



NGF
3

NGF-nytt

Årgang 16

Informasjon fra Norsk Gastroenterologisk Forening

Nr. 1 - april 2009

The XL Nordic Meeting of Gastroenterology i Stavanger

side 30

Nytt fra miljøene: SADE 2009

side 7

NGF 36. årsmøte

side 17

Kurs og stipender

side 27



Livet går videre

også for pasienter med PBC

Å få en alvorlig diagnose som PBC kan føre til at mange pasienter føler de har havnet i en håpløs situasjon. Nettopp derfor er det viktig å formidle at det finnes et behandlingsalternativ som gir håp.

Vet du nok om Ursofalk og effekten den kan ha på PBC-pasienter?

Bestill vår informative pasientbrosjyre på tlf: 66 75 33 00.



© Ursofalk «Dr. Falk»
Gallesyrepreparat.

ATC-nr.: A05A A02

T KAPSLER, harde 250 mg: Hver kapsel inneh: Ursoodeoksykolsyre 250 mg. Fargestoff: Titandioksid (E 171).
Indikasjoner: Til oppløsning av symptomatiske, røntgennegative gallestenene mindre enn 15 mm i diameter, i en fungerende galleblære med en åpen ductus cysticus, med eller uten forutgående ekstrakorporal sjokkbølgeittotripsi. Primær bilær 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 bilær 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 fordelen 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: Ursoodeoksykolsyre (UDCA) er en hydrofil gallesyre. Virkningsmekanisme: Ved røntgennegative gallestenene øker tilførsel av UDCA løseligheten av kolesterol i gallen og reduserer intestinal absorpsjon av kolesterol. Ved behandling av primær bilær 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 gallestømmen føre til raskere omsetning av gallesyrer. 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

Katalogtekst, se side 31.

MEDA

Meda AS • Askerveien 61 • 1384 ASKER • Tlf.: 66 75 33 00 • Faks.: 66 75 33 33 • www.meda.no

Leder

Björn I Gustafsson
Gastroenterologisk seksjon
St. Olavs hospital
T:
M:
bjorn.gustafsson@ntnu.no

Kasserer

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

Styremedlemmer:

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

Jørgen Jahnsen
Med. avd.
Aker Universitetssykehus HF
0514 Oslo
T: 22 89 48 87
jorgen.jahnsen@medisin.uio.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

Øystein Hovde
Gastroenterologiskseksjon
Sykehuset innlandet Gjøvik
T:
M:
Oistein.Hovde@sykehuset-innlandet.no

Kristinn Eriksson
Gastrokirurgisk avdeling
Stavanger universitetssykehus
T:
M:
erkr@sus.no

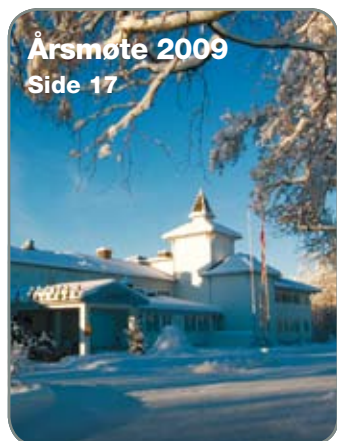
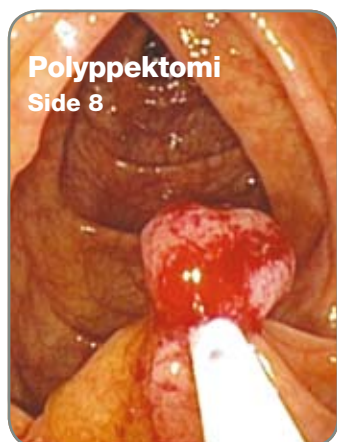
Redaktør:

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



5 Redaktørens hjørne

5 Leder

Nytt fra miljøene

7 SADE 2009

8 Polypektomi

11 Barretts øsofagus

12 Internasjonalt Levermøte på Lillehammer

15 Doktorgrader

Årsmøte 2009

17 Norsk Gastroenterologisk Forening – 36. Årsmøtet

19 Referat fra Generalforsamling

20 Årsrapport fra NGF-styret 2008

23 Årsmøtepriser

Kurs og stipender

27 Scandinavian Journal of Gastroenterology

27 Forskningsfondet for cøliaki

28 EASL Monothematic Conference:
Primary sclerosing cholangitis

29 Grading and Staging in Gastroenterology

30 The XL Nordic Meeting of Gastroenterology

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

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

Utgivelsesplan 2009

	Materiellfrist	Utgivelse
Nr. 2	29/5	20/6
Nr. 3	9/9	25/9
Nr. 4	1/12	19/12

Design, produksjon og annonsesalg:

DRD • DM, Reklame & Design as, www.drd.no
Annonser: Ragnar Madsen: 22 59 90 07 / 92 84 84 02



Pentasa[®]
mesalazin

NYHET



2g i én dose!

Dobbel dose – dobbelt så enkelt!
PENTASA i en smart og diskré forpakning.
Enkelt for deg – enkelt for dine pasienter.

^C Pentasa «Ferring Legemidler AS»
^C Pentasa Sachet «Ferring Legemidler AS»

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, rensert vann.
^T **STIKKPILLER 1 g: Pentasa:** Hver stikkpille inneholder: Mesalazin 1 g, magnesiumstearat, talkum, povidon, makrogol 6000.

^T **DEPOTGRANULAT 1 g og 2 g: Pentasa Sachet:** Hver dosepose inneholder: Mesalazin 1 g resp. 2 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 kroppsvikt daglig fordelt på flere doser. Bør ikke gis til barn <2 år. **Depotgranulatet må ikke tygges. Depottablettene bør svelges hele. De kan deles, men må ikke tygges. Rektalvæske:** **Voksne:** Normaldosering: 1 klyster hver kveld før 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 blodtrykkstilstand bør behandlingen avbrytes. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av andre nefrotoksiske legemidler kan øke risikoen for nyrekomplikasjoner. Hos pasienter som får azatioprin eller 6-merkaptopurin, kan samtidig behandling med mesalazin øke risikoen for blodtrykkstilstand. **Graviditet/Amning:** Forsiktighet bør utvises. Bør kun brukes i samråd med lege etter nøye vurdering av fordeler/ulempene. **Overgang i placenta:** Passerer. Teratogen effekt er ikke observert i dyrestudier. Blodsykdommer (leukopeni, trombocytopeni, anemi) er sett hos nyfødte barn av mødre som har brukt mesalazin. **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: Myalggi, artralgi. Neurologiske: Perifer neuropati. Sirkulatoriske: Myokarditt, perikarditt. Urogenitale: Unormal nyrefunksjon (inkl. interstiell 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%. Acetyleret 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. Acetyleret 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. Acetyleret 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. februar 2008: 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 1 g:** 150 doser kr 1346,00. **2 g:** 60 doser kr 1189,30. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: **Pentasa: Depottabletter:** Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom som pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. **Rektalvæske:** Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom som pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. **Stikkpiller:** Behandling av aktiv ulcerøs proktitt. **Pentasa Sachet: Depotgranulat 1 g:** Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. **Depotgranulat 2 g:** Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. **Refusjonskode: ICP:** **Pentasa: Depottabletter:** D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). **Rektalvæske:** D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). **Stikkpiller:** D94 Ulcerøs proktitt (-). **Pentasa Sachet: Depotgranulat:** D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). **ICD: Pentasa: Depottabletter:** K50 Crohns sykdom (-), K51 Ulcerøs kolitt (-). **Rektalvæske:** K51 Ulcerøs kolitt (-). **Stikkpiller:** K51.2 Ulcerøs (kronisk) proktitt (-). **Pentasa Sachet: Depotgranulat:** K50 Crohns sykdom (-), K51 Ulcerøs kolitt (-).

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



MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS

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

FERRING
PHARMACEUTICALS

PER009/04/2008



Thomas de Lange
Redaktør

Kjære alle sammen

Først vil jeg takke avtroppende leder Bjørn Moum for et meget godt samarbeid og god støtte i arbeidet med NGF-nytt de siste 2 årene. Den første tiden med vår nye leder Bjørn Gustafsson viser at dette gode samarbeidet videreføres. Gratulerer med valget Bjørn.

Årets første kvartal har allerede passert, påsken er i anmarsj og mange ser frem mot noen forhåpentligvis fine skidager på fjellet. Jeg har akkurat vært på årets fineste "påsketur" i Normarka. Den riktige påske tar med familien på Sveriges vestkyst for å møte våren, og ser om påskeharen dukker opp.

Arbeidet med NGF-nytt er både spennende og utfordrende. Jeg ser at det fremdeles er potensial til å forbedre og utvikle bladet, men at dette krever større innsats enn jeg har muligheter til på egenhånd. Derfor ble jeg veldig glad for at Vemund Paulsen på Riskhospitalet og Kim Ånonsen på Ullevål takket ja til å sitte med i den nyopprettede redaksjonskomiteen. Kim har jo allerede vært i ilden som vår utsendte freelance fotograf på UEGW i Wien.

Vemund Paulsen har fullført sin spesialistutdanning i fordøyelsessykdommer på Ullevål, men han er for tiden utlånt

til gastrolab på Rikshospitalet frem til 1/9. Vemund er en entusiastisk kollega med mange jern i ilden. Han har en flott sangstemme og leder et kor på Norstrand.

Kim Ånonsen, sørlending i utgangspunktet, men har gjort Oslo-gutt av seg. Han er fortiden B-gren kandidat på Ullevål og er en av de unge lovende.

Kim har en fortid som ekspe-ditør på polet og er noe mer enn gjennomsnitt interessert og kunnskapsrik i og om vinens verden. Kanskje han kommer til å ta opp Magne Osnes arv og lage noen gastronomiske sider i bladet?

Jeg ser fram til neste redaksjonsmøte og antar at tre hoder tenker bedre enn ett, så NGF-nytt's framtid skulle være de beste.



Vemund Paulsen



Kim Ånonsen

LEDER



Bjørn Gustafsson
Leder NGF

Kjære NGF-medlem

Det er igjen en ny 2 års periode med nyvalgt styre i foreningen som er representert av erfarne kolleger fra tidligere styre og nye styremedlemmer. Bjørn Moum har gått av som leder etter et meget vel utført oppdrag, han sitter heldigvis fremdeles i styret og blir en viktig støttespiller for meg.

Vellykkede møter

Det internasjonale 10. ICA møtet om leversykdommer som foregikk på Lillehammer dagene før årsmøtet var velorganisert og holdt en høy internasjonal kvalitet. Tilbakemeldingene har vært meget positive.

Årsmøtet var som vanlig vellykket med både gode faglige presentasjoner og sosialt samvær. For andre året på rad ble årsmøtet ikke sponset av industrien, denne ordningen ble i utgangspunktet innført for å gi møtet status som tellende kurs i spesialistutdanningen i fordøyelsessykdommer. Beklageligvis var det skuffende få assistentleger som deltok på årets møte. Det kan skyldes at vi har vært dårlige på å informere om at møtet gjelder som tellende kurs. Til neste årsmøte på Lillehammer kommer vi til å annonsere møtet i kurskatalogen for å få frem budskapet bedre. Hvorvidt vi i fremtiden fortsatt skal holde årsmøtet uten støtte fra industrien, må evalueres og på ny tas opp for diskusjon ved neste årsmøte.

Økt effektivisering med prioritetsveiledere?

Ved slutten av hvert år kommer det tall om underskudd i sykehusene, underskudd som synes ute av kontroll. Overføringene fra staten øker. Det hjelper lite. Norge ligger på andre plass i verden i bruk av penger til helsetjenesten

pr. innbygger. Bare USA bruker mer. Det er særlig påfallende at Norge bruker betydelig mer enn de andre nordiske land. Finland brukte 57 %, Sverige 70% mens Danmark og Island begge brukte 74% av det som ble brukt i Norge, ifølge ferske OECD tall. Hva kan gjøres for å bryte den negative trenden? Vi ønsker å bibeholde et lett tilgjengelig helsevesen med god kvalitet samtidig som det må stilles nødvendige krav om effektivisering. Opprettelsen av prioriteringsveiledere er en viktig, men vanskelig oppgave når resursene ikke strekker til.

På årsmøtets torsdagssymposium ble helsedirektoratets forslag til veiledere for klinisk prioritering innen gastroenterologisk medisin presentert. Veilederne er basert på risikoes-timater og skal hjelpe oss å prioritere utredning av pasienter med høy risiko for alvorlig sykdom, det ligger i sakens natur at noen alvorlig syke pasienter med ikke typiske symptomer kan bli feilaktig nedprioritert, noe som vi dessverre kommer tvinges å akseptere.

Nordisk gastromøte i Stavanger

Den 8-11. juni 2009 arrangeres Nordisk gastroenterologisk møte i Stavanger. Organisasjonskomiteen med Tom Glomsaker og Jon-Arne Søreide i spissen har gjort et enestående arbeid og planleggingen av møtet er godt i rute. For at møtet skal bli vellykket er det dog nødvendig at så mange som mulig deltar. Husk derfor å melde dere på til møtet så raskt som mulig. Det er viktig at informasjon om møtet spres i avdelingene og at det prioriteres å gi både interesserte leger og sykepleiere mulighet å delta.

Riktig God Påske!

Creon® 10000
pankreatin

Creon® 25000
pankreatin

Juni 2008 - www.konstis.no

Hva du spiser er ditt valg – vi har fordøyelsesenzymene!



ENDRING!

Høsten 2007 lanserte vi Creon® 10 000 og Creon® 25 000 som erstatter henholdsvis Creon® og Creon® Forte.

INDIKASJONER

Sekretorisk pankreasinsuffisiens med malabsorpsjon, cystisk fibrose.


Your Proven Partner

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



Refusjonsberettiget bruk: Sekretorisk pankreasinsuffisiens med malabsorpsjon, cystisk fibrose.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
D99	Postoperativ malabsorpsjon IKA	E84	Cystisk fibrose
D99	Intestinal malabsorpsjon	K90	Intestinal malabsorpsjon
T99	Cystisk fibrose	K91.2	Postoperativ malabsorpsjon, ikke klassifisert annet sted

Vilkår: 71 Uttalelse fra spesialavdeling, spesialpoliklinikk bør foreligge.

74 Godtgjøres etter ordinasjon fra spesialavdelning.

SADE kurset 2009 en suksess

Det 26. SADE kurset ble arrangert i Oslo 19-23. januar i Oslo.



Kurskomiteen: Bak fra venstre: Lars Aabakken, Truls Hauge; Tom Glomsaker. Foran fra v. Anita Jørgensen, Thomas de Lange.



Oversikt over deltagerne.

Tekst: Thomas de Lange kursleder

Kurset samlet i alt 204 deltagere fra hele Skandinavia, noe vi må se oss svært tilfreds med.

Endoskopien har de siste årene vært i rask utvikling og har i større og større grad blitt en intervensjonell miniinvasiv prosedyre. Dette har igjen ført til at samarbeidet mellom leger og sykepleiere har blitt svært viktig og at begge parter er meget fortrolig med de teknikker som brukes. Denne erkjennelsen gjorde at man ved kurset i København i 2008 hadde alle sesjonene felles for leger og sykepleiere. Modellen høstet man gode erfaring med slik at dette ble videreført i Oslo.

Tanken med årets SADE kurs var at man skulle presentere flere temaer som angår de fleste. I tillegg ønsket man å ha noen spissede temaer.

De fleste foreleserne var skandinaviske. I tillegg holdt Christian Eil fra Tyskland en State of the Art forelesning om Future perspectives in endoscopy.

Den første dagen omhandlet påvisning, vurdering og fjerning av neoplastiske lesjoner. (Se Bjørn Hofstads oppsummerende artikkel.)

Påvisning, kontroll og behandling av Barretts øsofagus har gjennom mange år vært en et "hett" og vanskelig tema der det er viktig å finne en praktisk farbar vei som både gjør det mulig å gi pasientene en god og effektiv behandling, men som samtidig ikke overlaster oss med uendelige kontroller. (Se oppsummerende artikkel Thomas de Lange)

Diagnostikk og behandling av neoplastiske lesjoner i ventrikkel og duodenum ble også berørt.



Kursleder Thomas de Lange ønsker velkommen

Screening for colorectal cancer ble også diskutert. Det finns lite vitenskaplig evidens for at coloskopi screening er kostnadseffektivt, tross det innføres det i stadig flere europeiske land. Mindre invasive genetiske tester/avførings prøver er drømmen, men det er fremdelse relativt langt frem.

Tilbakemeldingene fra deltageren var positive spesielt med tanke på delen om polypper og Barretts som angår alle.

Se ellers www.sade.no



Polyppektomi

Tekst: Seksjonsoverlege dr. Med Bjørn Hofstad Ullevål Universitetssykehus

Før man starter en polyppektomi

Polyper er det vanligste patologiske funn ved kolonoskopi. Selv om denne undersøkelsen er den beste til å påvise polyper, blir polyper > 9 mm oversett i 5% av tilfellene og polyper < 5 mm i 25%. Normalt skal alle polyper fjernes når de oppdages, men det blir en del unntak fra denne regelen. Der hvor det foreligger tallrike små polyper spesielt i rektum, ville det bli praktisk vanskelig og tidkrevende, og et representativt antall kan heller biopsieres, for å se om det er noen adenomer blant de hyperplastiske. Store polyper, hvor man er i tvil om de er egnet for endoskopisk reseksjon, kan avventes etter biopsitagning, for en "tenkepause". Likeledes når man mistenker en malign polyp. Det kan også være tekniske og praktiske forhold rundt polyppektomien, som gjør at man utsetter denne, men det vil innebære en ny og ofte belastende kolonoskopi for pasienten. Dersom det i polypområdet foreligger dårlig tømning, bør polyppektomi utsettes, da det er fare for komplikasjoner grunnet dårlig oversikt og også en eksplosjonsfare. I en del tilfeller foreligger betydelig komorbiditet, og polyppektomi blir uvesentlig for pasientens totalsituasjon.

Skal polypen fjernes på veien ut eller inn? Små polyper er nok best fjernet på veien inn, for de blir lett oversett på veien ut, og det er svært utilfredstillende at man ikke har etterlatt pasienten i en polypfri tilstand. Da kan det innebære en ekstra, og unødvendig, endoskopikontroll. De store polypene, vil lettere oppdages på veien tilbake, og en langvarig polyppektomi på veien inn, samt uthenting av polypen, vil etterlate mye luft tarmen, som kan ødelegge for videre endoskopisk fremferd. Jeg vil også anbefale en biopsi av polyper før reseksjon, da man står helt på bar bakke for vurdering av kontrollopplegg, når man ikke har noe histologi, fordi polypen mistes eller forsvinner. Større distale polyper bør man imidlertid regne med å få med ut.

Polyppektomien

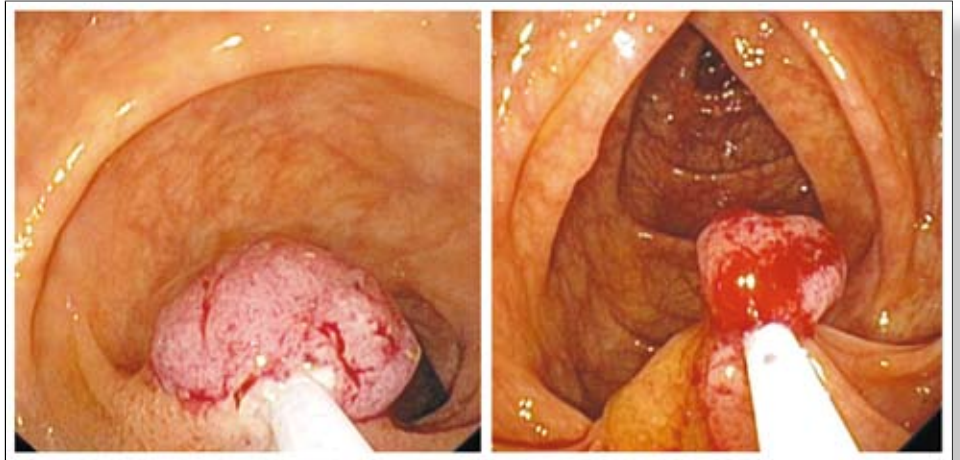
Aller først må man vurdere forholdene rundt polypen og "omgivelsene". Polypens størrelse og basis er viktig og kan være vanskelig å få oversikt over, for eksempel store polyper i trange omgivelser i sigmoid. Polyper på innsiden av en fold eller sving er vanskelig tilgjengelige, likeledes polyper i "klokkeposisjon" 8-11 og tønningsforhold og betydelig tarmaktivitet kan skape problemer. I cøcumbunnen og i kanten av divertikler kan colonveggen være ned i 1,5 mm i tykkelse, med større risiko for perforasjon.

Små polyper

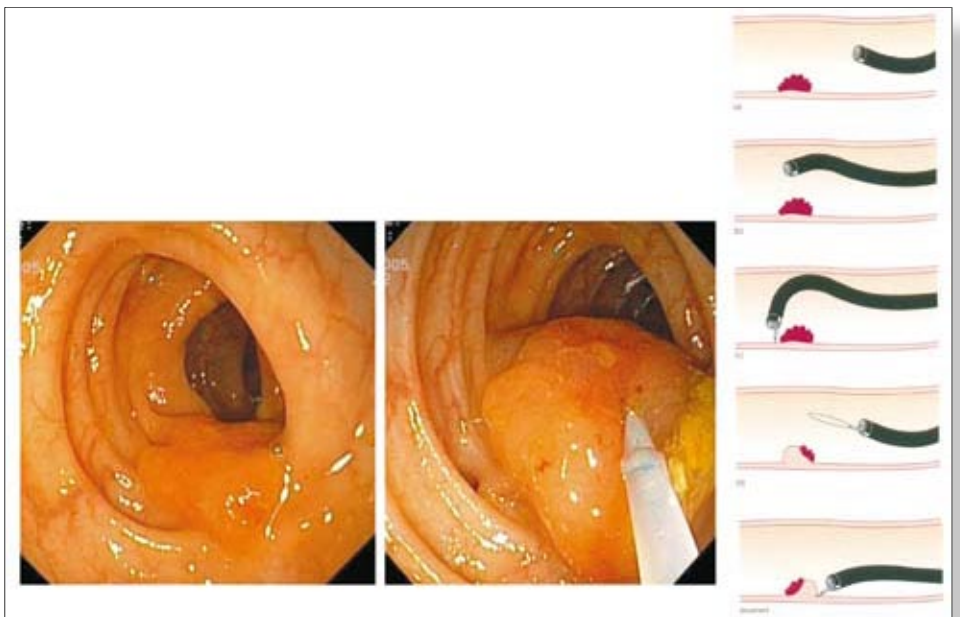
Små polyper, dvs <5mm fjernes med hot biopsi eller biopsitang. Mange har forlatt hot biopsi pga perforasjonsfaren, og stor biopsitang synes like effektivt. Små polyper kan også med sikkerhet fjernes ved kald guillotiner, dvs avrivning av polyp med slynge uten anvendelse av strøm.

Middels polyper

Polyper 5-10 mm i diameter fjernes stort sett med



Figur 1 - Mellomstore polyper



Figur 2 - Submukosal saltvannsinjeksjon

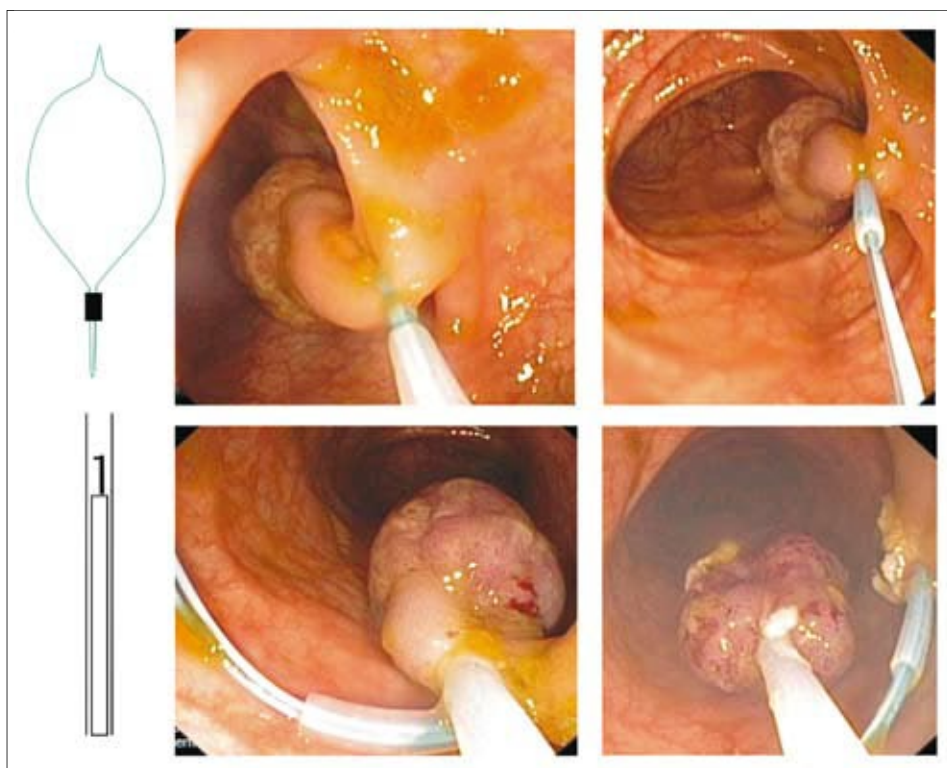
slynge (Fig 1). Når man har fått slyngen over polypen, må ikke slyngen strammes inn før kateteret er skjøvet opp til polypen, ellers sklir den av. Bredbaserte polyper må løftes litt opp fra colonveggen for å redusere perforasjonsrisiko (Fig 2). Der hvor forholdene er trange, slik at polypen lett berører andre deler av colonveggen, skal polypen draes frem og tilbake under diatermien, slik at kontaktflaten varierer. I venstre del av colon er polypene ofte stilkete, som er skapt av tarmbevegelsene. Stilken i en benign polyp er alltid fritt for adenomatøst vev. Reseksjonen skal ideelt legges med god klaring både til polyp og colonvegg. Ofte blir slyngen liggende like under polypen, altså øverst på stilken, som er tilfredsstillende.

Den vanligste slyngetypen er den ovale 2,5 x 5 cm,

av spunnet filament. Under trange forhold f eks i sigmoid, er det vanskelig å manøvrere en så stor slynge og få den til å ekspandere. Da er det fordel med en minislynge med halvparten av målene. Der hvor polypen ligger i bunnen mellom 2 folder, kan det være vanskelig å plassere en vanlig slynge under polypen, og en minislynge er bedre egnet. I dette tilfellet er en monofilamentslynge velegnet pga sine stive egenskaper, slik at den kan presses under polypen. En flat polyp er ofte vanskelig å få tak i, og monofilamentslyngen eller slynge med gripetagger er bedre egnet.

Store polyper

Over 1 cm i diameter kan polyppektomien bli en utfordring. Basis, kontaktflaten mot colonveggen, vil ofte være utslagsgivende. Basis over 2 cm krever ofte



Figur 3 - Endoloop av stilk

spesiell behandling (ESD = endoskopisk submukosal disseksjon) og vil ikke omtales her. Risiko for blødning og perforasjon øker.

Stilkete polypper: Risikoen er stort sett blødning, fordi det er hyppigere store kar gjennom en slank stilk til en stor polypp. Slyngen legges på en langstilket polypp i god margin til kolonveggen, slik at man evt kan legge slyngen rundt den gjenværende stilk, dersom det begynner å blø etter reseksjon. Deretter anvendes ren koagulasjonsstrøm uten å resesere. Alternativt kan man legge en endoloop (fig 3).

Det tryggeste er imidlertid forebyggende tiltak. En endoloop kan legges lengere ned på stilk, og reseksjonen foretaes over denne. Ikke sjelden er imidlertid polyppen for stor for loopen. Det er også i praksis vanskelig å avgjøre hvor hardt man skal stramme loopen. Tynne stalker kan lett rives av med resulterende blødning, og tykke stalker kan ofte ikke bli strammet til nok. Et kanskje bedre alternativ er å legge en klips rett over en tynnstilket polypp eller helst to, en fra hver kant, i hvert fall på en tykkere stilk.

Bredbasete polypper: Perforasjonsrisikoen øker. Riktig store polypper må fjernes med piecemeal reseksjon, dvs bitvis. Ikke minst må dette gjøres fordi man ikke kommer rundt den store polyppen med slyngen, men også fordi denne reseksjonsmåten holder bedre kontroll på blødningsrisikoen. Hvis man kommer rundt po-

lyppen og velger reseksjon i en sesjon, må man passe på at man ikke har fått med ekstra vev på baksiden av polyppen, bl a ved å vurdere reseksjonsdiameter på håndtaket til slyngen. I tynnveggede strukturer, som i cœcum, er det en risiko for å få med seg hele kolonveggen, med påfølgende perforasjon. For å skape avstand fra polypp til kolonvegg er det ofte tilrådelig med submukosal saltvannsinjeksjon. Saltvannet skaper en pute, som vil løfte opp flate polypper, som ofte kan være vanskelig å få tak i, og gjøre dem lettere tilgjengelige. Det at polyppen løfter seg, er også et bevis på at en mulig malign polypp ikke infiltrerer i submukosa. Et problem er at saltvannsputen fort kan forsvinne, mens et mye bedre alternativ, hyaluronsyre, som er svært viskøs, holder seg godt.

Diatermi-innstillinger

Det finnes en rekke diatermiapparater med forskjellige oppsett, og man rådes til å følge levrandørens anbefalinger. Det skiller mellom kutte-strøm og koagulasjonsstrøm. En blanding av disse er å anbefale for de fleste polypektomier, som f eks effektinnstilling 3 på ERBE ICC 200. Denne innstilling gir ca halvparten av hver av strømtypene. Ved store polypper med bred basis bør vanlig wattinnstilling økes før man starter reseksjon og ytterligere, dersom progresjonen under reseksjonen er for dårlig. I motsatt fall, med en tynn stilk eller liten polypp, kan wattstyrken settes ned eller effekt endres til mer koagulasjon. På nyere apparater anbefales ikke endring av wattstyrken, men heller av effekt graden.

Etter polypektomi

Det kan være anbefalelig å blekkmerke området etter reseksjon av store polypper, slik at lettere finner tilbake til reseksjonsflaten ved kontrollskopier.

Man skal alltid tilstrebe å få hele polyppen ut til histologi, da biopsier skiller godt mellom adenom og hyperplastisk polypp, men ofte ikke klarer å plukke opp grov (høygradig) atypi eller dysplasi, som typisk er fokalt distribuert. Grov atypi innebærer et annet kontrollopplegg.

Det enkleste er å ta polyppen ut med slyngen. Noen ganger kan det bli vanskelig å få tak i polyppen, spesielt når den tiltar en trill rund form. Villøse polypper fragmenteres ofte av slyngen. Det kan da bli nødvendig med en spesiell polypekturn med spirallformede filamenter eller et slyngenett (Roth's nett). En fordel med disse er at dersom det er flere polypper på samme område, kan man gjøre flere reseksjoner og få alle polyppene med seg ut samlet, ellers blir man nødt til å gå inn og ut for hver reseksjon. Noen foretrekker også en tripod (trepunktstang), dersom det er problematisk å få tak i polyppen med slyngen.

Før polyppen legges i formalin bør reseksjonsflaten markeres, slik at patologen kan se hvor den er, og legge snitt i forhold til denne. Markering kan skje med f eks en knappenål, korkplate eller tusj. ■

A close-up photograph of two clenched fists, one slightly behind the other, set against a dark, textured background. The lighting is dramatic, highlighting the skin texture and the tension of the muscles. The fists are positioned in the upper half of the frame, with the lower half transitioning into a blue gradient.

www.remicade.no

Barretts øsofagus

Gastro øsofageal reflukssykdom (GERD) er en av de vanligste gastrointestinale sykdommene. Alle vil fra tid til annen få halsbrann eller andre dyspeptiske plager. Imidlertid er det en flytende overgang mellom det som er normalt forekommende ubehag og sykdom. Derfor er det vanskelig å eksakt definere insidens og prevalens av GERD. En populasjonsbaset studie fra Nord Sverige tyder på at prevalensen er ca 20%. Imidlertid vil ca 9% av en asymptomatisk populasjon ha øsofagitt ved endoskopi.

TEKST: Thomas de Lange seksjonsoverlege dr. med.
Sykehuset Asker og Bærum

Barretts øsofagus: Definisjon

Langvarig refluks vil kunne føre til omdannelse av plateepitelet i distale øsofagus til gastrisk metaplasitisk slimhinne. (Fig 1) Tilstedeværelse av denne omdannede slimhinnen proksimalt for den gastroøsofageale overgangen, defineres som Barretts øsofagus. Det er omdiskutert om diagnosen må bekreftes med påvisning av spesialisert intestinal metaplasi. Flere studier har vist at forekomsten av intestinal metaplasi vil øke med antall biopsier og hvis det biopsieres gjentatte ganger i løpet av relativt kort tid.

Epidemiologi

Langvarig refluks vil kunne føre til utvikling av Barretts øsofagus som igjen predisponere for adenocarcinom i øsofagus (3,5/100.000) (Fig 2). Dette er en av cancer formene i den vestlige verden som øker raskets. Imidlertid er insidensen ca 1/10 av insidensen for colorectal cancer (45/100.000). I likhet med colorectal cancer vil precancerøse forandringer kunne detekteres og fjernes endoskopisk. Dette kan gjøre det ønskelig å gjennomføre populasjonsbasert screening og/eller kontroll av personer som tilfeldigvis får påvist Barretts øsofagus.

Studier utført de siste 15-20 årene har vist begrenset nytte av regelmessige kontroller av Barretts øsofagus. De fleste pasientene dør av andre årsaker enn cancer og de fleste canceren har ikke blitt oppdaget før de gir symptomer. Imidlertid kan høyoppløslig endoskopi endret på dette.

Adenocarcinom i øsofagus er 4 ganger så vanlig hos menn som hos kvinner.

Screening

I studien fra nord Sverige ble det påvist gastrisk metaplasi hos 10% av cohorten som ble endoskopert, imidlertid var det kun 1,6 % altså ca 16 % av de med gastrisk metaplasi som fikk påvist spesialisert intestinal metaplasi. Dessverre er det ved endoskopiene brukt gamle endoskopi og det er tatt relativt få biopsier ved hver undersøkelse.

Derfor kan det tyde på inntil 10% av befolkningen mellom 18-80 år har Barretts øsofagus, mange av dem er asymptomatisk. Det vil være nødvendig å gjennomføre en indeks gastroskopi på hele befolkningen for å kunne påvise og følge Barretts øsofagus med regelmessige kontroller. Dette vil føre til en uoverkommelig merbelastning for endoskopienhetene. Derfor er denne strategien urealistisk.

Den gyldene middelvei?

En mulig strategi kan være; Hvis det ved endoskopi påvises øsofagitt og misstent Barretts øsofagus gir man 3 mnd intensivbehandling med protonpumphehmer. Ex esomeprazole 40 mg x 1 eller lansoprasol 30 mg x 2. Ved reendoskopi helst med HD skop, utføres det en meget nøye inspeksjon av slimhinnen for å påvise uregelmessig slimhinnestruktur eller avvikende karmønstre. Deretter biopsieres mistenkte lesjoner målrettet, tilslutt tas det kvadrant biopsier hver cm opp til nivå med Z-linjen. Hvis det ved dette tilfellet ikke påvises dysplasi vil det være relativt liten risiko for cancer utvikling så kontrollene kan avsluttes.

Hvis det derimot påvises dysplasi får man vurdere evt intervensjon.

Behandling av dysplasi og tidlig cancer

Øsofagus kirurgi er beheftet med betydelig morbiditet og mortalitet. Derfor har det vært vanskelig å anbefale denne behandlingen hvis det påvises dysplasi.

De senere år har det blitt utviklet endoskopiske reseksjonmetoder, EMR og ESD. Store sentra har vist meget gode resultater hos pasienter behandlet med disse teknikkene.

Reseksjonen kan utføres på på forskjellige måter, enten ved hjelp av saltvannsinjeksjon som løfter lesjonen for deretter å resesere den med slynge. Alternativt kan man bruke suc & cut teknikk der man aspirerer lesjonen i en plastkappe og setter en strikk rundt og tilslutt resesere lesjonen ved hjelp av en slynge. Dette er i prinsipp samme teknikk som man bruker ved strikkligering av øsofagus varicer og som mange er fortrolige med.



Fig 1 - Barretts øsofagus

Konklusjon

Det er mye som tyder på at man bør være mer restriktiv med å følge et fast kontrollopplegg for Barretts øsofagus fordi nytten har vist seg å være begrenset. Bruk av mindre invasive endoskopiske reseksjon metoder og bruk av mer høyoppløslige skop kan føre til at denne strategien bør endres.

Imidlertid er det uhyre viktig at man bruker god tid og tar både rettede og multiple systematiske biopsier hos de pasientene der man oppdager Barretts .

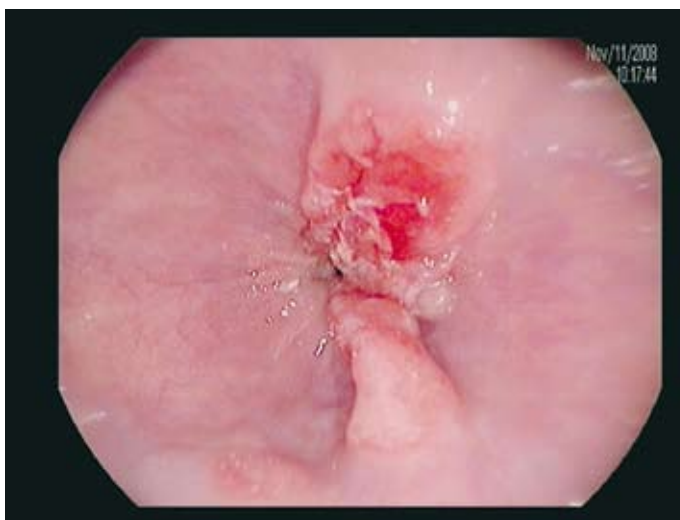
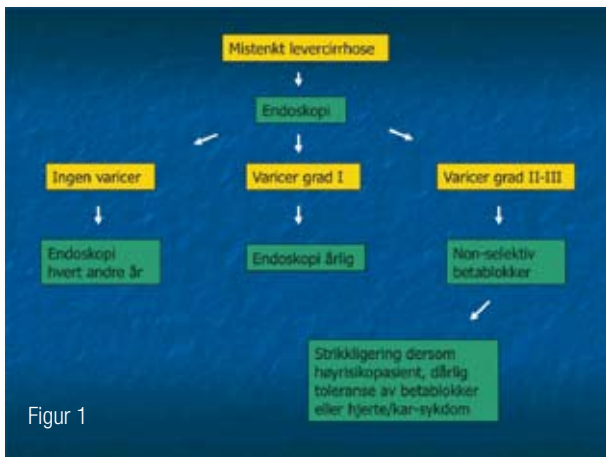


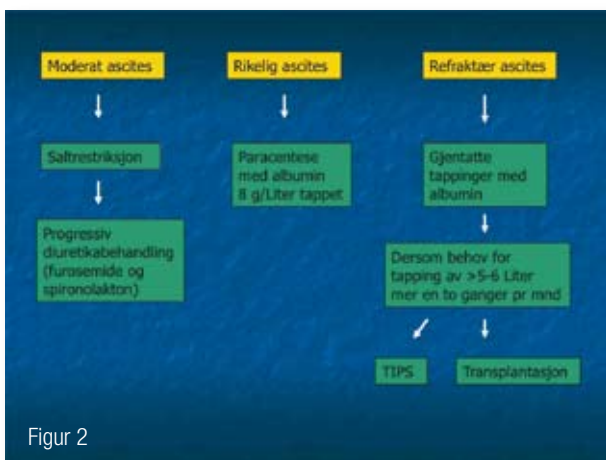
Fig 2 - Adenocarcinom rett proksimalt for den gastroøsofageale overgangen

Internasjonalt Levermøte på Lillehammer var en suksess

Tekst: Svein-Oskar Frigstad, John Willy Haukeland, Bjørn Moum og Zbigniew Konopski
Avdeling for Fordøyelsessykdommer, Medisinsk klinikk, Oslo Universitetssykehus – Aker



Figur 1



Figur 2

Hepatorenalt syndrom

- Nyresvikt ved cirrhose og ascites
- Patogenesen relatert til sirkulatoriske forandringer ved dekompensert cirrhose
- Behandling av type I HRS er vasokonstriktorer (terlipressin 0.5-2 mg hver 4.time) pluss albumin 20-40 g daglig i inntil to uker
- Nye data tyder på at kontinuerlig infusjon av terlipressin kan gi bedre respons

Figur 3

Hyponatremi ved cirrhose

- Vanskeliggjør behandling av ascites
- Gir redusert livskvalitet (væskerestriksjon)
- Predisponerer for encefalopati
- Assosiert med dårligere prognose
- Risikofaktor ved levertransplantasjon

Figur 4

Årets internasjonale konferanse i International Club of ASCITES (ICA) fant i år sted på Lillehammer fra den 2. til 4. februar. Møtet omhandlet komplikasjoner ved kroniske leversykdommer, og ble arrangert umiddelbart før NGF's Årsmøte. NGF var medarrangør. Konferansen trakk i overkant av hundre deltakere, deriblant en rekke internasjonale foredragsholdere fra Europa, USA, Canada og India.

Forberedelser og teamarbeid

ICA-konferansen har vært planlagt i mer enn ett år og ildsjel har vært seksjonsoverlege ved Leverseksjonen på Oslo Universitetssykehus – Aker, Zbigniew Konopski. Det faglige programmet var tett og diskusjonene livlige. Før og under møtet har det vært et tett samarbeid mellom lokale krefter og ICA's bredt sammensatte internasjonale vitenskapelige komité.

Sirkulatoriske forandringer

Etter introduksjon ved ICA- president Samuel Lee fra Calgary i Canada, åpnet professor Jens Henriksen fra København det faglige programmet med møtets "State of the Art – lecture" om kardiovaskulære komplikasjoner ved portal hypertensjon (Fig 1) satt i et historisk perspektiv.

Første møtedag fortsatte med en gjennomgang av blødningskomplikasjoner med spesielt fokus på primær og sekundær profylakse med Flemming Bendtsen fra Danmark og Michael Schepke fra Tyskland som foredragsholdere. Professor Juan Abraldes fra Barcelona presenterte siste nytt om angiogenese og kollateralers betydning for blødningskomplikasjoner (Fig 1). Ivrig bidragsyter i panledebatten og foredragsholder om endoskopisk behandling var Lars Aabakken fra Oslo Universitetssykehus - Rikshospitalet som spesielt fremhevet betydningen av bedre skopiberedskap ved norske sykehus.

TIPS or Taps

Etter en kort kaffepause med besøk i utstillingen, var det duket for perspektiver rundt behandling av ascites (Fig 2). Professor Peré Ginés ledet oss gjennom denne sesjonen sammen med John Willy Haukeland fra Oslo Universitetssykehus – Aker. I Norge er tapping fortsatt standard behandling ved behandlingsrefraktær ascites, men en diskusjon ledet av norgesvennen Massimo Pozzi fra Italia og Richard Moreau fra Frankrike nyanserte bildet og viste oss at TIPS er en prosedyre som kan komme selekterte pasienter til gode.

'Meet the professors'

Muligheten til å ta opp vanskelige problemstillinger fra den kliniske hverdag i små grupper ledet av de fremste eksperter på feltet ble lærerikt for mange. Små grupper ble fordelt i diskusjonsgrupper med ulike komplikasjoner ved kronisk leversvikt som tema (Fig 3, 4 og 5). I plenum fortsatte diskusjonen videre med "Reserach proposal discussions" ledet av Rajiv Jalan fra London, og vi fikk fra sponsor en gjennomgang av behandling og oppfølging ved Hepatocelullært carcinom ved Tim Greten fra Tyskland.

Norge og kuldegrader

Det var flott vær og vinterkaldt på Lillehammer. Vår indiske deltaker var i ferd med å gjøre helomvending da gradestokken allerede ved ankomst viste minus 15 grader. Men med lånte varme klær steg entusiasmen, og våre utenlandske gjester fikk et lite blikk av hva Norge har å by på også utover hepatologi. Før festmiddagen rakk vi likevel en grundig gjennomgang og diskusjon av både spontan bakteriell peritonitt og hepatorenalt syndrom med Arun Sanyal fra USA, Kevin Moore fra London og Paulo Angeli fra Milano i spissen.

Leveren i perspektiv

Vi var tidlig på plass igjen neste morgen, og vår tekniske ansvarlige hadde da allerede installert alle innlegg i rett format klar for presentasjon. Shiv Sarin startet dagen med en grundig gjennomgang av mekanismer, utredning og håndtering av pasienter med hepato-pulmonalt syndrom. Søren Møller fra Danmark gav oss en oversikt over kardiomyopati (Fig 6) ved levercirrhose før spanske Monica Guevara presenterte binyrenes betydning (Fig 7).

Akutt på kronisk leversvikt

Begrepet "akutt på kronisk leversvikt" ble redegjort for av Rajiv Jalan som har vært blant pådriverne for å introdusere dette som begrep innen hepatologien. Pasienter med en kronisk leversykdom som utvikler akutt eller subakutt leversvikt, er en helt spesiell gruppe pasienter både m.h.p sykdomsforløp, håndtering av akutte komplikasjoner og videre oppfølging.

Encefalopati og kasuistikker

Lars Ytrebø fra Tromsø innledet sesjonen om encefalopati og kunne vise til egne resultater i arbeidet med patogenese av hepatisk encefalopati (Fig 8). Med bidrag spesielt fra britiske og danske kolleger fikk vi en fruktbar diskusjon, og kanskje kan vi i fremtiden vente oss nye behandlingsprinsipper innen dette utfordrende feltet.

Møtet ble avsluttet med tre kasuistikker som belyste patogenese og oppfølging av pasienter med helt ulike bakgrunn for kronisk leversvikt.

Veien videre

Tilbakemeldinger både under møtet og i etterkant har gitt klart uttrykk for at årets konferanse var vellykket både faglig og organisatorisk. Det har vært nyttig og viktig å få anledning til å delta interaktivt i diskusjoner med internasjonale eksperter her hjemme, og vi er sikre på at viktige kontakter ble knyttet på Lillehammer – også via strengene til en ukulele i baren på sen nattestid.

Spontan Bakteriell Peritonitt

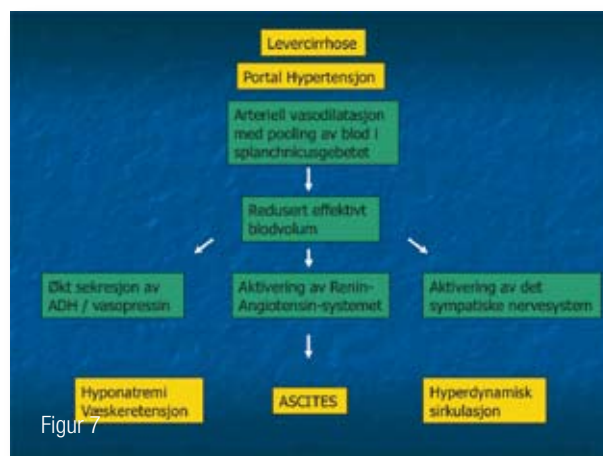
- Translokasjon av bakterier fra tarm
- Bakteriell overvekst i tarm kombinert med økt intestinal permeabilitet og sviktende mucosal immunitet
- Sirkulatoriske forandringer og systemisk inflammatorisk respons er bidragende
- Viktig å tenke på tilstanden ved raskt økende ascites, encefalopati og feber

Figur 5

Cirrhotisk cardiomyopati

- Hyperdynamisk sirkulasjon
- Systolisk og diastolisk dysfunksjon
- Forlenget QT-tid med økt arytmitendens
- Økt risiko for plutselig hjertedød
- Protektiv effekt av betablokker
- Tilbakegang etter transplantasjon

Figur 6



Figur 7

Encefalopati

- Patogenesen er ikke fullt ut forstått
- Amoniakk og hyponatremi spiller en rolle
- Inflammatorisk respons er trolig bidragende
- Etablert behandling er dårlig dokumentert
- Permanent proteinrestriksjon er kontraindisert
- Nye prinsipper med hensikt å øke metabolismen av amoniakk perifert er under utprøving

Figur 8

Advancing Smooth Surgery

Harmonic
ACE®

Proven performance NOW ergonomically enhanced

Feeling Is Believing



Achieve the tissue effect you've come to expect from Harmonic ACE® curved shears. Extensively engineered and designed to intuitively blend into your surgical flow.

For complete product details, see instructions for use.

© 2008 Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH. All rights reserved.

 **ETHICON ENDO-SURGERY**
a *Johnson & Johnson* company

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™

AD130

ETHICON ENDO-SURGERY (Europe) GmbH · Hummelsbütteler Steindamm 71 · D - 22851 Norderstedt

Magne Henriksen disputerte 29. november 2008 for PhD-graden ved fakultetsdivisjonen Aker Universitetssykehus, Medisinsk avdeling Sykehuset Østfold. med avhandlingen:

“Clinical course during the first five years after diagnosis of inflammatory bowel disease. A population-based follow-up study (the IBSEN study)”

Utfallet hos pasienter med kronisk betennelsesaktig tarmsykdom ser ut til å være bedre enn tidligere antatt i følge en studie der 843 pasienter med ulcerøs colitt og Crohns sykdom ble fulgt i fem år. Denne studien er et samarbeidsprosjekt mellom 14 sykehus i Østfold, Oslo, Telemark og Aust-Agder og inkluderte alle pasienter som fikk diagnosen i disse fylkene i perioden 1990 – 1993.

Sammenliknet med tidligere studier ble få pasienter operert for sykdommen, kun 7,5% i ulcerøs colitt gruppen og 28% i Crohn-gruppen ble operert i løpet av fem år. Dette er klart lavere operasjonsforekomst enn hva som tidligere er vist. I ulcerøs colitt gruppen ga lavere alder ved sykdomsstart og utbredt sykdom i tykktarm økt risiko for å bli operert. Hos pasienter med utbredt sykdom var det økt risiko for å bli operert hos dem med høyt C-reaktivt protein (CRP) nivå sammenliknet med lav CRP.

I Crohn gruppen var risiko for operasjon høyere når sykdommen rammet nedre del av tynntarm, hvor halvparten av pasientene var blitt operert etter 5 år. Her var også risikoen høyest når CRP var høy på diagnosetidspunktet. Vi finner også en høy operasjonsforekomst hos de yngste Crohn pasientene.

Fem år etter diagnose var det overraskende mange pasienter som ikke brukte noen medisiner for sin tarmsykdom, 41 % av ulcerøs colitt pasientene og 36 % av Crohn pasientene. De fleste av ulcerøs colitt pasientene hadde ingen tarmsymptomer på dette tidspunktet og kun 7 % av pasientene rapporterte om symptomer som påvirket dagliglivets aktiviteter. Hos Crohn-pasientene var det noen flere som rapporterte om tarmplager (58%), mens 16 % av pasientene anga symptomer som påvirket dagliglivets aktiviteter.



Magne Henriksen

Helgi Kjartan Sigurdsson disputerte 29. oktober 2008 for PhD-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen:

“Advanced Rectal Cancer – Aspects on Palliative Surgery from a National Perspective”

Kreft i tykk- og endetarm er den tredje hyppigste formen for kreft, og antall tilfeller har økt i de siste årene. Forekomsten er doblet siden 1960-tallet og videre økning forventes også framover. Forekomsten er høy i Skandinavia og Norge har den høyeste forekomsten av de nordiske landene.

Behandlingen og resultater av denne har endret seg i positiv retning de siste 15-20 år. Effekter av og resultater etter kirurgisk behandling er vel dokumentert hos pasienter som har helbredelig sykdom. Derimot er omfanget, nytten og effekter av symptomlindrende eller forebyggende kirurgi hos pasienter med uhelbredelig sykdom i liten grad undersøkt vitenskapelig.

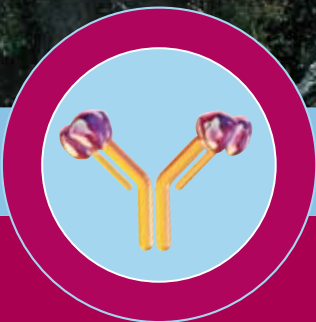
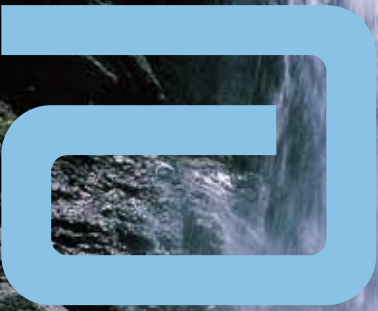
I dette prosjektet har vi ønsket å vurdere omfanget av og den mulige gevinst pasienter kan få av palliativ kirurgi, og å beskrive sykdomsforløpet hos pasienter med ubehandlet endetarmskreft. I tillegg ønsket vi å belyse noen aktuelle problemstillinger knyttet til denne pasientgruppens bruk av spesialisthelsetjenester og sykehustjenester.

Fra 1997 til 2001 ble 4831 pasienter diagnostisert med endetarmskreft i vårt land, og denne kreftformen er klart relatert til alder, noe som byr på utfordringer grunnet ledsagende sykdommer som eldre ofte har, samt naturlige, aldersbetingede og generelt svekkede organfunksjoner i denne aldergruppen. En liten gruppe pasienter blir ikke operert i det hele tatt, og grunnen for å avstå fra operasjon er vanligvis en kombinasjon av avansert kreftsykdom og andre ledsagende sykdommer. Pasienter, der kreftsvulsten har vokst gjennom framveggen av endetarmen og inn i bukinnen og bukchulen, har kortere levetid, og høyere forekomst av lokalt tilbakefall av sykdommen etter kirurgi. Våre observasjoner kan bidra til å identifisere denne gruppen pasienter, som kan ha nytte av tilleggsbehandling for å bedre prognosen. Om denne situasjonen kan diagnostiseres med moderne bildeundersøkelser før operasjon, kan behandling med stråleterapi og/eller cellegift før operasjon eventuelt redusere risikoen for snarlig tilbakefall.



Helgi Kjartan Sigurdsson

Pasienter med uhelbredelig endetarmskreft utgjør en gruppe av pasienter med ulike behov for behandling og omsorg. Flere vitenskapelige undersøkelser er nødvendig for å kartlegge disse behovene ytterligere slik at denne pasientgruppen kan få et best mulig tilpasset behandlingstilbud i en vanskelig del av livet.



HUMIRA
adalimumab



NGFs 36. Årsmøte – faglig sterkt og med skiskyting på programmet

Vårt tradisjonsrike vintermøte ble i år som så mange ganger tidligere arrangert på SAS Radisson på Lillehammer.

Hvordan kan vi effektivisere?

Det seneste 10 års kraftige ekspansjon i helsevesenet, med sterkt økende bruk av ressurser og ubegrenset etterspørsel vil i årene fremover sette alt større krav til prioriteringene vi gjør. Torsdags-symposiet ledet av Einar Huseby tok opp denne tråden.

Det bli gitt en grundig inføring i hvordan veiledere som verktøy for klinisk prioritering i Spesialisthelsetjenesten hadde blitt utviklet. Deretter ble det gitt mange praktiske eksempler på hvordan de bør brukes når pasienter med fordøyelsesplager og sykdommer skal prioriteres. Dette seminaret vil bli grundig presentert i neste NGF-nytt.

Frokostmøte med kvalitetessikring på programmet

Kvalitetssikring var selvfølgelig hovedtemaet på gastronomets frokostmøte som var godt besøkt. Man fikk et spesielt godt innblikk i både kvalitetsikring



Einar Huseby

av endoskopi og opplæring av kolonoskoperer gjennom Roland Valoris foredrag både på frokostmøtet og på hans "stat of the art" forelesning på ettermiddagen. Et av nøkkel-spørsmålene var. "Ville du blitt colonoskopert av en tilfeldig valgt endoskopør"? Salen svarte ikke, men det lå vel i kortene at få ville gjort det. Hvordan skal vi bedre opplæringen for å få et unisont ja?

50 abstrakt fra det ganske land

Fredag og lørdag ettermiddag gikk til presentasjon av over 50 innsendte abstrakt fra hele landet. Det var en bred dekning av gastroenterologien. Mange nye fikk prøve seg.



Kommer Ole Einar neste år?

Nytt av året var NGFs vinter OL i skiskyting arrangert av to ivrige Ålesunds kolleger Ga mange friske dueller og noen frustrasjoner.



NGF fikk ny leder

Årsmøtet ble som vanlig avholdt som siste punkt på dagsorden Björn Gustafsson ble valgt til ny leder ved akklamasjon. Det ble også valgt et nytt styre. På fredagen ble stipendmottakere behørig presentert og på lørdagen ble det utdelt priser for beste abstrakt i 4 klasser. Se behørig presentasjon annet sted i bladet. I tillegg var det rikelige muligheter til sosial aktivitet ut i de stille nattetimer.



Referat fra Generalforsamling

Norsk Gastroenterologisk Forening – 36. Årsmøtet

Tid: Fredag 6. februar, 2009

Sted: Radisson SAS Lillehammer Hotell

Dagsorden

1. Valg av referent og dirigent
2. Konstituering, godkjenning av innkalling
3. Styrets årsrapport for 2008
4. Regnskap, budsjett, revisjon
5. Rapport fra spesialistkomitéen
6. Rapport fra interessegruppene
7. Rapport om Scandinavian Journal of Gastroenterology
8. NGF's forskningsfond, stipendtildelinger
9. Valg av leder og styremedlemmer
10. Årsmøtet videre
11. Eventuelt

Årsmøtet ble innledet med minneord og to minutters stillhet til minne om kollega Tormod Bjerkeset 1932-2008 ved Arne Wiebe.

1. Tom Glomsaker foreslått og valgt til dirigent. Referenter Stephan Brackmann og Svein-Oskar Frigstad.

2. Innkalling godkjent uten anmerkninger

3. Årsrapport fra NGF-styret for 2008 ble gjennomgått ved leder Bjørn Moum. Rapporten ble delt ut til alle tilstedeværende. Arnold Berstad må komme med på oversikten over æresmedlemmer.

Knut Lundin kommenterte at han mener NGF er for lite synlig innad i legeföreningen f.eks savnes innspill vedr legeföreningens politikk.

Generalforsamlingen tok årsrapporten til etterretning uten øvrige kommentarer.

4. Kasserer Astrid Rydning presenterte regnskap for 2008.

Regnskapet er sendt til regnskapsbyrå, men regnskap- og revisjonsrapport er ikke ferdigstilt og kunne ikke forelegges generalforsamlingen. Foreløpig resultat ble fremlagt og gjennomgått. Generalforsamlingen godkjenner regnskapet under forutsetning av at revisor godkjenner regnskapet.

Forslag til budsjett for 2009 ble fremlagt og godkjent.

Knut Lundin foreslo at årsmøtet diskuterer lederhonorar for styreleder.

Forslag fra Ove Lange er at denne saken legges frem for generalforsamlingen på Årsmøtet

2010 etter at nytt styre har vurdert saken med eventuell mulighet for utbetaling av honorar med tilbakevirkende kraft. Forslaget ble vedtatt.

5. Årsrapport fra Spesialistkomitéen i Fordøyelsesykdommer 2008 ble gjennomgått av leder Dag Malm. Dag Malm løses fra vervet som leder og går inn som representant. Kristine Wiencke foreslått og valgt til ny leder.

Arne Christian Mohn tok opp til diskusjon legeföreningens rolle i godkjenningen av legespesialister. Spesialistkomitéen mener at dette ansvar fortsatt bør ligge hos legeföreningen.

6. Rapport fra interessegruppe for lever-sykdommer ble gitt ved Zbigniew Konopski. Aksel Foss går inn som nytt medlem. Økonomisk støtte til Nasjonalt Levermøte er dessverre blitt redusert.

Ellers har det vært omfattende samarbeid innen hepatologien også internasjonalt.

Rapport fra NGF's kvalitetsutvalg ble gitt ved Lars Aabakken.

Samarbeid med bl.a gjesteforeleser Roland Valori ved dette årsmøte planlegges m.h.p kvalitetssikring innen opplæring i endoskopi.

Rapport fra interessegruppe for gastrointestinal ultrasonografi gitt ved Roald Flesland Havre. Satsningsområde er å få ultrasonografi som diagnostisk og terapeutisk hjelpemiddel inn i den kliniske hverdag. Aktivitet inkluderer kurs og deltakelse på internasjonale møter.

Det kan bli endringer i sammensetning av medlemmer i interessegruppen.

Rapport fra interessegruppe fra Pancreas-sykdommer gitt ved Trond Buanes. Det ble foreslått at medlemmene velges for to nye år og suppleres med onkolog. Forslaget ble støttet og vedtatt av generalforsamlingen.

Rapport fra interessegruppe for IBD gitt ved Ingrid Berset. Gruppen foreslo at noen medlemmer har valgperiode to år og noen fire år for å sikre dynamikk så vel som kontinuitet. Viser til merknad til pkt 6 under dagsorden.

Følgende medlemmer velges for to år, men kan gjenvelges: Bjørn Moum, Astrid Rydning, Jørgen Jahnsen og Jon Florholmen.

Neste valgperiode for de samme plasser vil være for fire år.

Øvrige medlemmer har funksjonstid fire år fra valg 2008.

Forslaget ble støttet og vedtatt av generalforsamlingen.

Fra 2010 skal ECCO bestå av kun individuelle medlemsskap.

Nasjonalt medlemskap avsluttes ved utgangen av 2009.

Interessegruppen oppfordrer alle medlemmer i NGF til å melde seg inn.

En nasjonal representant til ECCO må velges fra de individuelle medlemmene og en utpekes av NGF. Ingrid Berstad og Jørgen Jahnsen ble forelått som nasjonale representanter til ECCO. Forslaget ble støttet og vedtatt av Årsmøtet.

7. Rapport fra Scandinavian Journal of Gastroenterology ble gitt ved Kristian Bjørø. All manuskriptbehandling er nå 'web'-basert. Utfordringer er å heve abonnementstallet, heve den internasjonale 'rating' og styrke det nordiske samarbeidet. I tillegg fremheves at tidsskriftet fortsatt skal være et internasjonalt tidsskrift, men likevel med et nordisk fokus. Det var i 2008 god manuskripttilgang.

8. Rapport fra NGF's forskningsfond ble gitt ved Knut Lundin.

Regnskapet for 2008 vil bli lagt frem og presentert i endelig versjon for styret.

Forslag til utdeling fra Forskningsfondet ble presentert og vil bli overlevert til styret.

Rapporten ble godkjent og tatt til etterretning.

9. Valg ble ledet av leder i valgkomitéen Øyvind Irtun.

Bjørn Moum trakk seg som leder etter fire år som leder i foreningen.

Valgkomitéen foreslo Bjørn I Gustafsson som ny leder i NGF.

Enstemmig valgt av årsmøtet.

Valgkomiteen foreslo som nytt styre Bjørn Moum, Jørgen Jahnsen, Roald Torp, Arne Christian Mohn, Øystein Hovde (ny) og Kristinn Eriksson (ny)

Styret ble enstemmig valgt av årsmøtet.

Til ny valgkomitéen ble foreslått Per Sandvei (leder), Asbjørn Stalemo og Tom Glomsaker (ny). Enstemmig valgt.

Arne Christian Mohn takket til slutt Bjørn Moum for sin innsats som leder.

10. Årsmøtet 2010 arrangeres på Lillehammer

11. Eventuelt

Tom Glomsaker informerte om Nordisk Møte i Stavanger 8-11. juni 2009.

*Stephan Brackmann
Svein-Oskar Frigstad
(sign.)*

Årsrapport fra NGF-styret 2008

NGF-styret hadde i 2008 følgende sammensetning:

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

Det er avholdt 2 styremøter vår og 2 styremøter på høsten der 65 saker har vært behandlet. Alle styremøter er referatført.

Økonomisk har styret fulgt de føringer som årsmøtet la til grunn, hvor det fagmedisinske kontingenttilskudd basert på 195 ordinære medlemmer og ekstrabevilgning fra legeföreningen på kr 50.000 har utgjort inntektene.

Styret har selv stått for all sekretariatsfunksjon i sitt arbeide og alle forberedelser til årsmøtet. Kasserer har vært ansvarlig for utbetalinger og innkrevinger, samt den kontinuerlige kontroll med balanseregnskapet, mens eksternt innleid regnskapsbureau står for årsregnskap og revisjon av dette.

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.

Saker som har vært behandlet og besvart i/av styret;

- Kartlegging aktivitet legeföreningens organisasjonsledd og Kartlegge forskningsaktivitet
- Retningslinjer kurs og etterutdanning Dnlf.
- Prioritering innen spesialisthelsetjenesten (HODept) .
- Deltatt på møte på Gardemoen vedr. retningslinjer og nasjonale databaser.
- Vært representert i National Advisory Board vedr arrangement av Nordiske Gastrokongressene.
- Styret har foreslått nye representanter i spesialistkomiteen for fordøyelsessykdommer.
- Styret har hatt møter og kontakt med styret for å etablere samarbeide med Norsk Forening for Gastroenterologisk kirurgi.
- NGF medlemmer har tatt initiativ til arbeide med "Retningslinjer for oppfølging av biologisk behandling"

NGF har deltatt med 2 medlemmer på TrainTheTrainees, Florida, USA september 2008 USA (R. Fossmark, St Olav og Aly Dicko, Haukeland). Nominert 2 deltagere på ECCO møte for Young doctors Course i Lyon, februar 2009.

Styret har arbeidet med internasjonale engasjement, det har vært nominert til "YIM"- UEGW 2009 Søndag 19 (2 deltagere), YCP-World-gastroenterology 2009 London (2 deltagere), ASNEMGE Rising star 2009- nominasjon (K Søreide, kir, Stavanger).

Høringer

I løpet av 2008 har styret vurdert mange høringsaker. Høringene sendes elektronisk til alle i styret som må vurdere hver enkelt sak. Vi må selv sortere ut de saker som foreningen oppfatter som aktuelle for NGF.

Som tidligere har vi liten føling om hva som skjer i den videre behandling og hva våre høringsbesvarelser resulterer i. Vårt mål er at NGF skal bli bedre på å gjøre sin røst hørt.

Saker vi har arbeidet med innad i foreningen:

- 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 IAC Levermøtet i feb 2009
- Assistent Vitenskapelig Komiteen i forberedelsene til Nordisk Gastromøte i Stavanger juni 2009

Medlemstall pr. 31.12.2008 iflg Legeföreningen NGF:

Det er pr i dag totalt 323 medlemmer. Av disse er 186 godkjente spesialister 65 er medlem uten spesialitet 26 er pensjonister 46 er assosierte medlemmer

Æresmedlemmer:

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

Komiteer og undergrupper: Spesialitetskomite i fordøyelsessykdommer 2006-2009:

Leder Kristine Wiencke
Medlem Dag Malm
Medlem Jørgen Jahnsen
Medlem Ingrid Prytz Berset
Medlem Ylf Tone Søberg
Varamedlem Taran Søberg
Varamedlem Gunnar Qvigstad
Varamedlem Ylf Kjetil Kjeldstad Garborg

Besøkte sykehus 2008

040408 Sykehuset Blefjell, Notodden
220908 Sykehuset Stord

Søknader om godkjenning som utdanningsinstitusjon:

Ingen nye.

Spesialistgodkjenning år 2008:

Nye spesialister innen fordøyelsessykdommer:
2006: 13 hvorav 6 overført fra Norden.
2007: Kun 6, hvorav 2 overført fra Norden.
2008: 13, hvorav 3 overført fra Europa.

NGFs interessegruppe for leversykdommer:

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

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:

Roald Flesland Havre, leder
Knut Johnsen
Asbjørn Stallemo
Ottar Bjerkeset
Kristian Hveem
Lars Aabakken
Odd Helge Gilja
Svein Ødegaard
Trygve Hausken

Interessegruppe for Pancreassykdommer

Trond Buanes, leder
Dag Hoem
Ivar Gladhaug
Olaug Villanger
Erling Bringeland
Dag Malm
Truls Hauge
Tom Glomsaker

Interessegruppe for Inflammatorisk Tarmsykdommer

Ingrid Berseth, leder
Jørgen Jahnsen
Tom Øresland
Knut Lundin
Tomm Bernklev
Astrid Rydning,
Jon Florholmen
Bjørn Moum

NGF's Forskningsfond:

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

Valgkomite NGF:

Øyvind Irtun, leder
Per Sandvei
Asbjørn Stallemo

Internasjonalt arbeid:

NGF er medlem av:

ASNEMGE Association des Sociétés Nationales Européennes et Méditerranéennes de Gastroentérologie
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 Mæhlhus, 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

Nordisk samarbeid:

Congrex er vår teknisk arrangør for det norske arrangement 2009 som vil bli avholdt i Stavanger. Tom Glomsaker og Jon Arne Søreide er Vitenskapelig komité's ledere.

Scandinavian Journal of Gastroenterology:

Tidsskriftet har gjennom 2008 opplevd en markert økning av innsendte manuskripter og mottok i 2008 725 manuskripter. Det er 20-30% mer enn foregående år. Tilgangen på reviews er bedret og det trykkes regelmessig en slik artikkel per hefte. Det publiseres dessuten månedlige editorials som omtaler publiserte manuskripter. De internasjonale redaktører er trukket mer aktivt inn i spesielt det strategiske arbeidet med å fremme tidsskriftets posisjon. En mer omfattende rapport vil bli lagt frem på vintermøtet på Lillehammer.

Møter/representasjon:

NGF's 35. årsmøte fant sted på Hafjell 7. - 10. februar 2008. Det var 59 innsendte abstracts, presentert oralt.

Norsk Forening for Gastroenterologisk Personell (NFGP) hadde sitt årsmøte parallelt på samme hotell.

Torsdagssymposiet 2008 "Samarbeide og sammenslåing av gastrokirurgiske og gastromedisinske avdelinger".

Tema var svært nyttige, innsiktsfullt og ga rom for ettertanke i vår daglige sykehuspraksis.

Ansvarlige for program var Arild Horn og Esben Riise. Referat fra symposiet har vært trykket i Tnlf.

Frokostmøte - ble avholdt av Kvalitetsutvalget fredag 8. februar kl 0800-0930
Kvalitetsregistre; Gastronett og ERCP registeret. Oversiktsforedrag av professor Buckholm, Kunnskapsenteret.

NGFs interessegruppe for leversykdommer bestemte å utsette **Nasjonalt levermøte** til 2010.

Norsk indremedisinsk forenings høstmøte fant sted 6. og 7. nov. 2008

Temainnlegg: Ulcus og GI-blødninger hos pasienter som behandles med platehemmere. Bjørn Hofstad, UUS.

Nytt fra spesialiteten: Kan du stole på H. pyloritest når pasienten blør i magen? En innføring i kunnskapsbasert diagnostikk for indremedisinere. Per Vandvik, Sykehuset Innlandet.



Priser og stipender 2008

SCHERING PLOUGH AS
Stipendet på 35. 000,- og skal gå til å finansiere ett forskningsprosjekt innen inflammatorisk tarmsykdom, klinisk eller basal.
Marte Høvik

NOVARTIS NORGE FORSKNINGSSTIPEND INNEN GASTROENTEROLOGI
Stipendet på 30.000,- skal gå til å finansiere ett forskningsprosjekt innen neuroendokrine tumores, klinisk eller Basal.

Reidar Fossmark

SOLVAY'S GASTROSTIPEND – STIPEND INNEN EKSOKRIN PANKREATOLOGI.
Stipendet er på 20 000,-

Tom Glomsaker

ROCHE AS STIPEND TIL FORSKNING INNENFOR LEVERSYKDOMMER
Stipendet er på 25 000,-.

Zpignew Konovski

OLYMPUS AS REISE STIPEND
15.000,-

Geir Larsson

Reidar Fossmark

ABBOTTS "HUMANPRIS"
Prisen er på 100.000,-

Geir Hoff

ASTRAZENECA AS, STIPEND INNEN GASTROENTEROLOGI
Stipendet 50.000,- går til å finansiere et forskningsprosjekt innen gastroenterologi.

Rune Isene

Geir Larsson

Margit Brottveit

SCHERING PLOUGH AS FORSKNINGSFOND TIL MINNE OM FINN GRASMO.

Stipendiet utgjør 30.000,- årlig. Utdelles for arbeide innenfor feltet Hepatitt C. Utdeles i samarbeide med Norsk Infeksjonsmedisinsk Forening for 2008.

**Svein-Oscar Frigstad
Trude Haugland**

FERRING AS, STIPEND INNEN INFLAMMATORISK TARMKYKDOM

Prisen er på 10.000,-

Geir Larsson

NGF ÅRSMØTESTIPEND 2008

Årsmøtestipend tildeles medlemmer av NGF som er i underordnet stilling og som presenterer ett arbeide på årsmøtet. Det var 5 presentasjoner fra underordnede som til sammen ble støttet med 7949,-

NGF'S ÅRSMØTE PRISER 2008

Priser for beste vitenskaplige arbeider:

Totalt 59 abstracts var innsendt. Alle ble presentert i oral form og de fire beste arbeidene fikk hver sin pris på kr 10.000 og diplom.

Følgene kolleger fikk priser:

Beste kliniske fra universitet: Kurt Hanevik, Haukeland

Beste eksperimentelle: Ingrid Olsen, Veterinærinstituttet og Rikshospitalet

Beste kliniske utenfor universitet: Wolfgang Lindenburger, Arendal

Beste presentasjon: Esten Nakken, Ullevål

NORSK GASTROENTEROLOGISK FORENING'S FORSKNINGSFOND

Tildeling fra Fondet for 2008 ble utlyst med søknadsfrist 15.1.2009 i NGF Nytt og på hjemmesiden. Til utdeling var det utlyst 150.000,-, som var summen av avkastningen fra Fondet for 2008 og renteinntektene fra kontoplasering av overskuddet Nordisk Gastromøte på Lillestrøm 2004. Tildeling blir kunngjort av komiteens leder ved årsmøtets generalforsamling.

HELGE BELLS FORSKNINGSPRIS

I 2004 ble det opprettet eget fond utgående fra det hepatologiske fagmiljøet, for god klinisk hepatologisk forskning. Fondet bærer Helge Bells navn. Pris for beste arbeide innen faget leversykdommer ble tildelt **Lars Marius Ytrebø**, RiTØ.

NGF Nytt

Vårt medlemsblad har vært videreført med reklamebasert finansiering og profesjonell hjelp til det layoutmessige. Bladet er distribuert i 4 nummere til alle NGF og NFGKs medlemmer. Redaktør Thomasde Lange har lagt ned et betydelig arbeide og bladet fungerer godt som nyhetskanal og formidler av kurs, kongresser og møter. Det har vært rapportert om kurs, møter og kongresser hvor våre medlemmer har deltatt og presentert. Bladet har vært brukt til stipendannonsering, nyhetsformidling av felles interesser innen faget så vel som helsepolitiske saker. Bladet har ved hver utgivelse hatt tematiske innhold av felles interesse for gastro-medisin og kirurger så vel 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

Internett siden har vært drevet av webansvarlig styremedlem Esben Riise og har vært brukt til informasjonskanal. Hjemmesiden har i forbindelse med Legeforeningens IT messige fornyelse, også blitt oppgradert. Nytt fra foreningen, nyheter, lenker til andre internett sider, samt til elektronisk innmelding i foreningen og påmelding til årsmøtet.

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, 6. februar 2009



Årsmøtepriser utdelt på Vintermøtet 2009



Fra venstre Per Martin Kleveland (komite), Roald Flesland Havre, Astrid Rydning, Björn Gustafsson, Arne Skarstein(komite), Eirin Dalén, innfeldt bilde.

1. Pris for beste kliniske arbeid fra universitetssykehus

Resultater etter sakral nervestimulering

Astrid Rydning, Birger Endreseth, Arne Wibe
Gastrokirurgisk avdeling, Kirurgisk Klinik, St. Olavs Hospital, 7006 Trondheim.

Bakgrunn

Sakral nervestimulering er en terapiform som er blitt tatt i bruk mot urininkontinens av urge type, obstipasjon, alvorlig analinkontinens og mot tarmproblemer ved enkelte nevrologiske sykdommer. Vi har erfaring med denne metoden i nesten 3 år.

Metode

Pasienter som har lekkasje av avføring minst en gang pr uke eller invalidiserende obstipasjon og som har intakt sfinkter testes med en elektrode koblet til en ekstern pacemaker (PNE-test) i tre uker. Dersom en standardisert dagbok viser 50 % forbedring av forholdene under testen, får pasienten tilbud om en permanent pacemaker som legges subkutant på nates. Prosedyren gjøres nå i lokalbedøvelse med våken pasient i mageleie og gjennomlysning.

Materiale

Vi har testet 36 pasienter (31 kvinner og 5

menn), Alder 23-70 år, median 49 år. Indikasjonene for test var: Inkontinens etter forløsnings-skade 25, inkontinens etter skade eller kirurgi 6, obstipasjon 4, tarmplager ved MS 1.

Resultater

Av de 25 pasientene med forløsnings-skade har 19 blitt implantert med permanent pacemaker, 2 har stomi, 2 hadde ikke effekt og er avvist, 3 venter på pacemaker. Av de 4 pasientene med obstipasjon hadde 2 ingen effekt og avsluttet testen umiddelbart, 1 har gått inn i en bedre fase etter en periode med appendikostomi og 1 er implantert. Av de 6 med inkontinens etter kirurgi eller skader er nå 5 implanter med permanent pacemaker. En pasient opplevde komplett kontinens etter preoperativ radiokjemo og operasjon for ca rekti etter tre år med daglig lekkasje. En annen har redusert lekkasjen fra daglig til 1-2 x pr måned ca rekti operasjon. To med inkontinens etter kirurgi er så mye bedre at de fungerer i jobb. En inkomplett tverrsnittlesjon pasient hadde ingen effekt og ble avvist.

Konklusjon

Dette er et tilbud som kan hjelpe noen pasienter med alvorlig anal inkontinens, men selv en god test er ingen garanti for god effekt av pacemaker.

2. Pris for beste kliniske arbeid fra ikke universitetssykehus

Kriterier for prioritering av pasienter henvist til colonoskopi

Eirin Dalén¹, Jon Sponheim², Harald Torsvik², Even Lind², Øyvind Dyrhaug², Jon Michael Gran³, Thomas de Lange².

¹UiO, Medisinsk fakultet, ²Sykehuset Asker og Bærum HF, Medisinsk avdeling, ³UiO, Medisinsk fakultet, Institutt for medisinsk basalfag, avdeling biostatistikk.

Bakgrunn

Denne prospektive studien undersøkte forholdet mellom hensiktsmessige henvisninger til colonoskopi i henhold til retningslinjene fra the American Society for Gastrointestinal Endoscopy 2000 (ASGE) og the European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy (EPAGE) og diagnostikytelse (diagnostic yield)

Metode

323 påfølgende pasienter henvist til colonoskopi ble vurdert til å ha en "hensiktsmessig" eller "uhensiktsmessig" henvisningsgrunn til colonoskopi i følge ASGE og EPAGE sine retningslinjer. Henvisninger betegnet som "generelt indikert" av ASGE ble sammenliknet med henvisninger betegnet som "nødvendig", "hensiktsmessig"

og "usikker" av EPAGE. Henvisinger betegnet som "generelt ikke indikert" og "generelt kontraindisert" av ASGE ble sammenliknet med envisninger betegnet som "uhensiktsmessige" av EPAGE. Diagnostikkertale fant sted når henvisningen var "hensiktsmessig" og pasienten fikk en signifikant endoskopisk diagnose.

Resultat

78% av henvisningene til colonoskopi ble betegnet som "hensiktsmessige" av både ASGE og EPAGE, mens henholdsvis 13% og 19% av henvisningene ble betegnet som uhensiktsmessige" av ASGE og EPAGE. Alle henvisningene som endt opp med diagnosen colorektal cancer var betegnet som "hensiktsmessige". De to retningslinjene var uenige i betegnelsen av 22% av henvisningene. 29% av henvisningene endte opp med en signifikant endoskopisk diagnose. Diagnostikkertalen var på 34% for ASGE og EPAGE når henvisningen var betegnet som "hensiktsmessig". Når henvisningen var betegnet som "uhensiktsmessig" var diagnostikkertalen henholdsvis 9% og 8% ($p = 0.001$) og ($p < 0.001$) for ASGE og EPAGE. ASGE sin odds ratio for å ha en endoskopisk diagnose når henvisningen var betegnet som "hensiktsmessig" var 4.9, 95% CI (1.7, 14.2) ($p = 0.001$). EPAGE sin odds ratio var 5.8, 95% CI (2.2, 15.0) ($p < 0.0001$).

Konklusjon

Å bruke retningslinjer for colonoskopi øker sannsynligheten for å finne en signifikant endoskopisk diagnose. Retningslinjene er et nyttig verktøy for allmennlegen slik at hun/han henviser hensiktsmessige pasienter til colonoskopi samtidig som gastroenterologen kan enkelt prioritere henvisningene. Retningslinjene er begrenset av pasientens symptomer og kliniske funn og har ingen absolutt korrelasjon til det å finne en signifikant endoskopisk diagnose.

3. Pris for beste presentasjon

EUS elastografi av pankreas

Roald Flesland Havre, Svein Ødegaard, Odd Helge Gilja og Lars Birger Nesje
Nasjonalt Senter for Gastroenterologisk Ultrasonografi, Medisinsk Avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen og Institutt for Indremedisin, Universitetet i Bergen.

Bakgrunn

Bildemessig differensiering mellom inflammatoriske og neoplastiske prosesser i pankreas er en medisinsk utfordring, særlig hos pasienter med kronisk pankreatitt.

Materiale og metode

Elastografi er ny type bildediagnostikk som avbilder vevets formelastiske egenskaper.

Metoden kan benyttes i forbindelse med endoskopisk ultrasonografi (EUS) ved at den registrerer graden av deformering forårsaket av pulsasjon fra hjerte og store arterier. Vi har benyttet denne metoden på 19 pasienter henvisning til EUS med spørsmål om pankreassykdom, samt preoperativt for 5 pasienter planlagt for pankreaskirurgi for antatt malign tumor. Pasientmaterialet er samlet fra 2006-2008 og består av 11 kvinner og 13 menn i alderen 16-81 år.

Resultater

Av 24 pasienter hadde 16 fått påvist en fokal tumorsuspekt oppfylning i pankreas, 6 hadde sykehistorie med kronisk pankreatitt med en fokal oppfylning i pankreas og 2 hadde sykehistorie på pankreatitt uten fokal lesjon. EUS elastografi var inkonklusiv hos 2 pasienter. Tre pasienter hadde fokale solide lesjoner der elastografi viste økt vevshardhet, men hvor vevsprøve var inkonklusiv eller ikke utført og hvor tilstanden ennå ikke er avklart. Hos de 19 gjenværende pasientene viste elastografien økt vevshardhet sammenfallende med en hypokoisk lesjon i B-mode. Ni av disse viste seg å ha malign sykdom og 2 hadde benign sykdom hhv. microcystisk serøst pankreas adenom og skleroserende pseudotumor i mesenteriet. Åtte pasienter hadde elastografifunn som ikke viste økt vevshardhet i lesjon eller pankreasvev sammenliknet med omliggende referansevev. Ingen av disse har hatt sykdomsprogresjon som skulle tilsi malign sykdom, selv om oppfølgings-tiden for 2 av dem er < 3 mnd. Dette gir EUS elastografi en sensitivitet på 9/9 (100%) med bekreftet malign sykdom og en spesifisitet på 8/10 (80%) uten malign sykdom.

Konklusjon

Elastografi av pankreaslesjoner kan sammen med B-mode EUS bidra til vevskarakterisering, og alle maligne lesjoner fremstod med økt vevshardhet. Metoden har begrensninger med tanke på identifisering av benigne fokale lesjoner. EUS veiledete biopsier gir ikke alltid tilstrekkelig diagnostisk materiale. I noen tilfeller er det heller ikke tilstrekkelig vevskompresjon i aktuelt område til å fremstille elastiske egenskaper tilfredsstillende.

4. Pris for beste eksperimentelle arbeid

Principle component analysis, hierarchical clustering, and decision tree assessment of plasma mRNA and hormone levels as an early detection strategy for small intestinal neuroendocrine tumors

Björn I. Gustafsson^{1, 2}, Irvin M. Modlin¹, Ignat Drozdov¹, Boaz Nadler³, Roswitha Pfragner⁴, and Mark Kidd¹

¹Gastrointestinal Pathobiology Research Group, Yale University School of Medicine, USA. ²Department of Gastroenterology, St Olavs Hospital HF, and Department of Cancer Research and Molecular Medicine, Faculty of Medicine, NTNU, Trondheim. ³Department of Computer Science and Applied Mathematics, Weizmann Institute of Science, Israel. ⁴Institute of pathophysiology and Immunology, Centre for Molecular Medicine, Medical University of Graz, Austria.

The incidence of neuroendocrine tumors (NETs) is increasing (approximately 6%/year), but the clinical presentation is nonspecific, resulting in delays in diagnosis (5–7 years; approximately 70% have metastases). This reflects absence of a sensitive plasma marker.

The aim of this study was to investigate whether detection of circulating messenger RNA (mRNA) alone or in combination with circulating NET-related hormones and growth factors can detect gastrointestinal NET disease.

The small intestinal (SI)-NET cell line KRJ-I was used to define the sensitivity of real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) for mRNA detection in blood. NSE, Tph-1, and VMAT2 transcripts were identified from one KRJ-I cell/ml blood. mRNA from the tissue and plasma of SI-NETs ($n = 12$) and gastric NETs ($n = 7$), and plasma from healthy controls ($n = 9$) was isolated and RT-PCR performed. Tph-1 was a specific marker of SI-NETs (58%, $p = 0.03$) whereas CgA transcripts did not differentiate tumors from controls.

Patients with metastatic disease expressed more marker transcripts than localized tumors (75% versus 18%, $p = 0.02$). Plasma 5-hydroxytryptamine (5-HT), chromogranin A (CgA), ghrelin, and connective tissue growth factor (CTGF) fragments were measured, combined with mRNA levels, and a predictive mathematical model for NET diagnosis developed using decision trees. The sensitivity and specificity to diagnose SI-NETs and gastric NETs were 81.2% and 100%, and 71.4% and 55.6%, respectively.

We conclude that mRNA from one NET cell/ml blood can be detected. Circulating plasma Tph-1 is a promising marker gene for SI-NET disease (specificity 100%), while an increased number of marker transcripts correlated with disease spread. Including NET-related circulating hormones and growth factors in the algorithm increased the sensitivity of detection of SI-NETs from 58 to 82%.



Nexium[®]
esomeprazol



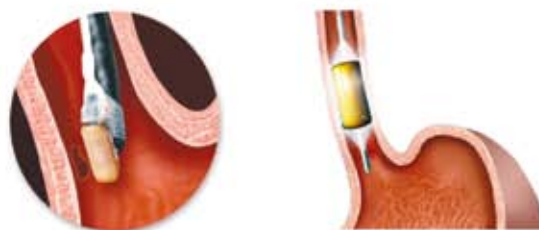
AstraZeneca 

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

TRE NYA TEKNIKER INOM GASTRO

Radiofrekvent ablation av esofagus

Radiofrekvent ablation (RFA) av esofagus har visat sig vara en effektiv metod att behandla patienter med Barretts esofagus. Metoden ger en uniform ablation till ett specifikt djup för att undvika strikturer och återväxt av gömda körtlar. RFA har studerats för alla typer av Barretts esofagus, som tidig cancer, högggradig och lågggradig dysplasi och intestinal metaplasi. Fram till idag har ca 23 000 behandlingar gjorts med **HALO-systemen**. Komplikationsgraden är mindre än 1 %. Studier som gjorts visar på att mellan 90-100% av alla patienter som behandlats har helt blivit av med sin Barrettsjukdom.

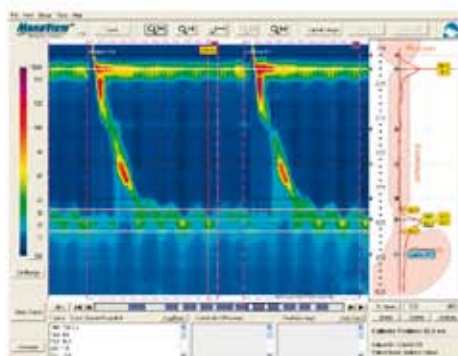


Kapselendoskopi med ny transmissionsteknik

MiroCam är ett system för kapselendoskopi med mycket hög prestanda. Det används för undersökningar av tunntarmen med den minsta kapseln som finns på marknaden. Systemet har hög upplösning och lång inspelningstid, vilket gör det möjligt att spela in data i hela tunntarmen tack vare en ny patenterad teknik för överföring av data. Den nya unika transmissionstekniken, **HBC** (Human Body Communication), innebär att systemet överför bilddata på ett mer effektivare sätt vilket innebär många fördelar för dig som användare i jämförelse med andra system som finns på marknaden.

Högupplösningsmanometri

Manometrisystemet **ManoScan 360** är ett avancerat manometrisystem. Systemet använder en helt ny, revolutionerande typ av microtipkateter med 36 mätnivåer med 12 tryckgivare på varje mätnivå, dvs 432 mätpunkter. Diameter på kateterna är ändå endast 4,2 mm och mäter tryck cirkumferentiellt. Tryckkanalerna har ett avstånd på 1 cm mellan varje kanal och mäter på så sätt all motorik från farynx, UES, hela esofagus, LES i magen samtidigt utan att katetern behövs flyttas.



Besök oss på
www.synmed.se

SynMed Medicinteknik AB
Katrinebergsvägen 6
117 43 Stockholm
Sverige
Tel: +46 8 760 83 00
Fax: +46 8 760 59 90
www.synmed.se
info@synmed.se

Kunngjøring

SCANDINAVIAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY



Tillotts Pharma AB www.tillottsnordic.com stiller til rådighet et beløp som tilsvarer 1 års abonnement på Scandinavian Journal of Gastroenterology for 100 av NGFs medlemmer. De første HUNDRE som responderer vil få SJG tilsendt i papirutgaven frem til mars 2010. "Først til mølla prinsippet" gjelder. Send navn og postadresse på mail til : info@tillottsnordic.com Alternativt kan postadresse sendes til: Tillotts Pharma AB, Frösundaviks alle 15, SE – 169 70 Solna eller faxnummer : +46 8 655 26 10

Du vil da bli registrert og straks etter motta aprilnummeret af SJG ..

Velkommen som mottager af SGJ
Tillotts Pharma AB i samarbeide med NGF

FORSKNINGSFONDET FOR CØLIAKI

Forskningsstipend 2009
Søknadsfrist: 1. mai 2009

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 2009

For 2009 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 / 22 79 91 30. Fax 22 79 93 95.
E-post: post@ncf.no





THE EUROPEAN ASSOCIATION
FOR THE STUDY OF THE LIVER

EASL
MONOTHEMATIC
CONFERENCE:
**PRIMARY
SCLEROSING
CHOLANGITIS**

**OS
MONOTHEMATIC
LO
2009**



OSLO, NORWAY
JUNE 21 - 23, 2009

Abstract Submission
Deadline:
April 3, 2009

The EASL Monothematic
Conference is sponsored by an
Unrestricted Educational Grant
from EASL Premium Sponsor



**Announcement and
Call for Posters**

Website: www.easl.ch/oslo2009
EASL Website: www.easl.ch

**OS
LO**

OSLO, NORWAY, JUNE 21 - 23, 2009
ANNOUNCEMENT AND CALL FOR POSTERS

5

PRELIMINARY SCIENTIFIC PROGRAM

SUNDAY, JUNE 21 2009

16:00-19:00 Registration

MONDAY, JUNE 22, 2009

- 09:00-10:35 Epidemiology and Natural History of PSC**
Chairs: **Erik Schruppf**, Norway
Ulrich Beuers, The Netherlands
-
- 09:00 Welcome/introduction
Erik Schruppf, Norway
-
- 09:10 Update on the epidemiology of PSC
Paul Angulo, USA
-
- 09:30 PSC in children
Dennis Black, USA
-
- 09:55 PSC in low-prevalence areas
Carlo Selmi, Italy
-
- 10:15 Small-duct PSC
Einar Björnsson, Sweden
-
- 10:35-11:15 Coffee Break and Poster Viewing**
-
- 11:15-13:00 Pathogenesis of PSC I**
Chairs: **Michael Trauner**, Austria
Jack Satsangi, UK
-
- 11:15 Pathogenesis of PSC
Michael P. Manns, Germany
-
- 11:45 Genetic epidemiology of PSC
Tom H. Karlsen, Norway
-
- 12:10 Aberrant lymphocyte homing in PSC – only a hypothesis?
David Adams, UK



EASL MONOTHEMATIC CONFERENCE:
PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS

6

MONDAY, JUNE 22, 2009 (Cont.)

- 12:30 Pathogenesis of IBD in PSC
Miles Parkes, UK
-
- 13:00-14:00 Lunch and Poster Viewing**
-
- 14:00-15:30 Pathogenesis of PSC II**
Chairs: **David Adams**, UK
Stefan Schreiber, Germany
-
- 14:00 Relevance of mouse models in PSC
Peter Fickert, Austria
-
- 14:20 Role of bile acids in inflammation and carcinogenesis
Michael Trauner, Austria
-
- 14:50 Role of cholangiocytes in PSC
Marco Marzioni, Italy
-
- 15:10 Pathogenesis of bile duct fibrosis and liver cirrhosis in PSC
David Brenner, USA
-
- 15:30-16:00 Coffee Break and Poster Viewing**
-
- 16:00-17:25 Overlap Syndrome and Autoimmunity in PSC**
Chairs: **Kirsten Muri Boberg**, Norway
George Webster, UK
-
- 16:00 Innate immune responses in PSC
Christopher Bowlus, USA
-
- 16:20 Pathogenetic importance of autoantibodies in PSC
Ulrich Spengler, Germany
-
- 16:45 PSC overlap syndromes
Giorgina Mieli-Vergani, UK
-
- 17:05 Lessons learnt from IgG4-associated cholangitis
Ulrich Beuers, The Netherlands
-
- 18:00-19:30 Reception and Tour at Oslo City Hall**



EASL MONOTHEMATIC CONFERENCE:
PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS

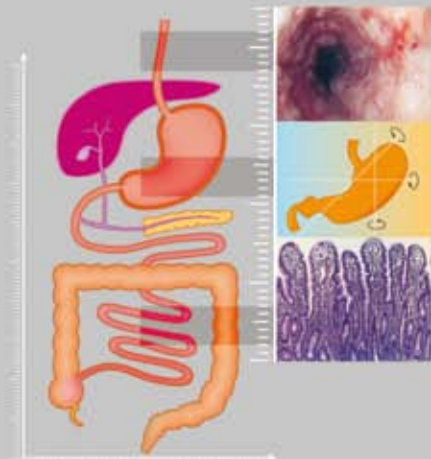
6

MONDAY, JUNE 22, 2009 (Cont.)

- 12:30 Pathogenesis of IBD in PSC
Miles Parkes, UK
-
- 13:00-14:00 Lunch and Poster Viewing**
-
- 14:00-15:30 Pathogenesis of PSC II**
Chairs: **David Adams**, UK
Stefan Schreiber, Germany
-
- 14:00 Relevance of mouse models in PSC
Peter Fickert, Austria
-
- 14:20 Role of bile acids in inflammation and carcinogenesis
Michael Trauner, Austria
-
- 14:50 Role of cholangiocytes in PSC
Marco Marzioni, Italy
-
- 15:10 Pathogenesis of bile duct fibrosis and liver cirrhosis in PSC
David Brenner, USA
-
- 15:30-16:00 Coffee Break and Poster Viewing**
-
- 16:00-17:25 Overlap Syndrome and Autoimmunity in PSC**
Chairs: **Kirsten Muri Boberg**, Norway
George Webster, UK
-
- 16:00 Innate immune responses in PSC
Christopher Bowlus, USA
-
- 16:20 Pathogenetic importance of autoantibodies in PSC
Ulrich Spengler, Germany
-
- 16:45 PSC overlap syndromes
Giorgina Mieli-Vergani, UK
-
- 17:05 Lessons learnt from IgG4-associated cholangitis
Ulrich Beuers, The Netherlands
-
- 18:00-19:30 Reception and Tour at Oslo City Hall**

Grading and Staging in Gastroenterology

Guido N.J. Tytgat
Stefaan H.A.J. Tytgat



 Thieme

Grading and Staging in Gastroenterology

Guido N.J. Tytgat, MD

Professor, Department of Gastroenterology & Hepatology, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

© 2008
388 pages, 220 illustrations, hardcover
ISBN 978-3-13-142691-8
€ 129.95

Grading and Staging in Gastroenterology: An evidence-based, easy-to-navigate, didactically elaborate compendium for everyday use by gastroenterologists and surgeons on any professional level from training to research.

Features include:

- Uniform presentation – each of the grading and staging systems is anchored in a strict text structure which includes aims, comments, and exact reference
- Precise and unobtrusive explanatory comments – especially useful for nurse practitioners
- Numerous supplementary, high-quality line drawings, as well as endoscopic, radiologic and histological images - clarify and elucidate where appropriate
- Complete and accurate reference of all original sources respective to each instrument – saves valuable research time
- An extensive subject index that enables the reader to search according to specific organs, diseases, instruments or other relevant topics.

Grading and Staging in Gastroenterology is organized in three sections:

- Instruments for Overall Patient and Disease Assessment
- Organ and Disease-related Staging and Grading Systems
- Quality of Life Patient Assessments.

The XL Nordic Meeting of Gastroenterology

8-11 June

2009, Stavanger, Norway

www.congrex.com/ngc2009



Foto: Kristian Eriksson, Production: Congrex Sweden AB / Informationsbureauet Nyberg & Co



NSF's FAGGRUPPE AV SYKEPLEIERE
I GASTROENTEROLOGI



**Postgraduate Course, Monday, June 8:
Palliative minimally invasive interventions
in patients with GI-cancer**

Moderators: Hartwig Körner and Jon Arne Søreide

- 10.00 Palliative interventions – Ethics, Evidence and Efforts (15)
Jon Arne Søreide, Stavanger
- 10.20 The palliative approach in cancer patients (goals and indications)
Hartwig Körner, Stavanger
- 10.40 The palliative patient– clinical judgement and evaluation
(subjective needs, clinical challenges, expected survival)
Toto Hølmebak, Oslo

11.00 – 11.15 Pause

- 11.15 Treatment with Endoscopic GI stents – the principles
Truls Hauge, Oslo
- 11.35 Radiology and intervention – possibilities and limitations
Knut Brabrand, Oslo

12.00 – 13.00 Lunch

- 13.00 Oesophageal- and duodenal stenting
Asgaut Viste, Bergen
- 13.20 Bile duct obstruction – treatment with the endoscopic approach
Truls Hauge, Oslo
- 13.40 Upper GI stents – technical and clinical results and achievements.
QoL. - *Lene Larsen, Oslo*

14.00 – 14.30 Coffee

- 14.30 Colorectal stenting – principles, indications and outcomes
Arild Nesbakken, Oslo
- 15.00 Colorectal stenting – technical aspects and “pitfalls”
Jens Chr. Knapp, Stavanger
- 15.30 Malignant bowel obstruction – an algorithm for evaluations and
treatment - *Hartwig Körner, Stavanger*

**Postgraduate Course, Monday, June 8:
The therapy resistant patients with
oesophageal symptoms**

Moderators: Jan Hatlebakk and Trygve Hausken

- 10.00 – 12:00 GERD: – A patients history
Abnormal findings in the therapy resistant patients
- *Jan Hatlebakk, Bergen*
Impedance pH-metry - *Pedersen, Bergen*
How to assess LES function in GERD - *Jan Hatlebakk, Bergen*
Pharmacological intervention against TLESR - *Lehmann*
The role of the surgeon - *Peter Funch-Jenssen, Århus*

12.00 – 13.00 Lunch

- 13:00 – 14:00 Chest pain of oesophageal origin – A patients history
- *Jan Hatlebakk, Bergen*
Abnormal findings in the patient with chest pain of
presumed oesophageal origin - *Dag Arne Hoff*
Functional chest pain – possible mechanisms
- *Hans Gregersen*

14.00 – 14.30 Coffee

- 14:30 – 14:45 Dysphagia with normal endoscopy – A patient history
- *Jan Hatlebakk, Bergen*
- 14:45 – 15:10 Abnormal findings in the patients with dysphagia
- 15:15 – 15:30 Non-obstructive dysphagia ...
- 15:30 – 16:00 Discussions and closing remarks - *Jan Hatlebakk, Bergen*

Større utvalg enn noensinne!

Uavhengig av din spesialitet innen terapeutisk endoskopi så finner du det du behøver samlet i Olympus sin ”nye grønne” produktkatalog.

Her finner du et komplett utvalg av instrumenter og tilbehør for ERCP, bronkoskopi, koloskopi og gastroskopi. Alt er utviklet og testet for å gi deg større fleksibilitet, effektivitet og et sikrere inngrep.

Ønsker du et eksemplar av vår nye katalog?
Send en mail til adm@olympus.no, eller kontakt oss på telefon 23 00 50 50.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

Thomas de Lange
Sykehuset Asker og Bærum
Pb 83
1309 Rud



Ser du hvem som prøver å holde seg?

Det er en godt skjult hemmelighet, men nesten 10 000 nordmenn lider av ulcerøs kolitt!

Colazid er en effektiv og sikker behandling til pasienter med mild til moderat ulcerøs kolitt. Colazid fungerer både under aktiv sykdom og som forebyggende behandling mot tilbakefall av symptomer.^{1,2}

colazid[®]
balsalazid



-virker der det skal

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

T KAPSLER: Hver kapsel inneholder: Balsalazidinnatrium 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 opp til 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 innholdstoffene 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 ulcusykdom, mildt nedsatt nyrefunksjon eller påvist leversykdom. Blodcelletelling, BUN/kreatinin- og urinalyser 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 medisineringsen må skje umiddelbart ved mistanke om blodsykdom. Biotilgjengeligheten av balsalazid og dets metabolitter kan øke hvis preparatet tas fastende. Tas derfor fortrinnsvis sammen med mat.

Interaksjoner: Det anbefales å kontrollere plasmaveiene for digoksin hos digitaliserte pasienter ved oppstart med preparatet. Den blodsukkerkende effekten av sulfonyleurea kan forsterkes. Interaksjoner med kumariner, metotekstat, probenedid, sulfapyrazon, spironolaktone, furosemid og rifampicin kan ikke utelukkes. En økning av uønskede glukokortikoider effekter på magen er mulig.

Graviditet/Amming: 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. **Hypptige (>1/100):** Gastrointestinale: Mavesmerter, diaré, kvalme, oppkast. Neurologiske: Hodepine. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Blodsykdommer, leukopeni, nøytropeni, trombocytopeni, agranulocytose, aplastisk anemi. Gastrointestinale: Pankreatitt, forverring av kolitt. Hud: Alopeci. Lever: Forhøyet leverenzymverdier, hepatitt, kolelithiasis. Luftveier: Bronkospasme, allergisk alveolitt. Muskel-skjelettsystemet: Myalgji, 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 bæremolekylet 4-aminobenzoyl-L-alanin (4-ABA) via en azobinding. Mesalazin er et antiinflammatorisk middel med lokal virkning på tarmslimosa. **Virkningsmekanisme:** Bakteriell azoreduksjon frigjør mesalazin som aktiv metabolitt i tarmen. Balsalazid og bæremolekylet 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 acetyleret metabolitt ca. 80%. Farmakokinetikken for balsalazid påvirkes ikke av genetisk polymorfisme eller alder. **Halveringstid:** For mesalazin i plasma ca. 1 time, for acetyleret metabolitt 6-9 timer. **Metabolisme:** Mesalazin og 4-ABA N-acetyleres nesten fullstendig i lever. **Utskillelse:** Mesteparten av dosen elimineres via avføring, N-acetyleret metabolitter via urinen.

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

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.