DSOG bladet

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Formandens klumme 3
Meddelelser fra redaktøren 5
DSOGs bestyrelse 6

Artikler og debat

Fra Historisk Arbejdsgruppe 9
Medicinskhistorisk Quiz 11
24. afsnit af den Saxtorphske samlings historie 11

DSOG-information

Referat DSOGs generalforsamling 14
DSOG får ny hjemmeside 16
Beretning fra EBCOG 2012 17
Olav Istre 18
Velkommen og tillykke til de nye H-læger i Gynækologi og Obstetrik 18
DGCG årsrapport til DSOG for 2012 19
DGCG – Hvad er det? 21

Møder og kurser

Gynækologiske Guidelines 23

DFKO

Nyt fra DFKO 24

FYGO

Formandens klumme 26

3

Juni 2013 • Årgang 34

Reference: 1. Lyseng-Williamson KA et al. Drugs 2009; 69: 739–756.

Vifor Pharma Nordiska AB • Torshamnsgatan 30A • SE-164 40 Kista • Sweden • Tlf: +46 (0)8–558 066 00.

Se produktinformation på side 4.

Formandens klumme

DSOG afholdt sit forårsmøde på Hindsgavl Slot d. 19.-20. april. Mødet havde rekordstor tilslutning, og de mange deltagere blev præsenteret for et særdeles spændende videnskabeligt program. Fredag formiddag startede med en forelæsning af Peter Nathanielsz der problematiserede grundlaget for en af de mest hævdvundne behandlinger indenfor vores speciale, nemlig steroidbehandlingen af kvinder i truende for tidlig fødsel. Ikke således at forstå, at han ikke gik ind for behandlingen, men han opregnede en lang række mulige konsekvenser – også for de efterfølgende generationer - som mange af os nok ikke har været klar over, og som bør påkalde sig betydelig opmærksomhed fremover. Samtidig gjorde han det også klart, at der aldrig er foretaget dosis-respons studier på dette område, og at den dosis vi giver, måske ikke er den korrekte. Den er i hvert fald høj!

Efterfølgende bidrog Niels Erik Skakkebæk og Anders Nybo Andersen med elegante indlæg om det faldende fødselstal, og om initiativer til at gøre befolkningen mere bevidste om, at fertiliteten er tidsbegrænset og ikke altid lader sig redde af al vor teknik. De formåede også begge at tage tråden op efter Peter Nathanielsz' indlæg, så der kom en meget fin sammenhæng i formiddagens program.

De efterfølgende Ph.d. og disputatsforedrag holdt alle en meget høj standard og lover godt for den fremtidige forskning inden gynækologi og obstetrik.

Opgaven med at kåre en vinder i konkurrencen var ikke nem, men Karl Brogaard prisen gik til Henriette Svarre Nielsen for hendes foredrag baseret på afhandlingen med den sigende titel "Big brother is killing you". Læs selv hvad den dækker over!

Revyen fredag aften satte igen nye standarder, og havde denne gang inddraget særdeles letpåklædte kirurger og levende dyr, der dog foreløbig kun er med på film – men hvem ved hvad der kommer næste gang? Vi glæder os allerede, og revyholdet med Charlotte Wilken i spidsen fortjener en stor tak for deres indsats. Salen var helt solgt!

Lørdagens program var sammensat af gynækologisk afdeling i Roskilde, der skal have en stor tak for et meget spændende program om de muligheder, der allerede nu ligger indenfor den gynækologiske ultralydsdiagnostik – og om de teknikker og muligheder, der kan opdyrkes mere end det gøres på de fleste afdelinger i dag.

Programmet sluttede med en spændende gennemgang af Martin Tolsgaard (også en af årets Ph.d.'er), om de muligheder der ligger i simulationstræning indenfor ultralydsdiagnostik. Det er meget positivt at uddannelsesrelaterede emner i tiltagende grad gøres til genstand for akademisk vurdering!

Referatet fra generalforsamlingen findes andetsteds i bladet, men det skal her nævnes at der var "kampvalg" blandt 5 DSOG medlemmer om de tre ledige poster i bestyrelsen. Det er glædeligt at der er flere, der finder det attraktivt at deltage i bestyrelsesarbejdet, og vi retter en stor tak til de, der stillede op.

Der er sket en betydelig udskiftning i bestyrelsen og de nye ordinære bestyrelsesmedlemmer, Pia Ertberg (organisatorisk sekretær), Ulrik Kesmodel (videnskabelig sekretær), Kristina Renault (kasserer, genvalgt) og Mette Fabricius (FYGO) ønskes hjertelig til lykke med valget. Herudover er Maria Cathrine Schmidt valgt som ny formand for FYGO og indtræder som associeret medlem af bestyrelsen.

Samtidig skal de afgående bestyrelsesmedlemmer Lise Lotte T. Andersen, Annette Tønnes Pedersen og Elise Hoffmann takkes for et stort og værdifuldt arbejde for Selskabet gennem de senere år, og Marie Storkholm takkes for sin indsats i bestyrelsen som formand for FYGO. Vi er mange, der håber på, at I alle vil bidrage til aktiviteterne i DSOG fremover!

DSOG's hjemmeside har længe trængt til en fornyelse, og vores webmaster Søren Lunde har ydet en kæmpe indsats for at nå frem til et

meget flot resultat. Læs mere om hjemmesiden andetsteds i bladet.

Sagen om Misoprostol til igangsætning af fødsler har fyldt meget den senere tid. Sagen har sat bestyrelsen på nogle spændende mediepolitiske opgaver, for vi har – med fagligt afsæt i den nye guideline om metoder til igangsætning af fødsler – ment at den ensidige fokusering på misoprostol har været ude af proportion og egentlig lidt uinteressant. Som det fremgår af den nye guideline, er misoprostol et af flere stoffer til igangsætning af fødsler, der fungerer fint og sikkert når det bruges korrekt, og det er derfor lidt ærgerligt, at diskussionen ikke har drejet sig mere om den generelt mangelfulde indberetning af medicinbivirkninger og vores praksis i forhold til at sætte fødsler i gang. De diskussioner er nemlig interessante!

Den nye bestyrelse ser frem til de mange opgaver der venter og håber på en fortsættelse af det gode og konstruktive samarbejde med de mange aktive medlemmer, vi har haft så stor glæde af i den tidligere bestyrelse! Og så håber vi fortsat at kunne bidrage til den offentlige debat om (de mange!) emner, der ligger indenfor vores speciale.

Kresten R. Petersen

Forkortet produktinformation: Ferinject (jern som ferricarboxymaltose) 50 mg/ml injektions- og infusionsvæske, opløsning. Indehaver af markedsføringstilladelsen: Vifor France SA. **Indikationer*:** Behandling af jernmangel, når orale jernpræparater er ineffektive eller ikke kan anvendes. Diagnosen skal være baseret på laboratorieprøver. **Dosering og indgivelsesmåde*:** Den kumulative dosis til mætning af jern med Ferinject bestemmes på basis af patientens legemsvægt og hæmoglobinniveau. Dosis må ikke overskrides. Patienter med legemsvægt 35 kg til < 70 kg og hæmoglobinniveau < 10 g/dl: 1500 mg. Patienter med legemsvægt 35 kg til < 70 kg og hæmoglobinniveau ≥ 10 g/dl: 1000 mg. Patienter med legemsvægt ≥ 70 kg og hæmoglobinniveau < 10 g/dl: 2000 mg. Patienter med legemsvægt ≥ 70 kg og hæmoglobinniveau ≥ 10 g/dl: 1500 mg. En kumulativ dosis jern på 500 mg må ikke overskrides for patienter med legemsvægt < 35 kg. For overvægtige patienters vedkommende skal det normale forhold mellem vægt og blodvolumen estimeres, når jernbehovet bestemmes. For patienter med en Hb-værdi på ≥ 14 g/dl bør der gives en indledende dosis på 500 mg jern. Jernparametre bør kontrolleres før indgivelse af ny dosis. Efter mætning af jern bør der foretages regelmæssige bedømmelser for at sikre, at jernniveauet korrigeres og bevares. Maksimal tolereret engangsdosis: En engangsdosis Ferinject bør ikke overskride 1000 mg jern (20 ml). 1000 mg jern (20 ml) må ikke administreres mere end én gang om ugen. Intravenøs injektion: Ferinject kan indgives som intravenøs injektion med ufortyndet opløsning op til 1000 mg jern (op til maksimalt 15 mg pr. kg legemsvægt). For doser større end 200 mg og op til 500 mg jern bør Ferinject administreres ved en hastighed på 100 mg/minut. For doser over 500 mg og op til 1000 mg jern bør Ferinject administreres i løbet af mindst 15 minutter. Intravenøs infusion: Ferinject kan indgives som intravenøs infusion op til en maksimal enkeltdosis på 1000 mg jern (op til maksimalt 20 mg pr. kg legemsvægt). Indgivelsesmåde: Ferinject må kun indgives intravenøst: som bolusinjektion eller under hæmodialyse ufortyndet direkte på den venøse side af dialyseapparatet eller som dråbeinfusion. Ved dråbeinfusion må Ferinject kun fortyndes med steril 0,9% m/V natriumkloridopløsning. Ferinject må ikke indgives subkutant eller intramuskulært. Hæmdialyseafhængig, kronisk nyresygdom: En enkelt, maksimal, daglig injektionsdosis på 200 mg jern må ikke overskrides hos hæmodialyseafhængige, kroniske nyrepatienter. Pædiatrisk population: Anvendelse af Ferinject til børn er ikke undersøgt. Ferinject anbefales derfor ikke til børn under 14 år. **Kontraindikationer:** Kendt overfølsomhed over for Ferinject eller over for et eller flere af hjælpestofferne; anæmi, der ikke skyldes jernmangel, f.eks. anden mikrocytær anæmi; tegn på jernoverskud, eller forstyrrelser i jernudnyttelsen. **Bivirkninger*:** Immunsystemet: ikke almindelige: overfølsomhed herunder anafylaktoid reaktion. Nervesystemet: almindelige: hovedpine, svimmelhed. Ikke almindelige: paræstesier. Vaskulære sygdomme: ikke almindelige: hypotension, hypertension, rødmen. Luftveje, thorax og mediastinum: sjældne: dyspnø. Mavetarmkanalen: almindelige: kvalme, abdominal-smerter, obstipation, diaré. Ikke almindelige: smagsforstyrrelser, opkastning, dyspepsi, flatulens. Hud og subkutane væv: almindelige: udslæt. Ikke almindelige: kløe, urticaria. Knogler, led, muskler og bindevæv: ikke almindelige: myalgi, rygsmerter, arthralgier. Almene symptomer og reaktioner på administrations-stedet: almindelige: reaktioner på injektionsstedet. Ikke almindelige: feber, træthed, brystsmerter, kulderystelser, utilpashed, perifere ødemer. Undersøgelser: almindelige: forbigående nedsættelse af phosphor i blodet, øget alaninamino-transferase. Ikke almindelige: Øget aspartat-aminotransferase, øget gamma-glutamyltransferase, øget lactatdehydrogenase i blodet. Der er ingen bivirkninger med ukendt hyppighed. **Interaktioner*:** Reducerer absorptionen af peroralt jern, ved samtidig administration. Derfor må oral jernbehandling, om nødvendigt, ikke påbegyndes før mindst 5 dage efter den seneste injektion af Ferinject. **Pakning og priser inkl. recepturgebyr (AUP) pr. 31.10.2011:** 5x2 ml vnr. 145795 DKK 2017,85 og 5x10 ml vnr. 145817 DKK 10271,45 Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B **Tilskud:** Intet tilskud. Produktinformationen er forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. De med *markerede afsnit er omskrevet/forkortede i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé dateret den 15.08.2012. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Vifor Pharma Nordiska AB.

Meddelelser fra redaktøren

Deadlines og udgivelsesdatoer for medlemsbladet i 2013:

27. juni/14. august
22. august/2. oktober
24. oktober/4. december

Husk at bladet kun kommer 6 gange årligt, og vær opmærksom på forholdet mellem deadline og udgivelsesdato.

Da kalenderen findes opdateret på DSOGs hjemmeside, bliver den ikke længere udgivet i trykt form.

DSOGs hjemmeside: www.dsog.dk

Indlæg sendes på e-mail til:

Pia Ertberg
Organisatorisk sekretær DSOG
Overlæge, Gynækologisk-obstetrisk afdeling G, Afsnit for Føtalmedicin, Herlev Hospital
E-mail: pia.ertberg.02@regionh.dk

Annoncer sendes til:
annoncer@dadl.dk

DSOG er medlemsblad for Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Ansvarlig redaktør i henhold til presseloven: Pia Ertberg

ISSN: 1602-5385

Design og grafisk produktion:

Lægeforeningen,
Ugeskrift for Læger

Annoncer:

Lægeforeningen,
Ugeskrift for Læger
Annonceafdelingen, Tina Sperling
Telefon: 35 44 83 09. E-mail: ts@dadl.dk

Tryk: Scanprint a/s, Viby J

DSOGs bestyrelse

Formand
Kresten Rubeck Petersen, Overlæge, dr.med.
Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling D
Odense Universitetshospital
Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C
Telefon: 6541 2320 eller 2964 7197
E-mail: krp@tdcadsl.dk

Næstformand
Karen Reinhold Wøjdemann, Overlæge, ph.d.
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Roskilde Sygehus
Køgevej 7-13
4000 Roskilde
Telefon: 4732 4103
Telefon: 2088 7545
E-mail: krwo@regionsjaelland.dk

Organisatorisk sekretær
Pia Ertberg, Overlæge
Afsnit for Føtalmedicin
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Pavillion C, 1. sal, Herlev Hospital
Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev
Privat:
Hvidehusvej 33, 3450 Allerød
Telefon: 3535 7536
Mobil: 2087 5281
E-mail: pia.ertberg.02@regionh.dk

Kasserer
Kristina Renault, Overlæge
Gynækologisk-obstetrisk afdeling D
Odense Universitetshospital
Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C
Privat:
Fodbygårdsvej 4, 4700 Næstved
Telefon: 2025 0677
E-mail: krenault@dadlnet.dk
Bilag for rejserefusion m.v. bedes sendt til hjemmeadressen.

Videnskabelig sekretær
Ulrik Schiøler Kesmodel, Overlæge, adj. lektor, ph.d.
Gynækologisk-obstetrisk afd. Y
Aarhus Universitetshospital
Brendstrupgaardsvej 100, 8200 Aarhus N
Telefon: 7845 3353
Privat:
Tornskadevej 22, 8210 Aarhus V
Telefon: 8616 2260
Mobil: 3020 6850
E-mail: ulrikesm@rm.dk

Bestyrelsesmedlem (DFKO)
Charlotte Floridon, Speciallæge, ph.d.
Gynækologisk Klinik Vejle
Borgvold 14B, 7100 Vejle
Telefon: 4093 4521
E-mail: floridon@yahoo.com

Bestyrelsesmedlem
Mette Hvilshøj Fabricius, Kursusreservelæge
Gynækologisk afdeling,Næstved Sygehus
Ringstedgade 61, 4700 Næstved
Privat:
Bregnebjergvej 6,4100 Ringsted
Telefon: 5651 4091
Mobil: 2340 8255
E-mail: mfabricius@mail.dk

Formand for FYGO
Maria Cathrine C. V. Schmidt, Reservelæge, Ph.d. studerende
Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y
Aarhus Universitetshospital
Brendstrupgårdsvej 100, 8200 Aarhus N
Privat:
St. St. Blichers Gade 31, st., 8000 Aarhus C
Telefon: 2720 7238
E-mail: aemse@hotmail.com

Klinik for minimal invasiv gynækologi

Behandling udføres af subspecialister med dokumenteret viden og erfaring. Aleris-Hamlet har anæstesilæge i døgnvagt.

Vi tilbyder

- Laparoskopisk hysterektomi og myomektomi (indlagt 6 – 24 timer)
- Laparoskopisk behandling af adnexpatologi
- Single port laparoskopi
- Endoskopisk behandling af endometriose
- Hysteroskopisk behandling i LA/UA TCRE/TCRF/TCRP
- Endoskopisk behandling af uterusanomalier
- Laserbehandling af kondylomer
- Prolapskirurgi
- Inkontinens udredning og behandling (TVT og bulking)

Dr. med. Olav Istre

Klinikchef. Almen gynækologi med subspeciale i minimal invasiv gynækologi.
mobil: 2127 7472 mail: gil@hamlet.dk

Henrik Halvor Springborg

Overlæge. Almen gynækologi med subspeciale i endoskopi og hysterektomi.
mobil: 2714 0931 mail: hhs@hamlet.dk

Pia Sander

Konsulent. Speciallæge, Ph.d. Ekspertuddannet i urogynækologi.

Henvisning via edifact eller fax

Lokationsnr.: 5790000159536
Afdelingskode: 1411209
Fax: 3817 0751

Aleris-Hamlet Hospitaler er Danmarks eneste landsdækkende privathospital – altid tæt på dig. Med de bedste specialister inden for mere end 40 behandlingsområder sikrer vi dig et personligt og trygt forløb med kvaliteten i højsæde.

København | Aalborg | Aarhus | Esbjerg | Herning

Gyngemose Parkvej 66, 2860 Søborg
Tlf. 3817 0700 | www.aleris-hamlet.dk

Aleris hamlet
HOSPITALER

Formand for DFKO
Tine Tetzschner, Speciallæge, ph.d.
Axeltorv 8, 5 sal, 1609 København V
Telefon: 2152 4464
Telefon: 2121 4464
E-mail: tine.tetzschner@dadlnet.dk

Formand for undervisningsudvalget
Lene Grønbeck, Afdelingslæge
Obstetrisk klinik, Rigshospitalet
Blegdamsvej 9, 2100 København Ø
Telefon: 3545 0775
Privat:
Telefon: 2759 9070
E-mail: l.groenbeck@dadlnet.dk

Formand for efteruddannelsesudvalget
Anja Kirstein, Afdelingslæge
Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling
Aalborg Universitetshospital
Reberbansgade 15,9000 Aalborg
Telefon: 9932 8343
Privat:
Th. Sauers Vej 6
9000 Aalborg
Telefon: 2241 5429
E-mail: anjakirstein@dadlnet.dk

Webredaktør
Søren Lunde, Kursusreservelæge
Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling
Regionshospitalet Randers
Skovlyvej 1,8930 Randers
Privat:
Ledvogtervej 111,9530 Støvring
Telefon: 2872 3835
E-mail: s.lunde@dadlnet.dk

Fra Historisk Arbejdsgruppe

Denne gang gav lodtrækningen blandt de rigtige løsninger af de medicinhistoriske quizzer følgende vindere: Astrid Marie Kolte, København, Ditte Trolle, Skejby og Jørgen G. Berthelsen, Rungsted.

Vinderne har forlængst fået tilsendt den velfortjente bogpræmie.

Løsning på den medicinhistoriske quiz nr. 1 i DSOG-bladet nr. 2, 2013

I midten af 1800-tallet troede man, at den retroflekterede uterus var en følge af mange gynækologiske lidelser. Derfor udviklede man talrige former for pessarer til konservativ behandling af nedsynkning af livmoderen med eller uden cysto- og/eller rektocele. For dengang var vaginalplastik en operation, som man kun meget nødig indlod sig på.

Hugh Lenox Hodge udviklede et specielt støttepessar til behandling af en retroflekteret livmoder. Dette pessar skulle man kunne tegne til den lægevidenskabelige embedseksamen, da forfatteren blev læge i 1970. Og det var ikke helt let, for Hodge ændrede nemlig formen på pessaret fra den hidtil anvendte cirkelrunde form til en mere aflang. Desuden tilføjede han en dobbeltkurve, så pessaret kunne følge vaginas form.

Hodge fik ideen til ændringerne en aften, da han fik øje på et stativ, hvor der hang skovle og andre redskaber, som blev holdt fast af en stålkrog. Han undersøgte den kurve på krogen, der understøttede dens funktion; resultatet blev det støttepessar, der bærer hans navn. Det anvendes vistnok stadig, men vel næppe så hyppigt som tidligere.

Hugh Lenox Hodge blev født den 27. juni 1796 i Philadelphia i USA. Faderen var militærlæge og en af de første, der underviste i anatomi i Amerika. Han døde af gul feber, da hans søn kun var to år gammel.

Hodge bestod den lægevidenskabelige embedseksamen fra University of Pennsylvania i 1818, da han blot var 22 år gammel. Derefter rejste han til Indien som skibslæge; vel hjemme igen nedsatte han sig som privatpraktiserende læge, men underviste samtidig i kirurgi.

Desværre for Hodge voksede hans praksis ikke særlig hurtigt. Det siges, at der gik femten år, inden han fik råd til hest og vogn. Og da der endelig begyndte at komme flere patienter, blev hans syn dårligere. Imidlertid interesserede han sig mere og mere for obstetrik og søgte i 1835 et professorat ved University of Pennsylvania. Den stilling fik han efter konkurrence med Charles Delucena Meigs, som senere blev professor i fødselshjælp og kvindesygdomme ved Jefferson Medical College, og som i øvrigt hele livet var modstander af obstetrisk anæstesi.

Hodge havde en spinkel fysik, men han havde en gravrøst og bar guldbriller på spidsen af en lang næse og blev ikke umiddelbart forbundet med en professor i obstetrik og gynækologi. En af hans studerende udtrykte det på denne måde, at når Hodge kom ind i auditoriet, forventede man, at han ville begynde med ordene: Lad os alle bede! Men i øvrigt var Hodge en ganske udmærket professor og en indflydelsesrig fødselslæge, som på mange områder var forud for sin tid.

I 1860 udgav Hodge lærebogen Diseases Peculiar to Women, som for en stor dels vedkommende handler om behandlingen af descensus uteri med støttepessar, som han gik stærkt ind for. På det tidspunkt var Hugh Hodge næsten blind, og fra 1850 kunne han

ikke længere læse. I stedet begyndte han at diktere sine publikationer; hans forelæsninger blev holdt efter hukommelsen.

I 863 trak han sig tilbage som professor, og med hjælp fra en af hans syv sønner fuldførte han sit hovedværk: Principles and practice of Obstetrics, som udkom i 1864.

Hodge levede yderligere en halv snes år og døde af et hjertetilfælde den 23. februar 1873.

Kilder:
1. Thomas F. Baskett: On the Shoulders of Giants. London: RCOG Press 2008.
2. Charles Delucena Meigs. www.wikipedia.org
3. Torsten Sørensen. Personen bag navnet - Hugh Lenox Hodge. www.dsog.dk/arkiv

Løsning på den medicinhistoriske quiz nr. 2 i DSOG-bladet nr. 2, 2013

Bernhard Rudolf Konrad von Langenbeck var præstesøn og blev født den 9. november 1810 i Horneburg i Tyskland. Han læste medicin i Göttingen, hvor en af lærerne - Konrad Johann Martin Langenbeck - var hans onkel, jf. nedenfor. I 1835 forsvarede Bernhard Langenbeck den medicinske doktorgrad på en afhandling om retinas struktur.

Efter studiebesøg i Frankrig og England med et længere ophold i London hos den berømte engelske kirurg Astley Cooper, vendte von Langenbeck tilbage til Göttingen og nedsatte sig som privatdocent. Og her var han, ind til han i 1842 blev professor ved Friedrichs Hospital i Kiel, som dengang var en del af kongeriget Danmark. Seks år senere efterfulgte han Johann Friedrich Diffenbach (1794-1847) som leder af det kliniske institut for kirurgi og øjensygdomme ved Charité i Berlin. Denne stilling havde han, indtil et svigtende helbred tvang ham til at trække sig tilbage i 1882.

Bernhard von Langenbeck var ikke blot en dygtig, men også dristig kirurg. Han foretrak dog at undlade at operere, hvis der var andre gode behandlingsmuligheder. Han specialiserede sig i militærkirurgi og blev en kapacitet inden for behandlingen af skudsår.

I formuleringen af quiz-spørgsmålet har der desværre indsneget sig en særdeles beklagelig fejl, som hverken undertegnede eller indsenderne af løsningerne opdagede før nu. Bernhard von Langenbeck blev født i 1810 og skulle således være mere end almindelig udviklet for – som tre-årig – at kunne udføre en vaginal hysterektomi i 1813. Uheldigvis har jeg blandet Bernhard von Langenbeck sammen med onklen, Conrad Johann Martin Langenbeck (1776-1851), som altså var den kirurg, der udførte den første planlagte vaginale hysterektomi. Patienten var en 50-årig kvinde med et malignt udseende sår på livmoderhalsen. Jeg beklager meget denne uheldige sammenblanding af onkel og nevø.

Bernhard von Langenbeck gjorde i øvrigt tjeneste som militærkirurg i den første slesvigske krig i 1848 og var også med i krigen mod Danmark i 1864.

I slutningen af 1870 var han i Orleans, som var blevet indtaget af Preussen. Der var sårede i alle offentlige bygninger. Og her gik han med en imponerede energi i gang med ikke blot at undervise læger og behandle patienter, men han benyttede også lejligheden til at stifte det tyske militærlægelige selskab. Medlemmerne mødtes to gange ugentligt i flere måneder. Og alle byens læger blev indbudt til at deltage uanset nationalitet.

Von Langenbeck konstruerede ikke blot sårhager, men også talrige andre instrumenter. Han har således lagt navn til et elevatorium, en knogletang, en nåleholder og mange flere. Dertil kommer en lang række operative snit, som han har lagt navn til, og som især anvendes inden for ortopædkirurgien.

Bernhard von Langenbeck var angiveligt utrætteligt i sin omsorg for patienterne. Han blev adlet for sin indsats i krigen mod Danmark i 1864 og kunne tilføje et von foran sit efternavn. Han døde den 29. September 1887 i Wiesbaden.

Kilder:
1. Bernhard von Langenbeck. www.wikipedia.org.
2. Thomas F. Baskett. On the Shoulders of Giants. London: RCOG Press 2008

3. Klinisk Ordbog. 16. udgave, København: Munksgaard Danmark 2004
4. Torsten Sørensen. Personen bag navnet – Bernhard Rudolf Konrad von Langenbeck. www.dsog.dk/arkiv.

Torsten Sørensen

Medicinhistorisk Quiz

Quiz nr. 1

Ved fødsel af et foster i underkroppræsentation er det farligste tidspunkt, når caput skal fødes. Adskillige forløsningsmetoder er beskrevet gennem tiden. En metode er beskrevet af en tysk læge i 1938 i en artikel med overskriften: Zur Manualhilfe bei Beckenendlage. Ved denne metode fatter man om barnets sæde og benene og bøjer forsigtigt kroppen hen over moderens symfyse i en ve-pause. Herved vil barnets arme falde frem, hovedet rulle frem over perineum, hvorefter barnet er født.

Hvem har beskrevet metoden? Hvornår levede han?

Quiz nr. 2

Denne canadiske læge skrev i 1947 en artikel med overskriften Selective cytology smear for diagnosis of cancer. Heri beskrev han den træspatel, som stadig anvendes til cytologisk skrab fra cervix uteri, når der tages celleskrab til undersøgelse for kræft i livmoderhalsen. Spatlen er i den ene ende formet, så den passer til formen af collum uteri, og anvendes vel på de fleste gynækologiske afdelinger.

Hvad hed lægen, der beskrev spatlen? Hvornår levede han?

Løsninger kan senest den 20. juni 2013 sendes til e-post-adressen: torsten.soerensen@dadlnet.dk med angivelse af indsenderens navn og adresse af hensyn til fremsendelse af evt. bogpræmie.

Torsten Sørensen

24. afsnit af den Saxtorphske samlings historie

3. afsnit om den Saxtorphske samlings bogsamling: Bergers bøger

Af Mogens Osler

Christian Johan Berger (1724-89) var den første professor artis obstetriciae 1761-71 ved Københavns Universitet og Jordemoderundervisningen.

Fig. 1. Christian Johann Berger.

Berger var født af danske forældre i Wien, hvor hans far var hushovmester hos den danske gesandt grev Berckentin. Han blev tidligst uddannet i Wien, senere i København og Strasbourg, hvor han studerede fødselsvidenskab hos Fried.

I 1746 kom han tilbage til København og bestod i 1748 og 1756 anatomisk og kirurgisk eksamen. I 1759 tog han doktorgraden ved det medicinske fakultet og i 1763 blev han udnævnt til tertius professor facultatis medici samt professor artis obstetriciae.

På et tidspunkt her i København kom Berger i tæt samarbejde med Struense, hvorfor hans assistent Mathias Saxtorph måtte overtage en del af hans arbejde på fødselsstiftelsen.

Da Struense blev afsat i 1772, blev Berger, som følge af sit samarbejde med Struense, fængslet, men da det under forhørene viste sig, at han ikke var medskyldig, blev han frigivet, men forvist til Aalborg.

Senere blev han rehabiliteret fuldt ud og udnævnt til professor i Kiel.

Af bøger har Berger i 1766 udgivet en lærebog for jordemødrene med titlen:

Spørgsmaale om Menneskets Fødsel og Fødselshjælpen, og senere en bog med svarene på spørgsmålene.

Bøgerne har samme struktur som den i 1719 af svenske Johan von Hoorn udgivne bog med titlen: Twenne Gudsfrugtige Jordegummor Siphra och Pua, Frågor och Swar.

Af Gud belönte
Jordegummor
SIPHRA och PUA.
Frågor och Swar
En lärgiriig Barnmor
Wid denna Andra Uplägning
Tolff Historiske Anmärkningar:
Samt therå Lärdomar/
Johan von Hoorn/

Fig, 2. Johan von Hoorns bog.

I den Saxtorpske bogsamling findes følgende værker med Berger som forfatter:

1. Spørgsmaale om Menneskets Fødsel og Fødsels-Hjælpen. 1766.

Spørsmaale
om
Menneskets Fødsel
og
Fødsels-Hielpen.
Kiøbenhavn, 1766.

Fig. 3. Bergers bog med spørgsmålene.

Trykt hos Brødrene Johan Christian og Georg Christoffer Bering, boende i Pilestræde.

Bogen er i originalt tryk, men senere indbundet i moderne stift papbind med påtryk af forfatternavn og titel.

2. Besvarelse til Spørgsmaale over Menneskets Fødsel og Fødselshjælpen.

I 2 bind, formentlig 1766.

Håndskrevet med meget utydelig og vanskelig læselig tekst.

Manuskripterne er præget af tidligere dårlig opbevaring, men indbundet på et senere tidspunkt i stift papbind med læderryg og påtryk af titel og forfatternavn.

3. Fragen über der Geburt des Menschen und die Geburtshilfe.

Christian Johann Berger.

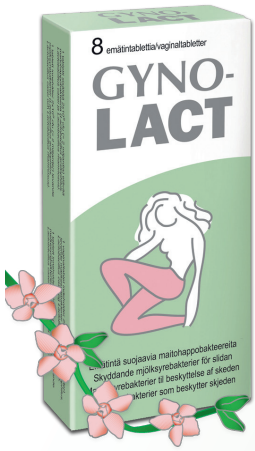
Mit den Antworten und mit Noten versehene Ausgabe.

Dr. E. Ingerslev. Kopenhagen. MDCCCX.

Indeholder en beskrivelse af Bergers liv samt spørgsmålene på latin og besvarelserne på tysk.

GYNO-
LACT

Højt indhold af mælkesyre-bakterier



Hvor mange mælkesyrebakterier er der i de vaginalkapsler du anbefaler?

GynoLact indeholder 3 stammer mælkesyrebakterier med et indhold på **2 mia**.

Dosering:
1 vaginaltablet indføres dybt i skeden ved sengetid i 7 dage.
Tabletterne er letopløselige, derfor ingen udsivning.

Kan købes på Apoteket, Matas og Helsekostbutikker

Balancen i dit liv

Vitabalans

Referat DSOGs generalforsamling 19.04.2013

1. Valg af dirigent

Thomas Larsen vælges med akklamation.
Lise Lotte T. Andersen er referent.
Der er 123 stemmeberettigede tilstede.

Dirigenten konstaterer at generalforsamlingen er rettidigt indkaldt, og at den er beslutningsdygtig.

2. Bestyrelsens beretning

Formanden Kresten R. Petersen aflægger bestyrelsens beretning.

Beretningen kan ses på nettet sammen med de øvrige beretninger.

Poul Ladehoff spørger til hvordan det går med arbejdet med de kliniske databaser. KRP refererer til den skriftlige beretning vedrørende dette og orienterer om, at der er en arbejdsgruppe undervejs med hensyn til et samarbejde med samordning med de forskellige kliniske databaser.

Peter Hornnes komplimenterer bestyrelsens arbejde.

Beretningen vedtaget ved applaus.

3. Beretninger fra

1. EBCOG

Peter Hornnes aflægger beretning.

2. UU

Lene Grønbeck aflægger beretning.
Helene Hvidmann forespørger om proceduren vedr. ansættelsesudvalgene, især med hensyn til deltagelse i formødet forud for ansættelsessamtaler. UU mener ikke det er nødvendigt, at der er en DSOG-repræsentant med til formøderne, men at man som fagligt selskab må stole på, at udvælgelsesproceduren foregår efter reglerne.

Kasper Aagaard spørger vedr. arbejde med de tidsbegrænsede afdelingslægestillinger, som UU har diskuteret kunne være en mulighed til at forbedre efteruddannelsesarbejdet. LG replicerer at det er én af mulighederne, en anden mulighed kunne være på sigt at forlænge speciallægeuddannelsen.

3. webmaster

Søren Lunde fremlægger DSOG's nye hjemmeside der har premiere i dag (18/4-2013).

4. EXPU

Carsten Byrjalsen aflægger beretning.
Alle beretninger kan ses på hjemmesiden.

Beretningerne vedtaget ved applaus.

4. Aflæggelse af revideret regnskab, fremlæggelse af næste års budget og fastlæggelse af kontingent.

Regnskabet gennemgås af Kasserer Kristina Renault.

Marianne Glavind kommenterer på Hindsgavl-styregruppens økonomi, som kassereren og styregruppen vil kikke på. Styregruppen er tilfreds med at økonomien lægges i deres hænder.

Regnskab godkendes af forsamlingen.

Budget 2013 fremlægges og DSOG anbefaler at kontingentet fastholdes uændret det næste år.

Budgettet vedtages enstemmigt.

5. Revisorens bemærkninger

Hvad er det for aktiviteter som bestyrelsen ikke har lavet? Siden man ikke har brugt det budgetterede. Budgettet er et rammebudget derfor er det et skøn år for år.

Kan pengene bruges til medlemmerne? Det prøver bestyrelsen at rette op på bla. ved festen i aften. Der er mange tilmeldte, flere end der plejer.

6. Forslag til sagsbehandling fra bestyrelsen og medlemmerne

1. vedtægtsændringer § 12

Formanden Kresten R. Petersen fremlægger bestyrelsens forslag om vedtægtsændringer § 12, hvor baggrunden for dette er, at man ved

indvalg til bestyrelsen ikke nødvendigvis får den plads man stiller op til.

Peter Hornnes foreslår at næstformand ændres til kommende formand, Helene Hvidmann er imod dette, da det vil gøre at andre der iht. de andre vedtægter ønsker at opstille som formand, ikke vil kunne gøre dette.

Bestyrelsens ændringsforslag vedtages enstemmigt, men da forsamlingen ikke iht. vedtægterne er beslutningsdygtige i forhold til vedtægtsændringer, skal det konfirmeres på en ekstraordinær generalforsamling, som formentlig bliver i forbindelse med november mødet.

2. vedtægtsændringsforslag resten af DSOGs vedtægter

Næstformand Karen Wøjdemann gennemgår kort de sproglige ændringer som bestyrelsen har valgt at lave. Ændringen vedtages enstemmigt, men da forsamlingen ikke iht. vedtægterne er beslutningsdygtige i forhold til vedtægtsændringer, skal det konfirmeres på en ekstraordinær generalforsamling, som formentlig bliver i forbindelse med novembermødet.

3. revision af UU-kommissorium

Formanden Lene Grønbech gennemgår ændringerne i kommissoriet.

Kasper Aagaard kommenterer at han ikke er enig med punktet vedrørende at formand skal være speciallæge.

Helene Hvidmann foreslår at der skrives ind, at man stiler mod geografisk fordeling. Foreslår også en tænkt situation hvor der ikke er nogen speciallæger i udvalget, og derfor ikke mulighed for at få en formand der er speciallæge.

Gitte Eriksen: UU's udvalg skal sammensættes med folk der er beslutningsdygtige og er i stand til at tage beslutninger vedrørende uddannelsen. UU er et organ der arbejder med komplekse emner vedrørende uddannelsen og kræver en formand der er i stand til at håndtere disse, hvad en ikke-speciallæge ikke vil kunne.

Karen Wøjdemann replicerer til Helene Hvidmann at det fremgår af kommissoriet at der skal tages hensyn til geografisk spredning.

Kasper Aagaard fastholder krav om at passus vedrørende speciallæge som formand ikke skal med.

Bjarne Rønde Kristensen: Har været med i meget organisatorisk arbejde, og støtter op om FYGO's kommentarer vedrørende at udvalget selv konstituerer sig efter generalforsamling, og det er vigtigere at formanden er en kompetent person end speciallæge.

Kommissoriet-ændringen sættes til afstemning: 40 stemmer for forslaget, 46 stemmer imod, 7 stemmer ikke. Forslaget forkastes.

Pernille Jensen kommenterer vedrørende ændringerne i punkt 1, og Kresten R. Petersen replicerer at det er bestyrelsen der indsender målbeskrivelser.

Bestyrelsen kommer med et ændringsforslag hvor passus vedrørende formand skal være speciallæge er fjernet. 18 stemmer ikke, 1 stemmer imod og 85 stemmer for.

4. revision af EFU-kommissorium

Anja Kirstein fremlægger kommissoriums ændring der vedtages enstemmigt.

7. Valg af 1 bestyrelsesmedlem efter indstilling fra FYGO (jf. § 12)

- Mette Fabricius

8. Valg af 3 bestyrelsesmedlemmer (jf. § 12)

- Ulrik Schiøler Kesmodel
- Kristina Renault
- Pia Ertberg

9. Valg til

1. UU:

- Lars Grønlund Petersen
- Morten Beck Sørensen
- Martin Tolsgård(FYGO)

2. EFU
- Peter Egede
- Julie Tharin(FYGO)

3. Sandbjerg styregruppe
- Hanne Brix Westergaard
- Lone Hvidman

4. Hindsgavlstyregruppe
- Solveig Brixen Larsen
- Helle Clausen

5. Revisor
- Lene Sperling

10. Eventuelt
Lone Krebs orienterer om det nye fødselsregister. Med forslag til kommissorium. Styregruppe består af Charlotte Brix, Jan Stener Jørgensen, Jens Langhoff Ross, Lone Krebs, 2 jordemoderprofessorer.

Fysisk hjemmehørende i Odense i SDU regi.

Formanden takker de afgående medlemmer for deres arbejde i DSOGs bestyrelse.

DSOG får ny hjemmeside

DSOG.dk er i dag en særdeles velbesøgt hjemmeside, hvor medlemmerne kan finde nyheder, guidelines, møde- og konferencekalender samt anden relevant information om specialet. Siden rummer utrolig megen information, og nogle vil hævde, at den måske er blevet en smule uoverskuelig gennem tiden. Endvidere bliver en del filer og links kun meget sjældent benyttet og derfor kunne man med fordel foretage en kraftig oprydning i disse mange, mange filer.

Den tekniske udvikling over de seneste år har endvidere givet nye spændende muligheder for at designe hjemmesider, herunder automatisk tilpasning til smartphones og tablets, således at hjemmesiden adapterer visningen til en mindre skærm. Dette er hensigtsmæssigt, idet vi kan konstatere, at en stigende del af de besøgende på hjemmesiden benytter netop smartphone eller tablet. Alt i alt var tiden inde til at lave hjemmesiden om, og derfor gav bestyrelsen i slutningen af 2012 mandat til, at processen med at redesigne og omstrukturere hjemmesiden kunne gå i gang. Dette arbejde er nu næsten tilendebragt, og den nye hjemmeside så dagens lys i forbindelse med Forårsmødet og Generalforsamlingen i april måned.

Jeg vil her kort skitsere, hvorledes den nye hjemmeside er bygget op:

- Ny enkel menustruktur, hvor menuen automatisk udbygges med flere valg, efterhånden som den besøgende bevæger musen ned gennem menuen.
- Korte nyheder vil fortsat fremgå af forsiden, men efterhånden som nye indlæg kommer til, flyttes de ældre indlæg automatisk til et arkiv, hvor man altid vil kunne læse dem eller søge efter dem.
- Nyhederne kategoriseres efter subspeciale, og man kan derfor f.eks. vælge udelukkende at se obstetriske nyheder.
- Arkivet over gynækologiske og obstetriske guidelines er gjort mere overskueligt - og af juridiske årsager kan man nu udelukkende finde de aktuelle guidelines (og oplæg) på hjemmesiden.
- Kalenderen vises som en alm. kalender eller i listeform, hvor arrangementerne nu fremgår med flere detaljer. Man kan

endvidere søge i kalenderen. Tidligere arrangementer forbliver i arkivet.
– Man kan nu dele DSOG.dk's sider via sociale medier som Facebook og Twitter.

Den gamle udgave af hjemmesiden vil ikke længere blive opdateret fra april, men forbliver i en overgangsperiode tilgængelig via et link fra den nye hjemmeside.

Søren Lunde
Webredaktør, DSOG

Beretning fra EBCOG 2012

Medlemmer. I 2011 meldte Ukraine sig ind i EBCOG, og Rusland vendte tilbage, således at antallet af medlemslande er 31.

Kontakt med medlemmerne. Der afholdes 2 årlige møder med Council, hertil sender hvert land 2 repræsentanter, fra Danmark deltager Charlotte Søgaard og Henrik Vittrup. Det er vigtigt, at repræsentanterne enten sidder i ledelsen af det nationale selskab eller holder tæt kontakt til selskabet. Referater fra alle møder ligger på EBCOGs hjemmeside www.ebcog.eu, EBCOGs præsident udsender nyhedsbreve til alle nationale repræsentanter og beder dem formidle nyhedsbrevene videre til selskabernes hjemmesider.

Kontakt med EU. EBCOG har kontakt med en række EU parlamentsmedlemmer fra blandt andet Danmark og med EU Kommissionen, specielt DG Sanco og med andre Ngo'er i Bruxelles. Disse kontakter varetages i tæt kontakt med UEMS, som er den europæiske speciallægeorganisation.

Uddannelsesprogrammer. EBCOG har udarbejdet uddannelsesprogrammer for gynækologi og obstetrik og programmer for uddannelse i de fire subspecialist områder perinatal medicin, onkologi, urogynækologi og reproduktiv medicin i samarbejde med subspecialist organisationerne. Alle disse programmer er ved at blive revideret.

Anerkendelse og akkreditering af uddannelsesprogrammer. EBCOG har akkrediteret uddannelsesprogrammer i en lang række lande, dels i almen gyn/obs og dels i subspecialist områderne, også i Danmark. EBCOGs aktivitet på dette område fortsætter, men i stadig større omfang bliver der etableret nationale akkrediteringssystemer. Vi modtager forespørgsler om akkreditering også fra lande uden for EBCOGs medlemskreds.

Behandlingsstandarder. EBCOG har udarbejdet et sæt behandlingsstandarder inden for obstetrik og er i gang med et tilsvarende arbejde inden for gynækologi. Standarderne skal godkendes i de nationale selskaber, hvorefter det er planen at søge dem godkendt i EU, om end der både i kommissionen og i parlamentet er kræfter, som vil gøre modstand på grund af, at standarderne omfatter abort og fosterdiagnostik.

Samarbejde med andre organisationer. Vi arbejder meget tæt sammen med ENTOG, som organiserer de europæiske uddannelsessøgende i specialet. Endvidere er der et tæt samarbejde med de fire subspecialist organisationer (EAPM, ESGO, EUGA og ESHRE) og samarbejde med en lang række andre selskaber inden for specialet. Sammen med sexologer og ufologer har EBCOG dannet en komite om sexual medicin.

Fellowships. I 2012 blev der uddelt 3 stipendier på 3.000 – til studieophold for uddannelsessøgende, dette blev gentaget i 2013, hvor Nadia Wilson fra Hvidovre Hospital var en af stipendiemodtagerne.
Kongresser. EBCOG afholdt i 2012 kongres i Tallinn, Estland. Der var 800 betalende deltagere, mange velbesøgte sessioner og mange hands-

on kurser. Der var stor tilfredshed med mødet, som dog desværre ikke gav noget overskud. Næste kongres er 7-10 maj 2014 i Glasgow, programmet kan ses på www.ebcog2014.org, 2016 kongressen bliver i Istanbul.
Peter Hornnes, kasserer i EBCOG.

Olav Istre

Olav Istre, 62, har i sit virke som speciallæge i gynækologi været blandt pionererne herhjemme inden for brugen af kikkertoperationer. 5. februar afholdes der tiltrædelsesseminar i forbindelse med hans professorat på Syddansk Universitet.

Olav Istre er udnævnt til adjungeret professor i gynækologisk kirurgi ved Klinisk Institut på Syddansk Universitet, hvilket blev markeret med et tiltrædelsesseminar tirsdag den 5. februar. Han har siden december 2010 været overlæge med specialeansvar for det gynækologiske område hos Aleris-Hamlet Hospitaler, og sideløbende med professoratet fortsætter Istre uændret i sin rolle hos Aleris-Hamlet. Han er bidragyder til mere end 170 lægefaglige publikationer, primært i form af videnskabelige artikler og undervisningsmaterialer, og besidder foruden mange års lægefaglig erfaring også omfattende ledelses- og undervisningserfaring fra ind- og udland – bl.a. arbejdede han fra marts 2009 til december 2010 som lektor på Harvard Medical School i Boston. Olav Istre er født den 28. februar 1949 i Oslo, cand.med. fra Aarhus Universitet i 1977 og dr.med. fra Oslo Universitet i 1996. Privat er han bosiddende på Frederiksberg.

Velkommen og til lykke til de nye H-læger i Gynækologi og Obstetrik

Vi har pr. 1. april 2013 ansat i alt 14 læger i en hoveduddannelsesstilling – 7 i Øst, 2 i Syd og 5 i Nord.

Navn på nye H-læger	Bloksammensætning
Tine Greve	RH – Holbæk
Lea Thuesen	Hvidovre – RH
Nathalie Søderhamn Bülow	Herlev – Næstved
Sara Liest	Herlev – Hillerød
Mubeena Aziz	Hillerød – RH
Mette Karie Mandrup Kjær	Roskilde – Herlev
Klara Vinsand Naver	Hvidovre – Roskilde
Birgitte Freilev Lindved	Kolding – OUH
Vibeke Nielsen	Sønderborg – OUH
Lene Duch Madsen	Skejby – Herning
Julie Glavind	Skejby – Randers
Lise Brogaard Roed Jensen	Skejby – Horsens
Mette Høltzermann Vendsyssel	Ålborg – Sygehus
Lise Haaber Thomsen	Ålborg – Viborg

I Øst har yderligere 3 fået et H-forløb som de starter op i efter endt orlov og som vi derfor også skal sige til lykke til. Det drejer sig om Birgitte Sophie Oxlund-Mariegaard (ansættes forår 14), Fanny Elisabet Håkansson (ansættes forår 14) og Anne Katrine Holflod Friberg (ansættes efterår 13 eller forår 14).

DSOG ser frem til at få Jer som engagerede kolleger.

Held og lykke med Jeres uddannelse.

Kresten Rubeck Petersen
Formand DSOG
Gitte Eriksen
Hovedkursusleder

DGCG årsrapport til DSOG for 2012

Forretningsudvalget bestod i 2012 af:

Overlæge Lene Lundvall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)

Overlæge Mansoor Mirza, Onkologisk afd., Rigshospitalet (næstformand)

Professor, overlæge, dr.med., Anders Kristian M. Jakobsen, Onkologisk afd., Vejle Sygehus

Overlæge, dr.med., Jacob Christian Lindegaard, Onkologisk afd., Århus Universitetshospital

Professor, overlæge, dr. med., Jørn Herrstedt, Onkologisk afd., Odense Universitetshospital

Overlæge, dr. med., Erik Søgaard Andersen, Gynækologisk afd., Aalborg Sygehus

Overlæge, dr.med., Jan Blaakær, Gynækologisk afd., Århus Universitetshospital, Skejby

Overlæge Kirsten Kock, Afdeling for Patologisk Patologi, Odense Universitetshospital

Overlæge Estrid Stæhr-Hansen, Patologisk Institut, Århus Universitetshospital.

Overlæge, ph.d., Lotte Nedergaard, Patologiafdelingen, Rigshospitalet

Konst. overlæge, dr.med., Erik Morre Pedersen, Radiologisk afd., Århus Universitetshospital, NBG

Overlæge, dr.med., Svend Aage Engelholm, Radioterapiklinikken, Rigshospitalet

Overlæge, ph.d., Connie Palle, Gynækologisk afd., Herlev Hospital

Professor, overlæge, dr.med. Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet

Projektleder, seniorforsker, ph.d., Estrid Høgdall, Dansk Cancer Biobank, Patologiafdelingen, Herlev Hospital

I løbet af 2012 trådte Erik Søgaard Andersen ud af Forretningsudvalgt og blev erstattet af Pernille Jensen, Odense. Svend Aage Engelholm tråde ligeledes ud af

Forretningsudvalget. Både Erik og Svend Aage takkes for deres store indsats.

I det forgangne år har der været holdt 2 forretningsudvalgsmøder, og der har været flittig mailkorrespondance medlemmerne imellem. Den 28. marts var der årsmøde i Vejle med et stort fremmøde og præsentation af 10 flotte posters fra vores unge forskende kolleger. Det var meget spændende at se så meget, der er gang i og have muligheden for at diskutere med forskerne selv.

DGCG fik i 2011/12 en udmelding fra DMCG (Danske Multidisciplinære Cancer

Grupper, hvorunder DGCG hører) om, at vi skal have en struktur, som den, de øvrige

DMCGer har. Forretningsudvalget har derfor forholdt sig hertil og på årsmødet den 28. marts blev forslag til den kommende sammensætning af bestyrelsen fremlagt og diskuteret. Forslag til sammensætningen har efterfølgende ligget på hjemmesiden til kommentar frem til Forretningsudvalgsmøde den 22. november 2012. Bestyrelse konstituerede sig den 22. november 2012 med de ekstra medlemmer. Det er tilgodeset, at der i bestyrelsen er repræsentanter fra alle specialer fra alle centre i landet samt en repræsentant fra Danske Regioner. Der er ligeledes mulighed for ad hoc medlemmer til bestyrelsesmøder ved behov herfor. Forretningsudvalget blev konstitueret med formand og næstformand. Der er 5 medlemmer, som er repræsenteret bredt mht. geografi og speciale. Alle medlemmer af bestyrelsen og forretningsudvalget kan ses på DGCG´s hjemmeside: www.dgcg.dk

Formålet med DGCG er fortsat uanset den organisatoriske struktur:

- at udarbejde ensartede retningslinjer for undersøgelse, behandling og kontrol af gynækologisk cancer i Danmark og
- at sikre at dette foregår på et højt internationalt niveau.
- at sikre patienten den nødvendige hjælp efter behandlingen med henblik på at opnå den bedst mulige livskvalitet
- at initiere og drive forskning

– at assistere de videnskabelige selskaber med rådgivning om gynækologiske cancersygdomme og at oprette og drive kliniske databaser til monitorering af undersøgelse og behandling af gynækologiske cancersygdomme i Danmark.

Arbejdsgrupperne har også i det forgangne år været meget flittige og der er en løbende revision af retningslinjerne. Der er nu kommet en guidelinegruppe for vulvacancer.

Vulvacancer har tidligere ligget i regi af cervixcanserguideline gruppen, men efter specialeplanens yderligere centralisering af varetagelsen af vulvacancer, har det været nødvendigt, at denne patientgruppe blev varetaget i eget forum. Alle retningslinjer ligger på hjemmesiden: www.dgcg.dk.

Der er fortsat et højt forskningsaktivitetsniveau på basis af DGCD-data, og biobanken vokser fortsat.

DGCGs hjemmeside har skiftet plads til www.dgcg.dk samt skiftet udseende og opbygning. I den forbindelse siger vi også farvel, med et stort og velfortjent tak, til Danny Svane som webmaster og goddag til Kasper Skriver Gravesen, der overtager den vigtige og tidsrøvende post. Danny og Kasper har samlet deres bedste webmasterevner i den nye hjemmeside, hvilket skulle sikre dens fremtidige succes. Kasper er allerede en avanceret hjemmesideprogrammør, som ved siden af sit medicinstudie også passer NSGOs hjemmeside. Vi er derfor helt sikre på, at han vil videreføre Dannys gode linje og yderligere udbygge denne.

Torsdag den 26. januar afholdt DGCG og patientforeningen KIU symposium i København om status for moderne gynækologisk cancerbehandling i Danmark og status for endometriecancerbehandlingen – resultater og fremtidig udvikling. Det var en stor succes, og der er planlagt et årligt symposium, næste gang i Århus i 2013.

DGCD og DGCG sekretariatsfunktionen er lagt ind under KCKS-Øst (Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Øst). Regionerne ser et tæt og frugtbart samarbejde med DMCG.dk og DMCGerne som væsentligt for fortsat kontinuerligt at udvikle kræftområdet generelt. Samarbejdet med Danske Regioner er yderligere konsolideret i det forgangne år. For at have en tæt løbende kontakt mellem de enkelte DMCGer og RKKP (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram) er der etableret en kontaktpersonordning, som skal sikre dette. DGCG og DGCD har fået mulighed for at

Marie Louise Shee Nielsen, som tidligere har været leder af DGCGs sekretariatsfunktion, kunne blive denne kontaktperson. Denne ordning har været meget velfungerende.

DGCD årsrapporten for 2012 (data for 2005-2011) viser, at der forekommer variation centrene imellem vedrørende kirurgisk radikalitet, forekomst af resttumor og blødning.

For at nedbringe variationerne centrene imellem anbefales det i rapporten, at indikatordefinitionerne præciseres, at der anvendes kirurgiske udvekslingsophold, og at der udvikles nye diagnostiske værktøjer til selektion af patienterne til operation. Disse tiltag er allerede i gang. Dette års DGCD rapport baserer sig nu på så mange data og antal års observationer, at det er muligt at sammenligne centrene på den ultimative faktor for behandling af ovariecancer, nemlig overlevelse. Analysen viser at forskellene mellem centrene varierer tilfældigt gennem årene og at man som patient trygt kan lade sig operere på alle centre.

Lene Lundvall
formand for DGCG

DGCG – Hvad er det?

Dansk gynækologisk Cancer Gruppe (DGCG) har udviklet sig over tid fra nedsættelsen af et udvalg til en veletableret gruppe.

I 1970 érne begyndte der at komme publikationer, der tydede på at overlevelsen for ovariecancer kunne forbedres ved bedre kirurgi og kemoterapi og det betød, at man også i Danmark begyndte at interessere sig for at ændre behandlingen. I 1979 blev nedsat et udvalg med Kamma Bertelsen som initiativtager bestående af onkologer og gynækologer i Odense med det formål, at udarbejde nye retningslinjer for, hvordan behandlingen skulle være af ovariecancer i Danmark.

Herefter blev DACOVA dannet, som var en gruppe af onkologer, gynækologer og patologer. Der blev kørt mange projekter i det regi de følgende 20 år.

I 2000 følte man, at tiden var inde til en mere formel struktur. Man rettede henvendelse til de relevante medicinske selskaber med henblik på, at der blev udpeget medlemmer til et forretningsudvalg. Tre medlemmer fra hvert medicinsk selskab. De 9 personer var herefter forretningsudvalget i den nye samarbejdsorganisation, som blev kaldt DGC (Dansk Gynækologisk Cancer). Den konstituerede sig med onkolog Kamma Bertelsen som formand og gynækolog Erik Søgaard Andersen som næstformand. Forretningsudvalget nedsatte arbejdsgrupper for ovarie-, endometrie- og cervixcancer ligesom der blev dannet en databasegruppe og senere en biobankgruppe. Arbejdsgrupperne er i dag guidelinesgrupperne. Der er guidelines for alle gynækologiske cancersygdomme og de revideres løbende. De er tilgængelige på hjemmesiden og præsenteres i highlights ved årsmøderne. Databasen er vokset sig stor og dækker nu mulighed for on-line registrering af alle gynækologiske cancersygdomme.

Indberetningsprocenten er høj og da dækningen dermed er stor danner databasen et også i international sammenhæng unikt materiale og bæredygtigt grundlag for forskning, udvikling samt kvalitetssikring. Biobanken er ligeledes vokset betydeligt både i kvantitet og kvalitet.

Forretningsudvalget har mødtes cirka 4 gange årligt og der var årligt et repræsentantskabsmøde. DGC havde ikke registrerede medlemmer fraset de udpegede til forretningsudvalget og medlemmerne af guidelinesgrupperne. Dette er også gældende for DGCG.

Formålet med DGC var:

- at udarbejde ensartede retningslinjer for undersøgelse, behandling og kontrol af gynækologisk cancer i Danmark og
- at sikre at dette foregår på et højt internationalt niveau.
- at sikre patienten den nødvendige hjælp efter behandlingen med henblik på at opnå den bedst mulige livskvalitet
- at initiere og drive forskning
- at assistere de videnskabelige selskaber med rådgivning om gynækologiske cancersygdomme og at oprette og drive kliniske databaser til monitorering af undersøgelse og behandling af gynækologiske cancersygdomme i Danmark.

Det formål er fortsat gældende for DGCG.

Ved forretningsudvalgsmødet den 9. september 2009 var punkt 5 en diskussion af DGC ´s struktur og kommissorium. Der var en lang debat og man besluttede at lave en brainstorm ved årsmøde samme dag for at få alle fremmødtes indmeldinger på, hvad man ønskede af DGC. Det blev et meget konstruktivt møde og efterfølgende blev de gode forslag debatteret og nedfældet i de vedtægter, der har været gældende indtil nu. Man ønskede mere åbenhed og dynamik.

Nogle af de nye tiltag var bedre mulighed for at deltage i guidelinegruppernes arbejde. Det blev derfor muligt at deltage på lige fod

med de faste deltagere. De faste deltagere blev bibeholdt for at sikre kontinuitet og ekspertise i grupperne.

I løbet af 2008 skulle DGC være en del af DMCG (Danske Multidisciplinære Cancer Grupper) og der kom G ét til og vi er nu DGCG. Forretningsudvalget er siden steget fra de 9 personer til i alt 15, idet vi også har medlemmer fra Biobankgruppe og billeddiagnostik.

DMCG har en struktur med en bestyrelse (som siden er omdøbt til et repræsentantskab ved bestyrelsesmøde i 2012) med alle repræsentanter fra alle cancergrupper i landet. Af og fra bestyrelsen er valgt forretningsudvalg. Formanden for DMCG´s repræsentantskab er også formand for forretningsudvalget. Forretningsudvalget består af 5 repræsentanter og har ved deres nye struktur suppleret sig med 2 medlemmer fra Danske Regioner og en repræsentant fra RKKP (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram).

DGCG har haft sin egen struktur, som har været meget velfungerende med et relativt større forretningsudvalg, men ingen bestyrelse. Det var imidlertid et krav fra DMCG´s formand, at vi skulle have samme struktur og vedtægter som DMCG og vi har derfor ved årsmøde i 2012 informeret om ændringerne og lagt den nye struktur på nettet til høring.

Bestyrelsen mødes typisk 1 til 2 gange årligt og forretningsudvalget noget oftere og ad hoc. DGCG har dog fastholdt bestyrelse og ikke omdøbt sig til repræsentantskab. Bestyrelsen er sammensat således, at medlemmerne af det oprindelige forretningsudvalg er gået videre og man har suppleret sig med nye medlemmer således, at der nu er taget fuld højde for at alle centre er repræsenteret med alle relevante specialer. I bestyrelsen findes også formændene for alle de nedsatte grupper og en repræsentant for Danske Regioner. Forretningsudvalget består af 5 repræsentanter, som er valgt fra og af bestyrelsen således at alle specialer og geografi er tilgodeset bedst muligt. Alle medlemmer kan ses på www.dgcg.dk.

DGCG´s vedtægter er under revision i øjeblikket, da der også skal tilrettes således, at de tilgodeser såvel vores egne gamle vedtægter som DMCG´s nye vedtægter. De nye vedtægter for DGCG bliver præsenteret ved det planlagte årsmøde 21. marts 2013 i Vejle.

Der er ingen tvivl om, at det store arbejde der gennem årene er lagt i at skrive guidelines og opbygge database og biobank har haft stor betydning for kvaliteten af behandlingen og udviklingen af det gynækologisk onkologiske subspeciale.

DGCG forsøger at påvirke tendenser og holdninger i Danmark og har deltaget i arbejdsgrupper i Sundhedsstyrelsen o.lign. DGCG har også et årligt møde for alle interesserede, som arrangeres i samarbejde med patientforeningen KIU (Kvinder som har eller har haft kræft I Underlivet). Der er netop afholdt møde i Århus den 29. januar 2013. Mødet havde stor tilslutning og gode debatter.

Det overlevelsesmæssige kvalitetsløft på ca. 8 % for ovariecancer, som vi allerede så i starten af 2011 holder fortsat ved 5 års overlevelses tallene. Vi kan også være tilfredse med, at 91 % af alle patienter med ovariecancer bliver opereret på et center. Landsmæssigt har det betydet, at vi endelig kan matche de øvrige nordiske lande. Det er en meget flot udvikling, som er resultatet af det lange seje træk og mange menneskers store indsats i dagligdagen. Det kan vi godt være stolte af samtidig med, at der er behov for at fortsætte samme gode indsats og initiere fortsat udvikling og forskning.

Lene Lundvall

Gynækologiske Guidelines

Hindsgavl 2013 13.-14. september

Årets guideline møde holdes som vanligt på Hindsgavl slot, den 13. og 14. september med start fredag kl. 9.00 og afslutning lørdag kl. 14.00.

Tilmelding: Foregår ved mail til Solveig Brixen Larsen (brixen@dadlnet.dk). Husk at angive: Navn samt om og evt. med hvem man vil dele værelse. Samtidig indbetales relevant beløb til DSOG's konto i Lægernes Pensionsbank. Reg nr 6771. Konto nr. 6225663. Tilmelding er først gyldig, når beløbet figurerer på DSOG's konto.

Priser: Deltagelse i mødet med overnatning: 2000 kr. Deltagelse i mødet uden overnatning: 1000 kr.

Program

Fredag den 13.september

9.00-9.30	Ankomst og kaffe
9.30- 9.35	Velkomst og introduktion
09.35-10.30	Adhærenceprofylakse (Margit Dueholm)
10.30-11.00	KAFFE
11.00-12.00	Behandling af fibroma uteri (Charlotte Møller)
12.00-12.45	Anden generations endometrieablation (Jens Christian Knudsen)
12.45-13.45	FROKOST
13.45-14.45	Prolaps (Susanne Axelsen)
14.45-15.15	Nye arbejdsgrupper
15.15- 15.30	KAFFE
15.30-16.30	Hormonsubstitution af kvinder med premature ovarian insuffiency (Pernille Ravn)

Fælles løb, svømning og rundbold

19.00	Festmiddag med musik og dans.

Lørdag den 14.september

9.00-9.45	Diagnostik af endometriose (Mikkel Seyer Hansen)
9.45-10.30	Behandling af peritoneal endometriose (Christina Kruse)
10.30-11.00	KAFFE
11.00-11.45	HPV-vaccination af kvinder udenfor vaccinationsprogrammet (Jeppe Schroll)
11.45-12.00	Frugt, vand, strække ben
12.00-12.45	Peri- og postmenopausal hormonbehandling (Anette Tønnes Pedersen)
12.45-13.30	Kirurgisk ab. Pro (Øjvind Lidegaard)
13.30-13.45	Opsamling og afslutning
13.45	SLUT – Sandwich to go

NYT FRA DFKO

Vores tidligere formand og næstformand, Flemming Sørensen og Karen Linnert har besluttet sig for at stoppe arbejdet i vores bestyrelse. Vi takker for deres store indsats gennem årene. Bestyrelsen har udpeget to nye bestyrelses medlemmer: Peter Bagger og Suzan Lenz, som vi byder hjertelig velkommen, og glæder os meget til samarbejdet i den nye bestyrelse.

Bestyrelsen har konstitueret sig således: Formand Tine Tetzschner, Næstformand Morten Ring, Sekretær Suzan Lenz, Kasserer Ingrid Nielsen samt Peter Bagger.

Den nye Bestyrelse vil arbejde for mere åbenhed i forhold til medlemmerne, og i forhold til de udvalg der arbejder under DFKO`s bestyrelse. Vi har derfor besluttet at udarbejde nyt kommissorium for alle udvalg der vælges/udpeges på DFKOs generalforsamling. Da arbejdsbyrden i bestyrelsen er meget stor, og voksende, vil vi prøve at inddrage en bredere kreds af vores medlemmer til specifikke arbejdsopgaver i ad hoc udvalg.

Gynækologisk speciallæge praksis har været gennem sundhedsstyrelsen tilsynsbesøg. John Dræby har sammen med FAPS lavet en undersøgelses-enquete omkring gynækologernes erfaringer vedrørende SST tilsynene. 70 % besvarede enqueten, som viste at forberedelsen til, og selve tilsynene fandtes meget tidsrøvende og ressourcekrævende. 50 % fandt de generiske, og 42 % de faglige målepunkter relevante. Tilsynene gav ikke anledning til ændring af patientsikkerheden hos 76 %. Ingen speciallægepraksis skulle have genbesøg. Alt i alt klarede de praktiserende gynækologer sig godt. Spørgsmålet er så om det på sigt giver en bedre patientbehandling, bedre patientsikkerhed eller om ressourcerne kunne have været brugt bedre.

Gynækologisk speciallægepraksis har været gennem en moderniseringsproces, men processen har været uklar, og resultatet i form af moderniseringsrapporten kunne bestyrelsen desværre ikke stå bag. Derfor valgte DFKO at sende moderniseringsrapporten til afstemning blandt medlemmerne på Gyn-klubmøde 6. april 2013. 75 % af fremmødte speciallæger med ydernummer forkastede moderniseringsrapporten og ønskede betydelige ændringer af denne. Forhandlingsresultatet er nu forelagt FAPS bestyrelse og der er planlagt et møde mellem DFKO`s og FAPS`s bestyrelse omkring det videre forløb.

Dansk Speciallægepraksis og FAPS står snart overfor nye overenskomstforhandlinger, hvor specielt økonomiprotokolatet(kollektivt omsætningsloft) står for skud! De første 2 år holdt gynækologerne sig flot indenfor loftet, men den sidste periode synes omsætningen at have en stigende trend. DFKO vil fortsat holde øje med omsætningen og informere medlemmerne. FAPS har desuden opfordret speciallægeselskaberne til at være opmærksomme på at overenskomsten overholdes, specielt med hensyn til omsætningsloftet og ansættelse af assisterende speciallæger.

FAPS er ved at forberede overenskomst forhandlingerne, og der har været mulighed for at komme med ønsker på FAPS hjemmeside, dels til Gynækologernes repræsentant i FAPS bestyrelse, John Dræby, dels via DFKOs bestyrelse. Vi vil derfor opfordre alle til at komme med konstruktive kommentarer og forslag til den nye overenskomst.

På DFKO bestyrelses vegne

Tine Tetzschner
Formand

Produktinformation Visanne® dienogest. Deklaration: Hver tablet indeholder 2 mg dienogest. **Indikationer:** Behandling af endometriose. **Dosering:** En tablet daglig uden afbrydelse og helst på samme tidspunkt af dagen. Kontraindikationer: aktiv venøs tromboembolisk sygdom, tidligere eller nuværende arteriel og kardiovaskulær sygdom (f.eks. myokardieinfarkt, cerebrovaskulært tilfælde, iskæmisk hjertesygdom), diabetes mellitus med vaskulære problemer, tidligere eller nuværende svær leversygdom, hvis leverfunktionsværdierne ikke er blevet normale igen, nuværende eller tidligere levertumor (benigne eller maligne), kendte eller formodede kønshormonafhængige maligne tilstande, ikke-diagnosticeret vaginalblødning, overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger: Almindelig (≥ 1/100 og < 10/100):** Vægtøgning, nedtrykthed, søvnproblemer, nervøsitet, nedsat libido, ændret stemningsleje, hovedpine, migræne, kvalme, mavesmerter, flatulens, udspilet abdomen, opkastning, akne, alopeci, rygsmerter, brystspænding, ovariecyster, hedeture, uterin/vaginalblødning (herunder pletblødning), asteni, irritabilitet. **Ikke almindelig (≥ 1/1000 og <1/100):** anæmi, angst, depression, hypotension, dyspnø. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Uterin blødning hos kvinder med fx adenomyosis uteri eller uterint leiomyom kan blive forværret ved anvendelsen af Visanne. Hvis blødningen er stærk og fortsætter over tid, kan det medføre anæmi. **Kredsløbssygdom:** Epidemiologiske studier giver kun ringe evidens for en forbindelse mellem rene progestogenpræparater og en øget risiko for myokardieinfarkt eller cerebral tromboemboli. Nogle studier tyder på, at brugen af rene progestogenpræparater er forbundet med en let øget risiko for venøs tromboemboli (dyb venetrombose, lungeemboli), men resultaterne er ikke statistisk signifikante. De almindeligt anerkendte risikofaktorer for venøs tromboemboli (VTE) omfatter en personlig eller familiær anamnese (VTE hos en søster/bror eller en forælder i en relativ tidlig alder), alder, fedme, langvarig immobilisering, større kirurgi eller større traumer. Ved længere tids immobilisering bør behandlingen med Visanne seponeres (i tilfælde af elektiv kirurgi mindst 4 uger før) og ikke genoptages før to uger efter fuldstændig rehabilitering. Den øgede risiko for tromboemboli i puerperium skal tages i betragtning. Hvis der er symptomer på eller mistanke om arteriel eller venøs trombose, skal behandlingen stoppes øjeblikkeligt. **Tumorer:** En metaanalyse af 54 epidemiologiske studier har vist, at der er en let øget, relativ risiko (RR = 1,24) for at få brystkræft hos kvinder, som bruger orale kontraceptiva, især østrogen/progestogen-præparater. Den øgede risiko aftager gradvist i de følgende 10 år efter ophør med anvendelsen af orale kontraceptive af kombinationstypen. Disse studier giver ikke evidens for årsagssammenhæng. Det observerede mønster for en øget risiko kan skyldes en tidligere diagnosticering af brystkræft hos brugere af orale kontraceptiva, den biologiske effekt af orale kontraceptiva eller en kombination af begge dele. I sjældne tilfælde er der set benigne og endnu sjældnere maligne levertumorer hos brugere af hormonelle stoffer, som fx det Visanne indeholder. I enkeltstående tilfælde har disse tumorer medført livstruende, intraabdominale blødninger. Levertumor bør overvejes i differentialdiagnosen, hvis der opstår svære, abdominale smerter, forstørrelse af leveren eller symptomer på intraabdominal blødning hos kvinder, som tager Visanne. **Osteoporose:** Hos patienter, der har en øget risiko for at få osteoporose, skal der foretages en omhyggelig vurdering af fordele og ulemper, før kvinden begynder med at tage Visanne, da de endrogene estrogenniveauer falder moderat under behandling med Visanne. **Andre tilstande:** Patienter med depression i anamnesen bør kontrolleres omhyggeligt, og lægemidlet bør seponeres, hvis der opstår en svær depression. Dienogest påvirker generelt ikke blodtrykket hos normotensive kvinder, men hvis der kommer fortsat klinisk signifikant hypertension under brugen af Visanne, bør Visanne seponeres, og hypertensionen behandles. Brugen af Visanne skal stoppes ved tilbagevenden af cholestatisk gulsot og/eller pruritus, som forekom tidligere under graviditet eller ved brug af kønshormoner. Dienogest kan have en let indvirkning på den perifere insulinresistens og på glukosetolerancen. Kvinder med diabetes, især kvinder, med svangerskabsbetinget diabetes mellitus i anamnesen, bør overvåges omhyggeligt, mens de tager Visanne. Der kan af og til forekomme chloasma, især hos kvinder med chloasma gravidarum i namnesen. Kvinder, som har tendens til chloasma, bør undgå eksponering for sol eller ultraviolet lys, mens de tager Visanne. **Lactose:** Hver Visanne-tablet indeholder 62,8 mg lactosemonohydrat. Patienter med sjælden arvelig galactoseintolerans, Lapp lactasemangel eller glucose-/galactosemalabsorption, som er på lactose-fri diæt, bør tage denne mængde i Visanne med i betragtning. **Graviditet:** Visanne må ikke anvendes til gravide kvinder, da der ikke er nogen grund til at behandle endometriose under graviditet. **Amning:** Visanne må ikke anvendes under amning. **Interaktioner:** Interaktionsundersøgelser er kun udført hos voksne. **Andre lægemidlers virkning på Visanne:** Progestogener, herunder dienogest, metaboliseres fortrinsvis af cytochrom P450 3A4-systemet (CYP3A4), som findes både i den intestinale slimhinde og i leveren. Induktorer eller hæmmere af CYP3A4 kan derfor påvirke metaboliseringen af progestogener. En øget clearance af kønshormoner på grund af enzyminduktion kan nedsætte Visannes terapeutiske virkning og medføre bivirkninger, fx ændringer i den uterine blødningsprofil. En nedsat clearance af kønshormoner på grund af enzymhæmning kan øge eksponeringen for dienogest og kan medføre bivirkninger. Stoffer med enzyminducerende egenskaber Der kan forekomme interaktioner med lægemidler (fx phenytoin, barbiturater, primidon, carbamazepin, rifampicin og muligvis også oxcarbazepin, topiramat, felbamat, griseofulvin, nevirapin og præparater, som indeholder prikbladet perikum (Hypericum perforatum)), som inducerer mikrosomale enzymer (fx cytochrom P450-enzymer). Det kan medføre øget clearance af kønshormoner. Den maksimale enzyminduktion ses generelt ikke i 2-3 uger, men kan derefter fortsætte i mindst 4 uger efter behandlingens ophør. Virkningen af CYP 3A4-induktoren rifampicin blev undersøgt hos raske, postmenopausale kvinder. Samtidig indgift af rifampicin og estradiolvalerat/dienogest-tabletter medførte et signifikant fald i steady state-koncentrationen og den systemiske eksponering af dienogest og estradiol. Den systemiske eksponering af dienogest og estradiol ved steady state, målt ved AUC(0-24h), faldt med hhv. 83 % og 44 %. Stoffer med enzym-hæmmende egenskaber. Kendte CYP3A4-hæmmere, som fx antifungale azoler (fx ketoconazol, itraconazol og fluconazol), cimetidin, verapamil, makrolider (fx erythromycin, clarithromycin og roxithromycin), diltiazem, proteasehæmmere (fx ritonavir, saquinavir, indinavir og nelfinavir) og antidepressiva (fx nefazodon, fluvoxamin og fluoxetin) samt grapefrugtjuice kan øge plasmakoncentrationen af progestogener og medføre bivirkninger. Plasmakoncentrationen af dienogest i steady state var øget i et studie, som undersøgte virkningen af CYP3A4-hæmmere (ketoconazol og erythromycin) på kombinationen af estradiolvalerat og dienogest. Samtidig indgift med den stærke hæmmer ketoconazol medførte en øgning på 186% i AUC(0-24h) for dienogest ved steady state. Ved samtidig indgift med den moderate hæmmer erythromycin var dienogests AUC (0-24h) ved steady state øget med 62 %. Den kliniske relevans af disse interaktioner er ikke kendt. **Dienogests virkning på andre lægemidler:** Baseret på studier af hæmning in vitro er en klinisk relevant interaktion af dienogest med cytochrom P450 enzymmedieret metabolisme af andre lægemidler ikke sandsynlig. **NB:** Produktresuméet for samtidig indgivet medicin bør læses for at identificere mulige interaktioner. **Pakningsstørrelser:** 28, 84 og 168 tabletter. Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført. **Pris (AUP ink. recepturgebyr) pr. uge 39 2012:** Visanne 28 stk.: kr.447,95, 3x28 stk.: kr.1302,30. Se medicinpriser.dk for dagsaktuelle priser. **Udlevering:** B. Ej generelt tilskud. **Indehaveren af markedsføringstilladelsen:** Bayer AB, Gustav III:s Boulevard 56, Box 606, 169 26 Solna, Sverige. SPC dato 5. januar 2010. **L.DK.07.2011.0230**

Produktinformationen er forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Produktresumeet kan vederlagsfrit rekvireres hos Bayer A/S, Arne Jacobsens Allé 13, 6, 2300 København S.

Referencer: 1. Petraglia F et al. Arch Gynecol Obstet (2012) 285: 167-173 DOI10.1007/s00404-011-1941-7 Published online: 17 June 2011 **2.** Köhler G, et al. Int J Gynecol Obstet 2010; 108:21-25 **3.** Strowitzki T et al Eu J Obstet Gyn Reprod Bio 2010; 151;193-198

Bayer A/S, Arne Jacobsens Allé 13, 6, 2300 København S

Kære FYGO medlemmer

Så blev det igen tid til FYGO's internat. Sidste år nød vi Vejlefjords skønne omgivelser i strålende solskin – i år var det i snestorm og kulde! Men det blev det ikke mindre smukt af. Vi var glade for, at I alle nåede sikkert frem, og håber I alle kom godt hjem. Igen i år var vores internat særdeles velbesøgt, og det lykkedes kun akkurat at få plads til alle. Vi håber både, det var et godt fagligt program såvel som det sociale, der lokkede.

Vi havde i år stor udskiftning i bestyrelsen. Således måtte vi sige farvel til nogle af de store arbejdskræfter. Først og fremmest vores formand, Marie Storkholm, der takkede af efter 3 år på posten. Men også Sofie Leisby Antonsen, Elise Hoffmann Munk Nielsen, Ida Kirkegaard samt Peter Egede. Vi takker for jeres store indsats og ønsker jer al held fremover.

Men vi glæder os også over at sige velkommen til nogle nye ansigter. Jeg skriver således min første klumme som formand for FYGO, et arbejde, jeg ser frem til med stor glæde og forventning. Tak for valget! Endvidere blev Helene Hvidmann og Anne Cathrine Hoffgaard Munch genvalgt til bestyrelsen, og vi hilser nye ansigter velkomne: Mette Fabricius, Tine Greve, Vinnie Greve, Camilla Mandrup samt Malou Barbosa. Jeg glæder mig til det fremtidige samarbejde.

Det var dejligt at opleve den store interesse for FYGO's arbejde: således var der kampvalg til de fleste poster. Tak for opbakningen og ikke mindst jeres feedback på internatet og bestyrelsesarbejdet i det hele taget. Vi tager det hele med os i planlægningen af det kommende års arbejde.

Vi har flere spændende ting at arbejde med: Den nye målbeskrivelse er endelig ved at være færdigt bearbejdet – og det har været et stort arbejde for de involverede. Men der venter en mindst lige så stor opgave fremadrettet. Det varer ikke længe før den skal implementeres på de enkelte afdelinger og for den enkelte læge. Og det bliver en udfordring at være med til at sikre det optimale udbytte og ikke mindst udvikling – både for den enkelte, men så sandelig også for vores fremtidige speciale.

I forlængelse af ovenstående agter vi i FYGO at se nærmere på kompetencevurdering. Der har været meget stort fokus på dette videnskabeligt, ligesom vi bør skele til mange af vores kolleger i andre specialer, der har udviklet, og løbende udvikler, nye og bedre redskaber. Det stiller store udfordringer for både den yngre og erfarne kollega at skulle implementere dette i det daglige arbejde. Men der kan heller ikke længere herske tvivl om, at det er afgørende for kvalitetssikring og – løft, såvel som for optimering af uddannelsesforløb. Det er vejen frem!

Vores speciale er det 3. mest søgte – og det kan mærkes blandt ansøgerne! Vi vil i FYGO bestræbe os på at sikre et godt og ensartet forløb for alle – mellem ansøgere, mellem ansøgningsrunder og mellem regioner.

Men en af de store udfordringer, der ligger for FYGO bliver ikke mindre i disse tider: Vores forening favner bredere, for hvert år, der går og som konkurrencen skærpes! Vi skal sammen være med til at finde et fællesskab, der spænder fra de engagerede og målrettede medicinstuderende, over de ambitiøse prækursister til kursisterne og de nyuddannede speciallæger, der stadigt nærmer sig "målet"!

Der er nok at tage fat i – men det er et spændende arbejde, og den slags bærer jo frugten i sig selv!

På bestyrelsens vegne

Maria Cathrine C. V. Schmidt
Formand

Rechnitzer.dk

Visanne®
Dienogest

Langtidsbehandling mindsker endometriose-relaterede bækken-smerter signifikant[1]

Med Visanne® kan du mindske endometriose-relaterede smerter og reducere antallet af læsioner.[2] Ved langtidsbehandling i et år ses signifikant færre bækkensmerter.[1, 3]

L.DK.07.2012.0406

Bayer HealthCare

Bayer A/S, Arne Jacobsens Allé 13, 6, 2300 København S

Se produktinformation og referencer på side 25.

Visanne® dienogest

Lægeforeningen,
Ugeskrift for Læger
Postboks 2707
2100 København Ø

Adressemærkaten er udskrevet
fra Lægeforeningens edb-register.
Adresseændringer m.v. bedes
meddelt til Lægeforeningen,
Medlemsregistreringen,
Kristianiagade 12,
2100 København Ø.

Retuneres ved varig adresseændring

POST B
PP DANMARK

BET-130189 RELEVANS.NET

NYHED!

2013 YEAR OF THE OVERACTIVE BLADDER

EFTER 25 ÅR MED ANTI-MUSKARINE LÆGEMIDLER KOMMER DER NU NOGET HELT NYT.

- Ny virkningsmekanisme[1,2]
- Effekt på alle grundlæggende OAB-symptomer[1,2]
- Mundtørhed på placeboniveau[1,2]

Betmiga™ 50 mg mirabegron

Den første β_3-agonist godkendt til behandling af OAB.

Referencer: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. **2.** Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395. **Betmiga® (Mirabegron) 25 mg og 50 mg** depottabletter. **Lægemiddelform:** Depottablet. **Indikationer:** Symptomatisk behandling af imperiøs vandladning, øget vandladningshyppighed og/eller urge-inkontinens, som kan forekomme hos voksne patienter med overaktiv blære-syndrom (OAB-syndrom). **Dosering og indgivelsesmåde:** *Voksne, inklusive ældre* 50 mg én gang dagligt med eller uden mad. *Børn og unge* Sikkerhed og virkning hos børn under 18 år er endnu ikke klarlagt. ***Nedsat nyre- og leverfunktion*** Nedenstående tabel angiver den anbefalede daglige dosering til personer med nedsat nyre- eller leverfunktion i fravær og tilstedeværelse af stærke CYP3A-hæmmere

		Stærke CYP3A-hæmmere[3]	
		Uden hæmmer	Med hæmmer
Nyrefunktionsnedsættelse[1]	Mild	50 mg	25 mg
	Moderat	50 mg	25 mg
	Svær	25 mg	Bør ikke anvendes
Leverfunktionsnedsættelse[2]	Mild	50 mg	25 mg
	Moderat	25 mg	Bør ikke anvendes

1. Mild: GFR 60 til 89 ml/min/1,73 m²; moderat: GFR 30 til 59 ml/min/1,73 m²; svær: GFR 15 til 29 ml/min/1,73 m².
2. Mild: Child-Pugh-klasse A; Moderat: Child-Pugh-klasse B.
3. Stærke CYP3A-hæmmere: f.eks. itraconazol, ketoconazol, ritonavir og clarithromycin.

Administration: Tabletten skal tages én gang dagligt med væske, synkes hel og må ikke tygges, deles eller knuses. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne *** Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen :** *Nedsat nyrefunktion* Betmiga bør ikke anvendes til patienter med nyresygdom i slutstadiet (GFR < 15 ml/min/1,73 m² eller patienter med behov for hæmodialyse). Der er utilstrækkelige data for patienter med svært nedsat nyrefunktion (GFR 15 til 29 ml/min/1,73 m²); der anbefales en dosisreduktion til 25 mg for denne population. Betmiga bør ikke anvendes til patienter med svært nedsat nyrefunktion (GFR 15 til 29 ml/min/1,73 m²), som samtidig får stærke CYP3A-hæmmere. *Nedsat leverfunktion* Betmiga bør ikke anvendes til patienter med svært nedsat leverfunktion. Betmiga bør ikke anvendes til patienter med moderat nedsat leverfunktion (Child-Pugh-klasse B), som samtidig får stærke CYP3A-hæmmere. *Hypertension* Betmiga bør ikke anvendes til patienter med svær ukontrolleret hypertension (systolisk blodtryk ≥ 180mmHg og/eller diastolisk blodtryk ≥ 110 mmHg). Der er utilstrækkelige data for patienter med grad 2-hypertension (systolisk blodtryk ≥ 160 mmHg eller diastolisk blodtryk ≥ 100 mmHg). ***Patienter med medfødt eller erhvervet QT-forlængelse*** Patienter med QT-forlængelse i anamnesen og patienter, der tager lægemidler, som vides at forlænge QT-intervallet, bør udvises forsigtighed, når mirabegron administreres. *** Graviditet og amning**: *Graviditet* Betmiga bør ikke anvendes under graviditeten og til kvinder i den fertile alder, som ikke anvender sikker kontraception. *Amning* Mirabegron må ikke anvendes under amning. *** Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger indberettet for patienter behandlet med mirabegron 50 mg er takykardi og urinvejsinfektioner. Frekvensen af takykardi var 1,2 % hos patienter, som fik mirabegron 50 mg. Frekvensen af urinvejsinfektioner var 2,9 % hos patienter, som fik mirabegron 50 mg. Alvorlige bivirkninger omfattede atrieflimren (0,2 %). **ATC-kode:** G04BD12, Urologica, urologiske antispasmodica. **Udlevering:** B. **Tilskud:** Tilskudsberettiget (pr. 18 februar 2013). **Pakninger og priser (AUP incl. recepturgebyr pr. 13.05.2013):** 25 mg, 30 stk: 480,25 kr. 25 mg, 90 stk: 1373,35 kr. 50 mg, 30 stk: 480,25 kr. 50 mg, 90 stk: 1373,35 kr. Dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk **Registreringsindehaver:** Astellas Pharma Europe B.V., Holland. *Afsnittet er forkortet/omskrevet.

Baseret på produktresumé dateret 20. december 2012.
Det fulde produktresumé kan rekvireres hos Astellas Pharma a/s. Revideret 17. april 2013.

Astellas Pharma a/s | Kajakvej 2 | 2770 Kastrup | Telefon 4343 0355
Fax 4343 2224 | kontakt.dk@astellas.com | www.astellas.dk