



Tema:

**Moderne intervensjons-
metoder ved
gastroenterologiske
lidelser**

side 9

Portrett:

**Nytt æresmedlem:
Arne Skarstein**

side 14

Reisebrev:

**Norske gastroenterologer
i USA**

side 20



Velg TachoSil® - for rask hemostase og vevsforsøgling

- Stanser blødninger og forseglar vev raskt og effektivt.²
- TachoSil® er den eneste ferdige kombinasjon av kollagen, fibrinogen og trombin som er klar til bruk.¹ Med en gang den er applisert vil koaguleringen starte og blødningen stanser på 3-5 minutter.²
- TachoSil® er meget elastisk og har en sterk limende evne¹ - gir luft og væsketett forsegling raskt.^{1,3}
- TachoSil® er et reseptbelagt legemiddel.⁴

1) Carbon RT: Evaluation of biodegradable fleece-bound sealing: History, material science, and clinical application. Tissue engineering and biodegradable equivalents. Scientific and clinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gresser JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002. 2) Czerny et al. Collagen patch coated with fibrin glue components. Journ. of Cardiovasc. surg. Vol 41, no 4, 553-557. 2000. 3) Carbon RT, Schmidt A, Baar S, Kriegelstein S. Tissue management with fleece-bound sealing. 6th World Congress on Trauma, Shock, Inflammation and Sepsis, March 2nd-6th, 2004. 4) Preparatomtale (SPC) FK-tekst annet sted i bladet

Nycomed
P.O. Box 205
NO-1372 Asker
Norway
Tel: +47 66 76 30 30
Fax: +47 66 76 36 36
E-mail: tachosil@nycomed.no
www.nycomed.no
www.tachosil.com

**TachoSil®**
The fixed combination



Leder

Bjørn Moum
Med. avd.
Sykehuset Østfold, Fredrikstad
1603 Fredrikstad
T: 69 86 00 00
F: 69 86 11 76
bjmoum@broadpark.no

Sekretær

Aud K. Svendsen
Kirurgisk avdeling
Nordlandssykehuset, Bodø
8092 Bodø
TLF: 75534000
audkg.svendsen@trollnet.no
au1@nish.no

Kasserer

Astrid Rydning
Kirurgisk avdeling
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim
T: 73 86 91 73
F: 73 86 74 28
astrid.rydning@stolav.no

Styremedlemmer:

Jørgen Jahnsen
Medisinsk avdeling
Aker Universitetssykehus
0514 Oslo
T: 22 89 48 87
jorgen.jahnsen@medisin.uio.no

Esben Riise
Medisinsk avdeling
Molde sykehus
6407 Molde
T: 71 12 00 00
esben.riise@helsenr.no

Roald Torp
Medisinsk avdeling
Sykehuset Innlandet, Hamar
2326 Hamar
T: 62537582
roald.torp@sykehuset-innlandet.no

Tom Glomsaker
Eiganesveien 70
4009 Stavanger
T: 48250264, 51533009
tom@glomsaker.no

Webmaster:

Øivind Irtun
www.legeforeningen.no/gastro
Avd. for Gastroent. Kirurgi
Universitetssykehuset i Nord-Norge
9038 Tromsø
T: 77 62 60 00
F: 77 62 66 05
oivindi@fagmed.uit.no

INNHOOLD



4 LEDER: _____
Vi trenger NGF

5 Redaktørens hjørne

7 Nytt fra fagmiljøene

9 TEMA: _____
Moderne intervensjonsmetoder ved gastroenterologiske lidelser

14 PORTRETT: Arne Skarstein _____
Et æresmedlem ser tilbake

19 REISEBREV: _____
Gøteborg:
Vellykket ERCP-møte

20 USA: _____
Norske gastroenterologer i USA

22 Amsterdam: _____
Kvalitetskurs ved ECCO-School ON IBD

24 KURS OG KONFERANSER: _____
Vintermøtet 2006

30 Stipender, kurs og konferanser



Innlegg til NGF-nytt

NGF-nytt skal formidle relevant informasjon til medlemmene. Bladet skal også være bindeledd mellom industrien og brukeren. Dette skal ikke være noe vitenskapelig tidsskrift. "Takhøyden" skal være stor, og vi ønsker oss et levende og leseverdige NGF-nytt.

Materiell som leveres

For å skape et bedre blad og forenkle arbeidet til redaksjonen (frivillig arbeid) ber vi om at man tar hensyn til følgende:

1. Vi ønsker artikler/innlegg med forenklet språkbruk og hvor følgende er tatt hensyn til:

- Heading som vekker interesse
- Ingress som gir innblikk i artikkelen
- Subheadinger som underletter lesing og framhever avsnitt

2. Krav til tekstdokumentet:

- Word-filer
- Uten linjeskift, tekst skrives løpende inn i manuset
- Nye avsnitt med 2. linjeskift (Dvs 1. blanklinje mellom)
- Aldri versaler
- Uthevet tekst markeres i menylinjen med fetere eller større bokstaver
- Saves as, vanlig word-dokument eller ren tekst

3. Bilder/illustrasjoner

- Digitalt:**
- Minimum oppløsning 300 dpi
 - Størrelse ca 10x15 cm eller større
 - Format JPG, EPS eller TIFF
 - Fargebilder leveres i RGB eller CMYK

Originaler:

- Papirkopier max A4-størrelse

Annonser i NGF-nytt

Gjennom NGF-nytt når du eksklusivt norske gastrointresserte leger. Foreningen har ca. 470 leger som medlemmer. NGF-nytt distribueres også til alle avdelingsoverlegene på medisinske og kirurgiske avd. ved norske sykehus. Annonser i NGF-nytt legges også ut på NGF's hjemmeside og formidles til medlemmene pr. e-mail.

1. Annonsepriser:

- Helseid, 4-farge – 10.000,-
- Halvsidestående, 4-farge – 6.000,-
- Halvsideliggende, 4-farge – 6.000,-
- Kvartside, 4-farge – 4.000,-

Årsavtale: 20% rabatt på innrykk av 4 helsider pr. år. Prisene er eks. mva.

2. Annonseformat:

- A4 (helside) format 210 x 297 mm + 3 mm
- Halvsideliggende format 210 x 148 mm + 3 mm
- Halvsidestående format 105 x 297 mm + 3 mm
- Kvartside (satsflate), format 91 x 138 mm, ikke utfallende
- Høyoppløste PDF-filer, der fonter + høyoppløste bilder er innkludert, 300dpi.

Utgivelsesplan 2006

	Materiellfrist	Utgivelse
Nr. 3/2006	1. september	20. september
Nr. 4/2006	1. desember	20. desember

Design og grafisk produksjon:

Degrafo AS, Postboks 7002 Majorstuen, 0306 Oslo
Telefon: 22 95 74 00, Fax: 22 95 74 10, e-mail: post@degrafo.no

Kjære NGF-medlem

Vi har overstått et viktig årsmøte som også er en milepæl for den videre drift av Norsk Gastroenterologisk Forening. Det var en samstemt generalforsamling som ønsket å fortsette det viktige samarbeidet mellom medisinerne og kirurger som har pågått i alle år, innen rammene av foreningen også fremover. Uavhengig av en endret organisering i Legeforeningen, anser jeg dette fullt ut mulig og viktigere enn noen gang. Våre synspunkter i den helsepolitiske debatt, så vel som i utdanning, kvalitet som helseressursbruk og prioriteringer er etterspurt. Vi er brukerne og forbrukerne og kjenner "hvor skoen" trykker. Jeg har tro på at våre meninger og innspill blir tatt hensyn til av helseburåkrater og politikere. Det er viktige oppgaver å løse for NGF så vel som for foreningens medlemmer også fremover. Organisatoriske endringer må til for at utdanning skal godkjennes for våre yngre kolleger, samtidig som rekrutteringen til gastrofaget kirurgi, så vel som medisin må styrkes. Ansvaret for å øke interessen ligger på den enkelte kollega så vel som på avdelingssjefer, sykehus- og foretakssjefer. Det å tilrettelegge for god kvalitet på utdanning, gode arbeidsforhold og interessante oppgaver som vekker interessen hos den vordende spesialist til å spørre "hvorfor", vil kunne være starten på en etterspurt forskningskarriere. Uten nyrekruttering og forskning vil faget stagnere og kvaliteten kunne synke. Vi har alle en oppgave å utføre her.

Norsk Gastroenterologisk Forening er en forening for fordøyelsesykdommer, kirurgiske og medisinske. Grensene for de to fagområdene

utviskes i takt med at diagnoser som pankreatitter og gallesteinssykdom "skifter eiere", og fagfeltet beveger seg mot en organorganisering. Det faglige samarbeide utvikles ved opprettelse av sengeposter som rommer pasienter med så vel abdominalkirurgiske lidelser som de med indremedisinske fordøyelsesykdommer. Dette er også i tråd med at behandlingen mer avhenger av endoskopørens tekniske ferdigheter enn bakgrunn som kirurg eller indremedisiner. De medisinske gastroenterologiske behandlingsmodaliteter, er i stadig større grad i stand til å forhindre behovet for kirurgiske inngrep. Nødvendigheten av tett og velkvalifisert kirurgisk og medisinsk overvåkning og oppfølging av de dårligste pasientene, er



derimot ennå mer påkrevet. Tidspunktet for når medisinsk behandling bør avsluttes til fordel for nødvendig kirurgi, er helt sentralt. NGF's profil og arbeidsområde som foreningen for fordøyelsesykdommer, kirurgisk og medisinsk, vil kreve at våre kirurger og medisinerer deltar aktivt som medlemmer fremover og forhåpentligvis ser og opplever nytten av et nært samarbeid.

Bjørn Moum
Leder NGF

Vårens NGF-nytt er endelig klar! Vi ser en økende interesse for medlemsbladet og vil rette en stor takk til alle som har bidratt. Håpet er at vi kan utvikle dette videre og holde denne viktige delen av informasjonsarbeidet levende.

Kommunikasjon og informasjon blir mer og mer viktig. Dette ser vi i bla. Helseforetakenes informasjonskriv, e-mail-kommunikere og annen opinionsoppbyggende virksomhet. Det dreier seg mye om er å oppnå en virkelighetsforståelse som er i tråd med ønsket policy. Man kan gjerne kalle en del av dette for propaganda. NGF må også bidra til å få ut den virkelighetsforståelse som forening og fagmiljø har. Ut over dette, vil NGF-



nytt kunne spre kunnskap om hva som skjer ellers i gastro-Norge og ikke minst viderebringe inntrykk fra hva som skjer ute i verden. Vi er tross alt en nasjon med kun vel fire millioner innbyggere og er kanskje ikke "verdens navle" allikevel.

I dette nummeret annonseres årets stipender. Som Dere ser er det flere stipender enn før og vi har fortsatt med trofaste samarbeidspartnere. Vi holder på å utvikle hjemmesiden og NGF-nytt for å få en bred og enkel kommunikasjon. For å spare plass, velger vi å legge en del av informasjonen og blanketter på hjemmesiden.

Æresmedlemsskap i NGF er noe som tildeles medlemmer som har gjort ekstraordinær innsats for Norsk gastroenterologi eller gastrokirurgi. Ved årets generalforsamling gikk denne æren til Olav Fausa og Arne Skarstein. Vi vil i de følgende nummer ha intervjuer med våre æresmedlemmer og først ut er Arne Skarstein.

Tema for NGF-nytt denne gangen, er bruk av moderne intervensjonsmetoder ved gastroenterologiske lidelser. Miljøet på Ullevål har belyst noen av disse mulighetene i sine innslag og ikke minst sett på hvilken betydning tverrfaglig samarbeid og satsing på utdanning har å si for en vellykket utvikling.

Som seg hør og bør vil det være fyldig stoff fra årets viktigste begivenhet, Vintermøtet på Lillehammer. Prisvinnerne vil få presentert sine abstracts og to av vinnerne har skrevet innlegg om noe av sin forskningsvirksomhet. Referat fra generalforsamlingen legges med i sin helhet.

Redaksjonen vil ønske alle en riktig god sommer og ser fram i mot mange spennende innspill til neste nummer.

Tom Glomsaker
Redaktør i NGF-nytt

Norsk Gastroenterologisk Forening har mottatt nedenstående Høringsbrev (gjengitt i utdrag) datert 03.04.2006 fra Helse og Omsorgsdepartementet, samtidig som Legeforeningen har etterspurt hørings svar fra spesialforeningene/yrkesforeninger, som pga den korte høringsfristen fra departementet, er satt til 10.5. NGF har sendt sin høringsuttalelse til Legeforeningen 16.4.

Høringsbrev – overføring av finansieringsansvaret for enkelte legemidler fra folketrygden til regionale helseforetak

Vi viser til at ansvaret for finansieringen av legemidlene etanercept (Enbrel), adalimumab (Humira), anakinra (Kineret) og infliximab (Remicade) overføres fra folketrygden til regionale helseforetak fra og med 1 juni 2006, jf. St. prp. Nr 1 (2005 – 2006) og Budsjett- inst. S. Nr 11 (2005 – 2006).

Formålet med endringene er å tydeliggjøre de rettslige konsekvensene av at finansieringsansvaret for legemidler overføres til de regionale helseforetakene. Endringene tar ikke sikte på å endre gjeldende rett.

De regionale helseforetakenes ansvar

Overføringen av finansieringsansvaret medfører at pasienters rettigheter etter folketrygdloven faller bort. De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen, tilbys behandling med de ovenfor nevnte legemidlene, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

Infliximab (Remicade) vil fortsatt gis på sykehus/poliklinikk, mens de øvrige legemidlene hentes av pasienten på apoteket. Den ny ordningen innebærer at pasienten fra 1 juni 2006 ikke skal betale egenandel for legemidlene. De regionale helseforetakene har også finansieringsansvaret for nye pasienter, det vil si pasienter som ikke tidligere har blitt behandlet med disse legemidlene.

Sykehus, herunder private sykehus med avtale med regionale helseforetak om disse legemidlene, og privatpraktiserende spesialister som har særskilt avtale med regionale helseforetak om disse legemidlene, kan fra og med 1 juni 2006 forskrive resepter på disse legemidlene på foretakenes regning. Reseptene er hvite.

Bjørn Moum

Interessegruppe for Kronisk inflammatoriske tarmsykdommer

Det er i de fleste land i Europa og i USA dannet interessegruppe innenfor området Crohn og ulcerøs kolitt. NGF er representert i European Crohn Colitis Organisation (ECCO-ecco-ibd.org) og amerikanerne har sin Crohn Colitis Foundation of America (CCFA-ccfa.org). Det er økende interesse innen området, forskningen som pågår er omfattende, og fagområdet ekspanderer voldsomt. Interessen for ny medikamentell behandling som inkluderer biologisk terapi er gjenstand for betydelig interesse fra helsepolitikere og økonomer. Likeså har vi som behandlere på nært hold fått oppleve hvilken utrolig bedret hverdag våre aller dårligste pasienter har fått. Det er behov for at medisinske og kirurgiske kolleger med spesiell interesse for Crohn og ulcerøs kolitt danner et særskilt fora, interessegruppe for inflammatoriske tarmsykdommer i Norge under NGF. Målet vil være å utveksle erfaringer, initiere og videreføre forskning, organisere og bidra med undervisning av kolleger og annet helsepersonell og pasientgrupper samt bidra med kompetanse til offentlige etater i spørsmål rundt sykdomsgruppen.

Jeg vil derfor oppfordre kolleger til å melde sin interesse for å delta i en slik gruppe. Oppgaver nært forestående som vil kunne bruke en slik gruppes involvering og kompetanse kan være å etablere nasjonale retningslinjer for biologisk terapi og organisere et nasjonalt årlig IBD møte. Interesserte kan kontakte undertegnede, fortrinnsvis på mail.

Bjørn Moum

Olympus EndoCapsule



Overlegen bildekvalitet, automatisk lysintensitetskontroll (irisfunksjon), Real Time Viewer, 8 timers funksjonstid, overfører 2 bilder pr. sekund, automatisk strukturforbedring av bildet, kort avspillingstid og Red Button.



Format:
11x26mm

Lysfølsom, høyoppløslig CCD teknologi gir klare, skarpe og naturtro bilder selv under de mest krevende forhold. 6 LED gir klart synsfelt og stor dybdeskarpheit.

For ytterligere informasjon, vennligst kontakt
OLYMPUS NORGE AS. Tlf.: 23 00 50 50. E-post: adm@olympus.no

Nexium[®]
esomeprazol

AstraZeneca

AstraZeneca AS
Hoffsveien 70 B
Boks 200 Vinderen N-0319 OSLO
Tlf 21 00 64 00 Faks 21 00 64 01
www.astrazeneca.no

Nytt fra fagmiljøene

Norsk ERCP-register

Vi har nå kommet til 1. mai 2006 og nåværende registrering i ERCP-registeret skal avsluttes. Til alle som har bidratt i hele denne prosessen, og som både har kommet med innspill til forbedringer og som har registrert, vil vi få rette en stor takk. Databasen som er bygd opp er unik og vi har nå et meget spennende materiale å gjøre opp. Evalueringen er allerede i gang, men vi må ha alle sentra til å gjøre en kvalitetssikring av sine data. Dette gjøres som følger:

1. Gå inn i elektronisk journal og sjekk at komplikasjoner virkelig har kommet med og supplér evt. komplikasjoner til registeret.
2. Skaff data om hvor mye som er gjort av ERCP i perioden for å si noe om hvor komplett registreringen har vært.
3. Gi gjerne en tilbakemelding om hvor mye som oppdages av komplikasjoner ved den nye gjennomgangen.
4. Send inn 30 dagers oppfølgingskjema til undertegnede (for de som ikke har registrert inn skjemaene selv)

Vi vet at en slik kvalitetssikring er tidkrevende og omfangsrik. Allikevel tror vi at dette arbeidet er svært nyttig ikke bare for registeret sin del, men også for å skaffe seg gode data fra egen virksomhet. Håpet er derfor at de sentraene som har registrert regelmessig tar denne utfordringen. For selve skrivingen av artiklene knyttet til registeret vil vi gjerne ha med flere fra de aktive sentraene. Det er mange aspekter som kan belyses, og vi kan plukke ut subgrupper for spesielle analyser. Håper derfor på innspill i denne viktige delen av arbeidet.

Veien videre!?

De erfaringene vi nå har gjort er at mange ønsker at vi fortsatt skal ha et ERCP-register. Det har derfor blitt arbeidet for å finne en god organisering for et levedyktig register også i framtiden. For det første vil det være aktuelt å gjøre justeringer av noen av registreringsparametrene. Dette må bli en prosess mellom aktive sentra. Vi har hatt kontakt med Gastronett og NGF sitt Kvalitetsutvalg. Gastronett har sagt seg villig til å stille sin organisasjon til disposisjon og å drive registeret videre i sammen med en styringsgruppe som de aktive sentra selv må velge ut. NGF sitt styre vil også støtte arbeidet og være en viktig del av arbeidet for Kvalitetsutvalget i NGF. Ved første møte i Gastronett før sommeren vil dette bli konkretisert ytterligere. Målet er å lage et register som er så attraktivt for egen kvalitetssikring at alle som gjør ERCP er med i registeret.

Inntil vi har fått den endelige løsningen på utforming av organisasjon og registreringsskjema, foreslår vi at alle som ønsker, fortsetter å registrere. Etter tilbakemelding har flere uttrykt at de opplever at denne registreringen gjør det mulig å ha en god prospektiv registrering av egne data og det vil skape betydelig ekstraarbeid om et eget lokalt register skal etableres. Allikevel er tilbakemeldingene at registeret er for komplisert i dag. Vi tillater oss å foreslå fjerning av noen av registreringene og ikke minst tar vi bort 30 dagers oppfølgingen, men overlater komplikasjonsregistreringen til en kontrollsjekk i datajournal når det har gått 30-dager. Følgende foreslås fjernet:

1. Blodprøvesvar
2. Medikamenter
3. Kanyleringstid
4. Kanyleringsdetaljer
5. Steindetaljer

Inntil den nye styringsgruppen har kommet med sine innspill, vil registreringsskjemaet se likt ut og de enkelte sentra kan velge om de vil fullstendig registrere som før eller sløyfe foreslåtte punkter. Det vil gå en ny innbydelse til alle sentra i Norge om deltakelse og vi håper at det videre arbeidet fører til at vi får et enda bedre register med enda flere aktive deltakere!

Vi vil i løpet av mai komme med et forslag om dato for et ERCP-møte. Det har vist seg svært vanskelig å få dette til før sommeren, pga mange andre arrangement og ikke minst helligdager. Målet er derfor å få til et samlende møte like over sommeren. Igjen tusen takk for samarbeidet så langt og vi ser fram mot en spennende tid framover!

Tom og Lars

Forskning

To av prisvinnerne fra Lillehammer-møtet har blitt bedt om å skrive et lite innlegg om noe av den aktuelle forskningen de for tiden er engasjert i. Tomm Bernkleiv og medarbeidere har bidratt med viktig kunnskap innenfor fagfeltet inflammatorisk tarmsykdom og Per Farup og medarbeidere har bidratt sterkt innenfor fagfeltene reflukssykdom og funksjonelle tarmforstyrrelser.

På side 26 i denne utgaven av NGF-Nytt presenteres øvrige vinnerarbeider.



Forskjeller i helserelatert livskvalitet hos pasienter med ulcerøs kolitt i Europa. (EC-IBD STUDY GROUP)

Tomm Bernkleiv, Stipendiat,
Institutt for klinisk medisin, Rikshospitalet og
gastroseksjonen, med.avd. - Sykehuset Østfold.

Inflammatorisk tarmsykdom (IBD) er hyppig forekommende i Vest-Europa, og det brukes store helsemessige ressurser på denne pasientgruppen. Samtidig vet vi at det er kulturelle, økonomiske og behandlingmessige forskjeller mellom de europeiske landene. Mot denne bakgrunn ønsket vi derfor å se nærmere på hvordan europeiske pasienter med IBD klarer seg i hverdagen – både i jobb, sosial sammenheng og i de daglige gjøremål. Ville vi finne forskjeller mellom landene? Og kunne vi i så fall si noe om årsaken(e) til eventuelle forskjeller?

I et europeisk samarbeidsprosjekt (EC-IBD) har en rekke land, inklusive Norge, fulgt en IBD kohorte siden 1990 i en prospektivt anlagt studie. I 2004 ble alle gjenværende pasienter invitert til et 10-års oppfølgingsbesøk, der vi ønsket å registrere pasientenes egen opplevelse av hvordan de har det i hverdagen. En etablert metode for denne type registreringer er å måle pasientenes helserelaterte livskvalitet (HRQOL), hvilket vi gjorde med det generelle spørreskjemaet SF-36. Vi så også på sammenhengen mellom kolektomerte pasienter og HRQOL i Danmark og Norge.

Totalt deltok 592 UC-pasienter (69% av totalkohorten) fra Spania, Italia, Hellas, Israel, Irland, Nederland, Danmark og Norge. Gj.snittsalder var 47.7 år, andelen kvinner 48%.

Det var signifikante forskjeller i HRQOL mellom pasienter fra de deltagende sentra. UC pasienter i Danmark har meget god HRQOL, pasienter fra Hellas, Spania, Italia, Nederland og Norge oppgir noe redusert HRQOL, mens pasienter fra Irland og Israel hadde svært dårlig HRQOL. Ved sammenligning med normal data (bakgrunnsbefolkningen) fant vi at UC pasienter i Danmark og Italia har en bedre HRQOL enn bakgrunnsbefolkningen, i de øvrige land er den nedsatt. Kolektomerte UC-pasienter i Norge hadde en bedre HRQOL enn ikke kolektomerte, i Danmark var det motsatt, der scoret de ikke- opererte bedre enn de kolektomerte.

Fra andre studier vet vi at Danmark (København) har den høyeste kolektomirrate i Europa. Helseøkonomiske data fra EC-IBD studien viser at Danmark også har de høyeste kostnadene ved behandling av UC i Europa. Norge derimot har lav kolektomirrate og de laveste kostnader i Europa. Danske UC pasienter har best livskvalitet, mens den er redusert hos de norske. Hvis vi derimot sammenligner Norge med Nederland finner vi lik kolektomiforekomst, samme livskvalitetsscore men noe økte kostnader i Nederland. Resultatene fra HRQOL målinger på kolektomerte UC pasienter i Danmark og Norge kan indikere at dersom man opererer på for liberal indikasjon får man endel kolektomerte pasienter som er misfornøyde og angir dårlig HRQOL. Og motsatt, har man (for) strenge indikasjoner for operasjon får man en gruppe kolektomerte som er fornøyde, men sitter igjen med en gruppe ikke opererte som er mindre fornøyd. I sistnevnte gruppe er det pasienter som sannsynligvis ville profitert på å bli operert. Spørsmålene blir da: Har Norge en riktig balanse mellom behandling og kostnader, eller skulle vi ha operert oftere? Hva skal avgjøre vår behandlingsstrategi, kostnader eller livskvalitet?

Fortsetter på neste side ►

□ Nytt fra fagmiljøene

Er alternativ medisin virkelig et alternativ til lette refluksplager?

Hvor effektiv er on-demand behandling med et pektin-fiber-basert naturprodukt sammenlignet med esomeprazol hos pasienter med gerd?

Mathis A. Heibert¹, Victor Høeg², Per G. Farup^{2,3}

1) Med. avd., Helse Nord-Trøndelag HF, Namsos, 2) Med. avd., Sykehuset Innlandet HF, Tynset og Gjøvik, 3) Enhet for anvendt klinisk forskning, NTNU, Trondheim.

Omsetningen av alternativ medisin er stor selv om vår kunnskap om produktene er begrenset. Også slik behandling fortjener seriøs vurdering.

Aflurax® er et pektin-fiber-basert naturprodukt fra sitronskall som danner en mekanisk og kjemisk barriere for refluks på lignende måte som andre alginater. Produktet, som er godkjent som kosttilskudd, ble markedsført som mer effektivt enn andre alginater etter at en studie hadde vist bedre effekt enn placebo. Produsenten ga oss litt støtte til denne randomiserte, åpne multisenterstudien som sammenlignet naturproduktet med esomeprazole 20 mg ved behov hos pasienter med lette, intermitterende refluksplager og ingen eller lett grad av

øsofagitt. Ni norske sykehus inkluderte totalt 82 pasienter hvorav 77 inngår i per protokoll analysen. Ikke uventet var andelen tilfredse pasienter signifikant høyere etter behandling med esomeprazole enn med naturproduktet, henholdsvis 92% og 58%. Denne studien tillater ingen sammenligning med placebo, men sammenlignet med andre studier er det holdepunkter for at naturproduktet har en viss effekt.

Men studien ga også annen ny kunnskap som kanskje er like viktig. Eldre var mer fornøyde enn yngre, og effekten var uavhengig av hiatushernie og grad av øsofagitt.

Mest overraskende var det at 85% ikke ønsket å gå over til kontinuerlig behandling til tross for at de fortsatt hadde en del symptomer. Dette tyder på at pasienter tolererer en del refluks-symptomer når en effektiv behandling tatt ved behov er tilgjengelig. ■



□ Tema: Moderne intervensjonsmetoder ved gastroenterologiske lidelser

Stenting ved duodenal obstruksjon

□ Truls Hauge, Lene Larssen og Asle W. Medhus

Gastromedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus, 0407 Oslo
E-post: truls.hauge@ullevaal.no

Bakgrunn

Maligne stenoser i duodenum og distale ventrikel kan forekomme ved kreft i pancreas og ventrikel, men også grunnet metastaser, galleveis-, papille- og duodenalkreft. Åpen kirurgi med gastroenteroanastomose (GEA) har tradisjonelt vært den mest aktuelle palliative behandling, men i de seinere år har behandling med selveksperende metallstenter (SEMS) blitt introdusert som et godt alternativ. Studier som sammenlikner SEMS med kirurgi er i hovedsak retrospektive og inkluderer relativt få pasienter. Aktuelle publikasjoner, blant annet en oversiktsartikkel i Endoscopy fra 2004 (1) og et dansk materiale presentert i Ugeskrift fra høsten 2005 (2), konkluderer med at behandling med SEMS er både bedre og billigere enn kirurgi. Antall komplikasjoner er få, stentene fungerer godt og bidrar til å korte ned sykehusoppholdet. Pasientene lever i snitt 3-3,5 måneder etter innlagt stent.

Metoden

Før stentinnleggelse må avlastning av duktus koledokus vurderes. Om kolestase foreligger eller stenting over papillen planlegges, bør pasienten få gallestent først, eventuelt via PTC om ERC ikke er mulig å utføre. Det er enklere å anvende et gastroskop enn et duodenoskop, arbeidskanalen må være større enn 3,5 mm for å få plass til introduser (3). Det anbefales ikke å blokke for å åpne duodenum, men et ballongkateter kan anvendes til å måle strikturens lengde. Alternativt kan et ERCP-kateter med metalltupp som føres over guidewiren benyttes. På forhånd bør det gjøres en best mulig kartlegging av forholdene distalt for synlig striktur for å avklare om det foreligger flere strikturer. Introduser må føres over en stiv guidewire, men det kan være behov for en annen type wire for å kunne passere strikturen. Det anbefales å legge stentens kraniale åpning proksimalt for pylorus. Dette gir et bedre forløp, reduserer risiko for avklemming, perforasjon og migrasjon (2). Bildene viser stent og introduser, utløsning av stent og ekspandert stent med kontrastpassasje videre ned i tynntarm.

Konklusjon

Som palliativ behandling anbefales i dag stent framfor kirurgi, hvilket også kom klart fram på årets SADE møte. Hos pasienter med lang forventet levetid (mer enn 6 måneder) kan det oppstå problemer med stenten, og kirurgi kan derfor vurderes. Imidlertid vil en reintervensjon med ny stent også være mulig hos pasienter som tidligere har fått dette. Metoden krever erfaring i terapeutisk endoskopi og bruk av SEMS.

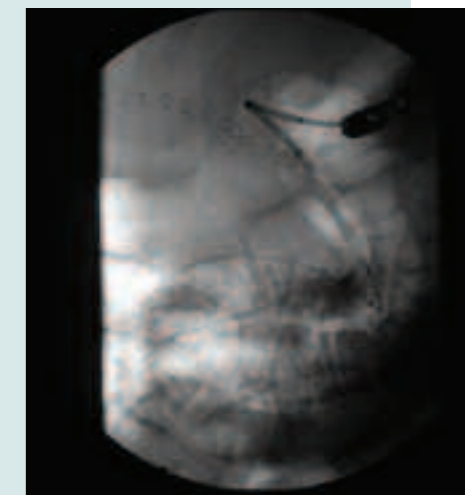
Framtiden vil kunne gi oss bedre stenter med redusert komplikasjonsfrekvens og bedret holdbarhet. Metoden er imidlertid relativt ny, og kontinuerlig evaluering av prosedyren og dens effekter er påkrevet. Dette kan blant annet gjøres ved systematisk innsamling av data om prosedyren, spesielt med henblikk på funksjon og livskvalitet. ■

Litteratur

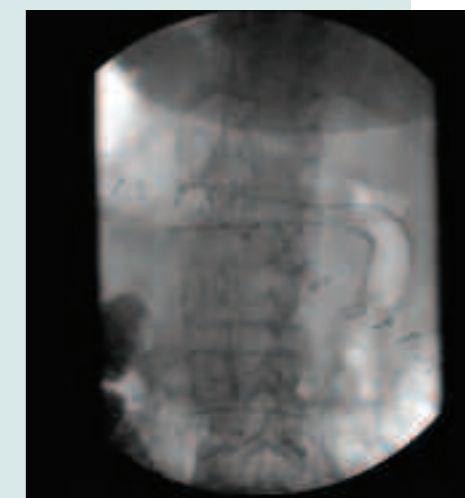
1. Dormann A, Meisner S, Verin N, Wenk Lang A. Self-expanding metal stents for gastroduodenal malignancies: systematic review of their clinical effectiveness. Endoscopy 2004; 36: 543-50.
2. Olsen E, Kiil J, Petersen JB. Self-expanding metal stents as palliative treatment of a malignant obstruction in the distal part of the ventricle or duodenum. Ugeskr Laeger 2005; 167: 3678-81
3. Kaw M, Singh S, Gagneja H, Azad P. Role of self-expandable metal stents in the palliation of malignant duodenal obstruction. Surg Endosc 2003; 17: 646-50.



□ Stent med introduser og stent halvveis frigjort.



Innleggelse av duodenalstent med terapigastroskop, guidewire og gjennomlysning. Utløsning av stenten.



Plassert duodenalstent og kontrastpassasje til tynntarm distalt

The world's favourite suture¹ is now better than ever

NEW VICRYL* Plus antibacterial suture

Now with protection against bacterial colonisation

- In vitro studies demonstrate that VICRYL* Plus antibacterial suture has a zone of inhibition that is effective against the pathogens that most frequently cause surgical site infection (SSI)^{†1,2}
- Same handling and performance you've come to expect from VICRYL* (polyglactin 910) suture

Full prescribing information is available from the product insert. For more information on new VICRYL* Plus antibacterial suture, contact your sales representative on +47 66 98 10 30 or visit www.jnjgateway.com

[†]Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, methicillin-resistant S aureus (MRSA) and methicillin-resistant S epidermidis (MRSE) are the most common causes of SSIs. References: 1. Data on file. 2. Rothenburger S, Spangler D, Bhende S, Burkley D. In vitro antimicrobial evaluation of coated VICRYL* Plus Antibacterial suture (coated polyglactin 910 with triclosan) using zone of inhibition assays. Surg Infect. 2002;3(suppl 1):S79-S87.

□ Tema: Moderne intervensjonsmetoder ved gastroenterologiske lidelser

Behandling av blødende ulcus duodeni med radiologisk embolisering

□ Lene Larssen¹, Nils-Einar Kløw¹, Thomas Moger², Bjørn Atle Bjørnbeth², Asle W. Medhus, Truls Hauge og Idar Lygren
Gastromedisinsk-, 2Gastrokirurgisk- og 1Hjerte-kardiologisk avdeling, Ullevål universitetssykehus, 0407 Oslo
E-post: lene.larssen@ullevål.no

Bakgrunn

Ved øvre GI-blødninger grunnet ulcus vil denne i ca. 80 % av tilfellene stoppe spontant. I de tilfellene hvor dette ikke skjer, er rask endoskopisk behandling avgjørende. Endoskopisk primærbehandling utført av rutinerende endoskopører er vellykket i mer enn 90 % av tilfellene.

I de tilfellene man ikke får kontroll over blødningen, foreligger det ofte et duodenalsår med massiv blødning fra arteria gastroduodenalis. Pasientene er ofte gamle med komorbiditet, noe som gjør dem til dårlige kandidater for kirurgi. Radiologisk intervensjon med arteriell embolisering av det blødende kar, har de senere år blitt etablert som et godt behandlingsalternativ til akutt kirurgi. Det er som regel gastrokirurg og gastroenterolog i samråd med intervensjonsradiolog, som tar beslutningen om når embolisering skal forsøkes. Metoden benyttes ikke ved variceblødninger (1,2).

Metoden

Behandlingen utføres av erfaren intervensjonsradiolog på angiografisk røntgenlab. Ved Ullevål universitetssykehus har vi en 24 timers service for behandlingen. Sykehuset mottar også pasienter fra andre sykehus i Helseregion Sør og Øst, og hvis mulig sendes pasientene umiddelbart tilbake etter behandlingen. Pasienten er våken, eventuelt lett sedert og bør være sirkulatorisk stabil før prosedyren starter. Nøyaktig endoskopisk lokalisasjon av blødningen på forhånd er viktig, slik at rask og målrettet angiografisk fremstilling av det blødende kar kan utføres. Arteriepunksjonen foretas i lysken. Et 1,7 mm diagnostisk kateter føres opp til

truncus coeliacus og arteria mesenterica superior. Ved pågående blødning kan man ofte påvise kontrastlekkasje ut i tarm fra arteria gastroduodenale, pseudoaneurysme, erosjon av arterien eller bare en okkludert arteriegren. Ved å føre kateteret ned i arteria gastroduodenale kan man deponere okklusjonsmateriale både distalt og proksimalt for det patologiske området. Som lukningsmateriale benyttes vanligvis metallcoiler dekket med fibre eller gelfoam (surgigel). Arterien kan også lukkes uten at patologi påvises ved angiografi, dersom man har påvist blødningsfokus i dette området ved endoskopi. Eventuelt blødning fra grener av arteria mesenterica superior må avklares før behandlingen kan avsluttes.

Det er få komplikasjoner ved denne metoden, men den kan være teknisk vanskelig å gjennomføre. Vanligste komplikasjoner er generelle punksjonsblødninger fra lysken, skader på truncus coeliacus og feilplassering av emboliseringmateriale, særlig ut i leverarterien. Grunnet god kollateralsirkulasjon i øvre GI-traktus, er risikoen for iskemiske komplikasjoner svært liten. I internasjonal litteratur oppgis teknisk suksessrate å være meget høy, men klinisk suksessrate varierer fra 50-95 % (1,4)

Angiografisk diagnostikk og embolisering kan også gjøres ved GI-blødninger fra andre lokalisasjoner og for blødninger av annen årsak enn ulcus. Metoden benyttes bl.a. ved traumer, blødning fra inoperable tumorer, og blødninger av ukjent årsak. Metoden benyttes også i nedre GI-traktus, men her er komplikasjonsrisikoen for iskemi ved embolisering større pga. dårligere kollateralsirkulasjon.

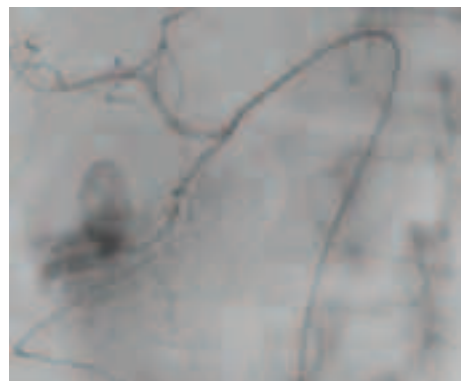


Fig 1. Kvinne 56 år med blødende sår i duodenum. Nylig endoskopisk klipset. Profus reblødning. Kateteren er her plassert ved inngangen til arteria gastroduodenale. Bildet viser kontrastlekkasje inn i duodenum.



Fig 2. Fiberdekkede coiler er plassert i arteria gastroepiploica og i stammen av arteria gastroduodenale. Lekkassen til duodenum er opphevet.

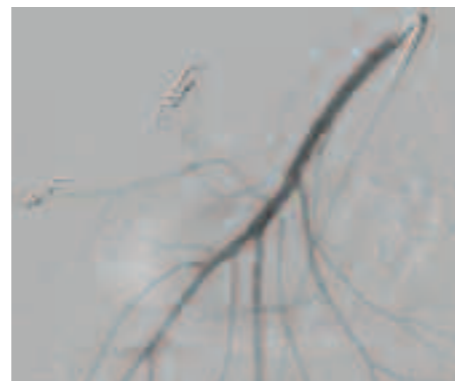


Fig 3. Kontrastinjeksjon i arteria mesenterica superior viser at ingen grener fra denne blør. Coilene sees til venstre i bildet

□ Tema: Moderne intervensjonsmetoder ved gastroenterologiske lidelser

Konklusjon

Endoskopisk behandling er fortsatt førstevalg ved behandling av blødende gastroduodenale ulcera. Erfaringsmessig kan det ved store blødninger fra duodenalsår være vanskelig å oppnå endoskopisk hemostase uten reblødning. I disse tilfellene kan embolisering være et godt alternativ og bør i dag vurderes før kirurgisk behandling. Ved Ullevål universitetssykehus har vi de siste årene fått erfaring med at denne behandlingen er sikker og effektiv. Vi har årlig ca. 100 øvre GI-blødninger, hvorav 50 er blødende duodenalsår. De siste årene har vi behandlet i snitt 5,5 pr. år med embolisering (resultatene fra de siste 5 år går igjennom nå).

Fremtiden

Våre gode erfaringer med embolisering av blødende duodenalsår, tilsier at det er nødvendig å bygge opp døgnkontinuerlig beredskap. Metodens vanskelighetsgrad og det at få intervensjonsradiologer utfører behandlingen krever at behandlingstilbudet sentraliseres til de store sykehusene. Pasienter fra andre sykehus blir allerede i dag henvist til og behandlet ved Ullevål. Rundt pasienter med blødende duodenalsår bør det være et tett samarbeide mellom endoskopør, intervensjonsradiolog og gastrokirurg. Vi regner med at det framover vil være et økende behov for dette tilbudet. ■

Litteratur

1. Ljungdahl M, Eriksson L-G, Nyman R, Gustavsson S. Arterial embolisation in management of massive bleeding from gastric and duodenal ulcers. Eur J Surg 2002;168:384-390
2. Blocksom J.M., Tokioka S, Sugawa C. Current therapy for nonvariceal bleeding. Surg Endosc 2004;18:186-192
3. Ripoll C, Banares R, Beceiro I, Menchen P et.al. J Vasc Interv Radiol 2004; 15:447-450.
4. Defreyne L, Vanlangenhove P, De Los M et al. Embolization as a first approach with endoscopically unmanageable acute nonvariceal gastrointestinal hemorrhage. Radiology 2001;218:739-748.
5. Buanes T. Hvilke vaktordninger sikrer god behandling av gastrointestinale blødninger? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3368.

Pentasa® totalsortiment tilbyr unike kombinasjonsmuligheter for optimalisert behandling.



Ved mild til moderat UC



FERRING PHARMACEUTICALS
MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS

□ Tema: Moderne interversjonsmetoder ved gastroenterologiske lidelser

Tiden inne for å etablere treningsentra i endoskopi

Stentkurs basert på modeller på Ullevål 10.-11. november 2005.

□ Truls Hauge

Gastromedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus, 0407 Oslo.
E-post: truls.hauge@ullevaal.no

Et samarbeide med institutt for eksperimentell endoskopi og endoskopi-avdelingen ved universitetssykehuset i Tübingen i Tyskland, har gitt muligheter for kurs basert på modeller utviklet i gruppen til prof Karl Ernst Grund og Günter Farin. Et godt samarbeide med Boston Scientific gjorde det siste kurset mulig.

Modellene er laget av kunststoff (uten biologisk materiale). Svulstene som ble anvendt av et cellulosebasert materiale blandet med tekstilrester, saltvann og fargestoff.

Kurset i november bestod av en teoretisk gjennomgang på tre timer torsdag ettermiddag, hele fredag "hands-on" i tre grupper med fem deltakere og fokus på duodenalstenting, ERCP / gallestenting samt kolonstenting.

Prof. Grund bidro sammen med to av sine medarbeidere med betydelig erfaring innenfor området. De har et imponerende materiale med over 1000 stentinnleggelser, dessuten en stor erfaring i alt som kan gå galt. De samme modellene ble også anvendt i forbindelse med SADE kurset i Oslo i januar måned.

Dette er en svært god måte å få praktisk erfaring i kompliserte terapeutiske prosedyrer på. Innleggelse av metallstenter forutsetter trening og er i utgangspunktet en irreversibel prosedyre der svært lite skiller mellom et vellykket og et mislykket resultat. Det å kunne gjøre hele prosedyren selv under veiledning på realistiske modeller, gir en svært god læring. Interessen for de to kursene som har vært avholdt har vært stor, og vi tar sikte på å fortsette med denne type kurs basert på modeller.

Tiden med "see one, do one, teach one" er definitivt forbi. Pasientene våre vil i økende grad sette krav til erfaring hos legen / teamet som utfører den enkelte prosedyre. Det samme vil være tilfelle hos helsemyndighetene. Derfor må også



Interessen for de to kursene som har vært avholdt har vært stor, og vi tar sikte på å fortsette med denne type kurs basert på modeller.

fagmiljøene selv ta sterkere initiativ for å utnytte de muligheter som tross alt finnes for å bedre videre- og etterutdannelsen i endoskopi. Torsdagssymposiet på NGFs årsmøte i 2005 hadde som tema "Endoskopiens plass i Norge". I etterkant av dette symposiet ble NGF-styret oppfordret til å arbeide videre med noen av trådene.

Etablering av treningsentra for endoskopi hvor også simulatorer og modeller anvendes, vil sette fokus på en bedre og mer systematisk opplæring. Dette vil være nødvendig for at vi både skal oppnå, men også kunne vedlikeholde nødvendig kompetanse i framtiden. Utfordringen går herved både til NGFs styre, men også til endoskopimiljøene om å arbeide for at dette kan bli en realitet.



Svulstene som ble anvendt av et cellulosebasert materiale blandet med tekstilrester, saltvann og fargestoff.



Modellene er laget av kunststoff (uten biologisk materiale).

□ Tema: Moderne interversjonsmetoder ved gastroenterologiske lidelser

Register over stentbehandling ved gastrointestinal kreftsykdom

□ Lene Larssen, Asle W. Medhus, A. Nesbakken¹ og Truls Hauge

Gastromedisinsk avdeling Ullevål Universitetssykehus, 0407 Oslo

Gastrokirurgisk avdeling Aker universitetssykehus¹, 0514 Oslo E-post: lene.larssen@ullevaal.no



Bakgrunn

Av pasienter som får diagnostisert gastrointestinal kreft, har så mange som 40-80% avansert sykdom og kan derfor kun tilbys lindrende behandling. Ved kreft i mage-tarmkanalen og galleveier, vil obstruksjon / passasjehinder være ett problem ved utbredt sykdom.

Selvekspanderende metallstenter (SEMS) ble introdusert på begynnelsen av 90-tallet, og har de siste årene blitt viktig i den lindrende behandlingen. Publiserte studier viser en høy teknisk og klinisk suksessrate på henholdsvis 90-95 % og 75-85% samt lav forekomst av alvorlige komplikasjoner (1-6%) (1,2,3). Behandling med SEMS gir ofte kortere liggetid i sykehus grunnet rask effekt, færre komplikasjoner og mindre behov for postoperativ / intensivbehandling. Dette kan også bety helseøkonomiske fordeler til tross for at stentene er forholdsvis kostbare (4).

I hovedsak er de studiene som foreligger relativt små og dessuten retrospektive. Særlig gjelder dette for stenting ved gastroduodenal obstruksjon, men også ved kolonstenting.

Pasientgruppen som behandles palliativt med SEMS har i gjennomsnitt forventet gjenværende levetid på ca. 3 mnd. Det er derfor svært viktig å lindre plager og bedre livskvaliteten, men inntil nå foreligger det ikke studier på livskvalitet ved stenting. Det er nødvendig med mer informasjon både om bruk, metoder, behandlingseffekter, komplikasjoner og ikke minst livskvalitet ved bruk av SEMS. Ved det enkelte sykehus vil stentvolumet være begrenset og vi planlegger derfor å opprette et behandlingsregister for hele Osloregionen, noe som vil kunne gi økt og nødvendig kunnskap om denne behandlingen.

Metode

Alle sykehus i Osloregionen (Østlandsregionen) som anlegger stenter vil bli inviterte til å delta. Vi vil registrere SEMS-innleggelse ved kreft i spiserør, magesekk, bukspyttkjertel, galleveier og tykktarm. Det vil også være av interesse å registrere plaststenter i galleveier for samme indikasjon. Lengden på inklusjonsperioden vil bli ca. 2 år, med sannsynlig oppstart høst -06.

Følgende data vil bli registrert:

- Diagnose og tidspunkt
- Symptomer forut for stentinnleggelse
- Formål med stentinnleggelsen (palliasjon, "bridge to surgery" etc.)
- Type stent som legges inn
- Teknikk som benyttes
- Tidsbruk for prosedyren
- Teknisk og klinisk suksessrate
- Komplikasjoner relatert til stentinnleggelsen
- Behandlingseffekt

For nærmere å undersøke livskvalitet (QoL), vil vi benytte EORTC C30 QLQ med noen av deres spesialmoduler. Skjemaet er validert på norsk og er ikke vanskelig å fylle ut. Det har tidligere vært anvendt bl.a. på pasienter med pancreascancer. Pasientene vil bli bedt om å svare på spørsmålene før behandling. Deretter vil de få med seg samme skjema for utfylling hjemme etter 2-3 uker og returnerer det i posten.

Alle pasientene vil bli fulgt frem til død hva angår kontakt med spesialisthelsetjenesten, reinnleggelser og behov for reintervensjon.

Opplysningene samles i ett register ved Ullevål universitetssykehus som koordineres av lege/stipendiat ved Gastromedisinsk avdeling.

Forventet betydning

Et slikt register vil kunne gi økt kunnskap om bruk og behandlingseffekt ved stenting. Man vil med større sikkerhet kunne vurdere hvilke pasienter som bør tilbys stentbehandling og med hvilken metode. Denne kunnskapen vil igjen kunne føre til et bedre behandlingstilbud for pasienter med kreft i mage-tarmkanalen. Med utgangspunkt i dette registeret planlegges også studier av ventrikkeltømming etter duodenalstenting, dessuten stenting ved akutt colonileus, enten som endelig behandling eller som "bridge to surgery". Prosjektet er i planleggingsfasen og vi er åpne og takknemlige for innspill og tilbakemeldinger.

Litteratur

1. D.Simmons, T.Baron. Technology Insight:enteral stenting and new technology. Nature clinical practice 2005;8: 365-374.
2. S.Meisner, M.Hensler, F.K.Knop, F.West, P.Wille-Jørgensen. Self-Expanding Metal Stents for Colonic Obstruction: Experiences from 104 procedures in a single center. Diseases of Colon and Rectum 2004;47:444-450.
3. P.Mosler, K.Mergener, J.Brandabur, D.Scembre, R.Kozarek. Palliation of gastric obstruction and proximal small bowel obstruction with self-expandable metal stents. Journal of clinical Gastroenterology 2005;39:134-138.
4. E.Johnsson, A.Thune, B.Liedman. Palliation of malignant obstruction with open surgical bypass or endoscopic stenting.Clinical outcome and health economic evaluation.World journal of surgery 2004;28:812-817

Et æresmedlem ser tilbake

På Årsmøtet i mars i år ble det utnevnt 2 nye æresmedlemmer i vår forening, professor Arne Skarstein på Haukeland og professor Olav Fausa på Rikshospitalet. Dette er 2 personer med en lang karriere bak seg og som har markert seg i vår bransje. Det skulle vise seg at ingen av de var lette å få intervjuet. Begge er stadig like opptatt, både faglig og med andre gjøremål. Olav skulle på lang reise i mai, men vi lykkes å treffe Arne som bor med sin Lisen i Paradis rett utenfor Bergen sentrum.

□ Ragnar Madsen

Arne er vennlig mann. Man forstår raskt at dette er en person som ganske klart gir tillit og som pasienter helt sikkert føler seg komfortabel med. Men hvordan startet det hele? Vi lar Arne selv fortelle:

-Allerede i studietiden var mitt mål å bli kirurg, hvis mulig. Den prekliniske delen av studiet tok jeg i Basel i Sveits. Før jeg reiste til Bergen i klinikken rakk jeg så vidt å oppleve den kjente kirurgen professor Rudolf Nissen som gjorde et sterkt inntrykk på meg. Interessen for kirurgi ble befestet i studieårene på Haukeland sykehus og jeg hadde flere vikariat på kirurgisk avdeling A. Da jeg hadde tatt eksamen i 1964 og takket for meg på avdelingen ønsket oversøster meg velkommen tilbake som overlege. Det var jo svært hyggelig sagt, men for meg virket det den gang som et nærmest uopnåelig mål.

Turnustjenesten hadde jeg ved Stavanger kommunale sykehus og i Førde og Jølster distrikt, deretter militærtjeneste ved Sessvollmoen. Det var den gang rift om begynnerstillinger ved kirurgiske avdelinger. Jeg var heldig og fikk et halvt års vikariat ved Sentralsykehuset i Kristiansand. Det ble en god start for meg og vikariatet så ut til å kunne forlenges. En av Legene skulle tjenestegjøre i Gaza. Men på grunn av 6-dagers krigen ble ikke det noe av. Nå var gode råd dyre. Jeg fikk imidlertid telefonisk tilsagn om et 3 måneders assistentlegevikariat ved kirurgisk avdeling B på Haukeland sykehus, og vi reiste med våre to små barn og det lille vi hadde til Bergen.

Med Bergen som base

-Jobb, faglig utvikling og familieliv har du kunnet bedrive på samme sted. Du ble i Bergen?

-Ja, jeg har vært utrolig heldig. Under min tid på Haukeland sykehus ble jeg spesialist i generell kirurgi 1973 og i gastroenterologisk kirurgi i 1978. Jeg disputerte for Den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Bergen i 1980. I noen år var jeg først overlege, deretter avdelingsoverlege og professor ved kirurgisk avdeling, Diakonissehjemmets sykehus, Haraldsplass. Deretter kom jeg tilbake til kirurgisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus som professor I og overlege, stillinger jeg har hatt til jeg sluttet ved fylte 70 år sommeren 2005.

-Du har jo vært i faget i en mannsalder og vært vitne til endringene. Hva er de viktigste utviklingsstrekk slik du ser det?

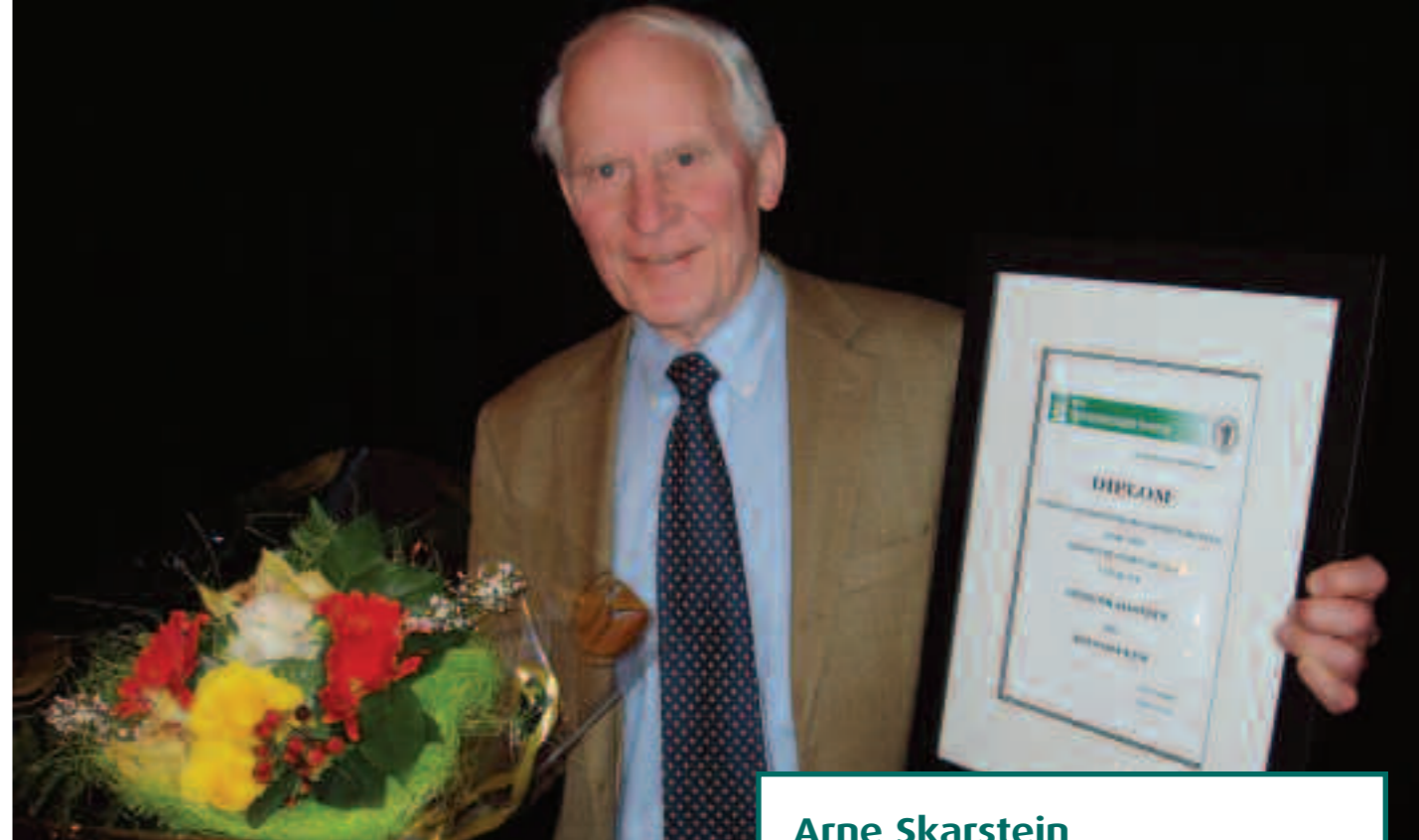
-Generelt har det det har vært en eventyrlig utvikling av faget i min tid som kirurg. Det gjelder ikke bare teknologien, men også øket kunnskap om årsak til sykdommer og muligheter til behandling. Utviklingen av viktige støttefunksjoner har hatt stor betydning. Eksempler på dette er anestesi- og intensivbehandling, antibiotika- og tromboseprofylakse, billeddiagnostikk og patologiske undersøkelser. Når det gjelder gastroenterologisk kirurgi fikk vi et viktig skille i 1978 da det ble

egen grensespecialitet, selv om mage-tarmkirurgi preget den kirurgiske hverdag også i 1960-årene. Operasjon for magesår var av de store inngrep og var den mest effektive behandling av magesår når datidens kurer ikke førte frem. Diagnosen bygget på klinikk og røntgenfunn. Alle kirurgiske overleger med respekt for seg selv hadde sin måte å gjøre ventrikkelreseksjon på. Det var stort sett Billroth-II varianter. I løpet av mine første år fikk jeg lære både Polyas, Moynihans og Krønleins metoder og den siste ble senere min favoritt. Det å få gjøre ventrikkelreseksjon på egen hånd, ble ansett som en stor tillit og du var dermed på vei til å bli kirurg på alvor. Jeg husker meget godt da dette skjedde meg i Kristiansand og overlegen på morgenmøtet sa: "I dag tar Skarstein ventrikkelen, så tar jeg brokket".

I løpet av 70-årene begynte utviklingen som etter hvert endret ulcusbehandlingen fundamentalt. Den selektive proksimale vagotomi ble etter hvert den vanligste operasjonen for ulcus. I denne perioden kom også H2-blokkere og senere protonpumpehemmere. Dermed ble operasjon for magesår sjeldnere nødvendig, bortsett fra ved komplikasjoner som perforasjon og blødning. På denne tid gjorde også endoskopien sitt inntog, først i diagnostikk men etter hvert også terapeutisk som ved blødende magesår. Til nå hadde behandlingen av magesår dreiet seg om å redusere magesyren mest mulig. Jeg opplevde et historisk øyeblikk da det på verdenskongressen i Sydney i 1990 ble slått endelig fast at Helicobacter pylori var årsak til magesår.

I de senere år har operasjoner for cancer og inflammatorisk tarmsykdom preget aktiviteten i gastroenterologisk kirurgi på samme måte som ulcussykdommen gjorde tidligere. På 70-tallet gikk forekomsten av kreft i magesekken ned, mens den fortsatte å øke i tykk- og endetarm. Kolorektal cancer er i dag hyppigste kreftform i Norge. Ved rectumcancer har residiv etter operasjon vært et stort problem. Det norske miljøet har de senere år på en imponerende måte samlet seg om en ensartet operasjonsmetode etter Healds prinsipper, noe som har redusert residivene betydelig. Takket være suturmaskiner og mer viten om spredningsveier, har også flere pasienter enn før fått beholde sin endetarmsåpning og slippe fremlagt tarm. Det å slippe stomi gjelder også i økende grad pasienter med ulcerøs colitt etter at operasjon med bekkenreservoir ble utviklet.

Suturmaskiner og laparoskopisk kirurgi er store fremskritt. Laparoskopiske inngrep er nå første valg ved flere godartede tilstander og er i ferd med å bli etablert også ved enkelte cancerformer. Imidlertid må de tradisjonelle metoder som håndsydde anastomoser og åpen tilgang holdes ved like og utvikles videre. I uventede og vanskelige situasjoner må ofte flere metoder tas i bruk.



Arne Skarstein

Født:
25.mai 1935 i Molde

Familie:
Gift med Inger-Lise (Lisen),
3 barn: Elisabeth, Kathrine, Anette

Tittel:
Professor dr.med.

Utdannelse:
Cand.med. ved Universitetet i Bergen 1964
Dr. med. ved Universitetet i Bergen 1980
"The influence of a gastric ulcer on blood flow distribution in the stomach"

Akademisk kompetanse:
Dosent, Universitetet i Bergen 1983
Professor, Universitetet i Oslo 1985

Spesialist i:
Generell kirurgi 1973
Gastroenterologisk kirurgi 1978

Utmerkelser:
Fellow of The Royal College of Surgeons of England (FRCS)
Æresmedlem i Norsk Gastroenterologisk Forening
Fire ganger av medisinerstudentene tildelt prisen som Beste foreleser ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Operasjon er fortsatt den viktigste behandling ved de fleste gastrointestinale cancerformer. Utviklingen går imidlertid i retning av at flere pasienter trenger tilleggsbehandling i form av kjemoterapi og bestråling. Derfor er et tverrfaglig samarbeid nødvendig både i utredning, vurdering og behandling av den enkelte pasient.

Stor forskningsinnsats

-Forskning og doktorgrad har også vært en del av jobben. Som det står, den har vært mye eksperimentell og klinisk rettet?

-Ja, mye av det jeg har forsket på har hatt sitt utgangspunkt i problemstillinger fra den kliniske hverdag. Doktorarbeidet var en dyreeksperimentell studie av blodsirkulasjonen i magesekken ved magesår ved hjelp av radioaktive mikrosfærer. Med denne modellen publiserte vi flere andre arbeider fra gastrointestinaltraktus. Blant de tidligere kliniske arbeidene kan nevnes undersøkelser av langtidsresultat hos ulcuspasienter operert med ventrikkelreseksjon etter Krønleins metode og etter operasjon med forskjellige metoder for perforert ulcus. I de senere år har forskningen vært mest rettet mot kolorektal og anal cancer og inflammatorisk tarmsykdom. Det er i årenes løp med større og mindre ting blitt i alt vel 250 publikasjoner.

-Du går i ditt 71 år, men har tydeligvis ikke lagt det faglige på hylla?

-Nei, jeg føler meg ikke helt utgått på dato. For tiden er jeg med i fire grupper som forsker på henholdsvis transabdominal ultrasonografi ved Crohns sykdom, cancer ani og signalmolekyler, kliniske karakteristika og forløp hos pasienter med avansert rectumcancer, og cancer-stromale interaksjoner ved tidlig invasiv kreft i gastrointestinaltraktus. I det siste prosjektet inngår et interessant samarbeid med Universitetet i Costa Rica. Dette landet skiller seg fra oss ved å ha et høyrisiko-område for kreft i magesekken, men fortsatt lav risiko for kolorektal cancer.

Opptatt av dialog

Arne er tydeligvis ikke en person som går i seg selv, men liker å dele kunnskaper med andre.

-Hva har faglig utveksling og formidling av kunnskaper betydd for deg?

-Jeg har hatt stort utbytte av kontakt med utenlandske fagmiljøer, bl.a. har jeg besøkt St. Marks Hospital i London og Universitetsklinikken i Basel flere ganger og dessuten Bern og Heidelberg. På våre årlige Fellow-møter i London tar vi opp tema av felles europeisk interesse. Hvordan kan sikre god opplæring før nye kirurgiske metoder tas i bruk?

Undervisning har vært en viktig del av arbeidet mitt. Jeg har undervist ulike

grupper av helsepersonell og har forelest og vært med på å arrangere en rekke kurs i etter- og videreutdanning for leger. Men mest av alt har jeg hatt med medisinerstudentene å gjøre, noe som har vært utfordrende og givende. At de fire ganger har kåret meg til beste underviser ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, er en heder jeg setter umåtelig høyt.

Med pasienten i fokus

-Hva mener du om helse reformen og hva er utfordringene fremover?

-Helse reformen gir pasientene store rettigheter og muligheter til å gjøre sine valg. Min erfaring er at de ved store avgjørelser fortsatt ønsker vårt råd. Den gode samtalen med pasient og pårørende er en viktig del av vår oppgave. Informasjon krever både tid og rom, og må ofte gjentas. Regelverket i dag gjør tjenesten mer oppstykket enn tidligere. Dette virker inn på både utdanning, drift og pasientkontakt. Vi har derfor en stor utfordring i å tilpasse oss den nye tid og samtidig ivareta viktige verdier.

Mange å takke

-Du har trolig vært avhengig av et godt "støtteapparat" for å kunne lykkes så bra i jobb og forskning?

-Ja, jeg har vært utrolig heldig der. Mitt travle og rike liv som kirurg og familiemann har vært mulig takket være stor forståelse og raushet fra min kone Lisen og våre tre barn, Elisabeth, Kathrine og Anette. Dessuten har Norsk Gastroenterologisk Forening vært en stor faglig og kollegial inspirasjonskilde helt siden jeg var på det første årsmøtet i 1974. Det gode tverrfaglige samarbeidet i foreningen mener jeg har vært avgjørende for utviklingen i norsk gastroenterologi. ■



Arne Skarstein blir utnevnt som æresmedlem

Headlights fra Arne Skarsteins karriere

Doktorgradsarbeidet. Bygde på dyreeksperimentelle undersøkelser. Hvordan et magesår influerte på blodsirkulasjonen i magesekken? Introduerte teknikken med radioaktive mikrosfærer for å studere mikrosirkulasjonen. I vår forskningsgruppe benyttet vi samme modell i flere senere studier i gastrointestinaltraktus. Gjorde senere, initiert av et klinisk problem, en eksperimentell studie om hvordan gastric banding influerte på ventrikkelenes blodforsyning med og uten samtidig splenectomy.

Kliniske vitenskapelige arbeider. Utførte oppfølgingsstudier hos pasienter operert for magesår. Jeg har også gjort prospektive studier vedrørende antibiotikaproylaks ved abdominal kirurgi og om teknikk ved rectumkirurgi. Blant andre vitenskapelige publikasjoner er patofysiologiske mekanismer ved akutt pankreatitt, behandling av analcancer, øvre og nedre endoskopi, kirurgisk teknikk, bruk av ultralyd i gi-traktus, behandling og prognostiske faktorer ved brystkreft og prosedyrer ved diagnosen av thyreoideacancer.

Siste publikasjoner. Forandringer av rectumkirurgi de siste 25 år, lokalt residiv av rectumcancer før og etter TME og lokal reseksjon av rectumtumores ved transanal endoskopisk mikrokirurgi.

Deltar for tiden i fire forskningsgrupper som studerer henholdsvis transabdominal ultrasonografi hos pasienter med Crohns sykdom, kliniske karakteristika og forløp hos pasienter med avansert rectumcancer, analcancer og signalmolekyler og cancerstromale interaksjoner ved tidlig invasiv kreft i gastrointestinaltraktus.

Medredaktør i to bøker om lidelser i øvre gastrointestinaltraktus og retningslinjer for kolorektal- og analcancer og vært referere i nasjonale og internasjonale tidsskrift.

Flere abstracts med utgangspunkt i mine eksperimentelle og kliniske arbeider er publisert og presentert på nasjonale og internasjonale vitenskapelige konferanser. I syv doktorgradsarbeid har jeg vært medarbeider og for tiden er jeg veileder i ett. Jeg har vært medlem i 19 vitenskapelige komiteer og opponent i 9 doktorgradsdisputaser og vært leder for flere nasjonale kurs i kirurgisk teknikk og om gastrointestinale emner. I en europeisk og tre nordiske kongresser har jeg vært medlem i den vitenskapelige komite.

Utlendet. Var i 1990 og 1995 postgraduate visitor ved St. marks Hospital for Diseases of the rectum and colon i London. Var visiting professor ved kirurgisk avdeling,

Universitetet i Basel i 1990, 1995 og 2000, Universitetet i Bern i 2000 og Universitetet i Heidelberg i 2002. Studerte her laparoskopisk kirurgi, ett-lags suturteknikk ved intestinale anastomoser, forskjellige modeller av reservoir ved rektal kirurgi, eksperimentelle modeller for residiv etter kirurgi for Crohns sykdom og diskutere neuroimmunologiske mekanismer ved smerter hos Crohn-pasienter.

Klinisk erfaring. 40 år erfaring i generell kirurgi, har også arbeidet innen ortopedisk kirurgi, barnekirurgi og endokrin kirurgi. Hovedfelt har er gastroenterologisk kirurgi.

Undervisning. Undervisning for medisinerstudenter og annet helsepersonell. Har initiert og deltatt i en rekke etterutdanningskurs og vært invitert foreleser ved flere møter. Først og fremst for kolleger men også for annet helsepersonell og som ledd i formidling av helseopplysning. De siste to år har forelest om etikk og etiske problemstillinger på Legeforeningens kurs for leger i spesialistutdanning Fire ganger – i 1995, 2002, 2003 og 2004 – ble jeg av medisinerstudentene kåret til beste foreleser ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.

Verv. Medlem av Styret i Norsk Gastroenterologisk forening i flere perioder Hovedtillitsvalgt til Norsk overlegeforening Formann i Legerådet ved Diakonissehjemmets sykehus Medlem i fag- og brukerutvalg i forbindelse med universitetsfunksjon ved Diakonissehj. sh. Norsk representant i Nordisk analcancergruppe Regional representant i referansegruppen for Norsk rectum cancer gruppe (NRCC) Regional representant i styringsgruppen for Familær adenomatøs polypose (FAP) Regional leder for coloncancer studie Leder for Legatkomiteen ved Det medisinske fakultet Medlem av Eksamenkomiteen ved Det medisinske fakultet Medlem av Fakultetsrådet Medlem av Instituttstyret Medlem av kurskomiteen, Hordaland legeforening Leder for undervisningen i gastroenterologisk kirurgi ved Institutt for kirurgiske fag

Studieopphold. St. Marks Hospital i London (x 2) Universitetsklinikken i Basel, Sveits (x 3) Universitetsklinikken i Bern, Sveits Universitetsklinikken i Heidelberg, Tyskland

Stillinger

Tidsperiode	Arbeidsgiver/sted	Stilling
01.07.64-30.06.65	Stavanger kommunale sykehus	Turnuskandidat
01.07.65-31.12.65	Distriktslegen i Førde og Jølster	Turnuskandidat
01.01.66-31.12.66	Infanteriets øvingsavdeling nr. 1, Sessvollmoen	Avdelingslege (løftnant)
01.01.67-31.12.67	Sentralsykehuset i Kristiansand S, Kirurgisk avd.	Assistentlege
01.01.68-31.08.71	Haukeland sykehus, Kirurgisk avdeling B	Assistentlege
01.09.71-31.12.71	Haukeland sykehus, Kirurgisk avdeling	Reservelege
01.01.72-31.12.72	Haukeland sykehus, Patologisk avdeling	Assistentlege
01.01.73-14.03.76	Universitetet i Bergen, Haukeland sh., Kir. avd.	Universitetslektor
15.03.76-30.06.79	Haukeland sykehus, Kirurgisk avdeling	Reservelege
01.07.79-31.12.79	Haukeland sykehus, Kirurgisk avdeling	Ass. overlege
01.01.80-13.04.80	Universitetet i Bergen, Haukeland sh., Kir. avd.	Dosent
14.04.80-31.10.80	Haukeland sykehus, Kirurgisk avdeling	Ass. overlege
01.11.80-15.03.81	Haukeland sykehus, Kirurgisk avdeling	Reservelege
16.03.81-30.09.81	Haukeland sykehus, Kirurgisk avdeling	Reservelege
01.10.81-31.12.81	Haukeland sykehus, Kirurgisk avdeling	Ass. overlege
01.01.82-28.02.82	Haukeland sykehus, Kirurgisk avdeling	Reservelege
01.03.82-03.10.82	Universitetet i Bergen, Haukeland sh., Kir.avd.	Førsteamanuensis og lege i bistilling
04.10.82-28.02.83	Haukeland sykehus, Kirurgisk avdeling	Overlege/seksjonssjef
01.03.83-10.04.83	Haukeland sykehus, Røntgenavdelingen	Assistentlege
11.04.83-27.09.83	Haukeland sykehus, Onkologisk avdeling	Assistentlege
28.09.83-30.04.84	Universitetet i Bergen, Haukeland sh., Kir. avd.	Førsteamanuensis og lege i bistilling
01.05.84-30.04.90	Diakonissehjemmets sh. Haraldsplass, Kir.avd.	Overlege
01.05.90-30.06.91	Diakonissehj. sh., Kir. avd., Univ. i Bergen	Overlege og Professor II
01.07.91-31.05.97	Diakonissehj. sh., Kir.avd., Univ. i Bergen	Avdelingsoverlege og Professor II
01.06.97-01.06.05	Universitetet i Bergen, Haukeland sh., Kir.avd	Professor I og Ovelege



Arne skarstein er fortsatt meget aktiv til tross for sin pensjonisttilværelse

Access has always been critical to a successful LAR. With this in mind, we developed CONTOUR Curved Cutter Stapler, designed with a unique curved head to help you get lower even in a narrow pelvis. CONTOUR combines stapling and cutting into one device, delivering four rows of staples with a single cut between, eliminating the need for a bowel clamp and scalpel. CONTOUR, another innovative solution with straightforward benefits for you and your patients from Ethicon Endo-Surgery, the leader in staplers and surgical instruments for colorectal surgery.

contour
Curved Cutter Stapler
CURVED TO FIT

ETHICON ENDO-SURGERY
a Johnson & Johnson company

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™

Vellykket ERCP-møtet i Gøteborg

Det årlige ERCP-møtet i Sverige ble i år arrangert av Endoskopienheten ved Sahlgrenska Universitetssjukhuset-Østra den 27. og 28. mars. Selv om været i Gøteborg ikke viste seg fra sin beste side (snø og slaps), ble dette oppveid av godt møtearrangement med utmerket og hyggelig festmiddag på kvelden.

□ **Lars Karlsen**
Med. Avd., Stavanger Universitetssjukehus

Endoskopienheten ved Sahlgrenska Universitetssjukhuset-Østra betjener ca 300 000 (halve Gøteborgs befolkning). Årlig utføres ca 300 ERCP-undersøkelser, tilnærmet alle er terapeutiske. Med andre ord et bra sted for et ERCP-møte. Møtet samlet i overkant av hundre deltagere, både endoskopører og assistenter. Norge var representert fra Kristiansand og Stavanger.

Noen inntrykk fra de mange foredragene

Tema på dag 1 var komplikasjoner til ERCP samt utdanning av nye ERCP-ister. Dag 2 ble viet til kanyleringsteknikk, bruk av stenter og endoskopisk ultralyd(EUS).

L-E. Hansson(Sahlgrenska) gjennomgikk de ulike komplikasjoner ved ERCP. Prevalensen av pancreatitt varierer betydelig(1-15%) i ulike materialer, bl.a. avhengig av definisjon. Den typiske risikopasient vil være en ung kvinne med normal bilirubin og normal choledochus der indikasjonen er mistanke om sfincter Oddi dysfunksjon (pancreatitt-risiko 18%). Mortalitet ved terapeutisk ERCP anføres til å være 0,4-0,5%.

P. Cotton (Medical University of South Carolina), en pioner i ERCP historien, la vekt på opplæring av lærerne ("train the trainers") samt strukturerte opplæringsprogram. Videre at man må selektere de som skal lære ERCP. Diskusjonen vedrørende antall prosedyrer ble omtalt, 100 prosedyrer ansees for lite. Den Australske Gastro forening har anført at man bør ha gjennomført 200 selvstendige prosedyrer før man er kompetent nok til "independent practice".

A. Kruse(Aarhus Universitetssykehus) mente man burde gjennomføre 100 undersøkelser pr år for å holde ved like kompetansen, noe som flere i salen mente var et for høyt tall. Det ble poengtert at kvaliteten ved utførte prosedyrer burde vektlegges mer (kreve 90% suksessrate?).

P. Cotton var tilhenger av "report cards", som skulle være tilgjengelig for alle interesserte, der antall prosedyrer, suksess-/komplikasjonsrater etc skulle være påført.

Vedrørende risiko ved utførelse av selve prosedyren ble bruk av precut spesielt trukket fram.

I utrenede hender øker dette komplikasjonsrisikoen betydelig. Teknikken bør uansett bare brukes dersom det er klart behov for terapeutisk drenasje.

P. Cotton og A. Kruse gjennomgikk ulike kanyleringsteknikker. Bruk av guide-wire ble vektlagt, både ved kanylering og også ved gjennomføring av terapeutiske inngrep for å holde posisjon i gangsystemet. Dersom papillotomi ble vurdert som aktuelt burde man gjøre kanyleringen med papillotom direkte.

C. Søderlund (Søder Sjukhuset, Stockholm) refererte en sammenlignende studie mellom bruk av 10Fr plaststent med 30 Fr dekket selvekspanderende stent(Wallstent, Boston) ved maligne choledochusstenoser. Median pasientoverlevelse var 4,5 måneder. Median stentoverlevelse var 1,8 og 3,6 måneder i hhv plaststent og metallstentgruppen. Kostnadene ved skifte av plaststent oppveide kostnadene av den i utgangspunktet dyrere metallstent, slik at man konkluderte med å anbefale bruk av metallstent primært. Plaststenter ble anbefalt i pasientgruppen som på prosedyretidspunkt hadde erkjente lever- eller lungemetastaser, idet pasientoverlevelsen hos disse var kortere (median 2,5måneder).

P. Vilman (Gentofte Universitetssykehus, København) foredro overbevisende om EUS, både til diagnostisk og terapeutisk bruk.

I trenede hender har EUS minst like god sensitivitet som MRCP og ERCP ved choledochusstein, spesielt kommer EUS godt ut ved stein < 4mm. EUS ble særlig fremhevet som viktig hos pasienter med "idiopatisk" pancreatitt for å utelukke microlithiasis. Ved Gentofte erstatte EUS i stor grad MRCP ved mistanke om choledochus stein.

Ved maligne tilstander i øsofagus/ventrikel/pancreas bør EUS(evt med biopsi av tumor/suspekte glandler) gjøres som ledd i staging(anbefalt i "Klaringsrapport" i Danmark). EUS har høyere sensitivitet med tanke på metastaser enn CT, og man unngår operative inngrep på tumores som er inoperable.

Vedrørende terapi ble det vist eksempler på EUS veiledning brukt ved drenasje av abscesser/cyster, samt necrosektomi, hvor teknologien fortsatt er i et tidlig utviklingsstadium. ■



Peter Cotton



Lars Karlsen



Axel Kruse



Per Ola Park

En av de viktigste faktorene for vellykket behandling av hepatitt C, genotype 1, er pasientens alder.

Jo yngre pasienten er, dess større er sjansen for å oppnå varig virusrespons²:

- for en 20 åring: 85 % SVR
- for en 60 åring: 53 % SVR

Ref 1 IMS health, 2 Foster et al. Treatment of chronic hepatitis C with peginterferon alfa-2a (40 KD) (PEGASYS (R)) and ribavirin (COPEGUS(R)): Patient age has a marked influence on the individual estimated probability of achieving a sustained virological response. Hepatology, 2003, vol.38, no.4 Suppl.1, p.246A.

Se preparatomtale side 33

Norske gastroenterologer i USA!

For vel to år siden kom muligheten for at norske spesialister kunne få jobbe i Pennsylvania, USA, uten å gjennomgå omfattende amerikanske eksamener. Helsmyndighetene i Pennsylvania gjennomgikk det norske utdanningssystemet (både grunnutdanningen og spesialistutdanningen) og kom fram til at norske spesialister var minst på høyde med de amerikanske. Det åpnet muligheten for at vi tre norske gastroenterologer (forfatterne) samt fire norske ortopeder og to norske cardiologer har vært/er her nå.

☐ Øistein Hovde Potomac GI/Waynesboro Hospital, PA, 17268, USA.
Arne Røseth Ski sykehus.
Jon Matre Sørlandet Sykehus, Kristiansand.

De spesialitetene som så langt har vart aktuelle her, er gastroenterologi, cardiologi og ortopedi. Oss ni som jobber her nå, er alle ansatt i et norskbasert firma (Medcareer), og dette firmaet har ordnet mye av det praktiske for oss.

Lite sykehus, stor aktivitet

Stedet vi gastroenterologer jobber/har jobbet, heter Waynesboro og er en relativt liten by helt sør i Pennsylvania, ca. 1,5 times kjøretur fra Washington DC og Baltimore. Sykehuset er også relativt lite, men foruten gastroenterologer, er cardiologer, lungeleger, nefrologer, ortopeder, onkologer, gynekologer og patolog knyttet til sykehuset. Vi synes at aktiviteten er god.

Nesten som hjemme

Var arbeidsuke består av ca. 40 % scopitid og 60 % kontortid. Det meste av tiden går med til polikliniske pasienter, men vi er også "consultants" på de inneliggende pasientene og gjør scopier på de inneliggende. Den kliniske aktiviteten er ikke mye forskjellig fra det vi kjenner til fra Norge. Dog: Mens vi i Norge stort sett gjør flere gastrokopier enn colonosopier, er det motsatt her. Screening colonoscopi er absolutt i skuddet i USA. I tillegg gjør vi en del ERCP-er. I tillegg til daglig virksomhet har vi også vakter. Vi går todelt vakt, men bortsett fra at vi er relativt bundet til nærområdet når vi har vakt, er det ikke vaktene så belastende.

Greit for familiene

Å reise til et annet kontinent for å jobbe, er et langt skritt å ta. Vi har alle reist med familiene våre, og alle har hatt barn i forskjellig aldre og i forskjellig del av skolevesenet (fra Elementary school til college). De norske elevene er blitt t svært vennlig og velvillig mottatt, og de har klart seg meget bra i det amerikanske skolevesenet. For både store og små har det jo vært en del utfordringer, men vi har fått anledning til god planlegging av alt det praktiske, slik at det stort sett har gått uten særlige vanskeligheter. Alle har konkludert med at dette har vært en positiv og god erfaring.

En spennende utfordring

I store deler av Pennsylvania har det vært – og er – mangel på spesialister. Dette var jo bakgrunnen for at de så til Norge for å få hjelp. Fortsatt er det absolutt mulig å komme til Waynesboro – tenk på det: Vi tror ikke du vil angre på å "spend some time here". Når det gjelder lønn så er den høyere enn vi er vant til fra offentlig virksomhet i Norge, men ofte er det slik at ektefellen ikke kan jobbe i USA, så vi har bare en lønning. Flyttingen til USA dekkes av arbeidsgiver, men ikke flyttingen hjem. Dersom man er her ett eller to år, kan man ikke regne med legge seg opp særlig med penger, men for oss alle var det opplevelsen – og ikke lønna – som fikk oss til å reise. ■



☐ Ditt nye amerikanske hjem?



☐ Hovedinngangen på sykehuset.

Familien samlet foran Det Hvide Hus



Kvalitetskurs ved ECCO-SCHOOL ON IBD

Vi fikk gleden av å delta på det årlige postgraduate-kurs om IBD for utdanningskandidater/stipendiater innen gastroenterologi som ECCO, European Crohn's and Colitis Organization i februar 2006. Denne gangen ble kurset kombinert med deler av ECCO-kongressen "Inflammatory Bowel Diseases 2006- Congress of the European Crohn's and Colitis Organization" som pågikk samtidig ved samme sykehus, AMC (Academic Medical Center) i Amsterdam.

Trine Olsen ass-lege/stipendiat ved gastromedisinsk avdeling, UNN.
Kristin Kaasen Jørgensen gastromedisinsk avdeling, Rikshospitalet.



Trine Olsen



Kristin Kaasen Jørgensen

ECCO, European Crohn's and Colitis Organization, er en nå 5 år gammel organisasjon med interessefelt IBD der gastroenterologer fra de fleste europeiske land er representert. Det årlige postgraduate-kurs om IBD for utdanningskandidater/stipendiater innen gastroenterologi, er ett blant mange kurs de arrangerer. Organisasjonen dekker opphold og kursavgift for anslagsvis to kandidater fra hvert europeisk land. Reisen til kurssted dekkes av den enkelte deltaker eller fortrinnsvis deltakerens arbeidsssted. Tidligere har det vært avholdt kurs i Praha, Dubrovnik og Sardegna.

Hektisk 1. dag og Rembrandtparaply i premie

Kurset åpnet med en "multipel-choice"-test hvor vår kunnskap om IBD ble kartlagt i løpet av 30 minutter. Deretter var det gjennomgang av tematikker som: patofysiologiske konsepter, kliniske symptomer, vurdering av sykdomsaktivitet, endoskopi, røntgen-diagnostikk og infeksjoner ved IBD. Formiddagen ble avsluttet med en quiz arrangert av Dan. Hommes med stor underholdningsverdi hvor mange lysbilder med ulike kliniske funn ble presentert. Vinneren vant en paraply med motiv av Rembrandt (selvfølgelig) som viste seg å være en nyttig ting under oppholdet da været var ustadig. Resten av dagen ble tilbrakt sammen med de øvrige kongress-deltakerene. Tematikken for ettermiddagen var sentrert rundt genetik og IBD: "Inflammatory diseases susceptibility genes", "functional consequences of mutated NOD2 in IBD patients", "exploring the genetic determinants of immunophenotypes in IBD", "functional aspects of cation and carnitine transporters in IBD patients", "personalized medicine", "towards and integrated molecular approach of our IBD patients: Dream or reality". Ergo en tett pakket dag med mye informasjon! Rett etter endt sesjon på kongressen, dro vi videre på middag og dans hvor vi feiret ECCO's 5 års dag på behøvelig vis sammen med de øvrige kurs- og kongress-deltakere.

"live-demonstrations" og medikamentell behandling

Neste dag deltok vi "studenter" på kongressen hele dagen. Formiddags-sesjonen besto av kasustikk-gjennomganger under ledelse av et ekspert-panel. Amsterdam-gruppen med Dr Hommes i spissen hadde lagt et flott opplegg med "live-demonstrations", fra endoskopi-enhetene ved AMC. Vi fikk presentert mange ulike kasustikker, supplert med dagens endoskopi-funn og tilhørende lab-verdier/røntgen-funn. Det var en utrolig nyttig seanse hvor nyanser av ulik praksis kom frem mellom de ulike miljøene i Europa, samtidig som man fikk demonstrert hvordan man anvender de gjeldende retningslinjer i daglig klinisk praksis. Ettermiddagen var viet medikamentell behandling av IBD der både etablerte og mer eksperimentelle behandlingsmetoder ble presentert. Avslutningsmessig ble potensiell bruk av gen-terapi innen IBD og nyere biologiske terapi-strategier presentert og drøftet.

Studentdag

Den tredje og avsluttende dagen var undervisningen kun viet oss studenter. På formiddagen hadde bla Severine Vermeire, Leuven og Alastair Forbes, London



Tulipaner i Amsterdam



Amsterdam by night



Paraply med bilde av Rembrandt i premie

en grundig gjennomgang av medikamentell IBD-behandling og hvordan optimalisere denne. Andre tema som ble presentert var : fulminant kolitt, pouchitis, kort tarm-syndrom, IBD/graviditet, perianale sykdommer samt perforerende sykdom. På ettermiddagen ble vi inndelt i grupper hvor vi gjennomgikk og diskuterte kasustikker/problemområder innenfor kirurgi, og endoskopi ved IBD. Etter mange timer med passiv tilført kunnskap føltes det bra med en mer aktiv tilnærming til problemstillingene.

Avsløringer og flott middag

Avslutningsmessig ble vi testet igjen med samme "multipel-choice"-test som vi hadde gjennomført innledningsvis. Resultatlistene ble distribuert til oss pr mail noen dager etterpå der hver enkeltes før-og-etter poengsum ble presentert, gruppens resultater ble også sammenliknet grafisk med resultatene fra tidligere

avholdte kurs. Alle som hadde sovet i timen ble således grundig avslørte. Etter endt kursdag dro vi sammen til felles middag hvor ECCO-komiteen spanderte en helaften for alle kurs-deltakerene.

Vi er svært fornøyde med årets Ecco-kurs både organisatorisk og faglig. Undervisningen inneholdt sentrale tema og ble presentert av vel forberedte og dyktige foredragsholdere. I tillegg har vi knyttet kontakter med unge fagmiljøer fra alle deler av Europa og utvekslet erfaringer hva gjelder bla arbeidsforhold og klinikk praksis.

Neste Ecco-kurs planlegges arrangert i Innsbruck 1.-3. mars 2007. Et bra kurs-tips!

NY GENERASJON GIA!
HELT NY STIFTE TEKNOLOGI!



tyco Healthcare

Høyt faglig innhold og godt skiføre

Årets vintermøte på Radisson SAS Lillehammer Hotell, var imøtesett med en viss spenning fordi vi for første gang hadde utstillere fra industrien og dermed kunne ikke møtet gi tellende kurstimer. Dessuten har møtet blitt gjenstand for samling av mange interessegrupper og det legges møter i tilknytning til arrangementet. Rectumcancergruppen hadde møte og ikke minst arrangerte også i år Norsk forening for gastrointestinal kirurgi (NFGK) symposium på fredagen ang laparoskopisk behandling av colorectal cancer. Dette samlet mange kirurger. Møtet totalt viste seg å bli svært vellykket med høyt faglig innhold, god deltakelse med over 200 deltakere og ikke minst godt skiføre. Sykepleierne hadde som vanlig sitt parallelle arrangement.

Referat fra Generalforsamlingen fredag 10. februar 2006

NGF leder Bjørn Moum ønsker velkommen til generalforsamling og meddeler innledningsvis utnevnelsen av to nye æresmedlemmer.

Olav Fausa
Arne Skarstein

Deres innsats og betydning for sine fagområder og ikke minst for NGF ble presentert av Erik Schruppf og Asgaut Viste

1. Valg av dirigent og referenter

Til dirigent for generalforsamlingen ble valgt Tom Gerner og referenter Tormod Bjerkeset og Jan Tholfsen.

2. Konstituering – innkalling

Ingen bemerkninger til innkallingen.

3. Styrets årsrapport for 2005

Bjørn Moum meddeler at et medlem er gått bort siden forrige årsmøte og ber generalforsamlingen reise seg for å minnes Arild Olsen med et minuttets stillhet.

Styrets fremlagte årsrapport gjennomgås av foreningens leder.

I oversikten over styrets sammensetning 2005 blir å tilføye:

Roald Torp, ansvarlig for å arrangere årsmøteutstillingen.

Det har vært avholdt et begrenset antall styremøter i den hensikt å redusere reiseutgifter. På grunn av stort antall saker til behandling følte behov for flere møter selv om mye også kunne behandles via elektronisk kommunikasjon.

Største enkeltsak har vært omorganiseringen i Den norske lægeförening og NGF's innplassering i det nye organisasjonskartet.

Besvare høringer fra Dnlf.

Videreutvikle og oppdatere NGF's hjemmeside på internett ved webredaktør Øivind Irtun.

Videreutvikling av NGF-nytt

Tildeling av NGF's om samarbeidende industris reise og forskningsstipend.

Styret har tatt initiativ ovenfor:

SHdir med henblikk på å oppnå refusjon for kapselenteroskopi. Takstkoder er oppnådd, men foreløpig ingen penger.

LMV for å oppnå direkte refusjon av Imurel ved IBD
SHdir for dokumentasjon på, og berettigelsen av Genefectesten.

Innvendinger mot årsrapporten fremkom ikke.

4. Regnskap / budsjett

Astrid Rydning la frem og gjennomgikk regnskapet for 2005 og budsjett for 2006. Foreningens økonomi finnes solid ikke minst grunnet overskudd fra NGC 2004. Regnskap gjennomgått og godkjent av revisorene Hermod Petersen og Tormod Bjerkeset.

Fra salen forslag om overføring av NGC overskudd til NGF' Forskningsfond. Tema var ikke på dagsorden og må om ønskelig meldes som egen sak for generalforsamlingen ved neste årsmøte.

Regnskap og budsjett godkjennes av generalforsamlingen.

5. Rapport fra spesialitetskomiteene

Spesialitetskomiteen i fordøyelsessykdommer

Lederen Dag Malm rapporterer om to nye godkjente utdanningsinstitusjoner, Hønefoss og Bærum. 8 nye godkjente spesialister, 4 etter EØS regler. Et medlem, Kristian Hveem, har gått ut av komiteen. Til erstatning tilstrebes nytt medlem vervet inn i nær fremtid.

Spesialitetskomiteen i gastroenterologisk kirurgi

Ingen rapport fremlagt, men henvist til rapport fremlagt under kirurgisk høstmøte.

6. Rapport fra interessegruppene

Interessegruppen for gastrointestinal endoskopi

NGF' interessegruppe for gastrointestinal endoskopi er "inkorporert" i SADE. Lars Aabakken refererer fra SADE om den nye styresammensetningen der, han selv er president. I tillegg er Tom Glomsaker representert fra NGF. Årets SADE-kurs i avansert gastrointestinal endoskopi ble holdt i Oslo med stor deltakelse. Dekker åpenbart et behov og vil bli videreført.

Interessegruppen for leversykdommer

Noen av deltakerne på det vellykkede fredagssymposiet



Morten Tandberg Eriksen



Bjørn Nedrebø



Hartvig Körner



Arne Skarstein



Bjørn Edvin



Arne Vibe



Ragnhild Størksson



Tom Glomsaker

På vegne av Kirsten Muri Boberg minner Erik Schruppf (selv ikke lenger medlem av gruppen) om planlagte møte om leversykdommer i mars 2006. Levermøtenes skjebne etter dette foreløpig litt usikker om den nye avtalen mellom Dnlf og legemiddelindustrien medfører at legemiddelindustrien trekker seg ut som bidragsytere. Det vil bli arbeidet videre med den økonomiske siden av saken.

Interessegruppen for gastrointestinal cancer

Fungerer med to kontaktpersoner, Morten Vatn og en gastrokirurg, til NGICG.

Utvalg for forskning og kvalitetssikring

Rolf Lindsetmo valgt inn som kirurgisk representant.

Interessegruppen for gastrointestinal ultrasonografi

Odd Helge Gilja rapporterer stor symposie og kursaktivitet. Således symposium i Bergen i anledning Svein Ødegaards 60 års dag. Symposium i Ålesund. Dertil grunnkurs i så vel transabdominal som endoskopisk ultrasonografi avholdt i Bergen

7. Rapport om Scandinavian Journal of Gastroenterology

Arnold Berstad rapporterer og uttrykker bekymring for fallende impact factor, < 2, mot > 2 forutgående år. Han kommer med innstendig oppfordring til forsamlingen om å sende sine arbeider til Scand J Gastroenterol.

Arnold meddeler å ville trekke seg som sjefsredaktør. Av flere sterke røster i forsamlingen oppfordres han til å fortsette. Skulle oppfordringen ikke endre hans beslutning må NGF tilstrebe å nominere en arvtager fra det norske miljøet.

8. NGF' forskningsfond

Knut Lundin, forskningsfondets leder, oppgir fondets størrelse til kr. 1.6 mill. Rentenivået for tiden lavt og derav mindre avkastning. Stipendutdelinger siste år derfor begrenset til kr. 50000 fordelt på 6 søkere.

Etter spørsmål fra salen diskuteres om de enkelte stipend blir for små og heller burde vært færre og større. Diskusjonen synes ende med at det også var behov for, og berettiget med stipend på denne størrelsesorden.

Kirurger ble oppfordret til å søke om midler fra forskningsfondet.

9. Lægeföreningens organisasjon og NGF's plassering

Styret la frem 3 mulige alternativ for NGF's plassering i Lægeföreningens nye organisasjon, se også NGF-nytt nr.1, 2006.

Aktuelle synes å være alternativ 1 og 2. Diskutert ble fordeler og mulige ulemper ved de to nevnte alternativ. Hovedmålsetting er å bevare det tverrfaglige samarbeid mellom spesialitetene fordøyelsessykdommer og gastrokirurgi uten å miste innflytelse oppover i organisasjonen.

Alternativ 1 kan synes å svekke tverrfagligheten, men bevare innflytelse oppover i lægeföreningen. Forbli adressat for høringsuttalelser, gi muligheter for landsrådsrepresentasjon etc.

Alternativ 2 gjenspeiler en mer "sideordnet" modell mellom medisin og kirurgi og i teorien mulig bedre egnet for å bevare det tverrfaglige, men vil avskjære NGF fra innflytelse oppover i lægeföreningens organisasjon.

Etter argumentasjoner for og imot ga generalforsamlingen styret fullmakt til å arbeide videre med alternativ 1. Dette i samsvar med forslaget styret hadde lagt fram for generalforsamlingen.

10. Hvordan sikre en god økonomi i NGF framover

Den nye samarbeidsavtalen mellom Dnlf og legemiddelindustrien har hatt konsekvenser for NGF's økonomi. Den tillater ikke lenger støttemedlemskap fra industrien og ikke industrihjelp til sekretærfunksjoner, utsendelse av NGF-nytt etc. Styret har derfor åpnet for reklame i NGF-nytt og utstillinger på årsmøtet. Konsekvensen er at årsmøtet ikke lenger gir tellende kurstimer i spesialistutdanningen og Fond III kan ikke lenger søkes for dekning av utgifter til å delta på årsmøtet.

Det ble diskutert for og imot den nye samarbeidsform med industrien, men ikke tatt noen beslutning utover at styret skulle arbeide videre med å komme fram til den beste og mest formålstjenlige samarbeidsform.

Tormod Bjerkeset
sign

Jan Tholfsen
sign

Priser Lillehammer 2006

Vi vil her presentere de 4 arbeidene med abstracts, som ble kårets til årets prisvinnere på årsmøtet.

1. Beste kliniske arbeid fra universitetsklinikk

Forskjeller i helserelatert livskvalitet hos pasienter med ulcerøs kolitt i Europa. (EC-IBD STUDY GROUP)

T.Bernklev ^{1,2}, O. Høie ³, C. Solberg ⁴, F. Wolters ⁵, P.Munkholm ⁶, G. Zeijl ⁷, R. Stockbrugger ⁵, M. Vatn ⁸, B. Moum ¹,

1) Med.avd.:Gastroseksjonen Sykehuset Østfold, Fredrikstad og

2) Rikshospitalet.

3) Sørlandet Sykehus, Arendal,

4) Ullevål Universitetssykehus Oslo

5) Department of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital Maastricht,

6) Medicinsk afdeling, Amtssygehuset i Herlev,

7) Department of Biostatistics, Maastricht University,

8) Medisinsk avdeling, Gastroseksjonen, Rikshospitalet Oslo and EPIGEN,

Bakgrunn: Inflammatorisk tarmsykdom (IBD) er hyppig forekommende i Vest-Europa, og det brukes store helsemessige ressurser på denne pasientgruppen. Samtidig vet vi at det er kulturelle, økonomiske og behandlingsmessige forskjeller mellom landene. En viktig problemstilling blir da: Hvordan klarer disse IBD-pasientene seg i hverdagen – finner vi forskjeller mellom landene?

Metode: I et europeisk samarbeidsprosjekt (EC-IBD) har en rekke land, inklusive Norge, fulgt en IBD kohorte siden 1990 i en prospektivt anlagt studie. I 2004 ble alle gjenværende pasienter invitert til et 10-års oppfølgingsbesøk, der vi ønsket å registrere pasientenes egne synspunkter på hvordan de klarer seg i hverdagen. En etablert metode for denne type registreringer er å måle pasientenes helserelaterte livskvalitet (HRQOL), hvilket vi gjorde med det generelle spørreskjemaet SF-36. Dette er et skjema som måler fysiske, sosiale og mentale aspekter hos pasienten. I tillegg er skjemaet normert, dvs at det finnes kontrollmateriale fra bakgrunnsbefolkningen. I dette abstractet presenterer vi data fra ulcerøs kolitt (UC)-pasientene.

Resultat: Totalt deltok 592 UC-pasienter (69% av totalkohorten) fra Spania, Italia, Hellas, Israel, Irland, Nederland, Danmark og Norge. Gj.snittsalder var 47.7 år, andelen kvinner 48%.

Det var signifikante forskjeller i HRQOL mellom de deltagende sentra. UC pasienter i Danmark har meget god livskvalitet, pasienter fra Hellas, Spania, Italia, Nederland og Norge oppgir noe redusert livskvalitet, mens pasienter fra Irland og Israel hadde svært dårlig livskvalitet. Ved sammenligning med normerte data fant vi at UC pasienter i Danmark og Italia har en bedre livskvalitet enn bakgrunnsbefolkningen, i de øvrige land er livskvaliteten nedsatt.

Diskusjon: Fra andre studier vet vi at Danmark (København) har den høyeste kolektomirate i Europa. Helseøkonomiske data fra EC-IBD studien viser at Danmark også har de høyeste kostnadene ved behandling av UC i Europa. Norge derimot har lav kolektomirate og de laveste kostnader i Europa. Danske UC pasienter har best livskvalitet, mens den er redusert hos de norske. Hvis vi derimot sammenligner Norge med Nederland finner vi lik kolektomiforekomst, samme livskvalitetsscore men noe økte kostnader i Nederland. Spørsmålene blir da: Har Norge en riktig balanse mellom behandling og kostnader, eller skulle vi ha operert oftere? Hva skal avgjøre vår behandlingsstrategi, kostnader eller livskvalitet?

2. Beste kliniske arbeid uten for universitetsklinikk

Hvor effektiv er on-demand behandling med et pektinfiber-basert naturprodukt sammenliknet med Esomeprazol hos pasienter med GERD?

Mathis A. Heibert ¹, Victor Høeg ², Per G. Farup ^{2,3}

1) Med. avd., Helse Nord-Trøndelag HF, Namsos,

2) Med. avd., Sykehuset Innlandet HF, Tynset og Gjøvik,

3) Enhet for anvendt klinisk forskning, NTNU, Trondheim.

Innledning: On-demand behandling med protonpumpehemmer er anbefalt for pasienter med mild til moderat gastroøsofagal refluks sykdom (GERD). Slik behandling har imidlertid noen begrensninger slik som sent innsettende virkning, og noen pasienter foretrekker naturprodukter fremfor legemidler. Et rask virkende pektin-fiber-basert naturprodukt (PFN) (Aflurax®) er godkjent for salg som kosttilskudd for refluks-symptomer. Virkningsmekanismen er en mekanisk og kjemisk refluksbarriere.

Mål&Metoder: Studien sammenligner effekten av on-demand behandling med PFN og Esomeprazol 20mg (Eso20) (Nexium®) hos pasienter med typiske GERD symptomer uten, eller med lett øsofagitt (LA grad A og B) i en 6 ukers randomisert, åpen multisenterstudie. Reflukssymptomer ble registrert ved inklusjon og avslutning, og en "refluks score" (spredning 0-25) for de siste to uker ble kalkulert. Symptomer, medisinbruk og effekt ble notert på et ukekort. Generell fornøydheth, ønske om å fortsette med samme type behandling og bivirkninger ble registrert i slutten av studien.

Resultater: 77 pasienter (43 menn/34 kvinner) med gjennomsnittsalder 47 år, sykdoms-lengde 8 år og "refluks-score" 11,3 ble inkludert i analysen. Nitten (25%) røykte daglig, 27 (35%) hadde et hiatus hernie, 28 (36%) hadde ingen øsofagitt. Det var ingen signifikante forskjeller mellom de to behandlingsgruppene ved inklusjon. Noen lette bivirkninger ble rapportert uten forskjell mellom gruppene. Behandlings-gruppe (Eso20 bedre enn PFN) (OR 10.4, p=0.002) og eldre alder (OR 1.07, p=0.012) var de eneste uavhengige prediktorer for generell fornøydheth (logistiske regresjons-analyser).

Tabell: Hovedresultatene i de to behandlingsgrupper. Resultatene er fremstilt som antall pasienter og prosent hvis ikke annet er spesifisert.

Variabel	Eso20	PFN	Statistikk
Generelt fornøyd	36 (92%)	22 (58%)	p = 0.001
Ønsker å fortsette med samme behandling	33 (85%)	16 (42%)	p < 0.001
Foretrekker regelmessig behandling	6 (15%)	6 (16%)	ns (p = 1.0)
Sent innsettende symptomlindring	10 (25%)	4 (11%)	ns (p =0.14)
Rask residiv av plagene	8 (21%)	18 (47%)	p = 0.017
Reflux score siste 2 uker (gjennomsnitt)	5.9	8.1	p = 0.02

Konklusjon: On-demand behandling med Eso20 var klart bedre enn PFN for generell fornøydheth, antall uker med tilfredsstillende symptomlindring og forbedring i refluks score, og ble foretrukket av pasientene. En ikke ubetydelig andel var også fornøyd med PFP som derfor synes å kunne være et alternativ for pasienter med milde refluks-symptomer som foretrekker naturprodukter fremfor kjemiske legemidler. Selv om on demand behandling ikke synes å gi fullstendig symptomlindring er de fleste fornøyde og bare 15% ønsker regelmessig behandling, hvilket tyder på at on-demand behandling er akseptabelt for pasientene når en effektiv medisin er tilgjengelig.



3. Beste eksperimentelle arbeid

Funksjonelle polymorfismer i kjernereseptoren SXR påvirker sykdomsforløpet ved primær skleroserende kolangitt

Tom H. Karlsen ^{1,2}, Benedicte A. Lie ³, Kathrine Frey Frøslie ³, Erik Thorsby ², Ulrika Broomé ⁴, Erik Schruppf ¹, Kirsten Muri Boberg ¹

1) Medisinsk avdeling, Rikshospitalet, Oslo, Norge

2) Immunologisk Institutt, Rikshospitalet, Oslo, Norge

3) Avdeling for biostatistikk, Rikshospitalet, Oslo, Norge

4) Gastrocentrum, Huddinge Universitetssjukhus, Stockholm, Sverige

Bakgrunn: Kjernereseptoren steroid and xenobiotic receptor (SXR) er en ligand-avhengig transkripsjonsfaktor som medierer beskyttelse mot gallesyre-indusert leverskade i kolestatiske dyremodeller. Ursodeoxycholsyre og rifampicin er viktige ligander. Vi undersøkte om funksjonelle varianter (polymorfismer) i SXR genet påvirker sykdomsdisposisjon eller sykdomsprogresjon hos pasienter med primær skleroserende kolangitt (PSC).

Metode: Åtte ulike polymorfismer i SXR genet ble genotypet i 327 skandinaviske PSC pasienter og 275 friske kontrollere. Kaplan-Meyer overlevelsesanalyse og Cox regresjon ble utført for å estimere effekt av genotyper på overlevelse definert som tid fra diagnostisk kolangiografi til død eller levertransplantasjon.

Funn: Polymorfismene vi undersøkte i SXR genet var ikke assosiert med sykdomsdisposisjon ved PSC. Median overlevelse var signifikant redusert hos pasienter som var homozygote for den mest sjeldne varianten av hver av de tre polymorfismene rs6785049 (10.8 vs. 14.0 år, P=0.01), rs1054190 (3.6 vs. 13.6 år, P=0.004) og rs3814058 (3.5 vs. 13.3 år, P=0.01). Den økte risiko for død eller levertransplantasjon ble bekreftet ved univariat Cox regresjon (RRrs6785049=1.7, 95% CI [1.1, 2.6]; RR1054190=3.1, 95% CI [1.4-7.1]; RRrs3814058=2.2, 95% CI [1.2-4.2], respektivt). I multipel Cox regresjon som inkluderte alder for debut av PSC, ble rs1054190 opprettholdt som en uavhengig risikofaktor.

Konklusjon: Funksjonelle egenskaper ved kjernereseptoren SXR har betydning for sykdomsforløpet ved PSC. Videre undersøkelser av polymorfismer i SXR genet kan kaste lys over den prognostiske betydning av gallesyremetabolismen i sykdomsforløpet av PSC.

4. Beste arbeid med hovedvekt på presentasjonen av arbeide

Erfaringer etter hundre laparoskopiske gastric bypass-prosedyrer for sykkelig overvekt ved Aker Universitetssykehus

T Søvik, CF Schou, J Kristinsson, E Aasheim ¹, A Steen, OC Lunde, A Nesbakken, T Mala.

Kirurgisk og 1) Medisinsk avdeling, Aker universitetssykehus HF

Aker universitetssykehus ble tildelt regionsfunksjon for kirurgisk behandling av sykkelig overvekt i Helse Øst i 2004. Ved sykehuset er det bygget opp kompetanse og erfaring i et tverrfaglig team som ivaretar preoperativ utredning og pasient-opplæring, kirurgiske prosedyrer, postoperativ håndtering samt nødvendig oppfølging etter den kirurgiske behandlingen av disse pasientene.

Pasienter i alderen 18-60 år, med BMI > 40, eller BMI > 35 med komorbiditet relatert til adipositas, vurderes for operasjon etter grundig preoperativ vurdering og informasjon. Hovedmetoden er laparoskopisk gastric bypass, men duodenal switch benyttes hos selekterte pasienter med svært høy BMI.

Vi har prelimære data for de første 59 pasientene operert med gastric bypass. Median alder var 40 år (25-60) og 43 (73 %) av pasientene var kvinner. BMI var median 50 kg/m2 (37-54). Antatt adipositasrelatert komorbiditet var tilstede hos 40/59 (68 %) pasienter: 16 (27 %) hadde diabetes mellitus, 10 (17 %) hypertensjon, 7 (12 %) hyperlipidemi, 10 (17 %) hypothyreose, 8 (14 %) gastro-øsofageal reflux og 14 (24 %) søvnapnoe med behov for CPAP.

Operasjonstiden var median 156 min (97-435). Det var ingen konverteringer til åpen kirurgi ved primæringrepet. Seks pasienter (10 %) ble reoperert. Årsak til reoperasjon var anastomoselekkasje (3), dilatert ventrikelrest (1), brokk i troakarport (1) og mistanke om anastomoselekkasje, men med negativt funn (1). Blodtransfusjon ble gitt til 6 (10 %) pasienter under oppholdet. Det var ingen perioperativ mortalitet. Median liggetid i sykehus var 5 døgn (2–75). Vi vil presentere mer detaljerte resultater for de første 100 gastric bypass-opererte pasientene samt resultater etter 6 måneders oppfølging for pasientene operert før 01.07.05 (46 pasienter).

Kommer i neste nummer:

Helge L Waldum feiret med internasjonalt symposium i Trondheim

Helge L Waldum, vår frittalende og spreke professor, har rundet de seksti. Dette ble feiret med et Internasjonalt symposium her i Trondheim. Nobelprisvinner Sir James Black innledet symposiet som hadde tittelen Gastrin: past, present and future. Det var deltagelse fra Frankrike med Michel Mignon, Rolf Håkanson og Jens Rehfeld kom fra våre naboland og Irvin Modlin kom fra USA. Fra miljøet i Trondheim kom det flere innlegg.

Waldum tok medisinsk embetseksamen med innstilling (11.21) i 1971. Han tok doktorgrad i 1980 og ble professor i Tromsø 34 år gammel. Han kom til Trondheim som professor i 1986.

Waldum har skrevet ca 300 vitenskaplige publikasjoner, han har vært hovedveileder for 12 doktorgrader og minst 4 av disse doktorandene er nå professorkompetente.

Før symposiet var Waldum litt mer forsiktig i sine uttalelser enn vi er vant til, men nå er han tilbake som før, og han har allerede sendt sine kommentarer til Dagbladets overskrift om sløsing med forskningsmidler i Helseforetakene til vårt helseforetak. Vi ser fram til flere gode meningsytringer og betraktninger fra en uredde forsker som trives i motvind.

Følg med i neste nummer av NGF-Nytt. Der vi bringer det eksklusive intervjuet med Helge L Waldum



Besøksadr: Arctandersgt. 1 N-0192 Oslo Tel: 23 30 49 20 Fax: 23 30 49 21
Postadr: Postboks 1502 Vika 0179
E-post: endotech@endo-tech.no Web: www.endo-tech.no

Leverandør av:

**Endoskopisk og laparoskopisk
utstyr og instrumentering**

Ny indikasjon!



**Remicade er nå godkjent til
behandling av ulcerøs kolitt!**

 **Remicade**[®]
INFLIXIMAB

Solvay`s gastro-stipend

Statutter for Solvay Pharma AS - Stipend innen eksokrin pankreatologi

Vedtekter:

En sum settes årlig til disposisjon av Solvay Pharma AS. For år 2006 utgjør denne summen NOK 20.000,-. Det er Norsk gastroenterologisk forening (NGF) som foretar utlysning av stipendet. Stipendet er tiltenkt spesialister innen fordøyelsessykdommer eller gastroenterologisk kirurgi, leger som er under en slik utdanning, eller leger som hovedsakelig arbeider med klinisk gastroenterologi. Stipendet skal anvendes til finansiering av forskning primært innen eksokrin pankreatologi, klinisk eller basalt.

Reisestipend

Statutter, Norsk gastroenterologisk forenings reisestipend

Vedtekter:

Fra dette fondet kan det søkes om økonomisk støtte til reise til nordiske og internasjonale kongresser i gastroenterologi **etter at reisen er gjennomført**. NGF prioriterer de som presenterer et abstrakt eller poster først, dernest vurderer vi formål som reise for opplæring i forskningsmetode, reise til relevant kongress for stipendiat og eventuell annen reise som dekkes av statuttene.

NB! Dette er et reisestipend. NGF styret sin tildeling er endelig. Medlemskap i NGF er obligat. Stipendiater, grenspesialistkandidater og grenspesialister i fordøyelsessykdommer eller gastroenterologisk kirurgi som arbeid med gastroenterologisk forskning vil bli prioritert ved søknad til dette stipend.

Creon®
pankreatin



Pankreon® har i mange år vært solgt med merkenavnet **Creon®** utenfor Norden. Siden mars 2004 har vi også i Norge tatt i bruk merkenavnet **Creon®**.

Creon® og **Creon® Forte** blir fortsatt levert i brukervennlige bokser.



Postboks 248, 1301 Sandvika.
Tlf. 67 52 12 20

Roche Norge AS

Vedtekter:

Stipendet stilles til disposisjon av Roche Norge AS. For 2006 utgjør stipendiet kr. 25.000 som fordeles på en eller flere søkere. Stipendet er tiltenkt spesialister i gastroenterologi eller leger som er i ferd med å spesialisere seg og har til hensikt å arbeide innenfor klinisk gastroenterologi. Stipendet skal brukes til å finansiere et forskningsprosjekt innen kroniske leversykdommer, klinisk eller basalt.

Astrazeneca AS

Stipend innen gastroenterologi

Vedtekter:

En sum stilles årlig til disposisjon av AstraZeneca AS avdeling gastro. For 2006 utgjør denne summen kr 40.000,-. Norsk gastroenterologisk forening (NGF) foretar utlysning av stipendet. Stipendet er tiltenkt spesialister i gastroenterologi eller gastroenterologisk kirurgi eller leger som er i ferd med å spesialisere seg og har til hensikt å arbeide innenfor klinisk gastroenterologi. Stipendet skal brukes til å finansiere et forskningsprosjekt innen gastroenterologi, klinisk eller basalt.

UCB Nordic

Vedtekter:

Stipendet stilles til disposisjon av UCB Pharma. For 2006 utgjør stipendiet kr. 20.000 som fordeles på en eller flere søkere. Stipendet er tiltenkt spesialister i gastroenterologi eller leger som er i ferd med å spesialisere seg og har til hensikt å arbeide innenfor klinisk gastroenterologi. Stipendet skal brukes til å finansiere et forskningsprosjekt innen inflammatorisk tarmsykdom klinisk eller basalt.

Novartis Norge AS

Vedtekter:

Stipendet stilles til disposisjon av Novartis Norge AS. For 2006 utgjør stipendiet kr. 50.000 som fordeles på en eller flere søkere. Stipendet er tiltenkt spesialister i gastroenterologi eller leger som er i ferd med å spesialisere seg og har til hensikt å arbeide innenfor klinisk gastroenterologi. Stipendet skal brukes til å finansiere et forskningsprosjekt innen neuroendokrine tumorer, klinisk eller basalt.

Gjelder alle stipender!

Skriftlig søknad skal inneholde curriculum vitae, beskrivelse av prosjektet, finansieringsplan, fremdriftsplan og anbefaling fra søkers overordnede.

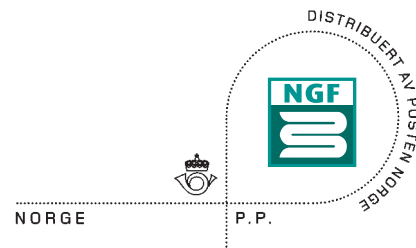
Søknadsfrist: 5. Juni

Statutter og søknadsskjema finnes på vår hjemmeside:
www.legeforeningen.no/gastro

A PRIORITERT
PRIORITAIRE

*Eftersendes ikke ved varig adresseendring, men sendes
tilbake til senderen med opplysninger om den nye adressaten.*

Norsk Gastroenterologisk Forening
V/Tom Glomsaker
Eiganesveien 70
4009 Stavanger



TAZOCIN

(piperacillin/tazobactam)

FOREBYGG uønskede problemer...

PIPERACILLIN KOMBINERT MED β -LAKTAMASE
INHIBITOREN TAZOBACTAM

Indikasjon

- Intraabdominale infeksjoner
- Nosokomial pneumoni hos voksne



Wyeth

Wyeth, Drammensveien 145b, 0277 Oslo, Telefon: 4000 2340, Telefax: 4000 23 41