



Tema:
**NGFs (45)
årsmøte 2018
s. 8**



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

SeHCAT test remains the clinical gold standard in diagnosing BAD

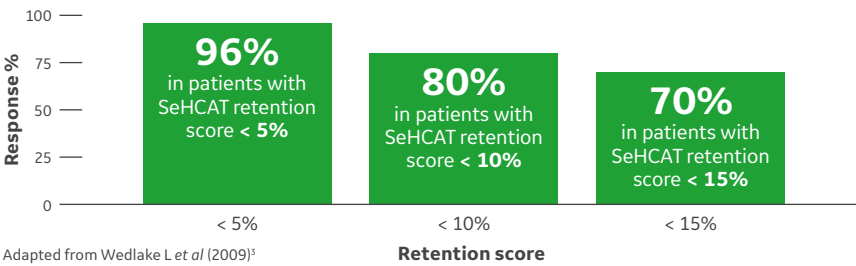
- A review article published by Gastroenterologists at Sahlgrenska University Hospital (Sweden) concludes: *BAD is common, and likely under-diagnosed. BAD should be considered relatively early in the differential diagnosis of chronic diarrhoea.*¹
- A pathway from Coventry University Hospital (UK) shows 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 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 nytt 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-nyttts hjemmeside: www.gastroenterologen.no
Forsideillustrasjon: Roald Flesland Havre
Layout, annonsesalg og produksjon: Cox Oslo AS www.cox.no

INNHold

5	Redaktørens hjørne
7	Lederen
	Tema
8	NGFs (45) årsmøte 2018
10	Referat fra Generalforsamling
11	Årsrapport 2017
15	HLA-DQ-gluten tetramer-basert blodprøve har høy diagnostisk nøyaktighet for cøliaki selv uten inntak av gluten
18	Årsrapporter Interessegupper NGF 2017
21	Lørdagssymposiet 2018: Nevrogastroenterologi
24	Premier for beste abstrakt – Lillehammer 2018
25	Tildeling av midler til forskning fra NGFs Forskningsfond 2018
28	Fruktaner gir symptomer hos personer med selvrapportert ikke-cøliakisk glutensensitivitet – ikke gluten
29	Alkoholassosiert dysbiose?
30	Inflammatory Bowel Disease of South-Eastern Norway – IBSEN III-studien

Nytt fra fagmiljøene

34	Faglig veileder for utredning og behandling av hepatitt B
36	Møterapport: Amsterdam Live Endoscopy 2017
39	NGF-nytt på nytt: «Go with the flow charts»
40	SADE-møtet 2018:
	Øsofagus- fra dignostikk til avansert endoskopisk terapi
41	FUXX – Unge gastroenterologer i NGF
42	Surmaget

Faste spalter

43	Gastronet: Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister
46	Norge Rundt: Gastroseksjonen ved UNN, Tromsø
50	Portrettet: Portrettintervju med Trygve Hausken
52	Pauls hjørne: QVARANTINE
54	Bilde quiz
55	Snublefot: «Tarmregulering»...
56	Blinkskuddet: Tålmodighet er en dyd

Stipender

Møter og konferanser



s. 34: HBV veilederen
Asgeir Johannessen MD PhD



s. 41: FUXX – Unge gastroenterologer i NGF



s. 46: Norge Rundt: Tromsø



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

KJÆRE LESERE

Velkommen til årets første nummer av NGF-Nytt. Hovedtemaet er som det bør være, dedikert til årsmøtet på Lillehammer. Her vil dere finne mye praktisk og nyttig informasjon.

Årsrapporter og referater fra foreningens generalforsamling samt fra våre interessegrupper. Nyttig og inspirerende informasjon for nye søkere er å finne blant årets abstraktvinnere samt tildeling fra NGFs forskningsfond.

Enkelte arbeider har vi valgt ut for å presenteres mer i detalj på grunn av at temaet var spesielt interessant og/eller at kvaliteten på presentasjonen var god. Neurogastrenterologi var hovedtema på selve lørdagssymposiet og dette kan man lese mer om i Roald Flesland Havre sin sammenfatning.

I spalten «Norge Rundt» besøker vi verdens nordligste universitetssykehus, UNN Tromsø.

Portrettet fører deg til en fanebærer innen funksjonelle mage-tarmlidelser, samt abdominal ultralyd. Les mer om hvem det kan være under Portrettet.

I «Nytt fra fagmiljøene» gir Asgeir Johannessen, overlege, ved infeksjonsmedisinsk avdeling, Sykehuset i Vestfold innsyn i den nye veileder for hepatitt B, se under: Faglig veileder for utredning og behandling av hepatitt B. Det er verdt å notere seg at den kan leses eller lastes ned fra foreningen hjemmeside hvor man også kan få mye annen interessant informasjon.

Geir Hoff sluttet i sin funksjon som leder av fagrådet i Gastronett ved årsskiftet, les mer under «Gastronett.» Renée Fjellanger har sent inn årets første quiz. Vi får tro at redaksjonen har lært av redaktørens siste quiz og at vi nå forventer en drøss av riktige svar. Gro Nygard Riise fører oss til en noen usedvanlig funn, les under: «Tarmregulering»....

Paul har i en skuff på museumsbiblioteket funnet et par gamle lover. Les mer om dette i "Pauls hjørne"

Forsidebildet. Vår meriterte hobbyfotograf Roald F. Havre, har nå klart å kombinere flere av sine lidenskaper, natur, fysisk utfoldelse samt bildeestetikk.

På vegne av redaksjonen, vil jeg takke alle som har bidratt til denne utgaven

Georg Dimcevski



Leverandør av utstyr til gastroenterologi

Neste generasjons fleksible endoskop fra Fujifilm

ELUXEO™
BLI-EQUIPPED

**NEW LIGHT.
MORE SIGHT.**

NEW SCIENTIFIC PORTAL:
www.bli.eu

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.

FUJIFILM

Kjære kollegaer

NGF sitt 45. årsmøte er nettopp ferdig. Vi har gjennom presentasjoner og diskusjoner fått en smakebit av alt som foregår rundt i landet og vi ser at bånd knyttes på tvers av helseregioner og foretak. Det er nettopp dette NGF er til for og det gleder oss når det fungerer. Generalforsamlingen er NGF sitt høyeste organ, der legges det føringer for hva vi skal jobbe med og hvordan vi skal jobbe. Styret takker for konstruktive innspill til hvordan vi kan jobbe og hva vi bør jobbe med også i år.

Den viktigste nyheten fra NGF årsmøtet er at vi i løpet av 2018 får etablert vårt eget «FUXX» - Fagutvalget for utdanningsleger i fordøyelsessykdommer. Sigurd Breder fra Sykehuset Innlandet har sagt seg ville til å være fungerende leder. De vil jobbe frem mot generalforsamlingen i 2019 med å etablere utvalget. Utvalget er en del av NGF og skal være et møtepunkt for leger i spesialisering og konstituerte overleger. Mange har allerede meldt sin interesse for å være med eller bidra inn i fagutvalget. Det er sikkert flere der ute som kan være interessert i et slikt forum. Dere kan sende en uforpliktende mail til Sigurd på sigurd.breder@gmail.com

Overforbruk og underforbruk av helsetjenester og hvordan man løser dette, vil være ett av styrets viktigste arbeidsområder i 2018. NGF har sammen med Legeforeningen sendt ut to korte Questbacks i januar. Vi vil

bruke svarene for å få en pekepinn på om vi jobber i den retningen medlemmene mener er viktig og om det er temaer vi har glemt. Den ene omhandlet «overforbruk av helsetjenester». Svarprosenten var lav 20 %. De fleste fritekstkommentarer omhandlet overforbruk - og underforbruk - av helsetjenester til pasienter med funksjonelle mage-tarmsykdommer. Dette er et viktig innspill til styret som vi vil jobbe videre med. Samtidig vil vi hedre Interessegruppen for neurogastroenterologi og nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarmsykdommer¹ som hadde ansvaret for årets lørdagssymposium for å sette nettopp dette på dagsorden.

Det er stor aktivitet både nasjonalt og internasjonalt. Følg med på nettsidene våre hvor vi legger ut informasjon og påmeldingslinker til årets arrangementer. Husk at vi jobber for dere og gjerne vil ha innspill til saker dere synes er viktige at vi bruker tid på.

Birgitte Seip.

NGF leder
e-post: bseip@online.no

¹ <https://helse-bergen.no/avdelinger/medisinsk-avdeling/gastroenterologisk-seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-funksjonelle-mage-tarmsykdommer>.



NGFs (45) årsmøte 2018

Inntrykk fra NGFs Vintermøte på Lillehammer 08.-10.februar 2018

Tekst: Roald Flesland Havre



Torsdag ettermiddag startet møtet med korte innlegg fra NGFs interessegrupper. Deretter fortsatte møtet med muntlig presentasjoner av abstrakter. Det var avsatt 5+2 min til hver presentasjon og man hadde fått plass til 35 presentasjoner på møtet. Første tema var spiserør og magesekk. Etter pause var det lever og pankreas og deretter tykktarm og kirurgi før middag.



Styret



Birgitte Seip



Salen

Årsmøtet var som vanlig godt besøkt.

Tradisjonen tro så sørget de eminente gastroenterologer på de forreste radene for hyppige diskusjoner og spørsmål.



Erik Schrumpf (til venstre) og Kristine Wiencke leder an som trofaste deltakere på skituren på Lillehammermøtet



Festmiddagen



Knut E.A. Lundin

Fredag morgen var skibussen på plass.

Etter lunsj fortsatte dagen med abstrakt-presentasjoner. Johannes Myrens Minneforelesning, ble holdt av Knut E.A. Lundin. Dette var i år en spennende sammenfatning av de trinn i utviklingen som har ledet frem til det vi i dag kjenner som diagnosen Cøliaki.

Festmiddagen inneholdt både utdeling av stipender fra industrien og fra NGFs forskningsfond samt premiering av beste frie foredrag under møtet. For øvrig grundig dekket av en aktiv redaksjons-fotograf. Redaksjonen gratulerer de dyktige vinnerne! Lørdagssymposiet var arrangert av interessegruppen for nevrogastroenterologi

som hadde satt sammen et engasjerende program som omhandlet ulike problemstillinger knyttet til diagnostisering, undersøkelser, behandlingstiltak og ikke minst pasientutdanning innen feltet nevrogastroenterologi. Under «Temakapittelet» finner du en mer utførlig belysning av lørdagssymposiet.

Referat fra Generalforsamling i NGF det 45. Årsmøte 2018

Fredag 9. februar 2018, Lillehammer.

Dagsorden:

1. Valg av referent og dirigent.
Dirigent som ble valgt var Einar Husebye. Referenter som ble valgt var Svein Oskar Frigstad og Ann Elisabet Østvik. Tone Aabrekkt valgt som vise-dirigent.
2. Konstituering, godkjenning av innkalling.
Generalforsamlingen ble konstituert og erklært som lovlig innkalt. Erik Schrumpf er valgt til å underskrive referat i tillegg til dirigenten. Orienteret om endring i dagsorden. Det vil bli avholdt suppleringsvalg av et styremedlem.
3. Styrets årsrapport for 2017.
Styrets årsrapport ble presentert av leder Birgitte Seip. Styret ble takket for innsatsen. Seks styremøter har vært avholdt der 125 saker har vært behandlet. Hovedsaker styret har arbeidet med har vært fagutvikling, kvalitetsarbeid, høringer til europeiske retningslinjer og arbeid med endret struktur for spesialistutdanningen. Leder fremhevet at det er flere norske representanter i internasjonale organisasjoner som gir nyttige tilbakemeldinger til foreningen. Redaksjonen i NGF-nytt fra Bergensmiljøet fikk ros for sitt viktige arbeid.
Erik Schrumpf ønsker tilføyet under internasjonalt arbeid at Tom H. Karlsen er leder i EASL. Odd Helge Gilja fremhevet at ved utarbeiding av internasjonale retningslinjer for gastroenterologisk ultralyd har Norge bidratt sterkt. Knut Lundin inkluderer at Lars Aabakken er medlem i UEG’s Council og at Knut Lundin er president i European Society for Study of Celiac disease og styremedlem i International Society for Study of Celiac Disease.
Øystein Rose oppdaterer at det i rapporten mangler to medlemmer i interessegruppen for Leversykdommer: Ragnar Eriksen og Siri Martinsen. Gunnar Qvigstad har levert skriftlig enkelte korrigeringer til årsrapporten.
Roald Flesland Havre kommenterte at 45 abstrakt ble presentert i NGF-nytt, men kun 35 abstrakt ble akseptert for presentasjon på årsmøtet. Dette ble oppfattet som uheldig. Det kom ytterligere kommentarer fra salen. Styret tar kommentarene til etterretning. Dirigent takket styret og leder spesielt for sin innsats. Årsrapporten er vedlagt referatet.
Generalforsamlingen tok årsrapporten til etterretning.
4. Legeforeningens høringer i 2017
Leder viser til at høringer er presentert i Styrets årsrapport og gjennomgikk disse. Gjennomgangen ble tatt til etterretning uten ytterligere kommentarer.

5. Rapport fra NGFs interessegrupper..
Årsrapporter fra interessegruppene ble delt ut til generalforsamlingen til gjennomlesning og enkelte punkter ble trukket frem av leder.

På oppfordring fra Legeforeningen opprettes en interesseforening for unge gastroenterologer (FUXX). Sigurd Breder har tatt på seg ansvaret å være leder for et interimstyre som sørger for at et styre formelt kommer på plass til neste generalforsamling. Årsrapporten ble tatt til etterretning.
6. Regnskap, budsjett og revisjon
Leder gjennomgikk regnskap for 2017 og budsjett for 2018 på vegne av kasserer Kay-Martin Johnsen som er i permisjon. Regnskapet er godkjent av revisor.
Generalforsamlingen godkjente regnskap under forutsetning av at revisorberetningen fremskaffes av styret. Denne vedlegges referatet.
Budsjett for 2018 ble godkjent av generalforsamlingen uten kommentarer.
7. NGFs Forskningsfond og stipendtildelinger
Leder Reidar Fossmark orienterte om NGF Forskningsfond og stipendtildelinger. Egenkapitalen i NGF Forskningsfond reduseres noe hvert år jf. årsmøtevedtak i 2013 om dannning av fondet for å redusere utgifter, revisjon og rapportering. Dersom omdanningen godkjennes av Lotteri- og stiftelsestilsynet vil årsmøtet måtte følge opp at styret bruker midlene til vitenskapelig arbeid for bekjempelse av for-døyelesessykdommer. Årsberetningen er tatt til etterretning.
8. Rapport om Scandinavian Journal of Gastroenterology.
Redaktør H.L. Waldum orienterte om tidsskriftet. Det ble mottatt 1122 manuskripter i 2017 som er høyest i tidsskriftets historie. Impact factor 2.52. Økende antall manuskripter fra Kina. Kun 19 manuskripter innkommet fra Norge, som ansees for lavt. Nordiske manuskripter har fortrinn ved at de alltid sendes til referee og hadde 70 % akseptrate. Scandinavian Journal of Gastroenterology er et fritt og uavhengig tidsskrift. Medlemmene oppfordres til å sende inn sine arbeider, bruke tidsskriftet og gjerne sende inn oversiktsartikler.
9. Rapport fra spesialitetskomiteen.
Leder for spesialitetskomiteen Kristine Wiencke orienterte om komiteens arbeid og status for ny struktur for spesialist-

utdanningen. Spesielt har det vært arbeidet med høringssvar for nye læringsmål i spesialiteten. NGF har foreslått ulike læringsaktiviteter, prosedyreliste og nasjonale kurs. Rekruttering til faget er økende, men totalt er det et rekrutteringsunderskudd. Redusert antall godkjente gastroenterologer fra 265 i 2016 til 231 i 2017. Høy grad av akademisk kompetanse 33 % med doktorgrad og kvinneandel 19 %. Spesialistkomiteen trenger nye medlemmer.

10. Valg av suppleringsmedlem til styret
Suppleringsvalg av nytt styremedlem med virketid ett år siden styremedlem Hans Wasmuth har trukket seg etter ett års virketid. Valgkomiteén har foreslått overlege Rolf Riis, gastrokirurg, AHUS. Kandidaten presenteres av professor Jørgen Jahnsen. Avtroppende styremedlem ble takket for sin innsats.
Det kom ikke inn forslag om andre kandidater.
Rolf Riis ble valgt til nytt styremedlem for 1 år ved akklamasjon.
Generalforsamlingen ble formelt avsluttet ved dirigent

11. Årets Debatt.
Dette er ikke del av den formelle generalforsamlingen. Flere saker ble diskutert.
Etter forslag fra Bjørn Moum diskusjon om hvordan interessegruppenes arbeid skal presenteres på årsmøtet. Det kom syns-

punkter fra enkelte på at leder fra interessegruppene presenterer sine rapporter. Styret arbeider videre med dette.
Erik Schrumpf fulgte opp diskusjon vedr. utvelgelse av abstrakt, jf. kommentar fra Roald Flesland Havre under styrets årsberetning. Styret forklarte hvorfor utvelgelse av abstrakt til årsmøtet har vært utfordrende og tar med seg kommentarene fra diskusjonen i arbeidet frem mot neste årsmøte.
Styret ønsker en orientering og dialog om den pågående implementering av Nasjonalt program for screening mot tarmkreft. Orientering ved Øyvind Holme, leder for screening-programmet, Kreftregisteret. Konklusjon og anbefaling fra helsedirektoratet er at screening innføres fra 2019 med gradvis utrulling over fem år med en immunologisk blodtest i avføring. En forskningsbasert implementering er foreslått ved randomisering mellom standard metode og primær koloskopi-screening. Saken ble belyst ved spørsmål og kommentarer fra salen. Det vises for øvrig til vedlagte presentasjon fra Øyvind Holme som han viste et utvalg fra under debatten.

Ann Elisabet Østvik
Referent
(sign.)

Svein Oskar Frigstad
Referent
(sign.)

Referatet er godkjent av Dirigent Einar Husebye
Arnold Berstad
(sign.)

æresmedlemmer: Sven-Erik Larssen, Hermod Petersen, Arne Skarstein, Olav Fausa, Arnold Berstad, Morten Vatn, Erik Schrumpf, Arne Rosseland.

SAKER BEHANDLET I STYRET

Fagutvikling

- Planlegging og gjennomføring av årsmøtet.
- Kartlegging av struktur for fagutvikling innen gastroenterologi nasjonalt, regionalt og lokalt og aktiv rekruttering av norske representanter til europeiske fora.
- Økt bruk av kvalitetsregistre innen endoskopi og gastroenterologi og hepatologi

ÅRSRAPPORT 2017

NGF-styret

Birgitte Seip, leder * Øyvind Holme, nestleder * Kay-Martin Johnsen, kasserer * Christine Slinning sekretær * Margit Brottveit, programansvarlig årsmøtet * Hans Wasmuth, høringsansvarlig * Kristine Wiencke, medlem, leder spesialitetskomiteen

Det ble avholdt 4 styremøter våren og 2 styremøter høsten 2017 der 125 saker har vært behandlet. Alle styremøter er referatført. Mange henvendelser og saker blitt bearbeidet mellom møtene på e-post. Oppgaver har blitt fordelt blant styremedlemmene og samarbeidet i styret har vært godt. Økonomisk har styret fulgt de føringer som årsmøtet la til grunn, hvor det fagmedisinske kontingenttilskudd er basert på ca. ordinære medlemmer som gir et grunntilskudd fra legeforeningen for 2017. Høringene som høringsansvarlig og leder har oppfattet som aktuelle for NGF har blitt diskutert på e-post eller i styremøter og svart opp av høringsansvarlig.

Styret har selv stått for all sekretariatsfunksjon i sitt arbeid og alle forberedelser til årsmøtet. Kasserer har vært ansvarlig for utbetalinger og innkrevinger, samt den kontinuerlige kontroll med balanse-regnskapet, mens eksternt innleid regnskapsbyrå (Azets Insight AS tdl. Visma Services AS) står for årsregnskap og RSM Hasner Kjelstrup & Wiggen AS for revisjon.

ØKONOMI OG MEDLEMMER

TALL PR 01.02.17 Totalt antall medlemmer økte til 377 fra 362 i 2016. Antallet spesialister gikk ned fra 258 til 237, 91 er medlemmer i YLF, 81 er medlemmer uten spesialitet. Det er 64 assosierte medlemmer. NGF har 8

- Bruk av Norsk pasientregisterdata i kvalitetsforbedringsarbeid i klinikken
- Utvikling av spesialistutdanningen
- Utdanningskapasiteten og strukturert opplæring i gastroenterologisk endoskopi.
- Levermøtet i Oslo 16.mars 2017. «Leversykdommer i ung alder» ble arrangert av Interessegruppen for leversykdommer.
- Nasjonalt møte for Funksjonelle tarm-sykdommer ble arrangert for 3.gang 15.mars i samarbeid mellom Interesse-gruppen og Nasjonalt kompetansesenter for funksjonelle mage-tarm-sykdommer.
- IBD symposium 15.september i Oslo arrangert av Interessegruppen for inflammatoriske tarmsykdommer.

GUIDELINES OG RETNINGSLINJER

- ESGE retningslinjer publisert i 2017: Technical aspects of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology: ESGE Technical guideline- March 2017. Endoscopic management of Barret’s esophagus: ESGE Position statement, Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): ESGE
- Nasjonal veileder for behandling av Hepatitt B, Interessegruppen for lever-sykdommer
- Nasjonalt kvalitetsregister for gastro-intestinal endoskopi, Gastronet kolo-skopi, ERCP og Endoskopisk ultralyd (samarbeid mellom intressegruppen for ultralyd og interessegruppen for endoskopi).

HØRINGER

- Læringsmål for LIS 2 og 3 Støtter spesifiserte læringsmål. Jobbet sammen med spesialitetskomiteen om høringssvar.
- Norsk forening for funksjonell og integrert medisin -Søknad ved Fedon Lindberg. Symbiose mellom vestlig medisin og alternativ medisin. Vi støttet ikke forslaget om denne foreningen.
- Høring om tema til Landsstyrebatten: Forslag: Internett-medisin
- Norsk hodepineselskap – Anbefalt at de ikke kaller det selskap.
- Non-cøliaki glutenintoleranse forespør-sel fra NAV Oslo om høringssvar. Ikke besvart, da vi ikke mente NGF var riktig høringsinstans for denne institusjonen.

ANNET

- Samarbeid med Norsk Forening for Gastroenterologisk Personell (NFGP) hadde sitt årsmøte parallelt på samme hotell.
- Tildeling av reise- og forsknings-stipender fra industri og NGF.
- Rekruttering - indremedisinsk høst-møte, representasjon UEG general-forsamling og ungdomsgruppe, NGF Fondsstyre, Interessegruppen for IBD
- Økonomistyring, informasjonskanal for medlemmer og oppdatering av Lege-foreningens hjemmeside og gastroenterologen.no
- Økonomisk garantist for levermøtet som også i 2017 gikk med økonomisk overskudd
- Økonomisk garantist for IBD symposiet, som i 2017 gikk med økonomisk underskudd

NGFS FORSKNINGSFOND (2017-19)

Reidar Fossmark (leder), Kay-Martin Johnsen (nestleder), Johannes R Hov, Arne Christian Mohn, Roald Flesland Havre, Ann Elisabet Østvik (statens representant)

VALGKOMITE NGF (2016-)

Roald Torp (leder), Esben Riise, Tom Øresland.

MØTER/REPRESENTASJON

NGF’s 44. årsmøte fant sted på Lillehammer februar 2017. Det var 44 innsendte abstracts, disse ble redusert til 37, da dette gir best flyt i møtet. To abstracts ble refusert, den øvrige prioriteringen ble gjort av NGF styret i samarbeid med innsendere. Temamøtet ble arrangert av NGFs Interessegruppe for Endoskopi.

Representasjon: Train the Colonoscopy Trainers (Interessegruppen for Endoskopi), SADE møtet i Oslo (Interessegruppen for endoskopi), ECCO møtet i februar (Interessegruppen for IBD), EASL i april (Interessegruppen for leversykdommer), DDW i mai og UEGW i Barcelona i oktober var alle godt besøkt med norske deltagere og med norske presentasjoner. Det er nedsett en arbeidsgruppe som skal utarbeide nasjonale retningslinjer for Hepatitt B, Interessegruppen for leversyk-dommer har utnevnt Jon Willy Haugland som sin representant i dette utvalget.

KOMITEER OG UNDERGRUPPER

Spesialitetskomité i fordøyelsessykdommer 2016-2017:

Kristine Wiencke (leder) • Geir Folvik (medlem) • Drude Taran Soberg (medlem) • Kjetil Garborg (LIS) • Tone Søberg (varamedlem 2016-vår 2017, medlem 2017-) • Magne Buset (varamedlem 2016-vår 2017, medlem 2017-) • Eivind Ness-Jenssen (vara LIS 2016-vår 2017) • Peter Lefstad Dalsbø (vara LIS vår 2017-) •Ingrid Berset (medlem 2016-vår 2017)

Ngfs interessegruppe for nevrogastroenterologi 2016-2017:

Jostein Sauar, Sykehuset Telemark HF, avd Skien (leder 2016-),Trygve Hausken, Jan Hatlebakk, Gülen Arslan Lied og Magdy El-Salhy (Helse Vest/ UiB), Jørgen Valeur, (Lovisenberg), Per Farup (NTNU/Sykehuset Innlandet), Peter Holger Johansen (UNN), Dag Arne Lihaug Hoff. (Ålesund). Odd Helge Gilja (vara), Arnold Berstad (vara).

Ngfs interessegruppe for leversykdommer 2016-17:

Øystein Rose (leder) (2016-), Hans Lannerstedt (2016 -), Mette Vesterhus (2016 -), Morgen Hagness (2017-) Lars Karlsen (2017-). Sittet deler av perioden: Kim E. Mortensen, Aksel Foss.

Interessegruppe for ultralyd i gastroenterologi 2016-17:

Kim Nylund (leder 2016-), Jan Magnus Kvamme (2016-), Lars Aabakken (2016-), Odd Helge Gilja (2016-), Kim Ånonsen (2016-), Jens Pallenschat (2017-), Elisabeth Steinsvik (2017-). Sittet deler av perioden: Ragnar Eriksen, Tom Christian Martinsen, Trygve Hausken.

Interessegruppe for pancreassykdommer 2016-17:

Georg Dimcevski (leder), Truls Hauge, Dag Hoem, Trond Kvamme, Jan Magnus Kvamme, Trond Engjom, Anne Waage, Tom Glomsaker.

Interessegruppe for inflammatoriske tarm-sykdommer 2016-17:

Petr Rikanek (Akershus universitets-sykehus) 2014 – (leder), Gøri Perminow (Ullevål universitetssykehus), Hilde Løland von Volkmann (Haukeland universitets-sykehus) 2014 - , Marte Lie Høivik

INTERNASJONALT ARBEID

Navn		Verv	Organisasjon
Tom H Karlsen	OUS	Secretary General	European Association for Study of the Liver (EASL)
Lars Aabakken	OUS	Member research committee	Scandinavian Association for Digestive Diseases (SADE)
		Member governing board, member executive com-mitee	European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)
		Secretary General, member outreach committee - responsible of Africa	World Endoscopy Organization (WEO)
		Member endoscopy committee	World Gastroenterology Organization (WGO)
		Council member	United European Gastroenterology association (UEG)
Knut Lundin	OUS	Council member	European Society for Study of Coeliac Disease
		Council member	International Society for Study of Coeliac Disease
Jan Gunnar Hatlebakk	HUS	Council member	Scandinavian Association for Neurogastroenterolo-gy and Motility (SAGIM)
Michael Bretthauer	OUS	Council member, screening committee	WEO
		Council member, research committee	ESGE
		Council member, Quality Assurance committee	ESGE
		Council member, Screening guideline committee	World Health Organization (WHO)
Kjetil Søreide	SUS	Council member, Education and Training committee (ECT)	European Society of Surgical Oncology (ESSO)
		Council member, Programme committee	European Surgical Association (ESA)
Gunnar Qvigstad	St Olav	Member, Research Committee	Scandinavian Association of Digestive Endoscopy (SADE)
Odd Helge Gilja	HUS	President	EFSUMB
		Council member, collaboration committee	WFUMB
		Council member, Administrative concuil	WFUMB
Roald Flesland Havre	HUS	Council member, publication committee	EFSUMB (European federation of Ultrasound in Medicine and Biology)
Kristine Wiencke	OUS	Norsk delegat til Europeean board of Gastroenterolo-gy and Hepatology (CME committee)	EBGH

(Ullevål universitetssykehus) 2014-, Erik Skogestad (Lillehammer sykehus) 2014- , Kristin Kaasen Jørgensen (Akershus universitetssykehus) 2016 -, Ann Elisabet Østvik (St. Olavs Hospital) 2016 –.

Interessegruppe for gastroenterologisk endoskopi:

Thomas de Lange (leder) (2016-), Truls Hauge (2016-), Lars Aabakken (2016-),

Birgitte Seip (2016-), Christian Rushfeldt (2017-), Ellen J. Melsom (2017-), Khanh Do-Cong Pham (2017-), Gunnar Qvigstad (2017-).

SCANDINAVIAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY

Editor-in-chief fra 2016 er Helge L. Waldum sammen med Executive Editors: Lars Aabakken og Einar S. Bjørnsson, sistnevnte fra Island.

PRISER OG STIPENDER 2017

Norsk gastroenterologisk forenings forsk-ningsfond

Tildeling fra Fondet for 2017 ble utlyst i NGF-nytt nr. 3 i 2016 og på hjemmesiden med søknadsfrist 01.01.2017. Tildeling ble kunngjort av komiteen på årsmøtets generalforsamling.

OLYMPUS reisestipend på 25.000 ble fordelt likt mellom Alvide Maria Ossum,

(deltakelse ECCO 2017), Lydia Buer (deltakelse ECCO 2017) og Christine Olbjørn (deltakelse på 4. International Symposium on Pediatric Inflammatory Bowel Disease, 2017).

MYLANs stipend på 25.000 ble tildelt Georg Dimcevski for prosjektet «Optimalisering av behandling av pasienter med kronisk pankreatitt for å unngå underernæring».

TILLOTTS PHARMAs reisestipend 2016 gikk til Svein Oscar Frigstad og deltakelse på IMEDEX konferanse i Florida, USA.

IPSENS forsknings- og utdanningsstipend innen nevroendokrine svulster (NET) på 35.000 ble gitt til Espen Thiis-Evensen og Jon Sponheim for gjennomføring av prosjektet «Symptomer, symptomlindring, vitaminstatus og livskvalitet hos pasienter med nevroendokrin tynntarmskreft».

Janssens forskningsstipend på 60 000 kroner ble fordelt på 3 vinnere Maya Olaisen, Ph.D stipendiat, NTNU «16Sr RNA sekvensering av mikrobiomet I jejunal mukosa hos pasienter med tynntarms Crohn».

Asle W. Medhus dr.med. OUS. «Probiotics as adjuvant therapy in UC patients with different treatment regimen – clinical intervention with a translational research approach».

Marte Lie Høivik, på vegne av IBSEN gruppen «Identifisering av diagnostiske, prognostiske og prediktive biomarkører i mikrobiomet til nydiagnostiserte, behandlingsnaive IBD-pasienter, ved innhenting av avføringsprøver fra 2000 nydiagnostiserte, behandlingsnaive IBD pasienter» (Utstyr: PSPR Spin Stool DNA sampling tubes).

NGF'S ÅRSMØTE PRISER 2017
Bedømmelseskomiteen bestod av Martin Cleveland, Magne Henriksen, Marte Lie Høivik. Priser for beste vitenskapelige arbeider: Totalt 37 abstrakts ble presentert. De beste arbeidene i fire ulike kategorier fikk hver sin pris på 10 000 kroner.

BESTE ARBEID UTENFOR UNIVERSITETSSYKEHUS

«Gjennomgang av ERCP-undersøkelser i Østfold 2010–2015» Sandvei, P., Henriksen, M., Søberg, T., Næs, H., Hørtha, E., Glomsaker T. Medisinsk avdeling, Sykehuset Østfold. Gastronet sekretariatet, Sykehuset Telemark. Gastrokirurgisk avdeling, OUS Ullevål.

BESTE EKSPERIMENTELLE ARBEID

«Aktivering av Natural Killer T-celler hos mus med cholestase». Valestrand, L. Berntsen, N.L. Fosby, B.4, Karlsen, T.H. Line, P.D., Jiang, X. Melum, E. Norsk senter for PSC, Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet, Institutt for indremedisinsk forskning, Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet. Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Seksjon for transplantasjonskirurgi, Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet, Seksjon for gastromedisin, Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet.

BESTE PRESENTASJON

«Dødelighet ved reflukssykdom – Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT)». Ness-Jensen E, Gottlieb-Vedi E, Wahlin K, Lagergren J Övre GI-kirurgi, Institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska Institutet, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm, HUNT forskningssenter, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Levanger. Medisinsk avdeling, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag, Levanger.

BESTE KLINISKE ARBEID UNIVERSITETSSYKEHUS

«Direkte endoskopisk nekrosektomi (DEN) av organiserte abscesser og nekroser (WON) i pancreas». Pham, K.D.C., Havre, R.F., Waardal, K., Hoem, D., Horn, A., Viste, A. Gastroenterologisk seksjon, Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus. Avdeling for gastro- og akuttkirurgi, Haukeland Universitetssykehus. Klinisk institutt, Universitetet i Bergen.

NGF NYTT

NGFs medlemsblad har vært videreført med reklamebasert finansiering og layout. Driftsregnskapet har gått i god balanse og overskuddet dedikert forskning overføres til NGF. Bladet er distribuert i 4 nummere til alle NGF og NFGKs medlemmer, alle endoskopienheter, gastroseksjoner og sykehusbibliotek, og til alle legene som har registrert sin B-gren utdanning i gastroenterologi eller gastrokirurgi i Legeforeningen. Bladet finnes også som en nettutgave (gastroenterologen.no) med pdf-arkiv av tidligere utgaver. Det sendes også ut elektroniske nyhetsbrev som supplement til papirutgaven. Redaktør Georg Dimcevski og co-redaktører Roald Flesland Havre, Kim Nylund og Renée Fjellanger overtok stafettpinnen som NGF redaksjon i 2017. De har lagt ned et betydelig arbeide og NGF nytt har hatt høy kvalitet og formidlet mye viktig informasjon til medlemmene i året som har gått.

INTERNETT

Internettetsiden har vært drevet av styremedlemmene Margit Brottveit og Hans Wasmuth. Det har vært lagt ut flere nyhetssaker enn foregående år og bruken er økende. Siden brukes til annonsering av møter inkludert NGFs årsmøte med påmeldingslink fra hjemmesiden.

SAMARBEID MED FARMASØYTISK INDUSTRI OG UTSTYRS-PRODUSENTER

Årsmøtet arrangeres uavhengig av farmasøytisk industri, da dette er en forutsetning for at det kan gi tellende kurstimer godkjent av legeforeningen. Utstyrsleverandører kan ha utstilling under årsmøtet. Dette samarbeidet har eksistert i mange år og blir satt pris på, NGF opplever å ha et godt samarbeid med farmasøytisk industri.

Styret NGF, februar 2017:

Birgitte Seip,
Øyvind Holme,
Kay-Martin Johnsen
Hans Wasmuth,
Margit Brottveit,
Kristine Wiencke
Christine Slinning

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}
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.

Bakgrunn: Cøliaki karakteriseres av en HLA-DQ2/8-assosiert CD4+ T-celle-respons mot glutenproteiner i hvete, rug og bygg. Diagnosen er vanskelig å stille hos et økende antall pasienter som allerede har begynt på glutenfri kost (GFK). Vårt mål var å utvikle en HLA-DQ–gluten tetramerbasert blodprøve for påvisning av cøliaki uavhengig av gluteninntak.

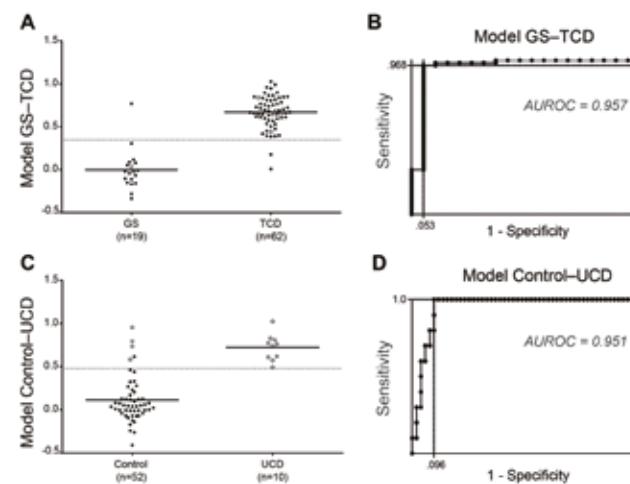
Metode: Vi produserte HLA-DQ–gluten tetramerer som vi tilsatte mononukleære celler ekstrahert fra 50 ml perifert blod fra 143 HLA-DQ2.5+ studiedeltagere (62 med cøliaki på GFK, 19 uten cøliaki på GFK [grunnet selv-rapportert glutensensitivitet], 10 med ubehandlet cøliaki på glutenholdig kost og 52 antatt friske kontroller). Prøvene ble analysert med flowcytometri der utprøverne var blindet for prøvetype (unntatt de med cøliaki på glutenholdig kost).

Resultater: Vi kombinerte flowcytometriske variabler i en modell for den HLA-DQ–gluten tetramerbaserte testen ved bruk av

multippel regresjon. Analyse for optimalisert skjæringspunkt gav en sensitivitet på 97% og spesifisitet på 95% for deteksjon av cøliaki for personer på GFK. For personer med ubehandlet cøliaki sammenliknet med antatt friske kontroller på glutenholdig kost fant vi sensitivitet 100% og spesifisitet 90%.

Konklusjon: Denne blodprøvetesten identifiserer pasienter med og uten cøliaki med høy grad av nøyaktighet, selv om pasientene er på GFK. Våre resultater tilsier at testen skal kunne erstatte glutenprovokasjon etterfulgt av tynntarmsbiopsi ved mistanke om cøliaki hos pasienter på GFK, men testen bør først valideres i en større studie.

¹ Sarna VK, Skodje GI, Reims HM, et al. HLA-DQ:gluten tetramer test in blood gives better detection of coeliac patients than biopsy after 14-day gluten challenge [published online ahead of print August 4, 2017]. Gut doi: <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2017-314461>.



Figurene er hentet fra Sarna et al. Gastroenterology 2017, gjengitt med tillatelse. Regresjonsmodeller (A og C) med optimale skjæringspunkter basert på ROC-analyse (B og D). Figurpanel A og B viser sammenlikning mellom behandlede cøliakere (TCD) og glutensensitive kontroller (GS), begge grupper på GFK. Figur C og D viser ubehandlede cøliakere (UCD) og antatt friske kontroller (Control) på glutenholdig normal kost. Åpne sirkler i GS- og kontrollgruppen er deltagere med positive cøliaki-spesifikke antistoffer i serum. AUROC; areal under ROC-kurven. Viser til opprinnelig figurtekst for flere detaljer.



Basalkurs i endoskopi

13 timer på nett pluss 5 timer simulatortrening på Rikshospitalet

Kurset anbefales for å oppfylle læringsmål om endoskopi i seks spesialiteter: Indremedisin, fordøyelsessykdommer, generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi, barnesykdommer og øre-nese-halssykdommer.

Start her: <https://nettkurs.legeforeningen.no/> eller ta kontakt: nettkurs@legeforeningen.no

XIFAXAN® 550

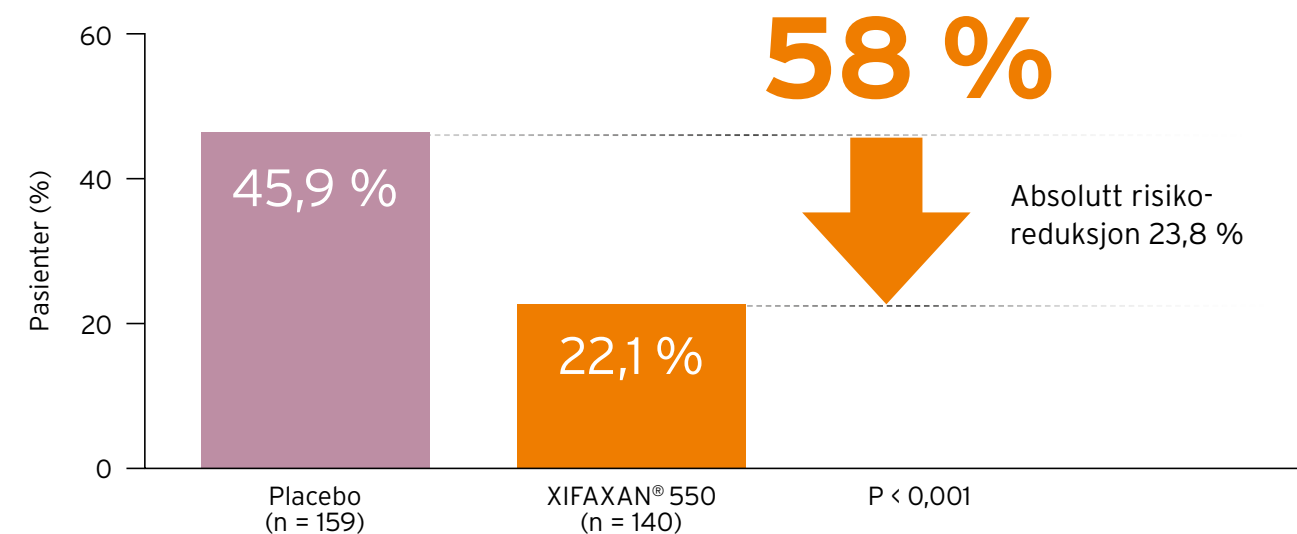
XIFAXAN® 550 mg tabletter, filmdrasjerte. **Virkestoffer:** Rifaksimin. **Indikasjoner:** Pasienter over 18 år: indisert for reduksjon av tilbakevendende episoder av manifest hepatisk encefalopati. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor rifaksimin, rifamycin-derivater eller overfor ett eller flere av hjelpestoffene. Tilfeller av tarmobstruksjon. **Advarsler og forsiktighetsregler:** En potensiell forbindelse mellom rifaksiminbehandling og Clostridium difficile-assosiert diaré (CDAD) og pseudomembranøs kolitt (PMC) kan ikke utelukkes. På grunn av manglende data og mulighet for at tarmfloraen forstyrres alvorlig, med ukjente konsekvenser, anbefales ikke samtidig administrasjon av rifaksimin og andre rifamyciner. Pasientene bør informeres om at rifaksimin, som alle rifamycin-derivater, kan forårsake rødfarging av urinen, til tross for den ubetydelige absorpsjonen av legemiddelet (under 1 %). Nedsatt nyrefunksjon: brukes med forsiktighet til pasienter med kraftig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh C) og hos pasienter med MELD-skår (Model for End-Stage Liver Disease) >25. Forsiktighet må utvises når samtidig bruk av rifaksimin og en P-glykoproteinhemmer, som ciklosporin, er nødvendig. **Bivirkninger:** Vanlige: Depresjon, svimmelhet, hodepine, dyspné, smerter i øvre del av magen, abdominal distensjon, diaré, kvalme, oppkast, ascites. Utslett, pruritus. Muskelspasmer, artralgi. Perifert ødem. Mindre vanlige: Clostridium-infeksjon, urinveisinfeksjon, candidiasis. Anemi. Anoreksi, hyperkalemi. Forvirring, angst, hypersomni, insomni. Balanselidelser, amnesi, konvulsjoner, oppmerksomhetsforstyrrelser, hypoestesi, hukommelses-svekkelser. Hetetokter. Pleural effusjon. Magesmerter, blødning fra øsofagusvaricer, tørr munn, mageubehag. Myalgi. Dysuri, pollakiuri. Ødem, pyrek-si. Fall. Sjeldne: Lungebetennelse, cellulitt, infeksjoner i øvre luftveier, rhinitt. Dehydrering. Hypertensjon, hypotensjon. Kronisk obstruktiv lungesykdom. Forstoppelse. Ryggsmerte. Proteinuri. Asteni. Kontusjon, smerter under prosedyre. Ikke kjent: Trombocytopeni. Anafylaktiske reaksjoner, angioødem, hypersensitivitet. Presynkope, synkope. Unormale leverfunksjons-tester. Dermatitt, eksem. Unormal INR (International Normalised Ratio). **Interaksjoner:** Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon kan det ikke utelukkes at rifaksimin kan redusere eksponeringen for samtidig administrerte CYP3A4-substrater (f.eks. warfarin, antiepileptika, antiarytmika, orale antikonsepsjonsmidler) på grunn av den høyere systemiske eksponeringen sammenlignet med hos friske frivillige. Både økning og senkning i internasjonalt normalisert ratio har blitt rapportert hos pasienter som fortsatte med warfarin og forskrevet rifaksimin. Dersom ko-administrering er nødvendig, bør INR monitoreres nøye både når rifaksimin er tillagt og ved eventuell seponering av rifaksimin. Det kan være nødvendig å justere dosen av orale antikoagulanter. En in vitro-studie antydte at rifaksimin er et moderat substrat av P-glykoprotein (P-gp) og metaboliseres av CYP3A4. Det er ikke kjent om samtidige legemidler som hemmer CYP3A4 kan øke den systemiske eksponeringen av rifaksimin. Potensialet for legemiddelinteraksjoner på nivå av transportsystemene er vurdert in vitro, og disse studiene antydte at en klinisk interaksjon mellom rifaksimin og andre forbindelser som gjennomgår effluks via P-gp og andre transportproteiner, er usannsynlig (MRP2, MRP4, BCRP og BSEP). **Graviditet/Amning/Fertilitet:** Graviditet: Som et forsiktighetsstiltak er det anbefalt å unngå bruk av rifaksimin under graviditet. Amning: Ukjent om rifaksimin/metabolitter blir skilt ut i morsmelk. En risiko for barn som ammes, kan ikke utelukkes. Tatt i betraktning fordelene av amning for barnet og fordelene av behandling for moren, må det tas en beslutning om amningen skal opphøre eller om behandlingen med rifaksimin skal avsluttes/avstås fra. Fertilitet: Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på fertilitet hos menn og kvinner. **Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner:** Det er rapportert om svimmelhet i kontrollerte kliniske studier. Rifaksimin har imidlertid ubetydelig påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. **Dosering:** Anbefalt dose: 550 mg to ganger daglig. Ved behandling ut over 6 måneder må man ta hensyn til den individuelle balansen mellom nytte og risiko, inkludert nytte/risiko forbundet med progresjon av hepatisk dysfunksjon. **Administrasjon:** Kan administreres samtidig med eller utenom måltider. Se mer på www.legemiddelverket.no eller www.felleskatalogen.no **Pakninger og priser:** 56 stk. Pris kr. 3104,00 pr. 14.10.2016. **Utlevering og reseptgruppe:** Resept-pliktig. Reseptgruppe: C. Blå resept: ja. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Norgine BV, Hogeihilweg 7, 1101 CA Amsterdam ZO, Holland. Basert på SmPC: 02.12.2015. NOR/XIF5/1216/0162

Indisert for reduksjon av tilbakevendende episoder av manifest hepatisk encefalopati (HE) hos personer over 18 år¹



Selv om de er hjemme, er de ikke utenfor faresonen¹

Andel pasienter som opplever en tilbakevendende HE-episode i løpet av 6 måneder.¹



Tilpasset etter Bass et al. 2010.¹

1. Bass, N.M. et al., Rifaximin treatment in hepatic encephalopathy. N Engl J Med, 2010. 362(12): p. 1071-81.

Filmdrasjert tablett 550 mg (rosa, oval, bikonveks, 10 mm x 19 mm, preget med "RX" på den ene siden). ATC-kode: A07AA11. Teksten er basert på preparatomtalen: 2016-11-24. For flere opplysninger: www.felleskatalogen.no

NORGINE and the sail logo are registered trademarks of the Norgine group of companies. Product under license from Alfasigma S.p.A. XIFAXAN is a registered trademark of the Alfasigma group of companies, licensed to the Norgine group of companies.

ÅRSRAPPORTER

INTERESSEGRUPPER NGF 2017

Interessegruppen for neuro-gastroenterologi

Medlemmer: Trygve Hausken, Jan Hatlebakk, Gülen Aslan Lied, Odd Helge Gilja (vara), og Magdy El-Salhy, alle Universitetet i Bergen, de 4 første Haukeland Universitetssykehus og sistnevnte Stord s.h. Arnold Berstad (vara) og Jørgen Valeur, begge Lovisenberg s.h. Oslo, Per Farup, NTNU og Sykehuset Innlandet HF-Gjøvik, Peter Holger Johansen, UNN, avd. Harstad, Dag Arne Lihaug Hoff. Ålesund s.h. samt Jostein Sauar, Sykehuset Telemark HF, avd Skien (leder).

Møter: Vi hadde et møte på årsmøtet. Leder hadde møte med deler av gruppa 15/11 i Bergen, og lunsjmøte med de fleste medlemmene på UEGW i Barcelona 30/10.

Aktiviteter:

1. Interessegruppen samarbeider tett med Norsk kompetansesenter for funksjonelle mage-tarmsykdommer (NKFM) <https://helse-bergen.no/avdelinger/medisinsk-avdeling/gastroenterologisk-seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-funksjonelle-mage-tarmsykdommer>. NKFM holdt todagerskurs for leger i spesialisering og allmennleger med 18 deltagere. Tilbakemeldingene var svært gode og NKFM har fått flere henvendelser i ettertid. Forskningsmiljøet har mottatt midler fra Norges forskningsråd og Helse Vest og har knyttet til seg stipendiater. Prosjektet nettbasert «Mage-tarmskole» driver pasientopplæring og går i produksjon 2018 slik at tilbudet kan bli nasjonalt tilgjengelig. Så langt har 140 pasienter vært innrullert i «Mage-tarmskolen» på nett, og 203 har deltatt ved IBS-skole ved Helse Bergen LMS. Resultatene viser at hjelp til selvhjelp resulterer i forbedring av symptomer og økt livskvalitet for den enkelte. «Mage-tarmskolen» på nett lanseres også snart (2018) som en mobil-applikasjon, dette for å nå ut med et nasjonalt lavterskeltilbud, i enda større grad. 2. Nasjonalt møte om Functional gastro-intestinal disease (FGID) ble avholdt 15.03. i Oslo Kongressenter. Oppmøtet var nesten det dobbelte av året før. Møtet har skiftet navn til

nasjonalt møte om Neurogastroenterologi. Begrepet favner videre enn FGID og innbefatter grenseflater mot annen mage-tarmsykdom. Det 4. nasjonale møtet i nevrogastroenterologi avholdes onsdag 14.03.18, dagen før levermøtet. Sted: Oslo Kongressenter. Programmet sto i NGF's julenr. Påmelding via NGF's hjemmeside. 3. IBS-skoler: Fungerer ved sykehusene; Skien (nå 5-6 skoler i året), Tønsberg, Kristiansand, Ullevål, Bergen, Stord og Ålesund. Sykehuset i Levanger gir IBS pasientene 2 samtaler med sykepleier. Kompetansesenteret prøver nå ut en spennende nettbasert skole, som vil bli omtalt på lørdagssymposiet på årsmøtet, for øvrig se nedenfor. 5. Møte om optimal bruk av endoskopisk utredning av IBS pasienter 15.11.17. Mye tyder på varierende utbytte for IBS pasienten og fastlegen i kontakten med sekundærhelse-tjenesten. Medlemmer av gruppen og medlemmer av NKGM og fastlegerepresentant. Foreløpig resultat vil bli omtalt på lørdagssymposiet og nevrologimøtet 14.10.

Jostein Sauar, Skien

Rapport fra interessegruppen for ultralyd i gastroenterologi 2017

Medlemmer i gruppen har vært: Kim Nylund (leder), Jan Magnus Kvamme, Lars Aabakken, Odd Helge Gilja, Kim Ånonsen, Gunnar Qvigstad, Elisabeth Steinsvik og Jens Pallenschat.

Formål: Interessegruppen skal fungere som nettverk og bidra til å styrke bruk av UL som diagnostisk hjelpemiddel innen gastroenterologi.

Kursvirksomhet: Mye av kurs og forskningsaktivitet foregår omkring Nasjonalt Senter for Gastroenterologisk Ultrasonografi (NSGU), Haukeland Universitetssykehus. Dnlf: Obligatorisk kurs i abdominal Ultrasonografi, 20.-22. nov 2017, Kursleder Kim Nylund og Odd Helge Gilja, 25 deltagere,

20 timer godkjent for spesialitetene fordøyelsessykdommer og allmennmedisin. Også i år har NSGU fortsatt arbeidet med å få ultralyd ut på gastromedisinske avdelinger. Det har blitt arrangert 4 regionale kurs i gastroenterologisk ultralyd. Voss sjukehus 8. mars: Transabdominal ultralyd. Ullevål 6. Juni: Leverelastografi Workshop. Ålesund sjukehus 11-12. September: Transabdominal ultralyd. Radiologisk avdeling, Rikshospitalet, 24.11.17: Workshop: Ultralyd elastografi av lever på barn.

Rikshospitalet og Ullevål sykehus har i 2017 tilbudt hospitering.

European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology (EFSUMB): Odd-Helge Gilja er past president i EFSUMB og årsmøtet ble avholdt i Ljubljana, Slovenia 21.-24. Sept. Kim Nylund og Odd Helge Gilja deltok med flere inviterte foredrag og Kim Nylund med innsendt abstrakt. Odd Helge Gilja, Trygve Hausken og Kim Nylund har som medlemmer i «Intestinal Ultrasound-task force group» under EFSUMB ferdigstilt nye retningslinjer for gastroenterologisk ultralyd ved IBD: «EFSUMB Recommendations and Clinical Guidelines for Intestinal Ultrasound (GIUS) in Inflammatory Bowel Diseases» i Ultraschall in der Medizin. Disse er nå «In Press.» Det jobbes med 4 andre papers: Transperineal and transrectal, Inflammatory disorders, Miscellaneous GI disorders and Functional GI disorders.

Nasjonalt Senter for Gastroenterologisk Ultrasonografi (NSGU). Leder NSGU: Professor Odd Helge Gilja (50 % stilling)

Reisestipend: NSGU tilbyr 3 reisestipend à 15 000,- NOK for videre- og etterutdanning i ultralyd og en hospiteringsordning for norske leger der det tilbys en 3 dagers pakke med dekning av reise og opphold i Bergen.

Undervisning: Alle medisinerstudenter i Bergen gjennomgår UL kurs i løpet av den kliniske opplæringen på 4. og 6 studieår. Det

er normalanatomi og ”knottologi” som har fokus ved disse 2 timers hands-on kursene. I januar 2018 tilbys for første gang et ukes langt elektiv ultralydkurs for legestudenter. Dette vil gå årlig og vil med tiden bli tilgjengelig for legestudenter i hele Norge.

Deltakelse på Konferanser/møter: NFUD arrangerte sitt årlige symposium i Tønsberg 3.-5. mai 2017. Odd Helge Gilja deltok som debattleder i en halvdags debatt med temaet: Ultralyd i medisinsk utdanning.

Aktiviteter 2017: Etablering av faggrupper: Interessegruppen har tidligere besluttet å etablere faggrupper slik at medlemmer med varierende interesser skal få et større utbytte av sin deltagelse i interessegruppen. I gruppen ble man enig om å jobbe med å etablere tre faggrupper for hhv. EUS, elastografi av lever og ultralyd av tarm. Kim Nylund er foreslått som leder for faggruppen ultralyd tarm, Mette Vesterhus for faggruppen elastografi av lever og Roald Flesland Havre leder for faggruppen EUS.

Kim Nylund har i 2017 søkt og fått godkjenning for to multisenterstudier for ultralyd tarm hvor medlemmer i faggruppen har blitt involvert. Gruppen ønsker å foreslå «Elastografi av lever» som tema til neste års lørdagssymposium.

Medlemmer i referansegruppen: Det tas ikke inn noen nye medlemmer i gruppen i 2018. Kim Nylund ønsker å fortsette som leder i 2018.

På vegne av gruppen, Kim Nylund, Bergen, 15.01.2018

Årsrapport for 2017, NGFs interessegruppe for lever-sykdommer

Vi er nå 7 medlemmer i interessegruppen for leversykdommer. Vi har i 2017 rekruttert Siri Martinsen (LIS ved St. Olav) og Lars Karlsen (Overlege ved SUS). Disse er etter informa-

sjon til NGF styret satt som sette kandidater frem til årsmøtet 2018. Kim E. Mortensen (UNN) gikk ut av gruppen etter Årsmøtet 2017. Vi jobber både for bred kompetanse men også geografisk spredning blant medlemmene i gruppen.

Medlemmer: Øystein Rose (leder), Vestre Viken, Bærum sykehus, Mette Næmdal Vesterhus, Haukeland Universitetssykehus, Hans Lannerstedt, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Morten Hagness, kirurg, OUS Rikshospitalet, Ragnar Eriksen, Ålesund Sykehus, Siri Martinsen – St. Olavs hospital, Lars Karlsen – Stavanger Universitetssykehus Interessegruppen har hatt kontakt per e-post i faglige spørsmål og høringer. I tillegg har gruppen hatt flere møter for å planlegge Nasjonalt levermøte 2017/18.

Det 22. nasjonale levermøtet ble arrangert på Oslo Kongressenter torsdag 16. mars med 81 påmeldte deltakere. Hovedtema var «Leversykdommer i ung alder». I tillegg til siste nytt innen hepatitt C behandling ble følgende foredrag holdt: «Transplantasjon ved malignitet i lever», «Malignitet etter transplantasjon», «NAFLD hos barn og unge», «Ernæring og leversykdom», «Ernæring etter transplantasjon», «Leversykdommer hos barn», «Transplantasjon og oppfølging av barn inn i voksenlivet». I tillegg til nasjonale foredragsholdere deltok professor Valerio Nobeli fra Childrens Hospital and Research Institute i Roma. Referat fra møtet ble publisert i NGF nytt nr. 2/2017. Deltakeravgiften var også i år 530 kr. 9 utstillere fra industrien var sponsorer. Overskuddet etter innbetalt MVA var kr. 124 894,49. Midlene settes på NGF sin konto, ¾ til forskningsformål (danner grunnlaget for stipender som deles ut via forskningsfondet til alle fagområder) og ¼ disponerer interessegruppen selv (men må sende søknad og faktura).

Det 23. nasjonale levermøtet arrangeres på Oslo Kongressenter 15. mars 2018 med tema “Nye behandlingsalternativer i hepatologien”. 6. juni arrangerte interessegruppen i sam-

arbeid med Nasjonalt senter for gastroenterologisk ultrasonografi (NSGU) workshop om leverelastografi ved Ullevål sykehus.

I arbeidsutvalget som oppdaterer veilederen for utredning og behandling av hepatitt C representerer Per Sandvei (SØF), Zbigniew Konopski (OUS), Håvard Midgard (OUS), Lars Karlsen (SUS) og Magnhild Gangsøy Kristiansen (Bodø) NGF. Utvalget har hatt flere møter i løpet av 2017.

Arbeidsgruppen som skal skrive nasjonal veileder for utredning og behandling av hepatitt B infeksjon kom med forslag til endelig versjon høsten 2017. Gruppen ledes av Olav Dalgard (AHUS). John Willy Haukeland (OUS) og Håvard Midgard (OUS) har representert NGF.

Bærum, 04.01.18, Øystein Rose for Interessegruppen for leversykdommer

Årsrapport Interessegruppen for IBD 2017

Medlemmer: Petr Rikanek (Akershus universitetssykehus, leder) 2014 -, Gøri Perminow (Ullevål universitetssykehus) -, Hilde Løland von Volkmann (Haukeland universitetssykehus) 2014 -. Marte Lie Høivik (Ullevål universitetssykehus) 2014-, Erik Skogestad (Lillehammer sykehus) 2014 -, Kristin Kaasen Jørgensen (Akershus universitetssykehus) 2015 -, Ann Elisabet Østvik (St. Olavs Hospital) 2015 -.

Norske ECCO-representanter: Marte Lie Høivik og Kristin Kaasen Jørgensen (ny)

Vi har hatt to møter i året som gikk (i juni på Ullevål universitetssykehus og i september på Oslo kongressenter), samt regelmessig kontakt via e-post. Saker som har vært behandlet har blant annet vært henvendelser fra ECCO, diskusjon av fagråd for IBD og NORBIO, samt innspill til nasjonalt handlingsprogram for tykk- og endetarmskreft.

Vi gjennomførte nasjonalt IBD-symposium 15. september 2017 på Oslo kongressenter og er godt i gang med å planlegge neste IBD-symposium, som vil finne sted 14. september 2018 på samme sted. Oslo, 03.01.18 Petr Ricanek, leder av Interessegruppen for IBD

Interessegruppe for endoskopi – Årsrapport 2017

Medlemmer: Thomas de Lange (leder), Lars Aabakken, Truls Hauge, Gunnar Qvigstad, Ellen J. Melsom, Birgitte Seip, Khanh Do-Cong Pham, Christian Rushfeldt (UNN)

Det ble avholdt 1 møte, resten av kontakten i gruppen foregikk på mail. Det er arbeidet med implementering av europeiske retningslinjer i Norge. Anbefalinger til om og hvordan dette skal gjøres ble påbegynt i 2017, og vil fortsette i 2018.

SADE (Scandinavian Association of Gastrointestinal Endoscopy) kurset “Oesophagus

from diagnosis to advanced endoscopy”. Interessegruppen for endoskopi var Scientific committee for kurset. Det er et 5-dagers kurs obligatorisk for gastrokirurger og valgfritt for fordøyelsessykdommer. Kurset har 3 dager med praksis ved forskjellige skandinaviske sentre og to dager med forelesninger. Det var flere internasjonale forelesere ved kurset. Møtet ble avholdt i Oslo, det var 230 deltagere.

Canada, februar 2018 Thomas de Lange

Interessegruppe for pancreas-sykdommer

Medlemmer: Georg Dimcevski (leder), Truls Hauge, Jan Magnus Kvamme, Trond Engjom, Anne Waage, Dag Hoem, Tom Glomsaker.

Nye og viktige saker fra året som gikk: Medlemmer av Pankreasgruppen har publisert en artikkel; Utredning og behandling av kronisk pankreatitt i tidsskriftet (Tidsskrift for Den norske legeforening), som er akseptert og vil bli publisert i løpet av 2018. I artikkelen gir

vi et oppdatert overblikk over sykdommen sammen med råd for utredning og behandling av kronisk pankreatitt.

Den nylig oppstartede felles nordisk/baltisk pankreas databasen fungerer etter hensikten, dvs. å styrke det nordisk/baltiske forsknings-samarbeidet. Databasen er per i dag verdens største. Det er i skrivende stund inkludert mer enn 1500 nye pasienter og vil være voksende ved at det planlegges å utvide samarbeidet med flere sentre i de eksisterende land samt andre nordiske/baltiske land som for eksempel Russland.

Den første artikkel er publisert i Scand J Gastroenterol. 2017 Aug;52(8):909-915. doi: 10.1080/00365521.2017.1322138. Epub 2017 May 4. The Scandinavian baltic pancreatic club (SBPC) database: design, rationale and characterisation of the study cohort. Medlemmer av Pankreasgruppen håper på genuint norsk i artikkelbidrag i løpet av dette år.

Georg Dimcevski, Bergen

Lørdagssymposiet 2018

Nevrogastroenterologi

Tekst: Roald Flesland Havre



Johan Lunding, nyvalgt leder i interessegruppen for neurogastroenterologi (tidligere funksjonelle mage-tarmlidelser), innledet dagssymposiet. Spesialisthelsetjenesten har en viktig rolle i å stille diagnosen og veilede pasienten i diettbehandling og andre tiltak for å redusere plagene, samt å kommunisere dette overfor pasient og fastlege. Vi har og et ansvar for å begrense utredningen av disse pasientene når de har gjennomført nok utredning til å stille irritable tarm syndrom (IBS)-diagnosen. Det later til at vi i mange tilfeller er bedre på å re-koloskopere enn å forklare.



Johan Lunding, overlege ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo er nyvalgt leder av NGFs interessegruppe for nevrogastroenterologi.



Magdy El-Sady fra Stord og UiB presenterte diagnostisk bruk av Roma III kriteriene for å stille diagnosen IBS.

TIL VÅRE ANNONSØRER OG STØTTESPILLERE!

Takk for at dere annonserer i NGF-nytt. Deres bidrag er en forutsetning for at bladet kan gis ut i nåværende form.

NGF-nytt har med årene gjennomgått betydelige forbedringer, både layout- og innholdsmessig. Opplaget er nå på 1300 og vi sender 4 utgaver per år til alle norske gastroenterologer og -kirurger, endoskopienheter, gastroseksjoner og sykehusbiblioteker, og til legene som er i spesialisering i fordøyelsessykdommer og gastrokirurgi.

Redaksjonen får mange positive tilbakemeldinger fra våre lesere og registrerer også en stadig økende trafikk på nettutgaven (*gastroenterologen.no*). Bladet har også blitt oppfattet som interessant for de offentlige organer Norsk Gastroenterologisk Forening samarbeider med.

Vi håper på fortsatt godt samarbeid i tiden som kommer!

Mvh Redaksjonen



Premier for beste abstrakt – Lillehammer 2018

Tekst: Roald Havre



Gry Skodje fra Cøliakiforskningsgruppen ved Rikshospitalet fikk pris for beste abstraktpresentasjon



Frode Lerang mottok pris for beste abstrakt utenfor universitetsklinikk (Sykehuset Østfold)



Vikas Sarna mottok abstraktprisen for beste arbeid fra universitetssykehus (RH)



Ann Elisabeth Østvik (NTNU) mottok prisen for beste eksperimentelle arbeid

Fire av 35 aksepterte abstrakt ble premiert ved NGFs vintermøte på Lillehammer 8-10. februar 2018. I kategorien Beste abstrakt fra Universitetsklinikk vant Vikas K. Sarna med: *HLA-DQ-gluten tetramer-basert blodprøve har høy diagnostisk nøyaktighet for cøliaki selv uten inntak av gluten.* (Sarna VK, Lundin KEA, Mørkrid L, Qiao S-W, Sollid LM, Christophersen A).

I kategorien beste arbeid fra ikke-universitets-klinikk vant Frode Lerang med abstraktet: *Langtidseffekter av anti tumor nekrose faktor behandling ved inflammatorisk tarmsykdom – et 17 års materiale fra Sykehuset Østfold.* (Lerang F, Günther E, Henriksen M, Rekvinn A, Jelsness-Jørgensen LP).

For beste eksperimentelle arbeid vant Ann Elisabeth Østvik med abstraktet: *The divergent effect of 5-ASA and cigarette smoke in ulcerative colitis versus Crohn's disease is explained by differences in expression of PPARγ in small intestine versus colon and not differences in phenotype inflammatory bowel disease.* (Østvik AE, Eriksen KS, Svendsen TD, Thorsvik S, Brønstad E, Granlund AvB, Bruland T, Bakke I, Sandvik AK).

Beste abstraktpresentasjon gikk til Gry Skodje vant med abstraktet: *Fruktaner gir symptomer hos personer med selvrapportert ikke-cøliakisk glutensensitivitet* (Skodje GS, Sarna VK, Minelle IH, Rolfsen KL, Muir JG, Gibson PR, Veierød MB, Henriksen C, Lundin KE).

Tildeling av midler til forskning fra NGFs Forskningsfond 2018

Tekst: Roald Havre



Ann Elisabeth Østvik tar imot stipendtildeling for Helene Skovdahl, NTNU/St. Olav.



Dag Sagnes fra Haukeland Universitetssykehus/UiB tar imot stipendtildeling fra Reidar Fossmark.

Det ble under festmiddagen delt ut midler til forskningsprosjekter fra NGFs Forskningsfond.

I år ble det delt ut 180.000 kr fordelt på tre mottakere. Vi mottok i alt 12 gode søknader. Tildelingen av midlene ble basert på en totalvurdering av søknadene. Det at forskningsfondet kan hjelpe PhD kandidater som allerede har lønnsfinansiering til å komme godt i gang med sine prosjekter ble også tillagt vekt. Tildelingen for 2018 fordeler seg slik:

1. Helene Skovdahl (NTNU), kr 65.000. Prosjekttittel: Epitelets immunologiske egenskaper ved Inflammatorisk tarmsykdom: kjemokinresponser i en stamcellederivert kolonepitelmodell.
2. Dag Andre Sangnes (UiB/Helse Bergen), kr 65.000. Prosjekttittel: Ultrasound-evaluated gallbladder function: impact of gut hormones and vagal neuropathy in type 2 diabetes mellitus.
3. Petr Ricanek, (OuS, Helse Sør-Øst, A-HUS) kr 50.000. Prosjekttittel: Aquaporins – new molecular markers in inflammatory bowel disease; expression, distribution, and relationship to gut microbiota.

Vi ønsker forskerne lykke til med sine prosjekter og ønsker dem velkommen tilbake med presentasjoner på fremtidige NGF møter.



Jørgen Janssen fra A-hus tar imot stipendtildeling på vegne av Petr Ricanek og stipendiat Simen Vatn fra Leder av NGFs Forskningsfonds styreleder Reidar Fossmark.

EPCLUSA[®] (sofosbuvir/velpatasvir)

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

ONE One pill, once a day^{1,a}

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

SIMPLIFIED Simplify treatment with the first single-tablet regimen for every genotype^{1,a,c}

Therapeutic indications. EPCLUSA is indicated for the treatment of chronic hepatitis C virus (HCV) infection in adults.¹

Contraindications. Hypersensitivity to the active substances or to any of the excipients. Medicinal products that are potent P-glycoprotein (P-gp) or potent cytochrome P450 (CYP) inducers (rifampicin, rifabutin, St. John's wort [*Hypericum perforatum*], carbamazepine, phenobarbital and phenytoin). Co-administration will significantly decrease sofosbuvir or velpatasvir plasma concentrations and could result in loss of efficacy of EPCLUSA.¹

Please refer to the Summary of Product Characteristics for full details of special warnings and precautions for use.¹

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 EPCLUSA offers an RBV-free, PI-free Single-Tablet Regimen option for the majority of HCV patients, excluding those with decompensated cirrhosis. For exclusion criteria please refer to SmPC. RBV is recommended for the treatment 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

^c 12-week EPCLUSA is indicated for the treatment of all genotypes recognised by EASL guidelines.^{1,2}

 **EPCLUSA[®]**
sofosbuvir/velpatasvir
400 mg/100 mg tablets

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

C Epclusa «Gilead»

Antiviralt middel.

ATC-nr.: J05A X69

TABLETTER, filmdrasjerte 400 mg/100 mg: Hver tablett inneh.: Sofosbuvir 400 mg, velpatasvir 100 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av kronisk hepatitt C-virus (HCV)-infeksjon hos voksne. **Dosering:** Behandling skal igangsettes og overvåkes 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:

Pasientgruppe ¹	Behandling og varighet
Alle HCV-genotyper uten cirrhose eller med kompensert cirrhose	Epclusa i 12 uker Tillegg av ribavirin kan vurderes for pasienter med genotype 3 med kompensert cirrhose
Alle HCV-genotyper med dekompensert cirrhose	Epclusa + ribavirin i 12 uker

¹ Anbefalingene gjelder også ved hiv-koinfeksjon samt tilbakevendende HCV etter levertransplantasjon.

Dosering ribavirin: Gis oralt, sammen med mat. *Pasienter med Child Pugh 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) og fordeles på 2 doser. *Pasienter med Child-Pugh C-cirrhose før transplantasjon eller Child-Pugh B eller C etter transplantasjon:* Startdose på 600 mg daglig, fordeles på 2 doser, som kan opptitreres 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. **Glemt dose:** Dersom <18 timer er gått siden glemt Epclusa-dose, skal dosen tas så snart som mulig og deretter tas neste dose til vanlig tid. Dersom >18 timer er gått skal neste dose tas til vanlig tid. Dobbel dose skal ikke tas. Ved oppkast <3 timer etter inntak skal en ny dose tas. **Spesielle pasientgrupper:** *Nedsatt leverfunksjon:* Ingen dosejustering nødvendig ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A, B eller C). Sikkerhet og effekt er vurdert ved Child-Pugh B-cirrhose, men ikke ved Child-Pugh C-cirrhose. *Nedsatt nyrefunksjon:* Ingen dosejustering nødvendig ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon. Sikkerhet og dosering er ikke vurdert ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (eGFR <30 ml/minutt/1,73 m²) eller terminal nyresykdom (ESRD) som krever hemodialyse. Ved kombinasjon med ribavirin, se Felleskatalogteksten for ribavirin ved Cl_{CR} <50 ml/minutt. *Barn og ungdom <18 år:* Sikkerhets- og effektdata mangler. *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 CYP450 induktorer (rifampicin, rifabutin, johannesurt (prikkperikum), 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 (potensielt livstruende) har forekommet ved samtidig bruk med amiodaron, alene eller i kombinasjon med andre legemidler som reduserer hjerterefrekvensen. Bør kun brukes sammen med amiodaron når annen alternativ behandling med antiarytmika ikke tolereres eller er kontraindisert. Hvis samtidig behandling vurderes som nødvendig skal pasienten overvåkes nøye ved Epclusa-oppstart. Pasienter med kjent høy risiko for bradykardi bør overvåkes kontinuerlig i 48 timer i egnede kliniske omgivelser. Pga. amiodarons lange halveringstid bør også pasienter som har seponert amiodaron i løpet av de siste månedene overvåkes ved oppstart. Pasienter som får kombinasjonsbehandling med amiodaron bør advares om symptomer på bradykardi og hjerteblokk, og oppfordres til å kontakte lege umiddelbart ved ev. symptomer. *Ved tidligere 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 behandlingsalternativer. *Levertransplanterte:* Behandling skal vurderes ut fra individuell fordel/risiko, da sikkerhet og effekt ikke er undersøkt. *Bruk sammen med visse hiv antiretrovirale regimer:* Økt tenofovireksponering er påvist, særlig ved bruk sammen med et hiv-regime som inneholder tenofovir og en farmakokinetisk forsterker (ritonavir eller kobicistat). Risiko/fordel ved samtidig bruk bør vurderes, spesielt ved økt risiko for nyredysfunksjon. Pasienten bør overvåkes for tenofovirrelaterte bivirkninger. Se Felleskatalogteksten for nevnte legemidler/kombinasjoner mht. nyreovervåking. *HCV/HBV koinfeksjon:* Tilfeller av HBV-reakivering, noen fatale, er rapportert under/etter behandling med direktevirkende antivirale midler. HBV-screening bør utføres hos alle pasienter før behandlingsstart. HBV/HCV-koinferte pasienter bør overvåkes og håndteres etter gjeldende kliniske retningslinjer. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

Se Kontraindikasjoner. Samtidig bruk av følgende P-gp- og CYP-induktorer anbefales ikke pga. mulig redusert effekt av velpatasvir/sofosbuvir: Okskarbazepin, rifapentin, modafinil og efavirenz. Legemidler som øker gastrisk pH forventes å redusere velpatasvirkonsentrasjonen. Antacida 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 (PPI) anbefales ikke, ev. skal Epclusa tas med mat 4 timer før PPI i en maks. dose tilsv. omeprazol 20 mg. Samtidig bruk med amiodaron kun hvis ingen andre behandlingsalternativer er tilgjengelige. Nøye overvåking anbefales. Digoksinkonsentrasjon kan øke ved samtidig bruk, og forsiktighet og overvåking av terapeutisk konsentrasjon anbefales. Ved samtidig bruk av dabigatran anbefales overvåking for tegn på blødning og anemi, inkl. koagulasjonstest. Nøye INR-overvåking anbefales ved bruk av vitamin K-antagonister, pga. forandringer i leverfunksjonen ved behandling med Epclusa. *Visse hiv antiretrovirale regimer:* 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 overvåking av statinbivirkninger iverksettes og redusert statindose vurderes ved behov.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Bør ikke brukes under graviditet. Ved kombinasjonsterapi med ribavirin, se Felleskatalogteksten for ribavirin. *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent. Risiko for nyfødte/spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Skal ikke brukes ved amming. *Fertilitet:* Ukjent.

Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Hodepine, tretthet og kvalme. Reduksjon av hemoglobin hos pasientene behandlet med Epclusa +ribavirin. Bivirkningene ved kombinasjonsterapi med ribavirin tilsv. svarer bivirkningsprofilen til ribavirin.

Overdosering/Forgiftning: Hemodialyse fjerner effektivt sofosbuvir, ekstraksjonsforhold 53 %, men sannsynligvis ikke velpatasvir som er sterkt bundet til plasmaproteiner. Se Giftinformasjonens anbefalinger for sofosbuvir J05A X15 side c og velpatasvir J05A X side c.

Pakninger og priser: 28 stk. (flaske) 491230. Pris (1 Okt 2017): NOK 190 164,20 (AUP inkl 25% MVA). Kostnadsfritt i henhold til blåreseptforskriften/smittevernloven.

Innehaver av markedsføringsstillatelsen: Gilead Sciences International Ltd, Storbritannia. For informasjon kontakt Gilead Sciences Norway AS, +46 8 505 718 00. **Basert på SmPC godkjent av SLV:** 09/2017

For fullstendig preparatomtale (SmPC) se legemiddelverket.no

REFERENCES:

- EPCLUSA Summary of Product Characteristics, September 2017.
- European Association for the Study of the Liver (EASL). J Hepatol 2017;66(1):153-194.

Fruktaner gir symptomer hos personer med selvrapportert ikke-cøliakisk glutensensitivitet – ikke gluten

Gry I. Skodje
Seksjon for klinisk ernæring, Avdeling for klinisk service, OUS. KG Jebsen senter for cøliakiforskning, UiO



Ikke-cøliakisk glutensensitivitet (non-coeliac gluten sensitivity, NCGS) betegner en tilstand som kjennetegnes ved bedring av symptomer på glutenfri kost der cøliaki er utelukket. Tilstanden er omdiskutert fordi sykdomsmekanismen er ukjent. Det finnes ikke blodprøver eller andre objektive markører for å påvise sykdommen. Dette er en utfordring både diagnostisk og behandlingsmessig.

I en del år har Rikshospitalet utført standardiserte åpne hveteprovokasjoner (omtalt i NGF-nytt 2015) for å utrede glutensensitivitet. Disse utføres ikke lenger. I hvete er det nemlig mer enn gluten som kan gi plager.

Fruktaner er en type kortkjedet karbohydrat som ikke lar seg bryte ned i tarmen. De er en undergruppe av FODMAP (fermentable oligo-, di-, monosaccharides and polyols).

Det er kjent at slike karbohydrater kan skape gastrointestinale plager hos sensitive personer. Når personer opplever at de ikke kan spise hvete har man vært rask til å utpeke gluten som problemkomponent. Fruktaner kan være årsak til plager ved irritable tarmsyndrom (IBS), og studier har vist at lav FODMAP-diett kan redusere plagene.

På Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet har vi nylig gjennomført og publisert en

studie der vi undersøkte effekten av gluten og fruktaner hver for seg hos 59 personer med selvrapportert glutensensitivitet uten cøliaki. Deltakerne spiste en quinoabasert muslibar tilsatt gluten (5.7 g), fruktaner (2.1 g) eller placebo. Studien var en dobbeltblindet, placebokontrollert provokasjon der deltakerne fikk en tilfeldig rekkefølge av de tre muslibarene.

De spiste én type muslibar i en uke, hadde pause til eventuelle plager var borte, og fortsatte med neste type muslibar i en uke helt til de hadde spist alle tre muslibarene. Alle deltakerne spiste i utgangspunktet glutenfritt og gjorde ingen endringer i kosten mens de prøvde ut muslibarene. I hver av provokasjonsukene registrerte de plager ved hjelp av spørreskjemaet Gastrointestinal Symptom Rating Scale - IBS (GSR-IBS).

Interessant nok viste resultatene at det ikke var noen forskjell i symptomer mellom uken

de spiste gluten og uken de spiste placebo. Det var bare 13 personer som hadde mest symptomer når de spiste glutenbaren. Så mange som 22 hadde mest plager når de fikk placebo, og 24 hadde mest plager i fruktan- uken. Deltakerne rapporterte signifikant mer mage-tarmplager i fruktanuken sammenlignet med gluten og placebo. Forskjellen var størst ved oppblåsthet. Rekkefølgen på provokasjonene hadde ingen betydning på utfallet.

Resultatene sår tvil om gluten som forklaring på mage-tarmplager i denne gruppen. Hos personer som rapporterer sensitivitet overfor hvete, rug og bygg er det mer sannsynlig at det er fruktaner som er årsak til plagene.

Studien ble finansiert av Extrastiftelsen Helse- og Rehabilitering og ledet av professor Knut Lundin ved Institutt for klinisk medisin, UiO. Monash University, Melbourne, Australia har vært samarbeidsinstans.

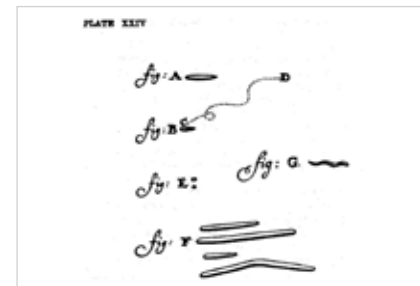
Alkoholassosiert dysbiose?



Tekst: Steinar Traaa Bjørkhaug^{1,2}, Jørgen G. Bramness^{3,4} & Jørgen Valeur¹
1: Unger Vetlesens Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo 2: Gastromedisinsk avdeling, Stavanger Universitetssykehus, Stavanger
3: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet, Brummundal
4: Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, Tromsø

Alkoholen

Alkoholbruk og spesielt overforbruk er en vanlig årsak til en rekke sykdommer (1). Tarmens mikrobiota har i senere tid blitt trukket frem som en sentral tilleggsfaktor til selve alkoholinntaket, ikke minst som patofysiologisk forklaringsmodell for utviklingen av alkoholrelaterte tilstander (fig. 1).



Figur 1. Mikroorganismer ble første gang observert og beskrevet av Anton van Leeuwenhoek (1632–1723). Denne tegningen ble publisert i Philosophical Transactions of the Royal Society i 1684. Mikroben som er gjengitt i figur B har tilsynelatende et noe forunderlig «ganglag» (C → D), og det er fristende å spekulere på om den kan være alkoholpåvirket.

Dette er et viktig forskningsfelt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, hvor en relativt stor andel av pasientene, sammenlignet med andre sektorer, har alkoholoverforbruk som komorbiditet. Vi har tidligere gjennomført en studie som omhandlet xylose pustepøver, der vi observerte at pustepøvekurvene hos pasienter med alkoholoverforbruk var annerledes enn hos pasienter med lavt alkoholkonsum (3). Forskjeller i tarmens mikrobiota er en av de mulige forklaringene bak disse funnene.

Mikrobene

16S rRNA sekvenseringsteknikk gir anledning til å kartlegge hvilke bakterier som er tilstede i tarmen. Bakteriene klassifiseres i grupper på forskjellige nivåer, billedlig tilsvarende et tre, hvor stammen svarer til «bakterie», de tykkeste grenene til

«phylum» (rekke) og de nest tynneste kvistene til «genus» (slekt). I tarmens mikrobiota er det fem slike større grener, som majoriteten av tarmens bakterier tilhører. Forskjellige sammenhenger har blitt funnet mellom hvilke bakterier som er tilstede i tarmen, og sykdomsprosesser i og utenfor tarmen. I de tilfellene hvor en patofysiologisk sammenheng er påvist eller mistenkt, forklares dette vanligvis med aktivering av immunsystemet som mellomledd. På phylum-nivå er et økt nivå av Proteobacteria regnet for å være et kardinaltegn på mikrobiell ubalanse i tarmsystemet, såkalt dysbiose (4). På genus-nivå har Faecalibacterium i flere sammenhenger blitt funnet å ha gunstige effekter på tarmhelsen, og lavt nivå av disse bakteriene er dokumentert ved inflammatoriske tilstander, fremfor alt ved Morbus Crohn (5).

Studien

Med dette som bakgrunn, planla vi en studie med mål om å kartlegge tarmhelse ved kronisk alkoholoverforbruk. Vi ville undersøke sammensetning og funksjon av tarmens mikrobiota hos pasienter med et potensielt skadelig (antall enheter >3/dag for menn og 1.5/dag for kvinner) og langvarig (>10 år) alkoholkonsum. Forsøkspersonene ble inkludert fra fortløpende innlagte pasienter på sykehuset. Til sammenligning inkluderte vi en kontrollgruppe med samme demografi som forsøksgruppen, men uten alkoholoverforbruk.

Pasientene

Vi inkluderte 24 pasienter, med et gjennomsnittlig daglig inntak av ni alkoholenheter. For å undersøke mikrobiota benyttet vi avføringsprøver, og alle de inkluderte gjennomgikk en grundig kartlegging av ernæringsstatus. Kontrollgruppen på 18 pasienter hadde sammenlignbar sammensetning med hensyn til alder og kjønn, men et

betydelig lavere alkoholkonsum på gjennomsnittlig 0.2 alkoholenheter daglig.

Funnene

Avføringsprøvene til pasientgruppen med alkoholoverforbruk inneholdt en høyere andel av rekken (phylum) Proteobacteria sammenlignet med kontrollgruppen. Videre fant vi et lavere nivå av slektene (genus) Sutterella, Holdemania, Clostridium og Faecalibacterium. Nivået av kortkjedede fettsyrer (SCFA) var nokså likt for de to gruppene. Kartleggingen av ernæringsstatus viste forskjeller mellom gruppene for enkelte av de undersøkte variablene: vitamin C, gripestyrke og total score på skjemaet Mini Nutritional Assessment (MNA). Vi fant ikke signifikante forskjeller for de øvrige undersøkte vitaminer, muskelmasse eller andel pasienter «i fare for underernæring» vurdert ved hjelp av det samme skjemaet.

Konklusjonene

Alkoholoverforbruk var forbundet med endret sammensetning av bakterier i avføringens mikrobiota, med funn av blant annet økt mengde Proteobacteria og redusert mengde Faecalibacterium, noe som kan tenkes å påvirke inflammatoriske prosesser både i og utenfor GI-traktus. Vi tror at både alkoholinntak og øvrig næringsinntak har betydning for disse funnene. En måte å undersøke den potensielle kliniske betydningen av våre resultater, er gjennom cytokinanalyser, hvilket også er planlagt som neste del av studien.

Artikkelen er basert på abstrakt presentert muntlig på Det 45. årsmøtet i Norsk Gastroenterologisk Forening (NGF) 08–10.02.18, og ble skrevet på oppfordring fra redaksjonen i NGF-nytt. Originalartikkelen er ennå ikke publisert. Vi vil takke våre medforfattere Håvard Aanes, Asle W. Medhus, Viggo Skar, Stine Makvik, Christine Henriksen og Sudan Prasad Neupane.

Inflammatory Bowel Disease of South-Eastern Norway – IBSEN III-studien

- Første års inklusjon viser økende insidens av IBD

Tekst: Vendel Kristensen



IBSEN III er en pågående populasjonsbasert observasjonsstudie som inkluderer alle pasienter med nydiagnostisert inflammatorisk tarmsykdom (IBD) i Helse Sør-Østs (HSØ) opptaksområde i perioden 2017-2019. Kohorten følges prospektivt og det er planlagt oppfølging etter 1 og 5 år. Kliniske, demografiske, endoskopiske og pasient-rapporterte data registreres. Vi bruker standardiserte og validerte registrerings-metoder som gjør det mulig å sammenligne med tidligere nasjonale og internasjonale IBD-kohorter. Det er også planlagt kobling til nasjonale helseregistre.

Alle 20 sykehus i HSØ inkluderer pasienter i kohorten. Alle pasienter sender repeterte avføringsprøver til calprotectin- og mikrobiota-analyser. Ved tre av de største sykehusene; Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Sykehuset i Vestfold, tas det også biologisk materiale (blod, slimhinnebiopsier, urin) til biobank. Ved disse tre sykehusene inkluderes også en kontrollgruppe bestående av pasienter med tarmsymptomer hvor man ikke finner tegn til IBD eller annen organsykdom som forklarer symptomene.

I forbindelse med NGFs årsmøte på Lillehammer, ble det presentert data fra første års inklusjon. Ved utgangen av 2017 var 830 personer inkludert der 719 hadde en sikker eller mistenkt IBD-diagnose. Foreløpig hadde 180 pasienter fått diagnosen Crohns sykdom (44% menn, median alder 33 år [spredning 5-78]), 324 hadde fått diagnosen ulcerøs kolitt (55% menn, median alder 36 år [spredning 4-84]), 21 var diagnostisert som uklassifisert IBD (52.9% menn, median alder 36 år [spredning 16-68]) mens 101 pasienter var symptomatiske non-IBD kontroller. Vi har også gjort opp status på voksne pasienter (>17 år) som var ferdig Montrealklassifisert i databasen pr. 31.01.18. Her så vi at 48 % av pasientene med diagnosen Crohns sykdom hadde ileitt, 25% hadde kolitt, og 27% hadde ileokolitt. Kun 1% av pasientene hadde affeksjon av øvre gastro-

« Dette er veldig spennende resultater og viser at det er stort behov for nye insidens-tall. Internasjonale studier antyder en tilsvarende trend – insidensen av IBD øker på verdensbasis.»

intestinaltraktus. Blant pasientene med ulcerøs kolitt, fant vi 43% med proktitt, 22% med venstresidig kolitt og 35% med totalkolitt.

Våre preliminnære analyser etter ett års inklusjon viser en klar økning i forekomst av IBD. HSØ dekket ved inngangen av 2017 et geografisk område som omfatter ca. 3 millioner innbyggere. Moun



Styringsgruppen i IBSEN III-studien under ECCO 2018. Fra venstre Petr Ricanek, Randi Opheim, Vendel A. Kristensen, Marte Lie Høivik og Trond Espen Detlie. Gert Huppertz-Hauss og Gøri Perminov var ikke til stede.

et al. fant med IBSEN-studien på 90-tallet en IBD-insidens på 18.8 pr. 100.000 pr år. Dette ville tilsvart ca. 555 nye IBD-tilfeller i HSØ i 2017, altså et betydelig lavere antall enn det vi har funnet etter ett års inklusjon i IBSEN III. Dette er veldig spennende resultater og viser at det er stort behov for nye insidens-tall. Internasjonale studier antyder en tilsvarende trend – insidensen av IBD øker på verdensbasis.

IBSEN III er ikke kun designet for å estimere oppdaterte insidens-tall. Vi skal også kartlegge nydiagnostiserte og behandlingsnaive IBD-pasienter med forskjellige metoder (epidemiologisk, klinisk, psykososialt og ernæringsmessig, samt immunologisk, genetisk, epigenetisk og mikrobielt) ved diagnosetidspunkt og longitudinelt. Dette gir et unikt grunnlag for å utvikle målrettet og individualisert IBD-behandling i fremtiden. I løpet av de siste årene har det kommet nye og avanserte medikamenter som virker på forskjellige trinn i inflammasjonsprosessen ved IBD og flere medikamenter er på vei. Dette gir et stort potensiale for forbedret terapi etter nye og individualiserte behandlingsprinsipper, for eksempel ved å kombinere medikamenter med ulik effekt. Kombinasjonen av økende IBD-forekomst og endrede behandlingsprinsipper vil kunne føre til en eksplosiv økning i både medikamentkostnader og

annen ressursbruk. Det sannsynlige fremtidsscenariet med økende forekomst, økende ressursbehov og økte kostnader pr pasient vil stille store krav til helsevesenet. Det er derfor helt nødvendig å finne prediktive og prognostiske markører som kan hjelpe oss med å velge rett behandling for den enkelte pasient tidlig i sykdoms-forløpet. IBSEN III-studien er designet slik at det vil være mulig å undersøke nettopp dette.

Initiativtaker og prosjektleder for studien er overlege og forsker Marte Lie Høivik, Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus. Studien er organisert med en styringsgruppe (Marte Lie Høivik, Vendel A. Kristensen, Randi Opheim, Petr Ricanek, Gert Huppertz-Hauss, Gøri Perminov, Trond Espen Detlie), samt egne arbeidsgrupper for 1) epidemiologi og helseøkonomi, 2) pediatrik IBD, 3) mikrobiota, immunologi, genetikk og epigenetikk, 4) radiologi, 5) kosthold og 6) pasientrapporterte endepunkt (PROM).

Ta gjerne kontakt med oss i styringsgruppen hvis du har spørsmål eller innspill til studien.

Referanser: **1.** Jeppesen PB, Pertkiewicz M, Messing B, Iyer K, Seidner DL, O’Keefe SJ et al. Teduglutide reduces need for parenteral support among patients with short bowel syndrome with intestinal failure. Gastroenterol 2012;143(6):1473-81. **2.** Jeppesen PB, Sanguinetti EL, Buchman A, Howard L, Scolapio JS, Ziegler TR et al. Teduglutide (ALX-0600), a dipeptidyl peptidase IV resistant glucagon-like peptide 2 analogue, improves intestinal function in short bowel syndrome patients. Gut 2005;54(9):1224-31. **3.** Revestive Preparatomtale 10/2017, pkt. 4.1.

▼ Revestive «Shire Pharmaceuticals Ireland Ltd.»
C

Fordøylelses- og stoffskiftepreparat. ATC-nr.: A16A X08

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 5 mg: *Hvert sett inneholder:* I) Hetteglass: Teduglutid 5 mg, L-histidin, mannitol, natriumfosfatmonohydrat, dinatriumfosfatheptahydrat, natriumhydroksid, saltsyre. II) Ferdigfylt penn med oppløsningsvæske: Vann til injeksjonsvæsker. Etter rekonstituering: 1 ml inneholder 10 mg teduglutid. **Indikasjoner:** Behandling av pasienter ≥1 år med kort tarm-syndrom. Pasienten bør være stabil etter en periode med intestinal adaptasjon etter kirurgi. **Dose-ring:** 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 før 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 nedtitrering 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 ≥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 ≥1-17 år:

Kroppsvekt (kg)	Injeksjonsvolum (ml)	Kroppsvekt (kg)	Injeksjonsvolum (ml)	Kroppsvekt (kg)	Injeksjonsvolum (ml)
10-11	0,05	38-41	0,2	70-73	0,36
12-13	0,06	42-45	0,22	74-77	0,38
14-17	0,08	46-49	0,24	78-81	0,4
18-21	0,1	50-53	0,26	82-85	0,42
22-25	0,12	54-57	0,28	86-89	0,44
26-29	0,14	58-61	0,3	90-93	0,46
30-33	0,16	62-65	0,32		
34-37	0,18	66-69	0,34		

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 ClCR <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 uklår eller inneholder partikler. Skal rekonstitueres før 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, arddannelse eller fortykket vev, se pakningsvedlegg. Skal ikke administreres i.v. eller i.m. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller spor av tetrasykliner. Aktiv eller mistenkt malignitet. Malignitet i mage-tarmkanalen eller i lever- og galledsystemet i løpet av de siste 5 årene. **Forsiktighetsregler:** **Kolorektale polypper:** Koloskopi med fjerning av polypper 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 polypp 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 gjentagende tarmobstruksjon, skal behovet for fortsatt behandling revurderes. **Monitorering:** SBS-pasienter skal være under nøye oppfølging iht. retningslinjer for klinisk behandling. Dette inkluderer overvåkning av tyntarmsfunksjon, galleblære, galleganger og pankreas for tegn og symptomer. Ytterligere laboratorieundersøkelser foretas og passende bildeteknikker benyttes, dersom indisert. **Hjerte/kar:** Ved kardiovaskulær sykdom bør pasienten overvåkes mht. væskeoverbelastning, særlig ved behandlingsstart, pga. økt væskeabsorpsjon. Pasienten bør rådes til å kontakte lege ved plutselig vektoppgang, hevelser i anklr og/eller dyspné. Væskeoverbelastning kan forhindres ved vurdering av behov for parenteral ernæring til rett tid. Vurderingen bør gjøres hyppigere de første behandlingsmånedene. Ved signifikant forverring av kardiovaskulær 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:** Før behandlingsoppstart bør det tas prøver for okkult blod i avføringen (FOBT) hos alle barn, deretter årlige prøver. Før behandlingoppstart 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. **Hjelpesoffer:** Inneholder <1 mmol natrium (23 mg) pr. dose, dvs. tilnærmet natriumfritt. **Bilkjøring/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 (≥1/10):** Gastrointestinale: Abdominal smerte og distensjon, oppkast, kvalme, gastrointestinale stomikomplikasjoner (anses å være tegn på effekt). Infeksiøse: Luftveisinfeksjon. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Perifert ødem, reaksjoner på injeksjonsstedet. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Pankreatitt, tarmobstruksjon. Hjerte/kar: Hjertesvikt med stuvning, rødme. Hud: Allergisk dermatitt, utslett. Infeksiøse: Influensa. Lever/galle: Kolestase, kolecyttitt. Luftveier: Dyspné, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Nevrologiske: Parestesi. Nyre/urinveier: Renal kolikk, ømhet under kostalbuen. Psykiske: Angst, søvnforstyrrelser. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Økt C-reaktivt protein. Øvrige: Brystsmerter, nattesvette. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hjerte/kar: Synkope. **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 blodgjennomstrømming, 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 tarmepitelet. **Absorpsjon:** Rask. Tmax ca. 3-5 timer etter administrering ved alle dosenivåer. Absolutt biotilgjengelighet 88%. **Fordeling:** Voksne: Tilsynelatende Vd: 26 liter. **Halveringstid:** Terminal t1/2 ca. 2 timer. Plasmaclearance ca. 127 ml/time/kg etter i.v. administrering, ekvivalent med GFR. Barn 1-17 år: Lavere AUC og kortere t1/2 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 rekonstituering:** 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. + 28 ferdigfylte pennner + 6 stempelstenger). Pris kr 214438,60 **Reseptgruppe:** C **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Shire Pharmaceuticals Ireland Ltd., Irland. **Sist endret:** 01.11.2017 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). **Basert på SPC godkjent av SLV: 10/2017**

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

Reduserer behovet for parenteral støtte ved kort tarm-syndrom¹



• Revestive øker absorpsjonsflaten ved kort tarm-syndrom, noe som gir økt opptak av væske, makro-næringsstoffer og elektrolytter i mage- tarmkanalen, samt redusert mengde stomi- eller faecesvæske.*²

• Pasienter behandlet med Revestive har signifikant redusert behov for parenteral ernæring sammenlignet med pasienter på placebo.**¹

• Revestive er indisert for behandling av barn fra 1 år og voksne med kort tarm-syndrom. Pasienten bør være stabil etter en periode med intestinal adaptasjon etter kirurgi.³

* Vist i en åpen, multisenter doseringsstudie på 17 pasienter med kort tarm-syndrom.

** Vist i en pivotal, dobbelblind, placebokontrollert fase III-studie på 86 pasienter med kort tarm-syndrom. 62,8% (27/43) av pasientene som ble behandlet med Revestive fikk redusert behovet for parenteral ernæring med 20-100%, sammenlignet med 30,2% (13/43) i placebogruppen. P= 0.002.

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 tetrasykliner. Aktiv eller mistenkt malignitet. Malignitet i mage-tarmkanalen eller i lever- og galledsystemet i løpet av de siste fem årene. **Bivirkninger:** **Svært vanlige (≥1/10):** luftveisinfeksjon, hodepine, abdominal smerte og distensjon, oppkast, kvalme, gastrointestinale stomikomplikasjoner, perifert ødem, reaksjoner på injeksjonsstedet. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** influensa, nedsatt appetitt, angst, søvnforstyrrelser, parestesi, hjertesvikt med stuvning, rødme, dyspné, hoste, pankreatitt, tarmobstruksjon, kolestase og kolecyttitt, allergisk dermatitt, utslett, artralgi, renal kolikk, ømhet under kostalbuen, brystsmerter, nattsvette, økt C-reaktivt protein. Vennligst se Revestive SPC for forskrivning for fullstendig oversikt over bivirkninger, advarsler og forsiktighetsregler.

Faglig veileder for utredning og behandling av hepatitt B

Tekst: Asgeir Johannessen, overlege, infeksjonsmedisinsk avdeling, Sykehuset i Vestfold



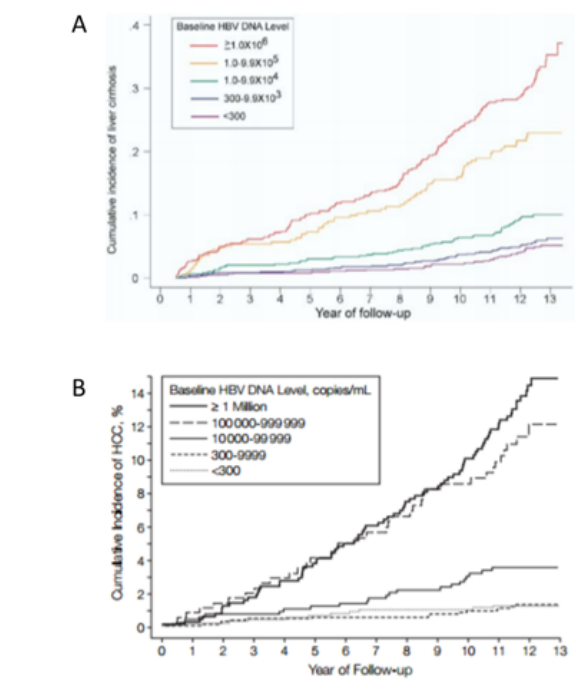
Hepatitt B er en viktig årsak til cirrhose og hepatocellulært carcinom (HCC) på verdensbasis. I Norge sees kronisk hepatitt B særlig blant innvandrere. En arbeidsgruppe oppnevnt av Legeforeningen lanserte høsten 2017 de første norske retningslinjene for hepatitt B. Gruppen har lagt vekt på at veilederen skal være praktisk og kortfattet, slik at den kan være til konkret hjelp i møte med enkeltpasienter.

Verdens Helseorganisasjon anslår at hepatitt B tar nesten 900 000 liv årlig. Den høyeste forekomsten sees i Øst-Asia og Afrika. De fleste fra disse områdene smittes som nyfødte eller småbarn, som gir høyest sjanse for et kronisk forløp. I Norge er det særlig innvandrere fra mellom- og høyendemiske land som har kronisk hepatitt B, og alle som er født og oppvokst i slike områder bør testes for HBsAg. Alle med positiv HBsAg bør henvises til spesialist for vurdering.

Den faglige bakgrunnen for de nye norske retningslinjene er dels basert på større kohort-studier, slik som REVEAL-studien fra Taiwan (1,2), og dels på tidligere publiserte kunnskapsoppsummeringer og internasjonale retningslinjer (3). Figur 1 illustrerer tydelig hvordan risikoen for både cirrhose og HCC i REVEAL-kohorten var direkte avhengig av virusmengde.

Veilederen gir svar på konkrete problemstillinger, slik som hvem som bør testes, hvilke prøver som er relevante, hvordan fibrosegrad kan bestemmes, hvordan følge opp gravide med hepatitt B, behandling ved leversvikt, og spesielle overveielser ved immun-suppresjon. Et eget kapittel er viet til screening for HCC, der veilederen anbefaler å forbeholde dette til pasienter med cirrhose, menn over 55 år med signifikant fibrose, samt evt. andre med spesielle risikofaktorer. Hos disse bør HCC-screening gjøres med ultralyd og evt. alfafetoprotein hvert halvår, mens øvrige pasienter ikke trenger rutinemessig HCC-screening. Dette innebærer en betydelig forenkling i forhold til tidligere praksis.

Det mest kontroversielle punktet har vært å enes om kriteriene for oppstart av behandling. På den ene siden er forløpet av kronisk hepatitt B ukomplisert hos de fleste, og vi vil unngå overbehandling. På den annen side vil 20-30% over tid utvikle cirrhose eller HCC uten behandling. Dette kan effektivt forebygges med antiviral



Figur 1. Risiko for A) cirrhose og B) hepatocellulært carcinom avhenger av HBV virusmengde. Adaptert fra Chen CJ et al (1) og Iloeje UH et al (2).

behandling. Tall fra det norske reseptregisteret viser at altfor få får antiviral behandling i Norge i dag. Dette skyldes både at mange aldri er testet for hepatitt B, men også at terskelen for å starte behandling tildels har vært for høy.

I de nye retningslinjene anbefales det å starte antiviral behandling hos alle med forhøyet virusmengde (>2000 IU/ml) og samtidig tegn til moderat/alvorlig leverfibrose eller leverinflammasjon

Tabell 1: Behandlingsindikasjon ved kronisk hepatitt B¹

L Leverstivhet (kPa)	HBV DNA (IU/ml)	ALAT (U/l)	HBeAg	Behandlingsindikasjon
≥11,0 ²	Påvisbart	Alle verdier	Alle verdier	Ja
8,0-10,9 ³	<2000	Alle verdier	Alle verdier	Nei
	>2000	Alle verdier	Alle verdier	Ja
<8,0	<2000	Alle verdier	Alle verdier	Nei
	2000-20 000	<80	Alle verdier	Betinget ^{4,5}
		>80	Negativ	Ja
			Positiv	Betinget ^{4,6}
	>20 000	<80	Negativ	Betinget ^{4,5}
			Positiv	Betinget ^{4,5,7}
		>80	Negativ	Ja
			Positiv	Betinget ^{4,6}

¹ Ved gjentatte målinger bestemmes indikasjonen av høyeste målte verdi (dersom denne ikke har en annen åpenbar forklaring).
² Tilsvarende ARFI ≥2,42 m/s, METAVIR F4 eller sikre radiologiske, kliniske og biokjemiske tegn på cirrhose.
³ Tilsvarende ARFI 1,45-2,41 m/s eller METAVIR F2-F3.
⁴ Følgende faktorer styrker indikasjonen for behandling: Cirrhose eller HCC hos førstegradsslektinger, mannlig kjønn, høy alder, afrikansk opprinnelse, HBV genotype C, høyt alkoholkonsum, diabetes/hypertensjon/NAFLD og koinfeksjon med HCV, HDV eller HIV.
⁵ Leverbiopsi bør vurderes ved ALAT 40-80 U/L. Hvis METAVIR ≥A2/F2, behandlingsindikasjon.
⁶ Ved HBeAg-positiv og ALAT >80 U/l i mer enn 3-12. mnd, behandlingsindikasjon. Vurder pegIFN.
⁷ Hos HBeAg-positiv menn >30 år og kvinner >40 år, vurder behandling også ved ALAT <40 U/L.

(Tabell 1). Pasienter med avansert fibrose eller cirrhose skal behandles uavhengig av virusmengde. Måling av transaminaser, HBeAg-status og virusmengde er obligatoriske blodprøver, og hos de fleste trengs flere målinger over tid før man kan fastslå om det er behov for behandling. Fibrosegrad kan vurderes tilfredsstillende med elastografi hos de aller fleste, og bare et mindretall vil trenge biopsi. Fra 2018 er prisen på generisk tenofovir disoproxil betydelig redusert. Gruppen anbefaler dette som førstevalg, dels på grunn av pris, men også på bakgrunn av lang klinisk erfaring med dette preparatet og godt dokumentert effekt (4). Pegylert interferon kan forsøkes hos spesielt utvalgte ikke-cirrotiske pasienter, fortrinnsvis HBeAg-positiv med genotype A, høy ALAT og virusmengde <100 millioner IU/ml. Med unntak av de få som får interferon-behandling, vil antiviral behandling i de fleste tilfeller være langvarig, og i prinsippet livslang. Fra høsten 2018 startes det imidlertid opp en norsk

multisenterstudie som skal studere om pasienter med HBeAg-negativ kronisk hepatitt B kan stoppe behandling etter minst 2 års full virus-suppresjon. Teorien er at dette kan trigge en immun-respons og gi serokonversjon, og dermed spare en del pasienter for livslang behandling. Studien er finansiert av Helse Sør-Øst og skal pågå i 3 år.

Referanser:
1. Chen CJ, Yang HI, Su J, Jen CL, You SL, Lu SN, et al. Risk of hepatocellular carcinoma across a biological gradient of serum hepatitis B virus DNA level. JAMA. 2006;295(1):65-73.
2. Iloeje UH, Yang HI, Su J, Jen CL, You SL, Chen CJ, et al. Predicting cirrhosis risk based on the level of circulating hepatitis B viral load. Gastroenterology. 2006;130(3):678-86.
3. European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. J Hepatol. 2017;67(2):370-398.
4. Marcellin P, Gane E, Buti M, Afdhal N, Sievert W, Jacobson IM, et al. Regression of cirrhosis during treatment with tenofovir disoproxil fumarate for chronic hepatitis B: a 5-year open-label follow-up study. Lancet. 2013;381(9865):468-75

Møterapport: Amsterdam Live Endoscopy 2017

Tekst: Kim V. Ånonsen og Lene Larssen, Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus



Kim V. Ånonsen



Lene Larssen

Amsterdam Live Endoscopy-konferansen ble som vanlig holdt en ukes tid før jul. Det er et flott sted for endoskopiinteresserte å finne julestemningen. Møtet arrangeres på Hotel Okura, som er meget fasjonabelt, og bl.a. huser hele tre restauranter med Michelin-stjerner (Ciel Bleu (to stjerner), Teppanyaki (én stjerne) og Yamazato (én stjerne)). Vi fikk demonstrert over 20 pasienter. Nytt av året var at direktesendingene av endoskopier vekslet med korte sesjoner med 15-minuttersinnlegg med «State of the art»-gjennomgang av

retningslinjer. Alle de store endoskopiorganisasjonene har produsert en rekke guidelines de siste årene. I denne rapporten oppsummeres noen av de omtalte temaene. Vi ser gjerne at omtalen pirrer nysgjerrigheten til å lese gjennom guidelines selv.¹

Duodenalobstruksjon

Studier som sammenligner stenting i duodenum og kirurgisk gastroenteroanastomose, konkluderer med at duodenalstenting er å foretrekke. Begge metodene fungerer relativt godt, men siden dette er prosedyrer som nærmest utelukkende gjøres palliativt, er den kortere LOS (length of hospital stay) av betydning for at stent velges først. Både partielt dekkede og udekkede stenter fungerer, men de sistnevnte foretrekkes nok ved de fleste sentrene pga. den reduserte migrasjonsrisikoen. Fordelene med partielt dekkede stenter er færre tilfeller av dysfunksjon og at stenten selv hindrer passasjen i lumen (impaction). Jeanin van Hooft var meget opptatt av å være streng på kostrådene (flytende/most, tygge godt), og spesielt måtte pasientene unngå å spise sopp...

På spørsmål om det er behov for profylaktisk galleveisstenting, var svaret nei. Hvis det er galleveisobstruksjon, skal man selvfølgelig forsøke å etablere drenering på forhånd. På OUS-Ullevål ser vi at radiologene legger metallstentene lenger ut i lumen enn vi gjør det endoskopisk. Dette så ekspertene ingen grunn til. Så når det var behov for galle-SEMS, la de den ca. 1.5 cm ut – som ellers.

Når det gjelder anleggelse av EUS-veiledet gastroenterostomi med LAMS (lumen apposing metal stent), egner det seg fortrinnsvis i tilfeller der de andre metodene ikke lar seg gjennomføre, eller som del av en forskningsprotokoll – på et ekspertseneter.

Duktoskopi

Vi fikk demonstrert en metode med guidewire-anlagt traksjonsballong som ble insufflert og kilt fast i galleveiene, og dermed ga forenklet tilgang med annet peroralt endoskop, f.eks. et gastroskop. Laserlitotripsi gjennom duktoskop (SpyGlass®) var meget effektivt, fikk vi se.



De norske deltakerne, som ga seg til kjenne, var Ronald Mårvik (St. Olav), Lene Larssen (OUS), Tom Glomsaker (OUS), Valery Glazkov (privatpraktiserende), Gjermund Johnsen (St. Olav) og Kim V. Ånonsen (OUS).

«EUS kan være til støtte hvis vurderingen er at man høyst sannsynlig ikke kan fjerne lesjonen endoskopisk»



Industrien stilte mannsterke i Amsterdam.

Barneendoskopi

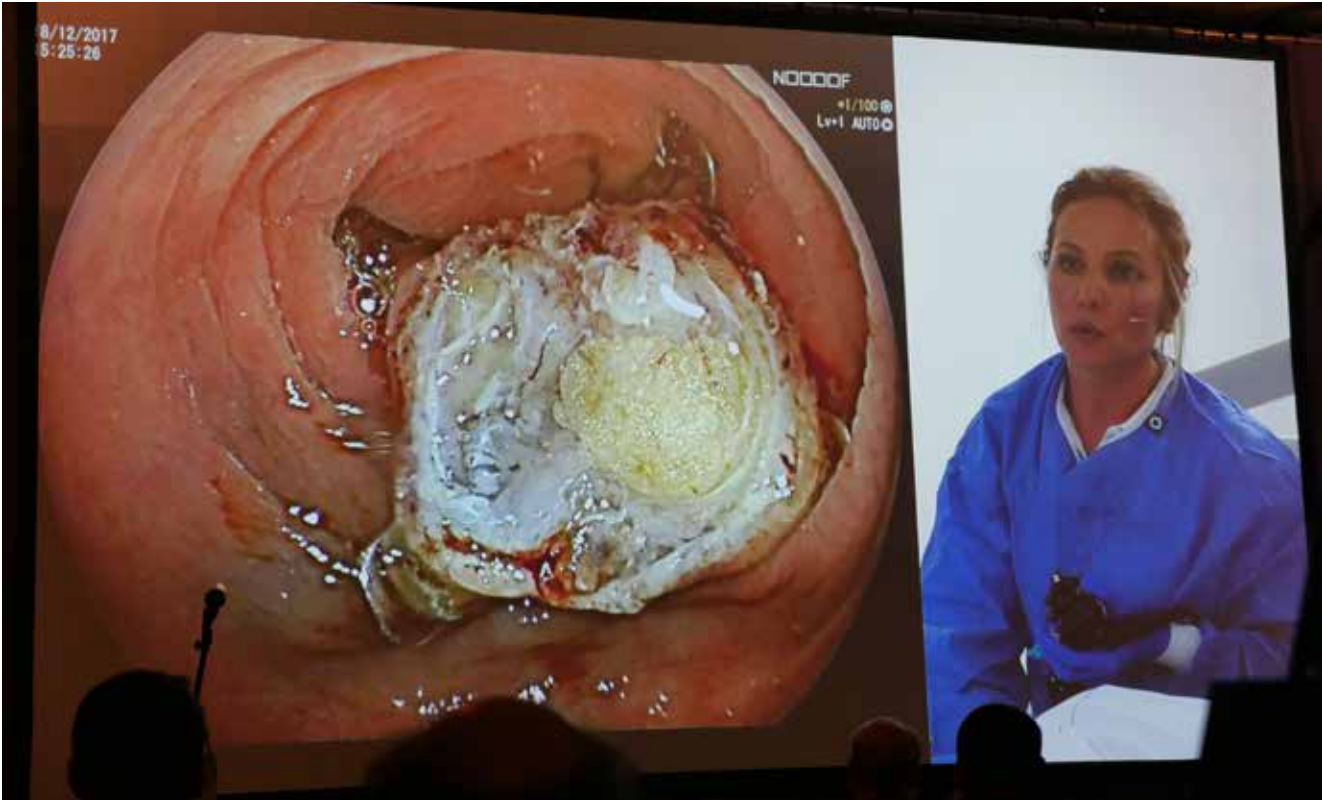
Noen hovedpunkter i de nye guidelines ble fremhevet. Ved fastsittende fremmedlegeme i spiserøret er det indikasjon for øye-blikkelig-hjelp-skopi ved uttalte symptomer som smerter eller at barnet ikke klarte å svelge eget spytt. Øvre endoskopi bør da gjøres innen to timer. Som vanlig ble vi påminnet farene med inntak av knappebatterier og magneter. Vi tror også det kan være varierende praksis i utredningen av barn med mistenkt IBD: det er anbefalt å alltid gjøre både øvre og nedre endoskopi som indeksutredning.

Endoskopisk fullveggsreseksjon av colon-polypper

Endoskopmonterte klips (OTSC) har fått flere anvendelsesområder, og det finnes nå en Ovesco-variant med påmontert slynge. Denne kan brukes til å fjerne små, maligne tumorer i colon også i sigmoideum og lenger proksimalt. Vellykket resultat ble bekreftet med synlig ekstramuralt fett i klipskjeften: "the egg sign" (bilde 3). Men husk å forebygge obstruksjon etter prosedyren. To pasienter fikk forsinket perforasjon etter eksplosive toalettbesøk.

Ampullektomi

Bakgrunn og praktisk, direktesendt eksempel ble gjennomgått. Når man skal vurdere om en polypp i ampulleområdet kan reseseres endoskopisk, er en visuell vurdering tilstrekkelig. EUS kan være til støtte hvis vurderingen er at man høyst sannsynlig ikke kan fjerne lesjonen endoskopisk. På større papilleadenomer hadde man liberal bruk av EPT, spesielt ved mistanke om intraduktal vekst. I tilfeller der dette ble bekreftet, ble det lagt en dekket metallstent som lot ductus choledochus bli innsisert etter fjerning ved kontroll et par måneder senere. Komplikasjonene er ikke overraskende blødning, perforasjon og pankreatitt. Pankreasstenting ble oftest gjort, men var ikke obligat hvis tomten f.eks. etterlot et vidåpent pancreasostie. Det ble advart mot de retroperitoneale perforasjonene som i noen tilfeller har vært fatale, og det med beskjeden klinikk i starten. En dekket metallstent kan da hindre galle å lekke ut i retroperitoneum. Pasienten legges alltid inn over natten etter en slik prosedyre, og de fikk bare innta klare væsker mtp. reintervensjon mot blødning.



The egg sign er bekreftelse på en vellykket, endoskopisk fullveggsreseksjon i colon. Utført av Barbara Bastiaansen (Amsterdam).

Severity acc. To score	True love score		Mayo score	
	Number of patients	Percent	Number of patients	Percent
Mild	14	26.9	6	11.5
Moderate	13	25	13	25.0
Severe	25	48.1	33	63.5
Severe with dysplasia				
Chi square significance	0.07		0.0001	

Posterutstillingen bidro med et nytt og svært sjarmerende klassifikasjonssystem.

Generelt ved polypper i duodenum kan man i noen tilfeller bruke flere sesjoner på å gjøre reseksjonen komplett. Det er mindre tendens til arrdannelse/stenose i duodenum enn f.eks. colon, og ofte er løfting uproblematisk selv i områder hvor det er gjort tidligere polypektomier.

Duodenalpolypper ved FAP

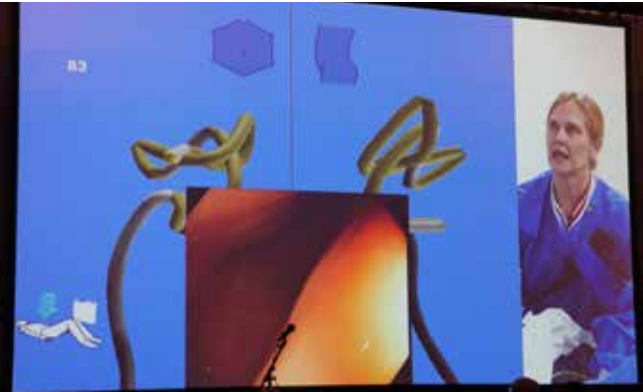
Livsløpsforekomsten er 100 %, men cancerforekomsten er 4-10 %. I ett materiale sto duodenalcancer for 3.1 % av mortaliteten. Spiegelmann-klassifikasjonen ble anbefalt for å planlegge

kontrollintervall. Etter bekreftet fjerning av store adenomer er en nedgradering av Spiegelmann mulig, med påfølgende økte kontrollintervaller. Biopsifrekvensen kan være relativt konservativ da den endoskopiske vurderingen av polyppene er rimelig pålitelig. Man har enda ikke tilstrekkelig evidens for at medikamentell profylakse mot polypdannelse er nyttig, men flere studier pågår og noen av disse kan gi et gunstigere klinisk forløp for FAP-pasienter i fremtiden.

Ved selve endoskopien ble det anbefalt å gå helt til Treitz' ligament, bruke cap og barnekoloskop. Denne kombinasjonen gir tilfredsstillende oversikt hos de fleste pasientene.

Colonpolypper

Retningslinjene ble gjennomgått og for små polypper, under 1 cm, ble den kalde slyngens fortreffelighet igjen understreket. For stilkede polypper med hode over 2 cm eller stilk bredere enn 5 mm ble det anbefalt å gjøre blødningsforebyggende tiltak med f.eks. adrenalininjeksjon i stilken eller bruk av hemostaseslynge eller klips. For å avgjøre om en polyp er enkel eller vanskelig å fjerne foreligger det et skåringssystem (SMSA) som differensierer polyppene i fire vanskelighetsgrader. Som vanlig er det nyttig med selvinnsikt før man starter en vanskelig polypektomi. Spør deg selv: er jeg dyktig nok, har jeg riktig utstyr, er den utførte utredningen tilstrekkelig og har jeg tid?



Utvilsomt en vanskelig skopi (eller bare en vanskelig skopguide). Her ved Siwan Thomas-Gibson (London).

RFA

Bruk av RFA (radiofrekvensablasjon) med patch på større eller tykkveggede GAVE-områder (gastric antral vascular ectasia) ble angitt som et godt alternativ til APC.

Patch er også velegnet for å oppnå fullstendig, sirkumferensiell Barretts-ablasjon i den øsofagogastriske overgangen, et yndet sted for residiver, og ofte dårlig kontaktflate med 360-graders probe.

Gallegangssteiner

Debatten om disse er nok ikke lagt død med siste retningslinje fra ESGE, men anbefalingen er at ved gallesteinspankreatitt og fortsatt kolestase, bør man gjøre ERCP innen 72 timer. Pasienter med asymptomatiske gallesteiner bør tilbys steinsanering med ERCP, jf. tall fra svenske Gallriks, men vi vil nok fortsette å utøve skjønn på de aller eldste og komorbide pasientene hos oss. Og hos Billroth 2-opererte: når du ikke papillen med duodenoskopet, kan du med hell ty til rett frem-optikk. Prosedyren blir allikevel oftest vellykket, og perforasjonsfrekvensen er nok også lavere enn med sideoptikk. Intervensjonsradiologen er alternativ 3.

Endoskopisk suturmaskin

Det ble naturligvis utført en POEM-prosedyre (peroral endoskopisk myotomi), og ostiet ble lukket uten klips. Med suturmaskin brukte Greg Haber litt over 11 minutter inkludert pedagogiske innslag på å lukke mucosadefekten over den submukosale tunnelen.

ESD

Til sist må det nevnes at fenomenet Yutaka Saito fra Tokyo gjorde en rekke store endoskopiske submukosale disseksjoner – i de fleste segmenter av mage-tarm-kanalen – og med strålende resultater både med tanke på radikalitet og hemostase. Traksjon på preparatet med tanntråd og klips var som tatt fra repertoaret til McGyver.

Referanse:
<http://www.esge.com/esge-guidelines.html>

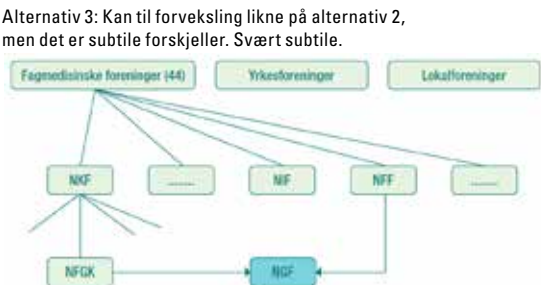
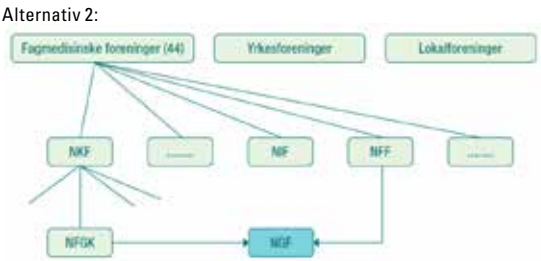
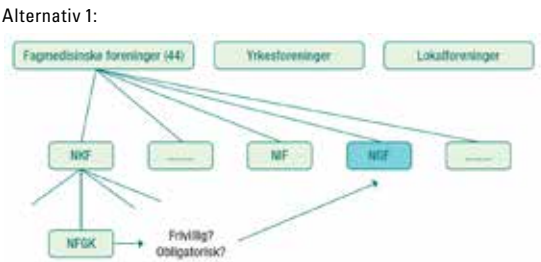
NGF-nytt på nytt

-et skrått tilbakeblikk på nær fortid

Nr 1 jan 2006

«Go with the flow charts»

Det er ikke bare helseforetakene som omorganiseres. I 2005 ble legeforeningen omorganisert og vi gikk fra å ha spesialforeninger til å få fagmedisinske foreninger. I den forbindelse presenterte NGF-nytt de ulike alternativene en slik omorganisering kunne få. Vi viser de på nytt og utlyser samtidig en konkurranse. Hvilket alternativ endte vi opp med? Alle skikkelige omorganiseringer kan presenteres som flow charts. Her følger de ulike alternativene:



Alternativ 4: Mangler flow chart og ble selvfølgelig aldri vedtatt. Du kan se bort fra dette alternativet

Svaret kan sendes til NGF-nytt på nytt redaksjonen.

Vinneren vil få tilsendt en innbundet kopi av FOU-rapporten: «Samhandlingsreformens konsekvenser for pleie- og omsorgstilbudet i kommunene» publisert i 06.03.2015. Det er en forutsetning at vinneren forklarer innholdet i rapporten for medlemmene i redaksjonen.

SADE-møtet 2018: Øsofagus- fra dignostikk til avansert endoskopisk terapi

Tekst: Roald F. Havre og Anna Stein



Anna Stein



Roald F. Havre

SADE møtet 2018 ble arrangert i Norge like ved Gardermoen på Scandic Oslo Airport 18.-19. Januar. Møtet samlet ca. 200 deltakere fra hele Skandinavia. Flere deltakere hadde da også tilbragt 3 dager i praksis på ulike endoskopisentre i de Skandinaviske landene hvor det var lagt opp til praksis med endoskopiske teknikker tilpasset den enkelte deltakers erfaringsnivå. SADE møtet 2018 hadde et faglig sterkt program og befester dette kurset som en viktig arena og møteplass både for leger og sykepleiere innen gastroenterologisk endoskopi, men også for utstyrsleverandører.

Torsdagen var i år viet til diagnostikk og oppfølging av Barrett's øsofagus, staging og behandling av øsofagus cancer, både endoskopisk, kirurgisk og palliativt. Foredrag om anatomiske landmerker ved endoskopisk undersøkelse av Thomas de Lange fra OUS og om metoder for deteksjon av dysplasi i Barretts slimhinne av Francisco Baldaque de Silva fra Karolinska Sjukhuset ga en god oversikt over fremgangsmåten ved endoskopisk screening-undersøkelse og tilgjengelige hjelpemidler for å oppdage Barretts-dysplasi. Skylling med eddikblanding og inspeksjon med NBI kan være nyttig, men kvadrantbiopsier i tillegg til dette er fremdeles indisert for å fange opp dysplasi tidlig. Jens Vogt fra Århus hold et tankevekkende foredrag om guidelines for Barrett's-oppfølging og etterlevelse av disse i Danmark.

Kjersti Aasand gjennomgikk TNM stadietvurdering versjon åtte. Raf Bisschops fra Leuven i Belgia bidro ikke minst med et foredrag om endoskopisk behandling av dysplasi og tidlig cancer i øsofagus. Vi vil og trekke frem Magnus Nilsson som tok for seg kurativ behandling av øsofagus cancer og strategier for endoskopisk behandling etter kirurgiske komplikasjoner. Fredagen var det benigne øsofagustilstander som stod i fokus, og vi fikk en oppdatering på Gastroøsofageal refluks sykdom av Jan Hatlebakk fra Haukeland Universitetssykehus. Peptiske stenoser er fremdeles den vanligste årsaken til øsofagusstenoser, og blokkering, evt. sekvenser av blokkering og syrehemmende behandling er de viktigste behandlingsmetodene. Lyon kriteriene slår fast at man må ha refluksøsofagitt LA grad C-D for at det skal være sikker



Kim Annonsen utfordret publikum med hva de ville gjort med ulike kasus og tok for seg korroderende skader i øsofagus.

relasjon til gastroøsofageal refluks sykdom (GERD). Terapieresistente pasienter uten funn av øsofagitt bør utføre 24-timer pH manometri både uten og med PPI hvis det ikke er funn av refluksøsofagitt. Behandling av achalasi har de siste årene fått viktig tilskudd ved peroral endoskopisk myotomi (POEM). Raf Bisschops poengterte likevel at både ballongdilatasjon utført to ganger og opptil 35 millimeter i diameter og, for enkelte opptil 40 millimeter, har en 3 års symptomlindring på ca 90% utført ved type 2 og type 1 achalasi. Også Hellers Myotomi med fundoplikasjon kan vurderes hos pasienter, men metoden har fått alvorlig konkurranse

«Behandling av achalasi har de siste årene fått viktig tilskudd ved peroral endoskopisk myotomi (POEM)»

fra POEM, som er mindre invasiv, kan gjøres i ulike sektorer av øsofagus og som tillater å variere lengden på myotomien mer enn ved kirurgisk myotomi. Tre års materiale etter POEM antyder at pasientgruppen som beholder Eckhart score < 3 faller til ca. 82 % etter tre år. Det er særlig achalasi type 3 som er utfordrende å behandle da det kan foreligge flere høytrykkszoner også proksimalt i øsofagus. Vi venter nå på sammenlikning mellom POEM og Hellers Myotomi, og siste ord er ikke sagt om POEM. Kim Aanonsen fra Ullevål sykehus presenterte en serie med fine kasus som utfordret publikum til å foreslå hva vi skulle ha gjort. Et godt pedagogisk virkemiddel som engasjerte publikum. Kim Aanonsen holdt deretter et veldig nyttig foredrag om korroderende substanser og oppfordret oss alle til å sette vaskemidlene på øverste hylle. Det er nemlig vanlige rengjøringsmidler som ved et uhell er svelget av barn som utgjør en stor del av de korroderende skadene. Hvis man står overfor inntak av korroderende eller etsende væsker eller faste stoffer, er det viktig å kontakte giftinformasjonssentralen og gjøre en tidlig endoskopi innen 24 timer. CT kan også brukes til å gradere skadene. Sammen med rengjøringsmidlene bør man og gjemme unna batterier, særlig knappebatterier som kan lage alvorlige skader i øsofaguslimhinnen på kort tid.



Raf Bisschops fra Leuven i Belgia tok for seg behandlingen av achalasi og dokumentasjonen for denne.

FUXX – Unge gastroenterologer i NGF

Tekst: Roald Flesland Havre



Sigurd Bredli

NGF har ønsket å etablere en interessegruppe for unge gastroenterologer i NGF. På Vintermøtet på Lillehammer konstituerte gruppen seg og leder for interessegruppen er Sigurd Bredli. Han er LIS i grenstilling i fordøyelsessykdommer på Gjøvik sykehus.

Gruppens formål er å skape et nettverk mellom leger som er under utdanning i gastroenterologi og kanskje jobbe for at faget rekrutterer flere spesialistkandidater. Hva som egentlig er en ung gastroenterolog får bli opp til den enkelte, men sannsynligvis er dette primært er dette en interessegruppe for leger i spesialisering i fordøyelsessykdommer eller gastrokirurgi.

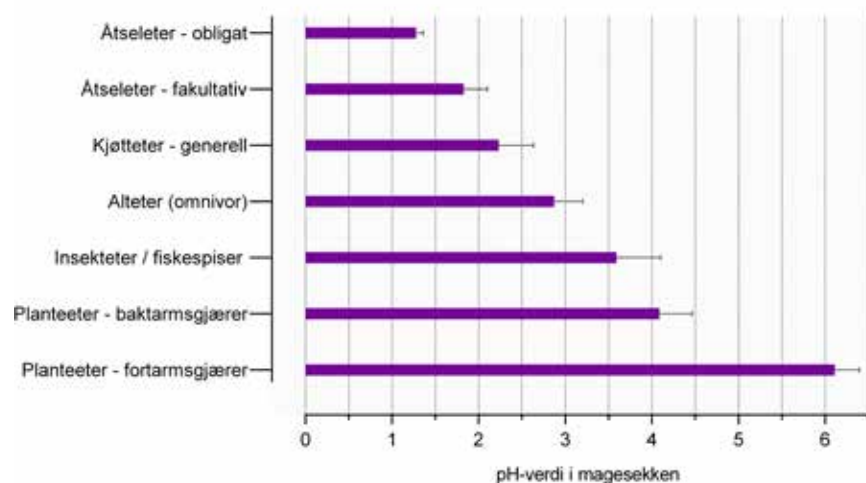
Surmaget



Jørgen Valeur¹ & Helge L. Waldum²

¹: Unger-Vetlesens Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

²: St. Olavs Hospital og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim



Magesaftens pH-verdi hos pattedyr (n = 43) og fugler (n = 25) gruppert etter hvordan artene ernærer seg. Figuren er basert på data fra Beasley et al. (4). Søylen angir gjennomsnitt med standardfeil. Illustrasjon: Jørgen Valeur.

Magesekkens utskillelse av syre (HCl) er en fylogenetisk gammel og svært energikrevende prosess (1). Dette forteller oss at sekresjonen har stor evolusjonsmessig betydning og er en prioritert biologisk funksjon. Syren er nødvendig for å aktivere pepsin, som bryter ned proteiner (2), og spiller derved en nøkkelrolle i fordøyelsen av mat. I tillegg utgjør den en kjemisk barriere («syrelås») som, sammen med pepsin, hindrer innpass av en rekke mikrober og smittestoffer (3).

Interessant nok varierer magesekkens pH-nivå betraktelig mellom ulike arter. Dette komparative aspektet er nylig utdypet i en studie utført av Beasley og medarbeidere (4). Basert på en litteraturog gjennomgang sammenlignet forfatterne pH-nivå i magesekken – eller tilsvarende organ – hos 68 arter (43 pattedyr og 25 fugler), gruppert etter hvordan dyrene ernærer seg (figur 1).

Den generelle tolkningen av resultatene er at dyr som spiser åtsel eller kjøtt fra nært beslektede arter både har et større behov for å bryte ned proteiner og beskytte seg mot patogene agens – og dermed har svært lave pH-verdier i magesekken. Dyr som spiser kjøtt fra fjernt

beslektede arter (insekt eller fisk) og dyr som spiser planter, er i større grad avhengig av hjelp fra mikrober i fordøyelseskanaalen for å bryte ned maten – og har derfor betydelig høyere pH-verdier i magesekken. Det er nærliggende å tenke seg at høye pH-verdier gjør dyrene mer utsatt for visse sykdommer. Det er i så måte tankevekkende at prionsykdommer først og fremst rammer nettopp drøvtyggere: ku (kugalskap), sau (skrapesyke) og rein (skrantesyke) (5). «Surmagede» skapninger har altså gode grunner til å være nettopp det (6).

Litteratur:

- Waldum HL, Hauso O, Fossmark R. The regulation of gastric acid secretion – clinical perspectives. *Acta Physiol (Oxf)* 2014; 210: 239-56.
- Berstad A. A modified hemoglobin substrate method for the estimation of pepsin in gastric juice. *Scand J Gastroenterol* 1970; 5: 343-8.
- Martinsen TC, Bergh K, Waldum HL. Gastric juice: a barrier against infectious diseases. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2005; 96: 94-102.
- Beasley DE, Koltz AM, Lambert JE, Fierer N, Dunn RR. The evolution of stomach acidity and its relevance to the human microbiome. *PLoS One* 2015; 10: e0134116.
- Waldum HL, Martinsen TC. Magesaftens rolle i forsvaret av prionsykdommer. *NGF-nytt* 2017; 24: 32-3.
- Waldum HL. Protonpumpehemmere og magekreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2016; 136: 13-4.

GASTRONET

Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister



Tekst: Gert Huppertz-Hauss



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: siv.furholm@medisin.uio.no

Geir Hoff slutter som leder av fagrådet i Gastronet

Geir Hoff sluttet i sin funksjon som leder av fagrådet i Gastronet ved årsskiftet og undertegnende har overtatt denne funksjonen fra 01.01.2018.

Gastronet hadde sitt utspring fra NORCCAP prosjektet i 2003 og var ved siden av GRS/JAG (Global Rating Scale/ Joint Advisory Group) i Storbritannia det første kvalitetsregisteret for koloskopi.

Motivasjonen for å opprette et slikt register var å ha mulighet til å kartlegge kvaliteten av vårt kliniske arbeid som en forutsetning for forbedring av vårt tilbud til pasientene. I 2007 ble et ERCP register inkludert og i øyeblikket foregår forberedelser for å tilføye et register for endoskopisk ultralyd. Som et eksempel på vesentlig kvalitetsforbedring i endoskopisk virksomhet kan innføringen av CO₂ gass som erstatning for luft nevnes. Bruken av CO₂ ved koloskopi er internasjonalt anbefalt, og kvalitetsarbeidet i Gastronet har bidratt vesentlig til det. Gastronet har også bidratt til «kvalitetsforskning». Data fra Gastronet har vært grunnlaget for 8 PhD grader og over 40 originalartikler så langt. Dette har satt norsk gastroenterologi på forskningskartet internasjonalt. Gastronet med Geir som primus motor har altså vært en suksess. Uten Geirs iherdige innsats hadde dette aldri vært mulig.

I mange avdelinger brukes Gastronet-resultater aktivt til forbedringsarbeid. Det krever litt mot å åpne sine resultater for avdelingskollegaene, men det fører til fruktbare diskusjoner og en felles forbedringsånd.

Det er dog mye arbeid som gjenstår. Til tross for godkjenning som nasjonalt kvalitetsregister i 2012, har deltakelsen i

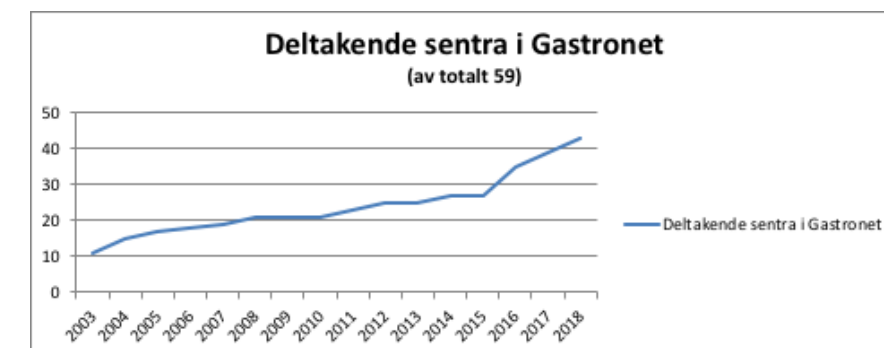


Gastronet vært variabel. Dekningsgraden, altså andelen av endoskopier som registreres og andelen av sykehus som deltar har ikke vært tilstrekkelig høy. Dette har truet Gastronets eksistens som nasjonalt kvalitetsregister. Heldigvis har flere sykehus kommet med i Gastronet-registreringen i løpet av de siste to årene, spesielt i 2017. Fra 2018 vil også Haukeland og Ullevål registrere, altså to viktige universitetssykehus. Det betyr at vi nærmer oss en dekningsgrad for deltakende sykehus på 70% for koloskopi og 80% for ERCP.

Det som er helt avgjørende nå er at alle endoskopiene fra deltakende sentra registreres. Kun på den måten oppnår vi en god datakvalitet og klarer å opprettholde status som nasjonalt kvalitetsregister. Dekningsgraden i Gastronet skal igjen evalueres i den interregionale styringsgruppen for kvalitetsregistre i oktober i år. Mest mulig fullstendig registrering av endoskopier er derfor ekstremt viktig.

Gastronet vil ha en viktig rolle for sertifisering av endoskopørutdanningen og godkjenning av screeningsentre i screeningen for coloncancer som rulles ut i nær fremtid. Utover det har Helse- direktoratet startet et samarbeid med Gastronet om etablering av nasjonale kvalitetsindikatorer for endoskopi. Motivasjonen for deltakelse i Gastronet bør derfor være stor.

Altså, kjære kollega: Delta i Gastronet! Registrer hver poliklinisk koloskopi og ERCP du utfører! Kun en registrering med minst mulig missing data gjengir et riktig bilde av realiteten og åpner for ekte forbedringsarbeid.



▼ Entyvio «Takeda»

C *Immunosuppressivt middel.* ATC-nr.: L04A A33

PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 300 mg: Hvert *hetteglass inneh.:* Vedolizumab 300 mg, L-histidin, L-histidinmonohydroklorid, L-argininhydroklorid, sakkarose, polysorbat 80.

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 TNF α -antagonist.

Dosering: Igangsettes og følges opp av helsepersonell med erfaring med ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom. Pasienten bør få utlevert 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. Egned 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 fortsette. Forbehandling vurderes før 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 integrinantagonister og immunosuppressiver er forbundet med progressiv multifokal leukoencefalopati (PML), en sjelden og ofte fatal opportunistisk infeksjon. PML er ikke rapportert med vedolizumab. Pasienten skal midlertidig overvåkes for nye eller forverrede neurologiske symptomer, som beskrevet i opplæringsmateriell, og neurologisk henvising 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 immunosuppressiver er tilgjengelig og vedolizumab anbefales ikke hos disse pasientene.

Referanser

1. Entyvio (vedolizumab) SPC (08.02.2018) sections 4.1, 4.2-4.6 and 4.8. **2.** Vermeire S, Loftus EW, Colombel J-F et al. Long-term Efficacy of Vedolizumab for Crohn's Disease. J Crohns Colitis. 2017;11: 412-424. **3.** Loftus EV, Colombel J-F, Feagan BG et al. Long-term Vedolizumab for Ulcerative Colitis. J Crohns Colitis. 2017;11:400-411.

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. Influensavaksinerings bør skje på linje med rutine i klinisk praksis. Andre levende vaksiner kan administreres samtidig med vedolizumab kun hvis nytten klart overveier risikoen. *Induksjon av remisjon ved Crohns sykdom:* Dette kan ta 14 uker og skal tas i betraktning, særlig hos pasienter med alvorlig aktiv sykdom og som ikke tidligere er behandlet med TNF α -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: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

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. Nyttene 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 utspiling, 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 infusionsstedet, infusjonsrelatert reaksjon, frysninger, kuldefølelse. *Svært sjeldne (<1/10 000, ukjent):* Infeksiøse: Pneumoni. Øye: Tåkesyn.

Overdosering/Forgiftning: Doser opptil 10 mg/kg (ca. 2,5 ganger anbefalt dose) er gitt. Ingen dosebegrensende toksisitet ble sett. Se Giftinformasjonens anbefalinger L04A A33 side c.

Egenskaper: *Klassifisering:* Tarmselektivt immunosuppressivt humanisert monoklonalt antistoff. *Virkningsmekanisme:* Binder seg spesifikt til $\alpha 4\beta 7$ -integrin, som fortrinnsvis uttrykkes i tarmsøkende T-hjelpelymfocytter. Ved binding til $\alpha 4\beta 7$ hos visse lymfocytter, hemmer vedolizumab adhesjon av disse cellene til mukosalt addressincelleadhesjonmolekyl-1 (MAdCAM-1) i slimhinner, men ikke til vaskulærccelleadhesjonmolekyl-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 $\alpha 4\beta 1$ - og $\alpha E\beta 7$ -integriner. *Proteinbinding:* Ikke undersøkt, men forventer ingen binding. *Fordeling:* Vd 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 μ g/ml. *Utskillelse:* Eksakt eliminasjonsvei er ukjent.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C) i ytteremballasjen beskyttet mot lys. Rekonstituert eller fortennet oppløsning skal ikke fryses. Kjemisk og fysikalsk bruksstabilitet av rekonstituert og fortennet 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 26.02.2018): 1 × 20 ml (hettegl.) 24955,40 NOK.

Indikasjon

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 TNF α -antagonist.¹

Break the cycle

ENTYVIO® GIR VEDVARENDE REMISJON FOR BÅDE ANTI-TNF α -NÅVE OG TIDLIGERE ANTI-TNF α -EKSPONERTE PASIENTER MED ULCERØS KOLITT OG CROHNS SYKDOM.^{2,3}

Utdrag fra sikkerhetsinformasjon i SPC¹

Kontraindikasjoner

Overfølsomhet overfor virkestoffet eller noen av hjelpestoffene.

Aktive alvorlige infeksjoner som tuberkulose, sepsis, cytomegalovirus, listeriose og opportunistiske infeksjoner som progressiv multifokal leukoencefalopati (PML).

Advarsler og forsiktighetsregler

Vedolizumab skal bare administreres av helsepersonell med tilgang på utstyr for å håndtere akutte overfølsomhetsreaksjoner inklusiv anafylaksi, hvis de oppstår.

Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon

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. Entyvio skal kun brukes under graviditet hvis nytten klart oppveier enhver potensiell risiko både for mor og foster.

Svært vanlige bivirkninger (> 1/10)

Nasofaryngitt, hodepine og atralgi.



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

Gastroseksjonen ved UNN, Tromsø

Tekst: seksjonsoverlege Jan-Magnus Kvamme



UNN HF er verdens nordligste universitetssykehus. UNN Tromsø har regionsfunksjon for hele Nord-Norge med 470 000 innbyggere og er lokalsykehus for Midt- og Nord-Troms med om lag 130 000 innbyggere. Gastroseksjonen ved UNN Tromsø har en omfattende virksomhet både når det gjelder klinikk, undervisning og forskning i et nært samarbeid med UiT Norges arktiske universitet.



UNN, Tromsø ligger nord på Tromsøya i tilslutning til UiT. Litt til venstre i bildet er det nye pasienthotellet og bak til høyre det nye PET senteret. Foto Ronald Johansen

Gastromedisin ble etablert som en egen seksjon ved Sentralsykehuset i Tromsø i 1973. I 1991 flyttet seksjonen inn i det nye regionsykehuset nord på Tromsøya, RiTø, lokalisert i umiddelbar nærhet til Universitetet i Tromsø. I dag er seksjonen en del av Medisinsk klinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Sengeposten vår er på totalt 14 senger og er felles med nyremedisin, men vi har egne gastrosykepleiere. Det har de siste årene vært en omlegging til mer dagutredning og bruk av pasienthotell, men en del av pasientene våre trenger fremdeles innleggelse. Pasienter med kompliserte tilstander har vi på intensivavdelingen eller medisinsk overvåking som i april i år samlokaliseres i en ny felles enhet.

Dagene er ofte hektiske og vi opplever at vi har for lite ressurser, men legene trives godt. Det er god rekruttering av leger til utdanningsstillingene. Seksjonen har 6 overlegestillinger der flere er i delte stillinger. Vi har egen seksjonert bakvakt. Videre er det 3 LIS B-gren-stillinger, 1 LIS rotasjonsstilling, i tillegg til turnuskandidat. De aller fleste overlegene har doktorgrad, bistilling ved UiT og er involvert i ulike forskningsprosjekter. Seksjonen har et fullt utdanningsløp som inkluderer gruppe I-tjeneste. Vi legger vekt på tverrfaglig samarbeid og flere av sykepleierne har gastrorelatert etterutdanning.

Gastrolab

På Gastrolab har vi tre endoskopistuer som er godt utstyrt og et eget rom for pasienter som trenger observasjon etter sedering og prosedyrer. Vi har også et rom satt av til kapselendoskopi,



Fra gastrolab: Fra venstre gastrosykepleier Sissel Berger, LIS Åshild Hana, LIS Lars Aasen



En del av legene og sykepleieren på gastro ved UNN, Tromsø Bak fra venstre: Rita Pedersen, Sissel Berger, Robert Hammer, Lars Aasen, Rasmus Goll Midten: Natalia Larsen, Renate Meyer, Elisabeth Blomli, Venke Richardsen, Ragnhild Gjertsen, Eyvind Paulssen, Fremst: Julia Beilfuss, Kate Falch, Jan-Magnus Kvamme. Foto: Jan F Frantzen, UNN

HR manometri, ultralyd, transient elastografi, ascitestapping og samtaler. Siden 2001 har vi hatt et tilbud om endoskopisk ultralyd som dekker hele landsdelen. To halve dager per måned har vi elektiv endoskopi i narkose ved den dagkirurgiske avdelingen. I et godt samarbeid med gastrokirurgisk avdeling driver vi også med avansert endoskopisk terapi og EUS-veilede intervensjoner, som drenering av kompliserte pankreas pseudocyster.

De siste årene har vi også hatt et fokus på best mulig drift av Gastrolab. Slik det er nå, har vi god kontroll på ventelistene og de tre pakkeforløpene som starter hos oss (mistanke om kreft i øsofagus/ventrikkel, tykktarm og nevroendokrin tumor). I perioder av året er det nødvendig med kveldspoliklinikk for å få dette til.

Vi har også et analyselaboratorium tett integrert i Gastrolab som har et tilbud om fecesbaserte analyser og andre spesialundersøkelser.

Dagenhet og poliklinikk

I umiddelbar nærhet til Gastrolab har vi Dagenheten for behandling med infusjonsbaserte biologiske legemidler. Etterhvert er det blitt såpass mange pasienter her at vi har en egen lege de fleste dagene. Vedkommende arbeider tett med erfarne sykepleiere.

Dagenheten har også en egen previsitt der alle pasienter gjennomgås. Vi har et særlig fokus på å evaluere når pasientene er i både endoskopisk og immunologisk remisjon slik at det kan vurderes å avslutte biologisk behandling. Som en del av dette har vi etablert en metodikk for måling av TNF-alfa i biopsier fra tarmslimhinnen. Vi har også en poliklinikk for andre gastromedisinske pasienter i umiddelbar nærhet.

Mange av pasientene trenger en tverrfaglig tilnærming, og siste mandag i hver måned har vi tverrfaglig møte der gastrokirurger og gastromedisinere diskuterer de mest kompliserte IBD-pasientene og legger en plan for videre behandling.

Hepatologi

I Nord-Norge er det gastromedisinere som tar hånd om hepatitt C (HCV), og ved UNN Tromsø har vi også ansvar for HCV-pasienter fra Finnmark. Vi har etablert et eget tverrfaglig møte for å legge plan også for disse pasientene. Vi behandler også hepatitt B. Gastrolab har to oppdaterte ultralydmaskiner i tillegg til elastografi med Fibroscan som brukes både til å vurdere de hepatologiske pasientene og som ledd i annen utredning.



Ultralyd abdomen. Fra venstre: LIS Hans Petter Amundsen, LIS Åshild Hana, LIS Ingvild B Pedersen. Foran overlege Hege Kileng

Andre pasientkategorier

Gastromedisin har også ansvar for oppstart av pakkeforløp for høyt differensierte nevroendokrine svulster (NET) og har regionalt senter for denne pasientgruppen. De aller fleste kommer som dagpasienter. Vi har også lokalsykehusansvar for sykelig overvekt. Det er etablert egne lærings- og mestringskurs for IBD, cøliaki og overvekt.

Stor forskningsaktivitet

En aktiv forskningsgruppe er tett integrert i seksjonen. På 1970 og -80 tallet var det forskningsfokus på tarmhormoner. De siste tiårene er dette endret til translasjonsforskning knyttet opp mot IBD, IBS, hepatitt C, NET, overvekt og ernæring. Forskningsgruppen har flere stipendiater og både nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere. Vi har egen forskningssykepleier med kontor i tilknytning til Gastrolab.

Et godt sted for læring

Utdanning av nye LIS-leger er en sentral del av arbeidet ved seksjonen. Det er til enhver tid nye kolleger som får opplæring i endoskopi. I 2018 planlegges også endoskopi som en del av UNNs nye simuleringssenter. Vi har tre LIS B-gren-stillinger og en av disse er satt av til en såkalt gjennomstrømningsstilling for LIS-leger som er ansatt ved andre sykehus i landsdelen.

Nordnorsk samarbeide

Vi legger stor vekt på samarbeidet med andre sykehus og primærleger. I landsdelen har vi også Nordnorsk gastroenterologisk selskap (NNGS, www.nngs.no) som er et viktig forum for å treffe gastrointeresserte kolleger fra andre sykehus.

Tabell 1: Antall prosedyrer i 2017		
Koloskopier		1843
Gastroskopier		2049
Sigmoideoskopier		326
Ultralyd abdomen		386
EUS		90
Kapselendoskopi		35
Manometri og pH		70
Medisinsk dagbehandling		1783



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 inneholder: Obetiksolsyre 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 obetiksolsyre 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 obetiksolsyre 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, vurderer å seponere obetiksolsyre for pasienter som fortsetter å oppleve vedvarende utholdelig 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:** Obetiksolsyre 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 obetiksolsyre. Ved samtidig bruk skal obetiksolsyre 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. Som et forsiktighetsiltak er det anbefalt å unngå bruk under graviditet. **Amming:** Det er ukjent om obetiksolsyre utskilles i morsmelk. Basert på dyrestudier og kjent farmakologi er det ikke forventet at obetiksolsyre 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 skjoldekjertelen. Gastrointestinale: Forstoppelse, Hjerter/kar: Palpasjoner. Hud: Eksem, utslett. Luftveier: Orofaryngeal smerte. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Nevrologiske: Svimmelhet. Øvrige: Perifert 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:** Obetiksolsyre 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. Obetiksolsyre 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.

Portrettintervju med Trygve Hausken



Tekst/bilde: Kim Nylund

Oppveksten

Trygve Hausken ble født i 1951. Hans far var lege og det var ikke lett å finne seg fast jobb på sykehus den gangen. Familien flyttet hele 19 ganger de første 18 årene rundt om i hele Norge. Det var ikke lett å få venner med så

mye reising, men de siste 1.5 årene før han fylte 18 bodde han i Haugesund og skal i den tiden ha fått seg et par venner som han fortsatt har kontakt med. Haugesund ser ut til å ha satt litt mer spor enn som så siden det er den dialekten han har slått seg til ro med.

Legen

Trygve begynte å studere medisin i Münster i Nordrhein Westfalen i Tyskland. Han var en av to nordmenn som begynte det det året. Paradoksalt ble tiden i Tyskland den første tiden han bodde på et sted i en lengre periode. Han likte seg godt og benyttet anledning til å se seg om i Sentral-Europa. Det var kort reisevei til Amsterdam, München og skiløyper i Sveits. I 1976 var han imidlertid ferdig med studiene og som de fleste leger det skal bli skikkelig folk av, dro han til Nord-Norge i turnustjeneste.

-Jeg ble født på “gammelsykehuset” i Harstad i 1974. Det var ikke så lenge etterpå at du flyttet opp. -Jeg var den som tok imot den første pasienten på det nye sykehuset i Harstad. Jeg husker vi trillet pasientene opp bakken mellom det gamle og det nye sykehuset. Senere tok jeg distrikttjeneste på Borkenes i Kvæfjord og militærtjeneste på Åsegarden leir.

Trygve var imidlertid ikke helt ferdig med Harstad etter militæret. Han fikk seg jobb ved medisinsk avdeling og ble der i 6 år som assistentlege og reservelege. I Harstad jobbet han sammen med Per Bjark som startet med gastroskopiundersøkelser ved Harstad Sykehus, men det var infeksjonsmedisiner Trygve egentlig ville bli. Mens han var i Harstad kom det et større utbrudd med meningokokkmeningitt og i løpet av tiden han var der skal han sett opp mot 60 pasienter.

-Jeg vil tro jeg er den legen på Haukeland sykehus som har sett flest pasienter med meningokokkmeningitt.

Etter flere år på Harstad sykehus måtte Trygve videre til et gruppe 1 sykehus for å bli ferdig med spesialiteten. Til hans store skuffelse fikk han ikke jobb på infeksjon, men måtte begynne på gastroseksjonen i Skien på Telemark sentralsykehus. Der satte Jostein Sauar han til i koloskopere. -Jeg har hørt at de låste deg inne i et rom med et skop og pasienter med beskjed om at du ikke fikk komme ut før du kunne koloskopere.

-Nei, men jeg fikk beskjed om at jeg skulle koloskopere 6 stykker hver eneste dag i 1 år. Så jeg ble jo steike god i koloskopi.

Stipendiaten

I 1986 tok endelig Trygve til vettet og flyttet til Bergen. Svein Ødegaard var sjef på gastroseksjonen og Claus Olav Solberg sjef på medisinsk avdeling. Den gangen måtte man til et universitets-sykehus for å bli ferdig spesialist i gastroenterologi. I 1988 ble han spesialist i både indremedisin og gastroenterologi, men i mellomtiden hadde en ny dør åpnet seg.

-Arnold Berstad kom til Bergen året etter meg. Han mente det var på tide at jeg begynte å forske. Den gangen var Berstad interessert i erosive prepylore forandringer og sammenhengene med funksjonell dyspepsi.

Det første kliniske forskningsarbeidet til Trygve het “Miso-prostol treatment exacerbates abdominal discomfort in patients with non-ulcer dyspepsia and erosive prepyloric changes. A double-blind, placebo-controlled, multicentre study” og kom ut i Scandinavian journal of gastroenterology i 1990. Arnold Berstad var hovedveileder og Svein Ødegaard biveileder. Svein brakte inn ultralydmetodikk og dette samarbeidet førte til arbeidene “Antroduodenal motility studied by real-time ultrasonography. Effect of enprostil” og “Antroduodenal motility and movements of luminal contents studied by duplex sonography” som ble publisert i Gastroenterology i henholdsvis 1991 og 1992.

Undertegnede bemerket at det var jo en helt ålreit start på en forskerkarriere.

-Nei, det gjorde jo ikke noe, det, kan man vel si. Det gjelder å være på rett sted til rett tid.

I 1992 disputerte Trygve Hausken med avhandlingen “Functional dyspepsia - antral motility and symptoms in response to stress and medical intervention.”

-Siden den gang kan man vel si at du har hatt spesiell interesse for pasienter med funksjonelle tarmlidelser.



Det er ikke alle forunt å ha en statue av seg selv på kontoret. Denne 50 kilos tunge bysten dukket plutselig opp på Flesland flyplass. Nok en fornøyd pasient takker.



Mannen og arbeidet: Trygve blir bedt om å posere fremfor ringpermene fordi fotografen syntes det var en god ide. Fornøyd? Spør jeg. -Ja, det er vel greit nok, sier Trygve.

-Inngangen til denne pasientgruppen var den mulige sammenhengene med erosive prepylore forandringer. Senere fant jeg at dette var en pasientgruppe som det var viktig å gjøre noe for. De har betydelig plager og det var få andre som var interessert. Det er også en svært stor gruppe pasienter, og hvis man ser på kostnader så vil jeg tro at funksjonelle tarmlidelser koster samfunnet betydelig mer enn feks kreftsykdommer. I tillegg til at enkelte blir så plaget at de blir uføre og ikke kan jobbe, fører det gjerne til gjentatte unødvendige undersøkelser.

Professoren

Trygve fortsatte arbeidet med bruk av ultralydmetodikk til å undersøke ventrikkeltømming gjennom 90-tallet, samt at han var med og veiledet Odd Helge Gilja i sitt arbeid med 3D ultralyd og volumeestimering av intrabdominale organer. Hovedområdet i forskningen har vært klinisk og mekanistisk arbeid for å forstå hva som feiler pasienter med funksjonelle tarmlidelser, som irritabel tarm, funksjonell dyspepsi og funksjonelle øsofaguslidelser. Antall publikasjoner har nådd svimlende 206 i Pubmed ved sist søk. I 1997-1998 hadde han i forbindelse med postdoc et forskningsopphold ved University of Washington. Han ble professor II i 2000 ved institutt for indremedisin og professor I fra 2003. Han har etterhvert veiledet tilsammen 14 stipendiater til doktorgrad og har internasjonalt samarbeid med Robin Spiller ved University of Nottingham, Michael Horowitz ved University of Adelaide, Asbjørn Drewes ved Universitetet i Århus og Emerman Mayer UCLA, USA for å nevne noen. -Jeg har alltid ment at det er viktig å dele forskning og kunnskap med andre. Det er sånn man kommer fremover. Det er ikke noe poeng å holde ting hemmelig.

Trygve har i sin forskning vært meget kreativ, og han var bl.a. sentral i å starte opp studier etter Giardia-epidemien i Bergen i 2004. Han kom med idéen om at årsaken til at mange pasienter

ikke ble bra på antibiotika, var at de hadde en post-infeksiøs IBS. Videre var han med på å undersøke disse pasientene med tanke på fatigue syndrom (ME). Som en følge av dette, ble det startet opp avansert fMRI hjerneforskning på pasientene. I samarbeid med psykologer gjorde han studier for å undersøke det autonome nervesystemet mhp. Vagus-funksjon. De siste årene har Hausken i sin forskning vært mest fokusert på brain-gut axis og han har fra 2018 fått prosjektmidler fra Helse-Vest for 3 år på «Brain-Gut-Microbiota Interaction in Irritable Bowel Syndrome: A Multidimensional Approach». Dessuten fikk Trygve nylig en tildeling på 6 millioner kroner fra Forskningsrådets FRIMEDBIO midler på prosjektet «Gut Feelings: Brain-gut-microbiota interaction in functional gastrointestinal disorders».

Formidleren

Trygve liker å undervise og har stadig vært frempå i TV og radio. Det er jo ikke alle forskere som er like gode til det, men han ser ut til å trives i rollen både i lokale og nasjonal media. Det ser dessuten ut til å ha tiltatt i frekvens de siste årene.

-Hvordan kan det ha seg at du er så populær i media, Trygve? -Ja, det begynte å ta av etter at jeg deltok i “Kroppen for voksne” med Trond Viggo Torgersen tilbake i 2013. Etter det har de ringt oftere. NRK og lokale aviser har ringt en del når de trenger noen til å kommentere. Dessuten får jeg stadige henvendelser fra diverse dameblader.

-Såpass. Du må ha gjort en god figur da siden vil bruke deg om igjen flere ganger.

-Ja, jeg tror de liker at jeg snakker et enkelt språk. Jeg snakker ikke om flatus og sånn. Det går mest i løst og fast med meg, vet du.

QVARANTAINÉ



Tekst: Paul Linnestad

I en skuff på museumsbiblioteket vårt fant jeg et par gamle lover, som har inspirert meg til dagens epistel. Funnet minnet meg om et ordhell, som jeg ofte har brukt: “den som leitar finn, men ikkje det han leitar etter”. Siden jeg nå bruker uttrykket offentlig, har jeg sjekket hvor jeg har det fra; det er fra Den burtkomne Faderen av Arne Garborg.

Selv om jeg opptrer noe frimodig overfor opphavsmannen, tenker jeg at uttrykket formulerer et punkt i arbeidsrutinene for museumsvoktere (og trolig for en god del andre også). Tilbake til funnet: Lov om Qvarantainevæsenet av 12te Juli 1848 og Lov om Sundhedscommssioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme av 16de Mai 1860. Først et lite, historisk tilbakeblikk. Da Venezia på 1300-tallet etablerte seg som dominerende makt i det østlige Middelhavet, støtte de på pest blant personer som ble tatt ombord på vene-tianske skip i Levanten (Midtøsten). For å forebygge spredning av sykdommen i Venezia, ble det innført isolasjon av skip med mannskap og passasjerer, inntil det ikke lenger fantes noen risiko for videre smitte. Isolasjonsperioden ble fastsatt til 40 dager (italiensk quarantina = førti), og det er det italienske førtitallet som er grunnlaget for begrepet karantene. Om førtitallet ble valgt tilfeldig, eller var medisinsk begrunnet, vet jeg ikke; et velrenommert leksikon anfører at førti dager ble valgt, fordi både Moses og senere Jesus oppholdt seg i ørkenen i 40 dager (1)! Så tilbake til funnet i skuffen. Loven av 1848 etablerte karantenekommisjoner i kjøpstedene langs kysten. Loven påla et fartøys fører å heise karanteneflagget når fartøyet kom fra et område, der det var utbrutt pest, og den påla fører å avholde seg fra samkvem med land inntil karantenekommisjonen hadde



Karanteneflagget måtte heises ved ankomst hvis fortøyet kom fra havn der epidemisk sykdom herjet.

undersøkt fartøyet og gitt tillatelse (såkalt practica eller libre pratique) til slikt samkvem. Undersøkelsen av fartøyet skjedde ved at to representanter for karantenekommisjonen, herunder legen, “gaae Fartøiet til Luvart”. Kommisjonsmedlemmene oppholdt seg altså i sin båt med vinden i ryggen og kommuniserte med skipsføreren etter at mannskapet var beordret på dekk. Kommisjonen ba om nøyaktig og bestemt forklaring om reiserute og om sykdom ombord. (se Karanteneprosedyrene – side 53)



Lov om Qvarantainevæsenet av 12te Juli 1848.

Karanteneloven anviste to typer karantene - lossekarantene og observasjonskarantene. Lossekarantene måtte gjennomføres når fartøyet kom med varer fra pestsmittet land, eller når det var eller hadde vært pest-smittede personer ombord. Karantenen besto i at fartøyet ble fullstendig tømt, varene renset, og alle personer ombord “afsondret i Lazareth”. Denne karantenen kunne iflg loven kun gjennomføres på karantenestasjonen i Kristiansand (opprettet på Odderøya i 1804), og loven oppfordret skipsførere til å seile direkte til Kristiansand, om betingelsene for lossekarantene forelå. Observasjonskarantene var en enklere prosedyre, som besto i at fartøyet ble lagt i behørig avstand fra land og fra andre skip og under stadig tilsyn, som forhindrer samkvem. Lossekarantenetiden var 20 dager, observasjonskarantenetiden 14 dager. Førtidagersperioden og dermed den - riktig nok usikre - referansen til de bibelske ørkenvandringene var dermed forlatt, som det vel sømmet seg en lov forfattet i det liberale revolusjonsåret 1848. Når karantenen var avsluttet, ble fartøyet meddelt practica, som løste fartøyet fra isolasjonen, og som tillot samkvem med land og med andre skip.



Karanteneprosedyre

Et fartøy som kommer fra en havn der epidemisk sykdom herjer, skal ved ankomst til Norge heise karanteneflagget, det gule kvadrat-iske 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 karantenhavn, 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 i 1931, da smittesyke pasienter kunne innlegges på Ullevål. Skipsfører og styrmann måtte svare på spørsmål og avgi erklæring om sykkeligheten ombord.

Spøragsmaal, som af Christiania Qyarantænecommission forelægges
Førere og Styrmænd paa Passagerdampskibe, der ere i noget af de i § 1 af Placat angaaende Qyarantænebestemmelser mod Cholera af 4de Juni 1866 omhandlede Tilfælde.

1. Fartøiets Navn? Førerens Navn? Styrmandens Navn?
2. Hvor stor er Fartøiets Besætning? Hvor mange Passagerer haves ombord?
3. Hvorfra kommer Fartøiet og hvilke Stedehar det paa Reisen anløbet?
4. Har det paa Reisen havt Samqvem med andre Fartøier med Cholerasygge ombord? Naar? og hvor? Hvorfra kom disse?
5. Er der nogen Syg ombord, hvis Sygdom kan befrygtes at være eller ville blive Cholera? Hvem ere disse Syge?
6. Har der under Reisen været, eller er der nu ombord nogen Syg eller Død, hvis Sygdom skjønnes at være eller have været Cholera? Hvem ere disse Syge?
7. Lider nogen af de Ombordværende (Besætning eller Pasagerer) af Mavesygge (Diarrhoe) med eller uden brækning? Hvem ere disse?
8. Har De derom tilspurgt Besætningen og Tjeneste-personalet til Oplysning om Passagerernes Befindende?

Erklæring
Vi underskrevne (skipsfører og styrmann) kommende fra (angitt havn) bestemt til Christiania forsikre herved under Tilbud af Eed, at de af os paa egne Mandskabs og Passagerers Vegne afgivne Svar paa de af Christiania Qyarantænecommision eller dens Medlemmer os foran forelagte Spøragsmaal (kfr. ovenfor) ere efter vor bedste Overbeviisning stemmende Sandhed, og at vi med vort Vidende ikke have fordulgt Noget, der med Hensyn til Fartøiets, Mandskabets eller Passagerernes Qyaranttænepligtighed burde været meddeelt.

(Skipets navn)	den
Styrmands Navn	Skibsførers Navn
Christiania	den
Karanteneleges underskrift	



Lov om Sundhedscommssioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme av 16de Mai 1860



Karantene er rimeligvis en internasjonal øvelse, som krever samarbeid mellom mange land, men flere interesser gjorde seg gjeldende. Skipsfarten kunne oppleve karantene som et besværlig og pengetapende hinder for fri handel, og blant legene kunne det være meningsforskjell om nytten av isolasjon. På en konferanse i Paris i 1851 oppstod strid mellom dem som trodde at sykdom smittet fra person til person og dem som trodde at sykdom var forårsaket av naturgitte forhold ved luft og jord (1). De første ble kalt contagionister. De andre miasmatikere, fordi de trodde på miasmer, antatt sykdomsfremkallende stoffer som oppsto i jord og kunne fraktes med luft. Karantenetanken appellerte til contagionistene, men ble avvist av miasmatikerne. Konflikten på karantenekonferansen reflekterer en pågående debatt i legemiljøet på midten1800-tallet, også i Norge, der den eldre generasjonen var miasmatikere, og den yngre var contagio-nister. Fremtredende representanter for de to skolene var begge professorer i Christiania: Frans Faye (1806-1890), miasmatiker og professor ved Fødselstiftelsen og Ferdinand Lochmann (1820-1891), contagionist og professor på Rigshospitalet (2). Miasmer har vi faktisk et ganske fortlølig forhold til på museet, fordi museumsbygningen og andre bygg fra samme periode ble utstyrt med såkalte miasmetårn, ventilasjonstårn plassert på litt avstand fra bygget de betjener. Tårnet sørget for at luftinntaket ble lagt et par meter over bakkenivå; derved antok man at bygningen ble spart for tilførsel av miasmer. Loven av 1860 opprettet en sunnhetskommisjon i alle kjøpsteder, som skulle ha sin oppmerksomhet henvendt på stedets sunnhets-forhold. Sunnhetskommisjonen overtok karantenekommisjonens oppgaver. Loven ble en forløper for lov om helsetjenesten i kom-munene av 19. nov 1982.

Karantenebestemmelser ble opprinnelig utarbeidet med tanke på pest, men andre sykdommer har også vært omfattet av reglene, først og fremst kolera, som var den mest aktuelle karantenesykdommen på 1800-tallet, da karantenestasjonen i Christiania ble åpnet på Hovedøya i 1872. Kommunikasjonen mellom karantene-kommisjon og skipsfører fremgår av de spørsmålene som skips-føreren ble stilt og den erklæring han måtte avgi når han tok kontakt med stasjonen (Fig 5). Karantenestasjonen på Hovedøya ble nedlagt i 1931. Da overtok Ullevål sykehus funksjonen som karantenelasarett.

Litteratur:
1.The New Encyclopedia Britannica.15th ed. 1988; 9: 841-2
2. Larsen Ø et al. Legene og samfunnet. Oslo.1986: 163-4



Tekst: Roald F. Havre

Quiz nr 1 – 2018

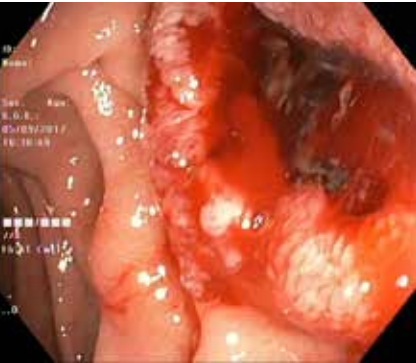
Årets første Quiz er innsendt av redaksjonens egen Renée Fjellanger, overlege på Gastroseksjonen, HUS. En mann på 46 år ble henvist til gastroskopi i september 2017 på bakgrunn av anemi og positiv Hemofec. Han hadde hatt et vekttap på 11 kg over 6 måneder, samt kronisk bronkitt og hyppige luftveisinfeksjoner. Han røyker. Har også hatt prolaps i mellomvirvelskive i rygg og behandlet for depresjon. Innlagt for malignitetsutredning som har vist fokale leverlesjoner og spredte lesjoner på lungene. PET CT har vist et FDG opptak i ventrikkelen og i tarm mellom duodenum og jejunum. Følgende funn ble gjort i tynttarm mellom duodenum og jejunum. Bilde 1 er fra september 2017, bilde 2 er fra februar 2018. Hva viste biopsien?

Svar på Bildequiz 4 – 2017

Redaktøren har mest sannsynlig tatt vann over hode og presentert en vanskelig quiz. Svaret er «Sloughing esophagitis», også kjent som esophagitis dissecans superficialis, som er en sjelden tilstand med ukjent årsak. Det kan være forbundet med bulløse dermatoser og medikamenter som forårsaker øsofagal skade. Pasienten debuterte med smerter i epigastriet etter 6 måneders behandling med metotrexat.



Hva viste biopsien?



Bilde 1: Funn i tynt-tarmslimhinne september 2017.



Bilde 2: Samme funn som nr 1, 5 måneder etter bilde 1 ble tatt.

«Tarmregulering»....



Tekst/bilde: Gro Nygard Riise

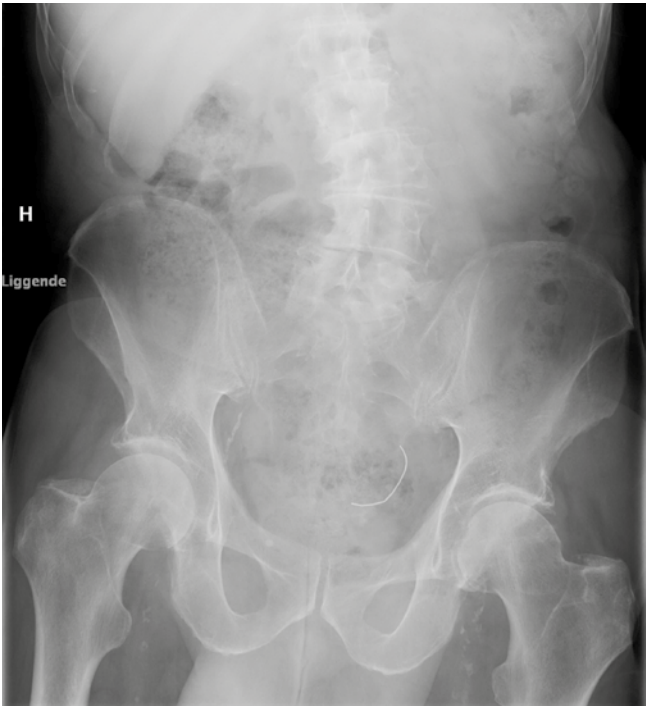
Alle prosedyrer har som kjent ein viss komplikasjonsfare, og heller ikkje tannlegebesøk går alltid som planlagt. Vi fekk henvist ein eldre herremann som 3 veker før hadde vært hos tannlegen for å få stabilisert tennene sine med ny tannregulering.

Under arbeidet mista tannlegen strengen. Vår uheldige herremann mistolka strengen som litt spytt, og ned forsvant strengen.

Deretter bar det til lokalsjukehus der ein såg igjen ein fin 2 cm lang halvmåneforma streng i ventrikkelen. Det blei så fulgt med jevnlig oversiktsrøntgen der ein så strengen passere nedover tarmsystemet før den la seg fint til rette i bekkenregionen. Gjenta røntgen neste 2 veker viste at strengen ikkje flytta på seg.

På grunn perforasjonsfaren blei pasienten henvist vidare til sigmoideoskopi. Etter sigmoideums første sving, ca 25 cm inn i tarmen, gjenfinn ein den tynne stålstrengen kilt innimellom to divertikler. Med først litt forsiktig linking og deretter litt meir bestemt trekk fekk ein tatt med seg stålstrengen ut.

Så 3 veker etter tannlegebesøket var mannen fri for “tarmregulering”, og klar for nye økter hos tannlegen.



Tålmodighet er en dyd

Tekst/foto: Heidi Kvarme



«Ingen ting er bedre for et menneske enn å spise og drikke og unne seg gode dager midt i alt sitt strev», sier Forkynneren.

Jeg er litt usikker på om den 46 år gamle mannen som er opphavet til dette Blinkskuddet er helt enig. Antagelig opplever han å spise som nettopp strev. Han er vant til å tygge både lenge og vel - som han sa det: «Derfor setter jeg sjelden noe fast». Han så imidlertid liten grunn til å klage.

Allerede i 1999 hadde han vært innlagt på andre siden av fjellet med en fastsittende matbit i øsofagus. Røntgen i 2007 viste proksimal øsofagusstenose. Ved øsofagoscopi ved ØNH-lege i 2008 fant man noen tverrgående riller i spiserøret, ingen tumores, antydning til membranøs stenose men god passasje. Deretter holdt mannen seg lenge borte fra helsevesenet, fram til han i april i år ble innlagt etter å ha spist skive til kveldsmat. Legen som skoperte ham kom ikke ned med vanlig gastroskop, men med nasalt skop ble en brødkivebit (eller var det pålegget?) skjøvet forsiktig ned i ventrikkel, før legen tok noen biopsier på veien ut igjen.

Slik så det ut:



24 cm fra tannrekken.

Han ble satt på Soma, og i august kom han til kontroll. Han hadde imidlertid ikke tatt Soma, da tabletten var for stor til å svelge. Skopien startet med et 8.8 mm diameter skop, men 24 cm fra tannrekken var det full stopp. Utseendet nedover i øsofagus gav sterk mistanke om diagnose. Etter å ha byttet til 4.9 mm diameter skop kom jeg et stykke videre. Men 33 cm fra tannrekken var det igjen betydelig motstand. Med litt press kom jeg for så vidt forbi, men med mye motstand og sterke smerter for pasienten valgte jeg å avslutte undersøkelsen raskt, og sikret på nytt biopsier på vei tilbake.

Mannen er nå satt på Nexium (den kan knuses) og Flutide, og venter på gastroskopi med blokkering i narkose. Biopsiene bekreftet imidlertid diagnosen: Eosinofil oesophagitt.



33 cm fra tannrekken, med blokkeeffekt av 4.9 mm scop.



Reisestipend

VEDTEKTER

§1. Reisestipendet stilles til disposisjon av Tillotts Pharma AB. For 2018 utgjør stipendiet en reise til kongressen AIBD, Advances in INFLAMMATORY BOWEL DISEASES, November 12-15.

desember 2018, Orlando, Florida AIBD og gjelder 1 søker.

Stipendet dekker reise, opphold og kongressavgift.

§2. Norsk gastroenterologisk forening foretar utlysning og tildeling av reisestipendet. Komiteens beslutning kan ikke påankes. Det skal føres møteprotokoll ved møtene.

§3. Reisestipendet er tiltenkt spesialister i gastroenterologi med interesse innen inflammatorisk tarmsykdom - IBD eller leger som er i ferd med å spesialisere seg og har til hensikt å arbeide innenfor klinisk gastroenterologi og IBD. Reisestipendet skal brukes til å reise til en kongress innen inflammatoriske tarmsykdommer: IMEDIX AIBD 2018. Skriftlig søknad skal inneholde curriculum vitae, fremdriftsplan og anbefaling fra søkers overordnede.

§4. Reisestipendet må være brukt til IMEDIX AIBD 2018 ellers går beløpet tilbake til giveren.

§5. Etter at kongressen er gjennomført skal skriftlig redegjørelse sendes stipendkomitéen og Tillotts Pharma innen et år. Det oppfordres søkeren til å presentere utbyttet av kongressen i et møte internt/eksternt.

§6. Kunngjøring av hvem som er tildelt reisestipendet kunngjøres via NGF, i NGF-Nytt og på NGFs hjemmeside.

§7. Disse vedtektene kan endres etter godkjenning fra Tillotts Pharma AB.

Oversikt over nasjonale og internasjonale møter/kongresser 2018

Sortert etter dato, nasjonale møter i tykk sort skrift.

The International Liver Congress™ (ILC), 11-15 April 2018 Paris.
European Association for the Study of the Liver.
<https://www.easl.eu/discover/events/international-liver-congress>

ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) Days,
19.-21. april 2018
Variert program med vekt på skopi. <http://www.esge.com/esge-days-2018.html>
Budapest, Ungarn

NFUDs symposium 18.-20. april 2018.
Stavanger
<http://nfud.no>

DDW 2018 - Digestive Disease Week 2. – 5. juni, 2018
Washington, DC, USA
<http://www.ddw.org/home>

American Society of Clinical Oncology (ASCO), 1.-5. juni 2018
Chicago, IL, USA
<http://am.asco.org/>

50th Annual Meeting of the European Pancreatic Club (EPC)
2018. 13.-16. juni 2018
Maritim proArte Hotel Berlin, Berlin, Tyskland.
<https://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, 29. aug.-1. sept. 2018
European Society of Neurogastroenterology and Motility
RAI Convention Centre, Amsterdam, Nederland

40th European Congress for Nutrition and Metabolism (ESPEN 2018), 1.- 4. sept. 2018
Madrid, Spania
www.espen.org

EUROSON 2018, 6.-9. sept. 2018
Congress Centre of the Poznan International Fair, Głogowska 14, 60-734 Poznan, Polen.

Nasjonalt IBD-symposium. «Pediatrik IBD – fra fostermedisin til transisjon»
Oslo Kongressenter 14. september 2018

UEG Week. 20.-24 Okt. 2018
26th UEG Week - ACV, Wien Østerrike.

The Liver Meeting® 2018 - The 69th Annual Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD).
9.-13. nov. 2018
San Francisco, USA

The annual SAGIM meeting, nov. 2018
“Scandinavian Association of Neurogastroenterology, Imaging and Motility”
<http://www.sagim-gastro.dk/>

Advances in Inflammatory Bowel Diseases, 13.-15. des. 2018
Orlando, Florida, USA
<http://www.advancesinibd.com>

51st Meeting of the European Pancreatic Club, 26.-29. juni 2019
Bergen, Norge

ØVELSE GJØR MESTER



6. – 8. mars
12. – 14. juni

Vi tilbyr to halve dager hospitering hvor også dine reiseutgifter dekkes. Du vil få innsyn i diagnostiske utfordringer, opplæring i grunnleggende transabdominal ultralyd, «6+», lever og galleganger, pankreas og GI-traktus, gjennomgang av tolkning av billed-diagnostiske funn, diagnostisk oppsummering frem mot konklusjon og foreslått behandling/oppfølgning.

Vi dekker opphold og reiseutgifter

Kontakt oss

birgitte.berentsen1@helse-bergen.no
odd.helge.gilja@helse-bergen.no



Nasjonalt Senter for Gastroenterologisk Ultrasonografi

National Centre for Ultrasound in Gastroenterology
Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

www.helse-bergen.no/NSGU



Gastroonkologisk vår møte 2018

Oslo, 19.-20. april

Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi (NFGK) og Norsk Gastro Intestinal Cancer Gruppe (NGICG) har gleden av å invitere til vår møte som avholdes på Thon Hotel Vika Atrium i Oslo. Møtet er et gastro-onkologimøte med tematikk rettet mot alle aktuelle yrkesgrupper: onkologer, kirurger, radiologer, patologer og andre interesserte.

TEMA

Torsdag 19. april kl 12-17:
COLORECTAL CANCER

Fredag 20. april kl 09-15:
COLORECTAL LIVER METASTASIS

PÅMELDING

Påmelding og program finner du på www.gastrokirurgi.no

AVGIFT

Kursavgiften inkluderer lunsj begge dager.

Medlemmer av NFGK	kr 800,-
Ikke medlemmer av NFGK	kr 2.000,-
3-retters middag torsdag	kr 545,-

Overnatting på Thon Hotel Vika Atrium
pr. person kr 1.445,-
Tillegg for person nr. 2 kr 300,-
Kode for bestilling av hotellrom: 25503740



Norsk forening for
gastroenterologisk kirurgi
DEN NORSKE LEGEFORENING



IBD NORDIC Conference

2018

11 - 12 October 2018, Malmö, Sweden

Thursday October 11th

10.00	Satellite symposium 1
10.45	Opening of the meeting, <i>Tom Øresland, Norway</i>
10.50	Has the disease course of IBD changed in the biological era, <i>Johan Burisch, Denmark</i>
11.05	Discussion
11.15	Diet as a trigger or therapy <i>Ariel Levine, Israel</i>
11.30	Discussion
11.40	Tandem talk on environmental factors <i>Mauro D'Amato, Jonas Halfvarson, Sweden</i>
12.20	Lunch
13.20	Paediatric IBD phenotype: Differences between children and adults, <i>Kaija-Leena Kolho, Finland</i>
13.35	Discussion
13.45	IBD surgery in children <i>Pernilla Stenström, Sweden</i>
14.00	Discussion
14.10	Tandem talk on perianal Crohn's disease <i>Christianne Buskens, The Netherlands</i> <i>Eduard Stange, Germany</i>
14.50	Coffee break
15.20	What are the problems with current design of IBD trials? <i>Peter Irving, UK</i>
15.35	Discussion
15.45	How to improve the possibilities for Clinical trials in the Nordic countries, <i>Michael Eberhardsson, Sweden</i>
16.00	Discussion
16.10	Oral presentation of 5 selected posters
16.50-17.35	Satellite symposium 3
17.40-18.25	Satellite symposium 4
18.25	Adjourn & Mingle
20.00	Dinner at the Hotel

Friday October 12th

08.00	Satellite symposium 4
08.45	Satellite symposium 5
09.30	Fecal microbiota transplantation in IBD, <i>Ailsa Hart, UK</i>
09.45	Discussion
09.55	Where are we with defensins <i>Eduard Stange, Germany</i>
10.10	Discussion
10.20	Coffee break
10.50	MDT Conference - <i>Ebbe Langholz, Denmark together with</i> <i>Christianne Buskens, The Netherlands,</i> <i>Ailsa Hart, UK among others</i>
12.00	Lunch
13.00	Education of IBD nurses <i>Karen Kemp, UK</i>
13.15	Discussion
13.25	CAM in IBD, <i>Randi Opheim, Norway</i>
13.40	Discussion
13.50	Pathogenesis of Crohn's fistula - Treatment strategies, <i>Phil Tozer, UK</i>
14.05	Discussion
14.15	Coffee break
15.45	IBD in the elderly, an epidemiologists view, <i>Ola Olén, Sweden</i>
15.55	Discussion
15.05	IBD and pregnancy, outcome and safety of treatments, <i>TBD</i>
15.20	Discussion
15.50	Best poster award
16.00	Adjourn

Preliminary program, with reservation for changes - Febr 2018

Quality Hotel View
Find out more on our webpage:

www.ibdnordic.se

Nasjonalt IBD-symposium

«Pediatrisk IBD – fra fostermedisin til transisjon»

Oslo Kongressenter 14. september 2018

Tid	Tittel	Foredragsholder
09.30-10.00	Registrering	
10.00-10.10	Velkommen	Petr Ricanek, Ahus
10.10-10.30	Pediatrisk IBD– fenotypiske forskjeller, vekst og transisjon	Jon Rove, Ahus
10.30-11.10	Treatment considerations in the preconception period, during pregnancy and the post-partum period	Janneke van der Woude, Erasmus MC, Rotterdam
Kaffe		
11.30-12.00	IBD-behandling - spesielle momenter ved behandling hos barn og unge?	Gøri Perminow, OUS
12.00-12.30	Diettintervensjon ved IBD - er det effektivt og hvordan gjøres det?	Christine Olbjørn, Ahus
Lunsj		
13.30-13.50	Infeksjoner, vaksiner og immunmodulerende behandling – spesielle hensyn?	Ketil Størdal, Folkehelseinstituttet
13.50-14.10	Kasuistikker	Emma Løvlund, SØ Kalnes Svend Andersen, SiV
14.10-14.30	IBD-imiterende eller –lignende sykdommer	Frode Lerang, SØ Kalnes
Kaffe		
15.00-15.30	IBD-kirurgi hos barn og unge voksne og videre oppfølging	Tom Wiik, OUS Hans Skari, OUS
15.30-16.00	IBD og fødselskomplikasjoner	Anne Karliczek, Haukeland universitetssykehus
16.00-16.15	Oppsummering og avslutning	Petr Ricanek, Ahus

Arrangeres av NGF og Interessegruppen for IBD

Ansvarlige for møtet i 2018 er

Petr Ricanek, Christine Olbjørn, Hilde Løland von Volkman
og Tore Grimstad

Påmelding via NGFs hjemmeside

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 Antiinflammatorisk middel.

ATC-nr.: A07E C02

T DEPOTTABLETTER 500 mg og 1 g: Pentasa: Hver depottablett inneh.: Mesalazin 500 mg, resp. 1 g, povidon, etylcellulose, magnesiumstearat, talkum, mikrokrySTALLinsk cellulose.
T REKTALVÆSKE, suspensjon 1 g: Pentasa: 100 ml inneh.: 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 inneh.: Mesalazin 1 g, magnesiumstearat, talkum, povidon, makrogol 6000.
T DEPOTGRANULAT 1 g, 2 g og 4 g: Pentasa Sachet: Hver dosepose inneh.: 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. slemmes 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 (urinstitix) bør kontrolleres før og under behandling. Bør gis med forsiktighet til pasienter som er overfølsomme for sulfasalazin. Ved akutte overfølsomhetsreaksjoner (f.eks. abdominalkramper, 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 retninglinje anbefales oppfølgingstester 14 dager etter behandlingsstart, og deretter ytterligere 2-3 tester med 4 ukers mellomrom. Ved normale funn, bør oppfølgingstester 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 morens plasma, mens konsentrasjonen av metabollitt acetylmisalazin 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 avtøringstrang 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, pneumoni). 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 (J). **Rektalvæske:** D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (J). **Stikkpiller:** D94 Ulcerøs proktitt (J). **Pentasa Sachet: Depotgranulat:** D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (J). **ICD: Pentasa: Depottabletter:** K50 Crohns sykdom (J), K51 Ulcerøs kolitt (J). **Rektalvæske:** K51 Ulcerøs kolitt (J). **Stikkpiller:** K51.2 Ulcerøs (kronisk) proktitt (J). **Pentasa Sachet: Depotgranulat:** K50 Crohns sykdom (J), K51 Ulcerøs kolitt (J).
For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no.

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



PENTASA®
MESALAZIN

FERRING
PHARMACEUTICALS

Returadresse:
Den Norske Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo

Creon
pankreatin



Creon 40 000
er igjen tilgjengelig!

40 000 – 80 000 IE pr hovedmåltid!

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!

Indikasjon- og sikkerhetsinformasjon:

Indikasjoner: Eksokrin pankreasinsuffisiens med malabsorpsjon hos barn og voksne, ofte assosiert med, men ikke begrenset til kronisk pankreatitt, cystisk fibrose, pankreas cancer, pankreas kirurgi, 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 1. – Desember 2016, side 3.

Mylan
Better Health
for a Better World

Creon 10 000, Creon 25 000 og Creon 40 000. Fordøyelsesenzymer. BGP Products. ATC-nr.: A09A A02 • Står ikke på WADAs 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, cystisk fibrose, pankreas cancer, pankreas kirurgi, 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. **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 kroppsvikt/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 ekskl. cystisk fibrose:** Den nødvendige dosen for et måltid varierer fra ca. 25 000-80 000 Ph.Eur.-enheter lipase som tilsvarende 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. Utløst 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 syltig, myk mat (pH <5,5) som ikke krever tygging, f.eks. eplemos eller yoghurt. Minimikrosfærene kan også ev. blandes med syltig 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. Knusing eller tygging av minimikrosfærene, eller blanding med mat eller væske med pH >5,5 kan ødelegge beskyttelseslaget. Dette kan resultere i tidlig utslipp av enzymer i munnen og føre til redusert effekt og irritasjon av slimhinnene. Det er derfor viktig å ikke noe av legemiddelet forblir i munnen.

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, amning 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 amning da det ikke forventes effekt på diende barn. **Informasjon om graviditet fra Norsk legemiddelhandbok:** Vis informasjon om amning fra Norsk legemiddelhandbok.

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 øyeblikkelig.

Immunsystemet: Hypersensitivitet (anafylaktiske reaksjoner) og allergiske reaksjoner. Rapportering av bivirkninger. **Overdosering/Forgiftning:** Overdreven bruk av pankreatin kan forårsake hyperurikose og hyperurikemi. Se Giftinformasjonens anbefalinger for digestiva, inkl. enzymer A09. **Egenskaper:** Klassifisering: Multienzymer (lipase, amylase, protease). Virkningsmekanisme: Substitusjon av naturlige fordøyelsesenzymer. Pankreaslipase spalter fett via monoglyserider og frie fettstoffer. Pankreasamylase spalter karbohydrater og proteiner til mindre enheter (di- og monosakkarider, oligopeptider og aminosyrer). Inneholder pankreatin utvunnet fra svin formulert som enterodisperserte (syrebestandige) minimikrosfærer i en gelatinkapsel. Kapselen løses raskt i magen og frigjør rikelig med minimikrosfærer. Dette multidoserprinsippet er konstruert for å oppnå god blanding og magetømming med chymus, samt etter frisetning, en god distribusjon av enzymer inne i chymus. Når minimikrosfærene når tynntarmen, løses drageringen raskt (ved pH >5,5), og dermed frisettes enzymerne med lipolytisk, amylolytisk 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. ³
100 stk. (boks)	073224	Bil resept Byttegruppe	*	F

Creon 25 000, ENTEROKAPSLER:

Styrke	Pakning Varenr.	Refusjon/yttegruppe	Pris (kr) ²	R.gr. ³
100 stk. (boks)	073805	Bil resept Byttegruppe	*	F

Creon 40 000, ENTEROKAPSLER:

Styrke	Pakning Varenr.	Refusjon/yttegruppe	Pris (kr) ²	R.gr. ³
100 stk. (boks)	150396	Bil 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 prisfastsettelse for pakninger som selges uten resept, og maksimal utslagspris kan derfor ikke angis. ³Reseptgruppe. Utleveringsgruppe.