

NUF- BULLETINEN

NORDISK UROLOGISK FORENING



1 / 2006



"Lad os få standset den blødning."



"TachoSil® er klart."

"Så har vi hæmostase om få minutter. Hvem ta'r tid?"



TachoSil®. Kirurgisk vævsplaster, der hurtigt stopper blødninger og gendanner vævets integritet.^{1,2}

- Kollagent vævsplaster med human fibrinogen og human trombin³
- Klart til brug – ingen forberedelse³
- Stærk klæbeevne – bliver, hvor det skal¹
- Nemt og hurtigt at arbejde med¹
- Flexibelt og elastisk – følger organet¹
- Resorberes fuldstændig af vævet⁴
- Luft- og vandtæt forsegling af sårfladen⁵

Hør mere om det kirurgiske vævsplaster TachoSil® på telefon 46 77 11 11 eller besøg www.tachosil.dk og se, hvordan det virker.



TachoSil®
The fixed combination

Referencer: 1. Carbon RT: Evaluation of biodegradable fleece-bound sealing: History, material science, and clinical application. Tissue engineering and biodegradable equivalents. Scientific and clinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gresser JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002. 2. Sandhaber E: Recently Approved Medications in Austria and New Findings on Medications That Have Been Available for Longer. Wien Klin Wochensh (1994) 106/7; 215-222. 3. Produktresumé 7. juli 2004. 4. Osada A, Fujii TK, Tanaka H, Tsubata K, Yoshida T, Satoh Kp. The clinical significance of TachoComb®, a fibrin adhesive in sheet form. Surg Technol Int 1998; VII: 31-35. 5. Lang G, Csekeo A, Stamatis G, Lampl L, Hagman L, Marta GM, Mueller MR, Klepetko W. Efficacy and safety of topical application of human fibrinogen/thrombin-coated collagen patch (TachoComb®) for treatment of air leakage after standard lobectomy. Eur J Cardiothorac Surg 2004; 25: 160-166. Produktresumé 7. juli 2004.

Produktinformation TachoSil®: Human fibrinogen 5,5 mg og human thrombin 2,0 IU/cm². **Lægemiddelform:** Absorberbar overtrukket forseglende kompres. **Indikation:** Forbedring af hæmostase, hvor standard teknikker er utilstrækkelige. **Dosering:** Antallet af kompresser reguleres efter størrelsen af sårområdet. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Kun til lokalt brug. Må ikke anvendes intravaskulært. Som ved ethvert proteinprodukt kan allergiske overfølsomhedsreaktioner opstå. **Interaktioner:** Der er ikke udført formelle interaktionsstudier. TachoSil's hæftende/klæbende egenskaber ødelægges, hvis kompressen kommer i forbindelse med opløsninger indeholdende alkohol, jod eller tungmetaller. **Graviditet og amning:** Bør ikke anvendes til gravide eller ammende kvinder, med mindre det skønnes tvingende nødvendigt. **Bivirkninger:** Lidelser i immunsystemet: Overfølsomhed eller allergiske reaktioner kan i sjældne tilfælde forekomme hos patienter behandlet med fibrinoklæber. I sjældne tilfælde kan disse reaktioner udvikle sig til alvorlig anafylaksi. **Vaskulære (ekstrakardielle lidelser):** Tromboemboliske komplikationer kan opstå, hvis præparatet utilsigtet anvendes intravaskulært. Antistoffer overfor bestanddele af fibrinoklæberne kan forekomme i sjældne tilfælde. **Overdosering:** Der er ikke indberettet tilfælde af overdosering. **Udlevering:** B. Pakninger og priser pr. 16. januar 2006: Pris AUP: 1 stk. 9,5 cm x 4,8 cm kr. 3.076,05; 2 stk. (pakket enkeltvis) 4,8 cm x 4,8 cm kr. 3.382,40; 1 stk. 3,0 cm x 2,5 cm kr. 906,90; 5 stk. (pakket enkeltvis) 3,0 cm x 2,5 cm kr. 4.478,65. Det fulde produktresumé findes i pakningerne og kan endvidere rekvireres vederlagsfrit fra Nycomed Danmark ApS. Ovennævnte tekst er forkortet/omskrevet i forhold til dette. **Nycomed Danmark ApS, Langebjerg 1, 4000 Roskilde, Tlf.: 46 77 11 11, Fax: 46 75 48 42, Internet: www.nycomed.dk • www.tachosil.dk**

Redaktørernes hjørne

Kære Nordiske Urologvenner



NUF-Bulletinen har fået nye redaktører. Gennem 4 år har "Ralph og Svante" alias Ralph Peeker og Svante Bergdahl fra Göteborg varetaget hvervet med stor succes. De fulde navne nævnes kun af hensyn til nye medlemmer af de nationale selskaber som måske denne gang læser NUF-Bulletinen for første gang. Som nordiske urologer skylder vi Ralph og Svante stor tak for det store arbejde med at redigere bladet i 4 år, og som nye redaktører også tak for en meget fyldestgørende introduktion til jobbet. Vi håber at kunne leve op til ansvaret.

Vi vil bede læserne om at notere sig de to vigtige annonceringer i denne udgave af NUF-bulletinen, dels om NUF's Jubilæumssymposium 2. september i København, dels om den kommende NUF-kongres i Århus juni 2007. Vi ser frem til at se rigtig mange nordiske kolleger til disse NUF-events. Så vil NUF-redaktionen med kamera og pen indsamle information til bulletinen således at de få der ikke deltager, kan tage del i fornøjelserne bagefter. Det skal tilføjes,

at det næste nummer af NUF-Bulletinen, som vil dække Jubilæumssymposiet har 2 gæsteredaktører nemlig NUF's tidligere præsident Jens Thorup Andersen, Roskilde (DK) samt Steen Walter, Odense (DK).

Dette nummers temaartikler omhandler to relativt nye behandlingsmetoder indenfor urologien. Redaktionen har bedt Lars Lund fra Viborg Sygehus (DK) beskrive metode og primære erfaringer med cryoterapi ved nyretumorer. Endvidere har vi bedt Jesper Schou fra Frederikssund Sygehus (DK) beskrive erfaringerne med laserevaporation af prostata med green light laser (PVP). Disse to behandlingsmetoder er taget i brug mange steder, mens andre tøver. Er det nye godt eller er det bare nyt? Er det disse metoder vi skal vælge frem for de gamle metoder? Er det blot et supplement til eksisterende metoder?

De nye redaktører alias Peder og Hans Jørgen ser meget gerne at nordiske urologer sender bidrag til NUF-Bulletinen.

Det kan være som tema-artikel om nye behandlingsformer, rapport efter studiebesøg, review-artikler om gængs behandling etc. Nordiske kolleger vil blive kontaktede om bidrag til Bulletinen, og vi håber på en positiv indstilling.

Produktion og distribution af NUF-Bulletinen finansieres som hidtil gennem annoncering fra medicinalindustrien. Redaktørerne har i den forbindelse haft kontakt til adskillige firmaer og er blevet mødt særdeles positivt, hvilket vi værdsætter.

Vi ser frem til et godt samarbejde med vore nordiske urolog-kolleger.

*Peder Graversen
Urologisk afdeling,
Holstebro Sygehus*

*Hans Jørgen Kirkeby
Urologisk afdeling,
Skejby Universitetssygehus*



Ralph Peeker, Göteborg.



Svante Bergdahl, Göteborg.



Hans Jørgen Kirkeby, Århus.



Peder Graversen, Holstebro.

Indhold

i NUF – Bulletinen nr. 1, 2006

Redaktøernes hjørne 3

af Peder Graversen &
Hans Jørgen Kirkeby

Presidentens hörna 5

af Anders Matthiasson



International Continence Society, ICS 7

af Alma Syrous, Göteborg

Tisdag 30 augusti	8
Onsdag 31 augusti	8
Torsdag 1 september	9
Fredag 2 september	10

Welcome to the NUF2007 11

PVP-behandling (Photoselective Vaporisation of the Prostate) 13

af Jesper Schou, Lasse Fahrenkrug og
Martin Højgaard, DK

Implementering	12
Udstyr	12
Peroperativt	12
Teknik	12
Resultatopgørelse	13
PVP – resultater	14
Komplikationer	15
Diskussion	15



European Association of Urology's 21. kongres, Paris 5.-8. april 2006 16

af Urologisk Afd., Skejby Sygehus, DK

Botox	16
Potens efter radikal prostatektomi	16
Urinvejssten	16
Blærecancer	16



NUF har 50-års jubilæum i 2006 17

Laparoskopisk assisteret kryo-behandling af nyretumorer 20

af Lars Lund, Viborg Sygehus, DK

Introduktion	20
Epidemiologi	20
Kryobehandling	20
Pato-anatomiske effekter	20
Radiologiske aspekter	22
Egne erfaringer	22
Resultater	23
Konklusion	23



PHOTO

Cover photo: Aros Aarhus Kunstmuseum, by Ditte Isager

Other photos: www.visitaarhus.com:
Anders Hede, Ditte Isager,
Henrik Stenberg, Poul Erik Østergaard

PUBLISHER

Nordisk Urologisk Forening

EDITORIAL EDITOR-IN CHIEF

Hans Jørgen Kirkeby
MD, D.M.Sc., FEBU
Department of Urology
Skejby University Hospital
DK-8200 Aarhus N
Denmark
E-mail: hkb@sk.sks.aaa.dk
Tel.: + 45 89 49 59 26
Fax: + 45 89 49 60 06

Peder H. Graversen, MD
Consultant, Head of Department
Department of Urology,
Holstebro Sygehus
DK-7500 Holstebro, Denmark.
E-mail: aphg@ringamt.dk
Tel.: + 45 99 12 52 12
Fax: + 45 99 12 52 59

AD MARKETING

EDIT / Grafica Reklame

Tagmosevej 11, DK-8541 Skødstrup
Tel./ fax: + 45 86 99 23 22
E-mail: lene@grafica-design.dk

NUF-Bulletinen is published 2 times per year, next numbers in August/September 06 and January/February 07. It is distributed to every member of the Scandinavian Association of Urology in Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden.

PRINTED BY

Zeuner Grafisk as
Skovdalsvej 22, DK-8300 Odder
Tel.: + 45 87 46 40 10
Fax: + 45 87 46 40 11
www.zeuner.dk

Presidentens hörna

av Anders Mattiasson



NUF bildades 1956 och det betyder att vi nu ska fira 50 årsjubileum! Vi gör det med ett Jubileums-Symposium i Köpenhamn den 2 september. Missa inte det! En rad olika presentationer kommer att spegla utvecklingen inom stora delar av urologin. Allt hinner vi inte täcka, men så är det ju alltid när tiden är begränsad. För mer information, registrering mm se annonser på annan plats i det här numret av Bulletinen. Vi har valt skandinaviska som mötesspråk, och anledningen till det är att vi den här gången endast riktar oss till de nordiska urologerna. För att underlätta kommer ändå slides att huvudsakligen vara på engelska och den som vill får naturligtvis göra sin presentation på engelska. (Kollegor från annat håll får stå över till vår nästa kongress och då är som den nya traditionen bjuder kongressspråket engelska). Vi ska vara på Arkitektskolan som ligger alldeles bredvid det nya operahuset i centrala Köpenhamn. Föreläsningssal och utställare inryms i en och samma lokal. Vi har en huvudsponsor för mötet och det är Astellas Pharma, som har sitt nordiska huvudkontor i Köpenhamn. På kvällen fortsätter firandet med en festmiddag i Axelborg mitt i Köpenhamns centrum. Om det kommer att bli minnesvärt? Gissa! Festskriften blir en specialutgåva av Bulletinen. Ännu fler områden inom den nordiska urologin kommer där att belysas. Bara det faktum att Jens Thorup Andersen och Steen Walter står för det redaktionella arbetet garanterar ju att vi har en intressant och spännande läsoplevelse att se fram emot!

Danmark kommer att vara i fokus för NUF både i år och nästa år. Planeringen för kongressen i Århus nästa år den 13-15 juni är förstas sedan länge i gång och kongresspresidenten Knud Venborg Pedersen och hans kollegor har tagit itu med uppgiften med full kraft. NUF-styrelsen, dvs Alexander Schultz, Börje Ljungberg och jag träffar medlemmar i organisationskommittén om en vecka. Den preliminära planeringen ser redan nu ut att garantera att kongressen blir en höjdpunkt på verksamhetsåret för deltagande nordiska urologer och urologsjukvårdare 2007 på samma sätt som vi upplevt i Bergen och Göteborg vid de två senaste kongresserna!

Diskussionerna om att införa en gemensam och strukturerad vidareutbildning med såväl postgraduate och graduatekurser för alla etablerade och blivande urologer går vidare. Om möjligt ska vi ha ett Presidie möte dagen före jubileet, alltså den 1 september, för att diskutera dessa så viktiga utbildningsfrågor. Frågan har ju i hög grad aktualiserats för specialistutbildningen sedan man i Sverige bestämt att utbildningen för blivande urologer från och med 1 juli i år ska organiseras som en grenspecialitet till kirurgin. Med frenetisk iver kommer svenska urologer att arbeta för att upphäva detta beslut. Utvecklingen i Sverige kan oavsett det slutliga utfallet tjäna som en varning till övriga nordiska kollegor. Det är naturligtvis svårt att ge en allmän rekommendation hur man ska undvika att hamna i en så här prekär situation. Att arbeta i större grup-

per, eventuellt inom ett visst geografiskt område, och att koncentrera verksamheter för att nå den högre kvalitet som en större kvantitet medför är helt visst en av de vägar man kan gå om man vill bli mindre sårbar/mer svåråtkomlig för den här typen av påhopp från oförstående utredare.

Den nya samarbetsgruppen "Funktionsstörningar i nedre urinvägarna" är i enlighet med beslutet på Göteborgskongressen konstituerad och följande representanter har blivit utsedda för respektive land: *Sverige*: Lars Malmberg Lund (sammankallande), Elisabet Farrelly Karolinska Stockholm; *Danmark*: Frank Schmidt Århus, Jens Sönchsen Herlev Köpenhamn; *Norge*: Per Espen Låhne Rikshospitalet Oslo; *Vendil* Vattne Haukeland Sykehus Bergen; *Finland*: Ilkka Perttilä och Jukka Sairanen båda vid Helsinki University Hospital; *Island*: Gudmundur Geirsson, Landspítali, Reykjavik. Gruppens första möte är redan inplanerat och vi ser nu fram emot gruppens förslag till aktiviteter för att främja utvecklingen i Norden inom det här området.

Bulletinen har med detta nummer fått en ny redaktionell ledning. Det är de danska kollegorna Hans Jörgen Kirkeby och Peder Graversen som nu tar över ansvaret för Bulletinen. Vi önskar lycka till och hoppas på en fortsatt blandning av tradition och förnyelse!

Slutligen ber jag att få önska er alla den bästa av somrar!

Lund i maj 2006
Anders Mattiasson



Hårdhed er vigtig

Det vigtigste i behandlingen af ED er, at manden opnår en erektion, der er hård nok til at gennemføre et samleje.

I et studie angav mænd hårdheden af deres rejsning efter indtagelse af Viagra (sildenafil) ud fra en skala på 1-4, hvor grad 3 og 4 var et udtryk for, at penis var hård nok til at gennemføre et samleje¹.

Resultatet viste, at ved en dosis på 100 mg Viagra rapporterede 85% af mændene om en grad 3 eller 4 erektion¹. Ved en dosis på 50 mg var det tilsvarende tal 80%¹.

Når 95% af mændene efter 3 års behandling udtrykker tilfredshed med Viagras effekt på deres erektion², bekræfter det, at hårdhed er en afgørende faktor.

En hård og holdbar erektion²



International Continenence Society, ICS,

af Alma Syrous, Göteborg

Under en härlig kvällspromenad i början av september frågar jag Ulf Malmsten varifrån begreppet brittsommar egentligen kommer ifrån? Har de så fina sensomrar i England? Då berättar Ulf att uttrycket brittsommar hänger samman med heliga Birgitta, som har namnsdag den 7 oktober. Ofta inträffar en riktig brittsommar i den vevan. Här i Montreal, Canada, är det nog just en sådan period men kanske mer aktuellt med uttrycket indiansommar som kommer av att de nordamerikanska indianerna brukade gå på buffeljakt om det var en varm och solig höst.

Det är 35:e årliga ICS-mötet som arrangeras i Montreal. Staden grundades år 1642 och är uppkallad till den franske kungen Jacques Cartiers ära, Mont Réal (Det kungliga berget). Detta berg finns mitt i staden, och bestogs av somliga medresenärer medan andra valde att beundra berget medan de shoppade på gatorna nedanför. Montreal är belägen på en ö vid Ottawaflodens inflöde i Saint-Lawrencefloden i provinsen Québec, som för övrigt ligger i Canadas sydöstra del. Det är också den näst största staden i Canada, efter Toronto, och år 1844-49 var Montreal Canadas huvudstad. Invånarantalet

är omkring 3,3 miljoner i storstadsområdet och ca två tredjedelar av befolkningen är fransktalande. Staden är liksom hela provinsen Québec känd för sin fransk-kanadensiska kultur. Montreal är, näst efter Paris, den största fransktalande staden i världen. Hockeyintresset är oerhört stort i Canada. Montreal har ett hockeylag vid namn Montreal Canadiens. Laget bildades 1909 och har vunnit Stanley Cup sammanlagt 24 gånger, varav fem gånger i rad. Det är mer än något annat hockeylag har åstadkommit i historien. Själva mötet pågick under 3 dagar och presentationsformer varierade mellan



▲ Montreals flagga



sedvanliga föredrag, "discussion poster", "informally discussed posters", "papers to be read by title", workshops samt "state of the art lectures". Workshoppen hölls innan det egentliga mötet påbörjats. Varje dag var förstås späckad med information, och vissa framställningar stack ut än andra och presenteras som dagens guldkorn nedan.

Tisdag 30 augusti

"Botulinum toxin in the overactive bladder" var en av flera workshops som bjöds på denna morgon, vissa utsålda sedan länge, för de som har den fantastiska egenskapen framförhållning. Workshopens moderatorer var Birgitte Schurch, Schweiz och Jacques Corcos, Canada. Programmet för förmiddagen var upplagd mycket pedagogiskt. Introduktion, verkningsmekanism för botulinum toxin typ A (BoNT/A) och dess relevans i den kliniska vardagen diskuterades först. Den terapeutiska vinsten av botulinum toxin A är främst reduktion av excessiva muskelkontraktioner samt kronisk nociception. Den bakomliggande biokemiska mekanismen är att både motoriska och sensoriska neuroner fungerar på samma sätt. BoNT/A klyver sitt substrat SNAP25 vilket då

blockerar exocytos av vesiklar innehållande neurotransmittor. Därmed slutar motorneuron att stimulera muskelkontraktioner och nociceptiva neuron upphör med sin stimulering av andra nerver och har då en additionell effekt av indirekt reduktion av central stimulering. Därefter fortsatte workshoppen med presentationer och studier där erfarenheter utbyttes angående behandling av neurogent överaktiva blåsar hos vuxna och barn. På det hela taget fungerar behandlingen förvånansvärt bra, inga biverkningar till följd av toxinet har noterats. Däremot kan injektionen leda till blödning, och i sällsynta fall kan den neurogena funktionen i blåsan tillfälligt helt slås ut och patienten får då använda sig av RIK eller kateter under denna period. Inga långtidsstudier har gjorts varför hittills erhållna resultat får betraktas som preliminära. Diskussion pågick även kring dos samt antal upprepningar av behandlingen. Alla var eniga att det är beroende på responsen hos patienten, så länge symptom återstår får behandlingen fortgå. Under workshoppen visades även instruktionsvideo på hur och var i blåsan injektionerna bör göras.

Onsdag 31 augusti

Det här var den egentliga första dagen för ICS mötet, och därmed även första dagen det bjöds på föredrag och eminenta "state of the art lectures". Först ut att hålla en sådan föreläsning var Bradley P. Kropp med titeln "Tissue engineering urology: where are we now and where are we going?". Fokus här var på de svårigheter, så kallade "pitfalls", som återstår att bemästra. Mycket strukturerat redovisades följande;

1. Material- Det finns en heterogenitet i var de autologa cellerna hämtas ifrån, embryonala celler, benmärgs-celler eller från organvävnad. Variabler här är källa, ålder, process och teknik. Det kan också vara beroende av hur sjukdomen ter sig. Det kan till exempel vara svårt att få tag i friska celler från blåsan hos en patient med interstitiell cystit. Det finns vid rekonstruktiv kirurgi en del studier angående vilken tarmsegment som lämpar sig bäst som material samt om singel eller dubbla lager av tarm ger bäst resultat vid blåsrekonstruktioner. Resultat från Kropps egen forskningsgrupp redovisades där det har visat sig att distala delen av tunntarmens submucosa lämpar sig bäst, då det har mindre permeabilitet och mer elasticitet än den proximala delen. Detta gör att det varken förekommer krympning eller kalcifiering. Ett enkelt lager har bättre angiogenes och är därmed bättre än dubbel lager. Däremot saknas det studier vid tissue engineering då patientens egna celler används.
2. Matrix- Stödjevävnad till de nyodlade cellerna utgör en viktig faktor för ett lyckat resultat. Användning av PGA (polyglukosaminer) och andra syntetiska material diskuterades.

◀ *Mount Royale*



3. Blodförsörjning- Bättre blodförsörjning ökar chansen för överlevnad hos materialet. Här diskuterades hur angiogenesen skulle kunna stimuleras och potentiernas med hjälp av VEGF, och vad det i såfall skulle kunna ha för oönskade påföljder.
4. Cellmarkör- Det vore till stor hjälp att kunna följa de implanterade cellerna, men det förekommer svårigheter då det inte finns tillräcklig kunskap om hur detta påverkar cellernas

tillväxt och funktion. EGFP har visats inte ha någon påverkan på tillväxt eller funktion på korttid och skulle möjligen kunna möjliggöra mekanismstudie. Dock kan det ha en funktionspåverkan på längre sikt.

Det var mycket spännande och inspirerande att lyssna på Kropp. Många studier behövs i framtiden för att kunna utnyttja alla de potentiella fördelar som finns med denna moderna behandlingsmetod.

Torsdag 1 september

Det var många förvånade men roade miner bland dem som trots morgontröttheten tagit sig till Kari Bøs morgon-session. De flesta hade förväntat sig praktiska tips i bäckenbotten träning och praktiskt blev det. De dryga 100 personer som var där fick vid ingången till salen en handduk, väl inne fanns inga stolar, enbart ett golv som snart var helt täckt av handdukar med ICS-loggan. Kari var klädd i en moderiktig turkos träningsoverall och gav instruk-

Morgongymnastik med Kari Bo





◀ *Trötter efter en intensiv resa*

tioner medan musiken sattes igång. Därefter följde 40 minuter av koncentrerad bäckenbottenträning, till en början var det mycket tisseltassel och frit-ter framförallt från kinesiska seniorerna men det släppte allteftersom. Kontentan var att det är viktigt att patienten får lära sig vilka muskler och hur de skall användas med reella instruktioner istället för att få ett papper stucken under hakan.

Dagens mest inspirerande State of the art lecture hölls av Brian Kwon och hade titeln "Spinal cord regeneration following trauma". Bakgrundsproblematiken här är att det centrala nervsystemet inte kan regenerera efter skada medan det perifera nervsystemet besitter denna egenskap. Dock finns det anatomiskt en lokalisation där dessa två system angränsar nämligen i näsan (nervus olfactorius är ju den enda kranialnerven, förutom nervus opticus, som ju egentligen inte är någon "nerv" utan snarare en direktuppkoppling av afferens till hjärnan). Detta har varit grund till forskning som bedrivits i framförallt USA, Portugal, Kina och Australien där målet har varit att använda sig av perifera nervsystemets regenerationsförmåga till behandling av skador i centrala nervsystemet. Brian räknade upp ett antal alternativ som kan komma att bli aktuella för experimentell terapi i framtiden:

- Olfactory ensheathing cell transplantation
- Schwann cell / perifer nerv transplantation

- Embryonal cells transplantation
- Activated macrophages (proneuron)
- Rho kinas inhibitor (bioaxon)
- Oscillating field stimulation

Brian avslutade sin uppmuntrande föreläsning med ett realistiskt inslag, ett patientfall där behandlingsresultaten inte var så lyckosamma som han beskrev med citatet "There is no condition known to mankind that can't be made worse by an operation".

Fredag 2 september

Dereck Griffiths presenterade den för mötet avslutande State of the art lecture, med titeln "New urodynamics". Det finns en svag korrelation mellan symptombilden hos den enskilda patienten och de resultat som fås fram från en urodynamisk undersökning. Det går ej heller att reproducera resultat med samma patientgrupp och samma undersökning. Dereck menade att detta beror på att det finns en inneboende variabilitet i de urodynamiska parametrarna, inte på undersökningen i sig. Denna variabilitet speglar att det finns en variabilitet i urinvägarnas funktion. Då urinvägarna inte är ett helt självständigt system, utan står under kontroll av vår emotionella status, det vill säga att den frivilliga kontrollen styrs supraspinalt. Därför visar variabilitet enbart att kroppen faktiskt fungerar. "New urodynamics" handlar således om att undersöka kontrollmekanismen och abnormalitet i denna snarare än i urinvägarnas funktion. Därefter visar Derecks resultat, som tagits fram via "functional imaging" med

PET och fMRI, på hur hjärnans respons ut när blåsan fylls. Att supraspinala centra bland andra periaqueductal grey (PAG), pontine micturition center (PMC) och orbitofrontala cortex är inblandade vet vi redan, men vad är det egentligen som händer till exempel vid överaktiv blåsa. Det är inte alls alla regioner som är involverade i blåskontroll som är överaktiverade. Framförallt är det, för såvitt kan bedömas av Derecks egna forskningsresultat, orbitofrontala cortex som avviker, då det inte visar ökad respons. Därefter spekulerade Dereck kring om det verkligen kan vara hela sanningen, att orbitofrontala cortex skulle vara hela förklaringen till ett sådant tillstånd, och kommer fram till att så inte är fallet. En lesion här borde i sådant fall också manifesteras på andra sätt och inte bara som störd blåskontroll. Inlärt beteende är också en mycket stor faktor. Frågan återstår, sitter allt i huvudet på patienten? Svaret, enligt Dereck, är: -Ja, på sätt och vis. Det är just det som skall studeras med functional imaging som framförallt har en plats inom forskningen, men kan kanske komma att fylla en funktion även kliniskt i framtiden. För att göra den gamla urodynamiken bättre, bör andra parametrar mätas, till exempel hur ljud, visuella stimuli, känslor och social interaktion påverkar resultaten. Detta kan kontrolleras med atmosfären i vilken undersökningen görs.

Så slutar mötet och den varma september luften välkomnar en att avnjuta de sista trötta timmarna i Montreal, innan det blir dags för en lång flygresan hem.

Welcome to the NUF2007

On behalf of the Organizing Committee, it is a great privilege and pleasure to invite you to attend and participate at the Scandinavian Association of Urology 26th Congress in Aarhus, Denmark.

Aarhus makes the perfect setting for your visit and a good venue for the technical/scientific and social Program, all of which you can find more information about on this website later.

We hope that all of you will accept our invitation and we are looking forward seeing you in

Aarhus 13.-15. June 2007

NUF 2007 is to be held at:

Scandinavian Congress Center · Margrethepladsen 1
8000 Aarhus C · Denmark

For more information, please contact:

Conference Secretariat

PCO
Van Hauen Conferences & Incentives
Amaliegade 36
DK-1256 Copenhagen K
Denmark
E-mail: Susanne van Hauen

Program Committee

Professor Troels Munch Jørgensen
Professor Jens Christian Djurhuus
Swedish representative
Norwegian representative
Finnish representative
Icelandic representative

Organizing Committee:

Knud Venborg Pedersen
Aase Grundal
Klaus Møller Ernst-Jensen
Henning Olsen
Jørgen Bjerggaard Jensen
Øyvind Østraat
Lisbeth Breindahl
Alexander Schultz, NUF representative
E-mail contact: Secretary Laila Knudsen





PVP-behandling (Photoselective Vaporisation of the Prostate)

af Jesper Schou, Lasse Fahrenkrug og Martin Højgaard, DK

Erfaringer fra det første år på en dansk amtsurologisk afdeling.

Laserbehandling af forstørret prostata med KTP-laser (Green light-laser) blev introduceret i USA for cirka 5 år siden. Princippet i denne laserbehandling er, at lys med laserens bølgelængde på 532 Nm absorberes optimalt af oxyhæmoglobin-molekyler og stort set ikke af vand. Ved applicering af lyset på vitalt væv vil energien derfor afsættes maksimalt, og cellerne vil fordampe.

Erfaringerne fra USA og flere andre lande tydede på at behandlingen var lige så effektiv som TUR-P, og at fordelene i form af betydelig kortere indlæggelsestid og færre komplikationer, retfærdiggjorde den betydelige udgift til indkøb af de dyre laserfibre.

Flere af afdelingens overlæger havde da også allerede deltaget i work-shops i PVP-behandling i ind- og udland inden PVP-behandlingen blev præsenteret i et lægemagasin på dansk TV i efteråret -04. Efterfølgende blev vi på Frederikssund sygehus bombarderet med patientønsker om at indføre behandlingen. Med det offentlige focus på behandlingen, blev der fra politisk hold skaffet ressourcer til investering i laseren og vi skulle derfor lægge en plan for implementeringen. Vi valgte følgende strategi, som viste sig at fungere, og vi ønsker at give følgende råd videre til andre begyndere:

Implementering

- Opnå enighed blandt overlægerne om hvilke patienter der skal henvises til PVP. (Vi valgte at **alle** patienter med BPH fik tilbudt PVP, mens patienter med prostatacancer fik tilbudt TUR-P på vanlig vis). Alle skulle loyalt følge denne beslutning.
- Udnævn 2 personer til at være ansvarlige for implementeringen og opnå de første praktiske operative og postoperative erfaringer.
- Forbered prospektiv forløbsregistrering for at evaluere behandlingen og husk at lave patientvejledning.
- Planlæg mange patienter over en længere periode.
- Undervurder ikke indgrebets sværhedsgrad.
- Start med mindst 10 små kirtler (<50 g) med de to operatører tilstede samtidig.

Udstyr

Lasergeneratoren producerer lys med en energi på maksimalt 80 joule (*se billede*). Denne styrke anvendes til vaporisation, mens generende blødning kan stoppes med 30 joule.

Laserfibren er opdelt i 4 dele: En monteringsstuds proximalt og et ca 1,5 m langt stykke fiber, som er coated med hvid plastic. Distalt herfor sidder et lille "oliven" med en markering svarende til den retning hvor lyset kommer ud. Helt distalt er der ca 30 cm udækket lysfiber med et spejl monteret på spidsen. Dette spejl sender lyset ud til siden med en vinkling på 75 grader i forhold til fiberretningen.

Peroperativt

Der gives maximal dosis (160/240 mg) Gentamycin ved anæstesiens indledning. Både universel og spinal anæstesi kan anvendes, men i starten valgte vi universel til alle på grund af indlægings-/undervisningssituationen. Lejring i GU-stilling med lejet i bund og patienten i let anti-Trendelenburg. Ingen suprapubisk punktur. Vi anvender trykstyret pumpe-system (30 cm vandtryk og hastighed på 100 ml/min), som ved vanlig TUR-P for at mindske risiko for TUR-syndrom og minimere vandforbruget (sterilt saltvand). Der anvendes orange sikkerhedsbriller under indgrebet! (*Se billede*).

Teknik

NB: Teknikken er ikke umiddelbart sammenlignelig med TUR-P!

Alle bevægelser med scopet er anderledes end TUR-P:

- 1) Bevægelse sidelæns/op-ned: "Paintbrushing" med laserstrålen (undgå længdegående grøfter der ødelægger overblikket).
- 2) Laserfibren skal samtidig konstant roteres for at undgå carbonisering på spidsen. Ellers nedsættes fiberens levetid.
- 3) Kør fibren direkte på vævet for at få maximal fordampning.
- 4) **Selve scopet skal bevæges mere end ved TUR-P.** Oftest må scopet bevæges i længderetningen i stedet for at trække selve fibren frem og tilbage. Lås evt. med højre tommelfinger på kameraet og bevæg scop og fiber som en enhed (*se billede*). Der fås ekstraudstyr i form af en en



Scopet med "halvtaget" og laserfiberen in situ.

mekanisk sikring mod at trække fiberen for langt tilbage og beskadige scop eller optik. Er umiddelbart god, men giver ikke mulighed for at trække fiberen ind i scopet og dermed få bedre overblik.

Placer markeringen på "olivenet" i furen på indersiden af 2. fingers DIP-led.

- 5) Hvis bobledannelsen i et område nedsættes betyder det avitalt væv og dermed dyb koagulation. Stop yderligere behandling her.
- 6) Selv let blødning er mere generende end ved TUR-P på grund af mindre

skyllekanaler; Derfor: Forsigtig indføring!

- 7) Kan udføres med lavt blæretryk og bruger kun beskedent med skyllevand (4-6 l).
- 8) Generende bobler under scopets "halvtag" (se billede) undgås delvist ved at placere patienten i let anti-Trendelenburg.
- 9) En erfaren operatør kan applicere ca 200 kJ/Time.
- 10) Overskrid helst ikke 300 kJ, pga risiko for langvarig postoperativ urge.

Resultatopgørelse

Vi valgte at foretage en foreløbig analyse på de 64 patienter, vi nåede at behandle fra februar-juni 2005 og registrere resultaterne ved 3 måneders follow-up. Data præsenteres her i kort form (tidl. præsenteret ved Dansk Urologisk Selskabs efterårsmøde 2006):

>>



▲ *Det operative setup.*

Materiale

64 ptt. m. LUTS sekundært til prostatahypertrofi.

Præoperative objektive fund:

Flow:	8,8 ml/sek (mean)
Residualurin:	216 ml (mean)
TRUS-prostatavolumen:	58 ml (mean)
DAN-PSS-score 31 point (mean)	
PSA:	2,7 ng/ml (median)

3 mdr. follow up inkluderede

Flow, residualurin, DAN-PSS, komplikationer, subjektiv tilfredshed, subjektiv seksualfunktion og ejakulatmængde.

PVP – resultater:

Flow:	Stigning på 118 % fra 8,8 ml/s til 19,1 ml/s ($p < 0,001$)
Residual-urin:	Reduktion på 62 % fra 215 ml til 82,1 ml ($p < 0,001$)
DAN-PSS:	Reduktion på 72 % fra 31,3 point til 8,9 point ($p < 0,001$)
Patienttilfredshed:	median 9 (mean 8,5) ud af 10 mulige.
Indlæggelsestid:	1,7 døgn, median: 1 døgn

▼ KTP-laseren i aktion.



Komplikationer

5 %	re-opereret
0 %	transfusionskrævende blødninger
7 %	genindlagt pga. efterblødning
35 %	post-operative infektioner trods Gentamycin peroperativt

22 patienter besvarede spørgsmål om mængden af ejakulat efter indgrebet, heraf angav 15 patienter (68 %), at mængden var nedsat, som udtryk for retrograd ejakulation. 23 patienter besvarede spørgsmål om kvaliteten af deres seksualfunktion, og 3 patienter (13 %) angav, at denne var forringet efter indgrebet.

En vigtig bivirkning var varierende grader af postoperativ urge. Denne urge er stort set terapi-resistent for alfa-blokkere og antikolinergika, men forsvinder hos alle med tiden. Vi observerede en vis tendens til at jo større kirtel der behandlede (og dermed øget antal kJoule anvendt), jo større var risikoen for postoperativ urge. Årsagen hertil er ukendt, og problemet nævnes stort set ikke på de internationale møder. Man kunne tænke sig at dybe nekroser er lang tid om at blive kvitteret, og dermed sidder som generende fremmedlegemer i blærehalsen.

I denne opstartsfasen af behandlingen vurderede lægen ved 3-måneders kontrollen, at 33 % af patienterne havde behov for yderligere konsultationer i urologisk klinik. Dette er langt flere end efter TUR-P, men det reflekterer nok dels den ovenfor nævnte urgeproblematik, og dels vores ønske om at følge alle problemer tæt.

Diskussion:

Vi fandt at PVP-behandling af forstørret prostata var effektiv, forbundet med få blødninger, kortere indlæggelsestid og med stor patienttilfredshed.

Forbedringer i Q_{max} og V_{res} ligger på linie med lignende udenlandske opgørelser. Der foreligger endnu ikke randomiserede studier mellem PVP og konventionel TUR-P, og langttidsresultaterne af PVP-behandling kendes endnu ikke. Vi anser dog nu, ud fra egne og andres resultater, at PVP-behandling af LUTS og retention sekundært til hypertrophia prostatae er en sikker og effektiv behandling, med korttidsresultater sammenlignelige med TUR-P.



▲ Displayet på KTP-laseren (Green Light-laser).

▼ Bemærk hånd/fingerstilling ved PVP med højre tommelfinger "låst" på kameraets side.





European Association of Urology's 21. kongres, Paris 5.-8. april 2006

af Urologisk afdeling, Skejby Sygehus, DK

Til kongressen modtog EAU 3268 abstracts hvoraf 40 % blev accepterede til præsentation på poster, podium eller video-session. Urologisk afd. K, Skejby Sygehus var godt repræsenterede på kongressen og kan derfor bidrage med et referat af udvalgte temaer fra kongressen.

Botox

Botox anvendes til behandling af overaktiv detrusor (OAD). Behandlingen anvendes hvor antikolinerge farmaka ikke har sufficient effekt. Der gives 30 injektioner i blærevæggen med 10 IE botox hvert sted. Det anvendes både til neurogen og ikke-neurogen OAD og blærekapaciteten øges med 50-100 %. Schurch's egen gruppe (Schurch er den schweiziske læge som "opfandt" botox til OAB) fandt således i en gruppe på 150 ptt. med non-neurogen OAD at 88 % havde effekt. "Urgency" svandt hos 76 % og inkontinens hos 82 %. Vandladningsfrekvensen faldt fra 14 til 7 per døgn, nykturi faldt fra 4 til 1.5 i gns. Blære kapaciteten øgedes fra gns. 250 til 390 ml (56 %). Fem patienter måtte forbigående anvende RIK. Varigheden af effekt var 9 +/- 2 mdr.

Der er således tale om en ganske effektiv behandling. Det er dog et problem at behandlingen skal gentages med et interval på ca. 9 mdr. for at permanent effekt kan opnås. Et alternativ til gentagen botox-behandling kan være blæreaugmentation (autoaugmentation eller Clam enterocystoplastik).

Potens efter radikal prostatektomi

Vallanciens gruppe i Paris har undersøgt erektionsevnen efter laparoskopisk radikal prostatektomi. Blandt 981 patienter indgået i databasen sept. 03 til okt. 05 inkluderede man de 623 patienter som havde fået foretaget enten uni- eller bilateral nervebesparende radikal prostatektomi. Femte dag efter op. fik alle patienter tilbudt tadalafil (Cialis) 10 mg hver anden dag. De patienter som ikke genvandt erektionsevnen på denne behandling fik tilbud om intrakavernøs behandling 3 el. 6 mdr. postop. (70 % startede intrakavernøs behandling). De 458 patienter som havde fået foretaget bilateral nervebesparende operation blev vurderet og man fandt at rejsningsevnen var genetableret hos 54-93 % efter 2 år. Ca. 1/3 af disse patienter behøvede enten tadalafil eller intrakavernøs injektion for at kunne fungere, mens resten fungerede uden hjælpemidler.

Disse resultater er meget opmuntrende. Dog behøver vi randomiserede studier for at afgøre om det er operationsteknikken, den tidligt indledte behandling for erektil dysfunktion eller begge dele der er afgørende.

Urinvejssten

Diagnostik: CT skanningen har indtaget hovedrollen i udredning og kontrol af urinvejssten, frem for den konventionelle iv. urografi. Dette har gjort det vigtigt at skelne mellem behandlings-succes og stenfrihed. Specielt ved kontrol efter ESWL-behandling er denne problematik vigtig, da da kun 20-30 % bliver fuldstændigt stenfrie vurderet ved CT-scanning. Det er derfor væ-

sentligt at definere hvor store restkonkrementer man kan acceptere, frem for at tilstræbe total stenfrihed. Nogen fast grænse findes ikke. Det er således om muligt endnu vigtigere end tidligere at stille sig såvel spørgsmålet "When and how to intervene" og "When not to interfere".

Behandling: Udviklingen af bedre ureteroskoper har givet større succes end tidligere ved retrograd endoskopisk behandling af sten i nyrebækken og pelvis (RIRS). Ved stor stenbyrde og/eller konkrementer > 2 cm er den perkutane teknik (PNL) dog stadig at foretrække. Ved konservativ behandling viser alfablokker-behandling af distale uretersten efterhånden så gode takter, at det må anbefales som standard.

Blærecancer

Der var som altid mange præsentationer omhandlende alle aspekter af blærecancer, og selvom der ikke var de store nyheder, blev flere vigtige emner berørt.

Molekylærbiologisk diagnostik ved Ta og T1-tumorer blev i form af en 3-gen signatur fundet at have prognostisk betydning for tidligt recidiv (Dubosq et al., #924). Undersøgelsen var retrospektiv og således kun hypotesegenererende. Tilsvarende identificerede Liedberg et al. (#461) et 20-gen sæt der hos cystektomerede patienter dels kunne forudsige lymfeknudemetastaser, dels risiko for død af blærecancer.

Ætiologiens betydning for histopatologien blev antydnet i en opgørelse fra Mansoura/ Nil-deltaet (Abdel-Latif et al., #818), hvor hyppigheden af planocellulære carcinomer faldt fra 67,4 % i perioden 1980-84 til 30,6 % i 2000-02,

NUF har 50-års jubilæum i 2006!



I den anledningen afholdes et
Jubilæumssymposium
i København

Lørdag 2. september 2006

Jubilæumssymposiet består af:

En række state of the art foredrag ved nogen af Nordens ledende specialister indenfor udvalgte urologiske områder, blandt andet:

- Cancer prostata ved Per Åge Høisether og Peter Iversen,
- Blærecancer ved Per-Uno Malmstrøm,
- BPH ved Jan Erik Damber,
- Nevrourologi ved Anders Mattiasson og Gudmundur Geirsson,
- Rekonstruktiv urologi ved Wiking Månsson,
- Steinbehandling ved Steinar Karlsen og Palle Ooster,
- The Cather ved Teuvo Tammela og
- Erektile dysfunktion ved Mirja Ruutu.

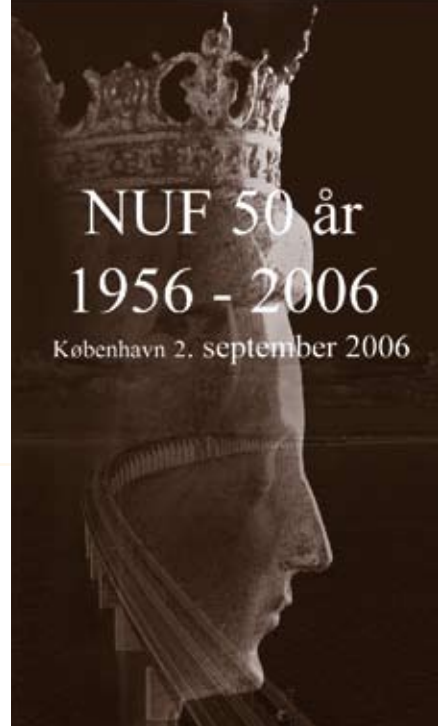
Den faglige del bliver afholdt i Arkitektshøjskolens nye flotte lokaler på den gamle flåde-station på Holmen. Lige ved det nye operahus.

Om aftenen er det fest på Axelborg, som ligger lige overfor Tivolis hovedindgang.

Dette arrangement er et must for alle nordiske urologer som er interesseret i et godt faglig program.

Vi ønsker jer alle, helst med ledsagere, velkommen til NUF 2006.

Anders Mattiasson
Børje Ljungberg
Alexander Schultz
Hans Colstrup



NUF 50 år
1956 - 2006
København 2. september 2006

For more information,
please contact:

Conference Secretariat

Alexander Schultz
[alexander.chultz
@rikshospitalet.no]

Hans Colstrup
[rshcol@ra.dk]

For nærmere informasjon se:
www.scaur50.dk

VIAGRA® (SILDENAFIL) Filmovertrukne tabletter 25 mg, 50 mg og 100 mg. Forkortet produktinformation. Indikation: Behandling af mænd med erektil dysfunktion, hvilket er manglende evne til at opnå eller vedligeholde en erektion af penis, som er tilstrækkelig til tilfredsstillende seksuel aktivitet. For at VIAGRA® kan være effektiv, er seksuel stimulation nødvendig. **Dosering: Anvendelse hos voksne:** Den anbefalede dosis er 50 mg, som tages efter behov cirka 1 time før seksuel aktivitet. På basis af effekt og tolerance kan dosis øges til 100 mg eller sænkes til 25 mg. Den anbefalede maksimale dosis er 100 mg. Den anbefalede maksimale dosisfrekvens er én gang i døgnet. Hvis VIAGRA® indtages sammen med føde, kan virkningens indtræden forsinkes i forhold til indtagelse under fastende forhold. **Anvendelse hos ældre:** Dosisjustering er ikke nødvendig. **Anvendelse hos patienter med nyreinsufficiens:** Dosisanbefalingerne under "Anvendelse hos voksne" gælder for patienter med let til moderat nyreinsufficiens (kreatininclearance = 30-80 ml/min.). Da clearance af sildenafil er nedsat hos patienter med alvorlig nyreinsufficiens (kreatininclearance <30 ml/min.) kan en 25 mg dosis overvejes. **Vurderet ud fra effekt og tolerance kan dosis øges til 50 mg og 100 mg. Anvendelse hos patienter med nedsat leverfunktion:** Da clearance af sildenafil er nedsat hos patienter med leverinsufficiens (f.eks. cirrhose) kan en 25 mg dosis overvejes. **Vurderet ud fra effekt og tolerance kan dosis øges til 50 og 100 mg. Anvendelse hos børn:** VIAGRA® er ikke beregnet til personer under 18 år. **Anvendelse hos patienter, som får anden medicin:** Patienter bør være stabile på alfa-blokkere før VIAGRA® behandling initieres. En dosis på 25 mg bør overvejes. **Kontraindikationer:** Sildenafil potentielt nedsætter blodtrykket, hvorfor indgift sammen med nitrogennitrat (som amylnitrit) eller enhver form for nitrat er kontraindiceret. Desuden er sildenafil kontraindiceret hos mænd, som får deres seksuelle aktivitet (f.eks. patienter med alvorlige kardiovaskulære lidelser som ustabil angina pectoris eller alvorligt hjertesvigt), alvorlig leverinsufficiens, hypotension (blodtryk under 90/50 mmHg), nyligt overstået stroke eller hjerteinfarkt og kendte arvelige degenerative sygdomme i retina som retinitis pigmentosa. **Overfølsomhed overfor det aktive indholdstof eller over et eller flere af hjælpestofferne. Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Sygdomshistorie bør gennemgås, og en objektiv undersøgelse foretages for at stille diagnosen erektil dysfunktion og mulige underliggende årsager skal fastslås, før farmakologisk behandling overvejes. Lægen bør undersøge patientens kardiovaskulære tilstand, da der er en vis kardial risiko forbundet med seksuel aktivitet. Sildenafil har vasodilaterende egenskaber, som resulterer i lette og forbigående fald i blodtrykket. For ordination af sildenafil bør lægen omhyggeligt overveje, om patienter med visse underliggende tilstande vil kunne blive påvirket på uønsket måde af den vasodilaterende virkning, specielt i forbindelse med seksuel aktivitet. Patienter med øget følsomhed over for vasodilatorer omfatter patienter med obstruktion af venstresidig ventrikulær udløb (f.eks. aorta stenose, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati) eller patienter med det sjældne syndrom multipel systematrofi, som manifesterer sig som alvorligt nedsat autonom kontrol af blodtrykket. VIAGRA® forstærker nitraters hypotensive effekt. I forbindelse med brugen af Viagra® er der rapporteret alvorlige kardiovaskulære hændelser. På af disse hændelser er rapporteret som opstået kort tid efter brugen af VIAGRA® uden seksuel aktivitet. Det er ikke muligt at fastslå om disse hændelser er relateret til brugen af VIAGRA®. Anvendelse af PDES-hæmmere anbefales ikke hos patienter med en tidligere episode af non-arteritis anterior iskemisk opticusneuropati (NAION). VIAGRA® bør anvendes med forsigtighed hos patienter, der får alfa-blokkere, da samtidig administration hos nogle patienter kan føre til symptomatisk hypotension. Dette indtræder inden for 4 timer efter indtagelse af sildenafil. Patienterne bør være hæmodynamisk stabile på alfa-blokkerbehandling, før VIAGRA® initieres (se dosering). Sildenafil bør anvendes med forsigtighed hos patienter med anatomisk deformitet af penis (som f.eks. vinkling, kavemos fibrose eller Peyroni's sygdom), eller hos patienter med lidelser, som kan prædisponere til priapisme (som f.eks. seglcelleanæmi, multipelt myelom eller leukæmi), samt hos patienter med blødningsforstyrrelser eller aktiv peptisk mavesår. Sildenafil bør ikke anvendes i kombination med andre præparater til erektil dysfunktion. VIAGRA er ikke indiceret til kvinder. **Interaktioner:** Samtidig indgift af sildenafil og ritonavir anbefales ikke. Hvis sildenafil skal bruges til en patient i ritonavirbehandling må den samlede dosis imidlertid ikke overstige 25 mg sildenafil indenfor 48 timer. Alfa-blokkere, potente hæmmere af cytochrom P450 f.eks. cimetidin, samt stærkere CYP3A4 hæmmere, f.eks. ketoconazol, itraconazol og erythromycin. En startdosis på 25 mg sildenafil kan anbefales. Nicorandil har potentiale for alvorlig interaktion med sildenafil. **Graviditet og amning:** VIAGRA® er ikke indiceret til anvendelse hos kvinder. I reproduktionsforsøg på rotter og kaniner ses ingen relevante bivirkninger efter oral indgift af sildenafil. **Trafikfarlighed:** Da der er rapporteret svimmelhed og ændret syn i kliniske undersøgelser med sildenafil, bør patienter være opmærksomme på, hvordan de reagerer på VIAGRA®, inden de kører bil eller betjener maskiner. **Bivirkninger:** Oftest milde og forbigående. Hypotension og sværhedsgraden øges med dosis. De mest almindelige er hovedpine, rødmen/hedede, svimmelhed, dyspepsi, nasal tilstoppning, palpitation, synsforstyrrelser (overvejende farvesyn, men også øget modtagelighed for lys eller sløret syn). Der er efter markedsføringen rapporteret følgende ikke almindelige og sjældne bivirkninger: Opkastning, øjensmerter, røde øjne/blodsprængte øjne, non-arteritis anterior iskemisk opticusneuropati (NAION), vas-kulær okklusion i retina og defekt synsfelt, overfølsomhedsreaktioner, forlænget erektion, priapisme, hududslæt, hypotension, hypertension, næseblod, synkope, cerebrovaskulær blødning, transitorisk cerebral iskæmi, samt alvorlige kardiovaskulære hændelser.

Priser pr. 13. februar 2006. (inkl. recepturgebyr): Varenummer/Stryke/Pakning/Pris (S20239/25mg/4/307,90) (S20288/50mg/4/356,55) (S20338/50mg/12/1.015,85) (S20346/100 mg/4/397,95) (S20379/100mg/12/1.158,45)

Udløbet B. Fuldstændig produktresumé (dateret 15. november 2005) kan rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. www.viagra.dk. API-ViaNov2005

mens der var en tilsvarende stigning i uroteltumorer. Årsagen tilskrives en kombination af mere effektiv behandling af bilharzia og mere forurening. Ved T1GIII-tumorer må man nok anbefale at foretage re-TURB efter 2-4 uger, idet risikoen for både muskelinvasion og residual tumor fandtes relativt stor, henholdsvis 13 % og 30 % (Ali-el-Dein et al., #669). Undersøgelsen var prospektiv, men omfattede kun 30 patienter, således at anbefalingen må tages med forbehold. Hvis man ved den primære TURB ikke har muskelvæv repræsenteret i præparatet er der ligeledes indikation for re-TURB. I en undersøgelse af 157 patienter med T1GIII-tumorer fandt Park et al. (#670) at risikoen for endervurdering/højere T-kategori var 12 % ved muskulatur i præparatet mod hele 56 % ved manglende muskulatur. Samtidig TURB og TURP giver ikke øget risiko for recidiv i prostata ved små blæretumorer (Ugurlu et al., #667). Mens der oftest er klar indikation for cystektomi ved muskelinvasiv blærecancer, kan der være tvivl ved bindevævsinvasive tumorer. Volkmer et al. (#5) præsenterede et retrospektivt materiale på 195 patienter med T1GIII-tumo-

rer (tumorstørrelse ikke oplyst), hvoraf 135 blev behandlet med tidlig cystektomi (indenfor 90 dage), mens 60 fik sen cystektomi (recidiv eller progression). Man fandt en klar forskel i forekomsten af T3-tumorer ("non organ-confined"), 18 % versus 40 %, samt i 10-års tumor-specifik overlevelse, 89 % versus 52 %. Samstemmende fandt Ali-el-Dein et al. (#7) en 5-års aktuarisk cancer specifik overlevelse på 47 % og 44 % hos patienter efter cystektomi for henholdsvis primær muskelinvasiv blærecancer og muskelinvasiv blærecancer forudgået af bindevævsinvasiv cancer. Disse undersøgelser understøtter tendensen mod tidligere intervention med henblik på forbedret prognose ved blærecancer. At ventetid på cystektomi ikke bedrer prognosen ved blærecancer er oplagt, men omvendt er det vanskeligt at bevise at det skader. I en engelsk registeropgørelse af 3161 patienter (Cathcart et al., #6) fandt man en gennemsnitlig "time to cystectomy" på 71,5 dage (interval mellem TURB, dvs. indikation, og cystektomi) samt at der ikke var forskel på 2-års mortaliteten ved en ventetid på <15 dage versus >98 dage (34,7 % versus 33,4 %). ASA-gruppe og histologi var dog ikke inddraget i analysen.





Samme gruppe havde også set på betydningen af volumen (antal cystektomier/hospital/år) for mortaliteten (#1074). Man inddelte hospitalerne i 4 volumen kategorier: <7, 7-10, 11-14 Og >14 cystektomier/år, hvilket tyder på en udtalt decentralisering. Ikke overraskende fandt man lavere mortalitet ved højere volumen selvom der ikke var taget højde for ASA-kategori. 60-dages mortaliteten var ca. 5 % ved >10 cystektomier/år, 7,3 % ved 7-10 og 9 % ved <7. I det hele taget en ganske høj mortalitet.

*Hans Jørgen Kirkeby
og Klaus Møller*



 **Paris 2006**



En olycka händer så lätt!

Många lider i det tysta, år efter år. Att vara rädd för att kissa på sig blir snart ett socialt handikapp som kan leda till isolering, nedstämdhet och depression.

Nu finns Kentera – ett nytt plåster som ger hjälp vid behandling av överaktiv blåsa. Med Kentera reduceras patientens symtom på OAB, utan att ge mer muntorrhet än placebo¹. Kentera är dessutom enkelt och bekvämt för patienten att använda².

I slutändan handlar det om något så självklart som ökad livskvalitet³.

Studier av Kentera® visar

- **God effekt:** Kentera reducerar signifikant vanliga OAB-symtom såsom antalet toalettbesök per dag och antalet inkontinensepisoder¹.
- **Låga antikolinerga biverkningar:** Kentera ger inte högre andel muntorrhet än placebo¹.
- **Bekväm dosering:** Plåstret byts två gånger i veckan.

1. Dmochowski R et al, Journal of Urology 2002;168:580-586
2. Davila GW, Expert Opinion Pharmacother 2003;4:2315-2324.
3. Dmochowski, World Journal of Urology, 2005; 23: 263-270

Kentera, 3,9 mg/24 timmar, depotplåster. Farmakologisk grupp: Medel mot inkontinens. Indikation: Symtomatisk behandling vid träningsinkontinens och/eller täta miktationer samt tränningar utan läckage som kan uppstå hos patienter med instabil blåsa. Dosering: Ett 3,9 mg depotplåster som appliceras två gånger i veckan. Förpackningar: Depotplåstren är förpackade ett och ett i LDPE/papperslaminatpåsar och levereras i kartonger innehållande 8 eller 24 plåster. För övrig information se www.fass.se



UCB NORDIC A/S, Arne Jacobsens Allé 15, DK 2300 Copenhagen S, Tel: +46 40 29 49 00, Fax: +46 40 29 49 39

Kentera
oxybutynin depotplåster



Laparoskopisk assisteret kryo-behandling af nyretumorer

af Lars Lund, Viborg Sygehus, DK

Introduktion

I de sidste 10 år er antallet af tilfældigt opdagede nyretumorer steget med 60-75 % hvoraf mange er af beskeden størrelse (<4 cm). I udlandet er man i tiltagende grad begyndt at behandle disse tumorer med nefron-besparende kirurgi enten som partiel nefrectomi, RFA ("radio frequency ablation") eller med kryo-ablation. I det følgende præsenteres egne initiale erfaringer med laparoskopisk assisteret kryo-behandling af nyretumorer.

Epidemiologi

Anvendelsen af CT-skanning, MR-skanning og ultralyd er mere end fordoblet i 80'erne og 90'erne. Disse undersøgelser udgør en slags ikke-systematisk screening af befolkningen for tumorer i nyrene, specielt renalcellekarcinomer. Mange nyretumorer bliver således ofte påvist tidligere end ellers og incidensen af nyretumorer er derfor steget med 2 % hvert år i de senere år. Flere centre har publiceret en faldende størrelse af nyretumorer fra 8-9 cm til 4-5 cm på diagnosetidspunktet, og tilsvarende er andelen af "organ confined tumors" steget til 50-75 %. Ca. 20 % af patienterne har metastaser ved diagnosetidspunktet. Paradoksalt nok har ovennævnte ikke-systematiske screening endnu ikke medført bedring i overlevelsen.

Kryo-behandling

Der foreligger nu data med langstids follow-up efter laparoskopisk radikal nefrektomi hvor langtidsoverlevelsen for patienter med T1, N0, M0 tumorer er ca. 90 %, ligesom der er en meget lav recidivfrekvens. Nogle mener, at det er en overbehandling at foretage nefrectomi på patienter med tumorer < 4 cm, og derfor er man begyndt med mere nyresparende kirurgi. Ablative teknikker såsom kryoablation og "Radio Frequency Ablation" har hidtil været betragtet som eksperimentelle, men må nu betragtes som etablerede metoder. Blandt fordelene ved disse metoder er en meget lav morbiditet og kort rekonvalcensperiode selv i forhold til laparoskopisk behandling.

Kryo-behandlingen kan udføres som åben procedure eller laparoskopisk (transperitonealt eller retroperitonealt). Begge metoder kan suppleres med ultralyd. Der foreligger nu flere serier med op til 8 års follow-up. Kryoablation

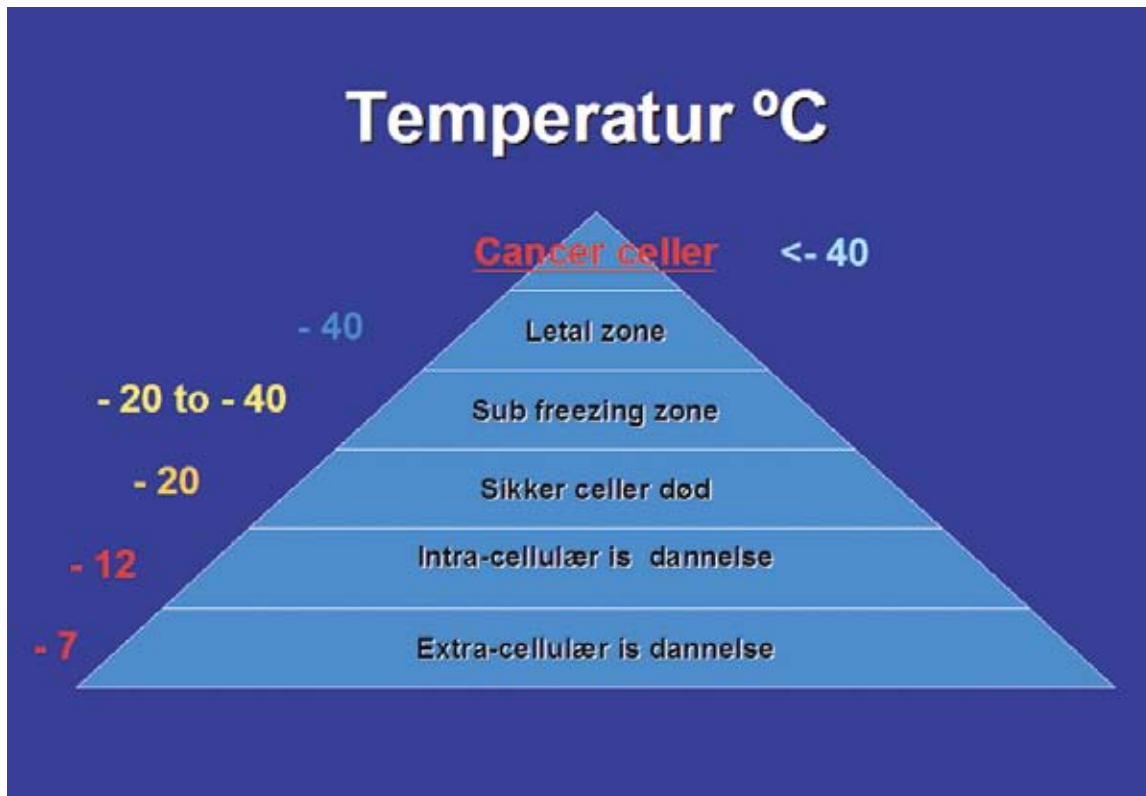
er karakteriseret ved meget beskedent blodtab, kortere hospitalsophold, hurtigere rekonvalescens og færre postoperative smerter.

Kryo-behandlingens effekt opnås ved flere mekanismer. Dels er der en direkte effekt med hyperosmose og dehydrering af cellerne, dels en indirekte effekt hvor dannelse af iskrystaller medfører sprængning af cellerne. På cellulært plan sker der en direkte intravaskulær skade og efter få minutter's behandling opstår der et hyperæmisk respons med øget permeabilitet, ødem og dannelse af frie radikaler. Blodpladerne samler sig og der dannes mikrotromber. Den effekt man udnytter ved kryo-behandlingen kaldes Joule-Thompson's effekten og den gør at gasser der bevæger sig fra højt tryk til et lavere tryk nogle gange udvikler varme og andre gange kulde. Argon udvikler kulde og helium udvikler varme når det kommer fra et højt tryk (300 bar) til et lavt tryk. Normale celler dør ved minus 20° C og dyreundersøgelser har vist, at cancerceller dør ved temperaturer lavere end minus 40° C. (se figur 1)

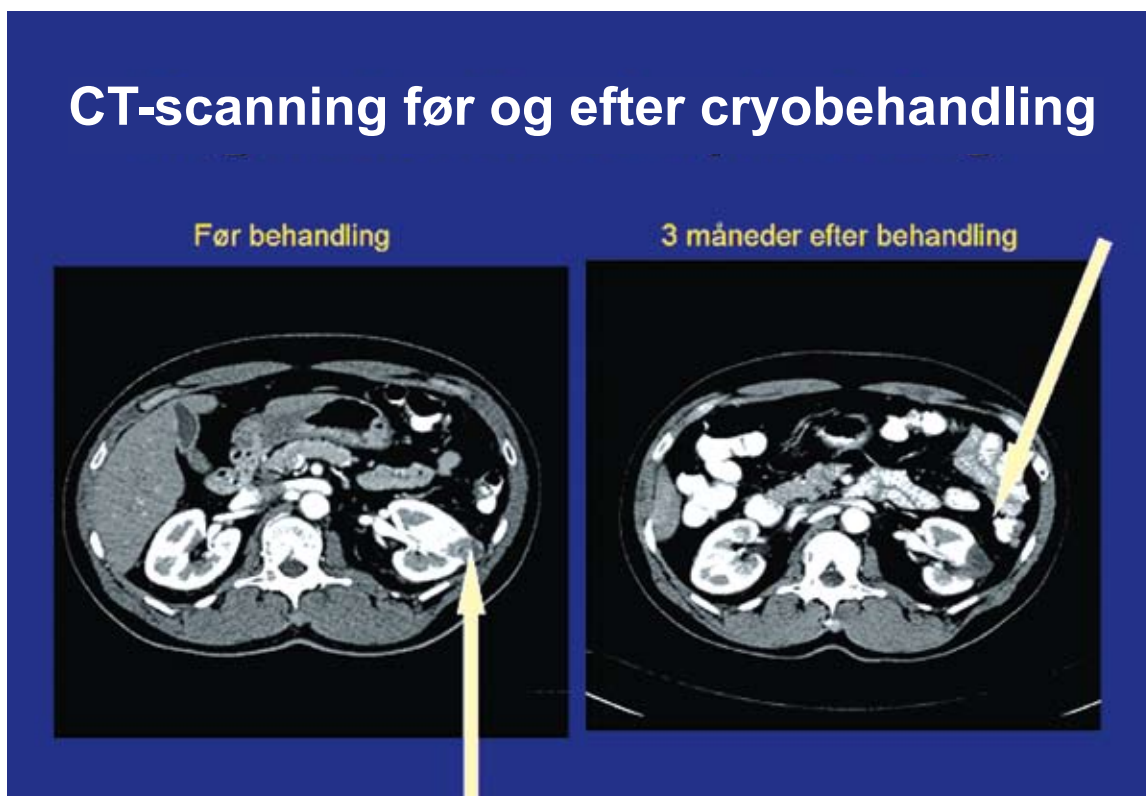
Pato-anatomiske effekter

Histologiske undersøgelser efter renal kryoablation viser karakteristiske træk med irreversibel celledød. En time efter behandling ses et veldefineret mørkerødt område med en stærk demarering. Ved lysmikroskopi ses vaskulær stase og koagulationsnekrose. Ved elektronmikroskopi ses tydelige tegn på irreversibel celledød i form af delvis fragmentering af cellemembraner, tab af de nukleære membraner samt tromber i næste alle glomerulære kapillærer. Efter 24 timer ses ved lysmikroskopi total koagulationsnekrose og ved elektronmikroskopi mangler alle cellemembraner. Glomeruli er degenererede og





◀ **Figur 1**
Figuren viser, hvad der sker med cellerne, når temperaturen sænkes. Bemærk, at normale celler dør allerede ved $- 20^{\circ}\text{C}$, mens cancerceller først dør ved $< 40^{\circ}\text{C}$.



◀ **Figur 2**
Venstresidig nyretumor før og 3 mdr. efter cryobehandling.

de tomme rum er fyldt med nekrotisk cellulært debris. Efter 1 måned fremtræder kronisk inflammation ved mikroskopisk undersøgelse, og der ses fibrose, arvæv og kollagen aflejring i hele det frosne område.

Radiologiske aspekter

Forud for kryobehandling udføres CT skanning, hvor man ser tydelig kontrastopladdning i tumor (se figur 2). Under den laparoskopiske behandling laves ultralydundersøgelse hvor tumorer ses hyperekkoiske og tydeligt afgrænsede. Ved hjælp af ultralydssonden kan man få et præcist mål for størrelsen af tumor

samt dybden, hvor kryospidsen skal stikkes i tumoren til den mest profunde del. Flere studier har vist hvordan tumor regredierer efter behandlingen (fig. 2). Efter ½ år er tumor mere end halveret. Ved MR skanning kan man se et fald i tumorstørrelse på 14 %, 23 % og 40 % efter 1, 2 og 3 mdr.

Egne erfaringer

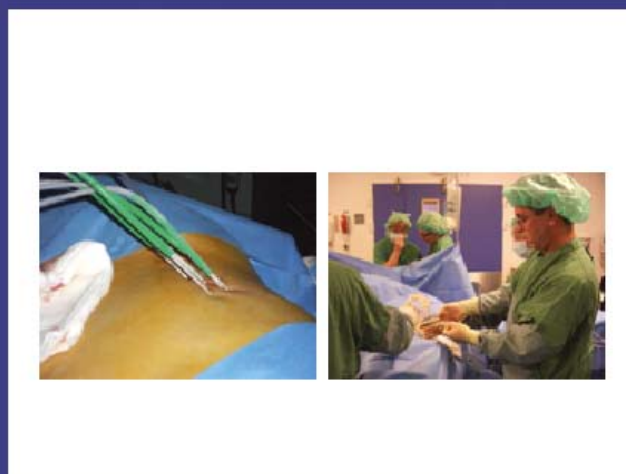
Det er vigtigt, patientselektionen er grundig. Patienter med absolutte og relative indikationer bør tilbydes nyresparende kirurgi, f.eks. i form af kryobehandling. Vi mener at der er absolut indikation for nyrebevarende kirurgi

hos én-nyrede patienter. Indikationen er relativ hos patienter med nedsat nyrefunktion og tumor i den bedst fungerende nyre, hos patienter med bilaterale tumorer, hos patienter med små tilfældigt opdagede tumorer samt hos ældre skrøbelige patienter.

Vi anvender, som de fleste andre i Europa Seed-Net (OnCura), men der findes andre systemer. Vi udfører kryobehandlingerne laparoskopisk assisteret. Der findes et specielt laparoskopisk kit med 6 behandlingsnåle og 2 termånåle. Hver nål er 17 Gauge (1.47 mm i diameter). Gasserne ledes fra trykflaskerne gennem en lille maskine ud gennem

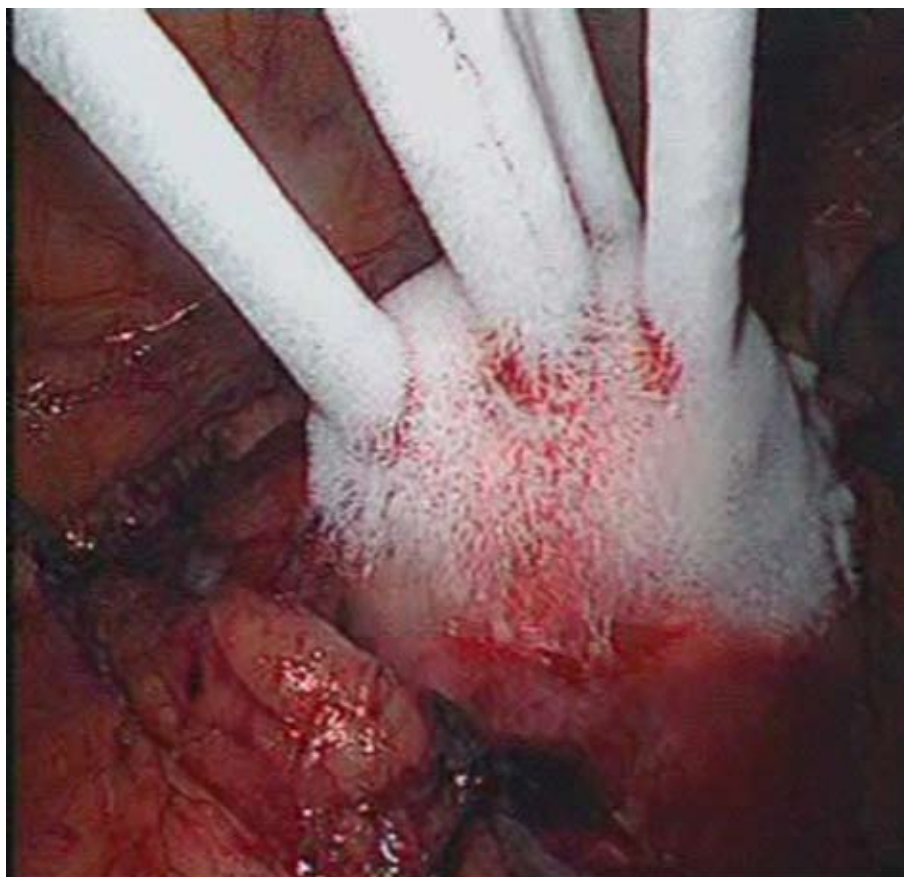
Procedure

- Antal nåle afhænger af tumor størrelse
- Tumor ødelægges ved $tp < -40^{\circ}$
- Der fryses i 2 perioder á 10 min.
- Nåle fjernes under direkte inspektion
- Hæmastase sikres
- Porte fjernes
- Sædvanlig work-up



disse nåle. Man kan på et display følge temperaturen og varme op når man har frosset i tilstrækkelig grad. Opsætningen er fuldstændig som til en laparoskopisk nefrektomi med samme portplacering. En 12 mm port anvendes til ultralydsskanning peroperativt. Efter at portene er placeret, Gerota's fascia spaltet og tumor frilagt, indføres nålene under synets vejledning, og man placerer én nål midt i tumor så dybt at spidsen når helt profund. Herefter laver man "sticking procedure" (fastfrysning af nål) over et par minutter. Dette sikrer, at tumor kan fastholdes når man indfører de øvrige nåle under synets vejledning. Selve nålene fryser et område på 15 mm i diameter og 28 mm i længden. Det er nødvendigt at anbringe nålene med passende mellemrum, så cirklerne overlapper hinanden. Er tumor større eller dybere end 2,8 cm må man lave "pull-back" procedure. Med dette menes at man gentager behandlingen efter man har trukket nålene tilpas tilbage. Der er tydelig markering på nålene for hver 5 mm. Der fryses i 10 minutter ad 2 omgange (se figur 3). Det er uklart om man skal foretage aktiv optøning med Helium begge gange eller kun den ene gang.

Ved siden af frysenålene placeres én temperaturnål, som måler temperaturen midt i tumor og en anden på overgangen mellem tumor og normalt parenkymvæv. Man følger temperaturkurvene på maskinens display, og når tumor har fået nok opvarmes med helium. Efter behandlingen lægges et lille dræn til dagen efter. Vi finder det vigtigt at proceduren gøres laparoskopisk assisteret således at man direkte kan se hvad man laver. Ved tumorer i nedre nyrepol skal man sikre at ureter ikke beskadiges, evt. ved at ureter holdes til side med et bændel. Tumorer i hilusområdet egner sig ikke til cryobehandling. Større ikke-exofytiske tumorer kan godt cryo-behandles. Genbehandling er mulig hvis der senere sker vækst.



Figur 3 Nyretumor under kryobehandlingen.

Resultater

Selve proceduren tager ca. 2 timer i alt, incl. opsætning af maskinen. Vi oplevede ingen peroperative komplikationer. Vi har behandlet 8 patienter og alle blev udskrevet dagen efter indgrebet efter at drænet var fjernet. Behandlingen kontrolleres med CT-scanning og ved kontrastopladdning anbefales re-biopsi. Én af vore patienter, som var én-nyret og havde ledsagende prostatacancer, havde kontrastopladdning i randen af tumor ved kontrolundersøgelsen og biopsi viste cancer. Efter fornyet cryo-behandling er denne patient nu tumorfri.

Konklusion

Renal kryobehandling er i sin begyndelse. Laparoskopisk assisteret kryobehandling er en sikker metode. Litteraturgennemgang viser bedre resultater efter kryo-behandling end RFA med færre komplikationer og færre recidiver. Man kan ved den laparoskopiske metode sikre, at der ikke er sket øvrig organskade, efter man har mobiliseret nyren og frilagt tumor.

Polaris™ Loop

Dual Durometer Ureteral Stent with Percuflex® Material and HydroPlus™ Coating.

**Boston
Scientific**



The **Next Innovation**
in **Stent Technology**