoner:** Voksne med moderat til alvorlig aktiv ulcerøs kolitt eller moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom som har hatt utilstrekkelig respons, mistet respons eller som var intolerante overfor konvensjonell behandling eller en TNFα-antagonist. **Dosering:** Igangsettes og følges opp av helsepersonell med erfaring med ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom. Pasienten bør få utedvert pakningsvedlegg og pasientkort. **Ulcerøs kolitt:** Voksne: 300 mg ved uke 0, 2, og 6, deretter hver 8. uke. Fortsettelse revurderes nøye hos pasienter som ikke viser effekt innen uke 10. Noen pasienter med redusert respons kan ha nytte av en økning i doseringsfrekvens til 300 mg hver 4. uke. Hos pasienter som responderer kan kortikosteroider reduseres/seponeres. **Crohns sykdom:** Voksne: 300 mg ved uke 0, 2, 6, deretter hver 8. uke. Pasienter som ikke har vist respons kan ha nytte av en dose ved uke 10. Fortsett behandling hver 8. uke fra uke 14 hos responderende pasienter. Behandling bør ikke fortsettes hvis det ikke er sett effekt innen uke 14. Noen pasienter som har fått redusert respons kan ha nytte av en økning i doseringsfrekvens til 300 mg hver 4. uke. Hos pasienter som har respondert kan kortikosteroider reduseres/seponeres. **Fornyet behandling (begge indikasjoner):** Voksne: Ved avbrutt behandling og behov for gjenoppstart, kan dosering hver 4. uke vurderes. Perioden med behandlingsavbrudd i kliniske studier varte inntil 1 år og effekt ble gjenvunnet uten økning i uønskede hendelser. **Spesielle pasientgrupper:** *Nedsatt nyre-/leverfunksjon:* Ikke undersøkt, doseanbefalinger kan ikke gis. *Barn og ungdom 0-17 år:* Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. *Eldre:* Ingen dosejustering nødvendig. **Tilberedning/Håndtering:** Skal rekonstitueres og fortynnes før administrering, se pakningsvedlegg. Må ikke blandes med andre legemidler. **Administrering:** Gis som i.v. infusjon over 30 minutter. Pasienten overvåkes under og etter infusjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Aktive alvorlige infeksjoner som tuberkulose, sepsis, cytomegalovirus, listeriose og opportunistiske infeksjoner som progressiv multifokal leukoencefalopati (PML). **Forsiktighetsregler:** Skal bare administreres av helsepersonell med tilgang på utstyr for å håndtere akutte overfølsomhetsreaksjoner, inkl. anafylaksi. Eget overvåkning og medisinske støttetiltak skal være tilgjengelig for øyeblikkelig bruk. Pasienten observeres kontinuerlig under hver infusjon. Ved de 2 første infusjonene bør de også observeres i 2 timer etter at infusjonen er avsluttet. For alle påfølgende infusjoner bør pasienten observeres i ca. 1 time etterpå. Infusjonsrelaterte reaksjoner: Hvis alvorlig infusjonsrelatert, anafylaktisk eller lignende reaksjoner forekommer, skal administrering avbrytes umiddelbart og egnet behandling igangsettes. Ved mild til moderat infusjonsrelatert reaksjon, kan infusjonshastigheten reduseres eller avbrytes, og egnet behandling igangsettes. Så fort en mild til moderat infusjonsrelatert reaksjon gir seg, skal infusjonen tilsette. Forbehandling vurderes for neste infusjon ved tidligere mild til moderat infusjonsrelatert reaksjon. Infeksjoner: Behandling skal ikke startes opp ved aktive alvorlige infeksjoner før infeksjonene er under kontroll. Ved alvorlig infeksjon under vedolizumabbehandlingen, skal det vurderes om vedolizumab ikke skal gis. Forsiktighet utvises ved vurdering av behandling hos pasienter med kontrollert, kronisk, alvorlig infeksjon eller tidligere tilbakevendende alvorlige infeksjoner. Pasienter følges nøye opp mht. infeksjoner før, under og etter behandling. Før behandling må pasienter tuberkulosescreenes. Hvis latent tuberkulose diagnostiseres, må anti-tuberkulosebehandling startes før vedolizumab. Hos pasienter diagnostisert med tuberkulose under vedolizumabbehandling, skal vedolizumab seponeres inntil tuberkuloseinfeksjonen er opphørt. Noen integrintagonister og immunsuppressiver er forbundet med progressiv multifokal leukoencefalopati (PML), en sjelden og ofte fatal opportunistisk infeksjon. PML er ikke rapportert med vedolizumab. Pasienten skal imidlertid overvåkes for nye eller forverrede nevrologiske symptomer, som beskrevet i opplæringsmateriell, og nevrologisk henvisning vurderes ved symptomer. Pasienten skal få et pasientkort. Hvis PML mistenkes, må vedolizumab avbrytes midlertidig. Hvis det bekreftes, må behandling avsluttes permanent. Maligniteter: Immunmodulerende midler kan øke risikoen for malignitet. Studier antyder så langt ikke økt risiko for malignitet ved vedolizumabbehandling. Tidligere og samtidig bruk av biologiske preparater: Ingen vedolizumabdata er tilgjengelig for pasienter tidligere behandlet med natalizumab eller rituksimab og forsiktighet utvises. Pasienter som tidligere har vært eksponert for natalizumab bør vente minimum 12 uker før vedolizumabbehandling, hvis ikke annet er indisert. Ingen kliniske data på samtidig bruk av vedolizumab og biologiske immunsuppressiver er tilgjengelig og vedolizumab anbefales ikke hos disse pasientene. Levende og orale vaksiner: Individer eksponert for vedolizumab hadde lavere serokonversjonsrater etter å ha fått inaktivert oral koleravaksine, mens raten av beskyttende immunitet mot hepatitt B-virus hos individer som fikk 3 doser i.m. rekombinant hepatitt B-antigen ikke ble redusert. Påvirkning på andre orale og nasale vaksiner er ukjent. Det anbefales at alle pasienter oppdateres med all immunisering før vedolizumabbehandling. Ikke-levende vaksiner kan gis under behandling. Det finnes ikke data på sekundær overføring av infeksjon av levende vaksiner hos pasienter som får vedolizumab. Influensavaksinering bør skje på linje med rutine i klinisk praksis. Andre levende vaksiner kan administreres samtidig med vedolizumab kun hvis nyten klart overveier risikoen. Induksjon av remisjon ved Crohns sykdom: Dette

Referanser
1. Entyvio® (vedolizumab) SPC (27.11.2015) punkt 4.1 legemiddelsok.no **2.** Feagan BG, Rutgeerts P, Sands BE, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. N Engl J Med. 2013;369(8):699–710. **3.** Feagan BG, Rubin DT, Danese S, et al. Efficacy of vedolizumab induction and maintenance therapy in patients with ulcerative colitis, regardless of prior exposure to tumor necrosis factor antagonists. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017;15(2):229–239. **4.** Sandborn WJ, Feagan BG, Rutgeerts P, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease. N Engl J Med. 2013;369(8):711–721. **5.** Sands BE, Sandborn WJ, Van Assche G, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease in patients naive to or who have failed tumor necrosis factor antagonist therapy. Inflamm Bowel Dis. 2017;23(1):97–106. **6.** Colombel J-F, Sands BE, Rutgeerts P, et al. The safety of vedolizumab for ulcerative colitis and Crohn's disease. Gut. 2017;66(5):839–851. **7.** legemiddelsok.no **8.** Soler D, Chapman T, Yang LL, et al. The binding specificity and selective antagonism of vedolizumab, an anti-α4β7 integrin therapeutic antibody in development for inflammatory bowel diseases. J Pharmacol Exp Ther. 2009;330(3):864–875. **9.** Entyvio® (vedolizumab) SPC 27.11.2015) punkt 4.3, 4.4, 4.5, 4.6 og 4.8 legemiddelsok.no

kan ta 14 uker og skal tas i betraktning, særlig hos pasienter med alvorlig aktiv sykdom og som ikke tidligere er behandlet med TNFα-antagonister. Vedolizumab administrert uten samtidig kortikosteroider kan være mindre effektiv for induksjon av remisjon ved Crohns sykdom, enn når gitt til pasienter som allerede får kortikosteroider (uavhengig av samtidig behandling med immunmodulatorer). Bilkjøring/maskinbruk: Kan ha en liten påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner, siden svimmelhet er rapportert hos et lite antall pasienter. Interaksjoner: Levende vaksiner, særlig orale, skal brukes med forsiktighet. Data antyder at samtidig inntak av kortikosteroider, immunmodulatorer (azatioprin, 6-merkaptopurin og metotreksat) og aminosalisylater ikke har effekt av klinisk betydning på vedolizumabs farmakokinetikk. Vedolizumabs effekt på farmakokinetikken til legemidler som ofte administreres samtidig, er ikke undersøkt. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Begrensede data. Dyrestudier indikerer ingen skadelige effekter. Skal kun brukes hvis nytten klart oppveier potensiell risiko både for mor og foster. Kvinner i fertil alder må bruke sikker prevensjon under, og i minst 18 uker etter avsluttet behandling. *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent. Utskilles i melk hos dyr. Da antistoffer (IgG) fra mødre utskilles i morsmelk, anbefales det å enten avbryte amming eller avbryte/avstå fra vedolizumabbehandling. Nyttan av amming for barnet og nytten av behandling for kvinnen må tas betraktning. *Fertilitet:* Ingen data. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Infeksiøse: Nasofaryngitt. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Nevrologiske: Hodepine. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Analabscess, analfissur, kvalme, dyspepsi, obstipasjon, abdominal utspilling, flatulens, hemoroider. Hjerte/kar: Hypertensjon. Hud: Utslett, kløe, eksem, erytem, nattesvette, akne. Infeksiøse: Bronkitt, gastroenteritt, øvre luftveisinfeksjoner, influensa, sinusitt, faryngitt. Luftveier: Orofaryngeale smerter, nesetetthet, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, ryggsmarter, muskelsvakhet, fatigue, smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Parestesi. Øvrige: Pyreksi. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Hud: Follikulitt. Infeksiøse: Luftveisinfeksjoner, vulvovaginal candidiasis, oral candidiasis. Øvrige: Reaksjoner på infusjonsstedet, infusjonsrelatert reaksjon, frysninger, kuldefølelse. **Overdosering/Forgiftning:** Doser opptil 10 mg/kg (ca. 2,5 ganger anbefalt dose) er gitt. Ingen dosebegrensende toksisitet ble sett. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Tarmselektivt immunsuppressivt humanisert monoklonalt antistoff. *Virkningsmekanisme:* Binder seg spesifikt til α₄β₇-integrin, som fortrinnsvis uttrykkes i tarmsøkende T-hjelpelymfocytter. Ved binding til α₄β₇ hos visse lymfocytter, hemmer vedolizumab adhesjon av disse cellene til mukosalt adressincelleadhesjonmolekyl-1 (MAdCAM-1) i slimhinner, men ikke til vaskulærceleadhesjonmolekyl-1 (VCAM-1). MAdCAM-1 uttrykkes hovedsakelig i endotelceller i tarmen og spiller en kritisk rolle i transport av T-lymfocytter til vev i mage-tarmkanalen. Vedolizumab binder ikke til, eller hemmer funksjonen til α₄β₇- og α₅β₁-integriner. *Proteinbinding:* Ikke undersøkt, men forventer ingen binding. Fordeling: V_d trolig ca. 5 liter. Passerer ikke blod-hjerne-barrieren. Halveringstid: Totalclearance ca. 0,157 liter/dag. Serumhalveringstid på 25 dager. *Metabolisme:* Lineær farmakokinetikk ved serumkonsentrasjoner >1 µg/ml. *Utskillelse:* Eksakt eliminasjonsvei er ukjent. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C) i ytteremballasjen beskyttet mot lys. Rekonstituert eller fortynnet oppløsning skal ikke fryses. Kjemisk og fysikalsk bruksstabilitet av rekonstituert og fortynnet oppløsning er påvist i 12 timer ved 20-25°C og 24 timer ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør legemidlet benyttes umiddelbart. Hvis det ikke benyttes umiddelbart, er brukeren ansvarlig for oppbevaringstid og -betingelser, som ikke kan overstige 24 timer. Denne 24-timers perioden kan inkludere opptil 12 timer ved 20-25°C, og ytterligere tid må være ved 2-8°C. **Pakninger og priser** (pr 01.11.2017): 1 × 20 ml (hettegl.) kr. 25 696,30. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 20.08.2015

NO/ENV/1171/0128a/12468



Det startet med ENTYVIO

✓ GIR VEDVARENDE REMISJON ²⁻⁵

✓ LANGTIDSDATA VISER GUNSTIG SIKKERHETSPROFIL ⁶

✓ DET ENESTE TARMSELEKTIVE BIOLOGISKE LEGEMIDLET ^{7,8}

Utdrag fra sikkerhetsinformasjon i SPC⁹

Kontraindikasjoner

Overfølsomhet overfor virkestoffet eller noen av hjelpestoffene. Aktive alvorlige infeksjoner som tuberkulose, sepsis, cytomegalovirus, listeriose og opportunistiske infeksjoner som progressiv multifokal leukoencefalopati (PML).

Vanlige bivirkninger

Mest vanlige bivirkinger > 1/10 er nasofaryngitt, hodepine, atralgi.

Advarsler og forsiktighetsregler

Vedolizumab skal bare administreres av helsepersonell med tilgang på utstyr for å håndtere akutte overfølsomhetsreaksjoner inklusiv anafylaksi, hvis de oppstår. Vaksinasjoner: Levende vaksiner, særlig levende orale vaksiner, skal brukes med forsiktighet samtidig med Entyvio. Graviditet: Det er begrenset mengde med data på bruk av vedolizumab hos gravide kvinner.

Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Alle pasienter som får Entyvio® skal tildeles pasientkort og pakningsvedlegg. Brosjyre til lege og pasientkort er utarbeidet i samarbeid med Statens Legemiddelverk.



NORGE RUNDT

Avdeling for fordøyelses- og leversykdommer ved St Olavs Hospital

Tekst: Rune Johannessen & Øystein Sørdal

Tidligere besøkte gastroavdelinger:

- 1-2012: Haugesund
- 2-2012: Vestfold
- 3-2012: Flekkejord
- 4-2012: Lillehammer
- 1-2013: Kristiansand
- 2-2013: Harstad
- 3-2013: Kirkenes
- 4-2013: Skien
- 1-2014: Bærum
- 2-2014: Gjøvik
- 3-2014: Stavanger
- 4-2014: Diakonhjemmet
- 1-2015: Levanger
- 2-2015: Ålesund
- 3-2015: Bodø
- 4-2015: Molde
- 2-2016: Østfold
- 3-2016: Namsos
- 4-2016: Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 1-2017: Kanalspesialistene, Bergen
- 2-2017: Førde
- 3-2017: Haukeland Universitetssykehus

Det gastroenterologiske miljøet i Midt-Norge vokste for alvor fram mot slutten av 1970-tallet, med kjente nestorer som blant andre Hermod Petersen og Helge Waldum i spissen. Per Martin Kleveland, Arne Sandvik, Jan Dybdahl og Eiliv Brenna må også nevnes som sentrale bidragsytere i miljøet utover på 80- og 90-tallet. Etter hvert har en ny generasjon dyktige klinikere og forskere vokst fram mot slutten av 90-tallet og etter årtusenskiftet.

Det som i dag heter Avdeling for fordøyelses- og leversykdommer ved St Olavs Hospital, er ledet av konstituert avdelingssjef Gunnar Qvigstad. Eiliv Brenna har i mange år vært klinikkssjef ved medisinsk klinikk og har nylig fått sin etterfølger i Tom Christian Martinsen. Eiliv Brenna er tilbake i klinisk stilling som gastroenterolog.

Avdelingen flyttet fra den gamle høyblokka over i det nye Gastro-senteret ved St Olavs Hospital i 2009, og råder over en sengeenhet med 16 senger, i tillegg til dagpost, poliklinikk og et av landets største og mest effektive endoskopiske laboratorier.

Ved avdelingens gastrolab utføres årlig cirka 6500 gastrokopier, 4800 colonoskopier, 115 EUS, 425 ERCP, 140 enteroskopier, 100 kapselendoskopier og 240 manometri/pH/impedans-undersøkelser. I tillegg utføres det en rekke avanserte prosedyrer som ballong-ERCP ved endret anatomi, SpyGlass-ERCP (choledochoskopi), laserlithotripsi av konkrementer i galle-/pankreasgang og EUS med cystedrenasjer og nekrosektomi, samt RFA (radiofrekvensablasjon) i øsofagus.

Beleggsprosenten ved sengeposten i 5.etg på Gastro-senteret har de siste årene ligget på 99,5%, med 1300 innleggelser årlig og gjennomsnittlig liggetid på 4,6 døgn. Dagposten er samlokalisert med poliklinikk og gastrolab i 1.etg, og utgjør et viktig bindeledd mellom sengeposten og den polikliniske virksomheten. Ved dagposten blir det utført 2500 konsultasjoner årlig, hvorav pasientgruppen med IBD (inflammatorisk tarmsykdom) er den som dominerer, men også for eksempel pasienter med NET

(nevroendokrine tumorer). I tillegg benyttes dagposten til pasienter med andre problemstillinger som ikke nødvendigvis krever innleggelse, men der det kreves en tettere oppfølging enn det man får til gjennom en vanlig poliklinikk. I tillegg fungerer dagposten som en «recovery»-avdeling for sederte pasienter fra gastrolab.

Det er for tiden 8 overlegestillinger og 5 LIS-stillinger ved avdelingen. Overlegene går i 8 delt seksjonert bakvakt. Mange av legene har også deltidsstilling ved NTNU.

Forskningsmiljøet har stått sterkt siden slutten av 1970-tallet og har vært med på å prege og inspirere den kliniske driften. Professor Hermod Petersen har siden 1979 bidratt til å bygge opp forskningsmiljøet og har bidratt med over 170 vitenskapelige publikasjoner. Den professorale staben ble økt fra 1981 med professor Helge Waldum som har vært svært sentral i arbeidet med å sette miljøet i Trondheim på kartet nasjonalt og internasjonalt med over 20 stipendiater og mer enn 500 vitenskapelige publikasjoner og han ble i 2011 utnevnt til ridder av første klasse av

Den Kongelige Norske St Olavs Orden. Basalforskningen på bl.a. isolert rottemage og studier på syresekresjon på 1980-1990 tallet var banebrytende og har i tillegg til å utfordre den gang etablerte autoriteter innenfor feltet også inspirert andre forskningsmiljø både lokalt ved St Olavs / NTNU og internasjonalt. Fokus på forståelse av fysiologi og patofysiologi med nærhet til klinisk virksomhet har inspirert og utfordret klinisk gastroenterologi. Den professorale staben ble på 1990-tallet ytterligere utvidet med professor Arne Sandvik (1994) som har bygd opp et betydelig forskningsmiljø med fokus på inflammatorisk tarmsykdom og har over 300 vitenskapelige publikasjoner. Samme tiår ble staben utvidet også med professor Per Marin Kleveland som i tillegg til betydelig vitenskapelig virksomhet har vært en av landets fremste ERCP eksperter. De overnevnte pionerene har båret fram forskningsmiljøet i en avdeling hvor alle overleger i avdelingen i dag har doktorgrad. Nye professorale skikkelser har vokst fram med professor Bjørn Gustafsson og professor Reidar Fossmark. Forskningen står sterkt og med nærhet til klinikken omfatter den de fleste som arbeider i miljøet.



Morgenmøte på Avdeling for gastroenterologi og hepatologi St. Olavs Hospital. Fra venstre: Ann-Elisabeth Østvik (overlege), Liv Sagatun (overlege), Kristin Aasarød (overlege), Peter Dalsbø (LIS), Sveinung Molnes (LIS) Rune Johannessen (LIS), Siri Martinsen (overlege), Øyvind Hauso (overlege) Gunnar Qvigstad (seksjonsoverlege)



Sykepleierteamet på sengetun 2



Lagbilde fra gastrolab St. Olavs Hospital.

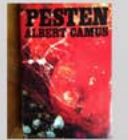
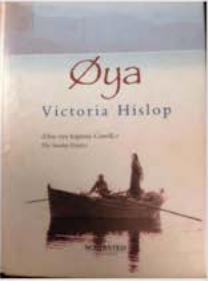
Smittefri helse

– en skjønnlitterær tilnærming

Tekst: Paul Linnestad

Iforrigepaulshjørne(nr.3/17)omtaltjegmuseetsnyåpnedeutstillingomsmittsommesykdommer,ogjegopplysteatviharlagetenlitenparamedisinsknisjemedskjønnlitterærebøkersomhardetfellesatdebrukersmittsomsykdomsomtemaellerrammeforsinfortelling.Her presenteres6utvalgtebøker.Jeghåperpresentasjonenkanstimuleretil spennende lesing - kanskje til en liten epidemi av smittende leselyst?

Infeksjoner i litteraturen



Infeksjonssykdommer er en viktig faktor og spiller en sentral rolle i skjønnlitteraturen. Se utstilling

Henrik Ibsen.
Gengangere (syfilis)
En folkefiende (forurenset drikkevann)

Thomas Mann.
Trolddomsfjellet (tuberkulose),
Doktor Faustus (syfilis),
Døden i Venezia (kolera)

Christian Krohg.
Albertine (syfilis og tuberkulose)

Hans Jæger.
Syk kjærlighet (syfilis)
(Obs. stavingen, Jæger hadde en individuell ortografi)

Jonas Gardell.
Torka aldrig tårar utan handskar (HIV, AIDS)

Amalie Skram.
Hellemyrsfolket (difteri)

Albert Camus.
Pesten (pest)

Gabriel García Márquez.
Kjærlighet i koleraens tid (kolera)

Victoria Hislop.
Øya (spedalskhet = lepra)

Karantene



Karantenestasjon på Hovedøya 1872-1931 (Foto 1910-20)



PL/1910/17

Karanteneflagg

Et fartøy som kommer fra havn der epidemisk sykdom herjer, skal ved ankomst til Norge heise karanteneflagget, det gule kvadratiske flagget, som har bokstavverdien Q (= Québec) i det nautiske alfabetet.

Flagget betyr: "Mitt fartøy er "sunt" og jeg anmoder om tillatelse til å gå til havn". Med flagget forteller skipet altså at det ikke har smitte ombord, og det bes om inspeksjon av lege for å få tillatelse til å ha samkvem med land.

Skipet var forpliktet til å seile til nærmeste karantenehavn, som i Oslo lå på Hovedøya, på Sandstangen ved Skipsløpet - det er leia mellom Lindøya/Hovedøya og Gressholmen/Bleikøya. Karantenestasjonen ble åpnet i 1872 og avviklet 1931, da smittesye pasienter kunne innlegges på Ullevål.

Skipsfarer og styrmann måtte svare på spørsmål og avgi erklæring om sykkeligheten ombord.



PL/1910/17



Døden i Venezia, utgitt 1912
Forfatter Thomas Mann (1875-1955).
Nobelpreis i litteratur 1929

Gustav Aschenbach er en fetert, intellektuell tysk forfatter i 50-årene, adlet for sitt eminente forfatterskap På ferie i Venezia tar han inn på et eksklusivt badehotell på Lido. Han bemerker straks en 14 år gammel, polsk gutt, Tadzió, en fullkommen skjønnhet, som bor på hotellet med sin mor og to søstre og en guvernante.

Ynglingen besetter Aschenbach, som fra sin liggestol dag etter dag oppmerksomt følger hans lek i sanden.

Den forelskede blir dristigere og forfølger Tadzió når han - med sitt følge - tar utflukter til gamlebyen. Aschenbach blir en «stalker».

Aschenbach bemerker en dag i byen en ubehagelig lukt, som fra desinfeksjonsmidler, og får forklart at man har tatt forholdsregler for å forebygge sykdom når nå sciroccoen begynner å blåse. Etter hver fanger han opp at en koleraepidemi hjem søker i Venezia. Mange turister drar hjem; han tenker han bør informere den polske familien om faren de utsetter seg for ved ikke å reise, men unnlater å gjøre noe, for ikke å miste Tadzió.

Vi vet ikke mye om Tadziós reaksjon på sin beilers stormende kurtise, men en kveld smilte gutten til ham *talende, fortrolig, betagende og utilsørt med lepper som åpnet seg langsomt gjennom smilet. Det var smilet til Narcissus når han speiler seg i vannet.*

Lengselen mot Tadzió fyller hans hode og dominerer hans liv. En natt har han en heftig dionysisk drøm, der han deltar med bedøvende vellyst i ringdansen og parringen rundt en mektig, obskøn fallos. Han hører en lokkende fløyte tone og langtrukne, tøylesløse rop, der han skjeller o-lyden i Tadzió.

En dag sitter han ved strandkanten i sin liggestol og følger Tadzió som går utover på en sandbanke. Bokas siste avsnitt lyder:

Det forekom ham at den bleke, henrivende sjelefører der ute smilte til ham, vinket til ham, som om han, idet han tok hånden fra hoften, pekte utover, svevet foran ham mot det forjettete og overveldende. Og, som så ofte, var han straks klar til å reise seg og følge ham.

Det gikk flere minutter før man ilte ham til hjelp, der han hadde falt sidelengs sammen i stolen. De bar ham til hans værelse. Og allerede samme dag fikk en rystet verden nyheten om hans død.

Forfatteren bruker koleraepidemien som symbol for den motstand man må trosse for å oppleve kjærligheten.



Doktor Faustus, utgitt 1947
Den tyske komponist Adrian Leverkühns liv fortalt av en venn.
Forfatter Thomas Mann (1875-1955).
Nobelpreis i litteratur 1929

Adrian Leverkühn inngå en pakt med djevelen, slik Faust gjorde, ifølge det tyske sagnet. Som student i Leipzig havner Adrian på en bordell og forelsker seg i Esmeralda. Adrian oppsøker henne igjen. Hun forteller ham at hun er syk. Seinere går han til lege for behandling for den syfilis han har pådratt seg. Adrian møter djevelen igjen, denne gang som en opplevelse i sitt sinn, ikke som en faktisk person. Djevelen skifter utseende under dette møtet fra en vulgær mannshore til en intellektuell musikkteoretiker og videre til en mer gemyttlig bekjent. Adrian lærer at musikken krever lydighet og disiplin; faren for ikke lenger å kunne skape er alltid tilstede. Djevelen lover Adrian at han skal heve seg opp til svimlende beundring for seg selv og utrette ting som vil få ham til å gyse av hellig gru: *det som øker din kraft og makt og herredømme, er sannhet, selv om det fra dydens synsvinkel vil være ti ganger løgn. En usannhet som styrker kreftene, hamler opp med enhver unyttig dydig sannhet. Den sykdom som virker skapende og skjenker geni, sykdom som i dristig rus tar hindrene høyt til best, er tusen ganger kjærere enn den sunnhet som labber til fots. Du vil vise vei, og den staute, sunne ungdom vil sverge til din galskap.*

Djevelen er garantist for at det Adrian fullbringer, er levedyktig. De inngår en kontrakt; Adrian skal tilhøre djevelen i 24 år, og hans liv skal være kaldt uten kjærlighet. Djevelen vil ha ham kald, slik at han må søke varme gjennom sin virksomhet.

Etter mange år møter Adrian djevelen igjen, når han får besøk av en polsk-jødisk impresario fra Paris. Den besøkende lover Adrian en omfattende turné. til Europas store konsertbyer med de beste orkestre, solister og dirigenter. Episoden minner leseren om djevelen som frister Jesus i ørkenen.

Adrian ønsker ikke å være med på dette prosjektet, og impresarioen innser at planen hans mislykkes. Han tar avskjed med disse ordene: *tyskerne skulle overlate til jødene å være pro-tyske. Med sin nasjonalisme, sitt hovmod, sitt hat til likestilling og sin vegring mot å la seg introdusere hos verden vil tyskerne styrte seg ut i ulykken, en veritabel jødisk ulykke. Tyskerne skulle tillate jøden å være formidler mellom dem og samfunnet, å være tyskhetens impresario.*

Adrian er en produktiv og fremgangsrik komponist, som får stor anerkjennelse for sitt arbeid. Han gifter seg ikke; hans venn fiolinisten, som han har skrevet en fiolinkonsert til, «stjeler» kvinnen Adrian ønsker. Et søskenbarn som han er glad i, dør av sykdom. Djevelen fikk rett, han fikk et kaldt liv. Han dør av den sykdommen han fikk i sin ungdom Adrian er en begavet komponist som selger seg til djevelen for å oppnå fremgang og heder. Syfilis er det offer Adrian må gi djevelen for å inngå kontrakt med ham. Forfatteren bruker Adrian som et symbol for det tyske folks holdning til nazismen.



En folkefiende, utgitt 1882
Forfatter Henrik Ibsen (1828–1906)

Tomas Stockmann er lege ved byens bad, som er stedets viktigste inntektskilde. Han har sendt prøver av badevannet til universitetet til analyse og funnet at det er forurenset; det inneholder store mengder *infusjonsdyr*.

Han leverer et innlegg til lokalavisen Folkebudet, der han opplyser at badet må stenges inntil vannkilden er rensset. Folkebudets redaktør Hovstad og boktrykker Aslaksen, «småborgernes» representanter, støtter Stockmann i første omgang, men får kalde føtter og nekter å ta inn innlegget når byens ledende menn går imot.

Den viktigste talsmannen for motstanderne er Peter Stockmann, legens bror; han er byfogd, politimester og formann i badebestyrelsen. Han sier at badets aksjonærer ikke kan påta seg utbedringen, som derfor må belastes skattebetalerne, og badet må ved en utbedring stenge med store følger for byens næringsdrivende og for byens inntekter.

Tomas Stockmann vil holde et offentlig foredrag, og bare skipskaptein Horster våger å stille lokaler til hans disposisjon. Det blir et rabaldermøte, der alle vender seg mot Stockmann og kaller ham en *folkefiende*. Da utvider legen sitt budskap fra en diskusjon om badesaken isolert til et allment angrep på den kompakte majoritet, som han hevder alltid har urett.

Etter møtet blir det bråk i byen; mobben knuser rutene i Stockmanns hus med stein. Neste dag blir han oppsagt som badelege, datteren Petra mister jobben som lærer på skolen, og de to guttene hans blir mobbet på skolen.

Stockmann overveier å flykte fra byen, men støttet av sin kone Katrine velger han å bli og kjempe for sannheten.

Forfatteren er kritisk til flertallstyranniet, *den forbannede kompakte majoritet* og fremmer individets rett til å tenke selvstendig og annerledes. Stockmann selv sier at den *sterkeste mann i verden, det er han som står mest alene*.

Forfatteren bruker smittestoff i vannet som symbol for de konservative holdninger som hindrer fremgang og utvikling.



Gengangere, utgitt 1881
Forfatter Henrik Ibsen (1828–1906)

Helene Alving er enke etter kammerherre Alving. Hun holder på å bygge et barnehjem, *kammerherre Alvings minne*, for de pengene mannen etterlot seg. Pastor Manders, styrer fremdriften og økonomien. Han råder mot å forsikre bygget, fordi en forsikring kan oppfattes som en mistillit til at Gud våker over prosjektet.

Fru Alving avslører for Manders, at samlivet med mannen bare har vært en fasade; han har hatt en umettelig omgang med kvinner og alkohol. Helene har elsket Manders, som avviste henne og sendte henne tilbake til sin mann. Manders er moralsk og politisk en konservativ som forsvarer det eksisterende samfunnet og dets normer og forestillinger. Helene er mer frisinnet i sine vurderinger.

Kunstmaleren Osvald har helt nylig kommet hjem fra Paris til sin mor. Han har sterke minner om sin far, men moren ønsker ikke at han skal identifisere seg med faren. Hun ønsker at det er fra henne alene Osvald skal hente sin arv. Derfor har hun bygget barnehjemmet, for å forhindre at Osvald skal arve farens penger.

Asylet brenner ned – uforsikret – dagen før innvielsen, visstnok pga Manders uforsiktlige bruk av levende lys under andakten for bygningsarbeiderne.

Osvald har vært langvarig syk med tiltagende sløvsinn og episoder med bevissthetstap; han er smittet av syfilis, trolig medfødt, påført av sin mor, som ble smittet av sin mann.

Osvald og hushjelpen Regine har snakket om å reise sammen til Paris, men planen torpederes når fru Alving opplyser at kammerherren er hennes far. Regine blir rasende over at hun ikke har kjent sannheten, og hun forlater sin post. Dermed feiler også Osvalds plan om at Regine skal ta livet av ham med de morfin-tablettene som han har samlet opp.

Osvald får et kraftig anfall av sløvhets og forvirring og ber moren gi ham morfin-tablettene. Det er uklart om hun finner dem, og vi vet ikke om hun gir ham dem.

Osvald sitter ubevegelig i stolen og sier tonløst: *Mor, gi meg solen. Solen. Solen.*

Gjengangere peker på at mye av det som har vært gjort og tenkt og sagt av andre tidligere, overføres til og påvirker oss etterkommere i vår egen samtid. Forfatteren bruker medfødt syfilis som en metafor for denne overføringen.



Kjærlighet i koleraens tid, utgitt 1985
Forfatter Gabriel García Márquez (1927–1914).
Nobelpris i litteratur 1982

Pinsesøndagen blir dramatisk. Huset brenner hos dr. Juvenal Urbino, skattet lege pga hans store innsats mot koleraepidemien i byen, og hans kone Fermina Daza. Urbinos papegøye, som kan grove, spanske sjømannsord, litt fransk og noe latin, stikker av fra brannen til vaglen sin i mangotreet. Urbino vil fange den, men faller ned fra stigen og dør.

Til likvaken kommer Florentino Ariza, som for 51 år, 9 måneder og 4 dager siden ble avvist av kjæresten Fermina. Han har ventet på at hun skulle bli ledig. Han har lovet henne livsvarig kjærlighet og troskap. Det første løftet har han holdt, det siste neppe, når man legger til grunn hans egne 25 notisbøker med 622 poster som gjelder lengre kjærlighetseventyr; de kortere er ikke omtalt.

Når de etter mye famling gjenoppdager ungdomskjærligheten, legger de ut på båttur. Florentino er direktør i Karibiens Elvekompani, som seiler på Magdalena-elva, og i selskapets siste nybygging har han latt innrede en luksulugar til bruk for bryllupsreisen. Seilassen er meget komfortabel, men Fermina føler seg brydd av å bli iaktatt på et lystcruise med ny venn kort tid etter mannens død; hun ønsker diskresjon, og kapteinen vet råd.

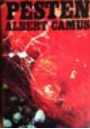
Kapteinen har nemlig i kinkige situasjoner heist karanteneflagget i skipsmasten, for derved gjøre seg utilgjengelig, når inspektører, skatteoppkrevere og uønskede passasjerer har dukket opp på brygga. Man kunne alltid skyld på at det var kolera ombord, for denne sykdommen lå alltid på lur ved Magdalena-floden.

Kapteinen setter de øvrige passasjerene på land, idet han foregir maskinhavari, og med karanteneflagget i masten og Fermina og Urbino i lugaren legger båten ut. (Egentlig blir de tre passasjerer, for kapteinen henter egen kjæreste på ei brygge de passerer). Beskyttet mot innsyn fra verden utenfor cruiser de på floden.

Bokas siste replikkveksling

– *Hvor lenge tror De vi kan farte fram og tilbake på denne måten? spurte kapteinen.*
Florentino Ariza hadde hatt svaret på rede hånd i 53 år, 7 måneder og 11 dager
– *Hele livet, sa han.*

Forfatteren bruker kolera og karanteneflagget (Fig 6) som en metafor for selvvalgt isolasjon for å oppleve kjærligheten uforstyrret av verden omkring.



PESTEN, utgitt 1947
Forfatter Albert Camus (1913–1960).
Nobelpris i litteratur 1957

En by i Algerie rammes av pest. Den viser seg først ved at rotterne dør i gatene. Så rammes menneskene, og flere tusen dør. For å hindre at epidemien spres, isoleres byen fullstendig. I det isolerte samfunnet settes individene på prøve. Mange velger helt frivillig å hjelpe de syke, noen blir profitører, andre ser etter muligheter til å rømme.

Pater Paneloux, katolsk prest, holder dommedag over menneskene og sier at pesten er sendt av Gud, som er trett av å vente på dem.

Rieux, lege, og Tarroux, en tilfeldig besøkende i byen, går helt hjertet inn i hjelpearbeidet. De har en meningstung replikkveksling

– *Det som egentlig interesserer meg, sa Tarrou enkelt, er å vite hvordan man blir en helgen ...*
– *Men De tror jo ikke på Gud.*
– *Nettopp derfor. Kan en bli helgen uten Gud?*
– *Det er mulig, svarte legen, men De skjønner, jeg har mer solidaritet med de overvunne enn med helgenene. Det som interesserer meg, er å være et menneske.*
– *Ja, vi leter etter det samme, sa Tarrou men jeg er mindre ærgjerrig.*

Etter at Paneloux beveget hadde vært tilstede ved et barns dødsdøds kamp, ga Rieux ham et stikk: *han var iallfall uskyldig, det vet De godt!* I sin neste preken dvelte presten ved det ondes problem, som han ikke kunne forklare, men han appellerte til menigheten: *mine brødre, stunden er kommet, vi må tro alt eller forkaste alt. Og hvem blant dere våger å forkaste alt?*

Etter mange måneder dukker de levende rottene opp igjen på gatene, og statistikken viser at sykdommen er gått tilbake.

Camus åpner boka med et sitat av Daniel Defoe, som ikke bare skrev Robinson Crusoe, men også en skildring av pesten i London: *man kan like godt gi et bilde av én slags innesperring ved å skildre en annen slags.*

Forfatteren har brukt pesten som et symbol for den tyske okkupasjonen under krigen.



Redaksjonen ønsker alle
en riktig god jul!

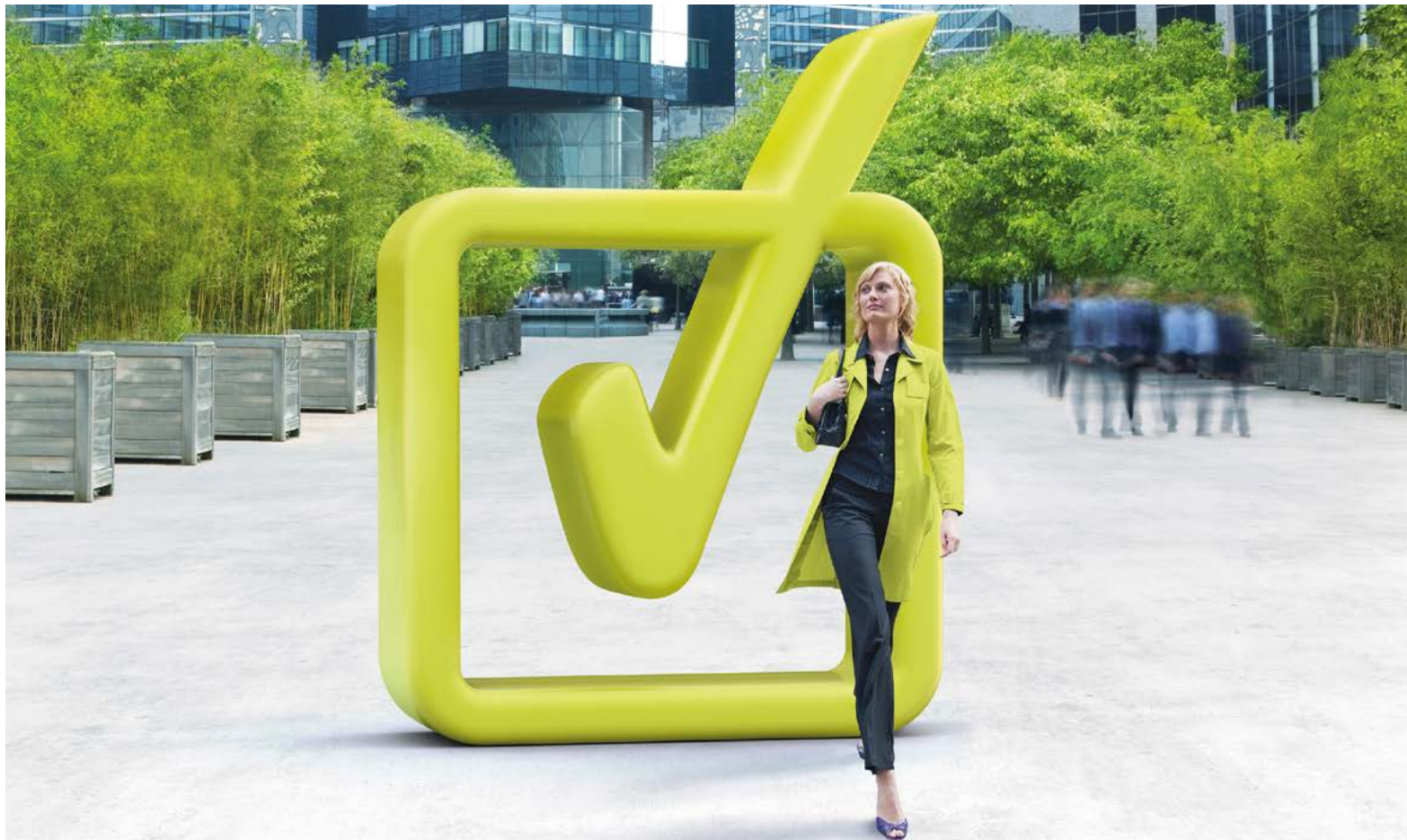
Mezavant® (mesalazin) Antiinflammatorisk middel. ATC-nr.: A07E C02. Reseptgruppe C. Reseptbelagt preparat. Kan forskrives på blå resept. **ENTERODEPOTTABLETTER 1200 mg:** Hver enterodepottablett inneh.: Mesalazin 1200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** For indusering av klinisk og endoskopisk remisjon hos pasienter med mild til moderat aktiv ulcerøs kolitt. For opprettholdelse av remisjonen. **Dosering:** *Indusere remisjon:* Voksne, inkl. eldre: 2,4–4,8 g (2–4 tablett) 1 gang daglig. Den høyeste dosen på 4,8 g/dag anbefales ved manglende respons på lavere doser. Når den høyeste dosen (4,8 g/dag) brukes, må behandlingseffekten vurderes etter 8 uker. *Opprettholde remisjonen:* Voksne, inkl. eldre: 2,4 g (2 tablett) 1 gang daglig. *Spesielle pasientgrupper:* Nedsatt leverfunksjon: Alvorlig nedsatt leverfunksjon er kontraindisert. Brukes med forsiktighet og ta forholdsregler ved nedsatt leverfunksjon pga. ekte leverenzymnivåer er rapportert ved bruk. Nedsatt nyrefunksjon: Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR <30 ml/minutt/1,73 m²) er kontraindisert. Brukes med forsiktighet ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Nyrefunksjonen bør undersøkes for behandlingsstart, og deretter minst 2 ganger i året under behandlingen. Barn og ungdom <18 år: Preparatet anbefales ikke pga. manglende sikkerhets- og effektdata. *Administrering:* Tas oralt 1 gang daglig, fortrinnsvis ved samme tidspunkt. Tas med mat. Skal svelges hele. Må ikke knuses eller tygges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene eller salisylater. Alvorlig nedsatt lever- og/eller nyrefunksjon (GFR <30 ml/minutt/1,73 m²). **Forsiktighetsregler:** Pasienter med kronisk nedsatt lungefunksjon, spesielt astma, er utsatt for overfølsomhetsreaksjoner og må overvåkes nøye. Ved uforklarlig blødning, blåmerker, purpura, anemi, feber eller sår hals, bør det foretas hematologiske undersøkelser. Ved mistanke om eller ved påvist bloddyskrasi, bør behandlingen avbrytes. Forsiktighet utvises ved forskrivning til pasienter predisponert for å utvikle kardiale overfølsomhetsreaksjoner (myo- eller perikarditt). Ved mistanke om slike overfølsomhetsreaksjoner, må ikke mesalazin introduseres på nytt. Hvis det ved symptomer som kramp, akutt magesmerter og blodig diaré, feber av og til, hodepine og utslett, er mistanke om akutt intolerasesyndrom, avbrytes behandlingen omgående og mesalazin introduseres ikke på nytt. Bør gis med forsiktighet ved sulfasalazinallergi, pga. kryssensitivitet. Organisk eller funksjonell obstruksjon i øvre del av mage-tarmkanalen kan gi forsinket effekt av preparatet. Bruk av mesalazin kan føre til feilaktig forhøyede analyseresultater ved måling av normetanefrin i urin vha. væskechromatografi med elektrokjemisk deteksjon, pga. likheten i chromatogrammene til normetanefrin og mesalazins viktigste metabolitt, N-acetyl-aminosalisyln (N-Ac-5-ASA). Bruk av alternativ, selektiv test for normetanefrin bør vurderes. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av andre nefrotoksiske legemidler, inkl. NSAIDs og azatioprin, kan øke risikoen for ugunstige nyrereaksjoner. Hos pasienter som tar azatioprin eller 6-merkaptopurin kan samtidig bruk av mesalazin øke risikoen for bloddyskrasi. Administrering med antikoagulantia av kumarintype, f.eks. warfarin, kan føre til redusert antikoagulasjon. Protrombittid bør overvåkes nøye dersom kombinasjonen er nødvendig. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Passerer, men gir langt lavere konsentrasjoner i fosteret enn ved terapeutisk bruk hos voksne. Dyrestudier indikerer ikke skadelige effekter mht. graviditet, embry-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Begrenset erfaring ved graviditet indikerer at det ikke er økt risiko for misdannelser, men mesalazin må kun brukes ved graviditet når tydelig indikert. Forsiktighet må utvises ved høye doser. Overgang i morsmelk: Går over i lave konsentrasjoner. Acetyliert mesalazin utskilles i høyere konsentrasjoner. Forsiktighet må utvises ved amming, og kun brukes hvis fordelene oppveier risikoene. Akutt diaré er rapportert sporadisk hos diende spedbarn. **Bivirkninger:** De hyppigst rapporterte bivirkningene i den samlede sikkerhetsanalysen fra kliniske studier var kolitt (inkl. ulcerøs kolitt) 5,8%, magesmerter 4,9%, hodepine 4,5%, avvikende resultater fra leverfunksjonsprøver 2,1%, diaré 2% og kvalme 1,9%. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominal distensjon, abdominalsmerter, kolitt, diaré, dyspepsi, oppkast, flatulens, kvalme. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Kløe, utslett. Lever/galle: Leverfunksjons-forstyrrelser (f.eks. ALAT, ASAT, bilirubin). Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, ryggsmarter. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Asteni, fatigue, pyreksi. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Pankreatitt, rektalpolypier. Hjerne/kar: Takykardi, hypotensjon. Lufteveier: Faryngeal smerte. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Nevrologiske: Svimmelhet, søvnighet, tremor. Øre: Øresmerter. Hud: Akne, alopeci, urticaria. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Agranulocytose. Immunsystemet: Ansiktsdem. Nyre/urineveier: Nyresvikt. Ukjent frekvens for mesalazinformuleringer generelt: Blod/lymfe: Aplastisk anemi, leukopeni, nøytropeni, pancytopeni. Hjerne/kar: Myokarditt, perikarditt. Immunsystemet: Anafylaktisk sjokk, angioødem, legemiddelutslett med eosinofili og systemiske symptomer (DRESS), overfølsomhet, Stevens-Johnsons-syndrom. Lever/galle: Hepattitt, gallestein. Lufteveier: Overfølsomhetspneumonitt (inkl. interstiell pneumonitt, allergisk alveolitt, eosinofil pneumonitt), bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Systemisk lupus erythematosuslignende syndrom. Nevrologiske: Nevropati. Nyre/urineveier: Interstiell nefritt, nefrotisk syndrom. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftnformasjons anbefalinger A07E C02 side d. **Egenskaper:** Klassifisering: Mesalazin (5-aminosalisyln) til behandling av inflammatorisk tarmsykdom. Virkningsmekanisme: Virkningsmekanismen er ikke helt klarlagt, men anses å være en lokal antiinflammatorisk effekt på epitelceller i kolon. Slimhinne produksjon av arakidonsyremetabolitter både via cyklooksygenase- (COX) og lipoksygenasesystemet, er økt ved kronisk inflammatorisk tarmsykdom. Det er mulig at mesalazin reduserer inflammasjonen ved å hemme COX og dermed prostaglandinproduksjonen i kolon. Mesalazin har potensiale til å hemme aktivering av nukleær faktor kappa B og dermed dannelse av viktige proinflammatoriske cytokiner. Det er foreslått at hemning av nukleære PPAR-γ-reseptorer (γ-form av peroksisomproliferatoraktiverte reseptorer) kan være involvert ved ulcerøs kolitt. PPAR-γ-reseptoragonister har vist effekt ved ulcerøs kolitt, og det er holdepunkter for at mesalazins virkningsmekanisme kan være mediert via PPAR-γ-reseptorer. Absorpsjon: Ca. 21–22% av dosen absorberes når tatt sammen med mat. Maks. plasmakonsentrasjon innen 8 timer. Steady state nås etter 2 dager. Proteinbinding: Mesalazin: 43%. Acetyliert metabolitt: 78–83%. Fordeling: Enterodepottablettene oppløses i pH ≥7 som muliggjør langvarig frigivelse i hele tykktarmen og begrenset systemisk absorpsjon. Halveringstid: Mesalazin: Ca. 7–9 timer. Acetyliert metabolitt: 8–12 timer. Løselighet: Mesalazin: 10 mg/ml i vann. Acetyliert metabolitt: 10 mg/ml i vann. **Pakninger og priser:** 60 stk. (blistar) 653,30 (AUP). (03.02.2017). **Refusjon:** Priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag. **A07E C02 7 Mesalazin – Enterodepottablett.** Refusjonsberettiget bruk: For indusering av klinisk og endoskopisk remisjon hos pasienter med mild til moderat aktiv ulcerøs kolitt. For opprettholdelse av remisjonen. Refusjonskode: **ICPC D94** (Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt) : **ICD K51** (Ulcerøs kolitt). Vilkår: Ingen spesifisert. **Sist endret:** 17.03.2014. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 25.02.2014.

Referanser: 1. Mezavant® Preparatomtale Feb 2014, pkt. 4.2. 2. Mezavant® Preparatomtale Feb 2014, pkt. 4.1. 3. Kamm MA, Sandborn WJ, Gassull M, et al. Once-Daily, High-Concentration MMX Mesalamine in Active Ulcerative Colitis. Gastroenterol. 2007;132:66-75. 4. Lichtenstein GR, Kamm MA, Boddu P, et al. Effect of Once- or Twice-Daily MMX Mesalamine (SPD476) for the Induction of Remission of Mild to Moderately Active Ulcerative Colitis. Clin Gastroenterol and Hepatol. 2007;5:95-102. 5. Kamm MA, Lichtenstein GR, Sandborn WJ, et al. Randomised trial of once- or twice-daily MMX mesalazine for maintenance of remission in ulcerative colitis. Gut. 2008;57:893-902. 6. Mezavant® Preparatomtale Feb 2014, pkt. 5.1. 7. Brunner M, Assandri R, Klettner K, et al. Gastrointestinal transit and 5-ASA release from a new mesalazine extended-release formulation. Aliment Pharmacol Ther. 2003;17:395-402. 8. Kane SV, Katz S, Jamal MM, et al. Strategies in maintenance for patients receiving long-term therapy (SIMPLE): A study of MMX mesalazine for the long-term maintenance of quiescent ulcerative colitis. Inflamm Bowel Dis. 2012;18:1026-33. 9. Iacucci M, de Silva S, Ghosh S. Mesalazine in inflammatory bowel disease: a trendy topic once again? Can J Gastroenterol. 2010 Feb;24:127-33. 10. Mezavant® Preparatomtale Feb 2014, pkt. 5.2. Ref. 11. Tenjarla S, Romasanta V, Zijdenr E, et al. Release of 5-aminosalicylate from an MMX mesalamine tablet during transit through a simulated gastrointestinal tract system. Adv Ther. 2007;24:826-40.

* Definert som UC-DAI-skår på ≤1, og med skår på D for rektal blødning og avføringsfrekvens. Kombinert Physician's Global Assessment (PGA) og sigmoidoskopi-skår var satt til ≤1, uten slimhinneskader og uten reduksjon av sigmoidoskopi-skår med ett poeng eller mer fra baseline. ** Tilbakefall definert som ≥4 tarmløpninger/dag over pasientens normale frekvens og assosiert med trang til avføring, buksmerter og rektal blødning. † MMX og MMX Multi-Matrix System are registered trademarks of Cosmo Technologies Limited.

Mezavant® én gang daglig¹ (mesalazin)

For induksjon av klinisk OG endoskopisk remisjon hos pasienter med mild til moderat aktiv ulcerøs kolitt og for opprettholdelse av remisjonen.^{2*}



Med Mezavant® oppnådde 40,5 % av pasientene klinisk og endoskopisk remisjon ved uke 8.³ 76,5 % hadde ikke tilbakefall etter 6 måneders behandling.^{8**}

Pasientene tar Mezavant® **én gang daglig** for induksjon, og for å opprettholde remisjon ved mild til moderat ulcerøs kolitt.

 **OPPRETTHOLDER REMISJON^{2-5*}**

 **MMX®+ TECHNOLOGY^{6,7}**
Med kontinuerlig frisetting av 5-ASA gjennom hele kolon^{7,9-11}

 **ALLTID ÉN GANG DAGLIG¹**

Mezavant® er indisert for indusering av klinisk og endoskopisk remisjon hos pasienter med mild til moderat aktiv ulcerøs kolitt og for opprettholdelse av remisjonen. Les preparatomtalen for Mezavant® før preparatet forskrives, spesielt i forhold til overfølsomhet overfor salisylater (inkludert mesalazin), allergi mot sulfasalazin, nedsatt nyrefunksjon eller leverfunksjon, kronisk nedsatt lungefunksjon, tilstander som predisponerer for å utvikle myo- eller perikarditt, akutt intolerasesyndrom, mistanke om bloddyskrasi og interaksjoner med andre legemidler. Bruk av mesalazin kan føre til feilaktig forhøyede analyseresultater ved måling av normetanefrin i urin ved hjelp av væskechromatografi med elektrokjemisk deteksjon. Det anbefales at nyrefunksjonen hos alle pasienter undersøkes før behandlingen startes og deretter minst 2 ganger i året mens behandlingen pågår. Vanlige bivirkninger rapportert for Mezavant®: hodepine, hypertensjon, abdominal distensjon, abdominalsmerter, kolitt, diaré, dyspepsi, oppkast, flatulens, kvalme, leverfunksjonsforstyrrelser (f.eks. ALAT, ASAT, bilirubin), kløe, utslett, artralgi, ryggsmarter, asteni, fatigue, pyreksi. Refusjonsberettiget bruk: For indusering av klinisk og endoskopisk remisjon hos pasienter med mild til moderat aktiv ulcerøs kolitt. For opprettholdelse av remisjonen.



Tekst: Roald F. Havre og Georg Dimcevski

Bildequiz 4/2017

I forrige nummer presenterte vi bilde nummer 1 av et metallignende objekt i GI traktus. Spørsmålene var hvor er dette? Og hva er dette? Det første spørsmålet besvarte både Magne Buset fra Harstad og Ingrid Blomgren fra Haugesund korrekt, duodenum eller tynntarm, men forslag til hva objektet kunne være varierte fra lakris til en stent, som dessverre er feil begge deler. Bildet viser to magneter (leketøy) som holdes sammen med nettopp: magnetisme. Hele ni slike magneter hentet dr. Stein opp fra tynntarmen på dette barnet (bilde 2). Magneter i tarmen kan være farlige fordi de potensielt kan tiltrekkes hverandre med mellomliggende tarmvegg og over tid skape perforasjon i tarmveggen. Men som vi vet, små leker havner ofte i munnen....

Årets siste billedquiz er hentet fra vår redaktør Georg Dimcevskis praksis. Det to nederste bildene er fra nedre øsofagus til en 60 åring mann med smerter i epigastriet etter behandling med metotreksat. Ingen sure oppstøt. Ingen vekttap. Bildet er tatt 6 måneder etter oppstart av nevnte behandling. Pasienten ble henvist til gastroskopi via revmatologisk og dermatologisk avd. Tilstanden kan være lett å overse endoskopisk. God effekt av PPI hemmer.

Redaksjonen ønsker seg gode forslag til aktuell diagnose.



OLYMPUS ESG-300

Real Power - Just got smart.

I utviklingen av ESG-300 har Olympus produsert et produkt som er dedikert til endoskopistenes behov, ved å overkomme kompleksiteten som forbindes med multifunksjonsgeneratorer fokuserer ESG-300 på å gi en enkel, sikker og smart kilde til energi.

Argon Plasma Probe

- Ny Argon Plasma enhet, APU-300
- SmartArgon modus måler avstand til vevet og justerer effekten automatisk
- Utvalg av prober: lateral, aksial og lateral

➔ www.olympus.eu/ESG300



Argon Plasma probe

GASTRONET

Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister

Tekst: Volker Moritz, Roald Flesland Havre og Geir Hoff



Volker Moritz



Roald Flesland Havre



Geir Hoff



Gastronet har eksistert som kvalitetsregister siden 2003 med status som nasjonalt kvalitetsregister fra 2012. Det er også NGFs offisielle kvalitetssikringsplattform

Besøk oss på: www.kreftregisteret.no/gastronet
Henvendelser til: Volker Moritz (morv@sthf.no)

Endoskopisk ultralyd (EUS) i Norge

Gastronet har kartlagt EUS-volumet i Norge for året 2016 ved bruk av tall fra Norsk Pasient Register (NPR). Det ble totalt registrert 1601 EUS-prosedyrer, men det er nok flere. Et helseforetak gav muntlig tilbakemelding om å ha utført ca 120 flere EUS-undersøkelser enn angitt fra NPR (tabell 1). Differansen skyldes bruk av feil prosedyrekoder. Det er usikkert om dette også gjelder andre sentre. Fire universitetssykehus fremstår som store aktører innenfor EUS med 82 % av totalvolumet (OUS 494, HUS 436, St. Olavs Hospital 236 og UNN 147 prosedyrer). Fire sentre (Stavanger, Kristiansand, Arendal og Skien) utførte mellom 50 og 100 EUS. To sentre (Levanger/Namsos og Haugesund/Stord) gjennomførte mellom 15 og 49 EUS. Ni sentre er registrert med mindre enn 15 prosedyrer. Haukeland utførte flest finnåls-punksjoner med 141 prosedyrer og flest endosonografiske gastrocystiske drenasjer av pankreascyster med 20 prosedyrer. Det er åpenbart betydelig underrapportering av gastrocystiske drenasjer ved OUS som ikke registrerte noen i NPR for 2016. St. Olavs Hospital gjennomførte flest rektale EUS med 139 prosedyrer. Så langt har vi fått tilbakemelding via telefon eller e-post

om 23 utøvere av endosonografi, 7 av dem er under opplæring. Listen er ikke komplett enda og vi regner med et tall mellom 25 og 30.

EUS-kvalitetsregister og nasjonal kvalitetsindikator for EUS

Endoskopisk ultralyd ble innført allerede i 1987 ved Haukeland Universitetssykehus, og har endret karakter fra å være en ren avbildende modalitet til å bli veiledende for presis vevsprøvetaking og terapi. Flere sentre har startet med endoskopisk ultralyd, og vi ser en interesse for å lære dette som knoppskyting fra mer etablerte sentre, der de som skal drive med dette hospiterer intermitterende over relativt lang tid. Undersøkelser med finnåls-aspirasjon for cytologi og/eller histologi kan være avgjørende for en pasients videre diagnostiske og terapeutiske oppfølging, spesielt ved mistanke om malign sykdom, og vi ser at stadig flere henvisninger er ledd i et «pakkeforløp». Et knapt flertall av henvisningene i dag gjelder forespørsel om vevsprøve eller terapi veiledet av EUS. Undersøkelsens invasive karakter med risiko for alvorlige komplikasjoner og behov for god sedasjon og analgesi er grunnen til at ESGE klassifiserer EUS som en høyrisiko prosedyre. Likevel viser erfaringen at EUS har relativt lav

komplikasjonsfrekvens. EUS veiledet finnålscytologi eller biopsi har komplikasjonsrater på 1-2 % i litteraturen.

Norske myndigheter har lagt frem et ønske om å etablere valide kvalitetsindikatorer innenfor gastroenterologisk endoskopi-virksomhet inkludert endosonografi. Derfor ønsker nå Gastronet i samarbeid med Norsk Kompetansesenter for Gastrointestinal Ultrasonografi (NSGU) ved Haukeland Universitetssykehus å opprette et EUS-kvalitetsregister med oppstart i 2018. Raten for finnåls-punksjoner med aspirasjons-cytologi eller biopsi med representative svar er anbefalt som nasjonal kvalitetsindikator for EUS. Denne kvalitetsvariabelen avhenger ikke bare av endosonograføren, men også av gastrosykepleiere, cytoteknikere og patologer/cyto-patologer.

Alle endosonografører i Norge inviteres til å utvikle et EUS-spørreskjema

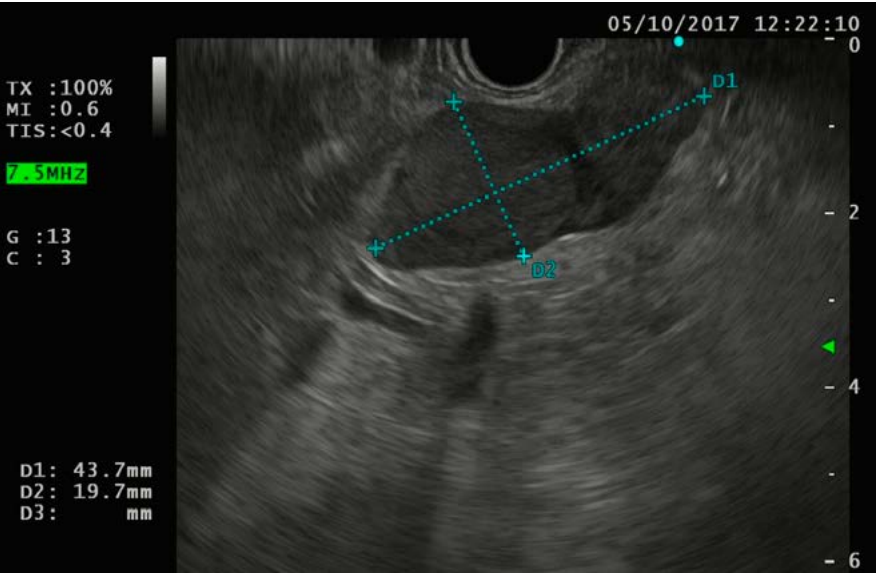
Alle endosonografører i Norge, både selvstendige og endosonografører under opplæring inviteres nå til å bidra i utviklingen av et papirskjema som fylles ut av skopøren rett etter prosedyren. Planen er å sende ut et utkast i løpet av de neste månedene. Skjemaet vil bli begrenset til en side med normale fonter og vil ta

mindre enn 2 minutter å fylle ut. Utover diagnostisk utbytte ved finnåls-punksjoner åpner et slikt register også for å registrere på hvilke indikasjoner vi gjør EUS, om det

gjøres radielle eller lineære undersøkelser. Vi kan og få tidligere oversikt over evt. komplikasjoner i et større pasientmateriale enn det man får ved det enkelte senter. Det

gir også muligheter for forskning på bruk av punksjonsutstyr som kan bidra til å øke utbyttet av finnåls-punksjoner og dermed bedre utredningen av pasientene.

TABELL 1: Antall ganger EUS- prosedyrekodene (JLD12, SXJ0DK, JXA05K og SXJ0GK) er registrert i NPR, fordelt på helseforetak i Norge, 2016. Kilde: Norsk Pasient Register					
Helseforetak	Totalt: døgnopphold+dagopphold+poliklinisk				Total alle EUS
	Cyste drenasje	po EUS u/FNP	po EUS m/FNP	Transrektal EUS	
St. Olavs Hospital HF	5	70	22	139	236
Vestre Viken HF				7	7
Akershus universitetssykehus HF		1		10	11
Sykehuset Innlandet HF				8	8
Sykehuset Østfold HF				2	2
Helse Stavanger HF		34		42	76
Helse Fonna HF		19			19
Helse Bergen HF	20	140	141	135	436
Helse Førde HF				3	3
Helse Nord-Trøndelag HF	2	14	12	1	29
Finnmarkssykehuset HF				1	1
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF		84	17	46	147
Nordlandssykehuset HF				2	2
Helgelandssykehuset HF					0
Sørlandet sykehus HF		21	1	30	52
Sykehuset i Vestfold HF			11		11
Sykehuset Telemark HF		40	22		62
Oslo universitetssykehus HF		369	78	47	494
Helse Møre og Romsdal HF		2	3		5
					1601
Fraskrivelse: Denne publikasjonen har benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR). Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. Registerforvalter for NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data.					



Bilde 1: EUS bilde av venstre binyre med metastase fra lungecancer. Bilde: R.F. Havre

- et skrått tilbakeblikk på nær fortid

Nr 02. 2007

Nytt fra fagmiljøene

Korrespondanse
**TNF-alfa-hemmere ved inflammatorisk
tarmsykdom, hvor lenge bør man
fortsette?**

Tekst: Bjørn Moum, Professor overlege dr. med., Avdeling for Medisinsk Gastroenterologi
Aker Universitetssykehus

Biologisk behandling med TNF-alfa-hemmere som Remicade og Humira ved alvorlig kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom og ulceros kolitt) har pågått siste 6-8 år. Den største gruppen av pasienter som får behandling er imidlertid revmatikere. Pasienter med Crohns sykdom som gis behandling øker raskt og fra 1. juni 2006 har også alvorlig ulceros kolitt fått indikasjonstilling med biologisk behandling (1-5). De fleste sykehus har i dag tatt denne behandlingen i bruk.

Hvisfor anvender man brug af behandling og patienter i så vel Europa som USA, og det andet arbejds felt er tilbudet med norske retningslinjer for brug i en anden kultur, gastroenterologi. Behandlingen skal når den tolereres kombineres med anden immunsuppressiv behandling tilvejebragt af retningslinjerne for at afbødte forholdene også til. Respons på behandlingen må vurderes fortløbende. Bløde OP og udførelsesforanstaltninger kan give nyttig information til tilfældet til kliniske spørgsmål. Patienter som ikke har respondens efter indkudssensitiv, skal ikke fortsætte med behandling, men kan have ansvaret om TNF-alfa-hemmer. Det er ikke indgangen til at tjekke samme behandling senere hos ikke-responsdere. Flere nye biologiske midler er på under udprøvelse.



NGF-nytt-på-nytt redaksjonen har fått massiv kritikk for å stille spørsmål ved valg av forsider i tidligere nummer. «Dere må ha bedre ting å gjøre enn å bry dere med noe som vi åpenbart ikke brydde oss om», lyder en av kommentarene. Redaksjonen tar selvfølgelig dette til etterretning.

I dette nummeret har vi derfor valgt å fokusere på redaksjonelt innhold. Det taes opp et viktig spørsmål i innlegget: «TNF-alfa-hemmere ved inflammatorisk tarmsykdom, hvor lenge bør man fortsette?» Dette er jo noe vi fortsatt lurer på 10 år senere.

«Kvinne i ullgenser» ser også ut som om hun lurte på dette. Vi lurte på hva hun gjorde på side 22 i NGF-nytt, nr 02, 2007 og hvorfor hun ikke har buks på. Hvis du lurte litt du også, kan du kanskje skrive om det på Twitter #metoo.

Asacol® Tillotts Pharma
Antiinflammatorisk middel.

ATC-nr.: A07E C02

ENTEROTABLETTER 400 mg og 800 mg: Hver enterotablett inneh.: Mesalazin. 400 mg, resp. 800 mg, lactos. monohydr., const. et color q.s.
Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172).

REKTALVÆSKE, suspensjon 1 g: Hver flaske inneh.: Mesalazin. 1 g, xanthan. gum., natr. metabisulf. (E 223), natr. benz. (E 211), aqua purif. ad 100 ml.

STIKKPILLER 500 mg: Hver stikkpille inneh.: Mesalazin. 500 mg, adeps solid. q.s

Indikasjoner: *Enterotabletter:* Ulcerøs kolitt. Crohns sykdom. *Rektalvæske:* Ulcerøs proktosigmoiditt. *Stikkpiller:* Ulcerøs proktitt.

Dosering: *Ulcus kolit* skal vokse: *Enterotabletter*: Dosering bør tilpasses sykdommens alvorlighetsgrad og toleranse. Ved mildt sykdom: 1600-2400 mg 1 gang pr. dag eller fordelt på 2-3 doser. Ved forverring kan dosegoden økes til 4800 mg fordelt på 2-3 doser. *Crohns sykdom* skal vokse: *Enterotabletter*: Dosering bør tilpasses sykdommens alvorlighetsgrad og toleranse. Ved mildt sykdom: 1600-2400 mg 1 gang pr. dag eller fordelt på 2-3 doser. Ved forverring kan dosegoden økes til 4800 mg fordelt på 2-3 doser. *Ulcus kolit, Crohns sykdom hos eldre*: *Enterotabletter*: Normale voksendose kan brukes med mindre nyrefunksjonen er nedsatt. *Ulcus kolit, Crohns sykdom hos barn ≥ 6 år*: *Enterotabletter*: Dosering bør tilpasses sykdommens alvorlighetsgrad og toleranse. 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. Ved anfallsbehandling: 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. *Ulcus proktosigmoiditt* hos vokse: *Rektalkæbe*: Et klyster, à 10 ml rektalkæbe, gis hver kveld før sengetid. Dosene bør beholdest i tarmen i 8 timer. Behandlingsvarighet er vanligvis 3-6 uker, men avhengig av symptomer og sigmoidoskopi funn. *Ulcus proktosigmoiditt hos eldre*: *Rektalkæbe*: Normale voksendose kan brukes med mindre nyrefunksjonen er nedsatt. *Ulcus proktosigmoiditt hos barn*: *Rektalkæbe*: Uten erfaring og bare begrenset dokumentasjon for effekt på barn. *Ulcus proktitt* hos vokse: *Stikkpiller*: Normaldose er i stikkpille 2 ganger pr. døg. som kan økes til 3 ganger daglig ved vanskelige tilfeller eller ved forverring av sykdommen. *Ulcus proktitt hos eldre*: *Stikkpiller*: Normale voksendose kan brukes med mindre nyrefunksjonen er nedsatt. *Ulcus proktitt hos barn*: *Stikkpiller*: Uten erfaring og bare begrenset dokumentasjon for effekt på barn. **Spesielle pasientgrupper:** *Nedsatt leverfunksjon*: Forsiktighet anbefales ved nedsatt leverfunksjon. Kontraindisert ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. *Nedsatt nyrefunksjon*: Bør ikke benyttes ved svært nedsatt nyrefunksjon, se forsiktighetsregler. Kontraindisert ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Administrering:** *Enterotabletter*: Gis oralt. Hvis en eller flere doser ikke er blitt tatt, skal neste dose tas til vanlig tid. Skal svelges hele. Skal ikke tygges. Skal ikke knuses eller kvelles. *Rektalkæbe*: Gse rektalt. Skal ikke svelges. *Stikkpiller*: Gse rektalt. Skal ikke svelges.

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

Forsiktighetsregler: Blodprøver (differensialtelling av leukocytter, leverfunksjonsparametre, som f.eks. ALAT eller ASAT, serumkreatinin) og urinståst bør fastslås både før og under behandling, etter vurdering av behandlings lede. Oppfølgingstester anbefales 14 dager etter påbegynnende behandling, deretter 2-3 tester med 4-ukers intervall. Oppfølgingstester hver 3. måned ved normale funn. Umiddelbar testing ved tegn på økt lever- eller nyrefunksjon. Ved langtidsbehandling bør nyrefunksjonen kontrolleres regelmessig. Mesalazinindusert nyretoksisitet bør vurderes ved økt nyrefunksjon under behandlingen. Ved mistanke om mesalazininduserte kardiale overfølsomhetsreaksjoner, må preparatet ikke gis på nytt. Forsiktighet bør utvises ved tidligere myo- eller perikarditt grunnet overfølsomhetsreaksjoner, uavhengig av årsak. Pasienter med pulmonær sykdom, spesielt astma, bør følges opp nøye under behandlingen. Pasienter som har opplevd bivirkninger ved sulfasalazinbehandling bør være under nøye medisinsk oppfølging. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart dersom mesalazin gir akutte intoleransreaksjoner slik som magekramper, akutte magesmerter, feber, alvorlig hodepine og utslett. *Enterotabletter:* Bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ingen interaksjonsstudier er blitt gjennomført. Ved samtidig behandling med azatioprin, 6-merkaptopurin eller trikunin, bør det tas hensyn til mulig økning i myelosuppressive effekter ved azatioprin, 6-merkaptopurin eller trikunin. Mesalazin reduserer muligens warfarins antikoagulerende effekt.

Graviditet, amning og fertilitet: *Graviditet:* Ingen adekvate data fra bruk til gravid. Data fra et begrenset antall eksponerte gravide i andre likere livener bivirkninger hos den gravide, hos fosteret eller det nyfødte barn. Ingen tilgjengelige relevante epidemiologiske data. Nyresykthet hos nyfødte er rapportert i et enkelt tilfelle, etter langtidsbruk av høy dose mesalazindoser (2-4 g oralt). Studier med oral mesalazin indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter mht. graviditet, embryo/fetals utvikling, fødsel eller utstilling med foster. Bør bare benyttes under graviditet dersom mulig fordel oppveier mulig risiko. *Amning:* N-acetyl-5-aminosalicylsyre og i mindre grad mesalazin skilles ut i morsmelk. Begrenset erfaring med amning. Overfølsomhetsreaksjoner, f.eks. diare hos spedbarn, kan ikke utelukkes. Bør bare benyttes under amning dersom mulig fordel oppveier mulig risiko. Hvis spedbarnet utvikler diare, bør amningen avbrytes.

Bivirkninger: Vanlige ($\geq 1/100$ til $1/10$): Gastrointestinale: Dyspepsi (enterobulletter), Hude: Urticaria, eksantem. Øvrige: Lokalt irriterende endamten ved rektal applikation. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $1/100$): Hude: Pruritus, dermatitt. Mindre ($\geq 1/10000$ til $1/1000$): Gastrointestinale: Magesmerter, diaré, luftpufler, kvalme, oppkast. Hjerte/kar: Myokardaritt, perikarditt. Muskelskjelettsystemet: Muskelsmerer. Nerve: Rologiske: Hodepine, svimmelhet. Øvrige: Brystmertor, tretthet/letargi. Sjeldne ($\geq 1/10000$): Blodmye: Endrede blodverdier (aplastisk anemi, agranulocytose, pancytopeni, neutropeni, leukopeni og trombocytopeni). Gastrointestinale: Akutt pankreatitt. Hude: Alopeci. Immunsytemet: Overfølsomhetsreaksjoner som f.eks. allergisk eksantem, legemiddelfeber, lufte erythematous stomatitis, pankolitt. Kjønnsorganer: Brist: Oligosperm (reversibel). Lever/galle: Endringer i leverfunksjonsparametre (økning i transaminaser og kolestaseparametre), hepatitt kolestatisk hepatitt. Luftrør: Allergiske og fibrotiske lungegangersjoner (inkl. dyspné, hoste, bronkopneumoni, alveolitt, pulmonær eosinofili, lungeinfiltasjon, pneumonitt, pleuritt). Muskelskjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Neurologiske: Perifer neuropati. Nyre/urinveier: Svekke nyrefunksjon inkl. akutt og kronisk interstitiell nefritt og nyresvikt.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Begrenset med data om overdosering (f.eks. selvmordsforsøk ved høye orale mesalazindoser), men det er ikke sett tegn på nyre- eller levertoksisitet. *Behandling:* Intet spesifikt antidot. Symptomatisk og støttende. Se Giftinformasjonens anbefalinger A07E C02 på www.felleskatalogen.no

Egenskaper: *Klassifisering:* Mesalazin (5-aminoisalisyre) til behandling av inflammatorisk tarmlidelse. Enterotablettene er formulert slik at virkestoffet frigjøres i terminale ileum og kolon (frigjøres ved pH >7). *Virkningsmekanisme:* Virkningsmekanismen for 5-ASA antiinflammatoriske effekte er ukjent. Mesalazin hemmer migrasjonen av leukocytter ved polymorf kjernens og inhiberer cellenes lipoksygenase. Dermed reduseres produksjonen av proinflammatoriske leukotriener (LTB4 og 5-HETE) i tarmveggens makrofager. Det er vist at mesalazin aktiverte PPAR- γ -reseptorer som motvirker nukleær aktivering av inflammatorisk respons i tarmen. I laboratorieforsøk inhiberer mesalazin cyklooxygenase, og dermed også frisettingen av tromboksan B2 og prostaglandin E2. Klinisk relevant er ikke klarlagt. Mesalazin hemmer dannelsen av plateaktive faktorer (PAF). Mesalazin er antisklerende ved å redusere dannelsen av reaktive syreprodukter og fange opp frie radikaler. I kollitt-dyremodeller hemmer mesalazin sekresjon av vann og klorid fra tarmveggen, samt øker reabsorpsjon av natrium. Det er mulig at regelmessig mesalazinbruk reduserer risikoen for tyktarmskreft. Den Europiske Crohns og Kollit Organisasjonen (ECCO) anbefaler generelt å fortsette vedholdendebehandling med mesalazin over lengre tid, da dette kan redusere risikoen for tyktarmskreft. *Absorpsjon:* Enterotabletter: Ca. 25% av gjitt dose absorberes i terminale ileum og kolon. Mengden absorbert avhenger av alvorlighetsgraden av betennelsen i mucosa og av hvor langt foran tarmen. Stikkpiller og rektalaksve: Absorberes i liten grad systemisk. Absorpsjonen avhenger av tiden dosen beholdes i tarmen, alvorlighetsgraden av inflammasjonen samt tarminnholdets pH. Stor grad av interindividuelle forskjeller. *Halveringstid:* Enterotabletter: Eliminasjonshalveringstid for mesalazin er mellom 9 timer (enkelte dose) og 11 timer (steady state). Rektalaksve og stikkpiller: Stor individuell forskjeller i biologisk halveringstid for mesalazin og hovedmetabolitten N-acetyl-5-aminoisalisyre, og er rapportert å være 4-5, 6 og 5 timer og ca. 8 timer. *Metabolisme:* Mesalazin metaboliseres i lever og tarmvegg ved acetylering til N-acetyl-5-aminoisalisyre, som er en tarmkologisk effekte. *Utskillelse:* Utskillelse av mesalazin skjer hovedsakelig via urin og feces.

Pakninger og priser: *Enterotabletter*: 400 mg: 100 stk.¹ (bliſter) kr 379,40. 800 mg: 60 stk.¹ (bliſter) kr 446,70. 180 stk.¹ (bliſter) kr 1253,70. *Rektalvæſke*: 7 × 100 ml² (flaske) kr 274,90. *Stikkpiller*: 60 stk.² kr 400,50.

Refusjon:

1. A07E C02_2. Mesalazin - Depotgranulat, depottablett, enterotablett

Refusjonsberettiget bruk: Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
D94	Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt	K50	Crohns sykdom
		K51	Ulcerøs kolitt

Vilkår: Ingen spesifisert.

2. A07E C02_6. Mesalazin - Rektalvæske, rektalskum, stikkpille 500 mg

Refusjonsberettiget bruk: Ulcerøs proktosigmoiditt.

Refusjonskode:

D94	Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt	-	K51	Ulcerøs kolitt	-
-----	---------------------------------	---	-----	----------------	---

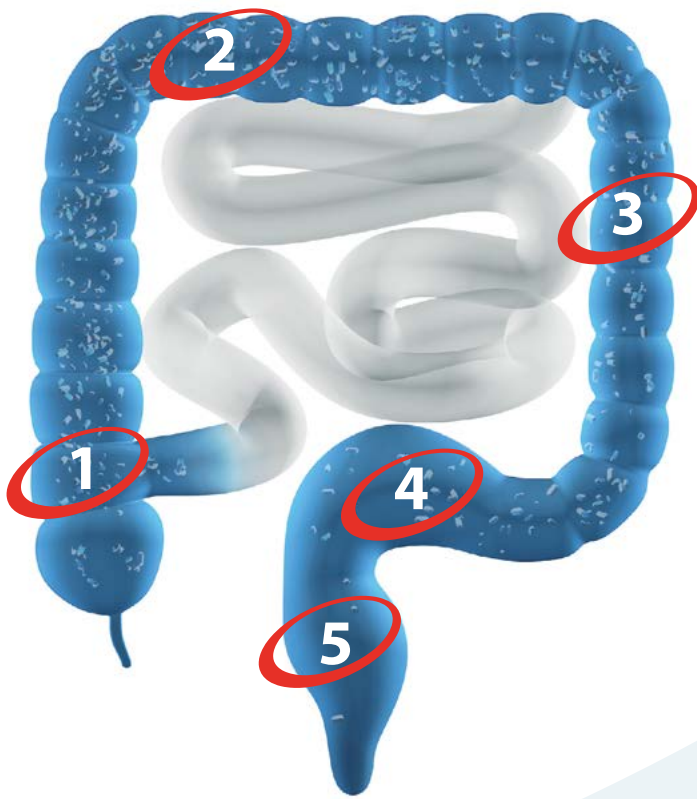
Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 03.09.2014

Reference: 1. Snitsky C, Safdi M, Katz S. A New Look at a Mainstay Ulcerativ Colitis Therapy. *Gastroenterology & Hepatoigoy* Volume 4, Issue 2, Supplement 4 February 2008.



- Ved aktiv mild/moderat ulcerøs kolitt



Frisettingsprofilen sikrer **aktivt mesalazin** gjennom **HELE** tykktarmen¹

Gjør det **HELT** – ikke stykkevis og delt

Kontraindikasjoner	Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene eller for salisylater. Alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon.
Forsiktighetsregler	Blodprøver og urinstatus bør fastslås både før og under behandling. Forsiktighet må utvises ved følgende tilstander: Svekket nyre og leverfunksjon, pulmonær sykdom spesielt astma, tidligere myo- eller perikarditt, og hos pasienter som tidligere har hatt bivirkninger av sulfasalaziner. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart ved magekramper, akutte magesmerter, feber, alvorlig hodepine og utslett. <i>Enterotabletter</i> : Sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.
Vanlige bivirkninger	(≥1/100 til <1/10) Gastrointestinale: Dyspepsi (enterotabletter). Hud: Urticaria, eksantem. Øvrige: Lokal irritasjon i endetarmen ved rektal applikasjon.

Spørsmål? Ta gjerne kontakt med Ingunn Skeie, tlf: 900 60 952, e-post: iskeie@tillotts.com eller Ann-Elin Selbekk, tlf: 900 82 081, e-post: aselbekk@tillotts.com





Intercept

AFTER 20 YEARS, A NEW APPROACH IN PBC^{1,2}

Introducing OCALIVA®

OCALIVA® offers a new option for patients with inadequately controlled PBC¹

Engage a new pathway

OCALIVA® is a selective and potent agonist for the farnesoid X receptor (FXR), which plays a pivotal role in bile acid homeostasis and pathways controlling inflammation and fibrosis¹³

Proven response

Almost 5 times as many patients achieved reductions in ALP and stabilisation of bilirubin levels at 12 months compared with UDCA alone (48% vs. 10%)¹. The response to OCALIVA® was sustained over an additional 12 months of therapy in the open-label extension study⁴



Ocaliva «Intercept»

Gallesyrepreparat. ATC-nr.: A05A A04. Reseptgruppe C, reseptbelagt preparat.

TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneh.: Obetikolsyre 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult jernoksid (E 172).

Indikasjoner: Behandling av primær biliær kolangitt (også kjent som primær biliær cirrhose); enten i kombinasjon med ursodeoksykolsyre (UDCA) hos voksne med en utilstrekkelig respons på UDCA, eller som monoterapi hos voksne som ikke tåler UDCA. **Dosering:** Startdose er 5 mg 1 gang daglig. Basert på en vurdering av toleranse etter 6 måneder skal dosen økes til 10 mg 1 gang daglig for å oppnå optimal respons. Dosejustering av samtidig administrert UDCA er ikke nødvendig. **Håndtering og dosejustering ved alvorlig pruritus:** Håndteringsstrategier inkluderer tillegg av gallesyrebindende resin eller antihistamin. Ved alvorlig intoleranse pga. pruritus skal ett av følgende vurderes: Redusere dosen med obetikolsyre til 5 mg annenhver dag for pasienter som er intolerante overfor 5 mg 1 gang daglig, eller til 5 mg 1 gang daglig for pasienter som er intolerante overfor 10 mg 1 gang daglig, midlertidig seponere obetikolsyre i opptil 2 uker etterfulgt av ny oppstart med redusert dose, fortsette å øke dosen til 10 mg 1 gang daglig, hvis det tolereres, for å oppnå optimal respons, vurdere å seponere obetikolsyre for pasienter som fortsetter å oppleve vedvarende uutholdelig pruritus. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt leverfunksjon (Child Pugh A). Begrensede data ved moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child Pugh B og C). Anbefalt startdose ved moderat/alvorlig nedsatt leverfunksjon er 5 mg 1 gang i uken. Hvis adekvat reduksjon i alkalisk fosfatase og/eller totalbilirubin ikke er oppnådd etter 3 måneder og pasienten tolererer legemidlet, økes dosen til 5 mg 2 ganger i uken (minst 3 dager mellom dosene) og deretter til 10 mg 2 ganger i uken (minst 3 dager mellom dosene), avhengig av respons og toleranse. **Nedsatt nyrefunksjon:** Begrensede data ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ingen data ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Ingen dosejustering nødvendig. **Eldre ≥65 år:** Begrensede data. Ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** Tas med eller uten mat. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Fullstendig biliær obstruksjon. **Forsiktighetsregler:** **Leverrelaterte bivirkninger:** Økning i ALAT og ASAT samt kliniske tegn og symptomer på hepatisk dekompenisering er sett, og har oppstått så tidlig som i løpet av 1. behandlingsmåned. Leverrelaterte bivirkninger er primært sett ved doser >10 mg daglig. Pasienten skal overvåkes for økning i biokjemiske levertester og for utvikling av leverrelaterte bivirkninger. **Alvorlig pruritus:** Er rapportert. For håndtering, se Dosering. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. **Warfarin:** INR reduseres ved samtidig bruk av warfarin. INR skal overvåkes og warfarindosen justeres om nødvendig. **CYP1A2-substrater med lav terapeutisk indeks:** Obetikolsyre kan øke eksponeringen for samtidig administrerte CYP1A2-substrater. Terapeutisk overvåkning av CYP1A2-substrater med lav terapeutisk indeks anbefales. **Gallesyrebindende resiner:** Gallesyrebindende resiner som kolestyramin, kolestipol eller kolesevelam adsorberer og reduserer absorpsjon av gallesyre, og kan redusere effekten av obetikolsyre. Ved samtidig bruk skal obetikolsyre tas minst 4-6 timer før eller etter inntak av gallesyrebindende resin, eller med så stort intervall som mulig. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Ingen humane data. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter mhp. reproduksjon. **Amning:** Det er ukjent om obetikolsyre utskilles i morsmelk. Basert på dyrestudier og kjent farmakologi er det ikke forventet at obetikolsyre forstyrrer amming eller veksten/utviklingen til et barn som ammes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Ingen humane data. Studier på dyr indikerer ingen direkte eller indirekte effekter på fertilitet. **Bivirkninger:** **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Abdominale smerter og ubehag. Hud: Pruritus. Øvrige: Fatigue. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Endokrine: Unormal funksjon i skjoldkirtelen. Gastrointestinale: Forstoppelse. Hjerter/kar: Palpasjoner. Hud: Eksem, utslett. Luftveier: Orofaryngeal smerte. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Nevrologiske: Svimmelhet. Øvrige: Perifer ødem, pyreksi. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Pruritus og reversibel økning i levertransaminaser er sett ved administrering av 250 mg i 12 etterfølgende dager. Hos PBC-pasienter som fikk 25 mg eller 50 mg 1 gang daglig, ble det rapportert en doseavhengig økning i forekomsten av leverrelaterte bivirkninger (f.eks. ascites, oppblussing av primær biliær kolangitt, nytt utbrudd av gulsott) samt økning i transaminaser og bilirubin. **Behandling:** Nøye overvåkning. Støttende behandling gis etter behov. **Egenskaper:** **Virkningsmekanisme:** Obetikolsyre er en selektiv og potent agonist for farnesoid X-reseptoren (FXR), en nukleær reseptor som uttrykkes ved høye nivåer i leveren og tarmen. FXR antas å være en viktig regulator av gallesyrebaner og inflammatoriske, fibrotiske og metabolske baner. FXR-aktivering reduserer de intracellulære hepatocyt-konsentrasjonene av gallesyre ved å undertrykke de novo-syntese fra kolesterol, samt ved å øke transporten av gallesyre ut av hepatocytene. Dette begrenser total mengde sirkulerende gallesyre samtidig som det fremmer kolere, slik at leverens eksponering for gallesyre reduseres. **Absorpsjon:** T_{max} ca. 2 timer. **Proteinbinding:** >99%. **Fordeling:** Vd 618 liter. **Metabolisme:** I lever og tarm. Obetikolsyre konjugeres med glysin eller taurin i leveren og utskilles i galle, og reabsorberes deretter ved enterohepatisk sirkulasjon. Etter daglig administrering akkumuleres konjugater med samme farmakologiske aktivitet som modersubstansen (in vitro). **Utskillelse:** >87% i feces, <3% i urin. **Pakninger og priser (per august 2017): 5 mg:** 30 stk. (boks) kr 30935,30. **10 mg:** 30 stk. (boks) kr 30935,30. **MAH:** Intercept Pharma Ltd., 2 Pancras Square, London, NIC 4AG, Storbritannia

Meld bivirkninger på www.legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/meld-bivirkninger

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

Abbreviations. ALP, alkaline phosphatase; FXR, farnesoid X receptor; PBC, primary biliary cholangitis; UDCA, ursodeoxycholic acid.

References. **1.** OCALIVA® (obeticholic acid). Summary of Product Characteristics, 2016; **2.** FDA Drug Approval Package: Urso (ursodiol) NDA# 020675. http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/97/20675a.cfm [Last accessed 4 April 2016]; **3.** Ding L, *et al.* Bile acid nuclear receptor FXR and digestive system diseases. *Acta Pharma Sin B* 2015;5:135-44; **4.** Nevens F, *et al.* A Placebo-controlled trial of obeticholic acid in primary biliary cholangitis. *N Engl J Med* 2016;375:631-43.

41

SNUBLEFOT

Nattlig skattejakt

Bilde/tekst: Renée Fjellanger



En mørk novembernatt blir vakthavende kontaktet av en barnelege. En liten gutt på 17 måneder har spist et lite litium-batteri for over 5 timer siden. Det er tatt et røntgenbilde som i følge røntgenlege viser at batteriet ligger i ventrikkelen.

Pasienten gastroskoperes på operasjonsstuen i narkose ca. 6.5 timer etter inntak. Grunnet lite munnstykke og små forhold i munnhulen er det ikke mulig å få ned skopet med beskyttelseshylse.

På veien ned finner man ingen skader i øsofagus. Like forbi cardia sees litt slim og skum. Det er ikke tegn til batteriet i corpus eller i antrum. Det mistenkes derfor at det har gått videre ned i tynntarmen. Jakten er i gang...



Produktplassering

BLINKSKUDET

Bilde/tekst: Camilla Bondevik



Denne karen hører til en familie med stor opphopning av cancer coli. Ikke påvist genetisk mutasjon som hos andre i familien. Ved forrige skopi i 2012 ble det fjernet noen polypper. Kommer for skopi i dag 24.05.17 der skopien gikk som en drøm til coecum. På vei innover stusset man imidlertid på funnet i sigmoideum. Lurte på om det kunne være et plekter, men siden pasienten ikke spilte gitar så falt den hypotesen. Han kunne fortelle at han er



Indikasjoner

Revestive er indisert til behandling av pasienter i alderen 1 år og eldre med kort tarm-syndrom. Pasienter bør være stabile etter en periode med intestinal adaptasjon etter kirurgi.

Kontraindikasjoner

Overfølsomhet for innholdsstoffene eller spor av tetracyklinrester. Aktiv eller mistenkt malignitet. Pasienter med malignitet i magetarmkanalen, inklusiv lever- og galle systemet og pankreas i løpet av de siste fem årene.

Bivirkninger

Svært vanlige ($\geq 1/10$): Luftveisinfeksjon*, hodepine, abdominal smerte og distensjon, oppkast, kvalme, gastrointestinale stomikompikasjoner, reaksjoner på injeksjonsstedet*.

Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Influensaliknende sykdom, nedsatt appetitt, væskeoverbelastning, angst, søvnløshet, hjertesvikt med stuvning, dyspné, hoste, kolorektale polyper, kolonstenose, flatulens, tarmobstruksjon, pankreasgangstenose, pankreatitt*, tynntarmsstenose, kolecystitt, akutt kolecystitt, perifert ødem.

*Inkluderer følgende foretrukne betegnelser: Nasofaryngitt, influensa, øvre luftveisinfeksjon og nedre luftveisinfeksjon.

†Inkluderer følgende foretrukne betegnelser: Hematom på injeksjonsstedet, erytem på injeksjonsstedet, smerter på injeksjonsstedet, hevelse på injeksjonsstedet og blødning på injeksjonsstedet.

‡Inkluderer følgende foretrukne betegnelser: Pankreatitt, akutt pankreatitt og kronisk pankreatitt.

Vennligst se Revestive SPC for forskrivning for fullstendig oversikt over bivirkninger, advarsler og forsiktighetsregler.

▼ **Revestive «Shire Pharmaceuticals Ireland Ltd.»**

C

Fordøyelses- og stoffskiftepreparat.

ATC-nr.: A16A X08

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 5 mg: Hvert sett inneh.: I) Hetteglass: Teduglutid 5 mg, L-histidin, mannitol, natriumfosfatmonohydrat, dinatriumfosfatheptahydrat, natriumhydroksid, saltsyre. II) Ferdigfylt penn med oppløsningsvæske: Vann til injeksjonsvæsker. Etter rekonstitusjon: 1 ml inneholder 10 mg teduglutid, 1

Indikasjoner: Behandling av pasienter ≥ 1 år med kort tarm-syndrom. Pasienten bør være stabil etter en periode med intestinal adaptasjon etter kirurgi. **Dosering:** Behandling skal initieres under veiledning av helsepersonell med erfaring i behandling av kort tarm-syndrom («short bowel-syndrome», SBS). Behandling av barn skal initieres under veiledning av helsepersonell med erfaring i behandling av pediatrik SBS. Behandling bør ikke startes for det er rimelig å anta at pasienten er stabil etter en periode med intestinal adaptasjon. Optimalisering og stabilisering av i.v. væske og ernæring bør være gjennomført før behandlingsstart. Klinisk vurdering bør ta hensyn til utgangspunktet og målet med behandlingen for hver enkelt pasient. Behandlingen skal avsluttes dersom en generell forbedring av pasientens tilstand ikke er oppnådd. Effekt og sikkerhet hos alle pasienter skal overvåkes kontinuerlig, iht. retningslinjene for klinisk behandling. **Voksne inkl. eldre >65 år:** 0,05 mg/kg kroppsvekt 1 gang daglig. Se tabell for injeksjonsvolum iht. kroppsvekt. Forsiktig nedtreining av daglig dose kan vurderes hos enkelte for å optimere toleransen av behandlingen pga. uensartethet i SBS-populasjonen. Behandlingseffekten skal evalueres etter 6 måneder. Kontinuerlig behandling anbefales for pasienter som er avvent parenteral ernæring. **Barn og ungdom $\geq 1-17$ år:** 0,05 mg/kg kroppsvekt 1 gang daglig. Se tabell for injeksjonsvolum iht. kroppsvekt. Det anbefales en behandlingsperiode på 12 uker med påfølgende evaluering av behandlingseffekten. Det finnes ingen tilgjengelige data ved bruk etter 12 uker. Se også Forsiktighetsregler. **Injeksjonsvolum iht. kroppsvekt for voksne, inkl. eldre >65 år, barn og ungdom $\geq 1-17$ år:**

Kroppsvekt (kg)	Injeksjonsvolum (ml)				
10-11	0,05	34-37	0,18	62-65	0,32
12-13	0,06	38-41	0,2	66-69	0,34
14-17	0,08	42-45	0,22	70-73	0,36
18-21	0,1	46-49	0,24	74-77	0,38
22-25	0,12	50-53	0,26	78-81	0,4
26-29	0,14	54-57	0,28	82-85	0,42
30-33	0,16	58-61	0,3	90-93	0,46

Glemt dose: Den glemte dosen tas så snart som mulig samme dag. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering er nødvendig ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Ikke undersøkt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon. Ved $Cl_{CR} < 50$ ml/minutt eller nyresykdom i sluttfasen, bør daglig dose reduseres med 50%. **Barn < 1 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Ingen tilgjengelige data. **Tilberedning/Håndtering:** Kun til engangsbruk. Oppløsningen skal ikke brukes dersom den er uklar eller inneholder partikler. Skal rekonstitueres for administrering, se pakningsvedlegg. **Administrering:** Rekonstituert oppløsning gis som s.c. injeksjon i magen (vekslende mellom magens 1 av 4 kvadranter), ev. i låret hvis injeksjon i magen ikke er mulig pga. smerter, armdannelse eller fortykket vev, se pakningsvedlegg. Skal ikke administreres i.v. eller i.m. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller spor av tetrasyklinrester. Aktiv eller mistenkt malignitet. Malignitet i mage-tarmkanalen, inkl. lever- og galle systemet samt pankreas i løpet av de siste 5 årene. **Forsiktighetsregler:** **Kolorektale polyper:** Koloskopi med fjerning av polyper bør gjennomføres ved behandlingsstart. En oppfølgingskoloskopi (eller annen bildediagnostikk) anbefales i løpet av de 2 første behandlingsårene, deretter minst hvert 5. år. Basert på pasientkarakteristika (f.eks. alder, underliggende sykdom) skal det foretas en individuell vurdering av hvorvidt økt frekvens av undersøkelser er nødvendig. Dersom en polyp oppdages anbefales oppfølging iht. gjeldende retningslinjer, ved malignitet skal behandling seponeres. **Gastrointestinal neoplas, inkl. lever- og gallegang:** Ved neoplas skal det fjernes, ved malignitet skal behandling seponeres. **Galleblære og gallegang, pankreassykdommer, tarmobstruksjon:** Ved symptomer relatert til galleblære eller galleganger, ved bivirkninger som omfatter pankreas og ved gjentakende tarmobstruksjon, skal behovet for fortsatt behandling revurderes. **Monitorering:** SBS-pasienter skal være under nøye oppfølging iht. retningslinjer for klinisk behandling. Dette inkluderer overvåkning av tynntarmsfunksjon, galleblære, galleganger og pankreas for tegn og symptomer. Ytterligere laboratorieundersøkelser foretas og passende billedteknikker benyttes, dersom indisert. **Væskeoverbelastning:** Er observert i kliniske studier. Bivirkninger relatert til væskeoverbelastning oppsto hyppigst de første 4 behandlingssukene og avtok over tid. Ved kardiiovaskulær sykdom bør pasienten overvåkes mht. væskeoverbelastning, særlig ved behandlingsstart, pga. økt væskeabsorpsjon. Pasienten bør rådes til å kontakte lege ved plutselig vektoppgang, hevelser i ankler og/eller dyspné. Væskeoverbelastning kan forhindres ved vurdering av behov for parenteral ernæring til rett tid. Vurderingen bør gjøres hyppigere de første behandlingsmånedene. Hjertesvikt med stuvning er observert i kliniske studier. Ved signifikant forverring av kardiiovaskulær sykdom skal behovet for fortsatt behandling revurderes. **Parenteral ernæring:** Parenteral ernæring bør reduseres forsiktig og ikke seponeres brått. Pasientens væskestatus bør evalueres etter reduksjon av parenteral ernæring, og nødvendig justering foretas. **Samtidig bruk av andre legemidler:** Ved samtidig bruk av orale legemidler som krever titrering eller har et smalt terapeutisk vindu, bør pasienten overvåkes nøye pga. mulig økt absorpsjon. **Seponering:** Ved seponering bør det utvises forsiktighet pga. risiko for dehydrering. **Spesielle kliniske tilstander:** Bruk ved alvorlige, klinisk ustabile samtidige sykdommer eller ved malignitet i løpet av de siste 5 årene er ikke undersøkt. Forsiktighet bør utvises. **Barn og ungdom:** For behandlingsoppstart bør det tas prøver for okkult blod i avføringen (FOBT) hos alle barn, deretter årlige prøver. For behandlingsoppstart bør barn ≥ 12 år gjennomgå koloskopi/sigmoidoskopi, hvis ikke dette er foretatt innenfor det siste året. Barn <12 år bør også gjennomgå prosedyren ved blod i avføringen uten kjent årsak. Koloskopi anbefales hos alle barn etter 1 års behandling, og deretter minst hvert 5. år ved kontinuerlig behandling. **Hjelpetoffer:** Inneholder <1 mmol natrium (23 mg) pr. dose, dvs. tilnærmet natriumfritt. **Bilkyøring/maskinbruk:** Tilfeller av synkope er rapportert, og slike hendelser kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ingen interaksjonsstudier er utført. Basert på teduglutids farmakodynamiske effekt, er det mulighet for økt absorpsjon av legemidler som tas samtidig. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Ingen data. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter mhp. reproduksjonstoksisitet. Som et forsiktighetstiltak bør bruk unngås. **Amming:** Utskillelse i morsmelk er ukjent. En risiko for nyfødte/spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Som et forsiktighetstiltak bør bruk unngås. **Fertilitet:** Ingen data. **Bivirkninger:** **Svært vanlige** ($\geq 1/10$): Gastrointestinale: Abdominal smerte og distensjon, oppkast, kvalme, gastrointestinale stomikompikasjoner. Infeksiøse: Luftveisinfeksjon. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet. **Vanlige** ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Kolorektale polyper, kolonstenose, flatulens, tarmobstruksjon, pankreasgangstenose, pankreatitt, tynntarmsstenose. Hjerte/kar: Hjertesvikt med stuvning. Infeksiøse: Influensaliknende sykdom. Lever/galle: Kolecystitt, akutt kolecystitt. Luftveier: Dyspné, hoste. Psykiske: Angst, søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt, væskeoverbelastning. Øvrige: Perifert ødem. **Mindre vanlige** ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Duodenalpolyp. Hjerte/kar: Synkope. **Ukjent frekvens:** Gastrointestinale: Gastropolyp. Immunsystemet: Overfølsomhet. Øvrige: Væskeretensjon. **Overdosering/Forgiftning:** Høyeste dose som er studert under klinisk utvikling var 86 mg/dag i 8 dager. Noen uventede systemiske bivirkninger ble ikke observert. Ved overdose skal pasienten overvåkes nøye av helsepersonell. **Egenskaper:** **Virkningsmekanisme:** Teduglutid er en analog til GLP-2, som er et peptid som utskilles av tarmens L-celler, og som øker intestinal og portal blodgjennomstrømning, hemmer utskillelse av magesyre og reduserer tarmens motilitet. Bevarer slimhinnens integritet ved å fremme reparasjon og normal vekst av tarmen ved økt høyde av villus og dybde av krypter i tarmpitelet. **Absorpsjon:** Rask. T_{max} ca. 3-5 timer etter administrering ved alle dosenivåer. Absolutt biotilgjengelighet 88%. **Fordeling:** Voksne: Tilsynelatende Vd 26 liter. **Halveringstid:** Terminal $t_{1/2}$ ca. 2 timer. Plasmaclearance ca. 127 ml/time/kg etter i.v. administrering, ekvivalent med GFR. Barn 1-17 år: Lavere AUC og kortere $t_{1/2}$ enn hos voksne. Clearance reduseres ved økende alder fra 1 år til voksen. **Metabolisme:** Ikke fullstendig kjent, sannsynlig følges hovedmekanismen for peptidmetabolisme. **Utskillelse:** Renalt. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Skal ikke fryses. **Etter rekonstitusjon:** Av mikrobiologiske årsaker bør rekonstituert oppløsning brukes umiddelbart. Kjemisk og fysisk stabilitet er vist i 3 timer ved 25°C. **Pakninger og priser:** 1 sett (28 hettegl. m/pulver + 28 ferdigfylte sprøyter m/oppløsningsvæske) kr 214445,50. Priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag.

Sist endret: 22.05.2017

Shire Pharmaceuticals, Ireland Limited, 5 Riverwalk, Citywest Business Campus, Dublin 24, Irland

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning.

Når tarmpitelet vokser kan enteralt kaloriinntak øke

Barn med kort tarm-syndrom kan etter tre måneders behandling med Revestive få redusert behov for parenteral ernæring.¹

Revestive er indisert for behandling av pasienter ≥ 1 år med kort tarm-syndrom. Pasienten bør være stabil etter en periode med intestinal adaptasjon etter kirurgi.²

C-APROM/NO/0070 Date of preparation: June 2017

C-APROM/NO/0070 Date of preparation: June 2017

Referanser: **1.** Carter BA, Cohran VC, Cole CR, Corkins MR, Dimmitt RA, Duggan C, et al. Outcomes from a 12-Week Open-Label Multicenter Clinical Trial of Teduglutide in Pediatric Short Bowel Syndrome. J Pediatr 2017;181:102-11. **2.** Revestive Preparatomtale Mars 2017, pkt. 4.1.



Vintermøtet 2018

Velkommen til NGFs årsmøte

På Radison SAS Lillehammer Hotell
8.-10. februar 2018

Vi har reservert et antall rom.
"Førstemann til mølla"-prinsippet, siste frist ? 2018.
Gode tilbud for dem som vil ta med familien.

Påmelding via denne linken:
<http://gyroconference.event123.no/NorskGastroenterologiskForening/NGFaarsmote2017/index.cfm?pAction=Form>

*En god jul og et godt nyttår ønskes fra ngfs styre
Vel møtt til årsmøtet i 2018*

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

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

Program NGFs årsmøte 8.-10. februar 2018

Torsdag 08.02.17

14.00–14.30: Info fra interesse- og arbeidsgrupper
14.30–18.15: Presentasjoner av abstrakts
18.30–19.00: Johannes Myrens minneforelesning:
Erik Schrumpf
20.00– Middag

Fredag 09.02.17

09.00 Skibuss
13.30–17.00: Presentasjoner av abstrakts
17.15–19.00: Generalforsamling
20.00– Festmiddag med prisutdeling

Fredag 9. februar 2018 kl. 17:15–19:00 Radisson SAS Lillehammer Hotel

Innkalling til generalforsamling i Norsk Gastroenterologisk Forening

Dagsorden:

1. Valg av referent og dirigent
2. Konstituering, godkjenning av innkalling
3. Styrets årsrapport for 2017
4. Legeforeningens høringer i 2017
5. Regnskap, budsjett, revisjon
6. Rapport fra spesialitetskomiteen
8. Rapport fra NGFs interessegrupper
9. Rapport fra Scandinavian Journal of Gastroenterology
10. NGFs forskningsfond årsberetning, stipendtildelinger
11. Årets debatt

Årsmøte 2018 i Norsk Gastroenterologisk forening, Lillehammer Lørdagssymposium 10.februar

Tema: Nevrogastroenterologi

Lørdag 10.02.17

09.00–12.00: Lørdagssymposium
Lørdagssymposium i regi av Interessegruppen for Neurogastroenterologi i NGF, i samarbeide med Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonell mage-tarmsykdom.

Ansvarlig: Interessegruppen for Neurogastroenterologi i NGF, i samarbeide med Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonell mage-tarmsykdom

- 09.00 Optimal bruk av endoskopisk utredning av IBS pasienter. Ved prof. Jan G. Hatlebakk og overlege Jostein Sauar
- 09.30 Er Roma-kriteriene trygge for å diagnostisere funksjonell mage-tarmsykdom? Prospektiv studie med 1500 pasienter. Prof. Magdy El-Salhy
- 09.50 Nytt av ultralyd for å skille mellom organisk og funksjonell sykdom. Hvordan utelukke en del organisk sykdom. Prof. Odd Helge Gilja
- 10.10 Fatigue og IBS 10 år etter Giardautbruddet. Fastlege Knut-Arne Wensaas
- 10.35 Kaffepause
- 10.50 Fecal mikrobiota-transplantasjon. Statusrapport, inkludert betydningen av komorbiditet. Overlege Peter Holger Johnsen
- 11.20 Nye medikamenter ved funksjonell mage-tarmsykdom. Prof. Trygve Hausken
- 11.40 IBS-skoler. Fra klasserom til nett. Nytt tilbud til pasientene som alle kolleger må vite at finnes. Prosjektleder Birgitte Berentsen

C Stelara «Janssen» Immunsuppressiv, interleukinhemmer. ATC-nr.: L04A C05 **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 45 mg:** Hvert hetteglass inneh.: Ustekinumab 45 mg, sukrose, L-histidin, L-histidinmonohydrokloridmonohydrat, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker. 1. **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt sprøyte 45 mg og 90 mg:** Hver ferdigfylte sprøyte inneh.: Ustekinumab 45 mg, resp. 90 mg, sukrose, L-histidin, L-histidinmonohydrokloridmonohydrat, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker. **KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 130 mg:** Hvert hetteglass inneh.: Ustekinumab 130 mg, sukrose, L-histidin, L-histidinmonohydrokloridmonohydrat, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Behandling av moderat til alvorlig plakkpsoriasis hos voksne som ikke responderer på, har en kontraindikasjon mot eller ikke tåler annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat (MTX) eller PUVA (psoralen og ultrafiolett A). **Pediatrik** plakkpsoriasis: Indisert ved behandling av moderat til alvorlig plakkpsoriasis hos ungdom fra 12 års alder som ikke kontrolleres tilstrekkelig, eller som ikke tåler, annen systemisk behandling eller fototerapi. Stelara, alene eller i kombinasjon med MTX, er for behandling av aktiv psoriasisartritt hos voksne pasienter når responsen til tidligere behandling med ikke-biologisk sykdomsmodifiserende antirevmatisk legemiddel (DMARD) ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av voksne med moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom som har hatt utilstrekkelig respons på, har mistet respons på eller ikke har tålt enten konvensjonell terapi eller en TNF- α -antagonist eller har medisinske kontraindikasjoner mot slike behandlinger. **Dose-
ring:** Skal brukes under veiledning og oppfølging av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av tilstander hvor ustekinumab er indisert. Konsentrat til infusjonsvæske skal kun brukes til den i.v. induksjonsdosen, og under veiledning og oppfølging av lege med erfaring med diagnostisering og behandling av Crohns sykdom. **Plakkpsoriasis: Kroppsvekt ≤ 100 kg:** Anbefalt startdose: 45 mg s.c., etterfulgt av 45 mg s.c. 4 uker senere og deretter hver 12. uke. Seponerer bør vurderes ved uteblitt respons etter 28 behandlingsuker. **Kroppsvekt >100 kg:** Startdose 90 mg s.c., etterfulgt av 90 mg s.c. 4 uker senere og deretter hver 12. uke. 45 mg er også effektivt for disse pasientene, men 90 mg gir større effekt. **Barn og ungdom ≥ 12 år:** Skal administreres i uke 0 og 4, og deretter hver 12. uke. Anbefalt dose basert på kroppsvekt:

Kroppsvekt ved doseringstidspunkt	Anbefalt dose
<60 kg	0,75 mg/kg ¹
≥ 60 – ≤ 100 kg	45 mg
>100 kg	90 mg

¹For å beregne injeksjonsvolum (ml) til pasienter <60 kg, bruk følgende formel: Kroppsvekt (kg) $\times$ 0,0083 (ml/kg) eller se tabellen under. Beregnet volum skal rundes av til nærmeste 0,01 ml og administreres med en 1 ml gradert sprøyte. Det finnes et 45 mg hetteglass dersom pediatriiske pasienter trenger å få mindre enn en hel 45 mg dose. Injeksjonsvolum til pediatriiske psoriasispasienter <60 kg:

Kroppsvekt ved doseringstidspunkt (kg)	Dose (mg)	Injeksjonsvolum (ml)
30	22,5	0,25
31	23,3	0,26
32	24,0	0,27
33	24,8	0,27
34	25,5	0,28
35	26,3	0,29
36	27,0	0,30
37	27,8	0,31
38	28,5	0,32
39	29,3	0,32
40	30,0	0,33
41	30,8	0,34
42	31,5	0,35
43	32,3	0,36
44	33,0	0,37
45	33,8	0,37
46	34,5	0,38
47	35,3	0,39
48	36,0	0,40
49	36,8	0,41
50	37,5	0,42
51	38,3	0,42
52	39,0	0,43
53	39,8	0,44
54	40,5	0,45
55	41,3	0,46
56	42,0	0,46
57	42,8	0,47
58	43,5	0,48
59	44,3	0,49

Seponerer bør vurderes ved uteblitt respons etter 28 behandlingsuker. **Psoriasisartritt:** Anbefalt startdose: 45 mg s.c., etterfulgt av 45 mg s.c. 4 uker senere og deretter hver 12. uke. Alternativt kan 90 mg brukes hos pasienter med kroppsvekt >100 kg. Seponerer bør vurderes ved uteblitt respons etter 28 behandlingsuker. **Crohns sykdom:** 1. dose gis i.v. Infusjonsoppløsningen skal tilberedes med antall hetteglass som spesifisert i tabellen. Innledende i.v. dosering:

Kroppsvekt ved doseringstidspunkt	Anbefalt dose	Antall hetteglass å 130 mg
≤ 55 kg	260 mg	2

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

>55 – ≤ 85 kg	390 mg	3
>85 kg	520 mg	4

¹Ca. 6 mg/kg 2

1. s.c. dose å 90 mg bør gis i uke 8 etter den i.v. dosen. Etter dette anbefales dosering hver 12. uke. Ved utilstrekkelig respons 8 uker etter 1. s.c. dose, kan ny s.c. dose gis. Ved tap av respons ved dosering hver 12. uke, kan det være gunstig å øke doseringsfrekvensen til hver 8. uke. Pasienter kan deretter doseres hver 8. uke eller 12. uke basert på klinisk vurdering. Seponerer bør vurderes ved manglende tegn på terapeutisk effekt innen uke 16, eller 16 uker etter bytte til dosering hver 8. uke. Behandling med immunmodulerende midler og/eller kortikosteroider kan fortsettes under behandlingen. Ved respons på behandling kan kortikosteroider reduseres eller seponeres i samsvar med standard behandling. Dersom behandling avbrytes er det sikkert og effektivt å gjenoppta behandling med s.c. dosering hver 8. uke. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Ikke undersøkt. Ingen doseringsanbefalinger kan gis. **Barn og ungdom <12 år:** Plakkpsoriasis: Sikkerhet og effekt hos barn og ungdom <12 år er ikke fastslått. Psoriasisartritt/Crohns sykdom: Sikkerhet og effekt hos barn og ungdom <18 år er ikke fastslått. **Eldre (≥ 65 år):** Dosejustering er ikke nødvendig. Ingen forskjell i effekt/sikkerhet sammenlignet med yngre pasienter, men antall pasienter ≥ 65 år er imidlertid ikke tilstrekkelig til å fastslå om de reagerer annerledes. Forsiktighet skal utvises pga. høyere forekomst av infeksjoner hos eldre. **Tilberedning/Håndtering:** Se pakningsvedlegg. **Konsentrat til infusjonsvæske:** Bør ikke ristes. Bør undersøkes visuelt før bruk. Oppløsningen skal være klar, fargeløs til lys gul. Bør ikke brukes hvis den er misfarget eller uklår, eller inneholder fremmede partikler. Skal ikke blandes med andre legemidler pga. manglende uforlikelighetsstudier. Skal ikke gis i i.v. slange samtidig med andre legemidler. Skal kun fortynnes med 0,9% natriumkloridoppløsning. Skal fortynnes og tilberedes av helsepersonell ved aseptisk teknikk, se pakningsvedlegg **Administrering: Injeksjonsvæske:** Injiseres s.c. Unngå hudområder med psoriasis som injeksjonssted, hvis mulig. Etter tilstrekkelig opplæring i injeksjonsteknikk og i samråd med lege, kan pasienten eller deres omsorgspersoner injisere preparatet. Legen skal sikre egnet oppfølging. For utfyllende instruksjoner for administrering, se pakningsvedlegg. **Konsentrat til infusjonsvæske:** Kun til i.v. bruk. Skal administreres over minst 1 time. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv og klinisk viktig infeksjon (f.eks. aktiv tuberkulose, se Forsiktighetsregler). **Forsiktighetsregler:** Ustekinumab kan øke risikoen for infeksjoner og reaktivere latente infeksjoner. Alvorlige bakterielle-, sopp- og virusinfeksjoner er observert. Det bør utvises forsiktighet ved kronisk infeksjon eller stadig tilbakevendende infeksjoner. Før igangsetting av behandling bør ev. tuberkulose avklares. Ustekinumab må ikke gis ved aktiv tuberkulose. Behandling av latent tuberkulose bør igangsettes før administrering. Anti-tuberkulosebehandling bør også vurderes ved tidligere latent eller aktiv tuberkulose der det ikke kan bekreftees tilfredsstillende behandlingsutfall. Pasienten bør følges nøye mht. symptomer eller kroppslige funn på aktiv tuberkulose under og etter behandling. Pasienten bør rådes til å søke medisinsk hjelp dersom symptomer eller kroppslige funn indikerer tilstedeværelse av infeksjon. Ved alvorlig infeksjon bør pasienten følges opp nøye og ustekinumab bør ikke tas før infeksjonen er kurert. Immunsuppressiver kan potensielt øke risikoen for malignitet. Utvikling av kutan og nonkutan malignitet er sett i studier med ustekinumab. Maligne funn omfatter bryst, kolon, hode og nakke, nyre, prostata og thyreoideakreft. Frekvensen er sammenlignbar med normalpopulasjonen. Forsiktighet bør utvises ved tidligere malign sykdom, eller ved fortsatt behandling etter utvikling av malignitet. Alle pasienter (spesielt >60 år) med langvarig immunsuppressiv eller PUVA-behandling, bør overvåkes for ikke-melanom hudkreft. Alvorlige overfølsomhetsreaksjoner er rapportert, i enkelte tilfeller flere dager etter behandling. Anafylaksi og angioødem har forekommet. Ved anafylaktisk eller annen alvorlig overfølsomhetsreaksjon må adekvat behandling igangsettes, og administrering av ustekinumab seponeres umiddelbart. Kanyلهetten som dekker nålen på den ferdigfylte sprøyten er laget av tørr naturgummi (et derivat av lateks), som kan gi allergiske reaksjoner hos individer sensitive for lateks. Vaksiner med levende virus eller bakterier (som Bacillus Calmette-Guerin, BCG) bør ikke gis samtidig med ustekinumab. Før vaksinerer med levende virus eller bakterier bør behandling med ustekinumab seponeres i minst 15 uker og ikke gjenopptas før tidligst 2 uker etter vaksinerer. Lege bør konsultere Felleskatalogtekst for aktuell vaksine for ytterligere informasjon og veiledning om samtidig bruk av immunsuppressiver etter vaksinerer. Inaktiverte eller ikke-levende vaksiner kan gis samtidig med ustekinumab. Langtidsbehandling undertrykker ikke humoral immunrespons på pneumokokkpolysakkarid- eller tetanusvaksiner. I psoriasisstudier er sikkerhet og effekt ikke undersøkt ved kombinasjon med immunsuppressiver, inkl. biologiske preparater eller fototerapi. I psoriasisartrittstudier så ikke samtidig bruk av MTX ut til å påvirke sikkerhet/effekt av ustekinumab. I studier av Crohns sykdom så ikke samtidig bruk av immunsuppressiver eller kortikosteroider ut til å påvirke sikkerhet/effekt av ustekinumab. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk og andre immunsuppressiver bør vurderes. Forsiktighet bør utvises ved overgang fra andre biologiske immunsuppressiver. Preparatet er ikke vurdert hos pasienter som har gjennomgått spesifikk immunterapi. Påvirkning på hyposensibilisering er ukjent. Eksfoliativ dermatitt er rapportert. Pasienter med plakkpsoriasis kan utvikle erytroderm psoriasis, med symptomer som ikke kan skiller klinisk fra eksfoliativ dermatitt, som del av det naturlige sykdomsforløpet. Legen bør være oppmerksom på sympto-

mer på erytroderm psoriasis eller eksfoliativ dermatitt. Dersom slike symptomer oppstår, bør egnet behandling innledes. Preparatet bør seponeres ved mistanke om en legemiddelreaksjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig med ustekinumab, se Forsiktighetsregler. Interaksjonsstudier er ikke utført hos mennesker. Farmakokinetiske studier har undersøkt hvordan ustekinumabs farmakokinetikk påvirkes av legemidler som brukes hyppig av psoriasis-pasienter (inkl. paracetamol, ibuprofen, acetylsalisylsyre, metformin, atorvastatin, levotyrosin). Ustekinumabs farmakokinetikk ble ikke påvirket av samtidig bruk med MTX, NSAID, 6-merkaptopurin, azatioprin og orale kortikosteroider, eller tidligere eksponering for anti-TNF- α -midler hos pasienter med psoriasisartritt eller Crohns sykdom. Ingen indikasjoner på interaksjon med disse legemidlene. In vitro-data indikerer ikke behov for dosejustering ved samtidig bruk av CYP450-substrater. **Graviditet, amming og fertilitet:** Kvinner i fertil alder skal bruke sikre prevensjonsmetoder under behandlingen og i minst 15 uker etter avsluttet behandling. **Graviditet:** Ikke tilstrekkelige data fra gravide. Som en sikkerhetsforanstaltning anbefales det å unngå bruk under graviditet. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Dyrestudier har vist utskillelse i lave nivåer i morsmelk. Ukjent om ustekinumab absorberes systemisk etter inntak. Grunnet bivirkningspotensialet hos småbarn, må det vurderes hva som er mest hensiktsmessig, å avslutte ammingen eller behandlingen, tatt i betraktning fordelene ved amming/behandling. **Fertilitet:** Ikke undersøkt. **Bivirkninger:** **Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast. Hud: Pruritus. Infeksiøse: Øvre luftveisinfeksjoner, nasofaryngitt. Luftveier: Orofaryngeale smerter. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, myalgi, artralgi. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Øvrige: Trethet (fatigue), erytem på injeksjonsstedet, smerter på injeksjonsstedet. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Hud: Pustuløs psoriasis, hudavskalling, akne. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner (inkl. utslett, urticaria). Infeksiøse: Cellulitt, dentale infeksjoner, herpes zoster, virusinfeksjon i øvre luftveier, vulvovaginal soppiinfeksjon. Luftveier: Tett nese. Nevrologiske: Facialisparese. Psykiske: Depresjon. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødning, hematom, indurasjon, hevelse og pruritus), asteni. **Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $<1/1000$):** Hud: Eksfoliativ dermatitt. Immunsystemet: Alvorlige overfølsomhetsreaksjoner (inkl. anafylaksi, angioødem). **Ukjent frekvens:** Infeksiøse: Divertikulitt, pneumoni, appendisitt, kolecystitt og sepsis. Ved plakkpsoriasis/psoriasisartritt utvikler ca. 8% antistoffer (flest med lav titer) mot ustekinumab. Ved Crohns sykdom utvikler $<3\%$ antistoffer. Ingen assosiasjon mellom utviklingen av antistoffer mot ustekinumab og utviklingen av reaksjoner på injeksjonsstedet er funnet. Flesteparten som var antistoffpositive mot ustekinumab hadde nøytraliserende antistoffer. Effekten tenderer til å være lavere ved utvikling av antistoffer, men positiv antistofftest ekskluderer ikke klinisk respons. **Overdosering/Forgiftning:** Enkeltdoser opp til 6 mg/kg er gitt i.v. i kliniske studier uten dosebegrensende toksisitet. Ved overdosering bør pasienten følges mht. symptomer eller kliniske bivirkningsfunn og relevant symptomatisk behandling igangsettes umiddelbart. Se Giftinformasjonens anbefalinger L04A C05 side c.. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Humant IgG κ monoklonalt antistoff til interleukin (IL)-12/23, fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi i murin myelomcellelinje. **Virkningsmekanisme:** Binder seg med spesifisitet til det delte p40-proteinets subenhet av human cytokin interleukin IL-12 og IL-23. Hemmer bioaktiviteten til IL-12 og IL-23 ved å forhindre p40 fra binding til IL-12R β 1-reseptorproteinet uttrykt på overflaten av immunceller. Ustekinumab bindes ikke til IL-12 eller IL-23 som allerede er bundet til IL-12R β 1-reseptorer på celleoverflaten. Dermed er det ikke sannsynlig at ustekinumab bidrar til komplement eller antistoffmediert cytotoksisitet for celler med IL-12- og/eller IL-23-reseptorer. Unormal regulering av IL-12 og IL-23 er assosiert med immunmedierte sykdommer som psoriasis og psoriasisartritt. Ved å binde den delte p40-subenheten til IL-12 og IL-23 har ustekinumab klinisk effekt ved både psoriasis, psoriasisartritt og Crohns sykdom gjennom avbrytelse av Th1- og Th17-cytokine baner, som er sentrale for patologien til disse sykdommene. Ved Crohns sykdom ga ustekinumabbehandling en reduksjon i inflammatoriske markører, inkl. CRP og fekalt kalprotektin, i induksjonsfasen, som vedvarte gjennom holdsfasen. **Absorpsjon:** Median T_{max} er 8,5 dager etter s.c. enkeltdose. Absolutt biotilgjengelighet etter s.c. enkeltdose er 57,2%. **Fordeling:** Median Vd under terminal fase etter i.v. enkeltdose er 57–83 ml/kg. **Halveringstid:** Ca. 3 uker (15–32 dager). Median systemisk clearance etter i.v. enkeltdose er 1,99–2,34 ml/dag/kg. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2–8°C) i originalpakningen for å beskytte mot lys. Skal ikke fryses. Bør ikke ristes. **Konsentrat til infusjonsvæske etter fortynning:** Kjemisk og fysisk bruksstabilitet er vist i 4 timer ved 15–25°C. Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart, hvis ikke fortynningsmetoden utelukker risiko for mikrobiell kontaminering. Dersom det ikke brukes umiddelbart er bruker ansvarlig for oppbevaringstid og -betingelser før bruk. **Andre opplysninger:** Kun til engangsbruk. **Pakninger og priser: Injeksjonsvæske, oppløsning: 45 mg:** 0,5 ml (hettegl.) 033918. **Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt sprøyte: 45 mg:** 1 ml (ferdigfylt sprøyte) 093827. **90 mg:** 1 ml (ferdigfylt sprøyte) 093838. **Konsentrat til infusjonsvæske: 130 mg:** 26 ml (hettegl.) 553118.

Sist endret: 13.01.2017

Basert på SPC godkjent av SLV 11/2016. Legemiddel på H-resept.



STELARA® (ustekinumab)

er indisert til behandling av voksne pasienter med moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom som har hatt utilstrekkelig respons på, har mistet respons på eller ikke har tålt

• konvensjonell terapi, eller

• TNF α antagonist

eller har medisinske kontraindikasjoner mot slike behandlinger

Ønsker du mer informasjon, er du velkommen til å ta kontakt med:



Maiken Gresseth

Area Account Manager
Immunology
lgresset@its.jnj.com
94 82 54 26



Kjetil Alm-Kristiansen

Area Account Manager
Immunology
kkristia@its.jnj.com
91 33 54 94



Karoline Schjetne

Medical Advisor
Immunology
kschjetn@its.jnj.com
45 96 36 30

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

Kontraindikasjoner: Aktiv og klinisk viktig infeksjon¹. **Forsiktighetsregler:** Det bør utvises forsiktighet ved kronisk infeksjon eller stadig tilbakevendende infeksjoner. Ustekinumab må ikke gis ved aktiv tuberkulose. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig med STELARA. Anafylaksi og angioødem har forekommet. Eksfoliativ dermatitt er rapportert. Pasienter med plakkpsoriasis kan utvikle erytroderm psoriasis, med symptomer som ikke

kan skiller klinisk fra eksfoliativ dermatitt, som del av det naturlige sykdomsforløpet. Kanyلهetten som dekker nålen på den ferdigfylte sprøyten er laget av et lateksderivat som kan gi allergiske reaksjoner hos individer sensitive for lateks.²

1. Stelara SPC November 2016, punkt 4.3
2. Stelara SPC November 2016, punkt 4.4

janssen Immunology

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Stelara®
(ustekinumab)

45 abstrakter er akseptert og vil bli presentert på Vintermøtet 2018

Abstraktene vil enten presenteres som foredrag eller med poster. Nærmere info til forfatterne kommer.

1. Are the Rome Criteria Useful for Diagnosing Irritable Bowel Syndrome in a Clinical Setting? Magdy El-Salhy, Odd Helge Gilja, and Jan Gunnar Hatlebakk
Department of Medicine, Stord Hospital, Stord, and Department of Clinical Medicine, University of Bergen, Bergen.

2. Billeddiagnostikk ved kronisk pankreatitt- Foreløpige data fra Skandinavisk Baltisk pankreas klubb database.
Engjom T^{1,2}, Erchinger F⁴, Tjora E³, Dimcevski G², for SBPC study group.
¹Medisinsk avdeling/ ³Barneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen, ²Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen, ⁴Sjukehuset på Voss, Voss.

3. Gastronet og Nasjonalt Kompetansesenter for Ultralyd ved Haukeland Universitetssykehus (HUS) starter et norsk nasjonalt kvalitetsregister for endoskopisk ultralyd
Volker Moritz (Sykehuset Telemark); Roal Flesland Havre (Haukeland sykehus); Geir Hoff (Sykehuset Telemark)

4. Normal leverstivhet i en frisk populasjon med ulike aldersgrupper og kjønn, for to nye ultralyd elastografimetoder
Mulabecirovic A.^{1,2} Mjelle A. B.^{1,2} Gilja O.H.^{1,2} Vesterhus M.^{2,3} Havre R. F.²
¹ Medisinsk avdeling, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen
² Nasjonalt senter for gastroenterologisk ultrasonografi, Haukeland Universitetssjukehus
³ Norsk senter for PSC (NoPSC), Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet

5. Endoskopisk ultralyd (EUS)-veiledet mikrobiopsi av pankreascyster
Havre R.F.¹, Gjellberg H.², Engjom T.^{1,3}, Mazzawi T.¹, Hoem D.⁴, Waardal K.⁴, Pham C.D.K.^{1,3}
Medisinsk Avdeling, Haukeland universitetssykehus¹
Avdeling for Patologi, Haukeland universitetssykehus²
Klinisk Institutt 1 (K1), Medisinsk- Odontologisk Fakultet, Universitetet i Bergen³
Akutt-og gastrokirurgisk Avdeling, Haukeland universitetssykehus⁴

6. Gastronet koloskopi: Hva skjer med komplikasjonsrapportering ved forskjellig dekningsgrad i registeret?
Hoff G¹, de Lange T², Bretthauer M³, Dahler S¹, Halvorsen F-A⁴, Huppertz-Hauss G¹, Høie O⁵, Kjellevoid Ø¹, Moritz V¹, Sandvei P⁶, Seip B⁷, Holme Ø⁵.
¹Sykehuset Telemark, Med.avd, Skien/Notodden/Kragerø; ²Universitet i Oslo, Institutt for klinisk medisin, Oslo; ³Universitet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Oslo; ⁴Vestre Viken HF, Drammen; ⁵Sørlandet Sykehus, Kristiansand/Arendal; ⁶Sykehuset i Østfold, 1714 Grålum; ⁷Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

7. Advanced image enhancement method for distant vessels and structures in capsule endoscopy
Rukundo, O., Pedersen, M. Department of Computer Science, Norwegian University of Science and Technology, Gjøvik, Norway, Hovde, Ø. Department of Gastroenterology, Innlandet Hospital Trust, 2819 Gjøvik, Norway

8. Diagnostic accuracy of the GerdQ questionnaire in the assessment of erosive esophagitis in patients referred for bariatric surgery.
Lorentzen J^{1,2,9}, Medhus A.W³, Hertel J.K¹, Borgeraas H¹, Karlsen T-I^{1,4}, R.L Kolotkin^{1,5}, Sandbu R^{1,6}, Sifrim D⁷, Svanevik M^{1,6}, Hofso D^{1,2}, Hjelmesæth J^{1,2,8} and Seip B²
¹Morbid Obesity Centre, ²Dep. of Medicine, Vestfold Hospital Trust, Tønsberg, ³Dep.of Gastroenterology, Oslo University Hospital, Ullevål, ⁴Dep. of Health and Nursing Sciences, University of Agder, ⁵Duke University School of Medicine, USA, ⁶Dep.of Surgery, Vestfold Hospital Trust, Tønsberg, ⁷Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary, University of London, UK, ⁸Dep.of Endocrinology, Morbid Obesity and Preventive Medicine, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway, ⁹Institute of Clinical Medicine, University in Oslo, Norway

9. Serum albumin concentrations are associated with endoscopic disease activity in newly diagnosed Crohn’s disease patients
Gjerde R¹, Carlsen A¹, Karlsen LN¹, Tvedt-Gundersen E¹, Aabakken L², Omdal R^{3,4}, Grimstad T¹
¹Departments of Gastroenterology, ³Clinical Immunology, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway, ² GI endoscopy unit, Department of Medicine, Rikshospitalet University Hospital, Oslo, Norway, ⁴Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, Norway.

10. Økning i plasma interleukin(IL)-2, IL-8, og IL-10 fra 2 til 6 timer etter oralt gluten inntak skiller mellom cøliaki og ikke-cøliakisk gluten sensitivitet hos personer som lever glutenfritt
Lundin KEA^{1,2,3}, Sarna VK³, Skodje GI³, Wang S⁴, Williams L⁴, Dzuris JL⁴, Sollid LM², Anderson RP⁴.
¹ Institutt for Klinisk Medisin, Med fak, UiO, ² KG Jebsen Senter for Cøliakiforskning, UiO, ³ Gastro undersøkelse, Avd for transplantasjonsmedisin, OUS, ⁴ImmusanT, Boston, MA.

11. HLA-DQ-gluten tetramer-basert blodprøve har høy diagnostisk nøyaktighet for cøliaki selv uten inntak av gluten
Vikas K. Sarna^{1,2}, Knut E. A. Lundin^{2,3}, Lars Mørkrid⁴, Shuo-Wang Qiao^{1,2,5}, Ludvig M. Sollid^{1,2,5}, Asbjørn Christophersen^{1,2}
¹ Nåværende arbeidssted: Gastromedisinsk avdeling, OUS – Ullevål.
¹Avdeling for immunologi, OUS – Rikshospitalet.
²KG Jebsen-senter for cøliakiforskning, UiO.
³Gastromedisinsk avdeling, OUS – Rikshospitalet.
⁴Avdeling for medisinsk biokjemi, OUS – Rikshospitalet.
⁵Senter for immunregulering, OUS – Rikshospitalet og UiO.

12. Endoskopisk behandling av Barrett’s øsofagus med dysplasi og spiserørskreft i tidlig stadium. Resultater fra kvalitetsregisteret, Oslo universitetssykehus
Hauge T^{1,2}, Franco-Lie I^{1,2}, Anonsen KV^{1,2}, Velasco M E¹, Larssen L¹, Hofstad B¹, Løberg EM^{2,3}, Johnson E^{2,4}
¹Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus
²Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
³Avdeling for patologi, Oslo universitetssykehus
⁴Avdeling for gastro og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus

13. Teknikker ved fjerning av kolonpolypper i Norge
Pedersen Ina B^{1,2}, Løberg Magnus^{2,3}, Hoff Geir^{2,3,4,5}, Kalager Mette^{2,3}, Bretthauer Michael^{2,3,6} Holme Øyvind^{1,2}
¹Medisinsk avdeling, Sørlandet Sykehus HF Kristiansand, Kristiansand, Norge
²Institutt for Helse og Samfunn, Klinisk effektforskning forskningsgruppe, Universitetet i Oslo, Oslo, Norge, Universitetet i Oslo, Oslo, Norge
³ Avdeling for transplantasjonsmedisin og K. G. Jebsen kolorektal cancer forskingssenter, Oslo universitetssykehus, Oslo,
⁴Forskningsavdelingen, Telemark sykehus HF, Skien, Norge
⁵ Krefregisteret, Oslo, Norge
⁶ Frontier Science, Boston, USA

14. Målrettet screening for adenokarsinom i øsofagus
Xie S¹, Ness-Jensen E^{1,2,3}, Medefelt N¹, Lagergren J¹
¹Övre GI-kirurgi, Institutionen för molekyllär medicin och kirurgi, Karolinska Institutet, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
²HUNT forskningssenter, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Levanger
³Medisinsk avdeling, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag, Levanger

15. Vedvarende symptomer hos pasienter med Crohns sykdom i remisjon: Har kostholdet betydning?
Maren Jeanette Komperød^a
Sommer, C.^b, Mellin-Olsen, T.^a, Iversen, PO^{c,d}, Røseth, AG^e og J, Val-eur^f.

^aEnhet for klinisk ernæring, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo, Norge
^bAvdeling for endokrinologi, sykelig overvekt og forebyggende medisin, Oslo Universitetssykehus, Oslo, Norge
^cAvdeling for ernæringsvitenskap, Institutt for Medisinske basalfag, Universitetet i Oslo, Oslo, Norge
^dHematologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Oslo, Norge
^eMedisinsk klinikk, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo, Norge
^fUnger-Vetlesen Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo, Norge

16. Switching from originator to biosimilar infliximab – real world data from 18 months follow-up of a single center IBD population
Høivik ML¹, Buer LC^{1,2}, Bolstad N³, Moum BA^{1,2}, Medhus AW¹
¹ Oslo University Hospital, Department of Gastroenterology,
² University of Oslo, Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine
³Department of Medical Biochemistry, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

17. Long-term prognosis of bile acid diarrhoea verified by seHCAT scan
Krogh K, Damsgaard B, Dalby HR, Jorgensen SMD, Arveschough AK, Agnholt J, Dahlerup JF, Jorgensen SP. Aarhus University Hospital, Denmark.

18. Gluten-spesifikke CD4⁺ T-cellers kinetikk i blod etter provokasjon med gluten
Zühlke, S¹, Snir, O², Christoffersen, A¹, Sollid, LM^{1,2}, Lundin, KEA^{1,3}
¹ K. G. Jebsen-senter for cøliakiforskning, Universitetet i Oslo, Sognsvannsveien 20 0372 Oslo
² Center for Immune Regulation, Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus, Sognsvannsveien 20 0372 Oslo
³ Seksjon for Gastromedisin, Avdeling for transplantasjonsmedisin, OUS Rikshospitalet, Sognsvannsveien 20 0372 Oslo

19. Inflammatory Bowel Disease in South-Eastern Norway III – IBSEN III
Kristensen VA¹, Opheim R^{1,2}, Ricanek P³, Huppertz-Hauss G⁴, Perminow G¹, Detlie TE³, Skram K¹, Vatn S³, Olbjørn C³, Rove J³, Stray-Pedersen R⁵, Ahmad TR⁶, Pedersen A⁷, Skogestad E⁸, Holm HK⁸, Ystrøm CM⁹, Aballi B⁹, Torp R¹⁰, Hovde Ø^{2,11}, Frigstad SO¹², Halvorsen FA¹³, Vikskjold F¹³, Sagosen A¹⁴, Bengtson MB¹⁵, Aabrekk TB¹⁵, Andersen S¹⁵, Hussain Y⁴, Dahler S¹⁶, Henriksen M¹⁷, Løvlund E¹⁷, Størdal K^{17,18}, Hasund A¹⁹, Høie O²⁰, Schmidt K²⁰, Pallenschat J²¹, Høivik ML¹.
¹Oslo Universitetssykehus, ²Universitetet i Oslo, ³Akershus Universitetssykehus, ⁴Sykehuset Telemark, ⁵Diakonhjemmets sykehus, ⁶Lovisenberg Diakonale Sykehus, ⁷Sykehuset Innlandet Kongsvinger, ⁸Sykehuset Innlandet Lillehammer, ⁹Sykehuset Innlandet Elverum, ¹⁰Sykehuset Innlandet Hamar, ¹¹Sykehuset Innlandet Gjøvik, ¹²Vestre Viken Bærum Sykehus, ¹³Vestre Viken Drammen Sykehus, ¹⁴Kongsberg Sykehus, ¹⁵Sykehuset Vestfold, ¹⁶Notodden Sykehus, ¹⁷Sykehuset Østfold, ¹⁸Folkhelseinstituttet, ¹⁹Sørlandet Sykehus Kristiansand, ²⁰Sørlandet Sykehus Arendal, ²¹Sørlandet Sykehus Flekkefjord

20. Endoskopisk ultralyd-veiledet gastroenterostomi (eus-ge) ved malign ventrikkelt utløpsobstruksjon
Pham KDC^{1,3}, Havre RF¹, Hoem D², Horn A²
¹, Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus.
²Avdeling for gastro- og akuttkirurgi, Haukeland Universitetssykehus
³Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen

21. Eksokrin funksjon, ernæring og enzymbehandling ved kronisk pankreatitt – foreløpige data fra Skandinavisk Baltisk Pankreas Club database
Nordaas, I¹, Erchinger F^{2,3}, Engjom T^{1,2}, Tjora E⁴, Dimcevski G^{1,2}, for SBPC forskningsgruppen.
¹Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen, ²Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen, ³Sjukehuset på Voss, Voss, ⁴Barneklivnikken Haukeland Universitetssykehus, Bergen.

22. Fedmekirurgi ved Oslo Universitetssykehus Aker 2004-2014
Salte O¹, Søvik TT^{1,2}, Risstad H², Skattum J^{1,2}, Høgestøl I², Kristinsson J², Mala T^{1,2}
¹Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus Ullevål, postboks 4950 Nydalen, 0424 Oslo, ²Avdeling for endokrinologi, sykelig overvekt og forebyggende medisin, Oslo universitetssykehus Aker, Postboks 4959 Nydalen 0424 Oslo

23. Biosimilar infliximab is not inferior to originator infliximab: Explorative subgroup-analyses in IBD from the NOR-SWITCH EXTENSION trial

Jørgensen KK¹, Goll GL², Sexton J², Olsen IC², Bolstad N³, Lundin KEA^{4,5,6}, Berset IP⁷, Haavardsholm EA^{2,5}, Kvien TK^{2,5}, Jahnsen J^{1,5*} on behalf of the Nor-Switch study group
¹Department of Gastroenterology, Ahus. ²Department of Rheumatology, Diakonhjemmet. ³Departmentt of Medical Biochemistry, Ous, Radiumhospitalet. ⁴Department of Gastroenterology, Ous, Rikshospitalet, ⁵Faculty of Medicine, University of Oslo. ⁶Centre for Immune Regulation, Department of Immunology. ⁷Department of Gastroenterology, Ålesund Hospital.

24. Alkohol og røyking som risikofaktorer ved kronisk pankreatitt: Data fra Scandinavian Baltic Pancreas Club database

Riise G ^{4,5} Tjora E^{1,2}, EngjomT1 ^{3,4}, Erchinger F^{4,5}, Dimcevski G^{3,4} on behalf of SBPC study group
¹Pediatric department, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway, ²KG Jebsen Center for Diabetes Research, University of Bergen, Norway, ³Department of Clinical Medicine, University of Bergen, ⁴Department of medicine, Haukeland University Hospital, Norway ⁵Voss Hospital, Voss, Norway

25. The safety and efficacy of vedolizumab during six months follow-up in a single center cohort

Buer LC^{1,2}, Moum BA^{1,2}, Medhus AW¹, Bolstad N³, Høivik ML¹
¹Department of Gastroenterology, Oslo University Hospital, ²Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, ³Department of Medical Biochemistry, Oslo University Hospital

26. Gastroøsofageal reflukssykdom hos akalasi-pasienter ett år etter behandling med peroral endoskopisk myotomi (POEM)

Evensen H^{1,2}, Kristensen VA¹, Larssen L¹, Sandstad O¹, Skattum J³, Schulz A⁴, Hauge T^{1,2}, Medhus AW¹.
¹Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus (OUS), ²Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, ³Avdeling for gastro- og barnekirurgi, OUS, ⁴Radiologisk avdeling, OUS.

27. Surveillance after Adenoma Removal (SAR): en case-kohort studie

Jodal HC¹, Løberg M^{1,2}, Emilsson L^{1,3,4}, Adami HO^{1,5}, Bretthauer M^{1,2,4}, Kalager M^{1,2,4}
¹Klinisk effektforskningsgruppe, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, Oslo, Norge
²Avdeling for transplantasjonsmedisin and K. G. Jebsen senter for tarmkreftforskning, Oslo universitetssykehus, Oslo, Norge
³Vårdcentralen Värmlands Nysäter, Värmland, Sverige
⁴Department of Epidemiology, Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA
⁵Instutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige

28. Transanal rektumreseksjon (taTME) ved Gjøvik sykehus

Frodahl AV, Lavik S, Lambrecht JR.
Gastrokirurgisk seksjon, kirurgisk avdeling, Gjøvik sykehus.

29. Per oral endoskopisk myotomi for akalasi i et lav-volum

senter: Resultater fra en oppstart fase

Rushfeldt CF¹, Goll R²
¹Avd. for gastrointestinal kirurgi, Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge, 9038 Tromsø
²Avd. for gastromedisin, Medisinsk klinikk, Universitetssykehuset i Nord-Norge, 9038 Tromsø

30. Endoskopisk reseksjon av avanserte colorectale adenomer henvist til kirugisk behandling: Resultater fra et prospektivt 5-års materiale

Rushfeldt CF, Norderval S
Avd. for gastrointestinal kirurgi, Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge, 9038 Tromsø

31. Tarmfloraendringer hos pasienter med forhøyet alkoholkonsum.

Bjørkhaug ST¹, Aanes H², Medhus AW³, Skar V¹, Malvik S⁴, Henriksen C⁵, Neupane SP⁶, Bramness JG⁶, Valeur J¹
1: Unger Vetlesens Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus. 2: Pato-Gen AS, Ålesund. 3: Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus. 4: Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. 5: Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo. 6: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet, Brummundal

32. Sammenligning av røntgentette markører og ¹³C-merkede pusteprover til diagnostikk av diabetisk gastroparese

D. A. Sangnes¹, E. Søfteland^{1,2}, T. Teigland^{1,3} & G. Dimcevski^{1,4}
¹Medisinsk avdeling, Haukeland universitetssjuehus, Bergen
²Hormonlaboratoriet, Haukeland universitetssjuehus, Bergen
³Fakultet for helse- og sosialfag, Høgskulen på Vestlandet, Bergen
⁴Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen

33. Langtidseffekter av anti tumor nekrose faktor behandling ved inflammatorisk tarmsykdom – et 17 års materiale fra Sykehuset Østfold

Lerang, F (1); Günther, E (2); Henriksen, M (1); Rekvinn, A (3); Jelsness-Jørgensen, LP (1,4)
Gastromedisinsk avdeling, Sykehuset Østfold, Kalnes (1); Nedre Glommen Legegruppe (2); Forskningsavdelingen SØK (3); Høgskolen i Østfold (4)

34. 3 år siden IBD-diagnose: En retrospektiv studie av den norske kohorten i EU IBD Character project- Hvordan har det gått med pasientene?

Vatn S¹, Karlsson MK³, Detlie TE^{1,3}, Ricanek P¹, Jahnsen J^{1,3}, Casen C², Vatn MH³ and the IBD-character consortium
¹Akershus Universitetssykehus, 1478 Lørenskog, ²Genetic Analysis, 0510 Oslo, ³Universitetet i Oslo, 0316 Oslo

35. Fekal mikrobiotaprofil ved behandlingsnaiv IBD og relasjon til behandlingsopptrapping

Vatn S¹, Karlsson MK³, Detlie TE^{1,3}, Ricanek P¹, Jahnsen J^{1,3}, Casen C², Vatn MH³ and the IBD-character consortium
¹Akershus Universitetssykehus, 1478 Lørenskog, ²Genetic Analysis, 0510 Oslo, ³Universitetet i Oslo, 0316 Oslo

36. Avføringsprøver i klinisk praksis: Hva mener IBD-pasientene om dette?

Vatn S¹, Kalla R³, Detlie TE^{1,2}, Ricanek P¹, Brackmann S^{1,2} og Jahnsen J^{1,2}
¹Akershus Universitetssykehus, 1478 Lørenskog, ²Universitetet i Oslo, 0316 Oslo, ³Royal Preston Hospital Nhs Foundation Trust, Preston,UK

37. Fruktaner gir symptomer hos personer med selvrapportert ikke-cøliakisk glutensensitivitet

Skodje GS^{1,2}, Sarna VK^{2,3}, Minelle IH⁴, Rolfsen KL⁴, Muir JG⁵, Gibson PR⁵, Veierød MB⁶, Henriksen C⁴, Lundin KE^{2,7}
¹Seksjon for klinisk ernæring, Avdeling for klinisk service, OUS, ²KG Jebsen senter for cøliakiforskning, UiO, ³Gastro undersøkelse, Medisinsk klinikk, OUS, ⁴Avdeling for ernæringsvitenskap, Med Fak, UiO, ⁵Monash University, Melbourne, ⁶Avdeling for biostatistikk og epidemiologi, Med Fak, UiO, ⁷Institutt for klinisk medisin, Med Fak, UiO

38. Organoider i IBD-forskning.

Svendsen TD¹, Thorsvik S^{1,2}, Afroz W¹, Østvik AE^{1,2}, Bakke I¹, Sandvik AK^{1,2}, Bruland T¹
¹Institutt for klinisk og molekylær medisin, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Postboks 8905 MTFS, 7491 Trondheim.
²Avdeling for Fordøyelsessykdommer, St. Olavs Hospital, Postboks 3250 Sluppen, 7006 Trondheim.

39. Risikofaktorer ved blødende ulcus og erosjoner; prelimnære data fra BLUE studien.

Romstad K¹, Detlie TE², Leegaard TM³, Jahnsen ME², Larsen AL³, Ricanek P², Espvik HJ³, Rangberg A⁴, Dahl FA⁵, Søberg T¹, Jahnsen J², Lerang F¹
¹Gastromedisinsk avdeling, Sykehuset Østfold HF, Pb 300, 1714 Grålum
²Gastromedisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus HF, Pb 1000, 1478 Lørenskog
³Avdeling for mikrobiologi og smittevern, Akershus universitetssykehus HF, Pb 1000, 1478 Lørenskog
⁴Senter for laboratoriemedisin, Sykehuset Østfold HF, Pb 300, 1714 Grålum
⁵Forskningsavdelingen, Akershus universitetssykehus HF, Pb 1000, 1478 Lørenskog

40. Kroniske magesmerter og ubehag før og 2 år etter Roux-en-Y gastrisk bypass.

Chahal-Kummen M. Blom-Høgestøl I. Eribe I. Kristinsson J. Mala T. Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin. Oslo universitetssykehus HF, Aker sykehus
Postboks 4959 Nydalen
0424 Oslo

41. The divergent effect of 5-ASA and cigarette smoke in ulcerative colitis versus Crohns` disease is explained by differences in expression of PPARγ in small intestine versus colon and not differences in phenotype inflammatory bowel disease.

Østvik AE^{1,2,3} Eriksen KS³, Svendsen TD³, Thorsvik S^{1,2,3}, Brønstad E^{4,5}, Granlund AvB^{2,3}, Bruland T³, Bakke I³, Sandvik AK^{1,2,3}
¹Avdeling for fordøyelses og leversykdommer, Medisinsk klinikk, St. Olavs Hospital, ²Senter for molekylær inflammasjonsforskning, NTNU, ³Institutt for klinisk og molekylær medisin, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, ⁴Avdeling for lungesykdommer, Medisinsk klinikk, St. Olavs Hospital, ⁵Institutt for sirkulasjon og billediagnostikk, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.

42. The effect of faecal transplantation versus placebo on fatigue in moderate-to-severe irritable bowel syndrome: a randomised controlled trial

Johnsen P H^{1,3}, Hilpüsch F⁴, Hauger L E⁵, Cavanagh J P³, Valle P C¹, Goll R^{2,3}
¹University hospital of North Norway, Harstad, Norway, ²University hospital of North Norway, Tromsø, Norway, ³UIT the arctic university of Norway, Tromsø, Norway
⁴Sjøkanten legesenter Harstad, Norway ⁵Oslo University

43. Varicepasienter ved OUS Ullevål – en retrospektiv studie

Pålsdatter P¹, Ismail M¹, Konopski Z², Midgard H^{2,3}, Haukeland JW²
1) Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo, 2) Gastromedisinsk avdeling, OUS Ullevål, 3) Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo.

44. Non cirrhotisk portal hypertensjon – tre kasuistikker

Haukeland JW¹, Pålsdatter P², Ismail M², Konopski Z¹, Midgard H^{1,3}, Kløw NE^{3,4}, Løberg EM^{3,5}
1) Gastromedisinsk avdeling, OUS Ullevål, 2) Medisinsk fakultet, Universitet i Oslo, 3) Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo, 4) Radiologisk avdeling, OUS, 5) Patologisk-anatomisk avdeling, OUS.

45. High virological response and low rate of reinfection after successful direct-acting antiviral HCV treatment among people with recent injecting drug use: A real-life experience

Midgard H^{1,2}, Ulstein K³, Backe Ø³, Vennesland K³, Wüsthoff L³, Dalgard O^{4,2}
¹Department of gastroenterology, Oslo University Hospital
²Institute of Clinical Medicine, University of Oslo
³Agency for Social and Welfare Services, City of Oslo
⁴Department of Infectious Diseases, Akershus University Hospital

Oversikt over nasjonale og internasjonale møter/ kongresser

2017/18

2018

Norsk Selskap for Klinisk Ernæring (NSKE)

Ernæringskonferanse og årsmøte

17. januar 2018.

Ernæring til sårbare grupper

Dagen etter, torsdag 18. januar 2018, blir det LLL-kurs med tema:

Ernæring ved funksjonshemming

og adferdsforstyrrelser

SADE 2018

18. - 19. JANUARY 2018, OSLO, NORWAY

www.sade.dk

NGFs årsmøte

Lillehammer

8-10. februar, 2018

The International Liver Congress™

(ILC) is the annual meeting of the European Association for the Study of the Liver.

11-15 April 2018 Paris.

www.easl.eu/discover/events/international-liver-congress

ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) Days vert arrangert i Budapest 19.-21. april 2018. Variert program med vekt på skopi. www.esge.com/esge-days-2018.html Abstraktfristen er utvida til 20. november for NGF-medlemmer, lenke under. www.abstractserver.com/esge2018/lb/

ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) Days vert arrangert i Budapest 19.-21. april 2018. Variert program med vekt på skopi. www.esge.com/esge-days-2018.html Abstraktfristen er utvida til 20. november for NGF-medlemmer, lenke under. www.abstractserver.com/esge2018/lb/

NFUDs symposium 18.-20. april 2018.

Stavanger 18-20.april.

<http://nfud.no>

DDW 2018

Digestive Disease Week 2018

Washington, DC, United States

2 - 5 June, 2018

www.ddw.org/home

American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting

Chicago, IL, USA

Friday, June 1, 2018 to Tuesday, June 5, 2018

<http://am.asco.org/>

50th Annual Meeting of the European Pancreatic Club (EPC) 2018.

June 13-16, 2018

Maritim proArte Hotel Berlin, Berlin, Germany. www.clocate.com/conference/50th-Annual-Meeting-of-the-European-Pancreatic-Club-EPC-2018/42337/

3rd Meeting of the Federation of Neurogastroenterology and Motility and Postgraduate Course on Gastrointestinal Motility

Hosted by: European Society of Neurogastroenterology and Motility

Date: Wednesday August 29 - Saturday September 1, 2018

Location: RAI Convention Centre

Amsterdam, The Netherlands

40th European Congress for Nutrition and Metabolism (ESPEN 2018)

Madrid, Spain | 1- 4 September, 2018 |

www.espen.org

EUROSON 2018

Congress Centre of the Poznan International Fair, Głogowska 14, 60-734 Poznan Polen.

6.-9. september 2018

UEG Week Vienna 2018

26th UEG Week - October 20-24

Venue: ACV, Vienna, Austria.

The Liver Meeting® 2018

- The 69th Annual Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD). San Francisco

November 9-13, 2018. 2018

The annual SAGIM meeting 2018

"Scandinavian Association of Neurogastroenterology, Imaging and Motility"

November 2018

<http://www.sagim-gastro.dk/>

Advances in Inflammatory

Bowel Diseases 2018

Orlando, Florida, USA

Desember 13-15 2018

<http://www.advancesinibd.com>

ENDOCUFF VISION®

Forbedret visualisering, kontroll og effektivitet i endoskopi

Overlegen synlighet

ENDOCUFF VISION® strekker og glatter ut tarmveggen.

Lettere loop-kontroll

ENDOCUFF VISION® gjør det lettere å kontrollere loops ved bruk av en «slynge»-metode.

Forbedret tupp-kontroll

ENDOCUFF VISION® fungerer som en håndbrems og gir bedre kontroll.

ENDOCUFF
VISION

NORGINE and the sail logo are registered trademarks of the Norgine group of companies. ENDOCUFF VISION is a registered trademark of Arc Medical Design Limited.



Nasjonalt møte i Nevrogastroenterologi

Oslo, 14. mars 2018

13:30 Registrering og kaffe
14:10 Introduksjon og velkommen. v/ overlege Jostein Sauar, sykehuset Telemark
Møteledere: Jan Gunnar Hatlebakk, UIB og Per Farup, NTNU

Tema 1: Microbiota

- 14:15** Mikrobiota og mucoepitheliale system, Universitetslektor, Docent Malin Johanson Institutt for Bio-medisin, Universitetet i Göteborg
- 14:45** Statusrapport om fecal microbiota transplantasjon ved IBS, Peter Holger Johnsen, UiT, avd. Harstad
- 15:05** Mikrobiotaprofil hos respondere vs. non-respondere ved FMT, Tarek Mazzawi, HUS
- 15:20** Referat fra det 4. Nasjonale Mikrobiotamøtet, Johannes E.R. Hov, UIO
- 15:40** Er feces transplantasjon et tilbud i dag og til hvem? Panel debatt ved alle tre, samt gastroenterolog Peder Olsen, Volvat medisinske senter, Oslo

Tema 2: Klinikk

- 16:20** Er Non-cøliaki glutenintoleranse ut? Knut Lundin, UIO
- 16:40** Funksjonell dyspepsi. Om ULFU-materialet, og kan barostat erstattes av manometri og ultralyd? Eline Storlid HUS
- 17:00** Optimal bruk av endoskopisk utredning av IBS pasienten, Jan Hatlebakk og Jostein Sauar.
- 17:20** IBS og IBD henger sammen, Nytt fra 20 år med IBSEN studien, Magne Henriksen, Sykehuset Østfold, avd. Fredrikstad
- 17:40** IBS poliklinikk – et prøveprosjekt ved UIB. Birgitte Berentsen
- 18:00** Pause

Tema 3: Fatigue

- 18:15** Fatigue – en immunologisk eller en psykiatrisk sykdom? (avkortet prøveforelesning fra 20.10.17), Gert Huppertz-Hauss, Sykehuset Telemark, avd. Skien
- 18:35** Et tiårs IBS pasientmateriale. 550 pasienter med betydelig komorbiditet der fatigue og fibromyalgi står sentralt. Arnold Berstad, Lovisenberg sykehus
- 19:00** Fatigue og IBS etter Giardia utbruddet, Knut-Arne Wensaas, Bergen
- 19:20** Paneldebatt: Skjønner vi noe om genesen av fatigue og muskelproblematikk ved IBS?
- 19:45** Middag

Påmelding via NGF's hjemmeside

Nasjonalt levermøte

Oslo Kongressenter 15. mars 2018

TEMA: NYE BEHANDLINGSLTERNATIVER I HEPATOLOGIEN

Arrangeres av NGF og Interessegruppen for Leversykdommer. Påmelding via NGF's hjemmeside

Tid	Tittel	Foredragsholder
09.30-09.35	Velkommen	
09.35-10.20	Endoskopisk behandling ved PSC	Lars Aabakken, OUS-RH
10.20-10.55	Biomarkører for prognose og risikostratifisering ved PSC	Mette Vesterhus, HUS
Pause 10.55-11.15		
11.15-11.45	Nye medikamenter i «pipeline» for cholestatisk leversykdom	Johannes R. Hov, OUS-RH
11.45-12.15	Elastografi – hands on	Roald Havre, HUS
Lunsj 12.15-13.15		
13.15-13.45	Kasuistikk	Siri Martinsen, St. Olavs Hospital
13.45-14.35	Nye PBC guidelines	Gideon Hirschfield, Birmingham, UK
Pause 14.35-14.55		
14.55-15.20	Nye medikamentelle muligheter ved HCC	Svein Dueland, OUS-DNR
15.20-15.50	Hepatitt C-behandling – er siste ordet sagt?	Olav Dalgard, AHUS
15.50-16.00	Oppsummering og avslutning	

Neurogastromøtet

i Amsterdam i august 2018

Fra **onsdag 29. august til lørdag 1. september 2018** holdes verdens-kongressen i neurogastroenterologi, **FNM 2018**, i RAI-senteret i Amsterdam. Arrangør er den europeiske neurogastroforeningen ESNM, som Norge er deltaker i gjennom NGF og SAGIM.

Onsdag 29. august, før selve møtet, holdes et **postgraduatekurs i gastrointestinal motilitet** primært ment for klinikere.

Leger i utdanningsstillinger og stipendiater betaler halv kongressavgift.

Målet med disse møtene er å samle basalforskere, fysiologer, klinikere og andre interesserte for å skape en felles plattform for kunnskaps-utveksling. Det vitenskapelige programmet strekker seg over 2 ½ dag og omfatter 56 inviterte foredragsholdere. Videre er det muntlige fremlegg og postersesjoner basert på innsendte abstracts. Vanlig abstractfrist er 4. april 2018, men det er også mulighet for late breaking abstracts frem til 27. juni.

Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonell mage-tarmsykdom ved Helse Bergen gir reisestipend til yngre norske deltakere som sender abstracts for å presentere egen forskning. Se våre nettsider: www.helse-bergen.no/nkfjm







SADE 2018
18. - 19. JANUARY 2018, OSLO, NORWAY

Welcome to the 35th. SADE course

Scandic Oslo Airport
Ravinevegen 15, 2060 Gardermoen, Norway



OESOPHAGUS
From diagnosis to therapeutic endoscopy

Please register at www.sade.dk



SAVE THE DATE

Ultralydsymposium

18. – 20. april
Stavanger
Clarion Hotel Energy



Norsk forening for ultralyddiagnostikk
Norwegian Society for Diagnostic Ultrasound in Medicine

PARALLELLE SESJONER

Muskelskjelett

- ✓ Hofte, ankel, ileosakralledd
- ✓ Skulder, diagnostikk/ injeksjonsteknikk
- ✓ Bløtvevstumorer

Indremedisin/ Radiologi

- ✓ Kolecystitt/kolangitt
- ✓ Den gule pasienten
- ✓ Autoimmune galleveislidelser

Akutt- og allmennmedisin

- ✓ Ultralyd på legevakst og i akuttmodtak
- ✓ Brystmerter
- ✓ Magesmerter

Gynekologi og obstetikk

- ✓ 12-ukers scan
- ✓ Embryologi
- ✓ Neurosonografi
- ✓ Ventrikulomegali/ posterior fossa anomalier
- ✓ Live scan/ 3D
- ✓ Ekstrauterin graviditet

- ✓ Non-tubal pregnancy
- ✓ 3D ultralyd i gynekologi
- ✓ Endometriosis/ endometrioma in pregnancy
- ✓ Infertilitet

FELLESSESJONER

- ✓ Framtidens ultralyd

Internasjonal foreleser

Davor Jurkovic

Demonstrasjoner og praktisk trening.
Frie foredrag og kassettikk med priser.

Se nfud.no for fullstendig program og påmelding.
Fullstendig program fra 15. januar 2018.
Frist for søknad om forskningsstipend og innsending
for frie foredrag er 19. mars 2018.

Paneldebatt
Hvem gjør hva
med ultralyd?

Tema: sertifisering,
retningslinjer &
spesialisering

Tildeling av IPSEN forsknings- og utdanningsstipend innen nevroendokrine svulster (NET)

Helge L. Waldum (prof. NTNU) og Liv Sagatun (Phd. NTNU)
St Olavs Hospital, Trondheim:

«Kartlegging av hvilke celler i magesekken som har gastrin
reseptorer ved hjelp av dobbel immunohistokjemi og dobbel
in-situ hybridisering. Dette er ledd i avdekking
av carcinogenesene i magesekken.»



Helge L. Waldum



Tildeling av MYLAN`s reise- og forskningstipend for 2017 - Stipend innen eksokrin pankreaspatologi

Anne Waage (Dr Med) Rikshospitalet Oslo:
«Etablering av tverrfaglig Kvalitetsregister for Kronisk Pankreatitt
(KP), og med tanke på total pankreatektomi og endokrin
autotransplantasjon (TPIAT) som behandlingsmetode.»

12 500 kroner

Dag Sangnes (LIS) Medisinsk avdeling, Haukeland sykehus,
Bergen:
«Wireless Motility Capsule (WMC) - til evaluering av
bufferkapasitet og transittid hos pasienter med kronisk pankreatitt»

12 500 kroner

NGF - styret
Stipendansvarlig 2017 Hans H. Wasmuth



Anne Waage



Dag Sangnes



NGF Norsk Gastroenterologisk forening

STIPENDER

Utllysning av midler fra Norsk Gastroenterologisk Forenings forskningsfond

Utdelingen for 2018 vil fordeles mellom flere søkere. Søker må være
medlem av NGF. Det kan søkes om støtte til drift, utstyr og lønnsmidler.

Tildeling offentliggjøres på NGFs vintermøte 2018.

Det benyttes ikke skjema. Søknaden skal inneholde:

prosjektbeskrivelse (maks 2 sider), 2) CV for søker og 3) beskrivelse av
forskningsgruppen (maks 1 side). Søkere uten doktorgrad må vedlegge
anbefaling av veileder. Søknaden m/vedlegg sendes elektronisk som
1 pdf-fil til fondets styreleder Reidar Fossmark: reidar.fossmark@ntnu.no

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

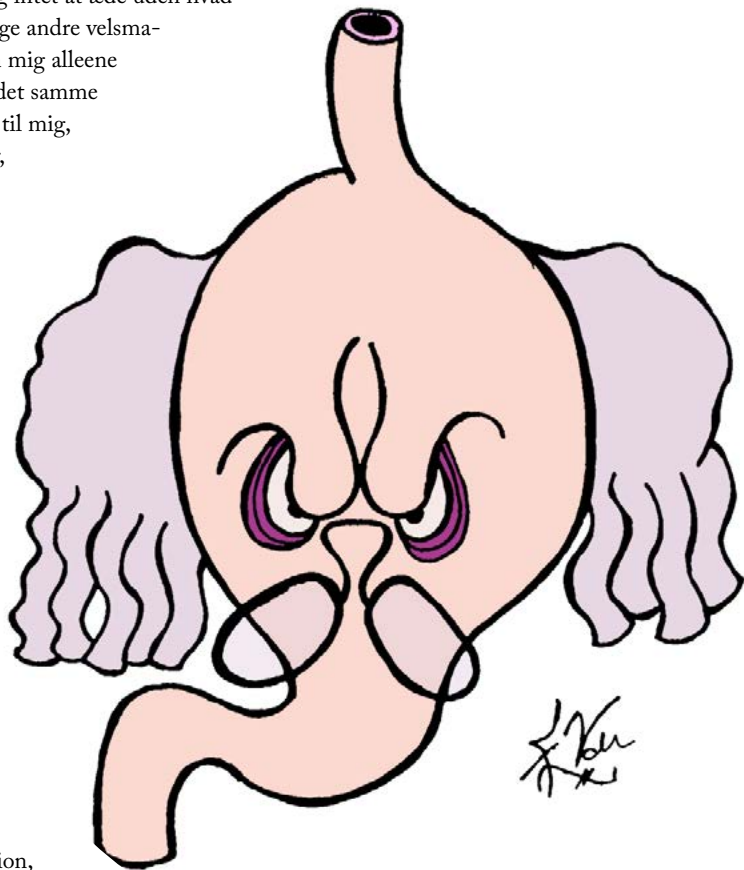
Søknadsfrist
1. januar 2018.

Holbergs Hofmesterinde

Jørgen Valeur, Unger-Vetlesens Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Ludvig Holberg (1684-1754) var et åndsmenneske med mange fasetter: bergenser, forfatter, baron og professor. Holbergs fysiske konstitusjon var ikke like sterk som intellektet, og han slet med en rekke helseproblemer. I en fornøylig publikasjon – Epigram 97 fra Moralske Tanker utgitt i 1744* – skriver Holberg om sin besværlige mage: «Hofmesterinden». Teksten er formulert som svar til en venn som klager over sin strenge kone, og taler for seg selv:

«Jeg haver en daglig Hofmesterinde, som dominerer sterkere end 10 Xantippæ eller myndige Qvinder. Jeg haver en Mave der holder mig udi bestandig Trældom, der foreskriver mig de haardeste Love, ja byder at hade mig selv. Eget-Had er Indholden af min Maves Lovbog, som ellers bestaaer udaf mange Capitler og Paragraphis, alle haarde og utaalelige. Jeg befales dagligen at renoncere paa min Appetit, og intet at æde uden hvad jeg finder naturlig Afsmag udi. Sukker, Frugt, Viin, Melk og utallige andre velsma-gende Ting ere mig forbudne, som contrabande Vahrer. Hvad som mig alleene tillades er Vand og Brød, samt alt hvad der er bittert; og maa end det samme uddeles udi smaa Portioner. Jeg tager undertiden Mod og Hierte til mig, og søger at afkaste Aaget: men den truer strax at skikke mig Feber, Coliqve, Obstruction, Dysenterie og andre Fiender paa Halsen; og, naar jeg fremturer udi mit Forset, skrider den til Execution, hvorudover jeg maa beqvemme mig til de haardeste Forlig, og overgive mig paa Naade og U-naade. Det gaaer mig da ey anderledes end alle overvundne Rebeller, hvilke efter giort Opstand underkastes haardere Love end de forrige. Thi, i steden for at visse gode Ting tilforn bleve mig negtede, nægtes mig da alting. Naar jeg da spørger min Hofmesterinde, om jeg maa drikke et Glas Viin, svarer den ney: thi den hidser; Naar jeg spørger om Øl, faaer jeg samme Svar; thi det foraarsager Galde. Beder jeg om en Havre-Suppe, som tilforn haver været tilladt, heeder det, at den slimer. Beder jeg om Rug-Brød, siges der, at det foraarsager Syrlighed: og forlanger jeg Hveede-Brød, foregives, at det stopper. Siger jeg: hvad skal jeg da nyde for at holde Livet ved lige? svarer min Hofmesterinde, at hun ikke er bereed paa hvad hun vil tillade mig. Og spørger jeg endeligen, om jeg skal faste, svarer hun, at det er ey heller tienligt. Hvilket Herredom kand være strengere, og tillige med meere Bizarre? jeg maa ikke æde, jeg maa ey heller faste. Jeg maa ikke vaage, jeg maa ey heller sove. Jeg maa ikke arbeide, ey heller være ørkesløs. Enhver maa tilstaae, at den er i en beklagelig Situation, som staaer ikke alleene under et strængt men end ogsaa under et selsomt Herskab, som intet kand gøres til Maade. Der er saaledes en bestandig Kriig imellem min Appetit og min Mave, om det ellers kand kaldes en Kriig, hvor en altid slaar, og en anden altid faaer Hug. [...] Jeg kand nok forestille mig, at det er et Kaars at have en myndig Kone. Men jeg er altid bereed til at gjøre Mageskifte, hvis du vil give mig din Kone, og tage min Mave til dig igien.»



*Holbergs samlede verker er digitalisert og gratis tilgjengelig på www.holbergsskrifter.no

PENTASA® Sachet 4g

- En dosepose (Sachet) én gang daglig ved aktiv ulcerøs kolitt
- Den doseringsenhet på markedet som inneholder mest mesalazin



Pentasa «Ferring Legemidler AS» Pentasa Sachet «Ferring Legemidler AS»

C Antinflammatorisk middel.

ATC-nr.: A07E C02

T DEPOTTABLETTER 500 mg og 1 g: Pentasa: Hver depottablett inneholdes: Mesalazin 500 mg, resp. 1 g, povidon, etylcellulose, magnesiumstearat, talkum, mikrokrystallinsk cellulose.
T REKTALVÆSKE, suspensjon 1 g: Pentasa: 100 ml inneholdes: Mesalazin 1 g, natriummetabisulfitt (E 223), natriumacetattrihydrat (E 262), dinatriumedetat, konsentrert saltsyre til pH 4,8, renset vann.
T STIKKPILLER 1 g: Pentasa: Hver stikkpille inneholdes: Mesalazin 1 g, magnesiumstearat, talkum, povidon, makrogol 6000.
T DEPOTGRANULAT 1 g, 2 g og 4 g: Pentasa Sachet: Hver dosepose inneholdes: Mesalazin 1 g, resp. 2 g og 4 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. Ulcerøs kolitt hos voksne: Aktiv sykdom: Opptil 4 g 1 gang daglig eller fordelt på flere doser. Remisjon: Opptil 4 g/dag fordelt på flere doser. Anbefalt vedlikeholdsdose ved mild til moderat sykdom er 2 g 1 gang daglig. Morbus Crohn hos voksne: Aktiv sykdom og remisjon: Opptil 4 g/dag fordelt på flere doser. Ulcerøs kolitt og Morbus Crohn hos barn ≥6-18 år: 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.
Rektalvæske: Ulcerøs proktosigmoiditt: Voksne: 1 klyster hver kveld før sengetid i 2-4 uker. Barn: Liten erfaring og begrenset dokumentasjon mht. effekt.
stikkpiller: Aktiv ulcerøs proktitt: Voksne: 1 stikkpille 1 gang daglig. Barn: Liten erfaring og begrenset dokumentasjon mht. effekt. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever- og/eller nyrefunksjon: Se Kontraindikasjoner og Forsiktighetsregler. **Administrering:** Depottabletter: Kan tas med eller uten mat. Kan ev. svelles opp i litt vann eller juice umiddelbart før inntak for å lette inntaket. 500 mg: Må ikke tygges. Må ikke knuses. Kan deles. 1 g: Skal svelges hele. Rektalvæske og stikkpiller: Følg bruksanvisning i pakningsvedlegget. Depotgranulat: Posens innhold helles direkte i munnen og skylles ned med f.eks. vann eller juice. Kan tas med eller uten mat. Må ikke tygges.
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffer eller salisylater. Alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon.
Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved nedsatt leverfunksjon. Leverfunksjonsparametre bør følges nøye og vurderes før og under behandling. Bør ikke brukes ved nedsatt nyrefunksjon. Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig, spesielt i starten av behandlingen. Urinstatus (urinstit) bør kontrolleres før og under behandling. Bør gis med forsiktighet til pasienter som er overfølsomme for sulfasalazin. Ved akutte overfølsomhetsreaksjoner (f.eks. abdominalkramp, akutte abdominalsmerter, feber, kraftig hodepine eller utslett) skal behandlingen seponeres umiddelbart. Pasienter med lungesykdommer, spesielt astma, bør overvåkes spesielt nøye under behandling. Ved mistanke om eller påviste tilfeller av mesalazinindusert myo- og perikarditt eller alvorlig bloddyrkasi bør behandlingen avbrytes. Differensiert blodtelling bør utføres før og under behandling. Som en retningsskilt anbefales oppfølgningstester 14 dager etter behandlingsstart, og deretter ytterligere 2-3 tester med 4 ukers mellomrom. Ved normale funn, bør oppfølgningstester utføres hver 3. måned. Ved ytterligere symptomer, bør slike tester utføres omgående.
Interaksjoner: Ved samtidig bruk av andre kjente nefrotoksiske legemidler bør nyrefunksjonen kontrolleres hyppig. Hos pasienter som får azatioprin, 6-merkaptopurin eller tioguanin, kan samtidig mesalazinbehandling øke risikoen for bloddyrkasi og myelosuppressive virkninger. Regelmessig overvåkning av hvite blodceller anbefales, og doseringen av tiopuriner bør om nødvendig justeres. Ved mistanke om eller påviste tilfeller av slike bivirkninger, bør behandlingen avbrytes. Mesalazin kan muligens redusere den antikoagulerende effekten av warfarin.
Graviditet, amming og fertilitet: Forsiktighet bør utvises. Bør kun brukes i samråd med lege etter nøye vurdering av fordeler/ulemp. Graviditet: Passerer placentabarrieren. Teratogen effekt er ikke observert i dyrestudier. Tilstrekkelige data på bruk hos gravide foreligger ikke. Forstyrrelser i blodbildet er sett hos nyfødte barn av mødre som har brukt mesalazin. Ett enkelt tilfelle av nyresvikt hos et nyfødt barn etter langtidsbruk av høy dose mesalazin (2-4 g oralt) under graviditet er rapportert. Amming: Går over i morsmelk. Mesalazinkonsentrasjonen i morsmelk er lavere enn i mors plasma, mens konsentrasjonen av metabolliten acetylmessalazin forekommer i samme eller høyere konsentrasjon. Begrenset erfaring. Bør brukes med forsiktighet. Overfølsomhetsreaksjoner som diaré hos spedbarn er rapportert og kan ikke utelukkes. Dersom barnet får diaré, bør ammingen avsluttes.
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. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast og abdominalsmerter. Hud: Utslett (inkl. urticaria, erytematøst utslett). Nevrologiske: Hodepine. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Forhøyet amylase, akutt pankreatitt, flatulens. Hjerne/kar: Myo- og perikarditt. Nevrologiske: Svimmelhet. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Blod/lymfe: Eosinofili (som en del av en allergisk reaksjon), endret antall blodlegemer (anemi, aplastisk anemi, leukopeni (inkl. granulocytopeni og nøytropeni)), trombocytopeni, agranulocytose, pancytopeni. Hud: Alopesi. Immunsystemet: Pankolitt, overfølsomhetsreaksjoner. Kjønnsorganer/bryst: Oligospermi (reversibel). Lever/galle: Forhøyet leverenzymnivåer (inkl. økte nivåer av transaminaser), kolestaseparametre og bilirubin, hepatotoksitet (inkl. hepatitt, kolestatisk hepatitt, cirrhose, leversvikt). Luftrøier: Allergiske og fibrotiske lungereaksjoner (inkl. dyspné, hoste, bronko-spasmer, allergisk alveolitt, pulmonær eosinofili, interstitiell lungesykdom, pulmonær infiltrasjon, pneumonitt). Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi, lupus erythematosus-lignende reaksjoner. Nevrologiske: Perifer nevropati. Nyre/urinveier: Svekket nyrefunksjon (inkl. akutt og kronisk interstitiell nefritt, nefrotisk syndrom, nedsatt nyrefunksjon), misfarget urin. Øvrige: Legemiddelindusert feber. Flere av disse bivirkningene kan også være et ledd i den inflammatoriske tarmsykdommen.
Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger.
Pakninger og priser pr. november 2015: Pentasa: Depottabletter: 500 mg: 100 stk. (blister) kr 359,40. 3 × 100 stk. (blister) kr 995,70. **1 g:** 60 stk. (blister) kr 423,00. **Rektalvæske:** 7 × 100 ml kr 268,30. **Stikkpiller:** 28 stk. (blister) kr 490,40. **Pentasa Sachet: Depotgranulat: 1 g:** 150 stk. (dosepose) kr 1126,30. **2 g:** 60 stk. (dosepose) kr 898,40. **4 g:** 30 stk (dosepose) kr 898,40.
Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Pentasa: Depottabletter: Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. **Rektalvæske:** Ulcerøs proktosigmoiditt. **Stikkpiller:** Behandling av aktiv ulcerøs proktitt. **Pentasa Sachet: Depotgranulat:** Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. **Refusjonskode:** ICPC: **Pentasa: Depottabletter:** D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). **Rektalvæske:** D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). **Stikkpiller:** D94 Ulcerøs proktitt (-). **Pentasa Sachet: Depotgranulat:** D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). **ICD: Pentasa: Depottabletter:** K50 Crohns sykdom (-), K51 Ulcerøs kolitt (-). **Rektalvæske:** K51 Ulcerøs kolitt (-). **Stikkpiller:** K51.2 Ulcerøs (kronisk) proktitt (-). **Pentasa Sachet: Depotgranulat:** K50 Crohns sykdom (-), K51 Ulcerøs kolitt (-).
For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no.

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



PENTASA®
MESALAZIN

FERRING
PHARMACEUTICALS



Kronisk pankreatitt

Norsk veileder for diagnostikk og behandling av kronisk pankreatitt.

Veilederen viser til at vanlig dosering av fordøyelsesenzymer for et stort måltid (frokost, lunsj og middag) skal være 40 000-80 000 IE lipaseenheter. Til små måltider er dosen 25 000-40 000 IE lipaseenheter. Videre viser veilederen til at doseringen bør individuelt tilpasses pasientens kostvaner og at høyere doser kan være nødvendig i enkelte tilfeller.¹

Og, Creon 40 000 er igjen tilgjengelig!

Vi minner ellers om at vi har nettsiden www.creon.no som er åpen for både helsepersonell og pasient. På siden vil dere bl. a. finne en instruksjonsfilm om bruken av Creon. Nettsiden har som mål å bidra til økt forståelse i bruken av fordøyelsesenzymer og å sikre riktig bruk av Creon.

Indikasjon- og sikkerhetsinformasjon:

Indikasjoner: Eksokrin pankreasinsuffisiens med malabsorpsjon hos barn og voksne, ofte assosiert med, men ikke begrenset til kronisk pankreatitt, cystisk fibrose, pancreas cancer, pankreaskirurgi, gastrektomi, akutt pankreatitt, gastrointestinal bypassoperasjon (f.eks. Billroth II gastroenterostomi), obstruksjon i gallekanalene eller den felles gallegangen (f.eks. fra neoplasma), og/eller Shwachman-Diamonds syndrom. Bivirkninger: De vanligste er milde til moderate gastrointestinale forstyrrelser som vanligvis er assosiert med den underliggende sykdommen. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Forsiktighetsregler: Dårlig tarmpassasje (strikturer) i nedre del av tynntarm/ blindtarm og tykktarm (fibroserende kolonopati) er rapportert hos pasienter med cystisk fibrose som tar høye doser pankreatinprodukter. Uvanlige abdominale symptomer eller forandringer i abdominale symptomer bør likevel vurderes medisinsk for å utelukke muligheten for tarmskader, særlig hvis pasienten tar mer enn 10 000 enheter lipase/kg/dag.

Ref. 1: Særtrykk av Norsk veileder for diagnostikk og behandling av kronisk pankreatitt, NGF-Nytt nr 4. – Desember 2016



Creon 10 000, Creon 25 000 og Creon 40 000, Fordøyelsesenzymer. BGP Products. ATC-nr.: A09A A02 • Står ikke på WADA's dopingliste

ENTEROKAPSLER: Creon 10 000: Hver enterokapsel inneholder: Pankreatin tilsv. lipase 10 000 Ph.Eur. enh., amylase 8000 Ph.Eur. enh., protease 600 Ph.Eur. enh., hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksider (E 172).

ENTEROKAPSLER: Creon 25 000: Hver enterokapsel inneholder: Pankreatin tilsv. lipase 25 000 Ph.Eur. enh., amylase 18 000 Ph.Eur. enh., protease 1000 Ph.Eur. enh., hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksider (E 172).

ENTEROKAPSLER: Creon 40 000: Hver enterokapsel inneholder: Pankreatin tilsv. lipase 40 000 Ph.Eur. enh., amylase 25 000 Ph.Eur. enh., protease 1600 Ph.Eur. enh., hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksider (E 172).

Indikasjoner: Eksokrin pankreasinsuffisiens med malabsorpsjon hos barn og voksne, ofte assosiert med, men ikke begrenset til kronisk pankreatitt, gastrointestinale bypassoperasjon (f.eks. Billroth II gastroenterostomi), obstruksjon i gallekanalene eller den felles gallegangen (f.eks. fra neoplasma) og/eller Shwachman-Diamonds syndrom. **Dosering:** Tilpasses individuelt avhengig av vekt, grad av fordøyelsesforstyrrelse, sykdommens alvorlighetsgrad, kontroll av steatoré, samt sammensetningen av kosten (spesielt fettinnhold) og opprettholdelse av god ernæringsmessig status. Pasienten bør ikke avslutte behandlingen uten avtale med lege, og rapportere om steatoré og gastrointestinale problemer, da det er mulig at dosering må endres. Mange pasienter må ta preparatet resten av livet. **Cystisk fibrose:** De fleste pasientene bør ikke overstige 10 000 lipaseenheter/kg kroppvekt/dag eller 4000 lipaseenheter/gram fettinntak. Voksne, ungdom og barn >4 år: Bør starte med 500 lipaseenheter/kg/måltid. Barn <4 år: Bør starte med 1000 lipaseenheter/kg/måltid. **Tilstander assosiert med eksokrin pankreasinsuffisiens:** **Cystisk fibrose:** Den nødvendige dosen for et måltid varierer fra ca. 25 000-80 000 Ph.Eur.-enheter lipase som tilsvarer 1-3 kapsler av Creon 25 000 for et måltid, og halvparten av den individuelle dosen ved mellommåltider. **Administrering:** Det er viktig å sikre tilstrekkelig væsketilførsel hele tiden, spesielt i perioder med økt væsketap. Utilstrekkelig væsketilførsel kan forverre forstoppelse. Kapslene bør tas under eller umiddelbart etter mat. Skal svelges hele med mye væske. Skal ikke tygges eller knuses. Ved svelgesvår (f.eks. hos småbarn og eldre) kan kapslene åpnes forsiktig og minimikrosfærene blandes med sylt, myk mat (pH <5,5) som ikke krever tygging, f.eks. eplemos eller yoghurt. Minimikrosfærene kan også ev. blandes med sylt væske som fruktjuice (pH <5,5), f.eks. eple-, appelsin- eller ananasjuice. Enhver blanding av minimikrosfærene med mat eller væske må anvendes umiddelbart og ikke lagres.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Dårlig tarmpassasje (strikturer) i nedre del av tynntarm/blindtarm og tykktarm (fibroserende kolonopati) er rapportert hos pasienter med cystisk fibrose som tar høye doser pankreatinprodukter. Uvanlige abdominale symptomer eller forandringer i abdominale symptomer bør likevel vurderes medisinsk for å utelukke muligheten for tarmskader, særlig hvis pasienten tar mer enn 10 000 enheter lipase/kg/dag. **Graviditet, amming og fertilitet:** Bør gis i doser som gir tilstrekkelig god ernæring ved bruk hos gravide og ammende. **Graviditet:** Liten erfaring ved bruk under graviditet. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til gravide. **Amning:** Kan brukes ved amming da det ikke forventes effekt på diende barn. Vis informasjon om graviditet fra Norsk legemiddelhandbøk. Vis informasjon om amming fra Norsk legemiddelhandbøk.

Bivirkninger: De vanligste er milde til moderate gastrointestinale forstyrrelser som vanligvis er assosiert med den underliggende sykdommen. **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Magesmerter. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, forstoppelse, utslipp magesyre og diaré. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hud: Utslett. **Ukjent frekvens:** Gastrointestinale: Dårlig tarmpassasje (strikturer) i nedre del av tynntarm/blindtarm og tykktarm (fibroserende kolonopati) er rapportert hos pasienter med cystisk fibrose som bruker høye doser av pankreatinpreparater. Hud: Kløe og elveblest. **Immunsystemet:** Hypersensitivitet (anafylaktiske reaksjoner) og allergiske reaksjoner. **Overdosering/Forgiftning:** Overdreven bruk av pankreatin kan forårsake hyperuriksemi og hyperurikemi. Se Giftinformasjonens anbefalinger for digestiva, inkl. enzymen A09. **Egenskaper:** Klassifisering: Multienzym (lipase, amylase, protease). Virkningsmekanisme: Substitusjon av naturlige fordøyelsesenzymer. Pankreaslipase spalter fett via monoglyserider og frie fettstoffer. Pankreasenzymene amylase og protease spalter karbohydrater og proteiner til mindre enheter (di- og monosakkarider, oligopeptider og aminosyrer). Inneholder pankreatin utvunnet fra svin formulert som enterodrasjerte (syresensitiserende) minimikrosfærer i en gelatinkapsel. Kapselen løses raskt i magen og frigjør rikelig med minimikrosfærer. Dette multidosesprinkippet er konstruert for å oppnå god blanding og magetømming med chymus, samt et frisetting, en god distribusjon av enzymer inn i chymus. Når minimikrosfærene når tyntarmen, løses drasjeringen raskt (ved pH >5,5), og dermed frisettes enzymerne med lipolytisk, amolytisk og proteolytisk aktivitet for å sikre fordøyelse av fett, stivelse og proteiner. Nedbrytningsproduktene av pankreatin absorberes deretter direkte eller hydrolyseres ytterligere av intestinale enzymer.

Creon 10 000, ENTEROKAPSLER:

Styrke	Pakning Varenr.	Refusjon/yttegruppe	Pris (kr) ²	R.gr. ²
100 stk. (boks)	073224	Bilå resept Byttegruppe	*	F

Creon 25 000, ENTEROKAPSLER:

Styrke	Pakning Varenr.	Refusjon/yttegruppe	Pris (kr) ²	R.gr. ²
100 stk. (boks)	073805	Bilå resept Byttegruppe	*	F

Creon 40 000, ENTEROKAPSLER:

Styrke	Pakning Varenr.	Refusjon/yttegruppe	Pris (kr) ²	R.gr. ²
100 stk. (boks)	150396	Bilå resept Byttegruppe	*	F

Sist endret: 13.11.2017
(priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag).
Basert på SPC godkjent av SLV: 18.11.2017

¹Gjelder forhåndsgodkjent refusjon. For informasjon om individuell stønad, se HELFO. ²Pakninger som selges uten resept er angitt med stjerne * i kolonnen Pris. Det er fri pristilrette for pakninger som selges uten resept, og maksimal utslippspris kan derfor ikke angis. ³Reseptgruppe. Utleveringsgruppe.