

Tema:

NGF's interessegrupper og utvalg

side 7

**Husk vinter-
møtet på Hafjell
7. - 10. februar
2008**
side 12

**Portrett:
Magne Osnes**
side 16

**Sommerskole
for unge gastro-
enterologer**
side 18

**Pasient-
etterlevelse
ved behandling
av kroniske
sykdommer**
side 20

SOMAC[®] (PANTOPRAZOL) FORETRUKKET PROTONPUMPEHEMMER FRA 1. FEBRUAR 2007

Nye refusjonsvilkår for § 9 punkt 41b

Ved oppstart av behandling skal lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol prøves først.

Forskrivning av andre syrepumpehemmende midler kan bare initieres når minst ett av følgende vilkår er oppfylt:

- optimalisert behandling med enten lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol er forsøkt i 4 uker uten tilfredsstillende resultat.
- andre tungtveiende medisinske grunner tilsier at verken lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol kan benyttes.

Årsaken skal dokumenteres i journalen.

Overgangsordning:

Alle pasienter som bruker andre syrepumpehemmende midler skal, ved første fornying av resept, bytte til enten lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol. Unntatt fra dette er pasienter der det kan dokumenteres at kravene spesifisert for bruk av andre syrepumpehemmende midler allerede er oppfylt.

Somac[®] er effektiv ved reflukssykdom

- 89% av pasientene er kvitt halsbrann, dysfagi og sure oppstøt etter 10 uker¹
- 95% endoskopisk bekreftet tilheling av GØRS-lesjoner etter 10 uker¹
- lavt interaksjonspotensiale²
- 20 og 40 mg tabletter og 40 mg pulver til injeksjon³

Referanser:

1: Gillissen et al, 40 mg Pantoprazole and 40 mg Esomeprazole Are Equivalent in the Healing of Esophageal Lesions and Relief From Gastrophageal Reflux Disease related Symptoms. J Clin Gastroenterol 2004; 38: 332-340.

2: Blume et al, Pharmacokinetic Drug Interaction Profiles of Proton Pump Inhibitors, Drug Safety 2006; 29 (9): 769-784.2003: Vol. 98, No.12

3: Produktomtalen



Partner for bedre helse™

SOMAC[®]
PANTOPRAZOL



Leder

Bjørn Moum
Med. avd.
Aker Universitetssykehus HF
0514 Oslo
T: 22 89 45 02
M: 45 06 52 75
bjmoum@broadpark.no

Kasserer

Astrid Rydning
Kir. Avd.
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim
T: 73 92 04 20
M: 90 08 71 07

Styremedlemmer:

Jørgen Jahnsen
Med. avd.
Aker Universitetssykehus HF
0514 Oslo
T: 22 89 48 87
jorgen.jahnsen@medisin.uio.no

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

Roald Torp
Med. avd.
Sykehuset innlandet Hamar
2326 Hamar
T: 62 53 75 82
roald.torp@sykehuset-innlandet.no

Arne Christian Mohn
Gastrokir. Avd.
Haugesund sjukehus
Postboks 2170 Bedriftspostkontoret
5504 Haugesund
T: 0 52 53
M: 91 57 95 49
arne.christian.mohn@helse-fonna.no

Arild Horn
Gastrokir. avd.
Haukeland Universitetssjukehus
Postboks 1
5021 Bergen
T: 55 97 50 00
M: 92 03 42 90
arild.horn@helse-bergen.no

Redaktør:

Thomas de Lange
Med. avd.
Sykehuset Asker og Bærum
Postboks 83
1309 Rud
T: 67 80 92 04
M: 99 03 07 89
t.d.lange@medisin.uio.no

Webmaster:

Esben Riise



7:
Intro Tema



16:
Portrett
av Magne Osnes



18:
Internasjonal
sommerskole

4 Redaktørens spalte

4 Leder

Tema: NGF's interessegruppe og utvalg

7 Innledning

8 Interessegruppen for gastrointestinal ultrasonografi

10 "Najonal levermøte"

12 SADE *Scandinavian Association for Gastrointestinal Endoscopy*

15 Kvalitetsutvalget

Nytt fra fagmiljøene

16 Portrettet: *Magne Osnes*

18 Internasjonal sommerskole for unge gastroenterologer

20 Pasientetterlevelse ved behandling av kroniske sykdommer

22 20 år med endoskopisk ultralyd i Bergen

23 Sedasjon ved fleksibel GI endoskopi

24 Endoskopisk terapi

25 Doktorgrader

26 Kurs og konferanser

29 Stipender og priser



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:

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

2. Annonseformat:

	Bredde	x	Høyde
1/1 side (satsflate)	190	x	277,0 mm
1/1 side (utfallende)	210 (+5) mm	x	297,0 (+5) mm
1/2 side (satsflate)	190 mm	x	138,5 mm
1/2 side (utfallende)	210 (+5) mm	x	148,5 (+5) mm
Kvartside (satsflate)	91	x	138,0 mm

Høyoppløste (300dpi)PDF-filer, der fonter + høyoppløste bilder er inkludert, .

Utgivelsesplan 2007

	Materiellfrist	Utgivelse
Nr. 4/2007	1. desember	20. desember

Design, produksjon og annonsesalg:

DRD • DM, Reklame & Design as, www.drd.no
Annonser: Ragnar Madsen: 92 84 84 02



Nexium[®]
esomeprazol



AstraZeneca 

AstraZeneca AS
Høffsveien 70 B
Boks 200 Vinderen N-0319 OSLO
Tlf 21 00 64 00 Faks 21 00 64 01
www.astrazeneca.no, www.halsbrann.com
www.ibd.no

Kjære lesere



Thomas de Lange
Redaktør

Høsten er her. Det er igjen tid for NGF nytt. Høsten kan brukes til så mangt. Noen nyter av soppsesongen og kulinariske utskielser. Les mer om det i portrettet av Magne Osnes som fylte 70 år i sommer. Magne er en av pionerene i norsk gastroenterologi og har vært en internasjonal autoritet innen endoskopi. Jeg vil passe på å takke Magne for den store kilden til inspirasjon og kunnskap han har vært for mange av oss og ønsker ham lykke til som pensjonist.

Det er mange kolleger som nærmer seg pensjonsalderen og har dratt tunge og viktige lass gjennom mange år. Er det noen dere synes bør portretteres så tips meg om det.

Vi har fått mye spontan respons og faglige debattinnlegg. Det er kjempepositivt hvis dette kan utvikle seg videre slik at NGF nytt kan bli et viktig debattforum. Kommentarer til innsendte bidrag er både tillatt og ønskelig.

Achalasi har i lang tid vært behandlet endoskopisk, men Gerd Tranøs innlegg minner oss om at problemer kan løses på ulike sett og at det er viktig å følge opp pasientene systematisk også i den kliniske hverdagen.

Truls Hauges innlegg danner sammen med hans artikkel i forrige nummer grunnlaget for temaet i neste nummer. Jeg håper vi kan få en del respons på det og at kolleger kan sende sine synspunkt på dagens sedasjonspraksis. Er den bra slik den er eller er det behov for endringer? Jeg foreslår at dere også utfordrer anestesimiljøet der dere jobber til å komme med sine synspunkter.

Ole Høies artikkel tar opp et forsømt, men høyaktuelt tema som belyser hvorfor vi av og til ikke kommer i mål med den behandlingen vi gir.

NGF administrerer mange stipender så mulighetene er mange så pass på å søk midler til forskningsprosjektene dine! Se hva som kan være aktuelt under stipender litt lengre bak i bladet.

Ha en fin høst!!

Leder

En viktig rolle



Bjørn Moum
Leder NGF

NGF er en forening med mange kontakter og oppgaver. I likhet med legeforeningens øvrige fagmedisinske foreninger er vi høringsinstans for departement og direktorat. Vi har deltakere i nedsatte utvalg og arbeidsgrupper hvor vi arbeider med faglige retningslinjer og tilrådninger. Industrien ser oss som en interessant samarbeidspartner. Vi nedsetter egne faggrupper for å avgi rapporter og synspunkter vedrørende fagmedisinske spørsmål. Oppgavene er mange og viktige nok til at NGF definitivt er en forening som bør ha potensiale til å videreutvikles og skape seg en sentral plass i rekken mellom det offentlige helsebyråkratiet og våre medlemmer.

I noe saker får man mistanke om at man mer er gissel enn reell høringsinstans, men å unnlate å avgi svar, vil være en misforståelse. Det er viktig å være tydelig, redelig og se helheten. Vi ser helst at vi kan forsvare både de fagmedisinske synspunkter, som kollegiet og samtidig bedre pasientenes tilbud, så vel kvantitativt som kvalitativt. Men vårt ansvar ligger også i det å vurdere den kostnadmessige side av saken. Mao dreier dette seg om prioriteringer som skal og bør gjøres av oss "på gulvet", blant dem som står nærmest de vi skal hjelpe.

Hvorfor er det ikke sjeldent vanskelig med slike prioriteringer? Jo, politikere har nok ofte en annen agenda enn oss, finansieringssystemene er vanskelig å forstå, den teknologiske utvikling går raskere enn vi riktig får med oss og de helsepolitiske reformer kommer på løpende bånd. I tillegg skjuler det seg i kulissene aktører med forskjellig agenda som jussen, pasientrettigheter, ventetidsgaranti, fritt sykehusvalg, medias makt og nå sist konkurranse om pasienter.

Vi må også være bevisst våre mulige egne profesjonsverdier. Et faktum er det ihvertfall at vi som leger kan vurdere alvor og prognosetap så vel som nytte av behandling og andre individuelle hensyn som inngår i et medisinsk og etisk skjønn. Vi kommer derfor ikke utenom fagmiljøene, prioriteringsarbeide virker lærende og oppdragende på oss og fremmer fagligheten så vel som etiske holdninger. NGF's arbeide utført av oss som klinikere og fagpersoner forblir dermed svært viktig.



Tilpasset pasientens behov



Enkel i bruk!

PENTASA i en smart og diskré forpakning; hendig å ta med i lommen. Granulatkorne svelges ned med vann eller annen drikke.

PENTASA Sachet – enkelt for dine pasienter.

C Pentasa «Ferring Legemidler AS»
C Pentasa Sachet «Ferring Legemidler AS»
Antiinflammatorisk middel. ATC-nr.: A07E C02

T **DEPOTTABLETTER 500 mg: Pentasa:** Hver depottablett inneh.: Mesalazin 500 mg, povidon, etylcellulose, magnesiumstearat, talkum, mikrokrySTALLINSK cellulose.
T **REKTALVÆSKE, suspensjon 1 g: Pentasa:** 100 ml inneh.: Mesalazin 1 g, natriummetabisulfitt (E 223), natriumacetattrihydrat (E 262), dinatriumedetat, konsentrert saltsyre ad pH 4,8, renset vann.
T **STIKKPILLER 1 g: Pentasa:** Hver stikkpille inneh.: Mesalazin 1 g, magnesiumstearat, talkum, povidon, makrogol 6000.

T **DEPOTGRANULAT 1 g: Pentasa Sachet:** Hver dosepose inneh.: Mesalazin 1 g, etylcellulose, mikrokrySTALLINSK cellulose.

Indikasjoner: Depottabletter og depotgranulat: Ulcerøs kolitt og Morbus Crohn. **Rektalvæske:** Ulcerøs proktosigmoiditt. **Stikkpiller:** Aktiv ulcerøs proktitt. **Dosering: Depottabletter og depotgranulat:** Individuell dosering. **Voksne:** Opptil 4 g daglig fordelt på flere doser. **Barn:** Forsøksvis 20-30 mg/kg kroppsvekt daglig fordelt på flere doser. Bør ikke gis til barn <2 år. **Depotgranulat må ikke tygges. Depottablettene bør svelges hele. De kan deles, men må ikke tygges. Rektalvæske: Voksne:** Normaldosering: 1 klyster hver kveld for sengetid i 2-4 uker. **Stikkpiller: Voksne:** 1 stikkpille 1 gang daglig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller salisylater. Alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet bør utvises hos pasienter med nedsatt leverfunksjon. Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig, spesielt i starten av behandlingen. Preparatet må gis med forsiktighet til pasienter som er overfølsomme for sulfasalazin. Ved mistanke om eller påviste tilfeller av mesalazin-indusert myo- og perikarditt eller alvorlig blodtrykkssykdom bør behandlingen avbrytes. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av andre nefrotoksiske legemidler kan øke risikoen for nyrekomplikasjoner. Hos pasienter som får azatoprin eller 6-merkaptopurin, kan samtidig behandling med mesalazin øke risikoen for blodtrykkssykdom. **Graviditet/Amning:** Forsiktighet bør utvises. Bør kun brukes i samråd med lege etter nøye vurdering av fordeler/ulempene. **Overgang i morsmelk:** Går over. Mesalazin-konsentrasjonen i morsmelk er lavere enn i morens plasma, mens konsentrasjonen av metabolitten acetylmisalazin forekommer i samme eller høyere konsentrasjon. Begrenset erfaring. Overfølsomhetsreaksjoner som diaré hos spedbarn, er rapportert og kan ikke utelukkes. **Bivirkninger:** Mest vanlig er gastrointestinale forstyrrelser, hodepine og hudreaksjoner. Overfølsomhetsreaksjoner og legemiddelindusert feber sees av og til. Etter rektal administrering kan lokale reaksjoner som pruritus, rektalt ubehag og avføringstrang forekomme. **Hypigie (>1/100):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast og abdominale smerter. Hud: Utslett (inkl. urticaria, eksantem). Neurologiske: Hodepine. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Leukopeni (inkl. granulocytopeni), trombocytopeni, anemi, aplastisk anemi, eosinofili, agranulocytose, pancytopeni. Gastrointestinale: Forhøyet amylasenivå, pankreatitt. Hud: Reversibel alopeci, lupus erythematosus-lignende reaksjoner. Lever: Forhøyet leverenzym- og bilirubinnivåer, hepatotoksitet (inkl. hepatitt, cirrhose, leversvikt). Luftveier: Allergiske lungereaksjoner (inkl. dyspné, hoste, allergisk alveolitt, pulmonær eosinofili, pulmonær infiltrasjon, pneumonitt). Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Neurologiske: Perifer neuropati. Sirkulatoriske: Myokarditt, perikarditt. Urogenitale: Unormal nyrefunksjon (inkl. interstitiell nefritt, nefrotisk syndrom), misfarget urin. Flere av disse bivirkningene kan også være et ledd i den inflammatoriske tarmsykdommen. **Egenskaper: Klassifisering:** Mesalazin (5-aminosalisylsyre) til behandling av inflammatorisk tarmsykdom. **Virkningsmekanisme:** Ikke fullstendig klarlagt, men mesalazin antas å virke lokalt på tarmmucosa. Substansen hemmer leukocytokjemotakse og nedsetter dannelsen av cytokiner, leukotriener og frie radikaler. **Absorpsjon:** Depottabletter og depotgranulat: Ca. 30-50%. Absorberes hovedsakelig i tyntarmen. Reduseres ved samtidig matinntak. Rektalvæske: Ca. 15-20%. Stikkpiller: Ca. 10%. **Proteinbinding:** Mesalazin: Ca. 50%. Acetyliert metabolitt: Ca. 80%. **Fordeling:** Depottabletter og depotgranulat frigjør virkestoffet kontinuerlig i løpet av passasjen gjennom tarmkanalen, uavhengig av pH-forhold og matinntak. Rektalvæsken frigjør virkestoffet i distale deler av tarmen, til og med colon descendens. Stikkpille frigjør virkestoffet i rektum. **Halveringstid:** Depottabletter og depotgranulat: Mesalazin: Ca. 40 minutter. Acetyliert metabolitt: Ca. 70 minutter. «Steady state» nås etter 5 dager. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Depottabletter og depotgranulat: Maks. plasmakonsentrasjon nås etter 1-4 timer. Ikke detekterbar etter 12 timer. Acetyliert metabolitt har tilsvarende kurve, men høyere konsentrasjon og langsommere eliminasjon. **Metabolisme:** Acetylering i tarmslimhinnen og i lever samt til en viss grad via tarmbakterier. **Utskillelse:** I urin og fæces. I urin hovedsakelig som acetylmisalazin. **Pakninger og priser pr. 01.07.2007: Pentasa: Depottabletter:** Enpac: 100 stk. kr 383,90. 3 x 100 stk. kr 1083,00. **Rektalvæske:** 7 x 100 ml kr 312,80. **Stikkpiller:** 28 stk. kr 557,90. **Pentasa Sachet: Depotgranulat:** 3 x 50 doser kr 1346,00. T: 4b). **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk for depotgranulat og depottabletter: Ulcerøs kolitt og Morbus Crohn hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Refusjonsberettiget bruk for rektalvæske: Ulcerøs proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin.

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



MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS

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

FERRING

PHARMACEUTICALS

introduksjon

Den medisinske utviklingen

går i en rasende fart, antall publikasjoner øker eksponentielt og det er vanskelig for oss å følge med på alle felter innen våre to spesialiteter. Det er i tillegg ofte ikke internasjonal konsensus om terapivalg og handlingsprogram, derfor er det viktig å utvikle nasjonale anbefalinger tilpasset våre lokale forhold.

Interessegruppene spiller en viktig rolle på dette området, som premissleverandør for fagmiljøet, og slik bidrar til den faglige utviklingen og kvalitets-sikringen. Dette kommer klart frem i gruppenes presentasjoner her.

Dessverre har ikke alle gruppene hatt kapasitet til å komme med innlegg.

Thomas de Lange



Interessegruppen for gastrointestinal ultrasonografi

Tekst: Ragnar Eriksen, overlege, med. avd., Helse Sunnmøre HF, Ålesund

Moderne ultralydteknologi har gjort ultralyd stadig mer anvendelig i det kliniske arbeidet. Som ved andre undersøkelser, krever metoden opplæring og trening, men har en betydelig klinisk nytteverdi i øvede hender. Tolkning av ultralydfunn er avhengig av god klinisk kunnskap, noe som gjør klinikere egnet som brukere av ultralyd. Dersom gastroenterologisk ultrasonografi inkluderes i klinisk undersøkelse på linje med endoskopi, vil gastroenterologen få "flere øyne å se med".

Klinisk anvendelse av nyere ultralydmetoder

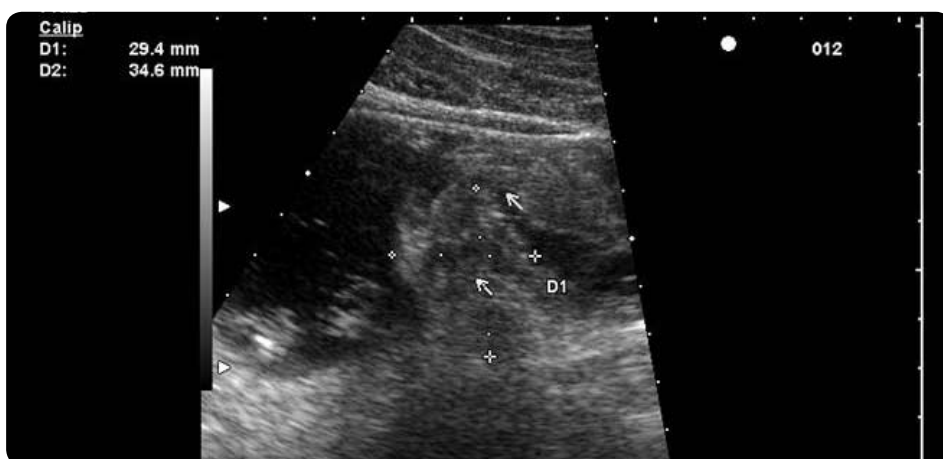
Ultralyd abdomen har tradisjonelt omfattet sonografi av lever, galleveier, pankreas, nyrer, miltp og aorta/paraaortalt ved hjelp av B-bilder og Doppler. De siste 25 årene har metoden også blitt tatt i bruk ved en rekke andre problemstillinger hvor også norske klinikere har vært viktige aktører bak forskning og utvikling innen områder som:

- intraluminal sonografi (EUS) inkl. finnåls- og thru-cutaspirasjon og terapeutisk intervensjon
- motilitetsundersøkelse av mage/tarm-kanalen
- vurdering av IBD
- hydrosonografi
- elastografi for vurdering av hardhetsgrad av svulster
- «strain rate imaging»
- 3D/4D-avbildning
- endosonografisk vurdering av allergiske mucosareaksjoner
- kontrastforsterket ultralyd av tumorer
- laparoskopisk og intraoperativ ultralyd



Hyperemi i en fortykket vegg i sigmoideum ved akutt ulcerøs kolitt.

Peroperative ultralydundersøkelser bedrer diagnostikk av levermetastaser ved CRC, og er velegnet til å påvise stein i galleganger ved laparoskopisk cholecystectomi. Ved Laparoskopisenteret i Trondheim utvikles ultrasonografiske metoder som gjør laparoskopisk navigering sikrere. Ultralyd brukes

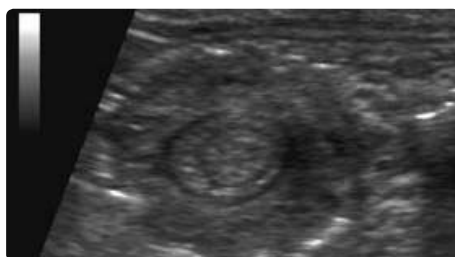


Malig stenose (pil) i colon. Hydrosonografi.

også i økende grad innen pediatrik gastroenterologi. Metoden egner seg svært godt hos barn, både fordi den er smertefri og ufarlig, og at det ofte er kort avstand og dermed lett ultralydtilgang til de indre organer.

"Ultralyd vil aldri bli aktuell undersøkelsesmetode i medisinen!"

...ble det kategorisk slått fast på -60-tallet. Til tross for dagens utvikling av CT, MR og PETscan, er det tvert imot grunn til å tro at ultralyd vil styrke sin posisjon som en viktig undersøkelsesmetode i kommende år, ettersom teknologien blir billigere, mer fleksibel og brukervennlig. Bruk av høyfrekvente ultralydprober og annen avansert teknologi, har muliggjort detaljert diagnostikk av områder som tidligere har vært vanskelig tilgjengelige. Utvikling av små ultralydskannere med høy kvalitet, først i bærbar PC-format og nå også i lommebokformat, gjør metoden mobil og lett tilgjengelig. Slike mobile enheter kan kobles opp mot arbeidsstasjoner for avansert bildebehandling og eventuell telemedisinsk kommunikasjon.



"Target sign" ved akutt invaginasjon.

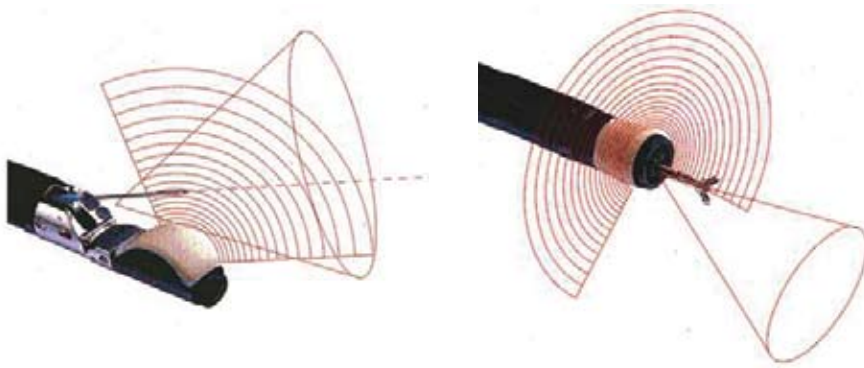
Ultralyd bare "kjekt å ha"?

Ultralyd er et viktig supplement til radiologiske og endoskopiske undersøkelser. Metoden er billig, smertefri, har ingen kjente bivirkninger, gir ingen strålebelastning, er reproducerbar og kan utføres bed-side. Undersøkelsen gir sanntids informasjon, og er bedre enn CT, MR og rgt.tynnarm når det gjelder hemodynamikk, motilitet og funksjonsundersøkelser i GI-tractus.

Nasjonalt senter for gastroenterologisk ultrasonografi

Kompetansesenteret ble opprettet ved Medisinsk avdeling, Haukeland Sykehus i 2001, og kan bistå med informasjon om ultralydens mange muligheter innenfor gastroenterologi. Senteret har vært ledende innen forskning, noe det har oppnådd både nasjonal og internasjonal anerkjennelse for. Læreboken "Basic and new aspects of gastrointestinal ultrasonography" kom i 2005, mens "Atlas of endoscopic ultrasonography" kom i 2007. I tillegg står senteret bak en rekke internasjonale publikasjoner.

Årlig holdes det obligatoriske grunnkurset, samt studentundervisning. Dessuten tilbys kurs innen EUS og motilitet. Internasjonal undervisning i form av inviterte forelesninger, og praktisk opplæring i regi av den norske (NFUD), europeiske (EFSUMB), og den amerikanske ultralydorganisasjonen, samt verdensorganisasjonen i ultralyd (WFSUMB). Internasjonalt samarbeid og kontakter er opprettet med fagmiljø i Australia, Europa og USA.



Skisse av et ekkoendoskop.

Til venstre har vi konveks transducer som muliggjør biopsitaking med nøyaktig kontroll av biopsinålen i ultralydplanet.

Til høyre har vi radial transducer som viser et 270 graders ultralydbilde i et plan som står vinkelrett på skopets lengdeakse.

Grunnkurs i gastroenterologisk ultralyd

Kurset ble første gang avholdt i 1984. Den gang meldte det seg på to deltagere, en almenpraktiker og en svensk øre-nese-hals lege. Senere har kurset fått større oppslutning og er nå vanligvis fulltegnet. Kurset avholdes i år i tiden 19.- 20. november, og inneholder både teori, kasuistikker og praktiske øvelser.

Interessegruppens målsetting og arbeid

Allerede tidlig på 80-tallet ble de første ultralydabstrakts sendt til NGF-møtene, men disse fikk liten respons fordi mange den gang ikke anså ultralyd som relevant for gastroenterologer. Arbeidene ble

derfor vesentlig presentert på ultralydmøter og på internasjonale gastromøter. Interessegruppen ble opprettet i 1992, og ønsker å bidra til økt interesse for, anvendelse av og forskning innen ultrasonografi blant gastroenterologer i Norge. Emner innen fagområdet tas derfor opp både på NGFs årsmøter, på regionsmøter, høstmøter, i Tidsskriftet samt i andre fora. Det synes nå å være en økende interesse for ultralyd blant våre kolleger, flere sykehus har kjøpt ultralydapparat til bruk innen gastroenterologi, og EUS er etablert flere steder. Norge er på toppnivå i avansert gastroenterologisk ultralyd. Likevel er det et stykke igjen før utbredelsen hos oss kommer opp på europeisk nivå. Behovet for formalisert utdanning vil være et viktig spørsmål i tiden fremover, slik at legene sikres en systematisk opplæring og etterut-

danning og lærer seg metodens begrensninger og muligheter. En slik plattform for utdanning (nivå 1-3) er allerede startet i andre europeiske land, og kan være et utgangspunkt for å etablere et tilsvarende prosjekt her hjemme. ■

Gruppens sammensetning

Kristian Hveem	Lars Aabakken
Knut Johnsen	Odd Helge Gilja
Asbjørn Stallemo	Trygve Hausken
Ottar Bjerkeset	Ragnar Eriksen (leder)
Svein Ødegaard	

Vingmed har i mer enn 30 år forsynt norske sykehus med produkter av høy kvalitet. Vi følger systematisk med i utviklingen på verdensmarkedet. Vi representerer ledende produsenter, eller produsenter som har forutsetning for å bli det innen sine respektive områder, og foretak som satser på forskning og utvikling.

Vi leverer medisinsk utstyr fra:



Endoskopi utstyr



M.I.TECH Stenter



pH-katetere



Slynger, kurver og biopsitenger



Bravo trådløs pH-måling
Manometri, EGG og Biofeedback



VINGMED

Vingmed AS
Fjordveien 1
P.O. Box 374, N-1323 Høvik Norway
Tlf: 47 67 58 06 80 Telefax: 47 67 10 12 12
E-post: info@vingmed-as.no

www.vingmed-as.no

Levergruppen

Tekst: Norsk gastroenterologisk forenings interessegruppe for leversykdommer, Boberg

Interessegruppen for leversykdommer har som sin hovedaktivitet arrangert det årlige "Nasjonalt levermøte". Dette møtet ble initiert i 1994 av Helge Bell som så behovet for å danne et forum med fokus på leverrelaterte problemstillinger og som med sin entusiasme klarte å etablere dette som et årlig arrangement. Møtene har hatt stor tilslutning med 100 - 150 påmeldte. Programmet har tradisjonelt omfattet så vel indremedisinske som kirurgiske tema. Det har også avspeilet vårt viktige samarbeid med andre spesialiteter som patologi, onkologi, radiologi og anestesiology/intensivmedisin. Møtene gir anledning til presentasjon og diskusjon av både kliniske problemstillinger og tema relatert til basalforskning.

Vi setter pris på at doktorgradsstipendiater presenterer sin forskning. Levermøtet kan også være et forum for etablering av felles, nasjonale protokoller. Vi har hvert år hatt gleden av å kunne invitere en gjesteforeleser fra utlandet. Utdeling av "Helge Bells forskningspris for god klinisk hepatologisk forskning" foregår under møtet. Interessegruppen for leversykdommer vil bestrebe seg å på opprettholde "Nasjonalt levermøte". I tillegg bør vi diskutere om det er grunnlag for at representanter for miljøene med spesiell interesse for leversykdommer møtes oftere. Vi inviterer nå til deltakelse på det 15de "Nasjonalt levermøte", 7. mars 2008. Det er anledning til å komme med innspill og ønsker for programmet!

Internasjonalt samarbeid

Interessegruppen som sådan er ikke formelt involvert i internasjonalt samarbeid, men samlet sett har medlemmene et bredt internasjonalt kontaktnett og deltar i såvel kliniske som basale forskningsprosjekter innen hepatologi og leverkirurgi. Medlemmene er representert i internasjonale grupper som "The European Association for the Study of the Liver" (EASL), "International Hepato-Pancreato-Biliary Association" (IHPBA), "The International Club of Ascites", "The International Autoimmune Hepatitis Group" (IAIHG) og "The Nordic Liver Transplant Group". Vi deltar også i internasjonalt samarbeid om søknader om forskningsmidler fra EU for 2008. I tillegg har gruppen oversikt over internasjonalt samarbeid som foregår i regi av øvrige NGF-medlemmer. Det ligger et enda større potensiale for samarbeidsprosjekter i vårt internasjonale kontaktnett enn det vi hittil har hatt kapasitet til å benytte. ■



Gruppens sammensetning:

Interessegruppen for leversykdommer har følgende medlemmer:

Kirsten Muri Boberg,
Med. avd., Rikshospitalet (leder)
Anstein Bergan,
Kir. avd., Rikshospitalet
Eiliv Brenna,
Med. avd., St. Olavs hospital

Geir Folvik,
Med. avd., Haukeland universitetssykehus
Zbigniew Konopski,
Med. avd., Aker universitetssykehus
Arthur Revhaug,
Kir. avd., Universitetssykehuset i Nord-Norge



En ny vei har åpnet seg
for dine Crohns-pasienter!



artell.no

HUMIRA
adalimumab

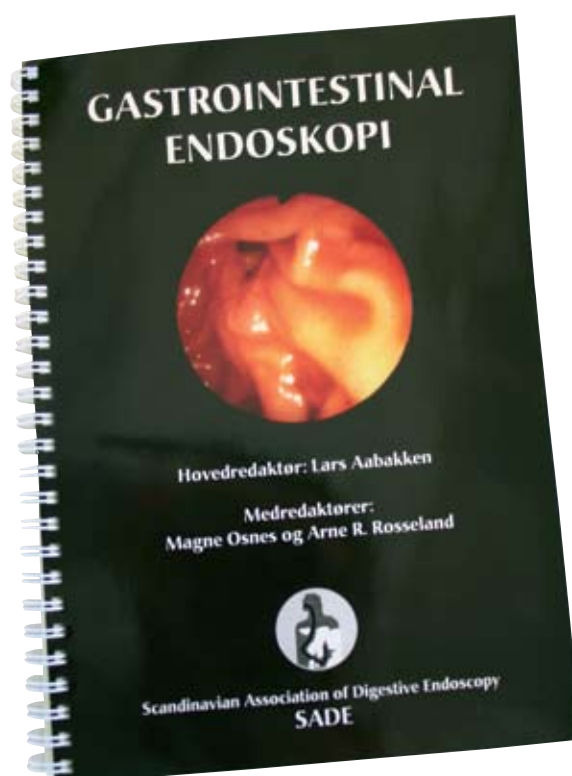
Scandinavian Association of Gastrointestinal Endoscopy (SADE)

Tekst: Lars Aabakken, overlege dr. med., Medisinsk avdeling, Rikshospitalet

Foreningen fungerer som NGF's endoskopiutvalg, og ble stiftet for 25 år siden av en gruppe skandinaviske pionerer innen endoskopi, bl.a. Magne Osnes og Arne Rosseland fra Norge. Intensjonen var å samle skandinaviske krefter og utveksle erfaringer i forbindelse med utviklingen som skjedde innen endoskopi på slutten av 1970-tallet. Senere har foreningen engasjert seg først og fremst i utdanningsoppgaver.

De årlige SADE-kursene har vært arrangert nesten uavbrutt i 25 år, og representerer et ganske enestående opplæringskonsept, med tre dagers hands-on praksistrening på et skandinavisk ekspertsentral, etterfulgt av to dager forelesninger over ulike sentrale temaer. Møtet arrangeres på omgang av av en norsk, svensk og dansk kurskomité, og neste møte (det 25.!) blir avholdt i København 21-25. januar 2008. Kurset er obligatorisk for spesialistkandidater i gastroenterologisk kirurgi, men spesielt den teoretiske delen trekker også mange erfarne gastroenterologer og gastrokirurger. De siste årene har kurset blitt arrangert i samarbeid med endoskopi-assistentforeningen, med delvis felles program for leger og sykepleiere. Det blir stadig mer åpenbart at felles kurs og øvrige aktiviteter styrker team-følelsen og den generelle kompetansen å endoskopienhetene våre.

SADE har utgitt SADE-boken, en nordisk lærebok i gastrointestinal endoskopi. Den ble sist revidert i 1997, men er nå igjen under omarbeidelse og fornying. Den er holdt på skandinaviske språk, som også har gjort den lettere tilgjengelig for endoskopiassistenter.



Kokebok for tarmoperasjoner.

SADE ble i mange år drevet av de samme som i sin tid etablerte foreningen. For å bedre kommunikasjonen til de nasjonale gastroforeningene ble statuttene og styrekonstruksjonen endret for 2 år siden, slik at styret nå består av to representanter fra Norge, Sverige og Danmark, valgt av de respektive nasjonale foreningene. Det er å håpe at foreningene følger opp dette og utnytter den kompetanse og erfaring som ligger i SADE-systemet etter mange års virksomhet. SADE ønsker også å bidra til bedre samordning av både utdanning og forskning innen endoskopi i Skandinavia. SADEs forskningsutvalg (ANDRE) ble etablert i 2006 og vil fronte skandinaviske multisenterstudier innen endoskopi. Utvalget ledes av Urban Arnelo, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Medlemskap i SADE koster 300,- pr år. Med denne kontingenten får man et personlig abonnement på tidsskriftet Endoscopy, med støtte fra bl.a. Boston Scientific og AstraZeneca. Les mer om foreningen og neste SADEkurs på www.sade.no, eller ta kontakt med undertegnede, larsaa@medisin.uio.no ■



Husk Vintermøtet på Hafjell 7. - 10. februar 2008

Vintermøtet 2008 blir viktig. Sette av datoen allerede nå.

I år skal påmelding skje direkte til hotellet (Quality Hotel Hafjell). Fylldig program kommer i neste nummer av NGF-Nytt.

Frist for innlevering av abstrakter er 1. desember. Innlevering via hjemmesiden.

Ny indikasjon:
**alvorlig Crohns
sykdom***

Nå kan dine pasienter legge ut på langtur ...

Med Humira kan pasienter som lider av alvorlig Crohns sykdom få friheten tilbake. Frihet i form av rask og vedvarende effekt^{2,3} og frihet til å administrere behandlingen selv – enkelt, der det passer dem!⁴

Ferdigfylt penn – frihet i praksis!



Humira leveres i ferdigfylt penn (autoinjektor), klar til bruk.⁴ Pasientene kan dermed administrere behandlingen selv – der det passer dem – og det tar bare 10 sekunder! Enklere kan det vel ikke bli?

HOR ET
KLIKK
OG TELL TIL
10

HUMIRA
adalimumab



Kvalitetsutvalget

Tekst: Lars Aabakken, overlege dr. med., Medisinsk avdeling, Rikshospitalet og Thomas de Lange, overlege dr. med., Medisinsk avdeling, Sykehuset Asker og Bærum.

Utvalget er opprettet av NGF som et ledd i kvalitetsarbeidet i foreningen. Det ble lenge ledet av Hermod Petersen, og det ble bl.a. laget skriftlige retningslinjer for en lang rekke tilstander og prosedyrer.

Utvalgets sammensetning er nå:

Lars Aabakken (leder)

Thomas de Lange

Tom Glomsaker

Rolv-Ole Lindsetmo

Truls Hauge

Kvalitetsutvalget har de siste par årene særlig engasjert seg i følgende saker:

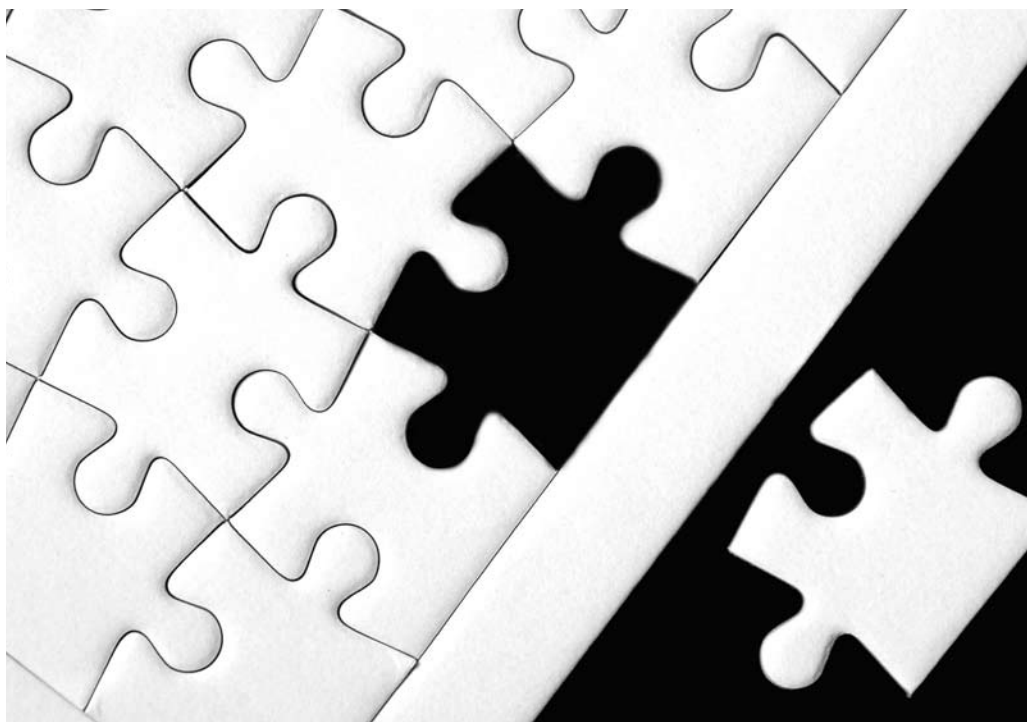
Kvalitetsregistre og Gastronett

Gastronettsatsningen, som ble initiert av Geir Hoff og medarbeidere i forlengelsen av Norccap-I-studien, innebærer en løpende kvalitetsmonitorering av koloskopivirkosheten på en rekke norske sykehus. Registreringen inneholder enkle data om selve prosedyrene, inkl sedasjon, samt en tilbakemelding fra pasientene neste dag mhp prosedyren og informasjonen som ble gitt. Alle deltagende endoskopører får regelmessig tilbakemelding om egne data, sammenstilt med summariske tall fra hele registret. På den måten får man tilbakemelding om egen virksomhet (og kvalitet?) uten at anonymiteten til hverken pasienter eller leger trues.

De siste årene er det gjennomført en relativt omfattende registrering av ERCP-virkosheten ved mange av de største sykehusene, i regi av Tom Glomsaker og Lars Aabakken. Denne registreringen er nå avsluttet, og analysene er i gang. Fra og med 2007 er imidlertid en forenklet registrering av ERCP-virkosheten lagt inn i Gastronett-systemet, med tilsvarende datainnsamling og -tilbakemelding. Registreringen er foreløpig papirbasert med scanning av standardiserte skjemaer. I tillegg til en enkel registrering av selve prosedyren og tilbakemelding, som ved koloskopi, er det også lagt inn registrering av 30-dagers komplikasjoner ved eget sykehus, dvs ved journalgjennomgang før innsendelse av skjema. Det er selvsagt viktig at flest mulig av våre sykehus deltar i disse registrene, håpet er at det nå er gjort såpass enkelt at man kan forsvare innsatsen i bytte for en viss monitorering av egen virksomhet og kvalitet. Interesserte bes ta kontakt med Lars Aabakken, Tom Glomsaker eller Geir Hoff.

Sedasjon ved endoskopiske prosedyrer

Tradisjonelt brukes kombinasjonen midazolam/pethidin ved endoskopi ved norske sykehus, dersom



sedasjon anses nødvendig. Internasjonalt er det en økende interesse for bruk av propofol, enten alene eller i kombinasjon med midazolam/pethidin. Dette er lite utbredt i Norge, og kun i regi av anestesipersonell. Situasjonen er nokså lik i Sverige og Danmark, selv om propofol er tatt i bruk ved enkelte sykehus i Sverige i regi av endoskopiavdelingen, dog i nært samarbeid med anestesivdelingen. Diskusjonen om dette må nødvendigvis inkludere anestesimiljøet, og det er rettet en formell henvendelse til Norsk anesthesiologisk Forening som har tatt dette opp på generelt grunnlag og i samarbeid med danske og svenske kollegaer. Planen er å utarbeide retningslinjer for forutsetninger, utdanningsopplegg og bruksregler for propofol ved norske sykehus, men uten å legge sterke føringer for hvordan det eventuelt organiseres ved det enkelte sykehus.

Dynamiske henvisninger

Hvert år henvises det et stort antall pasienter fra primærhelsetjenesten til spesialist. Vi har alle erfart at kvaliteten på henvisningene er meget varierende. Derfor blir det ofte vanskelig å vurdere både pasientens behov for utredning og behandling samt hvordan utredningsforløpet skal organiseres. Det er viktig at denne prosessen optimaliseres. Studier viser generelt at prioriteringsforskriften i pasientrettighetsloven praktiseres svært ulikt i

helseforetakene. Likartede henvisningsrutiner med standardisert innhold i henvisningene, samt konkrete retningslinjer for prioritering vil kunne gjøre at forskjellene mellom foretakene minsker.

Tidligere studier av dokumentasjon ved gastroenterologisk endoskopi, har vist at dokumentasjonskvaliteten kan økes ved hjelp av elektroniske verktøy og at internett er et effektivt verktøy for å studere slike problemstillinger. Det er blant annet vist at menubaserte dokumentasjonsverktøy har en positiv virkning på kvaliteten.

NGF's kvalitetsutvalg har derfor startet et arbeid med å definere en faglig innholdsstandard for henvisning-ene til spesialist i fordøyelsessykdommer og gastroenterologisk kirurgi. Man vil arbeide ut i fra KITH's (Kompetansesenter for IT i helsetjenesten) "Den gode henvisning" med tillegg av dynamiske menyer relatert til den aktuelle problemstillingen. Kvalitetsutvalget er i ferd med å utarbeide menyer relatert til spesifikke problemstillinger i fordøyelsessykdommer og gastroenterologisk kirurgi. Konseptet vil utvikles og evalueres ved hjelp av en dynamisk nettside som er under utvikling og vil stå ferdig i løpet av høsten.

Forhåpningen er at disse dynamiske "huskelistene" kan gjøre henvisningene bedre slik at pasientene kan få best mulige utredning og behandling. Det vil forhåpentlig også gi mulighet til å sortere pasientene på en mest mulig hensiktsmessig måte. ■

Endoskopør, læremester, gourmet og bohem

Tekst: Ragnar Madsen, DRD reklame

Magne Osnes stikker innom gastromedisinsk avdeling på Ullevål for et intervju, uten egentlig å ha tid. Solen skinner og soppesongen er på sitt beste. Han må effektivt utføre kantarellordrer fra Feinschmecker og andre topprestauranter i Oslo.

-Egentlig burde det regnet. Det som stod i Aftenposten nylig om "Soppåret 2007" er vås. Det er for tørt i skogen for sopp nå, og det ser ut til å bli en elendig høst. Vet jammen ikke hvordan jeg skal skaffe all soppen til kjøkkensjefene. De vil jo bare ha norsk sopp!



Magne er beskjeden. Liker ikke å skryte på seg at han faktisk lenge har vært en av verdens ledende ERCPister, når det gjelder utførelse og å utvikle teknikken. Hans gode venn og kollega gjennom mange år Lars Aabakken uttrykker seg ganske klart:

"Å kunne vise til at jeg har hatt et nært samarbeid med Magne når jeg var i utlandet og møtte internasjonale notabiliteter, er et hyggelig minne. Magnes navn-klang og klinger stadig svært godt i det internasjonale kollegiet og har bidratt til å åpne veldig mange viktige dører"

Industriarbeider

Magne er født på Hadeland i en søskenflokk på 9. Han vokste opp før Gerhardsen innførte sosialdemokratiet og måtte slutte skolen for å tjene penger. Faren hadde fabrikk på Jevnaker, men døde i ung alder, og Magne måtte sammen med sin bror drive fabrikkene videre. Skoletavler ble etter hvert et hovedprodukt, Magne var teknikeren og stod for produktutvikling. Den dag i dag finnes klasserom med tavler produsert av bedriften på Jevnaker for 40 år siden. I dette tilfellet er det mer som et resultat av at Magne var forut for sin tid, enn manglende ressurser ved skolene. Tavlene er den dag i dag meget praktiske i bruk.

Magne kom derfor sent i gang med skolen, men fikk en rask gjennomføring av gymnaset på landsgymnaset i Bø, trolig utlekningsanstalten for de fleste prester her i landet.

Ville ikke kjede seg

Han innrømmer dog at han måtte til utlandet for å studere medisin.

Hovedgrunnen til dette valget var, ifølge han selv, at man slapp å kjede seg som lege.

Studiene i Göttingen var ifølge han selv preget av for mye lesing, det var ikke så mye annet som skjedde. Turnustjenesten ble avviklet i Stavanger, og han fikk jobb på Ringerike Sykehus. Deretter begynte han ved Gastromedisinsk avdeling på Ullevål Universitetssykehus, et sted han har jobbet i 35 år.

Pionér og endoskopør

-Det var på den tiden endoskopien gjorde sitt inntog. Teknikken var spennende, og jeg så raskt mulighetene. Muligens på grunn av min tekniske legning.

Og Magne ble en av pionerene. Hans intuisjon, stayerevne og nysgjerrighet for det ukjente innebar at avdelingen på Ullevål ble kjent i Norge og utenfor landegrensene. Han startet den skandinaviske organisasjonen for endoskopi, SADE, som har blitt et begrep og er stadig et viktig forum.

Kolleger sier at Magne er en person med usedvanlig overblikk, klinisk teft (en utdøende kunst), gjennomføringsevne og med helt uredde strategier.

Etter hvert ble det også bok, Gastrointestinal Endoskopi, et prosjekt basert på et bredt skandinavisk samarbeid. Magne Osnes var den store drivkraften. Boka har oppnådd betydelig anerkjennelse, den er oversatt til flere språk og trykket i 2 x 2.000 eks., hvilket er høyt som medisinsk lærebok å være. Forfatterne skriver at "dette er en bok som bør bli å finne på Nordens mange endoskopilaboratorier, tilsølt, fillete og gjerne stjålet".

-Det er en kokebok for operasjoner i tarmen, den er også myntet på sykepleiere og operasjonsassistenter så de kan følge med å sjekke at legen gjør jobben riktig, sier Magne.

Pasientenes og studentenes mann

Forskningen er en side av Magne, hans forhold til pasientene en annen. Man får umiddelbart inntrykk av at dette er en person med pasienttekte, rolig, omgjengelig og hyggelig. Som Lars Aabakken sier om Magne:

"En varm, støttende hjelper for livet. Unik standhaftig på at pasienten kommer først, møtet får vente!"

Og det ble mange pasienter. Han var i mange år alene på avdelingen som hadde 26 sengeplasser. Han regner med å ha behandlet flere tusen pasienter. Vi tror gjerne han har hatt full fokus på hver eneste en.

Som det sosiale vesen Magne er, elsker han også å undervise. De siste årene har han brukt enormt med tid på studenter og yngre kolleger. Han har bidratt til at vi har et meget høyt nivå på endoskopi i Norge. At han var en kuul foreleser kan bildet under bekrefte. Han er trolig den første (og eneste?) som holdt forelesningene i skinnjakke. Han har slukt oppblåste kondomer for å slanke seg, det å gå å rape kondom var en selsom opplevelse. Ingen av delene slo helt an i det medisinske miljøet.

Matelskeren

Men Magne har andre kvaliteter. Mat. Sopp-sankingen er nevnt. Hans kunnskaper om mat, bl.a. utviklet gjennom restaurantbesøk og nær kontakt med byens mest betydningsfulle kjøkkensjefer, endte med nok en bok. Denne gang en annen type kokebok, nemlig gastroenterologer & gastronomi.

Forfatteren Torfinn Hansen skriver i sin innledning at begrepene gastroenterologi og gastroenterologer ofte assosieres med gastronomi. Han mener at bransjen er unik, idet den rommer mange musikere, kunstnere og kunnskapene om bordets gleder ligger langt over snittet. Boken inkluderer favorittretter til en rekke gastroenterologer og er verd en studie. Boken deler Magne selvfølgelig ut hvert år til beste student. Og er man riktig heldig, kan studenten bli invitert til gjennomsyn av avdelingens fryseboks fylt med delikatesser som kamskjell, hummer, bjørnesteik m.m.

Ballesnacks

Og når vi først er i mathjørnet er det vanskelig å unngå hans satsing på ballesnacks.

-Idéen fikk jeg da jeg oppsøkte matmarkedet i Barcelona, forøvrig et av Europas beste. Tynne skiver av testikler fra okse ville kunne gi en kraftig og røff type snacks. Jeg eksperimenterte en stund, særlig for å få fram den rette sprøheten. En sopprister var løsningen. Produktet ble presentert for pressen i forbindelse med at en god venn skulle markedsføre hotellet sitt. Jeg tenkte dette kunne være en fin markeds-jippo for stedet. "Her kunne man friste med ekte ballesnacks". Og det stemte, nyheten gikk via lokalpressen hele verden rundt – sogar på Us Today ble ballesnacksen presentert som "the Beast in bed".

- Det hele var ment som en spøk, og jeg tok ikke alle kostnader for å verdenspatentere det unike produktet. Soppristeren var for liten til storskalaproduksjon.

Eksemplene er flere. De viser at Magne i sitt 70. år er like kreativ, nysgjerrig og sulten på livets mange muligheter. Norske gastroenterologer vil sikkert fortsatt ha nytte og glede av å ha Magne med på laget, selv om han nå har gått over i pensjonistenes rekker. ■

Hva gjør en av verdens ledende ERCPister når han får innvilget 4 mnd. permisjon etter mange års knallhard forskning?

Han tar seg jobb hos Feinschmecker - som sausekokk!



Magnes Osnes anno 1974. Den første som har forelest ved store internasjonale kongresser i skinnjakke.



To pionerer innen ERCP; Peter Cotton og Magne Osnes

NORDISK KIRURGISK FÖRENING	
POSTGRADUATE-KURS ONSDAGEN DEN 4.6 1975 - LOKAL 82	
ENDOSKOPISK CHOLANGIO- PANCREATICOGRAPHI (ERCP)	
Förmiddagssession: 08.30-11.45	
Technical problems of ERCP	P. Cotton, Middlesex Hosp. London
Indikationer för och resultat av pancreas-cannulering	A. Kruse, Aarhus
Indikationer för och resultat av gallvägs-cannulering	L. Wehlin, Malmö
PAUS	
Vad har den förbättrade diagnostiken genom pancreas- och gallvägs-cannulering lett till ur terapeutisk synpunkt?	M. Osnes, Ullevåls sjukhus, Oslo
Impact of endoscopic pancreatography on the surgical treatment of pancreatic disease.	P. Cotton, Middlesex Hosp. London

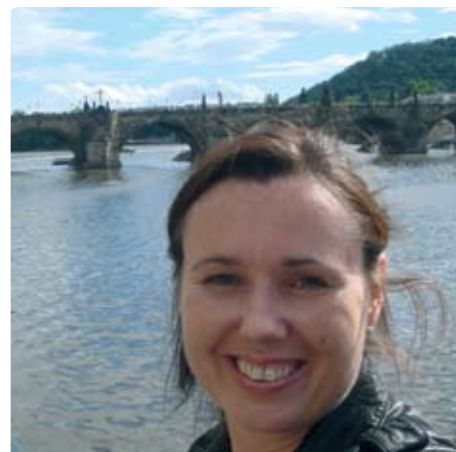
Magne Osnes har i alle år vært en ettertraktet foredragsholder. Her på ERCP møte i 1975.

Internasjonal sommerskole for unge gastroenterologer

Tekst: Kristin Kaasen Jørgensen, Lege/stipendiat, Medisinsk avdeling gastro, Rikshospitalet
www.kristin.kaasen.jorgensen@rikshospitalet.no

ASNEMGE/EAGE (Association of National European and Mediterranean Societies of Gastroenterology/European Association of Gastroenterology and Endoscopy) arrangerte sommerskole 21. - 24. juni i år for fjerde gang, denne gang i Praha. B-gren-kandidater i gastro samt gastroenterologer kan søke om "skole-plass". De heldige utvalgte får alle utgifter til reise og opphold dekket.

I år deltok 92 unge leger fra 32 land, hovedsakelig fra Europa, men Nord-Afrika var også representert. Gjennom 3 intense dager ble vi skolert av svært kompetente foredragsholdere om sentrale og aktuelle tema innen gastroenterologi.



Kristin Kaasen Jørgensen anmoder unge gastroenterologer om å søke på sommerskolen.

Fremtidsutsikter for faget

I åpningslesjonen orienterte J. Sung (Kina) og G. Tytgat (Nederland) om hhv "Changing Landscapes in Gastroenterology" og "The Future of Gastroenterology". Interessant å høre to så erfarne kolleger komme med sine synspunkter på disse tema. Det ble bl.a. poengtert at antallet publikasjoner spesielt innenfor feltet hepatologi, har økt kraftig de senere år. Leversykdommer synes således i enda større grad å bli et "hot topic" i tiden fremover. Problemene relatert til hepatitt B og C er komplekse der insidensen av hepatocellulær cancer øker på verdensbasis. I tillegg utgjør metabolsk leversykdom etter hvert et betydelig problem. I tillegg står forskningen ovenfor store utfordringer også innenfor mange fagfelt, eksempelvis IBD. Tytgat stilte spørsmålet "are we on the right track?", han etterlyste nye og ukonvensjonelle

tilnæringsmåter hva gjelder sykdomsmekanismer, der han mener problemstillinger trenger å bli sett på med "friske" øyne.

Undervisningen

Kurset var lagt opp med forelesninger på formiddagen, etter lunch ble det arrangert problembasert gruppeundervisning. Forelesningene var klinisk rettet og evidence-based der sentrale tema som akutt leversvikt, gastroenterologisk onkologi, GI-blødninger, nevrogastroenterologi samt akutt og kronisk diare ble belyst. Hvert emne ble illustrert av en kasuistikk og disse utgjorde ofte utgangspunktet for diskusjon, som det for øvrig var satt av god tid til etter hvert emne. Ettermiddagsundervisningen bestod av parallelle sesjoner med "hands-on-training" der en selv kunne velge deltakelse i gruppene ut fra

interesse og behov. Praktisk trening på prosedyrer innen øvre og nedre endoskopi ble utført på simulatorer, ultralyd-undervisningen foregikk med levende modeller. Andre tema som ble undervist i, var pH/motilitetsmåling, vurdering av leverprøver samt kapselendoskopi.

I tillegg ble det arrangert et lite forskerkurs der gode råd ved oppstart- og presentasjon av egen forskning ble formidlet. Det er utgitt et eget kompendium om dette emnet: "Research and Publication Guidelines", dette kan lastes ned fra ASNEMGE's hjemmesider. I hver gruppe deltok 10-15 personer, denne ble ledet av en erfaren kliniker. Det var lagt opp til dialog og diskusjon med rom for å stille spørsmål, således ypperlige forhold for læring.

Utbyttet

Det faglige utbyttet var stort der sentrale tema ble presentert av godt forberedte internasjonale kapasiteter innenfor sitt område. Det sosiale programmet på kveldstid med felles middag for både kursdeltakere og undervisere gav god anledning til å utveksle erfaringer med leger på samme ståsted som en selv fra andre land.

Neste kurs

Sommerkurset har blitt svært populært, i år søkte hele 350 om å få delta. Det planlegges et nytt kurs til neste år, info om dette blir lagt ut på ASNEMGE's hjemmesider www.asnemge.org. i løpet av oktober. Søknadsskjema kan da lastes ned, søknadsfristen i år var ultimo januar. Kontakt gjerne undertegnede dersom du lurer på noe. ■





TachoSil[®] bruker du når du trenger rask og effektiv hemostase og vevsforsøgling.¹⁾
TachoSil[®] er ferdig til bruk.



Pasientetterlevelse ved behandling av kroniske sykdommer

Tekst: Ole Høie, overlege, Medisinsk avdeling, Sørlandet Sykehus HF Arendal
E-mail ole.hoie@sshf.no, M. M. Høie, Fakultet for helse og idrett, Universitetet i Agder
Bjørn Moum, professor, overlege dr. Med, Medisinsk avdeling, Aker sykehus

Sammendrag

Etterlevelse er et sentralt begrep i sosialpsykologi og en viktig faktor i pasientbehandling. Undersøkelser har vist gjennomsnittlig etterlevelse på 50% hos pasienter med kronisk sykdom uavhengig av sykdomstype og alvorlighetsgrad. Medikamentanamnese er viktig for å vurdere grad av etterlevelse. Biokjemiske målinger kan være et supplement. Noen årsaker til dårlig etterlevelse, kan være manglende behandlingsforståelse, vanskelig og plagsom medisinbruk, frykt for bivirkninger og samtidig psykiatrisk sykdom. Forenklete behandlingsregimer, god rådgivning, informasjon, motivasjon og økt pasientoppfølging, kan bedre etterlevelse. Selvmedisineringsprogrammer foretrekkes av mange pasienter. Samhandling på bakgrunn av forståelse og tilført kunnskap bør være grunnlaget for behandlingen.

Bakgrunn

Etterlevelse er viktig i all pasientbehandling. I internasjonal litteratur brukes ordet compliance. Etterlevelse er en faktor som tillegges stor vekt i kliniske studier, men som lett kan bli oversett i det daglige arbeid med pasienter (1).

Betydningen av begrepet etterlevelse

I sosialpsykologisk betydning forstås bestemt type kommunikasjon. Man underkaster seg en anmodning eller ønske fra en annen person (2). I medisinsk forstand betyr etterlevelse i hvor stor grad en pasient følger de råd som behandleren gir med hensyn til behandling og oppfølging av en sykdomstilstand.

Sosialpsykologiske mekanismer ved etterlevelse

Vanligvis vil de fleste mennesker gjerne foreta slike valg som de selv mener vil føre til gode og hensiktsmessige resultater. For å avgjøre om et gitt alternativ oppfyller slike betingelser, vil flere momenter tillegges vekt. Troen på autoriteter og hva personer i samme situasjon velger har stor betydning. Et valg som innbefatter et vanskelig tilgjengelig gode oppfattes ofte som attraktivt. Personlig sympati, fysisk tiltrekning, likhet i væremåte, komplimenter, handlinger som uttrykker et samarbeid mot felles mål er andre viktige momenter knyttet til valg. Ønske om gjenytelse for tjenester og et valg som gjenspeiler en helhetlig eller konsistent personlighet, hører også med motiver for våre handlinger (2). Disse momentene er kjent og benyttes i mange situasjoner, ikke minst i kommersielle sammenhenger.

Faktarute

- Pasientetterlevelse kan være et problem i behandling av kroniske sykdommer
- Etterlevelse kan økes ved god pasientinformasjon og lett anvendelige behandlingsregimer
- Selvmedisineringsprogrammer kan øke pasienttilfredsheten og bedre etterlevelsen
- Samhandling mellom pasient og behandler ved økt innsikt og forståelse kan være av betydning

Beslektede begreper

Tilslutning (adherence) er et beslektet begrep. I medisinsk sammenheng knyttes dette til at pasienten gir sin tilslutning til en foreslått behandling. Innholdsmessig står imidlertid begrepet nær etterlevelse, både med hensyn til autoritet hos behandler og medvirkning hos pasienten (3). Samhandling (concordance) uttrykker den enighet som oppnås etter forhandlinger mellom pasient og behandler, hvor tiltro til behandlingen og ønsker om innhold og mål blir vektlagt (4). En annen form for etterlevelse angir i hvilken grad en behandler gir råd etter aksepterte retningslinjer der slike foreligger (5). Denne vil ikke bli omtalt nærmere her.

Pasientetterlevelse i behandling

Det finnes ingen standardisert metode for sikker registrering av etterlevelse. Nøyaktig medikamentanamnese, telling av tabletter og konsentrasjonsmålinger av medikament-metabolitter i avføring, blod eller urin kan i noen grad gi et mål for etterlevelse (6, 7). Forskning viser at ved behandling av pasienter med kroniske sykdommer vil cirka 1/3 ta sine medisiner som foreskrevet, 1/3 mer eller mindre som angitt og 1/3 ikke ta medisin. Dette vil i gjennomsnitt gi en etterlevelseshastighet på 50% (6). Nedsatt pasientetterlevelse er et problem og til dels uavhengig av sykdomstype og alvorlighetsgrad. Det sees ved symptomgivende sykdommer som astma, eksem og ulcerøs kolitt og ved symptomfattede tilstander som høyt kolesterol og hypertensjon. I en oversiktsartikkel i Lancet (1993) beskrives det utilfredsstillende etterlevelse hos 37% av tuberkulosepasienter, i Japan og New Zealand hos 19-37% av pasienter med epilepsi, i Etiopia, India, Burma og Malawi hos 11-56% av leprapasienter (6). Andre undersøkelser viser liknende funn. I en gruppe av dermatologiske fulgte kun 56% av pasientene den angitte behandlingen (8). Vanligste årsaker til manglende pasientetterlevelse kan knyttes til lav utdannelse, manglende forståelse, høye kostnader og likegyldighet fra behandler (9). Viktig for pasienten

er ubehaget ved daglig å måtte innta medikamenter, inkludert bivirkninger eller frykt for slike (6). Andre årsaker kan være psykiatrisk sykdom som depresjon (10) mens lav følelsesmessig livskvalitet og høy grad av skam og forlegenhet ga økt etterlevelse (8). I en studie utført ved psykologisk fakultet ved Universitetet i Los-Angeles kunne 58% av variasjonen i etterlevelse i behandlingen av inflammatorisk tarmsykdom forklares ut i fra forskjeller i tiltro til behandling, livskvalitet og lege-pasient forhold (11).

ÅRSAKER TIL DÅRLIG ETTERLEVELSE

- Manglende forståelse for sykdom og behandling
- Uhensiktsmessige behandlingsregimer
- Frykt for bivirkninger
- Psykiatrisk sykdom
- Likegyldighet fra behandler
- Lav utdannelse
- Kostnader ved behandlingen

Pasientetterlevelse ved kronisk inflammatorisk tarmsykdom

I behandling av pasienter med kronisk inflammatorisk tarmsykdom (ulcerøs kolitt og Crohns sykdom) er vedlikeholdsbehandling av betydning for å redusere risiko for tilbakefall og forebygge tarmkreft (1, 12, 13). En gruppe forskere i USA fant at risiko for oppblussing av ulcerøs kolitt øker mer enn 5 ganger dersom pasienten ikke tar medikamentene som anvist. Gruppen av pasienter som ikke fulgte anbefalt behandling utgjorde 30% av pasientene etter oppfølging i 6 mnd og 50% etter to år. (12). En undersøkelse fra Nederland av pasienter med inflammatorisk tarmsykdom, fant at 24% ikke tok medikamentene som anvist. Av disse opplyste 72% som årsak til manglende etterlevelse at de styrte medisinbruken etter grad av plager, 33% glemte av og til å ta tablettene, 14% var redd for bivirkninger,

mens bare 3% synes medikamentene var vanskelige å ta. (14) En lignende studie fra Carlisle (UK) har vist tilsvarende resultater (15). En prospektiv studie fra Manitoba av 326 pasienter med IBD viste lav etterlevelse av behandling hos 27% av menn og 37% av kvinner. Faktorer forbundet med lav etterlevelse var diagnose (ulcerøs kolitt) og arbeidsstatus (full-tids arbeid) for menn, og alder (under 40 år) for kvinner (16) Andre studier har vist lav tilslutning for menn, singel status (17) lang sykdomsvarighet (18) og hyppig medikamentdosering (19). I en kvalitativ studie (fokusgruppe intervjuer) viste man at pasientens tiltro til behandlingen hadde stor betydning for etterlevelse og at tilslutning til behandlingen også var knyttet til egen akseptering av kolitt-diagnosen (20). Bruk av alternativ medisin, eksempelvis urtemedisin, akupunktur og homøopati forekommer ofte hos pasienter med kronisk inflammatorisk tarmsykdom (1,21). Slik behandling kan føre til at pasienten selv stanser eller reduserer bruken av standard behandling ordinert av lege.

Hvordan bedre etterlevelse

En rekke faktorer har betydning for pasientenes etterlevelse av behandlingsråd. Mange pasienter er opptatte av mulighetene for medikamentbivirkninger. En studie fra San Diego, USA av blodtryksbehandling fant god etterlevelse når pasientene ble informert om laveste effektive medikamentdose for derved å redusere bivirkningsrisiko (22). Forskning viser at forenklete behandlingsregimer, økt doseintervall, hensiktsmessige pakningstyper, muntlig og skriftlig rådgivning av pasientene, motivasjon ved å fremholde helsemessige gevinster og økt grad av oppfølging er faktorer som vil kunne bidra til å øke etterlevelsen (6). Holdning og atferd er ikke alltid samsvarende. Med andre ord er det ikke sikkert at pasientens uttrykte innstilling til behandling avspeiles i det faktiske inntak av medikamenter (23). Derfor er det viktig med åpenhet mellom pasient og behandler om faktiske medikamentvaner og at behandler påpeker gunstige langtidseffekter av behandlingen (9) En randomisert studie fra England i primærhelsetjenesten informerte pasientene i varierende grad med skriftlig informasjon før legekonsultasjonen. Man fant en positiv korrelasjon mellom grad av informasjon og etterlevelse ved medikamentinntak, diett, fysisk trening og røykestopp (24). Hos en gruppe pasienter med ulcerøs kolitt ønsket 63% mer informasjon om behandlingen (12). Ønsket inkluderte informasjon fra skriv og brosjyrer, fra legespesialister og spesialopplærte sykepleiere.

FAKTORER SOM KAN ØKE ETTERLEVELSE

- Økt pasientmedvirkning i behandlingsvalg
- Redusert doseringsintervall
- Lett anvendelig pakningstype
- Lavt antall preparater
- God rådgivning om behandlingen
- Økt oppfølging av pasienten
- Motivasjon ved mulige helsegevinster

Selvmedisinering

Selvmedisineringsprogrammer, der pasientene får opplæring i forhold vedrørende medisinerbruk, har vist seg nyttig. En randomisert studie i England av eldre pasienter hvor et slikt program ble brukt viste etterlevelse hos 95% i intervensjonsgruppen og 83% i kontrollgruppen ($p < 0,02$). Begge disse gruppene hadde imidlertid en høy etterlevelse, hvor en forklaring kan være at medikamentregimene i begge gruppene ble forenklet før programmet ble startet (25). En liknende studie av selvmedisinering ble utført i Manchester hos pasienter med lett til moderat grad av ulcerøs kolitt hvor 87% hadde distal type. Her var det hos pasienter i intervensjonsgruppen signifikant raskere oppstart av behandling etter tilbakefall, 14,8 timer mot 49,6 timer i kontrollgruppen ($p < 0,0001$) og færre besøk hos allmennpraktiker og spesialist ($p < 0,006$). Det var en tendens til flere tilbakefall i selvhjelpsgruppen (61%) enn i kontrollgruppen (49%), men forskjellen var ikke statistisk signifikant. På tross av dette var 82% av pasientene i selvhjelpsgruppen fornøyd med oppfølgingen, mens 94% av pasientene i kontrollgruppen ønsket annen behandling og oppfølging enn den som ble tilbudt. Helserelatert livskvalitet, målt ved spørreskjema, var den samme i begge gruppene (26). Det er også verd å påpeke at god etterlevelse ved medikamentell behandling ikke er garanti for et godt behandlingsresultat. Et screening program i Nederland for pasienter med familiær hyperkolesterolemi, viste at 92,5% stod på lipidsenkende medikasjon etter 1 år og 85,9% etter 2 år. Selv om etterlevelsen av medikamentinntak var høy, viste gjennomsnittlige kolesterolverdier likevel ikke tilstrekkelig reduserte verdier ut fra behandlingsmålene for studien. (27).

Etiske aspekter

Som behandler ønsker vi å gi pasienten det vi selv mener er det beste. Spørsmålet er imidlertid om pasienten vurderer tiltakene på samme måte. I denne sammenheng vil det derfor være interessant å skille mellom begrepene å overtale og overbevise. Retorisk overtalelse (doxa; fra sofistene) kan sees i kontrast til dialog og argumentasjon (episteme etter Platon). Sistnevnte begrep appellerer til forståelse hos det enkelte individ gjennom å tilføre kunnskap og gjøre den andre delaktig (28). Man aner parallellen til begrepet samhandling eller konkordans.

Oppsummering

God pasientetterlevelse er viktig for optimal behandling av inflammatorisk tarmsykdom så vel som ved andre kroniske sykdommer. Grad av etterlevelse må derfor vurderes ved valg av behandlingstiltak hos den enkelte pasient. Forenklete behandlingsregimer, opplysning og undervisning av pasientene har betydning for god etterlevelse. Samhandling, der felles forståelse mellom behandler og pasient oppnås etter drøfting, kan med fordel danne grunnlag for behandling. En slik holdning bør erstatte mer autoritært ladede begreper og holdninger. ■

Litteraturliste

1. Moun, B. Prognose og behandling ved kronisk inflammatorisk tarmsykdom, Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 318-21
2. DiIudini R.B., Trost M.R., Social Influence: Social Norms, Conformity, and Compliance. I: Gilbert D.T., Fiske S.T., Lindzey G., red., The Handbook of Social Psychology, 4. utg., The McGraw-Hill Companies Inc., Oxford University Press, 1998 168-81.
3. Mullen P.D., Compliance becomes concordance, Editorial BMJ 1997;314: 691.
4. Marinker, M., red. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. Rapport fra Royal Pharmaceutical Society, London, Merck, Sharp, and Dohme, 1997.
5. Cleemput I., Kesteloot K., Economic implications of non-compliance in health care, Lancet 2002; 359: 2129-30.
6. Wright E.C., Non-compliance – or how many aunts has Matilda?, Lancet 1993; 342: 909-12
7. Shaw IS, Jobson BA, Silverman D, et al. Is your patient taking the medicine? A simple assay to measure compliance with 5-aminosalicylic acid-containing compounds. Aliment Pharmacol Ther 2002;16(12):2053-9.
8. Renzi C., Picardi A., Albeni D., Agostini E., Baliva G., Pasquini P., et al., Association of Dissatisfaction With Care and Psychiatric Morbidity With Poor Treatment Compliance, Arch Dermatol. 2002; 138:337-42
9. LaRosa J.H., LaRosa J.C., Enhancing Drug Compliance in Lipid-Lowering Treatment, Arch Fam Med. 2000; 9:1169-75
10. Shale M, Riley SA. Studies of compliance with delayed-release mesalazine therapy in patients with inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther 2003;18(2):191-8
11. Goldring AB, Taylor SE, Kenney ME et al. Impact of health beliefs, quality of life, and the patient-physician relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. Health Psychology 2002; 21(3):219-28.
12. Kane S, Huo D, Aikens J, Hanauer S, Medication Nonadherence and the Outcomes of Patients with Quiescent Ulcerative Colitis. Am J Med. 2003;114:39-43.
13. Bergman R, Parkers M. Systematic review: the use of mesalazine in inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther 2006;23(7):841-55
14. Feleus A., Bretveld R., Stockbrugger R., Russel M., Do IBD Patients Use their Medication as Prescribed and what is their Opinion? Gut 2000;47 suppl III, A240
15. Edge V., Bruke D.A., Patient Perception of their Disease and Treatment in IBD. Gut 2000 vol 47 suppl III A229
16. Ediger J, Walker J, Graff L, et al. Predictors of Medication Adherence in Inflammatory Bowel Disease. Am J Gastroenterol. 2007;102:1417-26.
17. Kane SV, Cohen RD, Aikens JE, et al. Prevalence of nonadherence with maintenance mesalazine in quiescent ulcerative colitis. Am J Gastroenterol 2001; 96:2929-33.
18. Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Barkun A, et al. Patient nonadherence to medication in inflammatory bowel disease. Am J Gastroenterol 2003; 98:1535-44.
19. Shale MJ, Riley SA. Studies of compliance with delayed-release mesalazine therapy in patients with inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther 2006;24:1099-103.
20. Hall NJ, Rubins GP, Hungin APS, et al. Medication beliefs among patients with ovel disease who report low quality of life: a qualitative study. BMC Gastroenterology 2007; 7:20 (online).
21. Hilden R.J., Scott CM., Verhoef M.J. Complementary medicine used by patients with inflammatory bowel disease. Am J Gastroenterol. 1998;93: 697-701.
22. Cohen J.S., Adverse Drug Effects, Compliance, and Initial Doses of Antihypertensive Drugs Recommended by the Joint National Committee vs the Physicians' Desk Reference. Arch Intern Med. 2001;161:890-895.
23. Ajzen, I. (1991) The theory of planned behaviour. Organizational Behaviour and Human Decision Processes, 50, 179-211.
24. Donald J.C., Marinelli T., Post D. The Effects of Patient Communication Skills Training on Compliance. Arch Fam Med. 2000;9:57-64.
25. Lowe C.J., Raynor D.K., Courtney E.A., Purvis J., Teale C., Effects of self-medication programs on knowledge of drugs and compliance with treatment in elderly patients. BMJ 1995; 310:1229-31.
26. Robinson A., Thompson D.G., Wilkin D., Roberts C., Guided self-management and patient-directed follow-up of ulcerative colitis: a randomised trial, Lancet 2001, 358: 976-81.
27. Marina A.W., Umans-Eckenhansen M.A., Defesche J.C., van Dam M.J., Kastelijn J.P., Long-term Compliance With Lipid-Lowering Medication After Genetic Screening for Familial Hypercholesterolemia, Arch Intern Med. 2003;163:65-69.
28. Søren Kjørup: Menneskevidenskabene. Problemer og traditioner i humanioras videnskabetori, 1. utgave, 2. opplag 1997, Roskilde Universitetsforlag 1996.

20 år med endoskopisk ultralyd i Bergen

Tekst: Svein Ødegaard, overlege professor dr. med., Nasjonalt Senter for Gastroenterologisk Ultrasonografi, Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus

Endoskopisk ultralyd (EUS) er nå en veletablert undersøkelses-metode internasjonalt. Den ble tatt i bruk ved Haukeland universitetssykehus (HUS) allerede i 1987 som den gang var et av de første sykehus i Europa som kunne tilby denne diagnostikk. Transabdominal ultrasonografi hadde i flere år vært en del av virksomheten ved "Gastrolab" på HUS, og dette var en viktig årsak til at EUS kunne tas tidlig i bruk.



Det første internasjonale EUS-symposium i Bergen ble holdt i april 1987, et tilsvarende møte markerte 10-års virksomhet i 1997, og i april 2007 "feiret" vi 20 års jubileum. EUS har i disse årene gjennomgått en betydelig utvikling fra primært å være en bildemetode til også å bli et viktig terapeutisk hjelpemiddel. Årets møte tok sikte på å belyse noen etablerte og noen nyere EUS metoder, og det var ca. 50 deltagere fra de skandinaviske land. Olympus Skandinavia gjorde møtet mulig. Vi fikk ferdig vårt engelskspråklige EUS-atlas noen timer før møtets start, og alle deltagere fikk et eksemplar av boken.

Foreleserne presenterte EUS anno 2007, og temaene ble ivrig diskutert. EUS foretas som kjent enten ved hjelp av spesialbygde ekkoendoskop eller ved hjelp av miniprober som føres gjennom instrumentkanalen på et vanlig endoskop. EUS anvendes mest ved sykdommer i øvre mage-tarmkanal og i rectum og benyttes både til å vurdere selve GI-veggen og de omkringliggende strukturer og organer. Fordelen med undersøkelsen er at man kommer nær de områder som skal undersøkes. Høye ultralydfrekvenser kan derfor anvendes, og man får svært detaljerte ultralydbilder.

EUS

-er velegnet til å vurdere en malign tumors lokale utbredelse (T-stadium) og til å påvise regionale lymfeknuter (N-stadium). EUS har også vist seg som en nyttig og ufarlig metode til undersøkelse av galveiene særlig ved spørsmål om små konkrementer og svulster. Konkrementer under 0.5 cm i en ikke dilatert gallegang kan ofte ikke påvises ved ERCP eller MRCP. Flere studier har vist at slike små konkrementer kan sees med EUS. Lokalisering av små pankreastumores, særlig insulinomer, er også en god indikasjon for EUS fordi andre bildemodaliteter har diagnostiske vanskeligheter med å påvise slike.

Rectal ultralyd

-er en metode som bør benyttes og beherskes av alle gastrokirurger som arbeider i dette feltet. For å kunne utføre transanal endoskopisk mikrokirurgi er rectal ultralyd et viktig redskap. Prosedyrer som biopsitaging (både FNA og Thru-cut) samt terapeutiske inngrep er nå blitt viktige anvendelsesområder for EUS. Målet lokaliseres og punkteres under veiledning av EUS. Diagnostiske punksjoner av lymfeknuter for å avgjøre malignitet versus betennelse samt av subepiteliale tumores (GIST) er nå ofte ønsket av behandlerne kliniskere. Ved staging av lungekreft er EUS med diagnostisk punksjon av lymfeknuter i mediastinum blitt en viktig prosedyre. EUS er mer presis, mindre belastende for pasienten og beheftet med mindre komplikasjoner enn for eksempel mediastinoskopi og CT-veiledede punksjoner.

Plexus celiacus-blokkade

-hos pasienter med pankreaskreft eller kronisk pankreatitt, kan gi smertelindring, særlig ved cancer. Ved kronisk pankreatitt er effekten dessverre ofte kortvarig. En annen prosedyre er punksjon/drenasje av pseudocyster i pankreas. Denne metoden er relativt sikker, har god virkning og muliggjør drenering av cyster som ellers kan være vanskelig tilgjengelige. Intraductal ultralyd (IDUS) ble på årets møte ikke tatt opp fordi denne metoden ikke benyttes mye selv om den kan være verdifull til undersøkelse av strikturer i så vel galle- som pankreasgang. Ofte brukes metoden sammen med ERCP.

Nye metoder

Nye EUS metoder og utstyr, både ekkoendoskop og miniprober, blir i dag i større grad gjort kompatibelt med "vanlige" eksterne ultralydmaskiner. Doppler er viktig for å kunne skille blodkar fra andre strukturer særlig før punksjoner, og elastografi (testing av vevshardhet som kan gi informasjon om malignitet

versus benigne forandringer) er en lovende ny teknikk. Tredimensjonal avbildning gjør det mulig å legge ønskede snittplan i et datavolum etter undersøkelsen. Derved kan man få nyttig tilleggsinformasjon utover det som 2D-EUS bilder kan gi. EUS har også vist seg å være velegnet til motilitets- og biomekaniske undersøkelser av fordøyelseskanalen. Miniprober kan kombineres med andre modaliteter for eksempel trykkmåling og laser Doppler. Denne type kombinasjon av ulike modaliteter ser ut til å kunne gi verdifull informasjon ved gastrointestinale lidelser som kan være vanskelige å diagnostisere.

Krevende utdanning

Utdanning i EUS er en utfordring og har en relativt lang læringskurve. Selv om ultralyd endelig har fått økende innpass som et nyttig klinisk verktøy både for gastroenterologer og gastrokirurger i Norge er ultralydkunnskapen fortsatt mangelfull. Det er uten tvil en fordel å ha erfaring både i transabdominal ultralyd og endoskopi når man begynner med EUS. Ved Gastroenterologisk seksjon (HUS) startet vi de første årlige kursene i abdominal ultrasonografi for snart 25 år siden og EUS kurs har vært tilbudt regelmessig i snart 20 år. Nylig har den europeiske ultralydforening publisert en modul for EUS-utdanning (Ødegaard S, Nesje L.B. Gilja O.H. Minimum Training Requirements for the Practice of Medical Ultrasound in Europe, Appendix 9: Endoscopic Ultrasound in Gastroenterology, Eur J Ultrasound/Ultraschall in Med; 2007). ■

Sedasjon ved fleksibel GI endoskopi

Tekst: Truls Hauge, seksjonsoverlege dr. med., gastromedisinsk avdeling, Ullevål Universitetssykehus

Fleksibel endoskopi har utviklet seg fra en ren diagnostisk prosedyre til også å omfatte en rekke forskjellige terapeutiske inngrep. Dette har skjedd i takt med en dreining av åpen kirurgi mot mer miniinvasive prosedyrer, også ved hjelp av fleksibel endoskopi. Grensen mellom kirurgi og medisin viskes ut, bare ikke når det gjelder tilbud om sedasjon.

Alt på operasjonsstua, dagkirurgi, etc. gjøres med kompetent hjelp fra anestesivdelingen. Skal derimot en større polyp eller en duodenalstent tas hånd om på gastrolab i stedet for med en kirurgisk reseksjon eller en GEA, må endoskopøren selv bidra med sedasjon så godt vedkommende kan. I dag betyr det Midazolam og Petidin, men uten ekstra personale for å følge opp pasienten under og etter prosedyre. Å måtte avbryte en halvferdig ERCP grunnet en urolig pasient, for så å måtte meddele at "vi tar resten av

stenene på torsdag" er ikke akseptabelt. Behovet for bedre sedasjon til utvalgte pasienter er vi nok enige om, men kanskje ikke hvordan dette skal organiseres? Kan dedikert anestesipersonale tildeles et slik ansvar på gastrolab? Eller må eget personale læres opp og bemanningen styrkes?

Det finnes mye erfaring med bruk av propofol til ulike endoskopiske prosedyrer, også administrert av endoskopiteamet uten hjelp fra anestesivdelingen. De skandinaviske erfaringene er i hovedsak lokalisert til Sverige, og ved sykehuset i Västerås har man vist at propofol kan være en sikker og bra sedasjon administrert av endoskopiteamet selv. Forutsetningen er både kunnskaper og erfaring i bruk av medikamentet, men også om "frie luftveier" grunnet dypere sedasjon, dessuten kort vei til anestesihjelp ("rød knapp") om det blir problemer.

På noen sykehus gjøres det mye terapeutisk endoskopi og problemstillingen melder seg kanskje daglig. Hva med å utdanne og sertifisere endoskopi personalet? I tillegg må nok personale være til stede ved prosedyren, standarder for dette har vi heller ikke i dag.

Det haster med å kunne tilby tilfredsstillende sedasjon ved terapeutisk endoskopi. Arbeidet må forseres, slik at ikke gode endoskopiske løsninger må vike til fordel for større inngrep grunnet for dårlig sedasjon. ■

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

Hellers myotomi ved achalasi

Tekst: Gerd Tranø, overlege, Kirurgisk avdeling, Hamar sykehus

Endoskopisk terapi for achalasi før Hellers myotomi gir dårligere resultater enn Heller myotomi alene. Dette var min konklusjon etter et foredrag om achalasi på "Astra-møtet" 8.3.07 i Oslo i sesjonen om motilitetsforstyrrelser i øvre GI-tractus.

Bakgrunn for konklusjonen var en gjennomgang av et pasientmateriale operert ved St.Olavs Hospital i perioden 1997-2003, og en oral presentasjon med poster på World Congress of Surgery i Durban 2003. Møteleder i sesjonen var dr. Pelligrini, en av flere anerkjente kapasiteter innen området. I diskusjon med ham i pausen, var han enig med meg. Konklusjonen er ikke basert på dette ene materialet fra St.Olavs Hospital, men også litteraturgjennomgang.

I diskusjonen etter innlegget 8.3 i år oppsummerte Bjørn Moum med at han likevel ville fortsette å blokke pasienter med achalasi, som han har hatt god erfaring med i mange år. Argumentet mot

operasjon var faren for perforasjon ved operasjon (i litteraturen angitt til å være fra 1- 3,6%). Rent logisk er jo argumentet ikke helt holdbart, idet blokkering også er en overrivning av muskelfibrene i øsophagus. Forskjellen mellom blokkering og operasjon er at man ved blokkering gjør det blindt, mens man ved operasjon gjør det kontrollert under synets veiledning og ved testing med luft og vann (med gastroskop og laparoskop, "sykkelslangereparasjonsprinsippet", en vanlig og velkjent prosedyre for testing av anastomoser eller evt perforasjoner for oss som er kirurger.)

Jeg vil benytte anledningen til å henvise til en artikkel fra Annals of Surgery : Endoscopic Therapy for Achalasia Before Heller Myotomy REsults in Worse Outcomes Than Heller Myotomy Alone, Vol 243, Number 5, May 2006. Her har man gått gjennom 209 pasienter over en 9-årsperiode som var operert med Hellers myotomi. Av disse hadde 154 fått Botox-injeksjoner eller blokkering før operasjon. Konklusjon: "Preoperative terapi er fortsatt vanlig, og har resultert i flere intraoperative komplikasjoner, primært perforasjon (9,7 vs 3,6 % mitt tillegg), flere postoperative komplikasjoner, og en større andel av

misllykket behandling enn når ingen preoperativ behandling er gjort. Endoskopisk terapi for achalasi bør ikke utføres med mindre pasienten ikke er kandidat for operativ behandling."

Jeg ønsker at man i det gastromedisinske miljøet revurderer tradisjonelle behandling dersom (gjentatte) blokkeringer er vanlig hos pasienter som har achalasi, og henviser pasientene til vurdering med tanke på operativ myotomi. (Naturligvis medisinsk operable pasienter og pasienter med noen års forventet levetid etter behandling). Det skulle tatt seg pussig ut om vi fra det kirurgiske miljøet overså Helicobacter Pyloris betydning for ulcus, og fortsatte å behandle pasienter med BII reseksjon når studier og dokumentasjon tilsier at den anbefalte behandlingen er en ukes tablettkur.

Man bør i alle fall tilstrebe å skaffe dokumentasjon på den behandling man mener pasientene er best tjent med, og unngå argumenter av typen "det vøt oss ikkje, men slik har oss gjort i aille år". ■



ENDOTECH

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**

Universitetet i Oslo

Cand. med. Tom Hemming Karlsen ved Fakultetsdivisjon Rikshospitalet forsvarte sin avhandling

“On the genetic influence on diseases susceptibility and disease progression in primary sclerosing cholangitis ”
for graden Ph.D. (philosophiae doctor) 31. august 2007.

Lege og forsker Tom Hemming Karlsen har funnet sammenheng mellom bestemte genvarianter og leversykdommen primær skleroserende cholangitt. Primær skleroserende cholangitt er en kronisk betennelsestilstand i gallegangene og leveren som først og fremst rammer yngre mennesker med tarmsykdommen ulcerøs colitt. Det diagnostiseres mellom 1 og 2 nye tilfeller per 100.000 innbyggere i Norge hvert år. Sykdommen fører til innsnevring i gallegangene og etter hvert skrumplever. Det finnes ingen effektiv medisinsk behandling, og sykdommen er den viktigste årsaken til levertransplantasjon i Norden. Årsaken til sykdommen er ikke kjent, men det er klare holdepunkter for at genetiske faktorer spiller en viktig rolle. I sin avhandling *On the genetic influence on Disease Susceptibility and Disease Progression in Primary Sclerosing Cholangitis* har Tom Hemming Karlsen og hans medarbeidere studert betydningen av genetiske faktorer i primær skleroserende cholangitt. Man har

funnet at det er andre genvarianter som disponerer for primær skleroserende cholangitt i kombinasjon med ulcerøs colitt, enn for ulcerøs colitt alene. Ved primær skleroserende cholangitt er såkalte HLA gener av stor betydning, og en av delstudiene viser at disse kan tenkes å påvirke sykdomsrisiko både ved å vise frem bestemte proteiner til immunsystemet, og ved å regulere aktiviteten til ulike immunceller. I en annen delstudie fant man at bestemte varianter av et gen (kalt SXR) som styrer nedbrytningen av galle i leveren fører til et hissigere sykdomsforløp. Gallen som hopper seg opp i leveren pga. innsnevringene i gallegangene er giftig for levercellene, og funksjonen til SXR-genet kan dermed være av betydning for utviklingen av skrumplever. Avhandlingen peker på viktige mekanismer både for sykdomsutvikling og sykdomsforløp ved primær skleroserende cholangitt. Videre kartlegging av disse mekanismene kan gi verdifull innsikt i en sjelden, men alvorlig sykdom.



Universitetet i Bergen

Cand. med. Dejan Ignjatovic forsvarte sin avhandling
“A 3-D post-mortem model provides rationale for complications in gastrointestinal surgery”
for graden Ph.D. ved Universitetet i Bergen den 8. juni 2007.

Avhandlingen består av 6 delarbeider som kartlegger anatomiske strukturer knyttet til tre forskjellige organsystemer i bukhulen: Galleveier og blodkar i leverporten, karforsyning til milt og karforsyning til høyre del av tykktarm. Formålet ved studien har vært å studere forhold av betydning for kirurgiske inngrep i bukhulen, med særlig referanse til sk. kikkhullskirurgi eller laparoskopisk kirurgi (i engelskspråklig litteratur ofte også kalt "Minimally Invasive Surgery" (MIS)). De anatomiske studier har vært utført ved hjelp av avstøpninger av henholdsvis kartre og galleveier, sk. korrosjonsmodeller. Ved denne teknikken, utført i tilslutning til obduksjon, lages tredimensjonale modeller som tillater bedømmelse av romlige relasjoner mellom strukturene og eksakte målinger av disse. Arbeidet har gitt informasjon som kan bidra til forklaring på komplikasjoner som kan oppstå ved MIS. Det er således påvist anatomiske variasjoner i et område i leverporten (Calots triangel) av betydning for den

kirurgiske teknikk ved inngrep i dette området, og det er funnet forhold som kan forklare hvorfor blødning kan inntreffe fra galleblæresengen etter laparoskopisk fjernelse av galleblæren. Tilsvarende er kartlagt viktige forhold ved karforsyningen til høyre del av tykktarm, inkl. relasjoner mellom de store arteriegrener og hovedvenen fra denne del av tarmen. Videre er studert variasjoner i blodforsyningen til de ulike segmenter av milten av betydning for kirurgisk tilgang i dette området. Fjernelse av milten (splenectomi) er ofte unødvendig ved kirurgisk miltskade.

Avhandlingen har med dette brakt ny kunnskap relevant for forståelsen av komplikasjoner ved abdominal kirurgi. Bruk av korrosjonsmodeller er særlig velegnet for demonstrasjon av anatomiske normalvariasjoner og er dessuten velegnet til bruk i undervisning i anatomi.





 **Dipentum**[®]
(olsalazine)

CDNO 07:01

- **Effektiv kontroll av ulcerøs kolitt** ^{1,2}
- **Spesialdesignet for å gi maksimal kolonkonsentrasjon** ^{2,3}
- **Godt tolerert** ^{2,4}



Vedlikeholdsbehandling:
500 mg 2 ganger daglig i forbindelse med måltid

Referenser: 1. Nilsson Å et al. *Am Gastroenterol* 1995;90: 381-387. 2. Courtney MG et al. *Lancet* 1992;339:1279-1281. 3. Campbell DE and Berglindh T. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1988;148:7-12. 4. Kruis W et al. *Aliment Pharmacol Ther* 1998;12:707-775.



Innovation for specialists™

UCB Pharma A/S
Brynsveien, 96, N - 1352 Kolsås (Oslo)

Tel: +47 67 17 69 00, Fax: +47 67 17 39 21

Kurs og konferanser

Ullevål universitetssykehus

NGF's interessegruppe for Pancreassykdommer "Cystiske pancreastumores, utredning og behandling"

Vi arrangerer vårt første nasjonale møte i Oslo

Tema:

Cystiske pancreastumores,
utredning og behandling

Møtested:

Ullevål Universitetssykehus, Auditoriet i Patologibygningen

Møtetid:

Fredag 12. oktober 2007

10.00 – 10.10:

Introduksjon: Hvorfor dette tema?

Trond Buanes, Professor gastrokirurgisk avdeling,
Ullevål universitetssykehus

10.10 – 10.50:

Mucinøse lesjoner

Erling Bringeland, Overlege Gastrokirurgisk avdeling,
St. Olavs hospital, Trondheim

10.50-11.15:

Kaffe

11.15-11.45:

Slik gjør vi det i Stockholm

Johan Permert, Professor, Huddinge sjukehus, Stockholm

11.45 – 12.15:

Endoskopisk ultralydundersøkelse/intervensjon

Truls Hauge, Leder av seksjon for avansert endoskopi,
Ullevål universitetssykehus

12.15-13.15:

Lunch

13.15 – 13.45:

Laparoskopiens plass i behandlingen

Bjørn Edwin, Leder for laparoskopiosenteret
Radium/Rikshospitalet

13.45-14.00:

Multifokalitet: Hvem bør pancreatomeeres?

Ivar Gladhaug, Overlege gastrokirurgisk avd. Rikshospitalet

14.00-14.30:

"Workshop"

- Nasjonale retningslinjer – lar de seg utforme?
- Felles registrering av klinisk utkomme
– kan og/eller vil vi?
- Ressurstilgang for klinisk forskning



Aker universitetssykehus

Ultralyd konferanse: "Contrast Enhanced Ultrasound of the Liver"

Arrangører og faglig ansvarlig:

Zbigniew Konopski,
Hepatologisk seksjon, Aker Universitetssykehus, Oslo

Odd Helge Gilja,
Nasjonalt Senter for Gastroenterologisk Ultrasonografi,
Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

Møtested:

Aker Universitetssykehus, møterom Medisin 4.

Møtetid:

Mandag, 15. oktober 2007

10.00 – 10.05

Åpning og introduksjon. Zbigniew Konopski

10.05 – 10.20

Lever Unit, Aker Universitetssykehus

- Klinisk aktivitet og UL-diagnostikk.

Zbigniew Konopski

10.20 – 11.00

**CEUS - Klinisk anvendelse i diagnostikk av
fokale leverlesjoner.**

Odd Helge Gilja

11.00 – 11.20

Fibroscan- kliniske erfaringer og nye utfordringer.

Zbigniew Konopski

11.20 – 11.40

**UL ved diffuse leversykdommer
(steatose/fibrose/cirrhose).**

Geir Folvik

11.40 – 12.30

Pause - Lunch

12.30 – 14.30

Diskusjon av forslag til forskningsprotokoller.

**Nåværende UL protokoll ved HUS i samarbeid med Aker
Hilde von Volkmann**

Protokoll 1:

**Kombinasjon av CEUS og Fibroscan i dignostikk av
fibrose/cirrhose ved kroniske leversykdommer.**

Protokoll 2:

**Kombinasjon av US, CEUS og Fibroscan i diagnostikk
av fibrose ved leversteatose/steatohepatitt.**

Kan vi øke sensitiviteten av steatosegradering?



Nominer en kollega! Humiraprisen i gastroenterologi

Abbott Norge as har delt ut Humiraprisen i revmatologi i flere år, og Humiraprisen i dermatologi for første gang i 2006. Nå blir det også en Humirapris i gastroenterologi.

Humiraprisen deles ut til tre leger, hvorav en revmatolog, en dermatolog og en gastroenterolog. Prisene er på kr 100 000 hver og deles ut av Abbott Norge AS. Utbetalingen skjer i samsvar med gjeldende regler for de ulike helseforetak og Legemiddelindustrien og norske skatteregler. Kandidaten skal på en fremragende måte ha bidratt med én eller flere av følgende:

- Klinisk innsats for å bedre pasientens hverdag
- Inspirasjon og kunnskapsformidling blant kolleger
- Betydelig interesse og engasjement for revmatologi/ dermatologi/ gastroenterologi i Norge

Vinneren av Humiraprisen innen gastroenterologi 2007 vil bli valgt ut av en komité nedsatt av styret i Norsk Gastroenterologisk Forening (NGF).

Abbott vil senest et år etter tildelingen be om et kort intervju om hvordan midlene er disponert, og hvordan dette har ført til forbedring av pasientenes hverdag, økt/bedret kunnskapsformidling eller interesse/engasjement innen terapiområdet. Intervjuet kan brukes i markedsføringen av neste års Humirapris.

De to andre prisene deles ut i forbindelse med Abbotts symposium HotTopics 20. september i år, men siden prisen er ny for gastrmiljøet, vil fristen for nominasjon av kandidater til denne prisen forlenges til 1. november. Utdelingen av gastroprisen vil finne sted på NGFs årsmøte i februar 2008.

Nominasjon av kandidater til prisen skjer på nettsiden www.humiraprisen.no eller via www.hottopics.no

Med vennlig hilsen

Bjørn Moum

Norsk Gastroenterologisk Forening

Silje Kramer

Abbott Norge as

Helge Bells forskningspris for god klinisk hepatologisk forskning

Helge Bells pris for god klinisk hepatologisk forskning for 2007 utlyses.

Den beste artikkel innen fagområdet hepatologi publisert i 2007 (kliniske arbeider eller basale arbeider med klinisk vinkling) vil bli belønnet med en pris på kr 25.000 som vil bli utdelt ved det Nasjonale levermøtet i mars 2008. Innsendte søknader (kopi av publisert artikkel med vedlagte personopplysninger - maks 1 side) vil bli vurdert av en bedømmelseskomite.

Søknader sendes Kristian Bjoro, Medisinsk Avdeling, Rikshospitalet innen 1. februar 2008

(evt elektronisk til kristian.bjoro@rikshospitalet.no), ytterligere opplysninger fås ved henvendelse samme sted.

Norsk forskningsstipend innen gastroenterologi 2008

Schering-Plough

VEDTEKTER

§ 1

Stipendet stilles til disposisjon av Schering-Plough.
For 2008 utgjør stipendiet kr 35.000 som fordeles på en eller flere søkere.

§ 2

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

§ 3

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 klinisk inflammatorisk tarmsykdom.

Skriftlig søknad skal inneholde curriculum vitae, beskrivelse av prosjektet, finansieringsplan, fremdriftsplan og anbefaling fra søkers overordnede. Søknad sendes på fastsatt skjema (lastes ned på NGF's hjemmeside) til NGF's kasserer innen 1/11-2007

§ 4

Stipendmidlene må være brukt innen ett år etter tildelingen ellers går beløpet tilbake til giveren.

§ 5

Etter at prosjektet er gjennomført skal skriftlig redegjørelse sendes stipendkomiteen og Schering-Plough innen et år. Det henstilles til søkeren om å arbeide for å presentere prosjektet og resultater som foreligger i egnede media, det være seg nasjonale/internasjonale møter eller tidsskrifter.

§ 6

Kunngjøring av hvem som er tildelt stipend finner sted under årsmøtet for NGF, i NGF-Nytt og på NGF sin hjemmeside..

§ 7

Disse vedtektene kan endres etter godkjenning fra Schering-Plough.



Forskningsstipend innen Hepatitt C 2008-20012

Schering-Ploughs forskningsfond
til minne om Finn Grasmo

STATUTTER

§ 1

Fondet stilles til disposisjon av Schering-Plough til minne om Finn Grasmo, og stipendet deles ut årlig fra fondet.

Stipendiet utgjør NOK 30.000 som fordeles på en eller flere søkere.

§ 2

Norsk Gastroenterologisk Forening (NGF) foretar utlysning og tildeling av stipendet. Komiteen skal bestå av spesialister innen gastroenterologi og infeksjonsmedisin. Komiteens beslutning kan ikke påankes.

§ 3

Stipendet er tiltenkt personer som utfører en spesiell innsats innenfor feltet hepatitt C og som søker midler til forskning eller utdanning innen feltet.

Stipendet kan tildeles forskere, klinikere eller spesialsykepleiere med betydelig arbeid innen hepatitt C-omsorgen.

Skriftlig søknad med beskrivelse av hvordan stipendmidlene skal brukes sendes på fastsatt skjema (lastes ned på NGF's hjemmeside) til NGF's kasserer innen 1/11-2007.

§ 4

Stipendet til minne om Finn Grasmo skal deles ut på NGF's Vintermøte samt kunngjøres i NGF-Nytt, på NGF sin hjemmeside og i Pest-posten. Schering-Plough AS skal nevnes som bidragsyter i kunngjøringen.

§ 5

En skriftlig redegjørelse hvordan prismetlene er benyttet skal sendes stipendkomitéen og Schering-Plough innen et år.

§ 6

Vedtektene vil være gjenstand for revisjon etter 5 år.

Med vennlig hilsen

Frode Hellesnes, Administrerende direktør
Schering-Plough AS

Bjørn Moum, Leder
Norsk Gastroenterologisk Forening

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.



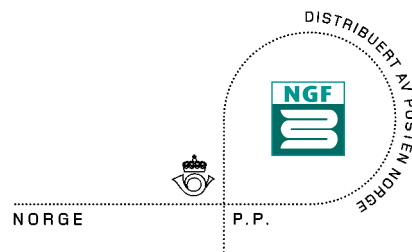
**SOLVAY
PHARMA**

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

A PRIORITERT
PRIORITAIRE

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

Norsk Gastroenterologisk Forening
v/Thomas de Lange
Sykehuset Asker og Bærum
Postboks 83
1309 Rud



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