

NUF- BULLETINEN

NORDISK UROLOGISK FORENING



1 / 2008



Full house!

MEGA *Pulse* LASER

RICHARD WOLF – supplier of the most extensive and versatile range for stone therapy – now offers not only ESWL, EHL, ultrasound lithotripsy and pneumatic lithotripsy (LithoClast®) but also a special desktop stone laser for LASER lithotripsy.

This desktop device was developed and optimised precisely according to the wishes of our customers.

High power with integrated cooling and a compact design make this laser unique!



Flexible Uretero-Renoscopes 270° "the VIPER"



Semi-rigid Uretero-Renoscopes



Miniature-Nephrosopes

RICHARD WOLF
spirit of excellence



info@richard-wolf.com · www.richard-wolf.com

RICHARD WOLF GmbH · 75434 Knittlingen · PF 1164 · Phone +49 70 43 35-0 · Fax +49 70 43 35-300 · GERMANY
AUSTRIA · BELGIUM / NETHERLANDS · FRANCE · GERMANY · INDIA · U.A.E. · UK · USA

Redaktørernes hjørne

Kære Nordiske Urologvenner



NUF's redaktion har denne gang valgt 3 emner som vi håber vil interessere skandinaviske urologer. Det første emne angår den urologiske specialistuddannelse i de forskellige lande i Norden. De svenske tilstande vækker bekymring idet urologi som selvstændigt speciale er under afvikling. Det betyder at urologiske sygdomme i Sverige i fremtiden kan forventes behandlet af urologer såvel som parenkynkirurger. Dette kan næppe betegnes som et fremskridt og heldigvis er der ikke andre lande i Skandinavien der har lignende planer.

Artiklen "Systematisk overbehandling af klinisk lokaliseret prostatacancer" er ganske tankevækkende. Baggrunden for artiklen er den kedelige kendsgerning at incidensen af prostatacancer i de vestlige lande er kraftigt stigende. Det er blevet muligt at diagnosticere prostatacancer på et meget tidligt stadium, men vi er ikke i stand til at udskille de få som vil få gavn af at blive behandlet. Således vil anslået kun 10-20% af de mænd der får diagnosticeret lokaliseret prostatacancer senere få symptomer på sygdommen. Det betyder at når 5 mænd får foretaget radikal prostatektomi vil højst en enkelt af dem have gavn

af indgrebet, mens alle jo risikerer at få bivirkninger. Dette faktum er baggrunden for at temmelig mange urologer afstår fra at få målt egen PSA-værdi – og således undgår at skulle tage stilling til om der skal tages prostatabiopsier med risiko for påvisning af sygdommen. Prostata-cancer-dilemmaet afventer en god løsning, og indtil denne løsning foreligger kommer vi desværre nok til at se en fortsat stor overbehandling af prostatacancer.

Sidst præsenterer NUF-bulletinen en artikel om en relativt ny behandlingsmodalitet ved urininkontinens. Metoden kan anvendes både hos mænd og kvinder og består af implanterbare devices som er relativt lette at implantere og i.ø. udmærker sig ved at være justerbare. Resultaterne er ganske lovent, men metodens endelige plads i behandlingen af urininkontinens må nok afvente sammenlignende studier overfor bl. a. Scotts sfinkter og diverse slingprocedurer.

Redaktionen har endvidere valgt at præsentere et visionært hospitalsprojekt som er ved at tage form i østjylland.

Redaktionen gennem de seneste tre år takker af og nærværende udgave af NUF-Bulletinen er vores sidste. Vi takker for den tildelte tillid fra NUF som opfordrede os til at prøve kræfter med denne interessante og vigtige opgave. Samtidigt vil vi også takke forfatterne som har bidraget med de faglige artikler og medicinalindustrien for dens villighed til at annoncere via NUF-Bulletinen – uden bidragene fra begge sider var det ikke lykkedes. Sluttelig vil vi også takke Lene Kruse, Grafica – som har sørget for det grafiske arbejde, regnskab, samarbejde med trykkeri incl. distribution. Vi har haft et særdeles let og godt samarbejde. Vi vil ønske god arbejdslyst til den kommende redaktion som består af Pekka Hellström fra Oulu og Sirpa Aaltomaa fra Kuopio i Finland.

Vi vil gerne henlede opmærksomheden på NUFs hjemmeside (www.scaur.org). Webmaster Jørgen Bjerggaard (Århus) overtog jobbet juli 2007 og ønskes velkommen. Hjemmesiden præsenteres på side 6.

*Hans Jørgen Kirkeby
Peder Graversen.*

Indhold

i NUF – Bulletinen nr. 1, 2008

Redaktøernes hjørne 3

af Hans Jørgen Kirkeby
& Peder Graversen

Presidentens hörna 5

af Anders Matthiasson

Kära NUF-medlemmar! 5

Samarbetsgrupperna 5

Ljusning för den kliniska
forskningen? 5

NUF kongress Island juni 2009 . 5

Ny redaktion för Bulletinen 5

The homepage of Scandinavian Urological Association 6

af Jørgen Bjerggaard

Behandling af urininkontinens med ProAct-balloner 8

af Jørgen Nordling og Nis Nørgård

Resultater 10

Konklusion 10

Systematisk overbehandling af klinisk lokaliseret prostatacancer? 14

af Michael Borre

Dansk prostatacancer-
kampagne – nej tak! 14

Hvorfor ikke? 14

Prostatacancer og LUTS 14

Kræver det emigration til USA
for at mindske dødeligheden
af prostatacancer? 14

Dør man af eller med
prostatacancer? 14

Hvad ligger bag

Nordiske forskelle? 15

Evidens for screening
af prostatacancer? 15

Evidens for
behandlingseffekt? 15

Bedre stagnering nødvendig 15

Hvad nu? 15

Referencer 16

Urologuddannelse i de nordiske lande 17

Urologi på Island 18

af Guðmundur Geirsson

Urologiutbildningen
i Sverige 18

af Truls Gårdmark

Urological speciality
in Finland 19

af Teuvo Tammela

Utdanning av urologer
i Norge 20

af Rolf Høgetveit Hagen

Speciallægeuddannelsen
i urologi i Danmark 21

af Margrethe Andersen

Århus nye Universitetshospital 22

Introduktion til projektet 22



PHOTO

Cover photo: DNU Det ny Universitetshospital, Århus – ventes helt færdig om 10-15 år.

Other photos: p. 3 by Lene Kessler; p. 4 by Xenia Kessler

PUBLISHER

Nordisk Urologisk Forening
Number printed: 1.200

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

Co-editor

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

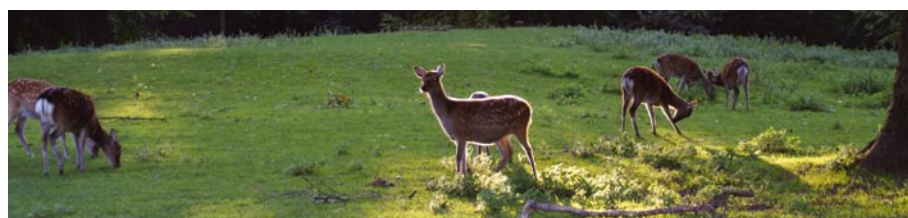
EDIT / Grafica Reklame

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 Winter 08. 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
www.zeuner.dk



Presidentens hörna

av Anders Mattiasson



Kära NUF-medlemmar!

Efter en strålande sommar är det åter full fart framåt. Som vanligt ser det ut att vara blandade karameller i påsen för det kommande verksamhetsåret. Mycket är sådant som vi direkt vet är positivt för oss, och där kan vi räkna in ett flertal NUF-aktiviteter som t.ex. möten och kurser i regi av samarbetsgrupperna och inte minst kongressen på Island i juni nästa år. Annat kräver mer eftertanke innan för- och nackdelar kan vägas mot varandra. Till den kategorin hör den kliniska forskningens situation. Besvärlig ja, men en strimma av hopp ser nu ändå ut att finnas.

Samarbetsgrupperna

Nedre Urinvägsgruppen

I februari samlades medlemmarna i den nybildade samarbetsgruppen "Funktionsstörningar i Nedre Urinvägarna" till sitt första möte. Till ordförande valdes Elisabet Farrelly från Stockholm. Gruppens idéer och ambitioner lovar mycket gott för framtiden och vi ser fram emot ett första symposium i regi av gruppen vid NUF-kongressen på Island.

Utbildningsgruppen

Ett nytt möte i utbildningsgruppen hölls i februari och man diskuterade fortsatt kring utbildningsprogram i våra olika länder. En spegling av gruppens diskussioner inklusive en intressant översikt av specialistutbildningen i urologi i våra olika länder presenteras i det här numret av Bulletinen. Att undersöka möjligheterna till ett närmare samarbete mellan de nordiska länderna i detta avseende är ett av gruppens mål. Gemensamma specialistutbildningskurser skulle ju vara ett naturligt inslag i ett sådant närmande.

Urothelial cancer- och Rekonstruktiv urologi-grupperna

En Nordisk kurs i cystektomi och urindeviation hålls i Uppsala den 13-14 november i regi av arbetsgrupperna för urothelial cancer och rekonstruktiv uro-

logi. Registrering och bokning via hemsidan www.scaur.org

Ljusning för den kliniska forskningen?

Att gårdagens, dagens och morgondagens metoder inom vården hänger samman är nästan tydligast när man betraktar just vad som sker inom forskning och utveckling. Dagens sjukvård bedrivs ju med metoder som togs fram igår. Det är ju också det enkla skälet till varför vi kontinuerligt behöver arbeta med att ta fram nya metoder, alltså att förbereda för morgondagens patienter. Samtidigt är den kliniska forskningen som bedrivs till stora delar och det gör att den är osynlig. Detta parat med dess komplexa uppbyggnad och karaktär gör att den blir svår att förstå för den som inte är av professionen. Det är ju så mycket lättare för beslutsfattare i vården att se till dagens patienter än att lyfta fram och prioritera det förberedande arbetet för morgondagens patienter. Inte ens på universitetssjukhusen ses klinisk forskning alltid som en naturlig del av vardagen inom ramen för den ordinarie veckoarbetstiden. Istället för att låta forskningen vara en ingrediens i bakverket har den istället blivit en garnering man vid behov, och bara om man har resurser, tycker att man kan lägga till. Man kan säga att sjukvård och forskning på de flesta håll har kommit att glida isär och leva alltmär parallella liv.

Man kan alltså med fog säga att den kliniska forskningen i ett par decennier har befunnit sig i utförsbacke. Så har det i alla fall varit i Sverige och situationen verkar vad jag kan förstå vara ungefär densamma i alla de nordiska länderna. Detta har varit en smygande process som pågått inte bara inom urologin, utan inom alla discipliner.

Nu verkar ändå ett uppvaknande antligen hålla på att ske och man kan höra politiker yttra stora ord om framtida satsningar på klinisk forskning. Låt oss hoppas att det blir så och vi urologer

måste då också förmå att hålla oss framme och ta del av denna nysatsning. Vi har ju stora och viktiga patientgrupper att slåss för, och urologins roll i samhället blir ju bara viktigare för varje år som går. Att inte bara satsa på enskilda projekt eller grupper, utan odla en kultur som införlivar klinisk forskning som en del av vardagen måste vara en av våra främsta målsättningar!

NUF kongress Island juni 2009

Nästa NUF-kongress arrangeras i Reykjavik den 10-13 juni 2009. Mötespresident är Gudjon Haraldsson och ordförande i den vetenskapliga kommittén är Gudmundur Geirsson. Ett fullmatat program med en rad utomordentliga föreläsare och ett flertal kurser i regi av samarbetsgrupperna samt naturligtvis presentation av nyheter i form av anmälda föredrag och posters. Till allt detta kommer också en kommersiell utställning. Mötet hålls traditionsenligt samtidigt och delvis tillsammans med de nordiska urologsjuksköterskornas möte. Lägg till detta det sociala umgänget med de nordiska kollegorna och en makalös natur så är du i tanken redan på väg! Vi hoppas att många deltagare från alla våra länder väljer att komma till denna spännande kongress.

Ny redaktion för Bulletinen

Nu lämnar den hittillsvarande danska redaktionen med Hans Jörgen Kirkeby och Peder Graversen över ansvaret för Bulletinen till Finland. Nya redaktörer är Pekka Hellström i Oulu och Sirpa Aaltonmaa i Kuopio. Samtidigt som vi tackar Hans Jörgen och Peder för ett strålande arbete under flera års tid ber vi att få önska Pekka och Sirpa lycka till!

Med önskan om en innehållsrik och intressant höst för alla Nordens urologer och alla andra NUF-vänner!

Lund i augusti 2008

Anders Mattiasson



The homepage of Scandinavian Urological Association – www.scaur.org

by Jørgen Bjerggaard, Webmaster

Please remember the homepage of Scandinavian Urological Association which gives you general information about the organisation and information about future courses.

A new webmaster has been assigned to the NUF homepage. As of the beginning of 2008, Jørgen Bjerggaard Jensen from the Department of Urology, Aarhus University Hospital, Skejby, Denmark has been in charge of development and updating the site. This honourable task was assigned following the NUF general assembly in Aarhus, June 2007.

The homepage itself has recently been submitted to some changes regarding design and functionality.

A new webhotel has taken over hosting of the site. The webaddress has however remained unchanged. Furthermore, the website has been tested on all available browsers and proved to be fully functional in all.

Some new features have been added to the site of which the following should be mentioned:

- Calender with future Nordic courses in urology
- Pictures from the recent congresses (NUF 2007 in Aarhus and from the NUF 50th anniversary in Copenhagen 2006)
- Online version of the latest NUF Bulletin

The webmaster will strongly urge to pass on relevant information about future courses (or other relevant information) to the webmaster, if publication on the website is of relevance to NUF members.

All NUF members are also invited to suggest modifications to the website. The NUF homepage is www.scaur.org – use it!

*Jørgen Bjerggaard (jb@doktor.dk)
The NUF homepage – www.scaur.org*



Welcome to Nordisk Urologisk Forening / Scandinavian Association of Urology.



NUF / SAU is an association of the national urological societies in the five Nordic countries: Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden.

The main goal of the association is to work for the development of urology in the Nordic countries, and the close cooperation of Nordic urologists in various fields of education, science and clinical work. This presentation will hopefully provide you with useful information on our organisation and activities, so please go ahead and have a look at the different subjects.

The quality of this presentation is greatly dependant on the information and ideas provided by the members of NUF / SAU!!

Of the current content, we recomend you take a look at:

[NUF 2009 homepage](#)

[Pictures from the NUF 2007 in Aarhus, Denmark](#)

[Read the latest NUF Bulletin online](#)

[Nordic courses in Urology](#)

NEW!!: [Legat for Nordisk kurs i Cystektomi och Urindeviation](#)



The Scandinavian Association of Urology and Urological Nurses 27th Congress June 10th - 13th 2009 Reykjavik, Iceland



Nordisk kurs i cystektomi och urindeviation

Uppsala 13-14 november 2008

Nordisk Urologisk Förening
och samarbetsgrupperna för urothelial
cancer och
rekonstruktiv urologi.

Registrering och information:

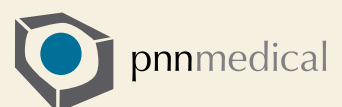
Registrering on-line via länk på NUF:s hemsida:
www.scaur.org

MEMOKATH™ IS REVERSIBLE – SURGERY IS NOT!

Memokath™ is a safe, simple and reliable alternative to major surgery. Almost all patients tolerate the insertion procedures and the patients are normally discharged from the hospital on the day of the treatment.

Advantages with Memokath™:

- Reversible
- Minimal risk
- Immediate symptom relief





Jørgen Nordling



Nis Nørgård

Behandling af urininkontinens med ProAct-balloner

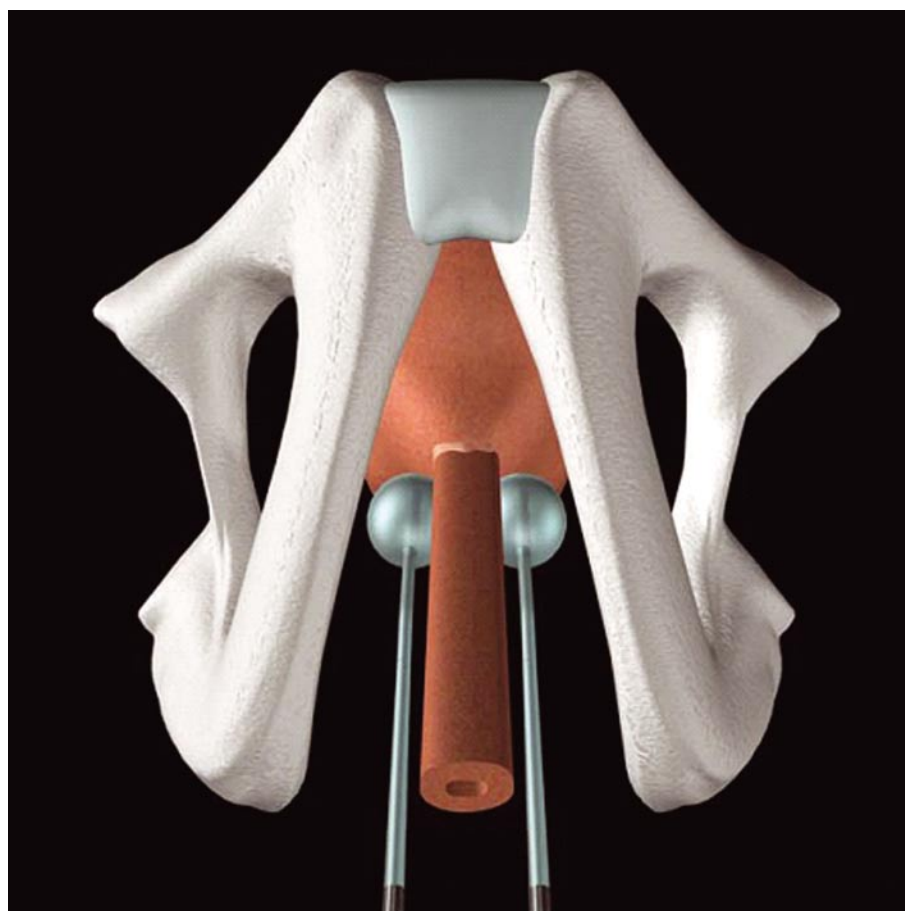
Af professor, overlæge, dr. med Jørgen Nordling og overlæge Nis Nørgård, Urologisk afdeling, Københavns Universitetshospital i Herlev.

Stress inkontinens hos mænd er heldigvis sjældent og ses primært efter operativ behandling af prostata. Udover bækkenbundstræning har behandlingen været den artificielle sphincter, men mange ældre mænd finder den for kompliceret eller har svært ved at håndtere pumpen.

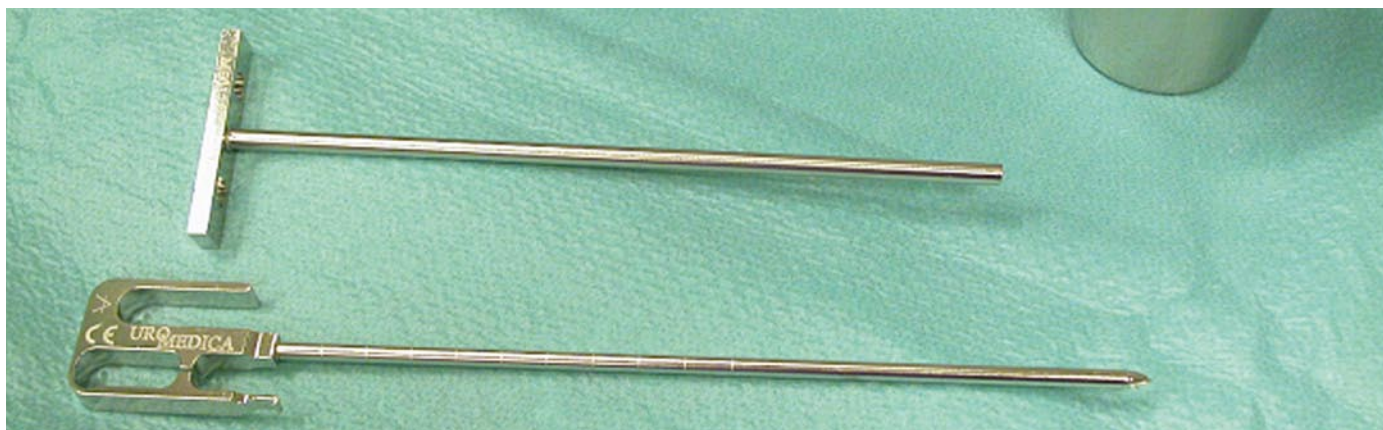
De senere år er der kommet mindre invasive operationer som bulking agents og slings.

Vi har i de siden 2003 fået erfaring med indoperation af kontinensballoner (ProAct).

ProAct-balloner anlægges på begge sider af urinrøret som en slags ekstra prostatalapper (figur 1). Der kommer herved et tryk på urinrøret, der kan modvirke urinlækage, mens der i de fleste tilfælde ikke sker noget med selve vandladningen.



Figur 1: Skematisk tegning af ProAct balloner oplagt dorso-lateralt for urethra.



Figur 2: Trocar til oplægning af ProAct balloner

Selve oplægningen af ballonerne sker gennem en trocar (hult metalrør), der føres ind gennem to små snit i mellemkødet (fig.2 -4).

Selve placeringen sker dels med røntgen-gennemlysning og dels under ultralydvejledning med ultralydsonden i endetarmen. Det sidste har vi indført for at sikre en så god beliggenhed som muligt. Der er anlagt kateter i urinrøret under operationen, men det fjernes på operationsstuen. Tubings placeres bag på scrotum, let tilgængelige for senere påfyldning (fig. 5).

Patienten kan som regel gå hjem samme eftermiddag eller næste morgen.

Ved operationen fyldes der kun 1 ml. på hver ballon, idet risikoen for at ballonen migrerer ellers er for stor. Dette er sjældent nok til at påvirke graden af inkontinens, men i løbet af 1 måneds tid dannes en bindevævshinde omkring ballonen, der modvirker tendensen til at ballonen flytter sig. Efter 1 måned påbegyndes efterfyldning af ballonerne, som regel ½ - 1 ml. ad gangen. Påfyldning sker igennem en lille studs for enden af slangen (fig. 5). Påfyldningen foregår nemt i ambulatoriet uden lokal bedøvelse eller andet. Som regel skal ballonerne indeholde 4-6 ml. hver, før der ses effekt. Ballonerne kan maksimalt indeholde 8 ml. hver.

Mellem 2003 og 2007 har vi på Urologisk afdeling på Herlev Hospital behandlet 62 mænd med ProAct-balloner. Inkontinensen skyldtes kirurgi for prostatakræft hos 38, for godartet prostataforstørrelse hos 21, mens de resterende 3 havde lidt mere specielle lidelser som årsag til inkontinensen.

17 patienter var blevet behandlet med andre metoder for inkontinens tidligere.



Figur 3: Incisioner til oplægning af ProAct balloner.

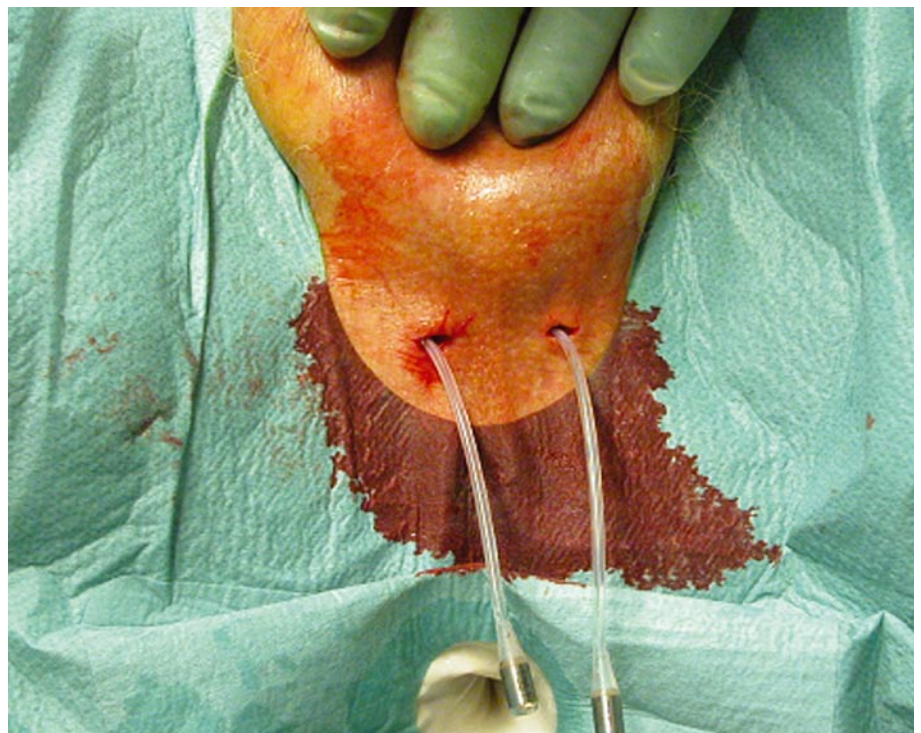


Fig. 4: ProAct ballonerne er anlagt, mens tubings stikker ud gennem incisionerne.

Resultater

Det daglige bleforbrug faldt fra i gennemsnit 2,5 bleer i døgnet til i gennemsnit 0,9 bleer. Urintabet i bleerne faldt fra et gennemsnit på 643 gram (spændvidde 20 til 2.800gram) i døgnet til 209 gram (spændvidde 0-2.350 gram) i døgnet. 49 eller 79% af de 62 patienter var tørre eller havde et fald i urintabet per døgn på mindst 50%.

Subjektivt fandt 26 patienter, at de var helt tørre, mens 15 var tilfredse med resultatet med et bleforbrug på højst 2 bleer i døgnet. Fem var blevet bedre, men syntes ikke selv det var godt nok, 12 var uændrede, og 1 syntes faktisk, at det var blevet værre. Af disse 18 patienter, der ikke var tilfredse med resultatet, fik 13 indopereret en kunstig lukkemuskel med godt resultat hos 12, mens 4 afventer korrigerende operation med ProAct - og 1 desværre ikke kan hjælpes yderligere.

Af komplikationer så vi 5 infektioner ved ballonerne, ballonen havde flyttet sig hos 7, og hos 2 var ballonen punkteret. Fjernelse af en ballon med infektion sker let i ambulatoriet i lokalbedøvelse.

Konklusion

Resultaterne synes vi selv er meget lovende. Indgrebet er lille, og komplikationerne behandles let. En ny ballon kan altid oplægges nogle måneder senere, hvis der har været infektion, eller umiddelbart hvis en ballon er punkteret.



Fig. 5: Ve. tubing anlagt subcutant bagpå scrotum.

We look forward to seeing you at Herlev Hospital, Copenhagen

January 21-23, 2009



Herlev Hospital, Herlev Ringvej,
DK-2730 Herlev, Denmark



www.seus2009.dk



The 15th Copenhagen Symposium on Endoscopic Urological Surgery

The Copenhagen Symposium on Endoscopic Urological Surgery is a recurrent event arranged by the Department of Urology, Herlev University Hospital in co-operation with the Danish Urological Society and The European Society of Urological Technology (ESUT). The symposium is designed as a comprehensive and practical guide to current endoscopic urological procedures, diagnostic as well as operative. Emphases will be placed upon demonstrating state of the art procedures ranging from treatment of lower urinary tract obstruction (PVP laser techniques, transurethral resection, transurethral vaporisation, TUMT, stenting, TUIP etc.) to optical urethrotomy, bladder tumour resection techniques, ureteroscopy and percutaneous lithotripsy techniques, brachytherapy in prostate neoplasms, stenting techniques of the ureter, and prostate.

All procedures are video-transmitted live from the operating theatres to the grand auditorium. The audience will be able to communicate live with the surgeons.

Faculty:

The faculty represents a comprehensive number of experts from Scandinavia and the rest of Europe within the fields of endoscopic urological procedures.

Preliminary Programme

Please visit www.seus2009.dk where the detailed programme is published

Registration fee:

Includes tuition, printed material, lunch, coffee breaks, welcome reception, farewell banquet at The Imperial Hotel, exhibitions, bus transportation between Herlev Hospital and the hotel. Bus transportation to-and-from reception.

Rates:

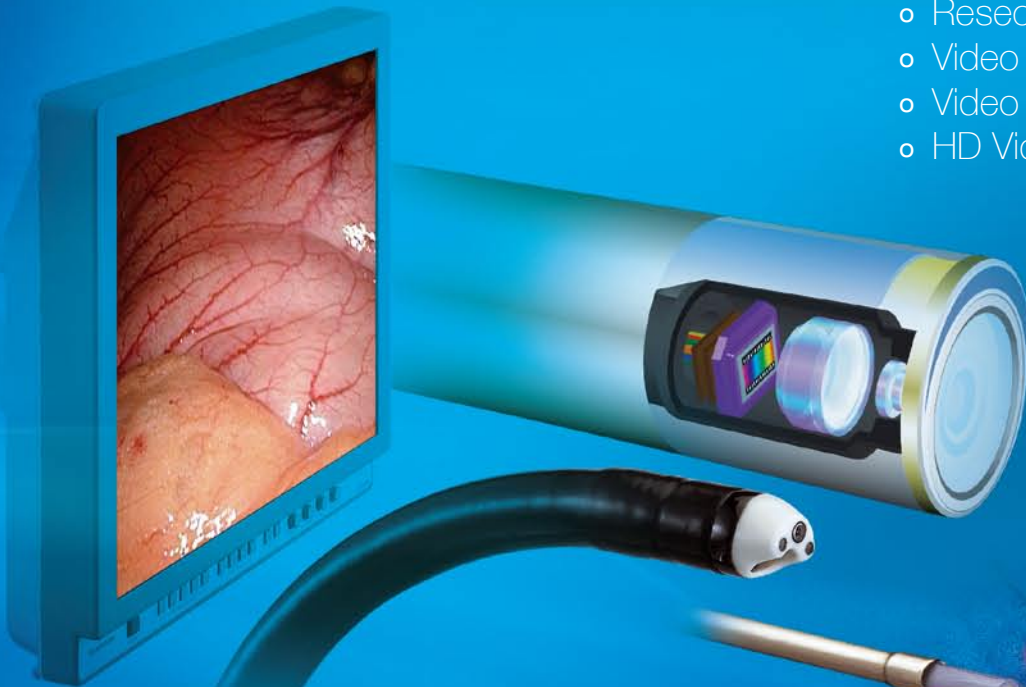
Registration and payment:
Before October 15: dKr 6,100.-
Before December 15: dKr 6,500.-
Late registration between
December 15 and January 1: dKr 6,800.-

Accommodation:

All participants are given the opportunity to book a room (single or double) at the Imperial Hotel, Vester Farimagsgade 9, DK-1606, Copenhagen V. The Hotel is Superior 1st class. Hotel booking is done through our web site during registration.

New Possibilities for Urologists

- Resection in saline
- Video cystoscopes
- Video ureteroscopes
- HD Video laparoscopes



The ultimate endoscopic platform for Urologists

EXERA II is the first video platform introducing 1080i HDTV for all areas of flexible and surgical endoscopy. EXERA II is fully compatible with digital video laparoscopes, video cystoscopes and video ureteroscopes. EXERA II paves the way for completely new possibilities in urology.



With EXERA II you get an unsurpassed image quality in the operating theatre. HDTV refers to the format of a television transmission signal which uses an increased number of scanning lines to produce crystal-clear images. The HDTV signal has 1,080 horizontal scanning lines contrary to the previous 576 lines.



NBI is an optical contrast enhancement technology bringing out diminutive structures as well as the capillary delineation in the upper layer of mucosa. As the surface of the bladder mainly consists of small blood vessels and mucosa NBI is ideal for enhancing the contrast between the two.



The EXERA II video system is equipped with PDD function to further enhance the visualization of the bladder. When a special drug is introduced to the bladder, and a dedicated scope is used, the PDD function produces increased contrast between the fluorescent neoplastic areas and the surrounding benign tissue.

New "mushroom" Vaporization Electrode

In Urology the Plasma Vaporization Electrode represents a complete new type of electrode and allows a revolutionary BPH treatment: Virtually bloodless, highly effective, easy-to-learn and at the same time more cost-efficient than any laser equipment.

Spherical design

Short learning curve

Proven TURis technology

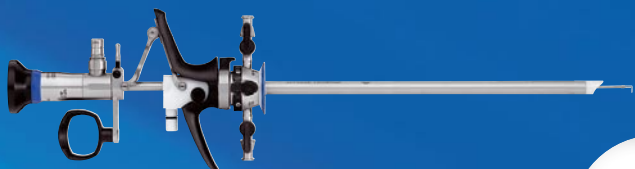
Virtually bloodfree procedure

High vaporization speed

Excellent haemostasis

Cost efficient

NEW!





Systematisk overbehandling af klinisk lokaliseret prostatacancer?

af Overlæge dr.med. Michael Borre, Århus Universitetshospital, Skejby

Dansk prostatacancerkampagne – nej tak!

I Danmark som i det øvrige Skandinavien opleves en voldsom stigning i hyppigheden af prostatacancer, som nu er ligeså hyppig omend mere overset end brystcancer - den kvindelige pendant hertil. Tre danske mænd dør dagligt af sygdommen, som kunne have været sporet ved hjælp af blodprøven prostata-specifikt antigen (PSA) og tilmed have været helbredt underforudsætning af, at diagnosen var stillet tidligt nok. Dette er blandt bevæggrundene for, at den danske prostatacancerpatientforening PROPA denne sommer i helsides avisannoncer har opfordret mænd med symptomer på prostatacancer til at søge læge og udredning herfor. De i denne sammenhæng nævnte symptomer kan overordnet samles under symptom-billedet lower urinary tract symptoms (LUTS). Bag kampagnen ligger formentlig udover et velment ønske om at hjælpe kommende lidelsesfælder i tide en grundlæggende utilfredshed med det danske sundhedsvæsens manglende initiativ til aktiv og tidlig opsporing og behandling af denne patientkategori.

Hvorfor ikke?

Hvad ligger da til grund for, at danske urologer med Dansk Urologisk Selskabs og eksisterende landsdækkende prostatacancerbetænkning opbakning [1,2] værger sig mod at følge PROPA's opfordring? – ikke mindst set i lyset af at en simpel blodprøvetest i forbindelse med vandladningsbesvær angiveligt vil kunne gøre udfaldet mellem liv og død? Med andre ord: hvorfor ikke foretage systematisk eller i det mindste opportunistisk prostatacancer screening af den voksne mandlige befolkning? Den korte udgave af besvarelsen lyder, at forhåndenværende redskaber hertil og i virkelighed også behandling herfor

fortsat ikke retfærdiggør aktiv opsporing! Primært er sensitivitets og specificitets profilen af den ej heller tumorspecifikke blodprøvetest PSA bestemt ikke optimal [3].

Prostatacancer og LUTS

Et andet grundlæggende problem i forbindelse med den ovennævnte kampagne er sammenkædning af klinisk lokaliseret prostatacancer og LUTS. Da cancer i prostata sædvanligvis er lokaliseret i periferzonen og dermed i god afstand af urethra synes det for så vidt logisk, at disse cancer i modsætning til benign hyperplasi centralt i prostata ikke medfører infravesical obstruktion. Denne betragtning er netop underbygget i et stort britisk case-control studie (ProtecT) [4], hvor man på baggrund af data på næsten 66.000 mænd konkluderer, at det er en udbredt misforståelse, at øget prostatacancer risiko er associeret med tilstedeværelse af LUTS. Tværtimod er patienter med PSA forhøjelse uden medfølgende LUTS i større risiko for at have prostatacancer end, hvis de havde symptomer. Lidt overraskende fandt man i det samme studie endvidere signifikant holdepunkt for, at nævnte association mellem LUTS og prostatacancer gjaldt uanset om prostatacanceren var lokaliseret eller avanceret. I skrivende stund publiceres et stort prospekt Norsk studie (HUNT 2) baseret på over 20.000 mænd [5]. Her påvistes en positiv association mellem LUTS og lokaliseret prostatacancer, men som i det britiske studie ingen association til avanceret eller prostatacancer forårsaget død. Forfatterne konkluderer således, at LUTS ikke er forårsaget af prostatacancer og at screening for prostatacancer på baggrund af vandladningsproblemer ikke syntes berettiget.

Kræver det emigration til USA for at mindske dødeligheden af prostatacancer?

Den aktuelle betydelige incidensstigning kan til dels tilskrives det forhold, at befolkningsandelen af "voksne" mænd stadig tiltager - men sammenligner man strategi og fund i det i også denne sammenhæng progressive USA med det mere konservative UK er stigningen i hyppighed helt forskellige og aldeles PSA betinget. Denne øvelse har man endnu engang gjort i en helt ny opgørelse [6], hvor man efter mange års aktiv screening og behandling i USA langt om længe observerer et lille men fortsat ikke helt forklarligt fald i prostatacancerdødeligheden. I et forsøg på at illustrere forskellene på de to samfunds prostatacancerstrategi har man via statistiske modeller beregnet, hvor mange britiske mænd mellem 50-64 år, der skulle emigrere og lade sig underkaste den aggressive opspørings- og behandlingsstrategi i USA for, at man herved kunne redde en enkelt af disse fra død af prostatacancer. Disse beregninger antyder, at det vil kræve omkring 33.000 emigrationer - til gengæld ville ca. 650 af disse aldrende briter skulle lade sig underkaste radikal prostatektomi. Et antal som rent statistisk ville medføre, at en af disse patienter ville dø som følge af den peri- eller umiddelbart postoperativ morbiditet! Netto gevinsten således lig nul. Facit er omend ikke andet da tankevækkende.

Dør man af eller med prostatacancer?

Under kampagnen har den danske organisation Kræftens Bekæmpelse bidraget med information om, at højst halvdelen af de diagnosticerede prostatacancertilfælde overlever 5 år. Det var også rigtigt ENGANG! Imidlertid bygger disse observationer på efterhånden

historiske data – fra tiden før PSA æraen og påbegyndelse af definitiv behandling her i landet. Den beskrevne betydelige incidensstigning på baggrund af den aktuelle omend ikke systematiske da letsindige anvendelse af PSA frister derimod til genoplivelse af det gamle dogme om, at *”prostatakræft dør man med og ikke af”*.

Hvad ligger bag Nordiske forskelle?

Allerede for over 10 år siden kommenterede man med *”Look to Denmark”* de relativt store forskelle på den korrigerede prostatacancerincidens og mortalitet de Nordiske lande imellem [7]. Incidensen syntes afhængigt af den nationale entusiasme for tidlig diagnose. Således var hyppigheden pr. 100.000 mænd eksempelvis præcis dobbelt så stor i Sverige som i Danmark, medens mortaliteten var ganske ens. Skyldtes dette fænomen, at sygdommen dengang var dobbelt så farlig i Danmark eller var diagnosticeringen af latente og kliniske irrelevante cancere allerede dengang betydelig i Sverige? Forfatterne antydede, at det sidste forhold syntes mest sandsynligt.

Evidens for screening af prostatacancer?

Screening for netop prostatacancer er problematisk. Dels pga. de suboptimale undersøgelser, hvilket resulterer i både falsk positive og falsk negative fund. Vigtigst er dog en meget høj prævalens af små intraprostatisk og langsomt voksende tumorer, der aldrig når at forårsage morbiditet endsige mortalitet. Dette forhold danner baggrund for en bekymrende risiko for overdiagnostik og overbehandling, hvorved forståelse af diagnostik og behandling af tumorer, der aldrig ville påvirke personens livslængde eller livskvalitet.

I Cochrane Library er der sidste år publiceret en metaanalyse af effekten af screening for prostatacancer [8]. For-

målet hermed var at give en systematisk gennemgang af den eksisterende evidens fra randomiserede kontrollerede undersøgelser af screeningseffekt på dødeligheden af prostatacancer og procedurens effekt på livskvalitet. Blot viste to ud af 99 potentielle studier sig at leve op til metaundersøgelsens krav. 1) Quebec Studiet med i alt 46.193 mænd og 2) Norrköping Studiet med i alt 9.026 mænd. En samlet analyse af de to metodologisk svage studier resulterede imidlertid i en ikke påviselig reduktion i risiko for prostatacancer mortalitet. Cochrane-forfatterne måtte konkludere at de eksisterende få og usikre data, hverken kan af- eller bekræfte en gunstig effekt af screening for prostatacancer.

Evidens for behandlingseffekt?

Formålet med screening for cancer er at nedbringe dødeligheden af den pågældende cancer og samtidig bedre livskvaliteten hos ramte personer. Det er således naturligvis ikke diagnosticeringen alene, der berettiger screening. Men gør de i dag eksisterende intenderede kurative behandlingstilbud da det? Ses bort fra den veldokumenterede og udtalte risiko for behandlingspåført morbiditet og fokuserer man alene på behandlingsgevinsten: helbredelse; har kun et enkelt og tilmed Skandinavisk studie vist, at behandling gavner [9]. Forskellen mellem radikal prostatektomi og observation faldt signifikant ud til fordel for behandling, men 10 års overlevelsesgevinsten hos de opererede var dog yderst beskedne: 5% - i populær tale svarer det til, at man skal operere 20 mænd for at redde én patient fra at dø af prostatacancer inden for en 10 års tidshorisont. Yderligere tre års opfølgning herpå har ikke fundet holdpunkter for, at operativ reduktion af prostatacancer mortalitet eller risiko for metastaserende sygdom reduceres yderligere [10]. Siden denne studiepopulation blev behandlet er vi for alvor trådt ind i PSA-æraen, så frekvensen af

opererede patienter pr. reddet liv af i dag tør man knapt gisne om.

Bedre stagnering nødvendig

Langt hovedparten af patienterne med klinisk lokaliseret prostatacancer lider som anført formentlig af latent sygdom, medens helt nye data tyder på, at sygdommen hos de øvrige ofte er generaliseret ved uerkendt mikrometastasering på behandlingstidspunktet [11]. I dette studie fandtes hypokytiske tumorer destineret til biokemisk recidiv, uanset om patienterne primært var behandlet med radikal prostatektomi eller eksterne stråler. Den prediktive værdi af disse hypokytiske markører (HIF-1 alpha, VEGF og Osteopontin) fandtes i denne sammenhæng ganske uafhængige af de i dag anvendte kliniske markører: T-klassifikation, PSA og Gleason score. Netop manglen på bedre prognostiske markører end de gængse begrænser i dag tilsvarende vor mulighed for blandt de mange formentligt latente syge at kunne tilbyde active surveillance som et sikkert alternativ til definitiv behandling.

Hvad nu?

Medens der arbejdes intensivt på at optimere såvel screeningstests og behandling for klinisk lokaliseret prostatacancer afventes resultaterne af to igangværende randomiserede screeningsstudier med spænding: The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer blev påbegyndt for over 15 år siden i en række europæiske lande og mere end 180.000 mænd er blevet screenet. I samme periode har PCLO cancer-screeningsstudiet allokeret over 35.000 mænd til screening for prostatacancer. Der er således håb om, at resultaterne af disse to store studier vil kunne klarlægge, om screening *af i går* – vel at mærke - kan reducere prostatacancer mortaliteten.

Indtil da er det afgørende, at vi besinder os og undlader aktiv opsporing for derved i det mindste at undgå at gøre mere skade end gavn. Dog bør år-

lig PSA-måling tilrådes hos mænd med mindst to førsteledsslægtninge med prostatacancer som konsekvens af den massivt forøgede risiko hos sådanne familiært disponerede personer [12].

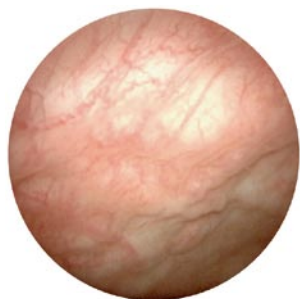
Referencer

1. Iversen P, Andersen JR, Borre M. Kritik af prostata-kampagne. *Ugeskr Læger* 2008;170:2365.
2. Prostatacancerbetænkning 2005. Dansk Urologisk Selskab. www.urologi.dk
3. Crawford ED, Abrahamsson PA. PSA-based Screening for Prostate Cancer: How Does It Compare with Other Cancer Screening Tests? *EUR Urol* 2008;54:262-73.
4. Collin SM, Metcalfe C, Donovan J et al. Associations of lower urinary tract symptoms with prostate-specific antigen levels, and screen-detected localized and advanced prostate cancer: a case-control study nested within the UK population-based ProtecT study. *BJUI* 2008.
5. Martin RM, Vatten L, Gunnell D et al. Lower urinary tract symptoms and risk of prostate cancer: The HUNT 2 Cohort, Norway. *Int J Cancer* 2008 Jul 25.
6. Collin SM, Martin RM, Metcalfe C et al. Prostate-cancer mortality in the USA and UK in 1975-2004: an ecological study. *Lancet Oncol* 2008; vol. 9.
7. Tretli S, Engeland A, Haldorsen T, et al. Prostate Cancer- Look to Denmark? *J Natl Can Inst* 1996; 88:128.
8. Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt T. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004720. DOI: 10.1002/14651858.CD004720.pub2.
9. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med*. 2005;352:1977-84.
10. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Filén F et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in localized prostate cancer: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomized trial. *J Natl Cancer Inst*. 2008 Aug 11. [Epub ahead of print].
11. Vergis R, Corbishley C, Norman AR et al. Intrinsic markers of tumour hypoxia and angiogenesis in localised prostate cancer predict the outcome of radical treatment. *Lancet Oncol* 2008;9:342-351.
12. Bratt O. What should an urologist know about hereditary predisposition to prostate cancer? *BJUI* 2006.

www.hexvix.com

HEXVIX[®]
HEXAMINOLEVULINATE

Når du tror at du har set alt



Cystoskopi i hvidt lys



Cystoskopi med Hexvix[®]

Ved cystoskopi med Hexvix[®]*

- o Finder man 30 % flere patienter med cancer¹
- o Finder man 28 % flere patienter med carcinoma in situ²
- o Finder man flere papillære tumorer hos 29 % af patienterne³
- o Får en ud af fem patienter en mere korrekt behandling⁴

1. Jichlinski P et al. *J Urol*, 2003;170:226-229, 2. Schmidbauer J et al. *J Urol*, 2004;171:135-138, 3. Grossmann et al. *J Urol*, 2007;178:62-67, 4. Jocham D et al. *J Urol*, 2005;174:862-866, * All figures are Hexvix cystoscopy compared to white light cystoscopy in non-muscle invasive bladder cancer. Scans courtesy of Dirk Zaak, Associate Professor, Dept. of Urology, University of Munich, Germany
Photocure ASA, Hoffsvæien 48, NO-0377 Oslo, Norway, Tel: +47 22 06 22 10, Fax: +47 22 06 22 18, E-mail: info@photocure.no, Web: www.photocure.com
Photocure and Hexvix are registered trademarks of Photocure ASA. For complete product information go to: www.produktresume.dk



Urologuddannelse i de nordiske lande

Nedenstående skema er udarbejdet med hjælp af repræsentanter fra de nordiske urologiske foreninger

Land	ISLAND	SVERIGE	FINLAND	NORGE	DANMARK
Uddannelse/ utbildning	<p>Specialitet Allmänutbildning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 mdr. internmedicin • 3 mdr. vårdcentral • 2 mdr. kirurgi • 3 mdr. valfri <p>Specialistutbildning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specialitet: - 54 mdr. kirurgisk urologi - 18 mdr. kirurgi eller • Grenspecialitet: - 60 mdr. allm kirurgi - 24 mdr. urologisk kir. <p>Flertalet (75-85%) isländske läkare skaffer sig sin vidareutbildning i utlandet efter avsluttet allmänutbildning</p>	<p>Grenspecialitet AT: (allmäntjänst)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 mdr. med. specialiteter • 6 mdr. kir. specialiteter • 3 mdr. psykiatri • 6 mdr. allmänmedicin <p>ST: (specialisering)</p> <ul style="list-style-type: none"> • basspecialitet i generell kirurgi: min. 60 mdr • grenspecialitet i urologi: min. 36 mdr <p>det vil sige i alt 117 mdr. utbildning efter avsluttet universitetsudd.</p> <p>+ målbeskrivninger + specialistkompetenskurser + operationlister eksamen, ej fastlagt</p>	<p>Specialitet Allmänutbildning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9 mdr. primärvård <p>Specialistutbildning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 63 mdr., heraf minst hälften utenför universitetssjukhus - 27 mdr. gemensam stomme i kirurgi - 36 mdr. differentierad utbildning vid urologisk avd <p>det vil sige 72 mdr (6 år) fra avsluttet universitetsudd.</p> <p>+ målbeskrivelse + teoretisk utbildning: 80 t i urologi 60 t stomutbildning 20 t administrativ kurs + operationslister + skriftlig examen</p>	<p>Grenspecialitet Turnus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 mdr. kirurgi • 6 mdr. medicin • 6 mdr. allmänmedicin <p>Specialistutbildning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • specialistudd. i generell kirurgi: 72 mdr. • grenspeciale i urologi: 36 mdr. vid godkänd utbildningsinstitution i urologi, upp til 24 mdr. kan inkluderas i specialistutbildning för generell kir. <p>det vil sige 84-108 mdr (7-9 år) fra avsluttet universitetsudd.</p> <p>+ målbeskrivelse + obligatoriske kurser - 120 t - administration & lederskab + operationslister</p>	<p>Specialitet Basisuddannelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 x 6 mdr. i forskellige kombinationer af medicin, kirurgi, ortopædkir., onkologi psykiatri og almen medicin <p>Specialistuddannelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduktionsuddannelse: 12 mdr. fælleskir. udd. (heraf min. 6 mdr. urologi) • Hoveduddannelse: 60 mdr. urologi på mindst 2 forskellige urologiske afdelinger, mindst 18 mdr. på højt specialiseret afdeling = universitetsafd. (der indgår fokuserede ophold på onkologisk, radiologisk, gynobstetrisk, børneurologisk nefrologisk og klin.- fysiologisk afdelinger) <p>det vil sige i alt minimum 84 mdr. (7 år) uddannelse fra avsluttet universitetsudd.</p> <p>+ målbeskrivelse + obligatoriske kurser + operationslister + checklister - eksamen</p>
Indbyggere/ Invånare (mill.)	0,3	9,05	5,26	4,64	5,43
Antal urologer*	10	313	110	120	126
Antal indbyggere/urolog	30.000	28.913	47.818	38.666	43.095

* Antal specialister i rykesverksam ålder

Når nordiske urologer mødes opstår der ofte spørgsmål om urologiuddannelsen i de nordiske lande og om hvilke forskelle der gør sig gældende. I Danmark blev urologien et selvstændigt speciale i 2004, mens det modsatte jo for nyligt er sket i Sverige, hvor urolo-

gien er gået fra at være et selvstændigt speciale til nu at være et subspecialitet. Vi har derfor fundet det af interesse at bede medlemmer af de urologiske uddannelsesudvalg (under de urologiske selskaber/foreninger) i de nordiske lande beskrive og kommentere den uro-

logiske uddannelse i de respektive lande. Ovenstående skema viser hvorledes urologuddannelsen i de nordiske lande er sammensat og giver ligeledes et indtryk af hvor lang tid de respektive uddannelser tager.



Urologi på Island

af Gudmundur Geirsson



På Island har urologi varit en egen specialitet sedan 40 år till baka. Årligen utbildas ca 40-50 medicinska kandidater på Islands Universitet. För att få en legitimation måste de jobba ett år inom olika rotationer. I dag finns det icke möjligheter för vidareutbildning inom urologi på Island men yngre doktore som skall bli urologer arbetar vanligen i 1-2 år inom de olika kirurgiska avdelningar och der av 6-8 månader på urologisk avdelning innan de reser utomlands.

Som i nästan alla specialiteter inom medicin har alla urologer på Island fått sin specialist utbildning utomlands på olika universitetsjukhus i världen, flesta i Sverige, men en del har också fått sin specialist utbildning i USA. Efter ca 6-10 års utbildning utomlands reser

de flesta tillbaka till Island. På det sättet tycks man har fått en bred utbildning och kompetenta specialister fra olika länder.

I dag jobbar 10 urologer på hela Island, 8 i Reykjavik och 2 på Akureyri. Det finns even många andra som har fått specialist legitimation i urologi på Island trots att de inte har eller kommer att jobba på Island. Orsaken till det är att enligt nuvarande isländska regler ställs det tyvärr mindre krav för att bli specialist i urologi på Island jämfört med andre nordiska länder. Det kan andra nordiska kollegor utnyttja och söka specialist tillstånd på Island som de kan överföra till sitt hemland. På det sättet kan de undvika hårdare regler i sitt eget land f. ex. i Norge. I dag krävs det 4 år og 6 mån i urology + 1år og 6 mån i almen kirurgi. Vedbörande måste ha sin

utbildning på en erkänt sjukhus i utbildningslandet.

Vi tyckrt det är viktigt att regler och krav för specialist utbildning i urologi är jämförbara I alla de Nordiska länder. Man skall inte kunna undvika det krav som ställs I sitt hemland och söka specialist legitimation i länder som sätter mindre och kanske "billigare" krav på vidareutbildning. Vi hoppas att det skal bli ändring på det i framtiden f.ex. i riktning mot danska de reglerna.

Gudmundur Geirsson, MD, PhD, FEBU

Associate Professor, Urologic Consultant

Dept. of Urology

Landspítali – University Hospital Reykjavik, Iceland



Urologiutbildningen i Sverige

av Truls Gårdmark



Vad gäller om urologiutbildningen i Sverige så kan man inte säga något just nu. Allt är oklart och under omvandling. Det känns som att allt negativt som beskrivs om Norges läge med urologi som subspecialitet just nu är vad som kommer att ske i Sverige.... Vi och Norge byter helt position med varandra. Regering och Socialstyrelse i Sverige har med sin nya syn på urologin placerat oss bland de sämsta i Europa - enligt min personliga mening. SUF håller

på med ett sista försök att styra utvecklingen åt rätt håll men just nu ser det mycket mörkt ut och någon beskrivning som är meningsfull att publicera kan jag alltså inte ge. Det kan bli så att de urologer som startat sin utbildning efter 1 juli 2006 inte kommer att få ut sin specialitet!!! De måste börja om för att först bli allmänkirurger.

We have an urgent need for support in this matter from our Nordic fellow societies!

Truls Gårdmark

MD, PhD, specialist i urologi

Överläkare Verksamhetsområde urologi

Uppsala Akademiska Sjukhus

Ordförande utbildningsutskottet

Svensk Urologisk Förening



Urological speciality in Finland

by Teuvo Tammela



Urology has been a speciality of its own in Finland since 1999. Before this it was a subspeciality in surgery necessitating two more years of training after completing specialisation in surgery. One of the aims when creating the new surgical specialities was to shorten the time needed for specialisation from 8 to 6 years. At the moment the total length of the urological specialisation programme is 6 years including also 9 months practicing in primary health care in health centres. The first part of urological specialisation programme consists of at least 27 months training in general surgery, including all other surgical specialities. The goal of this part is to learn the basic surgical skills necessary for every surgeon. This is followed by a three period of training in urology. Half of the surgical training takes place in a university hospital. Training is followed by a written national examination. Operating list is also needed, but every university has its own system to keep it. The five medical faculties of the country are responsible of training and the speciality is given by the university

so that it is an academic examination. Scientific work is not a mandatory part of urological training but it is recommended. A significant proportion of

those who start urological training have already completed their academic thesis before starting the training. There are four research groups associated with the Finnish Urological Association, the FinnProstate, FinnBladder, FinnImpo and FinnIC which offer for the trainees as well as for young urologists an opportunity to join with clinical research. The Urological Winter Days in February is the main annual event of the Finnish Urological Association which offers also to the trainees and young urologists an opportunity to present results of their scientific work. Approximately 30 abstracts are presented every year.

As a speciality urology has been popular throughout years and there have not been any difficulties to recruit young physicians to the training programmes. As a community the Finnish urologists have no special inside conflicts. The culture in the Finnish urological community is informal and relaxed, and the young physicians are well welcomed to the group. These things may influence the opinions when a young doctor is planning his surgical career.

At the moment the Finnish Urological Association has approximately 170 members including the train-

ees and those who are already retired. The number of the specialists is about 110 and one fifth of those are women. A clear trend is that the proportion of the female urologists is increasing which in accordance with the increasing proportion of female physicians as a whole.

As a conclusion, the future of the urological speciality in Finland looks good. We are able to recruit well motivated young physicians to the training programmes which produce skilled specialists. They want to develop further their personal skills as well as the whole speciality by going to congresses and top hospitals in other countries. Active scientific work supports these activities. This all makes it possible to take care of the urological problems of the most rapidly aging Finnish population in Europe.

*Teuvo Tammela, President of the Finnish Urological Association
Professor of Urology and Chairman
University of Tampere and Tampere
University Hospital*

HEXVIX (Hexaminolevulinat)

Diagnostikum til påvisning af blærecancer.

Pulver og solvens til opløsning til intravesical anvendelse Hvert hætteglas med pulver indeholder 85 mg hexaminolevulinat som 100 mg hexaminolevulinathydrochlorid.

Solvens: dinatriumphosphat, kaliumdihydrogenphosphat, natriumchlorid, saltsyre, natriumhydroxid, vand til injektion

Terapeutiske indikationer Dette lægemiddel er alene til anvendelse ved diagnostiske formål. Påvisning af blærecancer, såsom carcinoma in situ (CIS), til patienter med kendt blærecancer eller ved stærk mistanke om blærecancer, baseret på f.eks. cystoskopi i forbindelse med screening eller positiv urincytologi. Cystoskopi med fluorescens med blåt lys bør anvendes som supplement til standardcystoskopi med hvidt lys for at få en indikation af, hvorvidt der skal udtages biopsier.

Dosering og indgivelsesmåde Cystoskopi med Hexvix må kun udføres af sygehuspersonale med særlig træning i dette. Blæren skal tømmes inden instillation.

Voksne (herunder ældre) 50 ml Hexvix opløsning, 8 mmol/l, instilleres i blæren via et kateter. Patienten skal holde på væsken i cirka 60 minutter. Cystoskopien med blåt lys skal iværksættes inden for cirka 60 minutter efter tømming af blæren. For at få et billede af alle læsioner i blæren skal patienterne undersøges med både hvidt og blåt lys. Biopsier af alle kortlagte læsioner skal normalt udtages under hvidt lys. Der bør kun anvendes CE-mærket cystoskopisk udstyr, som er forsynet med de nødvendige filtre, der muliggør både standardcystoskopi med hvidt lys og cystoskopi med fluorescens med blåt lys (bølgelængde 380-450 nm). Der gives varierende lysdoser under cystoskopi. De typiske lysdoser (hvidt lys og blåt lys) ligger på mellem 180 og 360 J med en styrke på 0,25 mW/cm².

Børn og unge Erfaring med behandling af patienter under 18 år savnes.

Kontraindikationer Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne i solvensen. Porfyri. Kvinder i den fødedygtige alder.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen Gentagen brug af Hexvix som en del af opfølgningen af patienter med blærecancer er ikke undersøgt. Hexaminolevulinat bør ikke anvendes på patienter, som har stor risiko for blæreinfektion, f.eks. efter BCG-behandling eller i tilfælde af moderat eller

svær leukocyturi. Omfattende blæreinfektion skal udelukkes ved hjælp af cystoskopi, inden produktet administreres. Inflammation kan føre til øget dannelse af porfyriner og øget risiko for lokal toksicitet ved belysningen samt falsk fluorescens. Hvis der konstateres omfattende blæreinfektion ved undersøgelsen med hvidt lys, skal undersøgelsen med blåt lys undgås. Der er øget risiko for falsk fluorescens i resektionsområdet hos patienter, som for nylig har fået foretaget kirurgiske indgreb i blæren.

Interaktioner Der er ikke gennemført specifikke undersøgelser af interaktioner for hexaminolevulinat.

Graviditet og amning Der foreligger ikke kliniske data om eksponering for hexaminolevulinat under graviditet. Dyreforsøg med undersøgelse af reproduktionstoksiciteten er ikke udført. Hexvix er kontraindiceret til kvinder i den fødedygtige alder.

Bivirkninger De fleste af de indberettede uønskede hændelser var forbigående og milde eller moderate i styrke. De hyppigst indberettede bivirkninger var blærespasmer, som blev indberettet af 3,8 % af patienterne, blæresmerter, der blev indberettet for 3,3 % af patienterne, samt dysuri, som blev indberettet af 2,7 % af patienterne. De observerede bivirkninger var forventede med baggrund i tidligere erfaringer med standardcystoskopi og transuretral resektion af blæren (TURB). Almindelige (1-10 %) smerter efter undersøgelsen, feber, kvalme, opkastning, obstipation, forhøjede leverenzymmer, forhøjet bilirubin. Leukocytose. Blærespasmer, blæresmerter, dysuri, urinretention, hæmaturi, hyppig vandladning. Ikke almindelige (0,1 - 1 %). Anæmi. Anfald af arthritis urica. Hovedpine, sømforstyrrelser, hudtslæt, sepsis, cystitis, uretralsmerter, inkontinens.

Uforlideligheder Dette lægemiddel må ikke blandes med andre lægemidler.

Opbevaringstid 3 år. Efter fortynding med solvensen: Opløsningen er kemisk og fysisk stabil i 2 timer ved opbevaring ved 2° C - 8° C. Set ud fra et mikrobiologisk synspunkt bør produktet anvendes straks. Hvis det ikke anvendes straks, er opbevaringstid og -betingelser for brug brugerens eget ansvar og vil normalt ikke være mere end 2 timer ved 2° C - 8° C.

Pris: 4 320, 35.

HEXVIX[®]
HEXAMINOLEVULINATE





Utdanning av urologer i Norge

av Rolf Høgetveit Hagen



I Norge er urologi en kirurgisk grenspesialitet. For å bli urolog må man ha spesialistgodkjenning i generell kirurgi etterfulgt av tre års tjeneste ved godkjent utdanningsinstitusjon i urologi. Inntil to år av tjenesten i urologi kan inkluderes i spesialistutdanningen i generell kirurgi. Det kreves vedlagt operasjonslister for både generell kirurgi og urologi. Det kreves også kurstimer i generell kirurgi og urologi. Totalt må man ha 120 timer kurs i urologi, og dette inkluderer obligatoriske kurs i transurethral kirurgi, urologisk onkologi, nyrestenssykdom, urodynamikk/nevrourologi, infeksjonssykdommer og traumatologi i urologien. Utdanningsseksjonene i urologi er delt i gruppe 1 og 2. Kandidatene må ha minimum 1 ½ år av tjenesten på gruppe 1 sykehus, som omfatter universitets/regions sykehus. Det er ikke innført eksamener for spesialistkandidatene i Norge.

Som det fremgår må utdanningskandidatene i urologi gjennomføre mange år i generell kirurgisk utdannelse før de kan konsentrere seg fullt for urologien. Operasjonslistene i generell kirurgi er meget omfattende, og totalt kan det ofte ta 10 til 15 år inkludert turnustjeneste før en utdanningskandidat i urologi har fått sin spesialistgodkjenning. Samtidig viser ventelistene på urologiske seksjoner at det er en betydelig mangel

på spesialister i Norge. Dagens tempo i spesialistutdanningen er for lav, og dette representerer en stor utfordring for behandlingen av akutte og elektive urologiske sykdommer i fremtiden. Det er derfor et stort behov for å effektivisere utdanningen av urologer i Norge.

Utviklingen i de kirurgiske fag, blant annet på bakgrunn av stadig ny teknologi, har ført til økt subspecialisering. I urologien har dette ført til at det kreves mer tid til spesialistutdanning og videreutdanning innenfor faget. Det er lite effektivt og fremtidsrettet at spesialistkandidatene bruker fem til ti år på generell kirurgisk virksomhet for å fylle krevende operasjonslister. De fleste sentral- og regionssykehus i Norge har nå egen urologisk vakt, og i løpet av få år må vi regne med at dette vil bli nødvendig på alle urologiske seksjoner for å sikre tilfredsstillende pasientbehandling.

I Norge er det relativt lite forskning innenfor urologien. En av hovedgrunnene til dette er at spesialistkandidatene i urologi bruker bortimot 50 % av sin arbeidstid til å dekke generell kirurgiske oppgaver. Overleger i urologi har et stort arbeidspress i den kliniske hverdagen på grunn av mangel på urologer. Ved å omgjøre urologi til en hovedspesialitet vil vi kunne snu denne utviklingen, og styrke forskning i spesialistutdanningen og innenfor faget generelt.

På bakgrunn av nevnte vurderinger, påla generalforsamlingen i Norsk Urologisk Forening i oktober 2007 styret om å fremme forslag til legeforeningen om urologi som egen hovedspesialitet. I april sendte styret forslag til Den norske legeforening om omgjøring av urologi til egen hovedspesialitet med tre års tjeneste i generell kirurgi etterfulgt av tre års tjeneste i urologi. Legeforeningen har i år startet en utredning av hele spesialistutdanningen i landet. I den sammenheng har styret i Norsk Kirurgisk Forening foreslått at alle kirurgiske grenspesialiteter omgjøres til hovedspesialiteter, og at utdanningen består av tre års kjerneutdannelse i generell kirurgi etterfulgt av tre år i hovedspesialiteten. Det er grunn til å tro at vår søknad om urologi som egen hovedspesialitet vil bli vurdert i sammenheng med den pågående utredning av hele spesialistutdanningen i de kirurgiske fag.

*Rolf Høgetveit Hagen,
Avdelingsoverlege
Kirurgisk avdeling, Sykehuset Buskerud, Drammen
Styreleder Norsk Urologisk Forening*



Speciallægeuddannelsen i urologi i Danmark

af Margrethe Andersen



Fra 1. januar 2004 blev urologi i Danmark et selvstændigt speciale. Dette skete på baggrund af anbefalinger efter et kommissionsarbejde "Fremtidens speciallæger" Betænkning nr. 1384, der udkom maj 2000.

Den uddannelsessøgende skal efter endt basisuddannelse, gennemgå 12 måneders introduktionsuddannelse efterfulgt af 60 måneders hoveduddannelse før det er muligt at opnå speciallægeanerkendelse i urologi. Speciallægeanerkendelsen tildeles fra Sundhedsstyrelsen.

Den kliniske videreuddannelse baseres på en operationel nationalt bestemt Målbeskrivelse, udarbejdet af Dansk Urologisk Selskab (DUS). Målbeskrivelsen indeholder mål for såvel teoretiske som praktiske færdigheder.

På baggrund af målbeskrivelsen udarbejdes der på de enkelte afdelinger uddannelsesprogrammer for de enkelte uddannelseselementer, hvorefter uddannelsesprogrammet yderligere justeres i forhold til den enkelte uddannelsessøgende.

Den uddannelsessøgende tildeles en *Vejleder*, der er ansvarlig sammen med den uddannelsessøgende for at de relevante kompetencer opnås som planlagt.

I målbeskrivelsen er der udover de kompetencer, der kræves for at blive anerkendt som speciallæge, anført hvilke læringsstrategier der er relevante og hvorledes den uddannelsessøgende skal evalueres.

Ansvar for den fortløbende og konsekvenshavende evaluering af den uddannelsessøgende er placeret hos *Vejlederen* og den *uddannelsesansvarlige overlæge*.

I den danske speciallægeuddannelse indgår ikke eksamen som evalueringsredskab.

Blandt de argumenter der er lagt til grund for *ikke* at anbefale eksamen, er at eksamen udelukkende er en test i teoretisk paratviden. Der testes ikke på de praktiske færdigheder, hvilket i et kirurgisk speciale må skønnes som væsentligt, såvel som der ikke testes på de andre aspekter af lægerollen, som f.eks. videnskabelige færdigheder, kommunikation og samarbejde.

Imidlertid anbefales de uddannelsessøgende at deltage i EBU's in service examinations.

Evalueringen af kvaliteten af uddannelsesindsatsen på de uddannelsesgivende afdelinger varetages løbende via *Inspektorer*, der besøger de enkelte afdelinger. Inspektorerne er speciallæger i urologi udpeget af Sundhedsstyrelsen. Efter besøget anviser inspektorerne forbedringsmuligheder eller hvis der er alvorlige uddannelsessvigt indstilles afdelingen til re-besøg. I yderste konsekvens indstilles afdelingen via Sundhedsstyrelsen til fratagelse af retten til at uddanne speciallæger.

DUS har netop færdiggjort en evaluering og revidering af 1. udgave af Målbeskrivelsen og finder nu at der er bedre overensstemmelse mellem de uddannelsesmuligheder, der forekommer i den daglige kliniske hverdag.

Som en konsekvens af revisionen bortfalder begrebet *common trunk*. Til nu har der i uddannelsesforløbet været indlagt 6 måneders ansættelse på en abdominal kirurgisk afdeling, samt fokuserede ophold på thorax-, kar- og plastikkirurgisk afdelinger. Evalueringen af disse uddannelseselementer har vist et ringe fagligt udbytte, hvorfor de erstattes af teoretiske og praktiske grisekurser.

Målet med uddannelsen er, at speciallægen skal kunne varetage undersøgelse og/eller behandling af ca. 90 % af de patienter, der henvises til egen afdeling.

I DUS er der en spirende debat i en tid med tiltagende specialisering om, hvorvidt den speciallæge, der uddannes efter det nuværende system er den type speciallæge som fremtiden efterlyser. Diskussionen omhandler bl.a. om der er behov for at opdele uddannelsen i "office"-urologer og opererende urologer, dog har man i diskussion endnu ikke defineret begrebet "office"-urolog og opererende urolog.

Relevante links. www.urologi.dk
www.sst.dk

Margrethe Andersen
Overlæge, Urologisk afdeling L,
Odense Universitetshospital,
Formand for Dansk Urologisk Selskabs
uddannelsesudvalg



Rigshospitalet København

Århus nye Universitetshospital

Det Nye Universitetshospital i Århus handler kort fortalt om at samle alle Århus' hospitaler til eet stort universitetshospital på Skejby Mark. Planen er den største omlægning af eksisterende hospitaler i Danmark nogen sinde, og den forventes at være gennemført i løbet af 15-20 år.

Planlægningen af Det Nye Universitetshospital blev sat i gang af Århus Amtsråd i februar 2005. Da amterne blev erstattet af regioner besluttede Regionsrådet for Region Midtjylland i marts 2006 at fortsætte processen. Beslutningen om at samle hospitalerne og bygge nyt blev truffet fordi, der i dag er væsentlige problemer med de fysiske rammer på hospitalerne i Århus by, og at

udvidelses muligheder her er begrænsede. Hospitalsfunktionerne i Århus finder i dag sted på fire geografiske enheder, hvilket betyder mange transporter af patienter og personale mv. mellem hospitalerne. Med en samling af hospitalerne sikres der bedre og mere sammenhængende patientforløb, et tættere fagligt samarbejde samt en mere sikker og rationel hospitalsdrift.

Samlingen af Århus' hospitaler betyder et nybyggeri på ca. 250.000 m² i sammenhæng til det eksisterende Århus Universitetshospital, Skejby. Det nye hospital skal opdeles i 7 faglige fællesskaber/blokke for at sikre overskueligheden i det der bliver Danmarks største hospital.

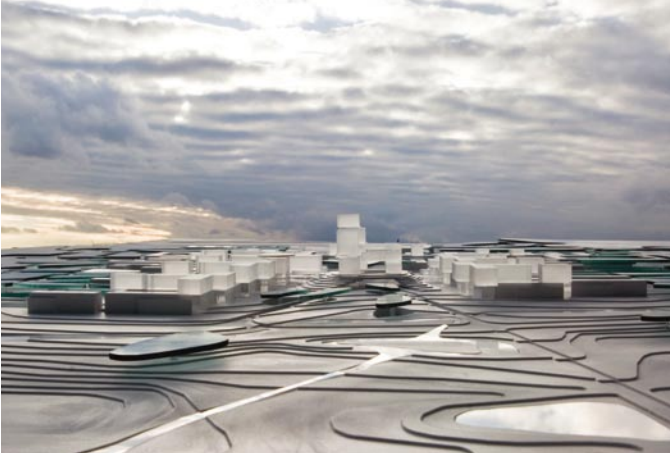
Det Nye Universitetshospital vil både fungere som lokalt hospital med basisbehandling for borgerne i Århus by og omegn og som højt specialiseret universitetshospital med lands- og landsdelsfunktioner, der understøtter forskning, udvikling og uddannelse på højeste plan.

Finansieringen af Det Nye Universitetshospital er todelt. Der forventes dels en betydelig indtægt ved salg af de hospitaler der flytter ud, dels vil finansieringen bestå af bloktilskud eller lån fra staten.



Grundlæggende fakta og nøgletal

- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Universitetshospital, Skejby bliver samlet på Skejby Mark. Det betyder, at Århus Universitetshospital, Århus Sygehus' afdelinger på Nørrebrogade, Tage-Hansens Gade og P.P. Ørums Gade flyttes til Skejby
- Det Kommende hospital vil være lokalt hospital for borgere i Århus by og omegn, og samtidig være et højt specialiseret hospital for lands- og landsdelsfunktioner
- Det nye hospital vil ikke medføre, at det nuværende op-tageområde bliver udvidet. Der kommer altså ikke flere patienter til hospitalet
- Antallet af ansatte vil være uændret på ca. 9.000 personer
- På Det Nye Universitetshospital vil der være ca. 100.000 indlæggelser årligt og ca. 600.000 ambulante besøg
- Der er og skal købes ca. 500.000 kvadratmeter jord til projektet
- Det kommende byggeri skal tilpasses det eksisterende Århus Universitetshospital, Skejby
- Det Nye Universitetshospital medfører et byggeri på ca. 250.000 kvadratmeter og det samlede hospital bliver på ca. 400.000 kvadratmeter
- Det forventede anlægsbudget er på ca. 5,5-6 mia. kr. excl. udstyr
- Beslutningen om at samle hospitalerne blev oprindeligt truffet af Århus Amtsråd 1. februar 2005. Regionsrådet for Region Midtjylland besluttede den 8. marts 2006 at fortsætte planlægningen af Det Nye Universitetshospital i Århus



Utan oro att hamna i nöd



 **Vesicare**[®]
solifenacin

Vesicare 5 mg och 10 mg filmdragerade tabletter (solifenacin). Farmakoterapeutisk grupp: urologiska spasmolytika. **Indikation:** Symtomatisk behandling av trängningsinkontinens (urge-inkontinens) och/eller ökad urineringsfrekvens och urinrängningar som kan förekomma hos patienter med överaktiv blåsa. **Status:** Receptbelagt. **Pris:** Se www.fass.se. **Förmån:** Ja. **Svensk representant:** Astellas Pharma AB, Haraldsgatan 5, 413 14 Göteborg. Texten reviderades senast 2008-04-28 och är baserad på produktresumé daterad 2005-11-22. För ytterligare information, se www.fass.se.