



NGF-nytt

Årgang 15

Informasjon fra Norsk Gastroenterologisk Forening

Nr. 1 - april 2008

TEMA:

Endoskopisk behandling av gastrointestinalblødning

side 7

Vintermøtet på
Hafjell 2008
side 17

Norsk ERCP-register
– Kvalitetsindikatorer
side 29

IBD8-symposium
i Marbella
side 32



KLARER DU Å GJEMME DEG BAK DENNE ER DU GOD

FOR HVA SKAL EN STAKKAR GJØRE NÅR HAN MÅ PÅ DO?



DETTE ER DESSVERRE EN SITUASJON SOM PASIENTER MED ULCERØS KOLITT KJENNER SÅ ALTFOR GODT.

Den panikkartede følelsen av å måtte på do – NÅ, vil for mange føre til redusert livskvalitet. Man blir heller rett og slett hjemme enn å for eksempel oppleve fjellet i høstdrakt.

Med Colazid® kan denne usikkerheten dempes og kontrollen gjenvinnes:

- Colazid® (balsalazide) er en effektiv og sikker terapi til pasienter med mild til moderat ulcerøs kolitt.¹
- Forbedring av symptomene forekommer signifikant raskere enn med mesalazin.¹
- Like effektivt som Asacol i vedlikeholdsbehandling over 12 måneder.²
- Hindrer tilbakefall av symptomer mer effektivt enn Asacol de 3 første måneder.²

Colazid® – virker der det skal!

1. Ronald Pruitt, M.D. et al; The American Journal of Gastroenterology, 2002; 12:3078-84.
2. Jonathan Green et al; Aliment Pharmacol Ther 1998; 12:1207-1216.

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

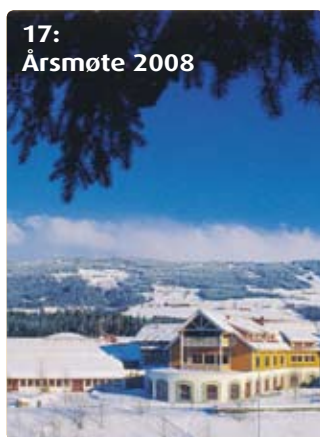
Webmaster:

Esben Riise

NGF's hjemmeside:
www.legeforeingen.no/gastro



7:
Tema:
Blødende Ulcus



17:
Årsmøte 2008



32:
IBD8-symposium
i Marbella

4 Redaktørens spalte

4 Leder

Tema: Endoskopisk behandling av gastrointestinalblødning

7 Innledning: SADE-kurset 2008

9 Behandling af blødende gastroduodenalt petisk ulcus

14 Endoskopisk behandling av gastrointestinale blødninger

15 Forebyggelse af gentagen blødning

Vintermøte på Hafjell 2008

17 Rapport fra Årsmøtet

21 Gastroenter Ullevål Universitetssykehus

22 Referat fra generalforsamling i NGF

23 Årsmøte-priser for beste abstrakt

24 Årsrapport fra NGF-styret

Nytt fra fagmiljøene

29 Norsk ERCP-register – Kvalitetsindikatorer

32 IBD8-symposium i Marbella

33 Nye doktorgrader

Stipender og kurs

35 Invitasjon til div. konferanser, seminarer og kurs



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:

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

2. Annonseformat:	Bredde	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 2008

	Materiellfrist	Utgivelse
Nr. 2/2008	1. juni	20. juni
Nr. 3/2008	1. september	20. september
Nr. 4/2008	1. desember	20. desember

Design, produksjon og annonsesalg:

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

Helsevesenets omstillingsprosess



Thomas de Lange
Redaktør

Det stilles stadig høyere faglige krav og utfordringer. Tiden da man ikke ønsket å granske aktiviteten med argusøyne, er definitivt over.

Mange av prosedyrene i gastroenterologi er teknisk vanskelige og det kreves ofte at de utføres hyppig for at man skal kunne opprettholde god kvalitet. Antallet prosedyrer er få, og det er en utfordring å få de til å utføres av rutinerterte leger. ERCP er jo kroneksempel på det. Behandling av akutte blødninger er et annet. For å kunne utføre dette, kreves det at man som lege og assisterende sykepleier behersker flere hemostatiske teknikker, injeksjonsbehandling, termiske metoder, klipsing strikkligering etc. Det er ikke lett å opprettholde kompetanse på alle disse teknikkene hvis man kun utfører et fåtall prosedyrer pr. år.

Legens og assistentens håndlag vil selvfølgelig også påvirke behandlingsresultatet.

Mye av denne tenkningen kommer tydelig frem i den hyperaktuelle hovedstatsprosessen der man i prinsipp i løpet av 6 mnd. skal omorganisere helse Sør-Øst med 2,6 mill innbyggere.

Rundt sentrale Oslo tenker man seg 3 sykehusområder med 400-500.000 pasienter i hvert område. Ett sykehusområde kan bestå av fra ett til 4-5 sykehus. Hvordan skal oppgavene fordeles mellom disse? Kan løsningene rundt Oslo brukes andre steder i landet?

Mange andre spørsmål har også blitt reist i forbindelse med dette:

I hvilken grad skal det være en funksjonsfordeling? Hvordan skal den være? Hvor mange prosedyrer må et senter gjøre, for at de skal ha en tilfredstillende kvalitet på arbeidet sitt? Kan man tenke seg et mer utstrakt vakt-samarbeid mellom forskjellige sykehus der avstandene kan varierer mellom 1 – 60 km mellom sykehusene.

Skal legene forflytte seg, eller er det pasienten man må flytte på?

Vil det faktisk at visse undersøkelser ikke er tilgjengelige på ett sted forsinke behandlingen av noen pasienter og forverre deres prognose?

Foreløpig er spørsmålene flere enn svarene...

Experience the power of simplicity – experience a new enteroscopy approach

The Single Balloon Enteroscope System simplifies the procedure, offers high-resolution images and provides a high degree of compatibility. The operator only needs to manipulate one single balloon, thereby reducing set-up and examination times. The new enteroscope SIF-Q180 features a high-resolution CCD and in combination with the EVIS EXERA II imaging platform it even supports the revolutionary light-filtering technology NBI. Experience a new approach to enteroscopy – experience the new Single Balloon Enteroscope System.

Find out more at: www.olympus-europa.com



EVIS
EXERA II
Redefine
Endoscopy

EnteroPro



OLYMPUS

Your Vision, Our Future

Takk til alle deltakere på årsmøtet

Med stort fremmøte i alle sesjoner og entusiasme bidro dere alle til et godt faglig og sosialt vellykket møte. Et stort antall gode arbeider ble presentert og gjorde dette årsmøtet til noe av det bedre jeg har deltatt på.

Generalforsamlingen foregikk på en eksemplarisk måte, godt ledet av Arild Nesbakken.

Fredagens frokostmøte var nyttig og informativt, med mange fremmøtte på et tidlig tidspunkt etter et hyggelig sosialt samvær kvelden før med gastropersonellforeningen. Med generalforsamlingens ønske om å arrangere neste årsmøte på Lillehammer, er vi allerede i gang med planleggingen av dette. Fokus er nok engang flyttet til nye organiseringer

Fokus for mange av oss i NGF, så vel som NFGK, er siden årsmøtet flyttet til den mye omtalte omorganiseringen innen Helse "Størst". Dette prosjektet som skal gjennomføres i rekordfart, vil innebære betydelige endringer i organisering, daglige rutiner og arbeidsinnhold for langt flere enn de involverte på sør-østlandet. Konsekvensene vil kunne bli tilsvarende omstilling og organisering for andre helseregioner og foretak.

Hva som er interessant i den forbindelsen er hvor ideen om organisering tas fra. Referansene er en tilsvarende prosess innført i Stockholm som så langt er blitt bedømt som mer eller mindre mislykket. En tilsvarende organisering startet i København for kort tid siden, og uten noen evaluering så

langt, er også gjenstand for særlig interesse.

Planprosessen som skal medføre færre og større enheter med akuttfunksjoner og tilsvarende omgjøring, flytting eller nedleggelse av mindre enheter skal være sluttført i løpet av oktober. Representasjon fra fagpersonell er bredt sammensatt, men vi spør oss om de overordnede avgjørelser allerede er tatt og vi mer kan bli gisler i prosessen. Et faktum er det i hvert fall; gastromedisinere og gastrokirurger bør være skjønt enige om at vårt fagområde er noe av det viktigste å få organisert tverrfaglig. Spesielt viktig vil det være at vi i diskusjonen nå står sammen om felles forslag til organisering. I tråd med diskusjonen under årets Torsdagssymposium bør vi innse at vi har en felles plattform som binder oss nærmere en organ-organisering enn den tilknytning fagområdet medisin og kirurgi alene kan representere. Når vi ser den tid og de ressurser på utredning og behandling av cancere, blir også samarbeidet mot onkologien svært sentralt.

Denne akselen vil bli særlig viktig i fremtidig organisering, noe som bør gjenspeiles i våre planer og visjoner om en felles plattform å arbeide på. Jeg tror at fagpersoner ikke behøve å krisemaksimere eller spissformulere seg. Med sakelighet og faglig tyngde i argumentasjonen, vil vi kunne komme svært langt i arbeidet mot våre visjoner. Å vise våre administrative ledere nasjonalt, i helseregioner og helseforetak at fagpersonell står samlet og er faglig enige, vil ha svært stor gjennomslagskraft.



Bjørn Moum
Leder NGF

Endoskopisk og laparoskopisk utstyr og instrumentering



Endotech AS,
Postboks 1502 Vika, 0117 Oslo
Besøksadresse: Arctandersgt. 1

Tlf: 23 30 49 20 Fax 23 30 49 21
E-post: endotech@endotech.no
www.endotech.no



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 inneholder: Mesalazin 500 mg, povidon, etylcellulose, magnesiumstearat, talkum, mikrokrySTALLINSK cellulose.
T **REKTALVÆSKE, suspensjon 1 g: Pentasa:** 100 ml inneholder: 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 inneholder: Mesalazin 1 g, magnesiumstearat, talkum, povidon, makrogol 6000.

T **DEPOTGRANULAT 1 g: Pentasa Sachet:** Hver dosepose inneholder: 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. **Hypypige (>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 bilirubinivåer, 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. **Rektalvæske:** frigjør virkestoff i distale deler av tarmen, til og med colon descendens. **Stikkpillene** frigjør virkestoff 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



SADE-kurset 2008

Tekst: Thomas de Lange

Det 25. SADE kurset ble avholdt i København 24. og 25. januar 2008. Kurset har blitt en institusjon og tar opp sentrale emner innen avansert gastrointestinal endoskopi. Det er et viktig møtested for både leger og sykepleiere som er interessert i endoskopi. Kurset hadde i år rekordstor deltagelse. 297 personer deltok på den teoretiske delen.

Kurset hadde som vanlig også en praktisk del der kursdeltagerne hadde mulighet til å hospitere ved et gastrolab enten i eget land eller i et av de andre skandinaviske landene.

Temaet for årets møte var gastrointestinal blødning. Man hadde valgt å lage felles program for leger og sykepleiere. Det ble gitt en grundig gjennomgang i hvordan man skal ta hånd om pasienten og hvordan man skal behandle forskjellige typer blødninger. Det ble utgitt et temahefte i forbindelse med kurset. Der ble det gitt en god oversikt over hvordan blødninger skal behandles. NGF-nytt har fått tillatelse til å utgi en noe forkortet versjon av det mest sentrale innholdet i heftet som vi presenterer i dette nummeret av NGF-Nytt.

Det Nationale Indikatorprosjekt (NIP):

Det er viktig at man har et konkret mål for hva som er god medisinsk behandling og hva som bør være behandlingsmålet for alvorlige sykdommer. Med bakgrunn i dette ble NIP etablert i Danmark i 1999 som et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom mange aktører; amtene (fylkene), H:S, Amtsrådsforeningen, Den Almindelige Danske Lægeforening (DADL), Dansk Medicinsk Selskab (DMS), Dansk Sygeplejeråd (DSR), De faglige sammenslutninger på sygeplejeområdet, Danske Fysioterapeuter mv., Ergoterapeutforeningen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

NIP utvikler, prøver ut og implementerer indikatorer og standarder for å bedre kvaliteten på helsevesenets kjerneytelser. Standarder og indikatorer er beregnet både til internt bruk i den enkelte institusjon med henblikk på fortløpende kvalitetsutvikling, understøtte



Ulcus duodeni

av rasjonell dialog mellom fagmiljø og ledelse samt til formidling av ekstern informasjon om kvaliteten på helsetjenestene.

NIP dekker åtte sykdomsområder: akutte mage-tarm lidelser, slag, diabetes, hjertesvikt, hoftenære frakturer, KOLS, luncancer og schizofreni. Standarder og indikatorer er evidensbaserte og er diagnose- og sykdomsspesifikke.

Innenfor fordøyelsessykdommer og gastroenterologisk kirurgi er det valgt ut tre områder

(Se figurer).

- Akutt øvre gastrointestinal blødning
- Akutt perforert ulcus
- Akutt colon eller rektum perforasjon:

Målene er ambisiøse og vil nok hvis de oppfylles gi god behandlingskvalitet. Spørsmålet er om disse indikatorene og målene er direkte overførbare til Norge. Hvis de er det; hvordan skal man da oppnå dem og finns det forutsetninger for at de skal kunne oppfylles over det ganske land? Svaret på det siste spørsmålet blir trolig nei. Det vil bli ekstremt vanskelig å ha en ►

Indikatorområde		Indikator	Type	Standard	Tidsramme	Datakilde
Prioritert endoskopi	Akutt endoskopi, Sirkulatorisk påvirket (BT < 100, puls > 100)	Andel av pasienter, som gastroskoperes innen 3 timer	Prosess	Minst 95% av pasientene gastroskoperes innen 3 timer	Første innleggelsesdøgn	Skoper
	Diagnostisk endoskopi Risikopasient (alder > 60 år, komorbiditet, Hb < 6)	Andel av pasientene, som gastroskoperes innen 18 timer		Minst 80% av pasientene gastroskoperes innen 18 timer		
	Planlagt endoskopi Øvrige akutte	Andel av pasienter, med gastroskopi planlagt innen 48 timer		Minst 80% av pasientene gastroskoperes planlagt innen 48 timer		

Indikatorsett - Akutt øvre gastrointestinal blødning

Tema: Endoskopisk behandling av gastrointestinalblødning



Indikatorområde	Indikator	Type	Standard	Tidsramme	Datakilde
operasjonsplanlegging Rasjonell diagnostikk Prioritert operasjonskapasitet	A. Andel av pasienter operert for 24 timers symptomvarighet B. Andel av pasienter operert innen 6 timer fra indikasjon er stilt	prosess prosess	A. minst 50% av pasienter skal opereres innen 24 timer fra symptomdebut. B. minst 90% av pasienter skal opereres innen 6 timer fra operasjonsindikasjon er stilt.	Registreres innen 24 timer etter innleggelsen	Operater
Antibiotikabe-handling	Andel pasienter, der får seponert antibiotika senest 3. postop. dag	resultat	minst 95% av pasientene skal ha fått seponert antibiotika senest 72 timer etter operasjon	Ved utskrivning	utskrivende lege
Mortalitet	Andel pasienter som dør innen 30 dager	resultat	30 dages mortalitet skal være mindre enn 10%	Registreres 30 dager etter operasjon	Register CPR
Ikke planlagt reoperasjon	Andel av pasienter med ikke-planlagt reoperasjon, eller perkutan abscessdrainasje	resultat	Mindre enn 10% av pasientene reopereres ikke-planlagt eller får levett perkutan abscessdrainasje	Ved utskrivning	utskrivende lege
Medisinsk ulcusbehandling	Andel av pasienter med medisinsk ulcusbehandling etter kirurgisk over-syng med omentpatch	prosess	> 95% av pasientene skal ha fått iverksatt ulcusbehandling i løpet av innleggelsen	Ved utskrivning	utskrivende lege

landsdekkende 24 timers endoskopiberedskap. Denne beredskapen kan sannsynligvis kun opprettholdes i områder der det bor minst 200-300.000 personer. Dette vil i praksis måtte bety en betydelig sentralisering av akuttberedskapen og med en dertil betydelig forbedring av infrastrukturen slik at pasientene kan transporteres direkte til et større sentra. Hvordan skal vi løse dette slik at en stor majoritet av norske pasienter skal ha tilgang til høy kvalitativ behandling?

Det er mange spørsmål, men få åpenbare svar. Jeg håper denne problemstillingen kan lede til en debatt i fagmiljøet. ■

Indikatorsett II - Akutt gastrointestinal blødning

Indikatorområde	Indikator	Type	Standard	Tidsramme	Datakilde
Terapeutisk ennoskopi	Andel av pasientene, der det oppnås ennoskopisk primær hemostase	Prosess	Hos minst 90% av pasientene skal primær ennoskopisk hemostase oppnås	Første innleggesdøgn	Skoper
Medisinsk ulcusbehandling	Andel av ulcuspasienter med iverksatt medisinsk ulcusbehandling før utskrivelse	Prosess	Minst 95% av ulcuspasientene skal ha fått ulcusbehandling i løpet av innleggelsen	Ved utskrivning	utskrivende lege
Reblødning etter primær behandling	Andel av pasienter med reblødning de første 72 timene	Resultat	Mindre enn 5% av pasientene får reblødning	Ved utskrivning	utskrivende lege
ennoskopisk behandling av reblødning	Andel av pasienter med reblødning, som behandles ennoskopisk	Prosess	Hos minst 75% av pasientene skal ennoskopisk hemostase oppnås	Ved utskrivning	utskrivende lege
Kirurgisk beh. av primærblødning eller reblødning	Andel av pasienter, der opereres	Prosess	Mindre enn 10% av pasientene opereres	Ved utskrivning	utskrivende lege
Mortalitet	Andel pasienter som dør de første 30 dagene	Resultat	30 dages mortalitet skal være mindre enn 10%	Registreres 30 dager etter innleggesdato	Register

Indikatorsett ved perforert ulcus

Indikatorområde	Indikator	Type	Standard	Tidsramme	Datakilde
Ikke planlagt reoperasjon	Andel av pasienter med ikke-planlagt reoperasjon, eller perkutan abscessdrainasje	resultat	Mindre enn 20% reopereres ikke-planlagt eller får utført perkutan abscessdrainasje	Ved utskrivning	utskrivende lege
Epidural smertebehandling	Andel av pasienter med epidural kateter anlagt senest 1. post-OP døgn	prosess	Mer enn 60% av pasientene skal hav et epidural kateter	Ved utskrivning	utskrivende lege
Enteral ernæring 1.postoperative dag	Andel pasienter, som får 75% av energibehovet dekket 1. postop. døgn	prosess	Mindre enn 50% av pasientene skal ha fått 75% av energibehov dekket 1. postop. døgn	Registreres innen 48 timer	Sykepleier
Stomi-komplikasjoner	Andel av pasienter med en ukomplisert stomi ved utskrivning eller 10. postoperative dag	resultat	minst 65% av pasientene skal ha en ukomplisert stomi	Ved utskrivning	Sykepleier

Indikatorsett ved kolorektalperforasjon



Behandling af blødende gastroduodenalt peptisk ulcus

Tekst: Professor, overlæge, dr.med., Ove B. Schaffalitsky de Muckadell Medicinsk gastroenterologisk afd. Odense universitets hospital og overlege Sven Adamsen Gastroenheden, Herlev Hospital

Resumé

I en ny dansk opgørelse blev 1700 patienter (31/100.000) behandlet årligt for blødende ulcus. 20% reblødte, 8% opereredes, og 11% døde. Sår med blødning, synligt kar eller fastsiddende koagel (Forrest klasse Ia-IIb) behandles med kombinations- eller termometode, monoterapi med injektion er utilstrækkeligt. Adjuvant sekretionshæmning reducerer reblødningsraten og behov for kirurgi, men ikke mortalitet. Effekt af tranexamsyre er usikker. Helicobacter skal diagnosticeres og eradikeres. Rutinemæssig second look er ikke kost-effektivt. Behandling i særlige enheder reducerer muligvis mortaliteten.

Formålet med denne oversigt er at resumere de nyere arbejder om behandling af blødende ulcus, med vægt på randomiserede undersøgelser. Artiklerne er identificeret ved søgning i Pubmed, Embase og Cochrane databaserne, og ved gennemgang af abstraktsamlingerne fra United European Gastroenterology Week og Digestive Disease Week 1996-2006. Randomiserede undersøgelser og metaanalyser er prioriteret.

Epidemiologi

I Danmark var der i 2003 6.131 indlæggelser på offentlige sygehuse med hoved- eller bidiagnose ulcus i mavesæk eller tolvfingertarm, og 6.288 ambulante besøg. Ved 3.059 indlæggelser var udskrivningsdiagnosen blødende ulcus, svarende til 71/100.000 indbyggere >16 år. I et registerstudie med validering af diagnosekoderne (93% var rigtige) fra Fyns Amt var incidensen 56/100.000 i perioden 1993-2002 [1].

Behandlingsresultater og prognose

I Danmark var reblødningsraten i 2003-2005 21%, 8% opereredes, og 30 dages mortaliteten var 11% [2]. Hyppigheden af kirurgi er i andre større serier 12-24%. I den første større danske undersøgelse 5 år efter introduktionen af endoskopisk behandling fandt Wara i 1985 at i alt 34% måtte opereres [3]. Disse var kredsløbsinstabile primært, og man opnåede som noget nyt således at operation kunne undgås hos 2/3. Den gradvise reduktion i operationssraten de følgende 20 år skyldes formentlig forbedrede behandlingsprincipper og bedre udrustning, og en efterhånden konsekvent anvendelse af den evidensbaserede aktive endoskopiske behandling ved reblødning i stedet for at operere umiddelbart. Ved reblødning opnåedes i 2003-2005 endoskopisk hæmostase hos 75%, men 30-dages mortaliteten var signifikant højere i gruppen der reblødte (21%) [4].

Hvis der opstår blødning under indlæggelse af anden årsag, er mortaliteten højere end når indlæggelsesårsagen er gastrointestinal blødning (33% vs. 10-12% i en engelsk undersøgelse af 4185 forløb [5])

Modtagelse og risikovurdering

Ved ankomsten skal kredsløbsinstabile patienter resusciteres og stabiliseres med volumensubstitution hurtigst muligt, hvilket reducerer hyppigheden af myokardieinfarkt og død.

En initial risikovurdering vha. et valideret score-system er vigtig, så de 20% der vil fortsætte med at bløde kan identificeres og allokeres til semiintensiv eller intensiv observation og behandling. Det bedste validerede risikoscoringsystem er udviklet af Rockall et al. på baggrund af en omfattende prospektiv undersøgelse i Storbritannien [6]. Risiko for reblødning og død beregnes [6] ud fra alder, shock, co-morbiditet og endoskopiske fund (blod i ventriklen og/eller ulcus type Forrest Ia – IIb) (Tabel 1-3).

Endoskopisk diagnostik og behandling

Ved blødning på grund af ulcus i ventrikel eller duodenum er endoskopi effektivt og afgørende for såvel diagnostik, risikostratifikation, blødningsstandsning og for behandling af reblødning.

Fremskyndet endoskopi ved blodigt aspirat støttes af at en randomiseret undersøgelse har vist at endoskopi inden 12 timer reducerer transfusionsbehov og indlæggelsesvarighed signifikant [7].

I NIP anbefales prioritering efter patientens tilstand: kredsløbspåvirkede (systolisk BT<100 mm Hg og p>100/minut) bør endoskoperes inden 3 timer, stabile med risikofaktorer (>60 år eller Hgb<6.0 mmol/l eller malign sygdom, AIDS, diabetes, hjertesygdom, kronisk obstruktiv lungesygdom eller levercirrose) inden 24 timer, og stabile uden risikofaktorer inden 48 timer (se www.nip.dk).

Ophævelse af svælgreflekserne kan medføre risiko for opkastning og aspiration under endoskopien [8]. Lungeinfiltrater der kan tilskrives aspiration under endoskopi forekommer imidlertid hos op mod halvdelen uafhængigt af om patienten har været intuberet, hvorfor selektiv anvendelse af intubation tilrådes [8].

Endoskopisk diagnostik

Overblikket lettes væsentligt ved lejring på venstre side med hovedet lavt. 250 mg erytromycin i.v. 20-90 minutter før endoskopien medfører bedre overblik og hurtigere procedure da koagler og blod tømmes fra ventriklen [9].

Hvis der ved gastroskopi ses blod, men ingen blødningskilde, bør blod i fundus suges op. Ses fortsat ingen blødningskilde kan gentagen gastroskopi oftest identificere en primært overset årsag. Prognosen er dårligere hvis et initialt overset ulcus er årsag til blødningen [10].

Endoskopisk terapi

Der klassificeres og behandles efter de endoskopiske tegn i henhold til Forrest [11] (Tabel 2). Pga. reblødningshyppighederne behandles endo- ▶

Endoskopiens begrænsninger

- Stort ulcus > 2 cm
- Stort ulcus duodeni, bakre vegg
- Ulcus ventriculi høyt på minorsiden
- Mukosalesjoner – koagulopati
- Massive blødninger (tumor)



skopisk ved Forrest's typer Ia (sprøjtende blødning), Ib (sivende blødning), IIa (synligt kar) og IIb (fastsiddende koagel).

Et koagel i ulcus fjernes ved skylning, hvorefter ulcus reklassificeres iht. Forrest mhp. behandlingsindikation. Et koagel der ikke fjernes med kraftig skylning kan fjernes mekanisk. Et sådant koagel strækker sig fra karlumen gennem erosionen i karvæggen op i ulcus [12]. Før fjernelse injiceres derfor adrenalinsaltvand (1 ml adrenalin 1 mg/ml opløst i 9 ml isot. NaCl) ved basis eller nær den stilk-lignende tilhæftning til ulcus, hvorefter det fjernes med kold slynge 3-4 mm over ulcusbunden. En meta-analyse af seks randomiserede undersøgelser med 240 patienter viste at koagelfjernelse og behandling sammenlignet med konservativ behandling ved fastsiddende koagel reducerer re-blødningshyppigheden signifikant fra 25% til 8% (number needed to treat (NNT): 6) [13]. Der var også lavere hyppighed af kirurgi, men når man kun inkluderede undersøgelser publiceret i peer reviewed tidsskrifter var denne forskel ikke signifikant [13].

Kombination af injektion og en termisk metode er signifikant bedre end monoterapi med injektion af adrenalinsaltvand idet hyppigheden af reblødning, kirurgi og mortaliteten næsten halveres [14].

Gentagne injektioner af fibrinlæber er mere effektivt end en enkelt injektionsbehandling med aethoxysclerol [15], og tillæg af humant trombin til adrenalinsaltvand er mere effektivt end adrenalinsaltvand alene [16]. Højt injektions volumen (op til 35-45 ml) er mere effektivt end lavt [17], men un-

dersøgelser om volumens betydning har kun anvendt injektion som monoterapi.

Randomiserede undersøgelser har vist at de termiske metoder bipolar koagulation [18], varmesonde (heaterprobe) [19] og argon plasma koagulation [20] er effektive og ligeværdige på trods af at sidstnævnte pga manglende kompression næppe medfører koaktiv koagulation. Laser er også effektivt, men benyttes ikke mere.

Bipolar koagulation er mest effektiv når der anvendes kraftigt kateter (3.2 mm) frem for et tyndere, når afstanden til ulcus er kort (ca. 3 cm), og når man anvender lav effekt (10-25 watt) i impulser på 10 sekunder ad gangen [21].

Klips er fundet ligeværdigt med kombination af

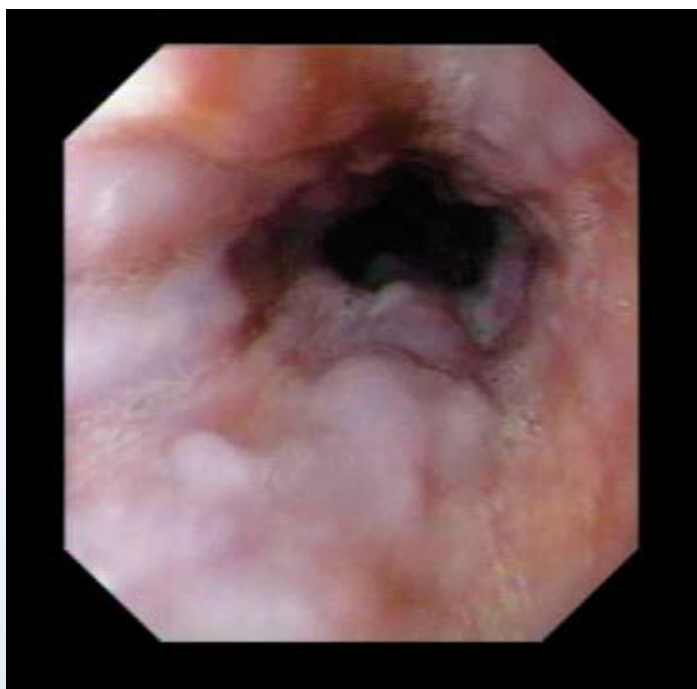
adrenalinsaltvand og bipolar koagulation, men hos 42% af de patienter man klipsbehandlede registreres en eller flere mislykkede affyringer [22]. Klipsbehandling er også effektivt i kombination med injektionsbehandling.

Endoskopisk sutur har i dyremodeller vist sig effektiv til underbinding af blødende kar på 2 mm [23], men er endnu ikke afprøvet på mennesker.

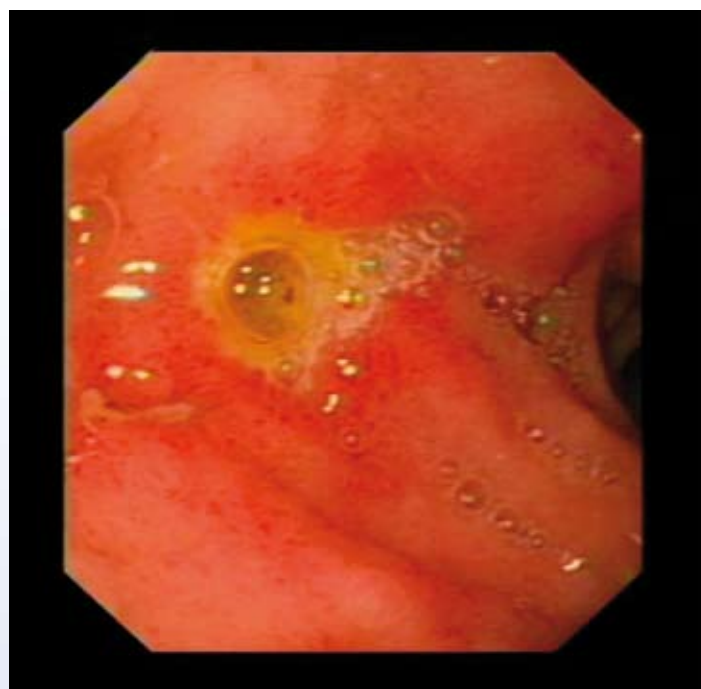
Lokale komplikationer til endoskopisk behandling er sjældne (ca 1%), og inkluderer nekrose og perforation samt skader på galdeveje [24] ved anvendelse af scleroserende middel eller perforation med koagulationskateter ved anvendelse af høj effekt og/eller hårdt tryk mod ulcusbunden, men påvirker ikke totalsultatet mht reblødning og død [14]. Risiko

Tabel 1: Forrest's klassifikation [11], samt prævalens og reblødningshyppighed med spændvidde [40]

Forrest	Tegn (stigma)	Prævalens	Reblødning
I a / I b	Sprøjtende (a) / sivende (b) blødning	18% (4-26%)	55% (17-100%)
II a	Synligt kar	17% (4-35%)	43% (0-81%)
II b	Fastsiddende koagel	17% (0-49%)	22% (14-36%)
II c	Sort prik (<i>flat spot</i>)	20% (0-42%)	10% (0-13%)
III	Fibrinbelagt sår (<i>clean base</i>)	42% (19-52%)	5% (0-10%)



Protruerende øsgus varicer



Ulcus duodeni (synlig kar?)



øges ved gentagen behandling. Det maksimale tryk der kan appliceres via kateteret er 130 g [21].

Farmakologisk behandling Tranexamsyre

En ældre metaanalyse af seks dobbelt-blindede randomiserede undersøgelser af behandling af øvre gastrointestinal blødning med fibrinolysehæmmeren tranexamsyre med i alt 1267 patienter viste 16% reduktion i reblødningsraten og 25% i mortaliteten [25]. Undersøgelserne inkluderede imidlertid blødning fra erosioner i ventriklen (i 4-23%), studierne var heterogene, og endoskopisk behandling anvendtes ikke.

Syresekretionshæmning

Ved pH<6 fremmes pepsinets opløsning af koagler, og trombocyttaggregationen hæmmes. For at opnå pH>4-6 skal omeprazol eller pantoprazol doseres intravenøst i bolus 80 mg efterfulgt af kontinuerlig infusion med 8 mg/time [26,27]. Dette benævnes højdosis PPI.

Et Cochrane review omfattende 2915 patienter fandt at højdosis i.v. PPI reducerer både reblødning (43%, NNT=12) og kirurgi (35%, NNT=20), men ikke mortalitet [28]. Resultaterne var uændrede i en opdateret udvidet analyse omfattende 4373 patienter (reblødning NNT=13, kirurgi=35) [29]. En anden meta-analyse [30] omfattende 1855 patienter fandt at højdosis i.v. PPI reducerer reblødning, kirurgi og mortalitet med henholdsvis 15%, 5% og 3%, men er inkonsistent derved at lavdosis synes mere effektivt

end højdosis PPI. De samme forfattere har i et literaturstudie fundet reblødningsrater på 6%, 12% og 27% efter i.v. PPI, oral PPI og placebo [31].

I Canada var prisen for i.v. højdosis PPI behandling i tre døgn USD 240, mens omkostningerne hvis der opstod reblødning øgedes fra 7993 til 11802 USD [31]. Denne økonomiske analyse er ikke bekræftet i "head to head" prospektive undersøgelser, men en ekspertgruppe har på basis af foreliggende data anbefalet adjuverende højdosis i.v. PPI til patienter der behandles endoskopisk for blødende ulcus [32].

Skal PPI infusion startes før endoskopi? I en randomiseret dobbeltblind placebokontrolleret undersøgelse hvor 369 patienter randomiseredes til højdosis PPI eller placebo fandtes 220 under den efterfølgende endoskopi at have blødende ulcus. Signifikant færre i PPI gruppen havde tegn på nylig blødning, men outcome var uændret (operationshyppighederne var 1% (PPI) og 4% (placebo) (p=0.15)) [33]. Der er således ikke i den foreliggende undersøgelse belæg for umiddelbar anvendelse af højdosis PPI.

Eradikationsbehandling

Helicobacter positive skal eradikationsbehandles da hyppigheden af senere blødning derved reduceres signifikant [34]. Der tages under primær endoskopi biopsier dels til ureasetest dels med henblik supplerende histologisk undersøgelse såfremt ureasetesten er negativ. En negativ ureasetest kan ligeledes suppleres med en breath test selv om man må påregne falsk negative resultater som følge af

syrehæmmende behandling. Efter verificeret eradikation er der – med mindre patienten er i behandling med acetylsalicylsyre eller NSAID - ikke indikation for fortsat antisekretorisk behandling [34]. I øjeblikket eradikationsbehandles 95% af patienterne (www.nip.dk), hvilket formentlig er for mange. En mulig risiko er at rutinemæssig eradikationsbehandling kan føre til underbehandling såfremt ikke alle også får 4 ugers behandling med PPI efter blødningsepisoden.

Reblødning

Ved tegn på ny blødning efter primær endoskopisk hæmostase bør endoskopisk behandling forsøges igen, da endoskopisk behandling af reblødningen reducerer kirurgiraten uden at øge mortaliteten, og er forbundet med en signifikant lavere komplikationsrate end operativ behandling [35]. Trods tekniske fremskridt og eradikationsbehandling har reblødningsraten været uændret igennem 20 år, med et nyt stort kanadisk materiale hvor raten er 14% som undtagelse [31]. Imidlertid er NSAID forbruget og hyppigheden af NSAID relaterede ulcera er steget i samme periode [1], og befolkningen er blevet ældre og har flere følgesygdomme, hvilket også øger risikoen for reblødning.

Transarteriel embolisering (TAE)

Endovaskulær behandling med selektiv angiografi og transarteriel embolisering af det blødende kar kan effektivt standse blødning fra gastroduodenale ulcera hos over 75% [36]. Re-embolisering må foretages hos 8-9%, og hyppigheden af komplikationer

Tabel 2: Risikoklassifikation iht. Rockall [6]. Opnåede point i hver kategori adderes, risiko for reblødning og død aflæses derefter i Tabel 3.

	0 point	1 point	2 point	3 point
Alder	<60	60-79	≥80	
Shock	Intet	Puls >100/min	Puls >100/min, sBT < 100 mm Hg	
Co-morbiditet	Ingen		Hjertesygdom Gastrointestinal cancer Anden betydelig comorbiditet	Nyresvigt Leversvigt Dissemineret malign sygdom
Diagnose	Mallory-Weiss	All andre diagnoser	Malign sygdom i øvre mavearmkanal	
Blødningstegn	Ingen Sort prik		Blod Fastsiddende koagel Synligt kar Sivende eller pulserende blødning	

Tabel 3: Rockall-score, risiko for reblødning og mortalitet [6]

Score	Antal	Reblødning (procent)	Mortalitet (procent)
0	144	5	0
1	281	3	0
2	337	5	2
3	444	11	3
4	528	14	5
5	455	24	11
6	312	33	17
7	267	44	27
≥8	190	42	41



(transient konservativt behandlet duodenal iskæmi, leverinfarkt og inguinalt hæmatom) angives til 0-5% [36]. Om TAE bør forbeholdes højrisikopatienter, eller tilbydes alle der ikke standses endoskopisk kan først afklares når der foreligger større undersøgelser.

Kirurgi

Ved kraftig primær eller reblødning hvor der ikke kan opnås endoskopisk overblik og/eller hæmostase er der indikation for operation. Der foretages transfiksation af det blødende kar, og der er kun sjældent behov for resektion.

Second look

Det har på baggrund af tidligere undersøgelser været foreslået at foretage second look endoskopi inden for få døgn efter den initiale endoskopiske procedure. En ny metaanalyse af seks randomiserede undersøgelser konkluderede imidlertid at rutinemæssig tidlig endoskopisk kontrol og behandling af alle ikke er nødvendig [37]. Det skyldes formentlig at de nye kombinerede behandlinger er så effektive at second look ikke længere påvirker resultaterne for blødningsgruppen som helhed [14]. Gentagen gastroskopi bør derfor forbeholdes udvalgte patienter.

Organisation

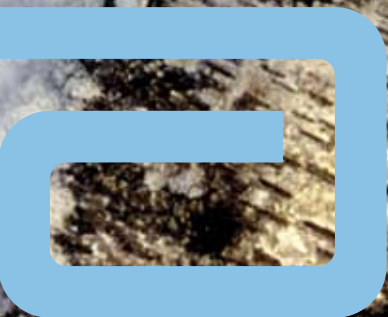
Der foreligger en enkelt stor undersøgelse fra Storbritannien, hvor incidensen af blødende ulcus er højere end i Danmark, der tyder på at mortaliteten falder når behandlingen varetages af et centraliseret og specialiseret øvre-blødnings-team [38].

Uddannelse

Behandling af aktiv blødning kan være teknisk krævende, så assistance fra erfaren kollega kan behøves. I uddannelsesfasen kan man med fordel benytte simulatorer, der såvel som computersimulatorer som i opstillinger med organblokke er realistiske, og som anvendt struktureret er effektive læremidler til såvel træning i endoskopisk hæmostase som til fuldskala simuleret behandling af patienten med øvre gastrointestinal blødning [39]. ■

Referanser

1. Lassen A, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadell OB. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993-2002: a population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:945-53.
2. Adamsen S, Bendix J, Kallehave F et al. Treatment of bleeding gastroduodenal ulcer. A national audit. *Gut* 2005;54 (Suppl VII):A219.
3. Wara P. Endoscopic electrocoagulation of major bleeding from peptic ulcer. *Acta Chir Scand* 1985;151:29-35.
4. Adamsen S, Nørgaard B, Bendix J et al. Rebleeding after endoscopic hemostasis for bleeding gastroduodenal ulcer: Risk factors and outcomes. A nationwide prospective study. *Gastrointest Endosc* 2006;63:AB147.
5. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB et al. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ* 1995;311:222-6.
6. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996;38:316-21.
7. Lin HJ, Wang K, Peng CL et al. Early or delayed endoscopy for patients with peptic ulcer bleeding. A prospective randomized study. *J Clin Gastroenterol* 1996;22:267-71.
8. Rudolph SJ, Landsverk BK, Freeman ML. Endotracheal intubation for airway protection during endoscopy for severe upper GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2003;57:58-61.
9. Frossard JL, Spahr L, Queneau PE et al. Erythromycin intravenous bolus infusion in acute upper gastrointestinal bleeding: a randomized, controlled, double-blind trial. *Gastroenterology* 2002;123:17-23.
10. Cheng CL, Lee CS, Liu NJ et al. Overlooked lesions at emergency endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2002;34:527-30.
11. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974;2:394-7.
12. Swain CP, Storey DW, Bown SG et al. Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers. *Gastroenterology* 1986;90:595-608.
13. Kahi CJ, Jensen DM, Sung JJ et al. Endoscopic therapy versus medical therapy for bleeding peptic ulcer with adherent clot: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2005;129:855-62.
14. Calvet X, Vergara M, Brullet E et al. Addition of a second endoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome in high-risk bleeding ulcers. *Gastroenterology* 2004;126:441-50.
15. Rutgeerts P, Rauws E, Wara P et al. Randomised trial of single and repeated fibrin glue compared with injection of polidocanol in treatment of bleeding peptic ulcer. *Lancet* 1997;350:692-6.
16. Kubba AK, Murphy W, Palmer KR. Endoscopic injection for bleeding peptic ulcer: a comparison of adrenaline alone with adrenaline plus human thrombin. *Gastroenterology* 1996;111:623-8.
17. Park CH, Lee SJ, Park JH et al. Optimal injection volume of epinephrine for endoscopic prevention of recurrent peptic ulcer bleeding. *Gastrointest Endosc* 2004;60:875-80.
18. Laine L. Multipolar electrocoagulation in the treatment of active upper gastrointestinal tract hemorrhage. A prospective controlled trial. *N Engl J Med* 1987;316:1613-7.
19. Fullarton GM, Bimie GG, Macdonald A et al. Controlled trial of heater probe treatment in bleeding peptic ulcers. *Br J Surg* 1989;76:541-4.
20. Havanond C, Havanond P. Argon plasma coagulation therapy for acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD003791.
21. Laine L. Determination of the optimal technique for bipolar electrocoagulation treatment. An experimental evaluation of the BICAP and Gold probes. *Gastroenterology* 1991;100:107-12.
22. Saltzman JR, Strate LL, Di Sena V et al. Prospective trial of endoscopic clips versus combination therapy in upper GI bleeding (PROTECCT--UGI bleeding). *Am J Gastroenterol* 2005;100:1503-8.
23. Hu B, Chung SC, Sun LC et al. Developing an animal model of massive ulcer bleeding for assessing endoscopic hemostatic devices. *Endoscopy* 2005;37:847-51.
24. Nymann T, Jess P. Occlusion of the distal common bile duct after endoscopic sclerotherapy of bleeding duodenal ulcer. *Eur J Surg* 1994;160:123-4.
25. Henry DA, O'Connell DL. Effects of fibrinolytic inhibitors on mortality from upper gastrointestinal haemorrhage. *BMJ* 1989;298:1142-6.
26. Kilarich S, Rannem T, Elsborg L. Effect of intravenous infusion of omeprazole and ranitidine on twenty-four-hour intragastric pH in patients with a history of duodenal ulcer. *Digestion* 1995;56:25-30.
27. van Rensburg CJ, Hartmann M, Thorpe A et al. Intragastric pH during continuous infusion with pantoprazole in patients with bleeding peptic ulcer. *Am J Gastroenterol* 2003;98:2635-41.
28. Leontiadis GI, McIntyre L, Sharma VK et al. Proton pump inhibitor treatment for acute peptic ulcer bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD002094.
29. Leontiadis GI, Sharma VK, Howden CW. Proton pump inhibitor treatment for acute peptic ulcer bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD002094.
30. Bardou M, Toubouti Y, Benhabrou-Brun D et al. Meta-analysis: proton-pump inhibition in high-risk patients with acute peptic ulcer bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:677-86.
31. Barkun AN, Herba K, Adam V et al. The cost-effectiveness of high-dose oral proton pump inhibition after endoscopy in the acute treatment of peptic ulcer bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20:195-202.
32. Barkun A, Fallone CA, Chiba N et al. A Canadian clinical practice algorithm for the management of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Can J Gastroenterol* 2004;18:605-9.
33. Lau JY, Leung WK, Wu CJ et al. Early administration of high-dose intravenous omeprazole prior to endoscopy in patients with upper gastrointestinal bleeding: a double blind placebo controlled randomized trial. *Gastroenterology* 2005;128:A35.
34. Dam A, Schaffalitzky de Muckadell OB. Eradikationsbehandling af *H. pylori* sammenlignet med antisekretorisk non-eradikationsbehandling som forebyggelse af blødning ved blødende mavesår. *Ugeskr Læger* 2005;167:497-9.
35. Lau JY, Sung JJ, Lam YH et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. *N Engl J Med* 1999;340:751-6.
36. Aina R, Oliva VL, Therasse E et al. Arterial embolotherapy for upper gastrointestinal hemorrhage: outcome assessment. *J Vasc Interv Radiol* 2001;12:195-200.
37. Romagnuolo J. Routine second look endoscopy: ineffective, costly and potentially misleading. *Can J Gastroenterol* 2004;18:401-4.
38. Sanders DS, Perry MJ, Jones SG et al. Effectiveness of an upper-gastrointestinal haemorrhage unit: a prospective analysis of 900 consecutive cases using the Rockall score as a method of risk standardisation. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:487-94.
39. Matthes K. Simulator training in endoscopic hemostasis. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2006;16:511-27.
40. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994;331:717-27.



Et nytt spor for dine Crohns-pasienter

**Anbefalt 1. valg
for Crohns sykdom.
LIS 2008**

HUMIRA
adalimumab

 **Abbott**
A Promise for Life

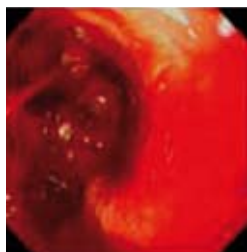


Endoskopisk behandling av gastrointestinale blødninger

Tekst: Seksjonsoverlege dr. med Truls Hauge, gastromedisinsk avdeling Ullevål universitetssykehus og overlege dr. med Palle Nordblad Schmidt, Gastroenheden Hvidovre Hospital

Endoskopisk behandling av GI blødninger er veletablert og har mange fordeler sammenliknet med kirurgi; kombinere med diagnostikk, mindre invasivt og kan utføres raskt. Samtidig har endoskopisk behandling også sine klare begrensninger. Like viktig som å beherske de ulike endoskopiske teknikker er det å vite når kirurgisk intervensjon er indisert. Et godt resultat avhenger i stor grad av den enkelte endoskopørs erfaring.

Ved ikke-varikøse øvre GI-blødninger har både Endo-Clip, injeksjonsbehandling og termiske metoder sin plass. En kombinasjon av metoder har vist seg fordelaktig ved ulcusblødning. Et godt behandlingsresultat forutsetter en grundig diagnostikk og et riktig valg av behandlingsmetode

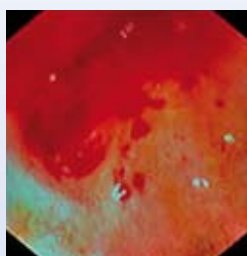


som både endoskopør og sykepleier må ha erfaring i å bruke, spesielt i en akutt situasjon.

1. Ikke-varikøse blødninger – termiske metoder

Argonplasma-koagulasjon (APC)

Elektrokoagulasjon med ionisert argongass. Denne monopolare elektrokoagulasjon innebærer at en neutral elektrode må festes på huden. Høyfrekvent strøm ioniserer argongassen som appliseres på vevet uten direkte kontakt (avstand fra 2-10 mm). Lysbuen som tennes mellom probespiss og vevsoverflate søker alltid korteste vei. Ved en tangentiell plassering av proben vil lyset gjøre en bue mot vevsoverflaten hvilket kan utnyttes i vanskelig tilgjengelige områder. Det finnes også prober med sidehull vilket kan gjøre det lettere å treffe tangentielle lesjoner. Metoden er enkel å anvende og har lav risiko for perforasjon (begrenset dybdeeffekt) sammenliknet med andre termiske metoder. APC er velegnet til behandling av diffuse blødninger over et større område, men også angiectasier i et område der tarmen er tynn (høyre colon). Gassen som blåses inn resorberes ikke og må derfor suges ut igjen. Spesielt i colon er det viktig at tarmen er godt tømt slik at risiko for eksplosjon kan reduseres så mye som mulig. De viktigste indikasjonene for



APC er; angiectasier, GAVE, tumorblødning, Mallory-Weiss lesjoner, Dieulafoy, stråleproktitt, blødning etter EMR, polypektomi, biopsi og peptiske ulcera med blødning.

Heater probe

Teknikken har vært anvendt i over 20 år til hemostase. Sonden gir effekt som en følge av kombinert kompresjon og koagulasjon. Metoden er effektiv, men medfører en større dybdeeffekt enn APC. Når omgivelsene er tørre blir koagulasjonen effektiv. Sonder med injeksjonsnål kan kombinere både termisk- og injeksjonsbehandling. Tykke sonder og langsom koagulasjon gir best resultat, som kan sammenliknes med injeksjonsbehandling og Endo-Clip. Det samme gjelder for en videreutvikling av multipolare sonder.

Bipolar elektrokoagulasjon

Metoden innebærer en direkte varmeeffekt i vevet, også her en følge av kompresjon og koagulasjon. Indikasjoner for denne type metoder skiller seg fra APC ved at de er bedre egnet ved en lokalisert ulcusblødning, mindre til behandling av diffuse blødninger, angiodysplasier og GAVE. De viktigste indikasjoner er blødende peptiske ulcera, Dieulafoy, Mallory-Weiss lesjoner, og tumorblødning (**fig 1**)

2. Ikke-varikøse blødninger – kemiske metoder

Adrenalins karkontraherende virkning udnyttes ved injeksjonsbehandling av ikke-varikøse blødninger i øvre som nedre GI kanal. Der anvendes adrenalin-saltvand 0,1 mg/ml. Opløsningen injiseres i volumina på 0,5-1,0 ml omkring blødningsstedet. Også injeksjonsbehandling med absolutt alkohol (1-2 ml i 0,1 ml-volumina) kan anvendes.

3. Ikke-varikøse blødninger – mekaniske metoder

Metallklips

Mekanisk hæmostase kan opnås med metallklips og ligaturer. Metallklips er kommersielt tilgjengelige i flere varianter med forskjellig antall, lengde og vinkling af kæberne. Nogle klips er rotérbare, andre kan genåbnes efter lukning og omplaceres, ifald primær hæmostase ikke opnås. Apparaturl til applicering af multiple klips uden at fjerne apparaturet fra instrumentkanalen er udviklet. Klips har været anvendt til behandling af blødninger i øvre og nedre GI kanal fra peptiske ulcera, Mallory-Weiss- og

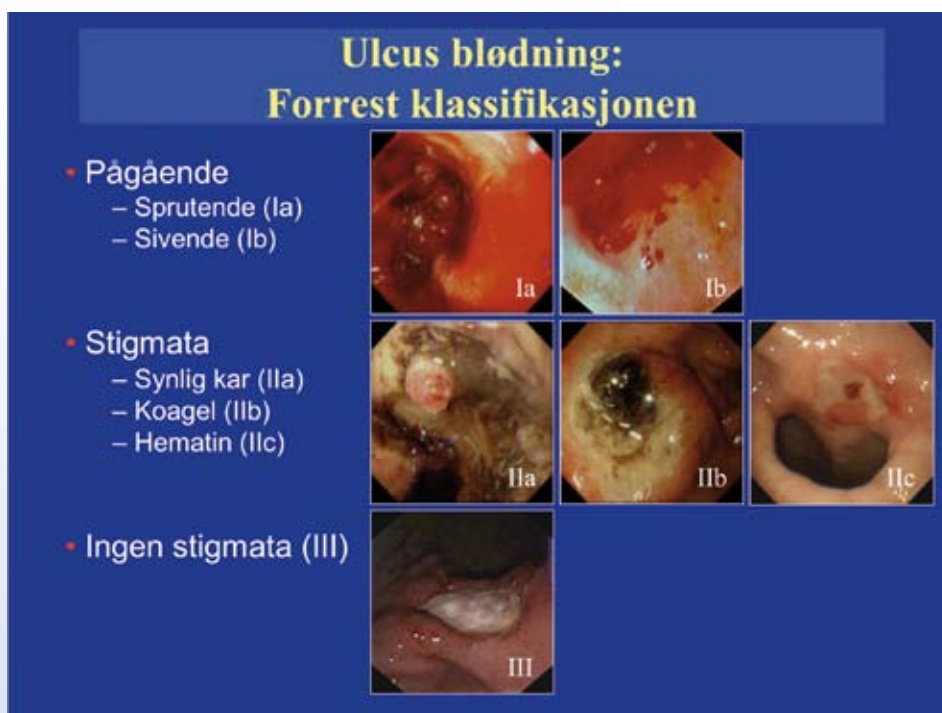


Fig 1

Tema: Endoskopisk behandling av gastrointestinalblødning

Dieulafoy-læsioner, gastriske angiektasier, tumorer, divertikler samt efter biopsi, polypektomi og sfinkterotomi. Anvendelse af klips mhp. hæmostase er en patientsikker metode. Anatomiske forhold kan i visse tilfælde forhindre optimal positionering.

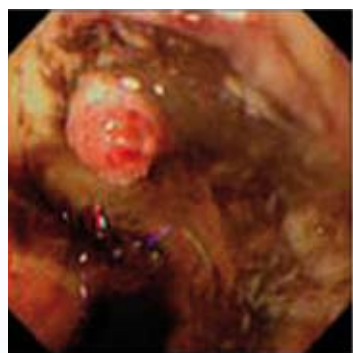
Ligaturer

Ligering foretages vha. nylonløkker (loops) eller gummibånd. Loops findes i diametre på 13, 20 og 30 mm. Mens 13-mm loops er beregnet til ligering af varicer (se afsnit om variceblødning), er 20- og 30-mm loops primært beregnet til forebyggelse af post-polypektomiblødning. Randomiserede, kontrollerede forsøg har vist, at loops signifikant reducerer risikoen for både tidlig og sen blødning, og at loops er ligeså effektive som injektionsbehandling med adrenalin.

4. Variceblødning – akut behandling og profylakse

Esofagusvaricer

Endoskopisk behandling af varicer i esofagus og ventrikel kan udføres som injektionsbehandling eller som ligering. Ligering, er i mange tilfælde lettere at udføre og giver færre komplikationer. Injektionsbehandling udføres ved intra- og/eller paravariceal injektion af polidocanol (såkaldt skleroterapi) eller cyanoakrylat (lim). Ligering foretages med enkelte 13 mm nylon-loops eller de idag hyppigere anvendte multiple gummibånd. I begge tilfælde monteres en gennemsigtig hætte (cap) på endoskopspidsen. Varicen suges ind i hættens hvorefter ligaturen påsættes. Gummibånd leveres færdigmonterede på hættens i antal af 4-10 stk. pr. hætte. Behandling med ligering bør gentages med 2-3 ugers interval, indtil alle varicer er oblitereret. (fig 2).



Akut behandling

Aktivt blødende varicer kan være vanskelige/umulige at behandle med ligering pga. dårlig oversigt. Ofte kan endoskopi med fordel udsættes nogle timer ved farmakologisk behandling med vasopressin- eller somatostatin-analoger (terlipressin, octreotid), hvorved kan opnås tilstrækkelig oversigt til ligering. Er endoskopi imidlertid uopsættelig, kan hæmostase ofte opnås ved injektionsbehandling.

En metaanalyse af 10 randomiserede forsøg har vist en næsten signifikant fordel for ligering overfor skleroterapi (relativ risiko 0,53 (95 % -sikkerhedsinterval: 0.28-1,01)), hvad angår opnåelse af primær hæmostase ved akut blødning fra esofagusvaricer. I den seneste guideline fra the American Association

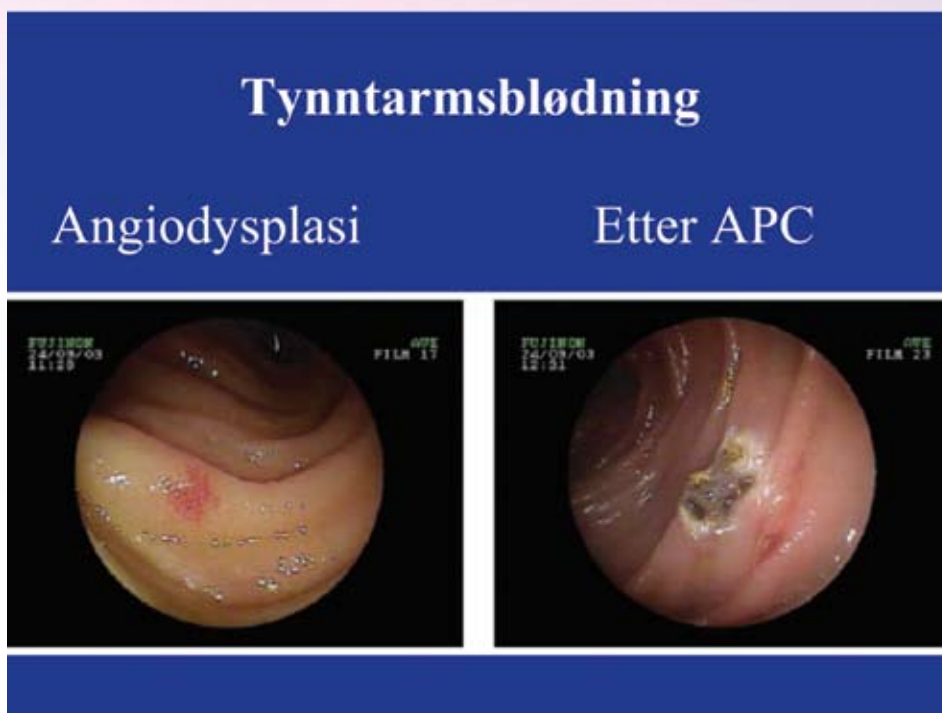


Fig 2

tion for the Study of Liver Diseases og the American College of Gastroenterology anbefales endoskopisk ligering derfor som første valg, mens skleroterapi anbefales til patienter, hvor ligering ikke er teknisk mulig. Randomiserede studier tyder på, at reblødning efter primær hæmostase er sjældnere ved cyanoakrylatinjektion end ved skleroterapi.

Primær profylakse

Forebyggelse af variceblødning hos patienter, som ikke tidligere har blødt, kan ske farmakologisk ved behandling med en non-selektiv betablokker eller endoskopisk ved ligering. Ligering er i randomiserede forsøg fundet ligeværdig med betablokade, og de to behandlingsvalg må baseres på patientønsker og lokale forhold. Injektionsbehandling frarådes som primær profylakse pga. en observeret overdødelig i behandlingsgruppen.

Sekundær profylakse

Forebyggelse af variceblødning hos patienter, som har blødt, kan ske ved non-selektiv beta-blokade eller ved ligering, som i randomiserede forsøg er fundet bedre end skleroterapi. Cyanoakrylatinjektionsbehandling af restvaricer efter primær hæmostase har samme profylaktiske effekt som betablokade, men er forbundet med flere komplikationer.

Gastriske varicer

Ved blødning fra gastriske varicer anbefales injektionsbehandling med cyanoakrylat som første valg, både til akut behandling og sekundær profylakse. Ligering er ligeså velegnet til at opnå primær hæmostase, men da man ved ligering i ventriklen ikke som i esofagus har sikkerhed for en total okklusion af det liggerede kar (af nogle sammenlignet med at ligere 'toppen af et isbjerg'), er risikoen for reblødning højere end ved injektionsbehandling. Komplikationer til injektionsbehandling med cyanoakrylat i form af

bakteriæmi, arterielle og venøse embolier (heraf flere fatale forløbende), pericarditis og pleuritis er hyppigt beskrevet.

Rescue therapy

Ved svigt af farmakologisk og endoskopisk behandling i den akutte blødningsfase anvendes ballontamponade med Sengstaken-sonde eller selvekspanderende metalstent (f.eks. Ella-Danis stent). Ved recidivblødning bør anlæggelse af transjugulær intrahepatisk portosystemisk shunt (TIPS) eller levertransplantation overvejes. ■

Referanser

1. Soehendra N, Binnmoller KF, Seifert H, Schreiber HW. Therapeutic endoscopy. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2005.
2. Kahl S, Kähler G, Dormann A. Interventionelle Endoskopie. Elsevier GmbH, München 2007.
3. Chuttani R, Barkun A, Carpenter S, et al. Endoscopic clip application devices. Technology status evaluation report. Gastrointest Endosc 2006;63:746-50.
4. Raju GS, Kaltenbach T, Soetikno R. Endoscopic mechanical hemostasis of GI arterial bleeding (with videos). Gastrointest Endosc 2007;66:774-85.
5. Sung JY, Tsoi KKF, Lai LH, et al. Endoscopic clipping versus injection and thermo-coagulation in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. Gut 2007;56:1364-72.
6. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, et al. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. Hepatology 2007;46:922-38.
7. Feretis C, Dimopoulos C, Benakis P, et al. N-butyl-2-cyanoacrylate (Histoacryl) plus sclerotherapy versus sclerotherapy alone in the treatment of bleeding esophageal varices: a randomized prospective study. Endoscopy 1995;27:355-7.
8. Maluf-Filho F, Sakai P, Ishioka S. Endoscopic sclerosis versus cyanoacrylate endoscopic injection for the first episode of variceal bleeding: a prospective, controlled, and randomized study in Child-Pugh class C patients. Endoscopy 2001;33:421-7.
9. Evrard S, Dumonceau JM, Delhaye M, et al. Endoscopic histoacryl obliteration vs. propranolol in the prevention of esophagogastric variceal bleeding: a randomized trial. Endoscopy 2003;35:729-35.
10. Hubmann R, Bodlaj G, Czompo M, et al. The use of self-expanding metal stents to treat acute esophageal variceal bleeding. Endoscopy 2006;38:896-901



Fortsat behandling med acetylsalicylsyre efter blødende ulcus: Forebyggelse af gentagen blødning

Tekst: Overlege dr. med Palle Nordblad Schmidt, Gastroenheden Hvidovre Hospital og overlege Sven Adamsen, Gastroenheden Herlev hospital

Behandling med acetylsalicylsyre (ASA) øger risikoen for gastrointestinal (GI) blødning. En metaanalyse baseret på 24 randomiserede, placebokontrollerede studier med i alt 65.987 patienter fandt, at for hver 100 patienter som behandles med ASA i gennemsnitlig 28 måneder, vil én patient opleve en GI blødningsepisode med hæmatemese eller melæna (odds ratio for udvikling af GI blødning under ASA-behandling var 1,68 (95%-konfidensinterval 1,51-1,88); $p < 0,0001$) [1].

Der fandtes intet holdepunkt for, at reduktion i ASA-dosis signifikant ændrer blødningsrisikoen (odds ratio for blødning under behandling med 50-162,5 mg ASA/dag var 1,59 (1,40-1,81); $p < 0,0001$) og for behandling med 162,5-1500 mg/dag 1,96 (1,58-2,43; $p < 0,0001$) [1]. Blandt patienter, som påbegynder behandling med ASA, vil knap halvdelen af de der får blødning udvikle den tidligt (indenfor 4 måneder efter behandlingsstart), mens resten vil bløde sent (efter > 1 års behandling) [2].

I Danmark indlægges 1.700 patienter årligt med blødende gastroduodenalt ulcus [3]. De fleste blødninger kan standses endoskopisk, men 20% får reblødning under indlæggelsen, 8% må opereres, og 11% dør indenfor 30 dage [4]. Efter reblødning under samme indlæggelse dør 21% [5]. Af den senest offentliggjorte rapport fra det Nationale Indikatorprojekt fremgår det, at 43% af patienterne med aktivt blødende ulcus i Danmark i 2006 var i behandling med ASA (www.nip.dk).

Derfor må klinikere i såvel primær som sekundær sundhedssektor ofte rådgive patienter, som har oplevet GI blødning under ASA-behandling om, hvordan de undgår en ny blødningsepisode. I denne rådgivning rejser sig bl.a. følgende spørgsmål:

1. Skal der testes og evt. behandles for *Helicobacter pylori*?

I forbindelse med endoskopisk behandling af ulcusblødning bør der altid testes for *H.pylori* [3], idet eradikationsbehandling reducerer risikoen for reblødning, også hos ASA brugere [6,7]. Hvis der ikke blev udført ureasetest eller biopsi til mikroskopi for *H.pylori* i forbindelse med blødningsepisoden, bør der testes snarest derefter.

2. Skal ASA erstattes af en anden trombycytfunktionshæmmer?

Randomiseret sammenligning af clopidogrel + syrepumpehæmmer (PPI) med ASA + PPI hos patienter

med lav til moderat reblødningsrisiko viste ingen forskel i reblødningshyppighed [8], og ASA + PPI medfører lavere reblødningsrisiko end clopidogrel alene [9]. Der er derfor ikke grund til at erstatte ASA med clopidogrel efter en blødningsepisode [10,11].

3. Skal man anvende mucosaprotektiv behandling?

Det er dokumenteret, at prostaglandinanalogen misoprostol reducerer forekomsten af endoskopisk påviselige erosioner og ulcera under behandling med ASA og NSAID, men op til 30% udvikler diaré under behandlingen. I direkte sammenligning med PPI er der ikke påvist effektforskel.

4. Skal der iværksættes PPI behandling, og hvor længe skal denne fortsættes?

Tillæg af PPI under fortsat ASA-behandling mindsker risikoen for reblødning med 60-80%. Studierne har anvendt lavest anbefalede dosis. De forskellige PPI-præparater synes mg til mg at være lige effektive. Der foreligger ikke randomiserede undersøgelser over varigheden af PPI tillæg, hvorfor behandlingen bør fortsættes, så længe der behandles med ASA.

Konklusion

Hvis der hos en patient med tidligere blødende gastroduodenalt ulcus er indikation for (fortsat) behandling med ASA, bør der testes for *H.pylori* og tilbydes eradikationsbehandling, hvis bakterien påvises. Der bør endvidere gives PPI-behandling så længe patienten får ASA, hvilket kan være livslangt. ■

Referanser

1. Derry S, Loke YK. Risk of gastrointestinal haemorrhage with long term use of aspirin: meta-analysis. *BMJ* 2000;321:1183-7.
2. Ng W, Wong WM, Chen WH, Tse HF, Lee PY, Lai KC, Li SW, Ng M, Lam KF, Cheng X, Lau CP. Incidence and predictors of upper gastrointestinal bleeding in patients receiving low-dose aspirin for secondary prevention of cardiovascular events in patients with coronary artery disease. *World J Gastroenterol* 2006;12:2923-7.
3. Adamsen S, Schaffalitzky de Muckadell OB. Behandling af blødende gastroduodenalt peptisk ulcus. *Ugeskr Læger*. 2007. In Press
4. Adamsen S, Bendix J, Kallehave F, Wille-Jørgensen P, Moesgaard F, Nakano A, Mainz J. Treatment of bleeding gastroduodenal ulcer. A national audit. *Gut* 2005;54 (Suppl VII):A219.
5. Adamsen S, Nørgaard B, Bendix J, Kallehave F, Wille-Jørgensen P, Nakano A, Moesgaard F, Nilsson T, Mainz J. Rebleeding after endoscopic hemostasis for bleeding gastroduodenal ulcer: Risk factors and outcomes. A nationwide prospective study. *Gastrointest Endosc* 2006;63:AB147.
6. Lanas A, Scheiman J. Low-dose aspirin and upper gastrointestinal damage: epidemiology, prevention and treatment. *Curr Med Res Opin* 2007;23:163-73.
7. McCarthy DM. *Helicobacter pylori* and NSAIDs--what interaction. *Eur J Surg Suppl* 2001;56-65.
8. Ng FH, Wong BC, Wong SY, Chen WH, Chang CM. Clopidogrel plus omeprazole compared with aspirin plus omeprazole for aspirin-induced symptomatic peptic ulcers/erosions with low to moderate bleeding/re-bleeding risk - a single-blind, randomized controlled study. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:359-65.
9. Chan FK, Ching JY, Hung LC, Wong VW, Leung VK, Kung NN, Hui AJ, Wu JC, Leung WK, Lee VW, Lee KK, Lee YT, Lau JY, To KF, Chan HL, Chung SC, Sung JJ. Clopidogrel versus aspirin and esomeprazole to prevent recurrent ulcer bleeding. *N Engl J Med* 2005;352:238-44.
10. Johansen M. [Antiplatelet therapy after aspirin-induced upper gastrointestinal bleeding]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2006;126:2802-4.
11. Holme P. Clopidogrel (Plavix) versus ASA+protonpumpehæmmer ved tidligere ASA-induceret ulcusblødning. *Rationel Farmakoter*. 2005;6:1-2.



Vintermøtet på Hafjell

av Thomas de Lange

Vintermøtet har tradisjonelt blitt kalt fjellmøtet. Historisk ble møtet arrangert i "fjellheimen" med Beitostølens skifasiliteter rett utenfor hotell døren. Grunnet praktiske omstendigheter har møtet vært arrangert på Lillehammer de seneste årene. I år var vi tilbake på fjellet, Hafjell har jo i prinsipp ski inn-ski out, i hvert fall for alpinentusiastene.

Interessen for møtet er økende. Det er gledelig å se entusiastiske fremmadstormende yngre kolleger. I år hadde de sendt inn et rekord stort antall abstrakt. Det er også gledelig å se at mange av de små sykehusene bidrar.

Sammenslåing av gastromedisinske og gastrokirurgiske avdelinger

Torsdagssymposiet tok som vanlig opp et høyaktuelt tema:

Sammenslåing av gastromedisinske og gastrokirurgiske avdelinger.

Stadig nye krav til helsevesenets kompetanse og effektivitet gjør at man må tenke i nye baner. Man kan altså spørre seg om noen organisatoriske grep kan bedre pasienten behandlingen. Sammenslåing av gastroenterologisk kirurgi og fordøyelsessykdommer har vært diskutert i mange år. Det har vært prøvd på flere steder med varierende hell både nasjonalt og internasjonalt.

De grunnleggende spørsmålene er: Er gevinsten ved en sammenslåing større enn ulempene?

Utfordringene er mange: Hvordan påvirker det spesialist utdannelsen? Hvordan påvirker det samarbei-

det internt i kirurgisk og medisinsk avdeling? Hvordan skal man organisere vaktene?

Det ble presentert mange synspunkter og erfaringer, og det viste seg at erfaringene var delte.

De korte erfaringene på Ullevål var uten tvil de mest positive (se Lygrens innlegg). Det skyldes nok at man har særskilte behov på Ullevål, der mange av beslutningene om pasientbehandlingen tas av kirurg og medisiner i fellesskap. Det ble også understreket at samarbeidet med radiolog og onkolog var hjørnesteiner i aktiviteten.

Per Sandvei i Fredrikstad og Eirik Kittang i Tønsberg var betydelig mer reserverte til løsningen. Begge disse avdelingene hadde tilfelles at medisineren hadde flyttet inn til kirurgene der sykepleierne i utgangspunktet var mest interessert i kirurgiske aspekter. Det virket som om man ikke følte et eierskap fellesskap i avdelingen.

På begge disse stedene hadde man gått tilbake til den tradisjonelle løsningen. I Tønsberg hadde man sogar prøvd det to ganger med samme utfall begge gangene. ▶

Det kan virke som om at dette kan være en gunstig løsning for høyspesialiserte sykehus med spesielle pasientgrupper, der man er avhengig av et multidisiplinært samarbeid. Mens det virker som om man på sykehus med mer generell kompetanse har mindre å vinne på det.

Priser og stipender

Mange priser og stipender ble delt ut. Særlig gledelig var utdelingen av Humiraprisen til Bjørn Moum for hans utrettelige arbeid for IBD pasienter gjennom mange år.



Bjørn Moum mottar Abbotts Humirapris.

Gastronett

Dessverre ble det ikke arrangert et kirurgisk temamøte i år slik det har blitt gjort de seneste 2 årene. Møtet ble erstattet av et frokostmøte om Gastronett.

Michael Bretthauer informerte kort om kvalitetsregistret som siden den gang har fått status som nasjonalt kvalitetsregister www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsregistre/oversikt_kvalitetsregistre/.

Foreløpig er 22 sykehus med i nettverket der alle polikliniske colonoskopier registreres. ERCP registret omfatter noe færre sykehus.

Geir Bukholm fra kunnskaps-sentret holdt et inspirerende foredrag om kvalitetssikring i helsevesenet.



Nytt æresmedlem: Arnold Berstad

Vitenskaplig program

De vitenskaplige abstrakt ble presentert fredag og lørdag ettermiddag. Det er svært interessant å se hva som er på gang rundt i det ganske land.

Vi ser frem i mot møtet neste år som igjen er flyttet bort fra "fjellheimen" til Lillehammer. Møtet viser seg igjen å være et flott forum for å presentere nasjonale nyheter og en kilde til inspirasjon. ■



Kari Tveito, entusiastisk stipendiat



Fokuserte tilhørere



Innlederne fra v Per Sandvei, Eirik Kittang, Arild Horn og Idar Lygren



Fokuserte ordstyrere Arild Horn og Jørgen Jahnsen



*Fra Gastronometts
morgenmøte*



Glade møtedeltagere





GASTROSENTER ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS

Tekst: Avdelingsoverlege Idar Lygren

Tanken om å samlokalisere gastrokirurgisk avdeling og gastromedisinsk avdeling på Ullevål er ikke ny. Initiativ fra kirurgene på 80- og 90-tallet, ble imidlertid ikke realisert.

I 2005 kom en ekstern rapport om evaluering av organisasjonsstrukturen ved sykehuset som påpekte sannsynlige gevinster ved at gastromedisin og gastrokirurgi ble organisatorisk samlet. På bakgrunn av dette, foreslo sykehusdirektøren i 2006 å etablere et gastroenter. Ledelsen ved de to avdelingene var enig i forslaget, og gastromedisinsk avdeling endret samme år organisatorisk tilhørighet fra medisinsk divisjon til kreft- og kirurgidivisjon.

Multidisiplinær pasientbehandling

Arbeidsgrupper med representanter fra begge avdelinger har gjort utredningsarbeid og konsekvensvurderinger for drift av sengeavdelinger, poliklinikker, dagpost, endoskopilaboratoriet, funksjonslaboratorium og sekretærfunksjonen.

Økende grad av multidisiplinær pasientbehandling, hvor blant annet intervensjonsradi-

ologene er sentrale aktører, gjorde det også naturlig å inkludere radiologisk avdeling i prosessen og sikre at laboratorier som for eksempel CT kolografi og ERCP kunne plasseres nær gastrosentret.

Krav til samlokalisering

Det var fokus på sammenhengende pasientforløp som skulle sikre pasientene et mest mulig effektivt og samordnet sykehustilbud samt en organisering som skulle gi korte beslutnings- og kommunikasjonslinjer som grunnlag for god virksomhetsstyring.

Forslaget er at alle funksjoner samlokaliseres, avdelingene forblir egne enheter med egen ledelse som nå, men får felles ekspedisjon og ventelistekontor. Pasientene får da én inngang og én ekspedisjon å forholde seg til.

I april 2007 ble sengepostene samlokalisert, som egne organisatoriske enheter med fast

sengetall, og med avdelingssykepleier som rapporterer direkte til avdelingsleder ved de respektive avdelingene.

Mulige fordeler ved en samlokalisering vil være at driften kan organiseres bedre, interne henvisninger og utredningstid vil kunne reduseres, fagmiljøet og faglig bredde på alle plan blir større, noe som igjen vil gi grunnlag for økt forskning.

Utdannelseskandidater i fordøyelsessykdommer skal delta i den generelle vaktordning og obligatorisk undervisning i medisinsk divisjon, og tilsvarende for kirurgiske leger, men med fellesundervisning innen rekke gastroenterologiske emner. ■



Referat generalforsamling Norsk Gastroenterologisk Forening

Fredag 8. februar 2008
Quality Hotell og Resort Hafjell, 35. Årsmøte

Saker:

1. Valgt til ordstyrer:
Arlid Nesbakken

Valgt til referenter:
Øistein Hovde og Svein-Oskar Frigstad

2. Innkalling til årsmøtet godkjent

3. Styrets årsrapport for 2007 gjennomgått av Bjørn Moum, leder NGF
Styrets årsrapport tatt til etterretning.

4. Årsregnskap for 2007 presentert av Astrid Rydning, kasserer NGF

Regnskapet er ikke endelig revisorgodkjent, men vil bli presentert i NGF-nytt etter endelig revisjon.

Styret fikk fra salen kritikk for at ikke endelig regnskap kunne fremlegges.

Kommentarer på eventuell godtgjørelse til redaktør for NGF-nytt og hvordan overføring av midler til forskningsfondet skal løses best mulig praktisk.

Regnskap for 2007 godkjent uten motforestillinger under forutsetning av at regnskapet blir godkjent av autorisert revisor.

Budsjett for 2008 ble diskutert og styrets forslag ble godkjent.

5. Rapport fra spesialistkomiteen i gastro-medisin gjennomgått av Tom Schulz og utdanningskapasiteten er oppfattet som god nok på nåværende tidpunkt. Kommentarer rundt godkjenning av spesialistutdanning fra land utenfor EØS-området. Søknader vurderes individuelt.

Ingen rapport fra spesialistkomiteen i gastrokirurgi.

6. Rapport fra interessegruppen for leversykdommer fremlagt av Zbigniew Konopski.
Rapport fra NGFs kvalitetsutvalg fremlagt av Lars Aabakken. Diskusjon rundt samarbeid med anestesipersonell ved avanserte endoskopiske prosedyrer.

Rapport fra interessegruppe for gastrointestinal ultrasonografi fremlagt av Odd Helge Gilja.

Rapport fra interessegruppe for pancreas-sykdommer fremlagt av Trond Buanes.

Rapport fra interessegruppe for GI-cancer fremlagt av Morten Vatn.

Rapport fra SADE fremlagt av Lars Aabakken.

7. Rapport Scandinavian Journal of Gastroenterology ved Kristian Bjørø, editor in-chief.

8. Årsberetning fra NGFs forskningsfond presentert av Knut Lundin. Man ønsker flere søknader.

Astrid Rydning presenterte tre mottagere av bidrag fra NGFs forskningsfond.

9. Årsmøtets struktur og gjennomføring i kommende år diskutert under ledelse av Bjørn Moum.

Anbefalinger fra styret samsvarer med oppfatninger fra salen vedrørende sted, rammer og deltakelse fra industrien. Årsmøtet 2009 blir på Lillehammer.

10. Utarbeidelse av nasjonale retningslinjer ble tatt opp til diskusjon.

11. Styrets forslag om opprettelse av interessegruppe for kroniske inflammatoriske tarmsykdommer ble vedtatt. Kandidater foreslått av styret og fra salen vil bli forespurt.

12. Eventuelt:
Valgt til æresmedlem: Professor Arnold Berstad, Haukeland Universitetssykehus HF, Bergen

Ingen øvrige saker

Øistein Hovde og Svein-Oskar Frigstad (ref.)
08.02.08



Vintermøtet ble arrangert på Quality Hotell og Resort Hafjell.

Årsmøtepriser for beste abstrakt

Det ble sendt inn rekordmange abstrakt til årets Vintermøte, 59 bidrag konkurrerte om de gjeve prisene. Vinnerne i de forskjellige klassene ble:

1. Prisen for beste kliniske arbeid fra ikke universitetssykehus gikk til Wolfgang Lindenburger



Resultater av 120 finnålsbiopsier ved endoskopisk ultralyd

Wolfgang Lindenburger, medisinsk avdeling Sørlandet Sykehus Arendal

Bakgrunn

Endoskopisk ultralyd veiledet finnålsbiopsi [EUS-FNA] står sentralt i utredning av en rekke benigne og maligne sykdommer. Metoden gir mulighet til vevsdiagnostikk fra både intratorakale og intraabdominelle organer på en lite invasiv måte.

Materiale og metode

Fra 12/2003 til 11/2007 ble det ved SSA gjennomført 230 EUS. Resultatene fra alle EUS-FNA-undersøkelser er prospektivt registrert. Det ble utført 120 EUSFNA hos 112 pasienter (62 men, 50 kvinner, gjennomsnittsalder 62 år). Samtlige finnålsbiopsier ble gjennomført med linær skanner (Pentax FG-38UX). Det ble brukt cytologi-nål med 0,7 mm (22 Gauge) i diameter (SonoTip® II, Mediglobe®). Det ble punktert mellom 1 og 4 lesjoner per undersøkelse (gjennomsnitt 1,4 lesjoner). Undersøkelsestid var 26 minutt i gjennomsnitt for hele perioden, og 22,5 minutter i 2007. Flertallet (87%) av prøvene ble undersøkt ved Patologisk Institutt, Rikshospitalet, hvor man har en spesiell ekspertise i å handtere EUS-FNA-materiale.

Resultater

Indikasjonene var: følgende: 64 pasienter med mediastinale lymfeknuteforstørrelse, 21 med submucøse tumores, 17 med mistanke om cancer pancreas, øvrige 18. Det ble stilt 50 maligne (18 pasienter med cancer pancreas, 16 med cancer pulm, øvrige 16, deriblant 4 pasienter med GIST-tumor) og 72 benigne

diagnoser (23 pasienter med sarkoidose, 20 benigne forandringer i mediastinum, mesteparten normale lymfeknuter, 15 submucøse tumorer, øvrige 14). EUS-FNA var positiv i 87 av 120 undersøkelser (72,5%). Suksessraten varierte med FNA-lokalisasjon: EUS-FNA ved submucøs tumor var positiv i 12 av 21 pasienter (57,1%), ved cancer pancreas i 11 av 17 pasienter (64,7%) og ved mediastinal lymfeknuteforstørrelse i 50 av 64 pasienter (78,1%). 8 pasienter ble undersøkt med EUS-FNA to ganger pga ikke representativt FNA ved første undersøkelse. 7 av disse pasienter fikk gjennomført en andregangs-FNA med positiv vevsfunn (87,5%). Det ble tatt vevsmateriale til både cytologi og histologi. I 33 undersøkelser var både histologi og cytologi negativ (27,5%). I 65 undersøkelser var cytologi og histologi positiv (54,2%), i 12 undersøkelser var bare cytologi positiv (10%) og i 10 undersøkelser var bare histologi positiv (8,3%). I 95 undersøkelser var EUS-FNA-resultatene med i å påvirke pasientens kliniske forløp (79,2%). 22 undersøkelser hadde ingen og 3 undersøkelser usikker clinical impact (til sammen 20,5%). Ved 14 EUS-FNA ble det stilt en helt annen diagnose i klinisk forløp enn den som ble stilt ved EUS.

Konklusjon

EUS-FNA er en metode som gir muligheten til minimal invasiv vevsprøvetaking fra lokalisasjoner som ellers kan være vanskelig å få tilgang til. Undersøkelsen har et høyt diagnostisk utbytte, spesiell hos pasienter med mediastinale lesjoner. Metoden påvirker det kliniske forløp i stor grad, både hos pasienter med gastroenterologiske, onkologiske og lungemedisinske

2. Prisen for beste kliniske arbeid fra universitetssykehus gikk til Kurt Hanevik



Vedvarende mageplager etter Giardiainfeksjon – et post-infeksiøs irritabel tarm syndrom?

Kurt Hanevik, Trygve Hausken, Mette Helvik Morken, Elisabeth Astrup Strand, Kristine Mørch, Peter Coll, Lars Helgeland, Nina Langeland. Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Norway

Bakgrunn

En Giardia-epidemi fant sted i Bergen høsten 2004 på grunn av kontaminert drikkevann. Giardia lamblia ble påvist i avføringsprøver fra 1300 pasienter. Endel pasienter ble ikke kvitt sine abdominalsymptomer tross flere metronidazole-kurer og ble derfor henvist Haukeland Universitetssykehus over en 15 måneders periode.

Pasienter og metode

Totalt 124 pasienter (61.3% kvinner, gjennomsnittsalder 31.0 år, ikke tidligere mageplager hos 84.6%) ble inkludert i en prospektiv kohort analyse. Standardisert utredning over 15 måneder inkluderte øvre endoskopi, blodprøver, symptomscore og mikroskopi av faeces. Alle pasienter som var fortsatt Giardia positive ble behandlet til parasitten var eradikert. Prevalens av langvarige abdominal symptomer ble vurdert med et spørreskjema sendt ut til alle pasientene to år etter epidemien.

Resultater

Giardia parasitter ble påvist hos 40 pasienter (32.3%). Duodenalbiopsier viste tegn til inflammasjon hos 57 pasienter (47.1%); grad 1 patologi hos 18.2% og grad 2 patologi, som innebar forkortede villi, hos 28.2%. Mikroskopisk duodenitt ble funnet hos 34 (87.2%) av Giardia positive og 23 (28.0%) av Giardia negative pasienter. Pasienter som fortsatt var Giardia positive ved utredning rapporterte høyere score for diaré ($p=0.013$), magesmerte ($p=0.04$) og kvalme ($p=0.04$) enn Giardia negative pasienter. Over tid ble Giardia påvist sjeldnere og en økende andel av pasientene hadde normal duodenalbiopsi. Spørreskjemaet ble besvart av 100 pasienter (80.4%). Vedvarende mageplager som var utløst av Giardiainfeksjonen ble rapportert av 78%. Oppblåsthet, magesmerte og diaré var de hyppigst forekommende symptomene. Komplet remisjon av mageplager ble angitt av 12%, mens 10% var usikker.

Konklusjon

Duodenal inflammasjon er uvanlig ved Giardiainfeksjon, og våre funn tyder på en relativt sterk immunreaksjon i mange av pasientene som del- ▶

tok i studien. Ingen spesiell årsak ble påvist som kunne forklare de langvarige symptomene to år etter Giardia-infeksjon. Dette indikerer utvikling av post-infeksiøst irritable tarm syndrom hos disse pasientene.

3. Prisen for beste eksperimentelle arbeid gikk til Ingrid Olsen



Responser mot mycobacterium avium subspecies paratuberculosis antigener i T-celle linjer og kloner fra tarmbiopsier fra Crohns pasienter.

Ingrid Olsen^{1,2}, Stig Tollefsen², Liv Jorun Reitan¹, Ludvig Sollid² og Knut Lundin^{3,1} Seksjon for Immunprofylakse, Veterinærinstituttet, Oslo. ² Immunologisk Institutt, Rikshospitalet-Radiumhospitalet, Oslo. ³ Medisinsk klinikk, Rikshospitalet-Radiumhospitalet, Oslo.

Årsaken til Crohns sykdom er fremdeles ukjent, men det har lenge vært antatt at sykdommen skyldes en immunologisk overreaksjon mot normal tarmflora. I løpet av den siste tiden har det imidlertid blitt identifisert flere gener som NOD2, ATG16L1, IRGM og IL23 reseptor, hvor noen allerede er vist å være assosiert med mottagelighet for Crohns sykdom. Disse genene er involvert i det medfødte immunforsvaret og flere spiller en rolle i hvordan cellene håndterer intracellulære bakterier.

Disse resultatene tyder på at Crohns kan skyldes en defekt i det medfødte immunforsvaret som gjør pasienten mer mottagelig for intracellulære bakterier som normalt ikke gir sykdom hos mennesker og ikke en overreaksjon som tidligere antatt.

En slik bakterie er Mycobacterium avium subspecies paratuberculosis (MAP). MAP er en mykobakterie som har gastrointestinaltraktus som sin nisje og den forårsaker kronisk granulomatøs tarmbetennelse hos drøvtyggere. Mykobakterier ble tidlig foreslått som en mulig årsak til Crohns sykdom pga likheten med tarmtuberkulose, og på begynnelsen av 80-tallet ble MAP isolert fra pasienter med Crohns sykdom. Siden da har flere studier påvist bakterien ved dyrkning eller PCR i høyere grad hos Crohns

pasienter enn kontroller. Imidlertid gjenstår spørsmålet om MAP er en medvirkende årsak til sykdomsutvikling eller ikke. Dette spørsmålet ønsker vi å adressere i den pågående studien ved å se på T-celler fra tarmen i Crohns, ulcerøs kolitt og non-IBD pasienter. T-celle linjer fra biopsier blir laget etter en etablert protokoll for å se på glutenaktivitet i T celler hos cøliaki pasienter. Linjene blir deretter screenet for reaktivitet i en lymfocytproliferasjons test mot MAP antigener og antigener fra vanlige tarmkommensaler.

Forløpige data viser at det ser ut til å være en høyere respons mot MAP antigener i Crohns sammenlignet med UC og non-IBD pasienter mens det så langt ikke er noen forskjell i responsen mot andre tarmbakterier.

For å se nærmere på spesifisiteten til T-cellene har vi etablert T-celle kloner fra en Crohns pasient. Disse klonene reagerer på MAP antigener, er CD4 positive og responsen er HLA-DR restriktiv. Videre lager alle klonene IFN- γ mens noen i tillegg lager IL-17 i respons til MAP antigener. Gjenstående arbeid er å inkludere tilstrekkelig antall pasienter og i tillegg arbeides det med å identifisere hvilke antigener fra MAP som pasientene reagerer på.

4. Prisen for beste presentasjon gikk til Esten Nakken



Multiple inflammatoriske-, remodelering- og fibrose gener er differensielt uttrykt i AbCb4(-/-) mus med skleroserende kolangitt.

Nakken KE², Nygård S², Haaland T³, Berge KE², Amkvæm K², Ødegaard A², Labori KJ¹, Ræder MG^{1,2,1} Gastrokirurgisk avdeling, Ullevål Universitetssykehus, 0407 Oslo ²Institutt for Eksperimentell Medisinsk Forskning, Ullevål Universitetssykehus, 0407 Oslo ³Patologisk Anatomisk Avdeling, Ullevål Universitetssykehus, 0407 Oslo ⁴Avdeling for Medisinsk Genetikk, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, 0027 Oslo

Bakgrunn

Abcb4(-/-) mus skiller ut fosfatidylkolin-fri galle som er cytotoxisk på galleveiene slik at musene utvikler en skleroserende kolangitt, ikke ulik primær skleroserende kolangitt (PSC) sett

hos mennesket. Målet ved studien var å se på differensielt uttrykte gener hvis protein produkter bidrar til vevspatologien i lever hos Abcb4(-/-) mus.

Metoder

Hepatisk gen-transkripsjon ble målt ved 3, 6, 9 og 20 ukers alder i Abcb4(-/-) mus ved bruk av cDNA mikromatriser. Abcb4(+/-) mus fungerte som kontroll.

Fokus var på inflammatoriske-, vevs remodelerende- og fibrose gener. Differensielt uttrykte gener funnet ved cDNA mikromatriser ble verifisert med real time PCR.

Lever patologi ble målt med histopatologi scoring. Blod ble analysert for ALAT, ALP og bilirubin.

Resultater

Transkripsjon av anti-protease gener i clade a3 serpin gruppen viste markert nedregulering tidlig i forløpet av sykdommen. Kjemokinene Ccl2, Ccl20 og Cxcl10 var oppregulert i portaltraktene. Vevs-remodellering og fibrose gene Ctgf, Elf3, Lgals3, Mmp12, Mmp15, pp1, Loxl2, Pdgfa, Pdgfrb, Sparc, Tgfb1, Tgfb2, Tgfb3, Tgfb2, Col1a1, Col1a2, Col2a1, Col3a1 og Col4a1 var signifikant oppregulert. De mikromatrise baserte transkripsjons-profilene harmoniserte i stor grad med histopatologi scoren for de fleste genene. Summarisk viste den cDNA mikromatrise baserte analysen en økende transkripsjon av multiple gener involvert i inflammasjon, vevs-remodellering og fibrose de første 9 ukene av sykdomsprosessen før den stabiliserte seg på et høyt nivå fra 9 til 20 uker.

Konklusjon:

Multiple gener involvert i inflammasjon, vevsremodellering og fibrose og ikke tidligere linket til Abcb4(-/-) mus er beskrevet som differensielt uttrykt og bidrar trolig til vevspatologien i lever hos disse musene. Denne informasjonen kan være med på å belyse patofysiologien bak skleroserende kolangitt. Samtidig kan den bidra til ytterligere forskning for å finne sykdomsmarkører for tidlig stadium av primær skleroserende kolangitt hos mennesket, et etterlenget verktøy i behandlingen av disse pasientene.

ÅRSRAPPORT FRA NGF-STYRET 2007

NGF-styret hadde i 2007 følgende sammensetning:

Bjørn Moum, leder
Astrid Rydning, kasserer
Roald Torp, sekretær
Arild Horn, styremedlem
Jørgen Jahnsen, styremedlem, fagansvarlig
Espen Riise, styremedlem, høringsansvarlig
Arne Chr Moen, styremedlem

Det er avholdt 2 styremøter i vår og 2 styremøter på høsten der 53 saker har vært behandlet. Økonomien er god, hvor nye organisering med fagmedisinske kontingentskudd og ekstrabevilgning har vært medvirkende til dette. Styret har fulgt opp generalforsamlingens ønske om best mulig balanse i årsregnskap .

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

Styret har selv stått for all sekretariatsfunksjon i sitt arbeide og alle forberedelser til årsmøtet.

Høringer

I løpet av 2007 har styret arbeidet med mange hørings saker. Vi får stadig oversendt forespørsler og det er arbeidskrevende å prioritere hva NGF skal ha en mening om samtidig som endel saker er svært ressurskrevende. Vi må selv sortere ut de saken som foreningen oppfatter som aktuelle å besvare, som foregår elektronisk. Vi har dessverre liten føling om hva som skjer i den videre behandling og hva våre høringsbesvarelser resulterer i. Målet skal selvfølgelig være at NGF skal bli bedre på å gjøre sin røst hørt.

Noen av horingene behandlet i 2007 har vært:

- Innføring av ordning med foretrukket legemiddel for behandling av gastroøsofageal reflukssykdom har vært sluttført og innføringen implementert 1. februar 2007
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre
- Høringsuttalelse vedrørende revidert blåreseptordning.
- Overføring av finansieringsansvaret for enkelte legemidler fra folketrygden til regionale helseforetak

Av saker som styret har behandlet i løpet av året er følgende:

Prioritering innen spesialisthelsetjenesten (HODept).
Høring om biologisk behandling innen IBD, utarbeidet rapport med Kunnskapsenteret.
Innføring av immunosuppressiva (Aza, MTX) på Blåresept for IBD, fortsatt arbeide.

Videreutvikling og oppdatering av hjemmesiden på internett.

Videreutvikling av NGF-Nytt.

Tildeling av reise- og forskningsstipender fra industri og NGF.

Planlegging og gjennomføring av årsmøtet.

Med i planlegging av Indremedisinsk Høstmøte

Med i planlegging av gastro/IBD møte og Levermøtet i mars 2007.

Begynt planlegging sammen med Faglige komiteen av Nordisk Gastrømøte i Stavanger juni 2009.

Medlemstall pr. 31.12.2007 iflg Legeforeningen NGF: 288

Medlemstall pr. 31.12.2007 iflg Legeforeningen NFGK: 233

Aresmedlemmer:

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

Komiteer og undergrupper:

Spesialitetskomite i fordøyelsessykdommer 2006-2009:

Dag Malm leder
Tom Schulz
Trygve Hausken
Jørgen Jahnsen
Kristine Wiencke
Ståle Barstad varamedlem
Gunnar Quigstad varamedlem
Gabriele Raschpichler Ylf-varamedlem

Spesialitetskomite i gastroenterologisk kirurgi 2006-2009:

Tom Erik Ruud leder
Arthur Revhaug
Astrid Rydning
Villy Våge
Magne Dimmen Ylf representant
Erik Trondsen Varamedlem
Gjermund Johnsen Varamedlem

NGFs interessegruppe for leversykdommer:

Kirsten Muri Boberg leder
Anstein Bergan
Eiliv Brenna
Geir Folvik
Zbigniew Konopski
Arthur Revhaug

NGFs interessegruppe for GI cancer/samarbeid med NGICG:

Morten Vatn representant gastromedisin for NGF
Aud Svendsen representant fra kirurgisk spesialitet

NGFs Kvalitetsutvalg

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

Interessegruppe for gastrointestinal ultrasonografi:

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

Interessegruppe for Pancreassykdommer

Trond Buanes, UUS leder
Dag Hoem, Gastrokir avd. Haukeland / Bergen
Ivar Gladhaug, Gastrokir avd RH / Oslo
Olaug Villanger, Gastrokir avd RH / Oslo
Erling Bringeland, Gastrokir avd St Olav / Trondheim
Dag Malm, Gastromed avd Tromsø
Truls Hauge, Gastromed avd UUS / Oslo
Tom Glomsaker, Gastrokir avd / Stavanger, men ikke svart)

NGF's Forskningsfond:

Knut Lundin leder
Astrid Rydning nestleder (NGF's styrerepresentant)
Tove Berstad medlem
Dag Malm medlem
Øivind Irtun medlem
Ylva Sahlén varamedlem
Olav Sanstad varamedlem
Rolf Ole Lindsetmo varamedlem
Morten Vatn varamedlem
Kirsten Muri Boberg representant fra Staten (Forskningsrådet)

Valgkomite NGF:

Øyvind Irtun, leder
Per Sandvei
Asbjørn Stallemo

Revisorer NGF:

Tormod Bjerkeset
Hermod Petersen

INTERNASJONALT ARBEID:

NGF er medlem av:

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

NGF-medlemmer er representert i følgende internasjonale fora:

OMGE: Lars Aabakken (Research committee)
ASNEMGE/UEGF: Erik Schrupf (Scientific & Research committee)
OMED: Geir Hoff
EBG/UEMS: Dag Malm
ESGE: Lars Aabakken (council member og leder)
SADE: Tom Glomsaker, Lars Aabakken
SAGIM: Trygve Hausken, Asle Mæhlus, Odd Helge Gilja
NAB: Roald Torp
IOIBD: Morten Vatn, Bjørn Moum
ECCO: Bjørn Moum, Jørgen Jahnsen
UEGF Helge Waldum UEGF's assembly
EFSUMB Odd Helge Gilja, representant i Advisory Board
UEMS Roald Torp
EASL: -

Nordisk samarbeid:

Congrex er vår tekniske arrangør for det norske arrangementet 2009 som vil bli avholdt i Stavanger. Tom Glomsaker er arrangementkommiteens leder.

Scandinavian Journal of Gastroenterology:

Ved hjelp av sponsormidler fra Wyeth Lederle Norge har ordningen med kollektivt abonnement på den trykte utgaven av SJG for NGF-medlemmene vært kontinuert i 2007.

Møter/representasjon:

NGF's 34. årsmøte fant sted på Lillehammer 8. - 11. februar 2007. Det var 43 innsendte abstracts, presentert oralt.
Norsk Forening for Gastroenterologisk Personell (NFGP) hadde sitt årsmøte parallelt på samme hotell.

Torsdagssymposiet 2007 "Underernæring på sykehus".

Tema var svært nyttige, innsiktsfullt og ga rom for ettertanke i vår daglige sykehuspraksis. Ansvarlige for program og presentasjoner var Øyvind Irtun, Morten Mowe, Anne-Berit Guttormsen og Jan Magnus Kvamme.

Kirurgisk gastroforening NFGK avholdt eget symposium

fredag 9. februar kl 9 – 13 med tittel "Behandling av akutt blødende ulcus – har intervensjonsradiologien endret behandlingsrutinene?"
NGFs interessegruppe for leversykdommer arrangerte Nasjonalt levermøte 9. mars 2007.

NORSK INDREMEDISINSK FORENINGS HØST-MØTE FANT STED 1.-2. NOVEMBER 2007.

NGF's program fra Fordøyelsessykdommer var: Temaforelesninger: Screening for kolorektal cancer. Professor dr.med. Geir Hoff, Sykehuset Telemark og Kreftregisteret.

Nytt fra grenforeningene Alkohol og leverskader. Doktorgradsstipendiat John Willy Haukeland, Aker Universitetssykehus.

PRISER OG STIPENDER 2007

SCHERING PLOUGH AS

Stipendet er på 35.000,00 kroner og skal gå til å finansiere ett forskningsprosjekt innen inflammatorisk tarmsykdom, klinisk eller basal. Utløst i 3/2007. Frist 1.11.07

Stipendet tildeles i sin helhet til Marte Lie Høvik. Stipendet går til en studie på IBD pasienter 10 år etter diagnose og er knyttet til materialet fra IBSEN gruppen.

NOVARTIS NORGE FORSKNINGSSTIPEND INNEN GASTROENTEROLOGI

Stipendet skal gå til å finansiere ett forskningsprosjekt innen nevroendokrine tumorer, klinisk eller basal. Stipendmidlene tildeles kr 30.000 til dr med ass lege Reidar Fossmark for studien The mechanism of polyp development in the oxyntic mucosa during acid inhibition.

SOLVAY'S GASTROSTIPEND – STIPEND INNEN EKSOKRIN PANKREATOLOGI.

Løst ut i NGF-nytt 1/2007. Stipendet er på kr 20 000.
Stipendet går til Tom Glomsaker for arbeide med data fra norsk ERCP register.

UCB NORDIC-STIPEND INNENFOR INFLAMMATORISK TARMZYKDOMMER

Stipendet på kr 20.000 skal finansiere forskning innen kronisk inflammatorisk tarmsykdom. Utløst 3/2007. Frist 1.11.07. Stipendet tildeles Marte Lie Høvik.
Stipendet går til en studie på IBD pasienter 10 år etter diagnose og er knyttet til materialet fra IBSEN gruppen

ROCHE AS STIPEND TIL FORSKNING INNENFOR LEVERZYKDOMMER

Stipendet er på kr 25 000. Løst ut i NGF-nytt 1/2007.
Stipendet går til et samarbeidsprosjekt med tre søkere: Zbigniew Konopski, Svein-Oscar Frigstad

og Jon Willy Haukeland – Medisinsk klinikk, Aker Universitetssykehus. Stipendet skal benyttes i et prosjekt med anvendelse av FibroScan ved fibrose hos pasienter med kroniske leversykdommer.

OLYMPUS AS REISE STIPEND

Stipendet er på kr 15.000. Løst ut i NGF-nytt 1/2007. Stipendet deles mellom to søkere:
Astrid Rydning, kirurgisk klinikk St.Olavs Hospital får dekket inntil kr 5000 for reise til ESCP (Europeiske colorektal møtet) med presentasjon.
Roald Flesland Havre medisinsk klinikk Haukeland sykehus får dekket inntil kr 10.000 til deltakelse på kurs i endoskopisk ultralyd i Amsterdam

ABBOTTS "HUMIRAPRISEN" utløst i NGF Nytt 3/2007 og i separat utsendelse til foreningens medlemmer. Prisen er på kr 100.000. Frist for nominering var 1.11.07. Prisen utdeles på årsmøtet 2008.

ASTRAZENECA AS, STIPEND INNEN GASTROENTEROLOGI 2006

Stipendet er på kr 40.000 går til å finansiere et forskningsprosjekt innen gastroenterologi. Løst ut i NGF-nytt 2/2007. Frist 15.9. Stipendet tildeles Marte Lie Høvik. Stipendet går til studie på IBD pasienter 10 år etter diagnose og er knyttet til materialet fra IBSEN gruppen

SCHERING PLOUGH AS FORSKNINGSFOND TIL MINNE OM FINN GRASMO.

Stipendet utgjør kr 30.000 årlig. Utdeles for arbeide innenfor feltet Hepatitt C. Utdeles i samarbeide med Norsk Infeksjonsmedisinsk Forening for 2008 i løpet av våren.

NGF ÅRSMØTESTIPEND 2007

Årsmøtestipend tildeles medlemmer av NGF som er i underordnet stilling og som presenterer ett arbeide på årsmøtet. Det var 8 presentasjoner fra underordnede som til sammen ble støttet med kr 22.532.

NGF'S ÅRSMØTE PRISER 2007

Priser for beste vitenskaplige arbeider: Totalt 43 abstracts var innsendt. Alle ble presentert i oral form og de fire beste arbeidene fikk hver sin pris og diplom. Følgende kolleger fikk priser:

Årsmøtepris **Arne Skarstein, Haukeland** kr 9.000

Årsmøtepris **Lars Ytrebø, UNN Tromsø** kr 9.000

Årsmøtepris **Trygve Hausken, Haukeland** kr 9.000

Årsmøtepris **Carl Platou, Innherred** kr 9.000

NORSK GASTROENTEROLOGISK FORENINGS FORSKNINGSFOND

Tildeling fra Fondet for 2007 ble utløst med

søknadsfrist 15.1.2008. Til utdeling var det utlyst kr 100.000, som var summen av avkastningen fra Fondet for 2007 og renteinntektene fra kontoplasering av overskuddet Nordisk Gastromøte på Lillestrøm 2004. Tildeling blir kunngjort av komiteens leder ved årsmøtets generalforsamling.

Nasjonalt Levermøte og Helge Bells Forskningsfond

Nasjonalt levermøte ble avholdt i Oslo 9.03.07. I 2004 ble det opprettet et eget fond utgående fra det hepatologiske fagmiljøet, for god klinisk hepatologisk forskning. Fondet bærer Helge Bells navn. Helge Bells pris for beste artikkel innen faget leversykdommer i 2007 ble tildelt Tom Heming Karlsen for arbeidet "Polymorphisms in the Steroid and Xenobiotic Receptor Gene Influence Survival in Primary Sclerosing Cholangitis" publisert i Gastroenterology September 2007.

NGF Nytt

Vårt medlemsblad har vært videreført med reklamebasert finansiering og profesjonell hjelp til det layoutmessige. Redaktør *Thomas de Lange* har lagt ned et betydelig arbeide og bladet fungerer svært godt som nyhetskanal og formidler av kommende kurs, kongresser og møter.

Det har vært rapportert om kurs det har vært deltagelse på av våre medlemmer. Videre stipendannonsering, nyhetsformidling av felles interesser innen faget så vel som helsepolitiske saker. Bladet har ved hver utgivelse hatt tematiske innhold av felles interesse for gastromedisin og kirurger såvels som aktuelle tema. Bladet har vært avhengig av reklameinntekter for driften og driftsregnskapet har gått i god balanse. Våre samarbeidspartnere innenfor industrien har vært svært positive til samarbeidet.

Internett

Internettetsiden har vært drevet av webansvarlig styremedlem *Esben Riise* og har vært brukt som informasjonskanal. Nytt fra foreningen, nyheter, lenker til andre internettsider, samt til elektronisk innmelding i foreningen og påmelding til årsmøtet. Foreningen har egen e-postadresse til innmelding av årsmøteabstrakter via hjemmesiden.

Samarbeid med farmasøytisk industri

NGF har hatt et godt og konstruktivt samarbeide med farmasøytisk industri og utstyrsleverandører, noe som styret ønsker å opprettholde.

Styret NGF, 8. februar 2008

Under festmiddagen på Norsk Gastroenterologisk Forenings kunnngjort hvem som hadde fått stipender:

Olympus reisestipend for 2007 deles mellom:

1. Astrid Rydning, kirurgisk klinikk St.Olavs Hospital får dekket inntil kr 5000 for reise til ESCP (Europiske colorektal møtet) med presentasjon:

2. Roald Flesland Havre, medisinsk klinikk Haukeland Sykehus får dekket inntil kr 10.000 til deltagelse på kurs i endoskopisk ultralyd i Amsterdam

Roche Norge AS. forsknings stipend på kr 25 000 går til et samarbeidsprosjekt som drives av tre søkere.

1. Zbigniew Konopski medisinsk klinikk Aker Universitetsykehus. Stipendet skal benyttes i et prosjekt om anvendelse av FibroScan ved fibrose hos pasienter med kroniske leversykdommer.

2. Jon Willy Haukeland medisinsk klinikk Aker Universitetsykehus. Stipendet skal benyttes i et prosjekt om anvendelse av FibroScan ved fibrose hos pasienter med kroniske leversykdommer.

3. Svein-Oscar Frigstad medisinsk klinikk Aker Universitetsykehus. Stipendet skal benyttes i et prosjekt om anvendelse av FibroScan ved fibrose hos pasienter med kroniske leversykdommer.

Novartis Norges forskningsstipend for 2007 på kr 30 000 tildeles i sin helhet

Dr.med.ass. lege Reidar Fossmark, medisinsk klinikk, St. Olavs Hospital Trondheim.

For studien: "The mechanisms of polypp development in the oxyntic mucosa during acid inhibition"



Glade møtedeltagere

Pasienter som får diagnosen PBC kan ha lett for å svartmale situasjonen

Da er det viktig å formidle at det finnes håp!

Primær biliær cirrhose (PBC) er en alvorlig diagnose. Å få vite at det finnes et behandlingsalternativ som virker, vil gjøre situasjonen litt lysere for disse pasientene. Ursofalk (ursodeoxycholsyre) har i flere studier vist seg å ha gunstig effekt^{1,2,3}. Leverprøvene normaliseres og forandringene i levervevet bremses opp. Spesielt hvis man starter på et tidlig stadium.

Ursofalk – et medisinsk behandlingsalternativ ved PBC.



Referanser: 1. Poupon RE, Journal of Hepatology 2000;32:685-688 – 2. Corpechot C, Hepatology 2000 Dec;32(6):1196-9 – 3. Levy C.L and Lindkor K.D, Curr. Treat Options Gastroenterol. 2003 Apr;6(2):93-103. R. Olsson, Läkartidningen 2002.

www.meda.no

MEDA

Katalogtekst, se side 39.

Norsk ERCP-register – Kvalitetsindikatorer

Tekst: Tom Glomsaker

Hvordan skal vi sikre god kvalitet ved ERCP-prosedyren ved norske sykehus? Kvalitetssikring har på mange måter blitt et moteord. Allikevel er det av stor betydning at vi holder et sterkt fokus nettopp på kvalitet i den daglige praksis i behandling av den enkelte pasient. Dette gjelder kanskje særsilt ved prosedyrer som ERCP, der vi vet at selv i de beste hender vil det være potensielle alvorlige komplikasjoner og i verste fall mortalitet.

ERCP er en ganske ny prosedyre. De første undersøkelser ble utført på begynnelsen av 70-tallet og var diagnostiske prosedyrer (1). Raskt ble en rekke terapeutiske tiltak mulige og i løpet av få år fikk metoden en stor utbredelse til tross for få kontrollerte studier som evaluerte resultatene. På 90-tallet kom det i økende grad rapporter om komplikasjoner til ERCP med komplikasjonsfrekvenser opp mot 10% og mortalitet nær 1% ved terapi(2). Resultatet av dette er at vi i dag har en restriktiv holdning til bruk av ERCP annet enn til terapi og også der må indikasjonsstilling være godt begrunnet.

I Norge gjøres det i dag ca 3500 ERCP prosedyrer pr år fordelt på mange sentra. Disse sentraene har til dels små volumer og hver endoskopør får begrenset erfaring. Når vi leser internasjonal litteratur, kommer denne ofte fra store spesialiserte sentra, der nettopp volumene er store og pasientsleksjonen annerledes. Det vil derfor være vanskelig uten videre å sammenlikne disse erfaringsbaserte dataene med den virkelighet vi lever i. Til tross for dette er det viktig at vi forsøker så godt vi kan å kvalitetssikre det vi gjør og dra den lærdom som er mulig. Åpenhet om egen virksomhet er etter hvert også blitt et krav.

I dette innlegget ønsker vi å fokusere på en amerikansk artikkel fra Baron et al (3) der man har sett på hvilke deler av ERCP-prosedyren som man spesielt bør fokusere på som indikatorer for kvalitetsforbedring. Arbeidet er mye en gjennomgang av de tanker ASGE og ACG har gjort seg de siste årene. Det blir inndelt i pre-, intra og postprosedyre indikatorer. (tabell 1) Disse indikatorene blir kategorisert i forhold til hvilken "evidens-grad" en mener at indikatoren har for predikering av kvalitet. (tabell 2).

Først og fremst må indikasjonsstillingen være etter gjeldende retningslinjer (tabell 3). Det presiseres spesielt tre tilfeller der det ikke er indikasjon (tabell 4). Informert samtykke må finne sted og risiko for pankreatitt, blødning, infeksjon, perforasjon, og behov for kirurgi/hospitalisering må nevnes. Utover dette anbefales det sterkt at man vurderer vanskelighetsgraden på forhånd. Dette fordi det er belegg for å si at høyere vanskelighetsgrad er assosiert med mer komplikasjoner og lavere suksessrate. Uerfarne bør derfor ikke gjøre de vanskeligste prosedyrene. Det anbefales at man gir profylaktisk antibiotika ved kjent eller mistenkt biliær obstruksjon, biliære- eller pankreas lekkasjer og ved pseudocyster/pankreasnekroser.

Når det gjelder intraproedyre-indikatorer er suksessrate ved kanylering, fjerning av steiner og plassering av stent angitt. En må tilstrebe en kanyleringsrate på mer enn 90% og vellykket terapi på mer enn 85%. Precut bør ikke brukes i rutinen og en rate på 10-15% angis for erfarne endoskopører. En mislykket ERCP har substansielle kostnader i form av komplikasjoner, andre prosedyrer og økt hospitalisering.

Når det gjelder post ERCP-prosedyrer, så fokuseres det på komplett dokumentasjon som inkluderer endoskopi rapport, fotodokumentasjon og røntgenbilder. Utover dette må man ha rutiner for pasientinstruksjoner, patologioppfølging, kommunikasjon med alle involverte og ikke minst måling av pasienttilfredshet. Komplikasjonsfrekvenser anses som viktige indikatorer. Det poengteres at raten for post-EPT blødning er ca 2% og risiko øker om pasienten har kolangitt, bruker antikoagulantia mindre enn tre dager før ERCP, koagulopati, og et erfaringsnivå med mindre enn en ERCP pr uke. Kardiopulmonale komplikasjoner er direkte korrelert til ASA-score og viktigheten av adekvat monitorering understrekes.

I artikkelen stilles det en rekke spørsmål til refleksjon i forhold til egen virksomhet og som gjør at en kan bli mer bevisst viktigheten av en systematisk tenkning for å bli bedre. ▶

Tabell 1

Foreslåtte kvalitetsindikatorer og evidens

(Fra Baron & all. ref. 3)

1.	God indikasjon	3
2.	Informert samtykke	3
3.	Estimert vanskelighetsgrad før ERCP	3
4.	Profylaktisk antibiotika	2b
5.	Kanyleringsrate:	
	- ønsket gangsystem	1c
	- bruk av precut	2c
6.	Fjerning av gallegangssteiner	1c
7.	Stentplassering i galleveier	1c
8.	Komplett dokumentasjon	3
9.	Komplikasjonsrater	1c

Tabell 2

Kvalitetsindikatorer og evidens

(Fra Baron & all. ref. 3)

1A, 1B, 1C+, 1C	→	Klar nytte
2A, 2B, 2C	→	Uklar nytte
3 (ekspertuttalelse)	→	Uklar nytte

Gyatt et al, Users guides to medical literature, 2002

Nytt fra fagmiljøene

Oppsummering:

For at ERCP skal være nyttig og effektiv må man ha en høy suksessrate og få komplikasjoner. Dette oppnås ved å ha en prosess for kontinuerlig kvalitetsforbedring. Dette inkluderer utdanningsprogrammer, oppfølging av pasienter og ikke minst registrering av daglig praksis.

Norsk ERCP-register i regi av Gastronet kan være et godt hjelpemiddel for å registrere viktige deler av ERCP-virksomheten lokalt og dermed gi eget miljø indikatorer på om man har god nok kvalitet i virksomheten. Vi vil derfor tillate oss å oppfordre alle sentra i Norge til å tilslutte seg registeret.

Kontaktadresse:

tom@glomsaker.no
Tom Glomsaker
Stavanger universitetssjukehus
Kirurgisk avdeling,
P.O. Box 8100
N-4068 Stavanger
Telefon: 48250264, 05151



Referanser:

1. Koch H, Classen M.

The diagnosis of obstructive jaundice by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in malignant tumours.

Acta Gastroenterol Belg. 1973 Dec;36(12):676-81

2. Freeman ML, Nelson DB, Sherman et al

Complications of endoscopic biliary sphincterotomy N Engl J Med 1996;335:909-18

3. Baron TH, Petersen BT, Mergener K, Chak A, Cohen J, Deal SE, Hoffinan B, Jacobson BC, Petrini JL, Safdi MA, Faigel DO, Pike IM; ASGE/ACG Taskforce on Quality in Endoscopy. *Quality indicators for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Am J Gastroenterol. 2006 Apr;101(4):892-7.*

Tabell 3

Indikasjon ERCP (Fra Baron & all. ref. 3)

- Ikterus pga biliær obstruksjon
- Mistanke om sykdom i galleveier og pankreas på bakgrunn av klinikk, laboratorieprøver og bilddata
- Tegn/symptomer der en mistenker malignitet i pankreas uten at direkte billediagnostikk har vært konklusiv
- Pankreatitt med ukjent etiologi
- Preoperativ evaluering av kronisk pankreatitt og pseudocyster
- Sfinkter Oddi manometri
- Endoskopisk sfinkterotomi
 - gallegangsstein
 - papillestenose eller sfinkter Oddi dysfunksjon som gir symptomer
 - gjennomføre stenting eller ballongdilatasjon
 - sumpsyndrom
 - choledochocele
 - ampulært carcinom hos pasienter som ikke egner seg for kirurgi
 - tilgang til pankreasgangen
- Stentplassering ved strikturer, fistler, gallelekkasje eller store gallegangssteiner
- Ballongdilatasjon av gallegangsstrikturer
- Plassering av nasobiliære dren
- Pseudocystedrenasje hos utvalgte pasienter
- Vevsprøver fra gallegang og pankreasgang
- Pankreasterapi

Tabell 4

Ikke indikasjon ERCP (Fra Baron & all. ref. 3)

- Magesmerter med normale blodprøver/billediagnostikk
 - (kun i en setting med manometri)
- Preoperativt før cholecystektomi
 - (kun ved tegn på CBDS, striktur eller cholangitt)
- Preoperativt for å drenere galleveier der kirurgi er planlagt
 - (kun ved cholangitt og uttalt ikterus med kløe der kirurgi blir forventet forsinket)



NYHET!

Hva du spiser er ditt valg – vi har fordøyelsesenzymene!



Vi lanserer nå **Creon® 10 000** og **Creon® 25 000** som erstatter henholdsvis **Creon®** og **Creon® Forte**.

Suffiksene 10 000 og 25 000 beskriver mengde enheter lipase pr. kapsel. Creon® 10 000 og Creon® 25 000 kommer uten hjelpestoffet dibutylftalat (DBP). DBP tilhører den kjemiske gruppen ftalater. I dyrestudier er det vist at stoffet kan være skadelig for forplantningsevnen hos rotter. Se ellers: Statens legemiddelverk, 21.03.2007, www.legemiddelverket.no (søkeord: Legemidler og ftalater).

Da Norge er et av de første landene hvor de nye produktene introduseres, er det usikkert når parallellimporterte produkter kan leveres uten DBP.

INDIKASJONER

Sekretorisk pankreasinsuffisiens med malabsorpsjon, cystisk fibrose.

Les pakningsvedlegget nøye.


Creon®
Your Proven Partner


SOLVAY
SOLVAY PHARMA

Solvay Pharma AS
Hamang Terrasse 55
PB 248, 1301 Sandvika
Telefon: 67 52 12 20
www.solvay.no

IBD8-symposium i Marbella 22. til 24. november

Tekst: Dr Peter Ricanek, Gastromedisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus, Dr Isaac Essilfie og Dr Birgitte Elise Grinde Emken, Gastromedisinsk avdeling, Haukeland Univ sykehus,

22. november reiste en gruppe av oss til IBD-symposiet, som arrangeres annethvert år, denne gang på Spanias solkyst, nærmere bestemt i Marbella. Vi var 11 leger spredt fra hele Norge, og med 10 mannlige og 1 kvinnelig deltaker, avspeilet sammensetningen nok den skjeve kjønnsfordelingen som vi fortsatt har innenfor gastrofeltet.

De yngste av oss reiste med store forventninger og håp om aktualisert kunnskap om sykdommene, og samtidig noe hverdagsvisdom hentet fra våre eldre kollegaer.

Allerede på flyet fikk vi ufrivillig befatning med gastrointestinale plager, idet en i reisefølget utviklet akutt matforgiftning og ble en hyppig gjest på flyets mikroskopiske toalett...

Det var et tett pakket program, som gikk over to dager med kjente og dyktige forelesere. Første sesjon, som skulle belyse mulige etiologiske og patofysiologiske mekanismer bak IBD, bekreftet nettopp hvilket kompleks organ vi har med å gjøre. Med titler som "Chaos in the gut" og "Restoring order in the gut" omfattet sesjonen komplekse teorier om interaksjoner mellom immun forsvaret, genetisk disposisjon og miljøfaktorer som årsak til IBD. Med en blandning av mikrobiell flora, uttallige interleukiner, TNF- og NOD2 ble denne sesjonen nokså kompleks.

I foredraget om bruk av blod- og fekaldiagnostikk, ble det poengtert at serologiske markører ikke brukes rutinemessig for å stille IBD-diagnosen, men i fremtiden kan tenkes å kunne brukes som prediktorer med henblikk på sykdomsforløp. Man hadde dessuten tro på at det i fremtiden kan bli aktuelt å bruke immunfenotyping for å bestemme undergrupper av Crohns sykdom/Ulcerøs colitt, og dermed kunne bestemme en helt individuell behandling for hver enkelt pasient.

Innenfor genetikk og immunologi, har man fortsatt mye forskningsmateriale. Siden den nåværende tilgjengelige behandling bare gir remisjon, som vedvarer en viss tid etter avsluttet immunsuppressiv behandling, kan det være andre angrepspunkt i im-

munsystemet som vil kunne gi vedvarende remisjon og som det fortsatt gjenstår å prøve ut.

Det ble også presentert resultater fra tvillingstudier med diskusjon av genetiske faktorer kontra miljøfaktorer, hvor det viser seg at konkordansen mellom eneggete tvillinger for å utvikle Crohns sykdom og Ulcerøs colitt ligger på henholdsvis 50 og 15%. Samtidig viser det seg at tvillingene med Crohns sykdom utvikler lik fenotypisk sykdom, mens tvillingene med Ulcerøs colitt ofte har ulik sykdomsutbredelse. Dette indikerer at de genetiske faktorene er viktigere for utvikling av Crohns sykdom enn for utvikling av Ulcerøs colitt.

I en kritisk gjennomgang av nye endoskopiske metoder, ble kapselendoskopi fremhevet som gullstandard for diagnostikk av mucosafekter ved Crohns sykdom i tyntarm. Samtidig ble det påpekt at det hos 10% av friske mennesker kan påvises tyntarmserosjoner, noe som kan ha over 40 forskjellige patologiske årsaker. Ellers ble tykktarmskapselendoskopi (PillCam COLON capsule) nevnt, likeledes et leddet skop (NeoGuideEndoscope) hvor systemet hele tiden måler hvor dypt skopet er installert og samtidig posisjonen til koloskopets tupp. På denne måten konstrueres et tredimensjonalt kart som styrer fleksjonen til resten av skopet etter hvert som dette føres videre. Slik unngår man strekk i tarmen. I tillegg ble engangsskopet Invendo Medical med mulighet for biopsi og terapi nevnt, samt et skop med innebygget propulsjon (Aer-O-Scope), som skulle overflødiggjøre en erfaren skopør, men som dessverre ikke er utstyrt med arbeidskanal.

I foredrag om diagnostikk og screening av malignitet ved IBD ble det lagt vekt på mer målrettede biopsier

ved hjelp av kromoendoskopi, NBI (narrow band imaging), autofluorescence og konfokal endomikroskopi, siden sannsynligheten for positive funn ved tilfeldige, spredte biopsier uten makroskopiske funn er svært liten.

Den andre dagen konsentrerte foredragsholderne seg om bedre bruk av etablerte terapiformer og det å skreddersy biologiske preparater.

Man argumenterte for at behandlingsmål, både ved Crohns sykdom og Ulcerøs colitt, skal være mucosal tilheling og ikke bare symptomlindring. Det er vist at dette forsinker nye residiv, fra gjennomsnittlig 4 mnd. uten tilheling av mucosa, til gjennomsnittlig 19-20 mnd. ved inkomplett eller komplett mucosatilheling. Likevel er det viktig å huske at komplett tilheling kan forsinke residiv, men fortsatt ikke kurere sykdommen.

Sammenligninger mellom forskjellige behandlingsstrategier har vist at man ved "top-down"-terapi, hvor alle pasientene først behandles med det mest effektive behandlingsalternativ, som TNF- -hemmere, oppnår prosentvis mer remisjon enn ved "step-up"-terapi. I en del land har man imidlertid restriksjoner mot denne behandlingsstrategien, siden dette betyr høyere behandlingskostnad. En del pasienter vil bli behandlet på et høyere trinn enn nødvendig. Det hersker derfor uenighet om hvilken behandlingsstrategi som er den beste.

Når det gjelder varigheten av Azathioprine-behandlingen, er det vist at pasienter med CRP >20 og Hb <10 har høyere fare for residiv etter seponering. Man anbefaler derfor å behandle disse utover 4 år, som ellers er anbefalt varighet av vedlikeholdsbehandling etter oppnådd remisjon.

Dette er kun et lite utdrag av mange sentrale tema som ble behandlet under symposiet. Fremfor alt forstår vi, at her fortsatt er mye utforsket land. Sannsynligvis har man funnet svar på noen flere gåter ved IBD9 om 2 år. ■



Stranden i Marbella i november



Lunsj i Marbella



Fra venstre: Assistentlege Birgitte Elise Grinde Emken, professor Tom Øresland, seksjonsoverlege Svein Størset og assistentlege Isaac Essilfie

Advancing Smooth Surgery

Harmonic
FOCUS™

Keep Your **FOCUS™**

**Precisely dissect, coagulate, and cut
without exchanging instruments**

- Feels like traditional fine dissection instruments
- Safer dissection near vital structures compared with electrosurgery
- Reliably seals and divides 5 mm vessels, as well as lymphatics



Nye doktorgrader

Det forsvarer stadig nye avhandlinger innen fordøyelsessykdommer og gastroenterologisk kirurgi. Vi ønsker å presentere et sammendrag av dem her. Dessverre har vi kun fått tittelen på noen av dem, men det vil selvfølgelig være mulig å få presentert sammendraget i senere nummer.

Universitetet i Oslo

Cand. Med. Ole Høie ved Fakultetsdivisjon Rikshospitalet, Medisinsk avdeling Sørlandet sykehus Arendal, forsvarte sin avhandling:

“The Natural Course of Ulcerative Colitis. A European Population-Based Study”

for graden ph.d. (philosophiae doctor) 14. desember 2007.

Gunstig sykdomsforløp hos pasienter med kronisk tarmbetennelse (ulcerøs kolitt). Resultater fra en europeisk befolkningsbasert studie. Pasienter med kronisk tarmbetennelse (ulcerøs kolitt) synes ut til å ha et godartet sykdomsforløp med hensyn til risiko for operasjon, tilbakefall av symptomer og overlevelse. Undersøkelsen er utført av Europeisk samarbeidsgruppe for studier av kronisk tarmbetennelse (EC-IBD) som har undersøkt 10 års sykdomsforløp for 781 pasienter er fra 6 europeiske land og Israel. Et stort antall faktorer har vært analysert med hensyn til mulig innvirkning på sykdomsforløpet.

Ti års overlevelse for UC pasientene var ikke forskjellig fra bakgrunnsbefolkningen. Død av lungesykdom og hos kvinner over 80 år ved diagnosen syntes å være økt. Det ble ikke funnet noen overdødelighet av kreftsykdom eller av kronisk tarmbetennelse. Ulcerøs kolitt som dødsårsak syntes å være forbundet med kirurgiske komplikasjoner.

Totalt fikk 9% av pasientene fjernet tykktarmen, risiko for å bli operert var dobbelt så stor i Nord-Europa som i Syd-Europa. Pasienter med utbredt tarmbetennelse hadde større risiko for å bli opererte enn pasienter med begrenset sykdom.

En tredel av pasientene fikk ingen tilbakefall av symptomer som trengte behandling. Risiko for å få tilbakefall var størst for pasienter med diagnose før 30 års alder, kvinner, høy utdannelse og for eks-røykere. Pasienter med tidlig tilbakefall hadde økt risiko for å få flere tilbakefall senere i forløpet.

Det syntes å være en sammenheng mellom risiko for tilbakefall og positiv serologisk blodprøve (p-ANCA). Imidlertid var forekomsten av en slik positiv prøve lav blant våre pasienter.

I behandlingen av UC er det ønskelig å undersøke om intensiv behandling med medikamenter fra diagenesetidspunkt kan gi et mer gunstig sykdomsforløp. Videre må nødvendigheten av kirurgi vurderes nøye. Livsforsikringsselskapene bør revurdere om restriksjoner i forhold til pasienter med kronisk tarmbetennelse fortsatt kan forsvarer.

Cand.med. Espen Burum-Auensen ved Fakultetsdivisjon Rikshospitalet forsvarte sin avhandling:

“Expression of spindle proteins in colorectal carcinogenesis and their association to DNA aneuploidy”

for graden ph.d. (philosophiae doctor) 25. januar 2008.

Celledeling overvåkes av kontrollmekanismer (spindle checkpoints) som sikrer at dattercellene blir helt like kopier, og at antall kromosomer og mengden arvestoff (DNA) i dattercellene er identiske. Mange kreftceller har for mye eller for lite arvestoff, de er såkalte DNA aneuploide celler. Dette blir av mange sett på som en tidlig forandring ved utvikling av kreft. Mekanismene som forårsaker dette fenomenet er for det meste ukjente. Hensikten med denne studien var å undersøke om feilfunksjon av proteiner som regulerer fordelingen av arvestoff under celledeling kan være knyttet til utviklingen av DNA aneuploidi og kreft. Kunnskap om hvordan celler utvikler aneuploidi kan bidra til å oppdage kreft på et tidlig stadium, måle effekten av behandling og muligens også brukes i screening av pasienter med høy risiko for kreftutvikling.

En god metode for å undersøke spindelproteinene Aurora A, Aurora B, Mad2 og BUB1B i formalinfiksert vev var ikke etablert, hvorfor vi først utviklet og etablerte en protokoll for immuneteksjon av proteinene. I tykktarmslimhinne fra pasienter med langvarig ulcerøs kolitt observerte vi at mengden av Aurora A var redusert mens BUB1B økte signifikant ved overgangen fra ikke-dysplastisk til dysplastisk slimhinne. Ekspresjonsmonstret observert for Aurora A og BUB1B i dysplastisk slimhinne kan være en biologisk markør for utviklingen av dysplasi i pasienter med langvarig ulcerøs kolitt.

I sporadisk tykktarmskreft var nivået av alle spindelproteinene signifikant forøket i kreftsvulster i forhold til normal slimhinne, og mengden av BUB1B var betydelig lavere i svulster med aneuploid DNA i forhold til svulster med diploid DNA. Økt ekspresjon av Aurora A og redusert ekspresjon av Aurora B var knyttet til dårlig prognose. Redusert nivå av BUB1B i aneuploide svulster er forenlig med funn fra andre studier som konkluderer med at tap av kontrollmekanismene under celledeling kan være årsaken til utviklingen av DNA aneuploidi og kreft.

Cand.med. Anne Negård forsvarte sin avhandling: **“Magnetic resonance imaging of the small bowel in Crohn’s disease”** ved Fakultetsdivisjon Ullevål universitetssykehus 12. februar 2008

Bruk av magnetisk resonanstomografi ved diagnostikk av Crohn’s sykdom

Hvert år blir ca 230 nye pasienter med Crohn’s sykdom diagnostisert i Norge. Crohn’s sykdom er en kronisk inflammatorisk tarmlidelse og pasientene trenger livslang oppfølging. Hittil har røntgen vært den vanligste måten å kartlegge tynntarmen på hos disse pasientene, men røntgen har diagnostiske begrensninger og representerer strålebelastning. MRT har de siste årene blitt introdusert som et nytt undersøkelses alternativ.

For å vurdere treffsikkerheten til denne nye diagnostiske metoden ble 60 MRT undersøkelser fra perioden 2003 til 2005, retrospektivt samlet inn og vurdert av erfarne og uerfarne radiologer. I dette arbeidet har vi vist at magnetisk resonanstomografi (MRT) ved tynntarmssykdom hos pasienter med Crohn’s sykdom, er en god undersøkelsesmetode. Det er viktig med opplæring av radiologene før de tolker bildene. En forenklet utførelse av metoden er å foretrekke fordi den diagnostiske treffsikkerheten var god og fordi pasientene rapporterte mindre bivirkninger etter denne enklere metoden.

I tillegg ble en sammenligning av 2 MRT metoder, en enklere teknikk der pasienten drakk kontrast og en annen der kontrasten ble installert via magesonde, gjennomført. Her ble 40 pasienter med Ullevål universitetssykehus fortløpende undersøkt med disse 2 metodene.

Funnene fra våre studier er viktige for at MRT av tynntarm skal bli etablert som et diagnostisk tilbud og brukt i oppfølgingen av pasientene med Crohn’s sykdom. Dette vil bedre diagnostikken, redusere røntgenstrålebelastningen og redusere pasientenes ubehag knyttet til undersøkelsene.

Universitetet i Trondheim

Cand.med. Ingebjørg S Juel, Institutt for kreftforskning og molekylær medisin NTNU, forsvarte sin avhandling:

“Intestinal injury and recovery after ischemia - An experimental study on restitution of the surface epithelium, intestinal permeability, and release of biomarkers from the mucosa”

12. juni 2007

Universitetet i Tromsø

Cand.med. Rasmus Goll, Institutt for klinisk medisin forsvarte avhandlingen:

“The antral immune response in patients with H. pylori infection”

for dr. med. graden fredag 23. november 2007

Cand.med. Stig Norderval forsvarte avhandlingen:

“The injured female anal sphincter – incontinence after primary repair of obstetric sphincter tears and ultrasonographic classification of sphincter defects”

for graden PhD 21. september 2007

Cand.med. Sonja Eriksson Steigen forsvarte avhandlingen:

“Gastrointestinal Stromal Tumors. An Epidemiologic, Immunohistochemical, Morphometric and Genetic Analysis”

for dr. med. graden fredag 22. februar 2008

The XL Nordic Meeting of Gastroenterology 3-6 June 2009 Stavanger, Norway

Photo: Kristinn Eiriksson, Production: Congrex Sweden AB / Informationsbolaget Nyberg & Co

www.congrex.com/ngc2009



Forskningsstipend 2008

Søknadsfrist: 1. mai 2008

Om Forskningsfondet for cøliaki

Forskningsfondet for Cøliaki ble stiftet med det formål å fremme forskning innen medisinsk, ernæringsmessig eller sosial sektor. Forskningsfondet er opprettet ved hjelp av innsamlede midler og gaver i 1979. Fondet har eget styre som foretar utdeling av stipend en gang i året.

Midler 2008

For 2008 er det vedtatt at det kan deles ut inntil kr 150.000,-. Forskningen må særlig rette seg mot medisinske, ernæringsmessige eller sosiale sider ved diagnosen cøliaki.

Søknaden må være skriftlig og begrunnet, og vedkommende som får stipendet må kunne avgi rapport om bruk av pengene.

Henvendelse

NCFs kontor er sekretariat for fondets styre. Ta kontakt med oss hvis du kan tenke deg å gjennomføre et forskningsprosjekt på dette området, eller send søknad direkte til:

Forskningsfondet for cøliaki

Postboks 4725 Nydalen, 0421 Oslo

Telefon 22 79 91 70

Fax 22 79 93 95

E-post post@ncf.no



Standards in gastroenterology training: A comprehensive guide to basic standards in gastroenterology

Draft document prepared by:

Elena Fosman, MD

(Montevideo, Uruguay, March 2003; Orlando, Florida, USA, May 2003, October 2003, May 2004)

and

Roque Sáenz, MD

(Santiago, Chile, March 2003; Orlando, Florida, USA, May 2003, October 2003)

Revised by:

Cihan Yurdaydin, MD

(Ankara, Turkey, 2007; Washington, DC, USA) and

Tadahiko Kozu, MD.

Published: 05 December 2007,
Munich, Germany.

For informasjon, se:

www.legeforeningen.no/gastro




UNITED EUROPEAN
GASTROENTEROLOGY
FEDERATION

UEGW

VIENNA 2008

16th United European
Gastroenterology Week

 18 - 22 October 2008
Austria Centre Vienna
www.uegf.org

Forhåndsannonsering av seminar om masseundersøkelse for colorectal kreft

Det pågår en debatt i Norge om behovet for å etablere et program for masseundersøkelse for colorectal kreft, på hvilket grunnlag og med hvilke metoder.

SHdir vil gjennom Kreftstrategien gjennomføre et seminar for å få mer kunnskap om evt. innføring av et nasjonalt masseundersøkelsesprogram for colorectal kreft. Dette seminaret er planlagt gjennomført torsdag 8. mai 2008, kl. 10.00 – 18.00 og vil trolig foregå i Oslo på Scandic Edderkoppen hotell.

For at ulike aktører skal ha mulighet til å planlegge evt. deltakelse vil SHdir med dette informere om seminaret. Det beregnes plass

for inntil 100 deltakere. Det vil senere komme en formell invitasjon med endelig program for påmelding.

Utenom Den norske legeforening er det følgende adressater for denne forhåndsannonseringen:

Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsenteret, Kreftregisteret, Kreftforeningen, fagdirektører i regionale helseforetak, fagdirektører i helseforetak, avdelingsoverleger ved kreftavdelingene, seksjons- /avdelingsoverleger ved gastrokirurgiske- og gastroenterologiske avdelinger og seksjons- avdelingsoverleger ved radiologiske avdelinger.

SHdir sender et eget brev til Den norske legeforening for å sikre at de ulike fagmedisinske foreningene som kan være aktuelle mottar forhåndsannonseringen. SHdir ber Den norske legeforeningen vurdere hvilke fagmedisinske foreninger som bør motta denne informasjonen. SHdir oppfatter at bl.a. følgende foreninger kan være aktuelle:

Norsk kirurgisk forening, Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi, Norsk gastroenterologisk forening, Norsk onkologisk forening, Norsk forening for allmenntilleggsmedisin, Norsk forening for medisinsk biokjemi, Den norske patologforening og Norsk radiologisk forening.

Med hilsen
Cecilie Daae e.f.
avdelingsdirektør
Leif Nordbotten
rådgiver



Seminar: Colorectal cancer-screening

Må vi i gang i Norge - på hvilket grunnlag og med hvilken metode?

Tidspunkt: Torsdag 8.mai **Sted:** Hotell Scandic Edderkoppen i Oslo sentrum

Tid	Foredrag	Foredragsholder
09.30 – 10.00	Registrering	
10.00 – 10.25	Screening for tidlig påvisning av kreftsykdom – gevinster og problemområder	Lars Vatten
10.25 – 10.35	Spørsmål	
10.35- 11.15	Colorectalcancer screening – politikk og vitenskap (behov, dokumentasjon og internasjonal status)	Anders Ekbo
11.15 – 11.25	Spørsmål	
11.25 - 11.40	Kaffe	
11.40 – 12.05	Colorectalcancer–screening i et norsk perspektiv. Erfaringer med TPS-I og NORCCAP-studiene.	Geir Hoff
12.05 – 12.15	Spørsmål	
12.15 - 12.55	Erfaringer fra etablerte screeningsprogrammer basert på FOBT	Foreleser fra annet europeisk land
12.55 – 13.05	Spørsmål	
13.05 – 14.00	Lunsj	
	Alternative og framtidige metoder for tidlig påvisning av colorectalcancer:	
14.05 – 14.25	Bildedagnostikk/CT/MRI	Anders Drolsum
14.25 – 14.45	Gentesting/biomarkører	Ragnhild Lothe
14.45 – 14.55	Spørsmål	
14.55 - 15.10	Kaffe	
15.10- 15.40	Nødvendige kvalitetskrav og kvalitetsikring	Michael Bretthauer
15.40 – 15.50	Spørsmål	
15.50 – 16.20	Helseøkonomi: kost-nyttebetraktninger	Eline Aas
16.20 – 16.30	Spørsmål	
16.30 – 17.30	Debatt	
17.30 – 18.00	Oppsummering	

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) sammen med Norsk Infeksjonsmedisinsk Forening (NIF) 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 komiteen ved Bjørn Moum
bjorn.moum@medisin.uio.no innen 15. april 2008

§ 4

Tildeling av stipendet til minne om Finn Grasmo skal offentliggjøres på NGFs respektive NIFs årsmøte samt kunngjøres i NGF-Nytt og i Pest-posten. Schering-Plough AS skal nevnes som bidragsyter i kunngjøringen.

§ 5

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

§ 6

Vedtektene vil være gjenstand for revisjon etter 5 år.

Eiksmarka, 20.juni 2007

Frode Hellesnes

Administrerende direktør Schering-Plough AS
Leder Norsk Infeksjonsmedisinsk Forening
Leder Norsk Gastroenterologisk Forening

Humira «Abbott»

Immunsuppressivt middel.

ATC-nr.: L04A A17

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 40 mg/0,8 ml: Hver ferdigfylte penn/sprøyte inneholder 40 mg mannitol, sitronsyremonohydrat, natriumsulfat, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, natriumklorid, polysorbat 80, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Reumatoid artritt, psoriasis artritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og psoriasis, se SPC. Crohns sykdom: Behandling av alvorlig aktiv Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat behandling med et kortikosteroid og/eller et immunsuppressivt legemiddel, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjoner mot slik behandling. Ved induksjonsbehandling bør adalimumab gis i kombinasjon med kortikosteroider. Adalimumab kan gis som monoterapi ved intoleranse mot kortikosteroider eller når fortsettelse av behandling med kortikosteroider ikke er hensiktsmessig. **Dosering:** Crohns sykdom: Anbefalt induksjonsregime er 80 mg initialt (ved uke 0) etterfulgt av 40 mg annenhver uke (fra uke 2). Ved behov for rask behandlingsrespons kan følgende dosering brukes: 160 mg i uke 0 (dosen kan gis som 4 injeksjoner i løpet av 1 dag eller 2 injeksjoner pr. dag i 2 påfølgende dager), og 80 mg i uke 2. Risikoen for bivirkninger er høyere ved denne induksjonsdoseringen. Anbefalt dose etter induksjonsbehandling er 40 mg s.c. annenhver uke. I løpet av vedlikeholdsbehandling kan kortikosteroider gradvis seponeres i.h.t. kliniske retningslinjer. Enkelte pasienter som erfarer redusert respons kan ha nytte av en doseøkning til adalimumab 40 mg hver uke. For andre indikasjoner: se SPC. Eldre: Det er ikke nødvendig med justering av dosen. Nedsatt nyre- og leverfunksjon: Erfaring mangler. Barn og ungdom: Ingen erfaring med barn. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for et eller flere av innholdstoffene. Aktiv tuberkulose eller annen kraftig infeksjon som sepsis, samt opportunistiske infeksjoner. Moderat til alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse III/IV). **Forsiktighetsregler:** Pasienten må overvåkes nøye med henblikk på mulige infeksjoner, deriblant tuberkulose, før, under og etter behandlingen. Da eliminering av adalimumab kan ta opp til fem måneder, bør overvåking fortsette ut denne perioden. Behandling med adalimumab bør ikke innledes hos pasienter med aktive, kroniske eller lokaliserte infeksjoner, før infeksjonene er under kontroll. Pasienter som utvikler en ny infeksjon i løpet av behandlingen bør overvåkes nøye. Dersom pasienten utvikler en ny alvorlig infeksjon bør behandlingen seponeres inntil infeksjonene er under kontroll. Legen bør utvise varsomhet i forbindelse med bruk av preparatet til pasienter som har hatt gjentatte infeksjoner eller som har underliggende lidelser som predisponerer for infeksjoner, inkl. samtidig bruk av immunsuppressive legemidler. Det er påvist økt risiko for alvorlige infeksjoner hos pasienter som får adalimumab. Spesielt viktige er infeksjoner som pneumoni, pyelonefritt, septisk artritt og septikemi. Tilfeller av tuberkulose er rapportert. De fleste tuberkulosestilfellene er ekstrapulmonale, dvs. disseminerte. Alle pasienter må vurderes med henblikk på både aktiv og latent tuberkulose infeksjon før behandling med adalimumab innledes. Hvis latent tuberkulose mistenkes, bør lege, ekspert på tuberkulose, konsulteres. Hvis inaktiv/latent tuberkulose diagnostiseres må nødvendig behandling for latent tuberkulose startes med antituberkuloseprofilakse, før behandling med adalimumab begynner og i.h.t. lokale retningslinjer. Hos pasienter som har flere eller signifikante risikofaktorer for tuberkulose og har en negativ test for latent tuberkulose, bør antituberkuloseterapi vurderes før start av behandling med adalimumab. Alvorlige opportunistiske infeksjoner, f.eks. pneumocystis carinii-pneumoni, disseminert histoplasmose, listeriose og aspergillose, er rapportert. Dersom pasienten viser forlengede/avvikende symptomer/sykdomstegn på infeksjoner eller generell forverring, må alminnelig opportunistisk behandling vurderes. Reaktivert eller hepatitt B har forekommet hos pasienter som er kroniske bærere av viruset og som behandles med TNF-antagonister. Noen tilfeller var fatale. Pasienter med risiko for HBV-infeksjon, bør utredes for HBV-infeksjon før start av behandling med adalimumab. HBV-bærere som krever behandling med adalimumab bør overvåkes nøye m.h.t. sykdomstegn og symptomer på aktiv HBV-infeksjon under behandlingen, og flere måneder etter avsluttet behandling. Adalimumab bør seponeres hos pasienter som utvikler HBV-reakivering og effektiv antiviralterapi med passende støttebehandling bør startes. Forskrivende lege bør utvise varsomhet ved bruk til pasienter med tidligere eksisterende eller nylig oppståtte symptom på demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet. Beskyttelsesnettet over sprøytespissen inneholder naturgummi (lateks). Dette kan forårsake alvorlige allergiske reaksjoner hos pasienter som er sensitive for lateks. Mulig risiko for utvikling av lymfomer eller andre maligniteter kan ikke utelukkes. Alle pasienter, særlig de med en tidligere omfattende immunsuppressiv terapi eller psoriasispatienter med en tidligere PUVA-behandling, bør undersøkes for nærvær av ikke-melanom hudkreft, før eller under behandling med adalimumab. Sjeldne tilfeller av pancytopeni inkl. aplastisk anemi er rapportert med TNF-antagonister. Alle pasienter bør rådes til øyeblikkelig å søke medisinsk hjelp hvis de utvikler tegn og symptomer på blod dyskrasier (f.eks. vedvarende feber, blodtredelser, blodninger, blodall) under behandling med adalimumab. Seponering av behandling med adalimumab bør vurderes hos pasienter med bekreftede hematologiske verdier signifikant avvikende fra normalområdet. Samtidig administrering av levende vaksine anbefales ikke, da data mangler. Ved samtidig bruk av en TNF-antagonist har det vært observert forverret hjertesvikt og økt mortalitet pga. hjertesvikt. Det bør utvises varsomhet ved bruk av adalimumab hos pasienter med lett hjertesvikt (NYHA klasse I/II). Behandlingen skal seponeres hos pasienter som utvikler nye eller forverrede symptomer på hjertesvikt. Videre behandling med adalimumab skal stoppes dersom pasienten utvikler symptomer på lupuslignende syndrom og er positiv for antistoffer mot dobbeltkjedet DNA. Sikkerhet og effekt av anakinra brukt i kombinasjon med adalimumab er ikke klarlagt. Kombinasjonen anbefales derfor ikke. Manglende respons på behandling av Crohns sykdom kan indikere en vedvarende fibrotisk striktur som kan kreve kirurgisk behandling. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Bruk under graviditet anbefales ikke. Kvinner i fruktbar alder anbefales sterkt å benytte hensiktsmessig prevensjon under behandlingen og fortsette å bruke det i minst 5 måneder etter sistebehandling. Overgang i morsmelk: Ukjent. Amning skal unngås i minst 5 måneder etter sistebehandling. **Bivirkninger:** Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. smerte, hevelse, rødhet og kløe). Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, abdominal smerte, diaré, stomatitt og sår i munnen. Hud: Utslett, kløe. Lever: Stigning i leverenzymmer. Luftveier: Infeksjoner i nedre luftveier (inkl. pneumoni, bronkitt), øvre luftveisinfeksjon, hoste, smerter i nasofarynx. Muskel-skjelettsystemet: Muskelskjelettsmerter. Neurologiske: Svimmelhet hodepine, neurologisk sanseforstyrrelse (inkl. parestesier). Øvrige: Virale infeksjoner (inkl. influensa, herpesinfeksjoner), candidiasis, bakterielle infeksjoner (inkl. urinveisinfeksjoner), pyreksi, tretthet (inkl. asteni og sykdomsfølelse). Mindre hyppige: Blod: Nøytropeni (inkl. agranulocytose), leukopeni, trombocytopeni, anemi, lymfadenopati, leukocytose, lymfopeni. Gastrointestinale: Rektale hemoroider, oppkast, dyspepsi, luftproblemer, obstipasjon. Hud: Urticaria, psoriasis, ekkymose og blodtredelser, purpura, dermatitt og ekssem, hårfall. Hørsel: Ørebesvær (inkl. smerte og hevelse). Luftveier: Astma, dyspné, dysfoni, tett nese. Metabolske: Hypokalemi, økte lipider, appetittsykdommer (inkl. anoreksi), hyperurikemi. Neurologiske: Synkope, migræne, tremor, søvnforstyrrelser. Psykiske: Sinnslidelse, angst (inkl. nervøsitet og agitasjon). Sirkulatoriske: Arytmi, takykardi. Hypertensjon, «flushing» og hematomer. Syn: Synslidelse, okulære sanseforstyrrelser, infeksjon, irritasjon eller inflammasjon i øye. Urogenitale: Hematuri, nedsatt nyrefunksjon, blåære- og urethrasymptomer. Forstyrrelser i menstruasjonssyklus og uterinblødning. Øvrige: Sepsis, opportunistiske infeksjoner (inkl. tuberkulose, histoplasmose) abscess, ledinfeksjon, hudinfeksjon (inkl. cellulitt og impetigo), overflatiske soppinfeksjoner (inkl. hud, negl og føtter). Systemisk lupus erythematosus, angioødem, hypersensitivitet mot legemiddel. Hudpapillomer. Brystmerter, ødem, influensalignende sykdom. Tilfeldig skade, svekket helbredelse. Sjeldne (<1/1000): Glaucom, hudkreft, forstyrrelse i bukspyttkjertel, protein i urin. For ytterligere informasjon se SPC. **Overdosering/Forgiftning:** Dosebegrensede toksisitet er ikke observert. Høyeste doseringsnivå som har vært undersøkt er multiple intravenøse doser på 10 mg/kg. Egenskaper: Klassifisering: Selektivt immunsuppressivt middel. Adalimumab er et rekombinant humant monoklonalt antistoff. Halveringstid: Ca. 2 uker. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap ved 2-8°C. Oppbevar sprøyten i ytteremballasjen. Må ikke fryses. **Andre opplysninger:** Leveres både i ferdigfylte penner og ferdigfylte sprøyter klare for bruk. **Pakninger og priser:** Ferdigfylte penner: 2 x 0,8 ml, hver med et injeksjonstørk i blisterpakning, kr. 11033,70. Ferdigfylte sprøyter: 2 x 0,8 ml, hver med et injeksjonstørk i blisterpakning, kr. 11033,70. **Sist endret:** (12.feb.2008)



C Colazid «Shire»
Antiinflammatorisk middel.
ATC-nr.: A07E C04

T KAPSLE: Hver kapsel inneholdt: Balsalaziddinatrium 750 mg tilsv. mesalazin 262,5 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Mild til moderat ulcerøs kolitt.

Dosering: *Kapslene skal svelges hele sammen med eller etter mat.* **Voksne:** 3 kapsler 3 ganger daglig inntil remisjon eller i maks. 12 uker. *Vedlikeholdsbehandling:* 2 kapsler 2 ganger daglig. Dosen kan justeres avhengig av individuell klinisk respons. Tilleggs effekt er sett ved doser opptil 6 gram daglig. Rektale eller orale steroider kan om nødvendig gis samtidig. **Eldre:** Dosejustering er ikke nødvendig. **Barn:** Anbefales ikke til barn.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor noen av innholdsstoffene eller metabolitter av disse, inkl. mesalazin. Kjent overfølsomhet for salisylater. Alvorlig leversykdom, moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Graviditet og amming.

Forsiktighetsregler: Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med astma, blødningsforstyrrelser, aktiv ulcussykdom, mildt nedsatt nyrefunksjon eller påvist leversykdom. Blodcelletelling, BUN/kreatinin- og urinanalyser må utføres regelmessig. Pasienter skal bes om å melde fra om uforklarlige blødninger, blåmerker, punktblødninger i huden, sår hals, feber eller uvelhet som oppstår under behandlingen. Blodcelletelling samt seponering av medisineren må skje umiddelbart ved mistanke om bloddyskрази. Biotilgjengeligheten av balsalazid og dets metabolitter kan øke hvis preparatet tas fastende. Tas derfor fortrinnsvis sammen med mat.

Interaksjoner: Det anbefales å kontrollere plasmaverdiene for digoksin hos digitaliserte pasienter ved oppstart med preparatet. Den blodsukkersenkende effekten av sulfonylurea kan forsterkes. Interaksjon med kumariner, metotretsat, probenecid, sulfonpyrazon, spironolaktone, furosemid og rifampicin kan ikke utelukkes. En økning av uønskede glukokortikoid effekter på magen er mulig.

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. *Overgang i placenta:* Sikkerheten under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonstoksiske effekter. *Overgang i morsmelk:* Den aktive metabolitten går over. Det er sett bivirkninger hos barn som ammes.

Bivirkninger: Bivirkningene antas å være de samme som for mesalazin. *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Mavesmerter, diaré, kvalme, oppkast. Neurologiske: Hodepine. *Sjeldne (<1/1000):* Blod: Bloddyskrasier, leukopeni, nøytropeni, trombocytopeni, agranulocytose, aplastisk anemi. Gastrointestinale: Pankreatitt, forverring av kolitt. Hud: Alopeci. Lever: Forhøyede leverenzymverdier, hepatitt, kolelittiasis. Luftveier: Bronkospasme, allergisk alveolitt. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Neurologiske: Neuropati. Sirkulatoriske: Myokarditt, perikarditt. Urogenitale: Interstitiell nefritt. Øvrige: Allergiske reaksjoner, utslett, lupus erythematosus-lignende syndrom.

Overdosering/Forgiftning: Begrenset erfaring med overdosering. *Symptomer:* Kvalme, brekninger, diaré, samt forsterkning av beskrevne bivirkninger. *Behandling:* Ventrikkeltømming, ev. gis kull, samt symptomatisk behandling.

Egenskaper: *Klassifisering:* Balsalazid består av mesalazin bundet til bæreremolekylet 4-aminobenzoyl-L-alanin (4-ABA) via en azobinding. Mesalazin er et antiinflammatorisk middel med lokal virkning på tarmmucosa. *Virkningsmekanisme:* Bakteriell azoreduksjon frigjør mesalazin som aktiv metabolitt i tarmen. Balsalazid og bæreremolekylet har ingen farmakodynamiske effekter. *Absorpsjon:* Systemisk opptak av balsalazid er lavt (<1%). Opptil 20% av det frigjorte mesalazin og 6% av 4-ABA absorberes. Systemisk opptak av balsalazid og dets metabolitter øker noe ved faste. *Proteinbinding:* For mesalazin ca. 40%, for acetylt metabolitt ca. 80%. Farmakokinetikken for balsalazid påvirkes ikke av genetisk polymorfisme eller al-der. *Halveringstid:* For mesalazin i plasma ca. 1 time, for acetylt metabolitt 6-9 timer. *Metabolisme:* Mesalazin og 4-ABA N-acetyleres nesten fullstendig i lever. *Utskillelse:* Mesteparten av dosen elimineres via avføring, N-acetylt metabolitter via urinen.

Pakninger og priser: 130 stk. kr 484,60, 260 stk. kr 934,90, 780 stk. kr 2735,90. T: 4b).

Sist endret: 10.06.2005

1. Ronald Pruitt, M.D. et al; The American Journal of Gastroenterology, 2002; 12:3078-84.
2. Jonathan Green et al; Aliment Pharmacol Ther 1998; 12:1207-1216.

Ursolfalk «Dr. Falk»

Gallesyrepreparat.
A02

ATC-nr.: A05A

KAPSLE, harde 250 mg: Hver kapsel inneholdt: Ursodeoksykolsyre 250 mg. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Til oppløsning av symptomatiske, røntgenegative gallestenere mindre enn 15 mm i diameter, i en fungerende galleblære med en åpen ductus cysticus, med eller uten fortgående ekstrakorporal sjokkbølgeletiotrips. Primær biliær cirrhose.

Dosering: *Svelges hele med rikelig væske.* *Oppløsning av gallesten:* 10 mg pr. kg kroppsvekt daglig ved sengetid (60 kg 2 kapsler, 70-80 kg 3 kapsler, 90-100 kg 4 kapsler). Hvis gallestenene ikke er blitt mindre etter 12 måneder, bør behandlingen avsluttes. *Primær biliær cirrhose:* 10 mg pr. kg kroppsvekt (til 60 kg 2 kapsler: 1 morgen og 1 kveld, til 70 kg 3 kapsler: 1 morgen, 1 middag og 1 kveld, til 100 kg 4 kapsler: 1 morgen, 1 middag og 2 kveld). Ingen restriksjon på varighet av behandlingen. Ved kløe fortsetter behandlingen med 1 kapsel daglig som gradvis økes til anbefalt dose.

Kontraindikasjoner: Akutt inflammasjon i galleblære og gallegang. Obstruksjon i galleanalene.

Forsiktighetsregler: I de første tre måneder anbefales måling av ASAT, ALAT og gamma-GT hver 4. uke, senere hver 3. måned. Avhengig av gallestensdiameter, bør peroral kolecytografi i stående og liggende stilling utføres hver 6.-10. måned.

Interaksjoner: Samtidig bruk av kolestyramin, kolestipol eller antacida som inneholder aluminiumhydroksid, binder UDCA i tarmen og reduserer absorpsjonen og effekten.

Graviditet/Amning: *Overgang i placenta:* Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer mulige reproduksjonstoksiske effekter. Preparatet bør bare gis under graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. *Overgang i morsmelk:* Går i liten grad over.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Forkalkning av gallesten. *Sjeldne (<1/1000):* Gastrointestinale: Løs avføring. Hud: Kløe.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Diaré. *Behandling:* Dosereduksjon, ev. seponering.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ursodeoksykolsyre (UDCA) er en hydrofil gallesyre. *Virkningsmekanisme:* Ved røntgennegative gallestenere øker tilførsel av UDCA løseligheten av kolesterol i gallen og reduserer intestinal absorpsjon av kolesterol. Ved behandling av primær biliær cirrhose synes en økning av UDCA og reduksjon av toksiske og endogene, hovedsakelig lipofile gallesyrer i gallen, å ha størst betydning. Dessuten vil stimulering av gallestrømmen føre til raskere omsetning av gallesyre. Intestinal reabsorpsjon av bl.a. kolsyre og andre gallesyre metabolitter reduseres. *Absorpsjon:* 60-80%. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1-3 timer. «First pass»-metabolisme er opptil 60%. Inngår i den enterohepatiske sirkulasjon av gallesyrer. Halveringstid: 3,5-5,8 dager. *Metabolisme:* I lever. *Utskillelse:* Via gallen.

Pakninger og priser: Enpac: 100 stk, kr 510,20.

Sist endret: 03.02.2003

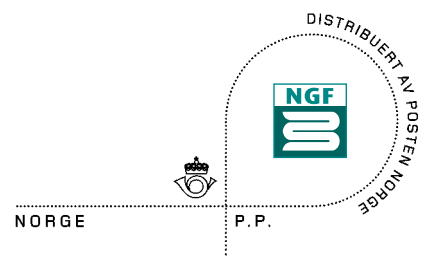
Referanser

1. Poupon RE, Journal of Hepatology 2000;32:685-688
2. Corpechot C, Hepatology 2000 Dec;32(6):1196-9
3. Levy C.L and Lindkor K.D, Curr. Treat Options Gastroenterol. 2003 Apr;6(2):93-103. R. Olsson, Läkartidningen 2002.

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE

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

Thomas de Lange
Sykehuset Asker og Bærum
Pb 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, 0177 Oslo, Telefon: 4000 2340, Telefax: 4000 23 41