Kirurgen

TIL MEDLEMMER AV NORSK KIRURGISK FORENING

NR. 3/2009

NORSK KIRURGISK FORENING 1911

NORWEGIAN SURGICAL SOCIETY



HØSTMØTE

Symposier S.6

FAGMEDISINSKE FORENINGER

Tom Glomsaker takker for seg S.13

FAGNYTT/DEBATT

Prekirurgisk planlegging og funksjonell nevronavigasjon ved operasjon av hjernesvulster S.18

MINIMALT INVASIV KIRURGI

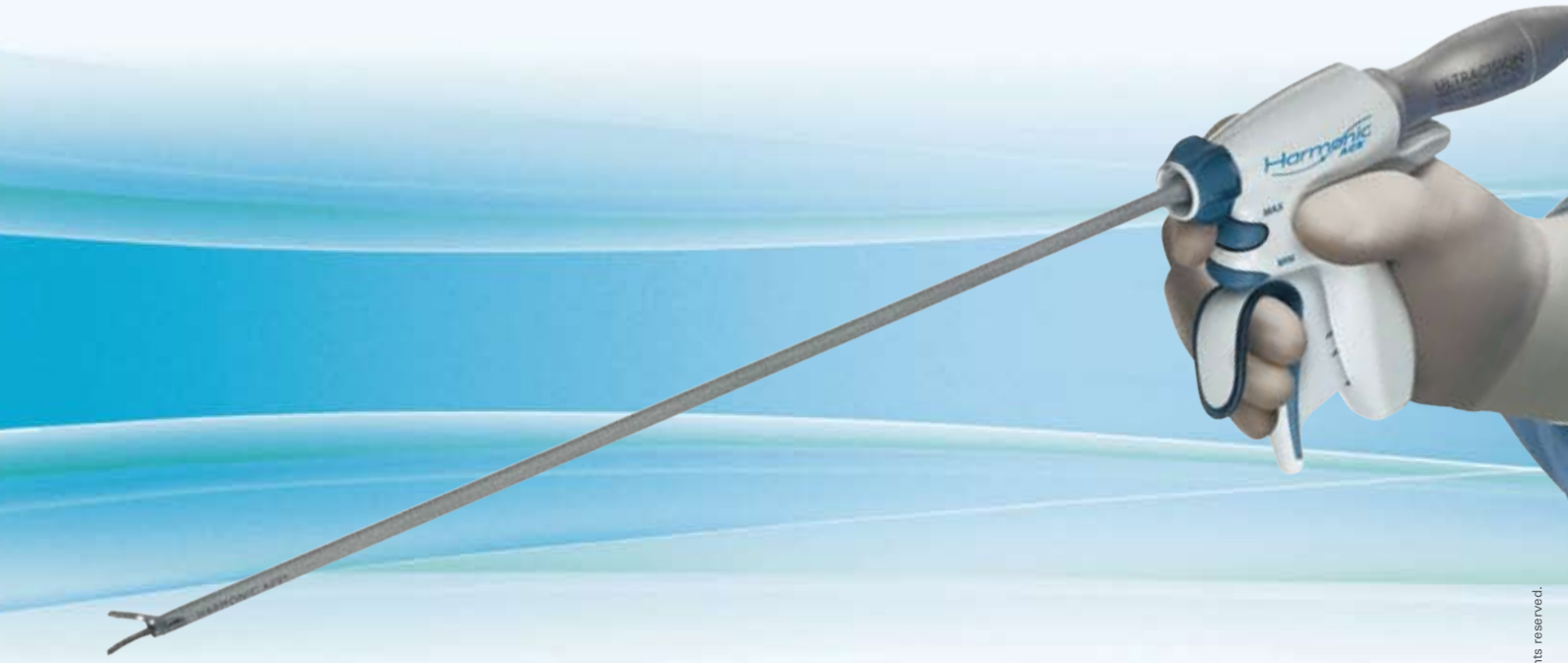
Minimal invasiv og endovaskulær behandling av mitralklaff lidelser S.30

Advancing Smooth Surgery

Harmonic ACE®

Proven performance NOW ergonomically enhanced

Feeling Is Believing



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

For complete product details, see instructions for use.

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

ETHICON ENDO-SURGERY
a Johnson & Johnson company

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™

AD130

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

Kirurgen innhold

UTGIVER
Norsk Kirurgisk Forening
Postboks 17 Kjelsås
0411 Oslo
ISSN 1504-88 88

REDAKSJON:
Bård I. Røsok (redaktør)
E-mail: bard.ingvald.rosok@rikshospitalet.no eller kir-edit@online.no

Olaug Villanger (MIK-redaktør)
Rikshospitalet
E-mail: olaug.villanger@rikshospitalet.no

Jon Helge Angelsen (nettredaktør)
Hålogalandssykehuset
E-mail: jon.h.angelsen@hhf.no / jangelse@frisurf.no

Tom B. Glomsaker (leder NKF)
Stavanger Universitetssjukehus
E-mail: glto@sir.no / tom@glomsaker.no

LAYOUT, PRODUKSJON OG ANNONSESALG:
DRD DM, reklame og design • Pb 7011 Majorstuen • 0306 Oslo
E-mail: post@drd.no

Informasjon til forfattere og annonsører - se side 5

Gjennom **KIRURGEN** når du alle som jobber med kirurgi i Norge. Medlemmer og andre med interesse for faget leser KIRURGEN for å holde seg oppdatert på viktige foreningssaker, politiske vedtak, faglige spørsmål og bladet inneholder informasjon om det viktigste møtet i norsk kirurgi - HØSTMØTET.
KIRURGEN distribueres i et opplag på 1.700 og leses av alle medlemmer i NKF. Det distribueres også til læresteder, forskningsmiljøer, sykehus etc.

Vitenskapelige forhandlinger – utgis ifm HØSTMØTET og inneholder komplett program og samtlige abstrakts, foredrag etc. Publikasjonen er et helt nødvendige hjelpemiddel for alle deltakere på HØSTMØTET og har lang levetid. Det er et viktig oppslagsverk for alle kirurger.
Vitenskapelige forhandlinger er i A5 format, har stiv rygg og er på ca. 500 sider.
Har du et budskap som du ønsker å formidle til kirurger i Norge, er en kombinasjon av KIRURGEN og Vitenskapelige Forhandlinger trolig den rimeligste og mest mål-rettede kanal du kan benytte.

- Norsk kirurgisk forening
- Norsk barnekirurgisk forening
- Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi
- Norsk forening for maxillofacial kirurgi
- Norsk forening for reumakirurgi
- Norsk karkirurgisk forening
- Norsk forening for håndkirurgi
- Norsk nevrokirurgisk forening
- Norsk ortopedisk forening
- Norsk plastikkirurgisk forening
- Norsk thoraxkirurgisk forening
- Norsk urologisk forening
- Norsk forening for mamma- og endokrinkirurgi

MATERIELLFRIST NESTE NUMMER:
20. NOVEMBER 2009

FASTE SPALTER

Redaktørens hjørne 4

HØSTMØTET

Innledning 5
Symposier 6

FAGMEDISINSKE FORENINGER

Lederen NKF 13
Nytt fra fagmedisinske foreninger 14

FAGNYTT/DEBATT

Prekirurgisk planlegging og funksjonell nevronavigasjon ved operasjon av hjernesvulster 18
De første robotassisterte prostatektomiene utført ved Haukeland Universitetssykehus 21
Første BSS-kurs i Norge 22
Organisering av Oslo universitetssykehus 24
Debattinnlegg: Omstillingsprosess uten midler 25
The 8th International Gastric Cancer Congress 26
Norsk Kirurgisk Forening vertskap for "Section and Board of Surgery" UEMS i Stavanger 17. og 18. april 2009 27

MINIMALT INVASIV KIRURGI

Innledning 29
Minimal invasiv og endovaskulær behandling av mitralklaff lidelser 30
Norsk Thoraco-Laparoskopi forums priser innenfor minimalt invasiv kirurgi 32
Laparoskopisk kirurgi med en-port teknikk 33



Bård Røsok
Redaktør
kir-edit@online.no

Godt høstmøte!

Årets tredje utgave av Kirurgen kommer ut i samsending med Vitenskapelige forhandlinger. I tillegg sender vi på samme måte som vi har gjort de siste årene ut et vedlegg med et kortfattet program for høstmøtet. Det er i den sammenheng bare naturlig at vi slanker resten av innholdet i bladet, da de fleste vil få mettet sine faglige behov i de to høstmøtebøkene som gis ut i forbindelse med møtene på Holmenkollen Park og Oslo Plaza. Vi har valgt å utelate temaseksjonen denne gang og tror bestemt at de fleste vil få tilfredstilt sin lesetrang gjennom de respektive møters abstract-samlinger.

I fagnytt-seksjonen denne gang presenteres som hovedartikkel en oversikt over nyere metoder for kartlegging av viktige funksjonelt områder og anatomiske strukturer i forskjellige avsnitt av hjernen. Dette er av stor betydning for å oppnå et akseptabelt funksjonelt resultat etter nevrokirurgiske reseksjoner.

I tillegg presenterer Haukeland sykehus sine initiale erfaringer med prostatectomier med DaVinci roboten. Som første sykehus utenfor Østlandsområdet fikk Haukeland sin DaVinci i mai i år og i artikkelen understrekes betydningen av god opplæring med kursing av personell og ikke minst samarbeid med andre sykehus for å få en problemfri innkjøringsfase når nye metoder tas i bruk.

Betydningen av strukturert undervisning kommer også frem i omtalen av det første norske kurset i Basic Surgical Skills som fant sted på Ullevål i juni. Kurset er bygget på et grundig testet konsept utarbeidet av Royal College of Surgeons i England. Vi håper kurset snarlig etableres som en obligatorisk komponent i den kirurgiske spesialiseringen, og på et så tidlig tidspunkt i den enkeltes kirurgiske karriære som mulig.

Kirurgen info

Vi ønsker i hovedsak å motta følgende typer artikler:
- Tema-innlegg, på oppfording fra redaksjonskomite-medlemmer eller fagredaktører
- Oversiktsartikler fra de kirurgiske spesialiteter
- Fag-/vitenskapelige artikler
- Møtereferater og konferanserapporter
- Nytt fra spesialforeningene.
- Debattinnlegg med replikker

Alle innlegg må leveres elektronisk (på tilsendt CD eller som vedlegg til e-post). Innleggene må skrives i uformatert tekst (MS-Word eller lignende). Redaktøren forbeholder seg retten til å korte ned innleggene av redaksjonelle hensyn.

Innlegg kan sendes redaktøren:
Som e-post til kir-edit@online.no eller på CD til Bård Røsok, Kirurgisk klinikk 1, Gastroseksjonen, Rikshospitalet, 0027 Oslo.

Temainnlegg samt oversikts-/Reviewartikler:
Inntil 2500 ord. Maksimalt 5 illustrasjoner (bilder/figurer/tabeller). Inntil 20 referanser.

Fagartikler/møtereferater:
Inntil 1250 ord. Maksimalt 2 illustrasjoner (bilder/figurer/tabeller). Inntil 10 referanser

Debattinnlegg m/replikker:
Inntil 750 ord. Replikk inntil 300 ord.

Nytt fra spesialistforeningene:
Inntil 750 ord. Det oppfordres til å legge ved minst en illustrasjon/bilde.

Forum for Mini-Invasiv Kirurgi (MIK-spalten):
Tar i mot innlegg innenfor fagområdene mini-invasiv kirurgi med samme spesifikasjoner som over.

Bilder/illustrasjoner (digitalt):
- minimum oppløsning 300 dpi
- størrelse ca 10x15 cm eller større
- format JPG, EPS eller TIFF
- fargebilder leveres i CMYK eller RGB
- NB! Bilder i PowerPoint og Word filer aksepteres ikke

INFORMASJON TIL ANNONSØRER
Annonsepriser og formater 2008:

KIRURGEN

STR.	BREDDE	HØYDE	PRIS 4-FARGER
1/1 side (sastsflate)	190 mm	277 mm	12.000
1/1 side (utfallende)	210 (+5) mm	297 (+5) mm	12.000
Bakside	210 mm	250 mm	15.000
1/2 side (satsflate)	190 mm	138,5 mm	7.000
1/2 side (utfallende)	210 (+5) mm	148,5 (+5) mm	7.000

VITENSKAPELIGE FORHANDLINGER

STR.	BREDDE	HØYDE	PRIS 4-FARGER
1/1 side	145 mm	205 mm	15.000
1/2 side liggende	145 mm	100 mm	9.000

ÅRSAVTALE:
20% rabatt på fire innrykk. Gjelder helsider, fire farger.
3 x Kirurgen og 1 x Vitenskapelige forhandlinger. Bilag etter avtale.

ANNONSEMATERIELL
PDF-filer eller digitale EPS-filer.
Alt materiell leveres på CD eller mail, høyoppløst (300 dpi) CMYK.

UTGIVELSESPLAN 2009

	Bestillingsfrist/ Materiellfrist	Levering Posten
Nr. 4 KIRURGEN	20/11	10/12



HØSTMØTET

Velkommen til årets store begivenhet

Høstmøtet har i alle år vært det norske kirurgiske miljøs akademiske festforestilling. Det er den ene gangen i året hvor kirurger fra alle norske sykehus har anledning til å treffe kolleger fra hele landet for å presentere egne data og delta i faglige diskusjoner. Som et typisk erfaringsbasert fag er opprettholdelse av kvalitet helt avhengig av arenaer der en slik erfaringsutveksling muliggjøres. De fleste land vi finner det naturlig å sammenligne oss med, arrangerer nasjonale møter mellom kirurger, men for å få dette til er det påkrevet at det på alle nivåer legges til rette for at denne nasjonale kontaktflaten opprettholdes.

Vi har i denne utgaven av Kirurgen valgt å utelate den faste temaseksjon i Kirurgen og har i stedet latt de fagmedisinske foreninger presentere et lite knippe av de seminarer som vil finne sted under årets høstmøter. Den fulle oversikt over alle seminarer med programdetaljer er å finne i vedlegget til denne utgaven av Kirurgen samt i Vitenskapelige forhandlinger.
Vi håper alle deltagere på årets høstmøter vil finne seg vel til rette enten de er på Holmenkollen eller på Plaza og at høstmøtet i overskuelig fremtid vil beholde sin posisjon som den udiskutabelt viktigste samlingsplass for det norske kirurgske miljø.

Sjekkliste redder liv

Bård Røsok
NKF

Norsk Kirurgisk Forening / Onsdag 21. oktober kl. 12.30



Surgical Safety Checklist

World Health Organization | Patient Safety

Before induction of anaesthesia (with at least nurse and anaesthetist)

- **Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?** ☐ Yes
- **Is the site marked?** ☐ Yes ☐ Not applicable
- **Is the anaesthesia machine and medication check complete?** ☐ Yes
- **Is the pulse oximeter on the patient and functioning?** ☐ Yes
- **Does the patient have a:**
  - **Known allergy?** ☐ No ☐ Yes
  - **Difficult airway or aspiration risk?** ☐ No ☐ Yes, and equipment/assistance available
  - **Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?** ☐ No ☐ Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision (with nurse, anaesthetist and surgeon)

- ☐ **Confirm all team members have introduced themselves by name and role.**
- ☐ **Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.**
- **Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?** ☐ Yes ☐ Not applicable
- **Anticipated Critical Events**
  - **To Surgeon:** ☐ What are the critical or non-routine steps? ☐ How long will the case take? ☐ What is the anticipated blood loss?
  - **To Anaesthetist:** ☐ Are there any patient-specific concerns?
  - **To Nursing Team:** ☐ Has sterility (including indicator results) been confirmed? ☐ Are there equipment issues or any concerns?
- **Is essential imaging displayed?** ☐ Yes ☐ Not applicable

Before patient leaves operating room (with nurse, anaesthetist and surgeon)

- **Nurse Verbally Confirms:** ☐ The name of the procedure ☐ Completion of instrument, sponge and needle counts ☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) ☐ Whether there are any equipment problems to be addressed
- **To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:** ☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009 © WHO, 2009

Det gjennomføres på verdensbasis mer enn 230 millioner kirurgiske inngrep årlig og det foretas nå nesten dobbelt så mange operasjoner som det fødes barn i verden. Selv ved de beste kirurgiske sentra i verden er komplikasjonsraten etter kirurgi anslått til om lag 3% og dersom man ganger antallet operasjoner med den laveste komplikasjonsraten finner det således sted minst 7 millioner komplikasjoner på årsbasis i verden. Av disse er opptil 1 million beregnet å ha dødelig utgang. Halvparten av de dødelige komplikasjoner er beskrevet som "unødvendige", hvilket vil si at de kommer som resultat av hendelser som kunne vært forhindret ved innarbeidede sikkerhetsrutiner.

Vi har i en tidligere utgave av Kirurgen beskrevet lanseringen av WHOs andre initiativ for kirurgisk sikkerhet [1] som fant sted i London i januar i år. Initiativet ble gitt mottoet "Safe Surgery Saves Lives" og dreier seg om en sjekkliste som skal bidra til systematisk kvalitetssikring av rutiner i forbindelse med oppstart og avslutning av operative inngrep.

I Norge jobbes det med en nasjonal tilpasning av sjekklisten gjennom Kunnskapssenterets samarbeid med fagpesoner i Helse Vest.

Norsk Kirurgisk Forening er opptatt av at det skapes forståelse for å implementere sjekklisten i norsk kirurgisk praksis. Onsdag 21.10 arrangerer derfor NKF høstmøte-seminaret "WHOs Safe Surgery Chacklist: From idea to clinical practice". Vi har vært så heldige å få tak i både nasjonale og internasjonale kompetansepersoner til å legge frem erfaringer og synspunkter på bruk av listen. Dr. Isebeau Walker fra Great Ormond Street Hospital NHS Trust har jobbet lenge med implementering av listen ved sitt eget og andre sykehus og vil i tillegg til å beskrive selve prosessen for introduksjon av listen gi innblikk i sine erfaringer med praktisk bruk av denne. En rekke sykehusavdelinger i Sverige har i lang tid benyttet listen og sjeflege Jon Ahlberg, fra Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag LÖF i Sverige vil dele sine erfaringer med implementering av listen i vårt naboland.

Før den avsluttende diskusjonen vil Erik Søfteland og Barthold Vonen fra Helse Vest gi en beskrivelse av det regionale pilotprosjektet som det jobbes med der.

Vi mener bestemt at både kliniske kirurger, innehavere av lederstillinger av kirugiske avdelinger samt kirurgiske beslutningstagere på høyere nivå vil ha utbytte av deltagelse på dette seminaret.



Dr. Isebeau Walker

Referanser

1 Sjekkliste redder liv? Kirurgen 1/2009 s. 20-21.

Norsk Urologisk Forening
Onsdag 21. oktober

MOLECULAR BIOLOGY IN PROSTATE CANCER

Dette symposiet handler om biomarkører ved prostata cancer. PSA er den beste biomarkøren for cancer hittil tatt i bruk. Den har ført til en helt annen holdning når det gjelder diagnostikk og behandling av prostata cancer. Etter at PSA har fått økende utbredelse i den vestlige verden, har cancer prostata incidensen skutt i været. Vi har også nylig fått resultat fra den store PSA screening studien i Europa som viser at etter 9 år oppfølging, hadde menn som ble screenet med PSA målinger 20 % mindre mortalitet enn kontrollgruppen som ikke ble screenet. Men for å redde en mann fra prostata cancer død, måtte man diagnostisere 48 menn og screene 1440 menn. PSA screening fører altså til at vi finner en mengde lav risiko tilfeller som kanskje aldri ville trenge behandling. Likeledes har PSA testen ikke optimal spesifisitet ved den referanseverdien vi bruker i dag. For eksempel finner man bare cancer hos 65-70 % av pasienter med PSA > 4 ng/ml.

Det er altså behov for nye biomarkører for bl.a for

- ...å forbedre cancer deteksjon og staging
- ...å identifisere subklasser av prostata cancer
- ...å forutse utfall av behandling
- ... surrogat endepunkt
- ...å selektere pasienter til ulike behandlinger
- ...terapeutisk angrepspunkt

Anders Bjartell, professor i urologi, Urologisk avdeling, Malmø Universitetssykehus, vil oppdatere oss om den seneste utvikling innen jakten på nye og bedre biomarkører. Professor Bjartell er en sentral forsker innen dette feltet og har arbeidet hos Peter Scardino ved Memorial Sloan Kettering Cancer Centre i NewYork der han har forsket på bla Cystein Rich Protein 3 (CRISP) og β-Microseminoprotein (MSP) og sett på assosiasjon mellom ekspresjon av disse to proteinene og utfall etter radikal prostatektomi. Molekylær biologisk Institutt ved Oslo Urologiske Universitetsklinikk har for tiden også flere samarbeidsprosjekter med Bjartells avdeling i Malmø.

Vi har også vært så heldige å få besøk av professor Jack Schalken fra Nijmegen Medical Centre. Han er mannen bak oppdagelsen av PCA3, kanskje den mest spennende nye biomarkøren innen diagnostikk og behandling av cancer prostata. Mange spennende studier er allerede gjort i utprøvingen av PCA3 og mange norske urologer ønsker å være med i utprøvingen av denne nye testen. Professor Schalken vil forhåpentlig kunne fortelle oss om når denne nye testen kan taes i bruk her i landet.

Norsk barnekirurgisk forening
Torsdag 22. oktober

Norsk barnekirurgisk forening (NBKF) arrangerer torsdag 22.10 to symposier.

KORT TARM HOS BARN

Torsdag kl. 8.30-11.30 inviterer NBKF til et "Kort tarm hos barn" – symposium. Kort tarm syndrom hos barn er livstruende og relativt mange sykdommer kan forårsake dette. Diagnostikk ved akutt abdomen hos spesielt premature og spedbarn kan være en stor utfordring. Akutt abdomen med midttarmsvolvolus og etter hvert tarmgangren er en fryktet årsak til kort tarm. Andre tilstander som kan gi "kort tarm syndrom" er nekrotiserende enterocolitt (NEC) hos premature, lang segment Hirschsprung's sykdom, multiple tarm atresier, gastroschise med in-utero lukning av defekten ("closed gastroschis"), abdominalt compartment m.fl. Både innen medisinsk og barnekirurgisk behandling har det skjedd betydelige fremskritt for barn med "kort tarm" og NBKF tror dette vil bli et møte som er både spennende og nyttig for å optimalisere behandlingen for denne pasientgruppen.

Møteleder *Barnekirurg Kristin Bjørnland*

Barnekirurgiske årsaker til kort tarm *Barnekirurg Morten Vigen*

Pediatrisk utredning og behandling ved kort tarm syndrom *Barnelege Sissel Moltu*

Tarmforlengende kirurgi *Barnekirurg Tomas Wester Karolinska*

Tarmtransplantasjon og multivisceral transplantasjon hos barn *Transplantasjonskirurg Øystein Bentdal*

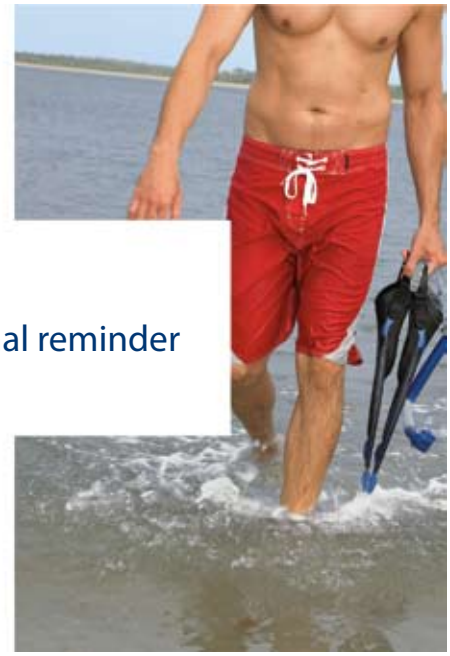
BARNEKIRURGISK SYMPOSIUM

Etter lunch arrangerer NBKF "Barnekirurgisk symposium" fra kl. 12.30-14.30. Her belyses ulike temaer fra spesialisert barnekirurgisk gastrokirurgi og barneurologi. Programmet for dette symposiet vil bli lagt ut på www.barnekirurgi.no





from major procedure to minimal reminder



We're Covidien. One of the world's largest providers of advanced medical devices, supplies, imaging products and pharmaceuticals. For everything from saving lives to bringing new lives into the world. Formerly Tyco Healthcare, we're now a dynamic, independent healthcare company committed to providing positive innovations and partnerships to the medical community.

You are welcome to visit our booth during Kirurgisk Høstmøte '09.

COVIDIEN

positive results for life™

www.covidien.com

COVIDIEN, COVIDIEN with Logo and "positive results for life" are trademarks of Covidien AG. © 2007 Covidien AG or its affiliate. All rights reserved.
Covidien Norge AS, Bankveien 1, N-1372 Asker. Ph: +47-2415 9887. F: +47-24 15 9888.

Norsk Ortopedisk Forening
Tirsdag 20. oktober kl. 18.00-20.30
Sted: Munchsalen, Radisson SAS Plaza (1.etg), Oslo

HVORDAN PUSHE PROFESSORTALENTER?

En ansatt i vitenskapelig stilling skal utføre minst tre forskjellige oppgaver: Forskning, undervisning og forskningsformidling. I tillegg kommer administrative oppgaver. Hvordan motiverer vi våre leger til å drive med forskning og hvordan motiverer vi til å søke et professorat, hvordan kan universitetet og sykehus legge forholdene bedre til rette, og hvordan planlegger man sin egen karriere frem mot et professorat?

Professor Anne Brit Kolstø ved Farmasøytisk Institutt ved Universitetet i Oslo fokuserer på om det er verd å strebe etter professortittelen og om alle vil og skal bli professor.

Professor Gunnar Hartvigsen ved Institutt for informatikk ved Universitetet i Tromsø kommer med gode råd og tips i karriereplanleggingen for å bli kvalifisert for et professorat, samt hvordan man bør utforme professorsøknaden.

Professor Lars Engebretsen som er forskningssjef ved Ortopedisk senter, Ullevål universitetssykehus, vil snakke om hvordan kan sykehuset og universitetet legge forholdene bedre til rette for mulighet til kvalifisering. Professor Olav Reikerås ved Ortopedisk avdeling, Rikshospitalet vil snakke om hvordan kan vi motivere og forplikte de som får forholdende lagt til rette for seg. Etterfølgende vil det blir en paneldebatt. Vi ønsker alle med interesse for forskning velkommen til et givende symposium!

Mvh
Hebe Désirée Kvernmo
Leder Norsk ortopedisk forening

ORTOPEDISK TRAUMESEMINAR

Faggruppe for ortopedisk traumatologi avholder et halvdagssymposium med gjesteforelesere professor Keith Willett fra Oxford som er sentral i utforming av Storbritannias traumesystem. Han vil bidra med erfaringer fra dette arbeidet. På seminaret vil vi i samarbeid med styret følge opp diskusjonen om hvilke traumekurs som bør inngå i spesialistutdannelsen for ortopeder.

Olav Røise
Leder av faggruppe for ortopedisk traumatologi

Norsk Nevrokirurgisk Forening
Fredag. 23. oktober

VILHELM MAGNUS SYMPOSIUM

Nytt av året er at Norsk Nevrokirurgisk Forening har flyttet sitt høstmøte til Oslo Plaza sammen med ortopedene og vi er selvfølgelig spente på hvordan dette vil slå ut når det gjelder deltakelse. Vårt årlige Vilhelm Magnus Symposium arrangeres fredag 23. oktober med høyt profilerte forelesere, bl.a. årets Vilhelm Magnus foreleser, prof. Michael L. J. Apuzzo, University of Southern California, USA. Prof. Apuzzo er anerkjent som en av vår tids store visjonære og innovative nevrokirurger. Hans forskningsinteresser er meget vidtfavnende, fra stamceller til operasjonsstue utforming, fra nanoteknologi til stereotaxi. Som redaktør av tidsskriftet Neurosurgery gjennom en årrekke har han utviklet dette til en bred faglig informasjonsplattform for nevrokirurger over hele verden. Tittelen på hans forelesning sier vel det meste om hva vi kan vente oss av årets Vilhelm Magnus foreleser: "A Quest for Maturity".

Tomm B. Müller
Leder, Norsk Nevrokirurgisk Forening

Norsk forening for håndkirurgi
Ortopedisk Høstmøte
Fredag 23. oktober kl.08.30-12.00

SCAPHOIDEUMFRAKTURER

Norsk forening for håndkirurgi har ansvaret for et årlig symposium på Ortopedisk Høstmøte. Disse møtene tar sikte på å belyse aktuelle håndkirurgiske tema med bred interesse for ortopeder og generelle kirurger, ikke bare for de spesielt interesserte. Scaphoideumfraktur er en hyppig skade som oftest rammer unge mennesker, særlig menn. Tross betydelige fremskritt i billeddiagnostisering av scaphoideumfrakturene (CT og MR), er det fortsatt alt for mange oversette og ubehandlete frakturer. Dette fører i svært mange tilfeller til pseudartroser som kan være vanskelige å behandle. Dessuten kan dette føre til sekundær artrose med alvorlige følger for håndleddsfunksjonen. Ubehandlete scaphoideumfraktutrer skyldes både patient's delay, men skuffende ofte også doctor's delay. Det vil i symposiet fremlegges nye tall fra Norsk Pasientskadeerstatning til belysning av disse triste fakta.

Det er en økende trend internasjonalt i retning av akutt perkutan fiksasjon av scaphoideum frakturene. Dette er et meget kontroversielt tema som vil bli grundig belyst av gjesteforeleser Dr. Bertil Vinnars fra Uppsala som nylig har disputert på temaet. Han vil bl.a. legge frem en randomisert studie på konservativt versus operativt behandlete akutte scaphoideum frakturer.
Følgetilstander etter scaphoideum frakturer vil også bli grundig belyst i symposiet og et bredt sammensatt panel vil runde det hele av med en uformell og forhåpentlig lærerik problemsesjon.
Dette symposiet vil være vel verdt et besøk!

Torstein Husby

NYHET!



Afinitor

Første orale mTOR hemmer for pasienter med langtkommet nyrecellekarsinom (RCC), der behandling med VEGF-hemmer har sviktet[1,2]

Referanser: **1.** Motzer RJ, Escudier B, Oudard S, et al; for the RECORD-1 Study Group. Efficacy of everolimus in advanced renal cell carcinoma: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase III trial. Lancet. 2008;372:449-456. **2.** Afinitor produktresume 2009.

NYHET!
AFINITOR®
(everolimus) Tabletter

– skift spor!

NOVARTIS ONCOLOGY
Novartis Norge AS – Postboks 237 Økern – 0510 Oslo
Tlf. 23 05 20 00 Fax. 23 05 20 01 www.novartis.no

C1 **Afinitor «Novartis»**
Proteinkinasehemmer.

ATC-nr.: L01X E10

TABLETTER 5 mg og 10 mg: *Hver tablett inneh.:* Everolimus 5 mg, resp. 10 mg, butylert hydroksytoluen (E 321), laktose.1
Indikasjoner: Behandling av langtkommet nyrecellekarsinom der sykdommen har progrediert under eller etter VEGF-rettet behandling. **Dosering:** Behandling bør initieres og følges opp av lege med erfaring i bruk av legemidler for behandling av kreftpasienter. Anbefalt dose: 10 mg 1 gang daglig til samme tid hver dag. Skal tas oralt, konsekvent med eller uten mat. Tablettene skal svelges hele med et glass vann og skal ikke tygges eller knuses. Barn: Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. Eldre >65 år: Dosejustering ikke nødvendig. Nedsatt nyrefunksjon: Dosejustering ikke nødvendig. Nedsatt leverfunksjon: Ved moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse B) bør dosen reduseres til 5 mg daglig. Ikke anbefalt til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse C).
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene eller andre rapamycinderivater.
Forsiktighetsregler: Tilfeller av ikke-infeksiøs pneumonitt (inkludert interstitiell lungesykdom) har blitt observert ved bruk av everolimus. Noen tilfeller var alvorlige og i sjeldne tilfeller har et fatalt utfall blitt observert. Diagnosen ikke-infeksiøs pneumonitt bør vurderes hos pasienter med uspesifikke respiratoriske symptomer som hypoksi, pleural effusjon, hoste eller dyspné og der infeksjoner av neoplastiske eller andre ikke-medisinske årsaker har blitt ekskludert. Ved utvikling av radiologiske endringer som tyder på ikke-infeksiøs pneumonitt og få eller ingen symptomer kan behandling fortsette uten dosejustering. Ved moderate symptomer bør det vurderes å avbryte behandlingen inntil symptomene bedres. Bruk av kortikosteroider kan være indisert. Behandling kan gjenopptas med 5 mg daglig. Ved alvorlige symptomer på ikke-infeksiøs pneumonitt bør behandlingen avbrytes. Bruk av kortikosteroider inntil kliniske symptomer forvinner kan være indisert. Behandling kan gjenopptas med 5 mg daglig avhengig av individuelle kliniske omstendigheter. Everolimus kan predisponere for infeksjoner, særlig infeksjoner med opportunistiske patogener. Lokale og systemiske infeksjoner, inkludert pneumoni, andre bakterielle infeksjoner og invasive soppinfeksjoner som aspergillose eller candida er sett. Noen infeksjoner har vært alvorlige og i noen tilfeller fatale. Ved symptomer på infeksjon bør egnet behandling igangsettes umiddelbart. Allerede tilstedeværende infeksjoner bør være ferdigbehandlet før behandling med everolimus igangsettes. Dersom invasiv systemisk soppinfeksjon diagnostiseres, bør behandling med everolimus umiddelbart stoppes permanent, og egnet behandling mot soppinfeksjonen gis. Hypersensitivitetsreaksjoner er observert. Munnsår, stomatitt og oral mukositt er sett ved behandling med everolimus. Topisk behandling er da anbefalt. Alkohol- eller peroksidholdig munnvann bør unngås da disse kan forverre tilstanden. Midler til behandling av soppinfeksjon bør ikke brukes med mindre soppinfeksjon er diagnostisert. Økning av serumkreatinin, vanligvis svak, har blitt rapportert. Måling av nyrefunksjon, inkludert måling av blod-urea-nitrogen (BUN) eller serumkreatinin anbefales før oppstart av behandling og deretter periodisk. Hyperglykemi, hyperlipidemi og hypertriglyseridemi er rapportert. Måling av fastende serumglukose anbefales før oppstart av behandling og deretter periodisk. Hvis mulig bør optimal glykemisk kontroll oppnås før oppstart av behandlingen. Redusert hemoglobin, lymfocytter, nøytrofile granulocytter og blodplater er rapportert. Fullstendig blodtelling er anbefalt før oppstart av behandlingen og deretter periodisk. Everolimus bør ikke brukes ved sjelden, arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Forsiktighet bør utvises ved bruk av everolimus i perioden før og etter operasjon på grunn av svekket sårheling.
Interaksjoner: Everolimus er et substrat for CYP3A4 og et substrat og moderat hemmer av P-glykoprotein (PgP). Absorpsjon og eliminasjon av everolimus kan påvirkes av substanser som påvirker CYP 3A4 og/eller PgP. Samtidig behandling med everolimus og potente CYP3A4 eller PgP-hemmere anbefales ikke. Forsiktighet må utvises når samtidig behandling med moderate CYP3A4-hemmere eller PgP-hemmere ikke kan unngås. Dosereduksjon til 5 mg daglig eller 5 mg hver annen dag kan vurderes, men det foreligger ingen kliniske data med denne dosejusteringen. Nøye monitorering av bivirkninger er anbefalt. Kombinasjon med grapefruktjuice eller annen mat som påvirker CYP3A4 eller PgP bør unngås. Samtidig bruk av potente CYP3A4 induktorer bør unngås. Dersom samtidig administrering av everolimus og en potent CYP3A4-induktor er nødvendig bør en doseøkning fra 10 mg daglig til 20 mg daglig vurderes med økning på 5 mg av gangen. Økningen bør skje på dag 4 og dag 8 etter initiering av induktoren. Denne dosen er ventet å justere AUC til det området som er observert uten induktorer. Det er imidlertid ingen kliniske data for denne dosejusteringen. Dersom behandling med induktoren avsluttes bør everolimusdosen endres tilbake til det den var før initiering av behandling med den potente CYP3A4-induktoren. Preparater som inneholder Johannesurt (Hypericum Perforatum) bør ikke brukes under behandling med everolimus. Everolimus kan påvirke biotilgjengeligheten av CYP3A4 og eller PgP substrater som gis samtidig. Bruk av levende vaksiner bør unngås.
Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Ikke anbefalt under graviditet. Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter. Kvinner i fertil alder må bruke effektiv prevensjon. Overgang i morsmelk: Ukjent. Utskilles i melk hos rotter. Skal ikke brukes under amming.
Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Blod/lymfe: Redusert antall lymfocytter, redusert hemoglobin, redusert antall blodplater, redusert antall nøytrofiler. Gastrointestinale: Stomatitt, diaré, inflammasjon i slimhinner, oppkast, kvalme. Hud: Utslett, tørr hud, pruritus. Infeksiøse: Infeksjoner. Lever/galle: Økt alaninaminotransferase, økt aspartataminotransferase. Luftveier: Pneumonitt, dyspné, epitakse, hoste. Nevrologiske: Smaksforstyrrelser. Nyre/urinveier: Økt kreatinin. Stoffskifte/ernæring: Økt glukose, økt kolesterol, økte triglyserider, redusert fosfat, anoreksi. Øvrige: Utmattelse, asteni, perifert ødem. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Munntørrhet, magesmerte, dysfagi, dyspepsi. Hjerte/kar: Hypertensjon. Hud: Hånd-fot-syndrom, erytem, hudavskalling, neglsykdom, dermatitis acneiform, onychoclasis. Lever/galle: Økt bilirubin. Luftveier: Opphosting av blod. Nevrologiske: Hodepine. Psykiske: Insomni. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Undersøkelser: Vektreduksjon. Øye: Konjunktivitt, hevelse i øyelokket. Øvrige: Brystsmerte, pyreksi. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Hjerte/kar: Kongestiv hjertesvikt. Hud: Angioødem. Stoffskifte/ernæring: Nyoppdaget diabetes mellitus. Øvrige: Svekket sårheling. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000), ukjent:* Hjerte/kar: Blødninger. Immunsystemet: Hypersensitivitet.
Overdosering/Forgiftning: Begrensede data tilgjengelig. Støttende tiltak bør igangsettes.
Egenskaper: Klassifisering: Proteinkinasehemmer. Virkningsmekanisme: Everolimus bindes til det intracellulære proteinet FKBP-12 og danner et kompleks som hemmer aktiviteten av mTOR-kompleks-1 (mTORC1). Hemming av signalveien til mTORC1 påvirker translasjonen og syntesen av proteiner ved å redusere aktiviteten til S6 ribosomal proteinkinase (S6K1) og eukaryot elongeringsfaktor 4Ebindingsprotein (4EBP-1) som regulerer proteiner involvert i cellesyklus, angiogenese og glykolyse. Everolimus reduserer nivået av vaskulær endotelial vekstfaktor (VEGF) som potenserer angiogeneprosesser i tumoren. Absorpsjon: Maks. plasmakonsentrasjon oppnås 1-2 timer etter inntak. "Steady state" oppnås innen 2 uker. Måltid med høyt fettinnhold reduserte AUC og Cmax med henholdsvis 22% og 54%. Lette fettmåltider reduserte AUC med 32% og Cmax med 42%. Proteinbinding: Ca. 74%. Fordeling: Blod/plasma-ratio er konsentrasjonsavhengig og varierer fra 17-73% i doseringsområdet 5-5000 ng/ml. Distribusjonsvolum: 191 liter i sentralt kompartment og 517 liter i perifert kompartment.
Halveringstid: Ca. 30 timer. Metabolisme: Everolimus er substrat for CYP3A4 og PgP, men metabolittene bidrar trolig ikke signifikant til den totale farmakologiske aktiviteten. Utskillelse: 80% via feces, 5% via urin.
Pakninger og priser: 5 mg: 30 stk. (blister) 31 437,70. 10 mg: 30 stk. (blister) 39 984,00.
Sist endret: 19.08.2009 (SPC 03.08.2009)

Referanser: 1. Motzer RJ, Escudier B, Oudard S, et al; for the RECORD-1 Study Group. Efficacy of everolimus in advanced renal cell carcinoma: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase III trial. Lancet. 2008;372:449-456. **2.** Afinitor produktresume 2009.

NOVARTIS ONCOLOGY
Novartis Norge AS – Postboks 237 Økern – 0510 Oslo
Tlf. 23 05 20 00 Fax. 23 05 20 01 www.novartis.no

NYHET!
AFINITOR®
(everolimus) Tabletter
– skift spor!

Nexium®
esomeprazol



AstraZeneca

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

Takk for meg!



Tom Glomsaker
Leder NKF
tom@glomsaker.no

Valget er over. Vi har fått en ny fireårs-periode med rød-grønn samhandling. Man kan ikke annet enn ta dette resultatet til etterretning og konstatere at velgerne har avsagt sin dom. Uansett politisk ståsted, så kan de aller fleste konstatere at så rosenrødt som regjeringen har forsøkt å beskrive hva de har oppnådd og så helsvart som de mørkeblå har beskrevet situasjonen, er et godt stykke fra de realitetene de fleste av oss opplever i hverdagen. Sykehusene sliter med dårlig balanse i sine regnskaper, våre medarbeidere springer stadig fortere, skolene er dels helsefarlige og malingen flasser av, bassengene halvfulle og veier som dreper nærmest daglig. Dette er bare noen av de utfordringene den "nygamle" regjeringen må ta tak i straks den er i gang. Trøsten er at det er en liten stund til neste valg, slik at man kan håpe at i stedet for å posisjonere seg, så finnes det vilje til å finne framtidsrettede løsninger. Vi kan om vi vil, men det koster penger og ikke minst at mange må svelge kameler. Utfordringer i ledelse og organisering løses ikke bare med å øke pengestrømmen. Resultatet kan da fort bli en sedimentering av alle uvanene og problemene enda større på sikt.

Modernisering

Når det gjelder sykehusene som sliter, må ganske kraftig medisin til for å få dette på rett kjøl. Det bør etter min oppfatning bli en samling om en nasjonal plan for vårt helsevesen og ikke minst sykehusstruktur. Vi har en struktur som er fra en annen teknologisk tid og står ikke i stil verken til faglige krav eller krav til økonomisk effektivitet. Skal vi få en god samhandling som er reell mellom de forskjellige nivåene, så må både ledelsesformer, organisering og ikke minst en kritisk gjennomgang av det omfattende lag på lag byråkratiet gjennomgås. En bør stille seg spørsmålet hva ville vi gjort om vi skulle ha startet med blanke ark og kanskje i en del tilfeller kanskje rett og slett gjøre det. Ca tre til fire års driftsbudsjett utgjør kostnaden for å bygge et helt nytt sykehus. Dette tilsier at klarer man å ha et 20 års perspektiv, så vil en nasjonal sykehusstrukturplan med omstillingsmidler kunne bli en veldig god investering. Gjør man ingenting annet enn å plastre over det verste, vil medisinen av økonomiske grunner i løpet av få år kunne bli veldig bitter å svelge.

Samhandling

Vi ser i dag tegn på at flere Helseforetak både lokalt og regionalt styrer etter kvartalsrapportene og setter kvalitet og sikkerhet mest som tema for festtaler og lederseminarer, men lar hverdagens helter bli stående med til dels umulige valg. De eksemplene som vi bl a ser i Helse SørØst, der det fra sentrale ledere har blitt satt kjepper i hjulene for at kirurger skal kunne delta på Høstmøtet. Dette viser at vi har en kortsiktighet i vår planlegging som er en fare for vår virksomhet på lang sikt. I ytterste konsekvens vil det bli pasientene som blir taperne om vi som fagpersoner ikke får fag- og kvalitetstenkning inn i et annet spor. Personlig håper jeg virkelig at vi får en samhandling både mellom de forskjellige nivåene i vårt kompliserte helsevesen, men kanskje aller mest tror jeg at mye hadde vært gjort om vi hadde fått kortere beslutningsveier og bedre dialog og samforståelse mellom sykehusledelsen og de som driver de pasientrettede oppgavene. Avstanden i dag til beslutningstakerne også innen sykehuset, kjennes av og til uoverstigelig. Disse avstandene gir sperrer for å finne de gode enkle løsningene. Kanskje tiden er inne til å vurdere om det gavner helheten å fortsette den upersonlige fjernstyringen av viktige deler av virksomheten? Utbrenthet og avmaktsfølelse har blitt noe som har blitt overskyggende faglig entusiasme. Det koster lidelser, dårligere pasientbehandling og ikke minst penger!

Valg

Det er ikke bare på Stortinget det er valg. Også de fagmedisinske foreningene skal velge nye ledere og medarbeidere. Heldigvis er det mange som fortsatt brenner for vår virksomhet og ønsker å ta over stafettpinnen. Vi har i NKF hatt en rekke spennende oppgaver de siste årene med overgang til fagmedisinsk forening i Legeforeningen, restrukturering som paraplyorganisasjon og utarbeiding av strategiplan, restrukturering av kirurgiutdanningen, diskusjoner om spesialiststrukturen, utvikling av Kirurgen og ikke minst en rekke interne prosesser i Legeforeningen og i Helseforetakene. For min del synes jeg allikevel det er riktig etter fire år som leder at nye krefter tar over og utvikler dette videre. Samhold blant kirurger og leger generelt blir viktigere enn noensinne og det krever mot og innsats for å klare å finne veien videre.

Viktig møteplass

Årets høstmøte blir det viktigste på lenge. Vi må som kolleger vise at dette møtet er mer enn bare et vanlige møte. Å treffe kolleger til faglige diskusjoner, delta i nettverksgrupper, presentere forskningsresultater og ikke minst være tilstede på årsmøtene, er selve essensen i et nasjonal kirurgisk nettverksarbeid som ivaretar faglighet og kvalitet. Vil derfor oppfordre hver og en av våre medlemmer om å diskutere med sine lokale tillitsvalgte og ledere for å finne løsninger slik at flest mulig kan delta. Selvsagt må øyeblikkelig hjelp i varetas, men en liten reduksjon i elektiv drift på få dager, er en billig pris å betale for dette viktige arrangementet. Om problemer oppstår som ikke er løsbare lokalt, ønsker styret i NKF å bli informert. Har stor tiltro til at det er mange fornuftige avdelingsledere som forstår betydningen og nytten av at høstmøtet blir prioritert.

Takk for innsatsen

Vil benytte sjansen til å få takke alle for en svært givende og lærerik tid i styret i NKF. NKF står, takket være alles innsats, i en sterk posisjon i Legeforeningen og i Helse-Norge generelt og det er mye å bygge videre på. NKF vil etter all sannsynlighet få en sterkere og sterkere rolle i utdanning og videreutdanning av kirurger og ikke minst være en advokat og forkjemper for de faglige verdiene innenfor vårt Helsevesen. Dette betyr at vi lett også vil få en økende politisk rolle, selv vi ikke er så bevisst dette. En spesiell takk til Lars Vasli som har vært ryggraden i NKF og høstmøtet i en årrekke, Bård Røsok for den fantastiske innsatsen han har gjort med Kirurgen og vår sekretær Ida Waal som alltid har ordnet det som skulle ordnes på en særdeles god måte. Vil også takke styret i NKF for et godt samarbeid med mange utfordrende diskusjoner og ikke minst vilje og evne til å ta tak i de viktige sakene og finnes en felles plattform for de kirurgiske fag. Dette arbeidet er det svært viktig å utvikle videre, for å tydeliggjøre hva vi som kirurger mener må gjøres og ikke minst framstå som en samlet front mot alle de motkrefter vi ser seiler opp.

Vi sees på høstmøtet! ■

Nytt fra Norsk barnekirurgisk forening (NBKF)

Hans Skari
Leder NBKF

Aktivitet

Mange av våre medlemmer har deltatt på internasjonale kongresser i løpet av siste år inkludert ESPU i Amsterdam, APSA i Puerto Rico, EUPSA/BAPS congress og Colorectal Club Meeting i Graz, SIOP-møter i Berlin, München og Lausanne, NBUF-møte i Århus, Pediatric Colorectal Workshop i Nijmegen, ISHID (International Society for Hypospadias and DSD) Surgical Workshop i Cairo, International Conference on Vesicoureteral Reflux i Gøteborg og Simpson Smith Symposium i London.

Medlemmene har publisert gode artikler og abstracts, og dette er imponerende i en travel klinisk hverdag. I henhold til styrevedtak har NBKF i likhet med de øvrige FMF forpliktet seg til å publisere minst et innlegg i hvert nummer av Kirurgen, og det har vi klart.

Barnekirurgisk aktivitet på Høstmøtet 2009

I forbindelse med Høstmøtet inviterer NBKF medlemmene på middag onsdag 21.10 kl. 1830. Nærmere informasjon vil bli sendt til medlemmene på mail. På Høstmøtet er det som tidligere planlagt at innsendt barnekirurgiske abstracts presenteres under voksen-sesjonene.

Torsdag 22.10 arrangerer NBKF to symposier: "Kort tarm hos barn"-symposium og "Barnekirurgisk symposium" (diverse emner). Generalforsamlingen avholdes også 22.10. og det er valg i år. Valgkomiteen for 2009 består av Borger Loe (St. Olavs Hospital), Trine Sæther Hagen (Rikshospitalet) og Harald Langeggen (Ullevål).

Spesialitetskomitéen og kurs i utlandet

Leder Harald Langeggen har hatt skriftlig og muntlig kontakt med DNLF for å få gjennomslag for at utdannelses-kandidater i barnekirurgi skal få refundert reise og opphold i forbindelse med selekterte, anerkjente kurs i barnekirurgi. DNLF er foreløpig ikke ferdig med å behandle denne henvendelsen.

Kvalitetsutvikling

En egen arbeidsgruppe arbeider med å opprette et landsomfattende Hypospadiregister etter initiativ fra plastikkkururgisk avdeling ved Haukeland. Registeret ble presentert på Barnekirurgisk symposium 2008, og arbeidsgruppen møttes i Bergen januar 2009. Arbeidet med å etablere et nasjonalt hypospadi register er krevende mht. formalia og er så langt ikke fullført.

www.barnekirurgi.no

Fra august 2008 har NBKF hatt egen hjemmeside. Sekretær har vært hoved-ansvarlig for dette arbeidet og nyheter av interesse kan mailes til kjetil.juul.stensrud@rikshospitalet.no

Nordisk Barneurologisk Forum (NBUF) NBUF avholdt sitt årlige møte i Århus i sept. 2008 med Sigvald Refsum som norsk representant og foredragsholder. Neste møte arrangeres i Stockholm i 12-13.nov. 2009.

UEMS/EUPSA

Hans Skari representerte NBKF på årets møter i UEMS og EUPSA under BAPS/EUPSA kongressen i Graz i juni 2009. Prem Puri ble valgt som ny president i EUPSA. Jean-Michel Guys ble valgt til ny president elect i EUPSA. Hans Skari ble valgt som ny leder av Educational office i EUPSA.

NBKFs stipendium

NBKF delte i 2008 for 2. gang ut stipend for fremragende barnekirurgiske innlegg under Kirurgisk Høstmøte. Prisen som er på kr 10 000 ble delt mellom Kjetil Næss Ertresvåg og Marthe Arctander. NBKF deler på ny ut prisen i forbindelse med Høstmøtet 2009.

NBKFs stipend for beste barnekirurgiske foredrag

Norsk barnekirurgisk forenings (NBKF) vil for 3. gang dele ut NBKFs stipendium under årets høstmøte. Prisen er på kr. 10.000,- og går til beste barnekirurgiske foredrag på Høstmøtet. Foredrag på "voksen-sesjonene", "Kort tarm hos barn"-symposiet og på "Barnekirurgisk symposium" bedømmes av en komite som består av 3 overleger fra henholdsvis St. Olavs Hospital, Rikshospitalet og Ullevål Universitets-sykehus.

Hans Skari

Jubileumsbok til 100-års jubileet i NKF

Tom Gerner
Jon Haffner
NKF

Norsk kirurgisk forening ble stiftet i 1911. Ved 75-års jubileet ble det utgitt et jubileumsskrift redigert av Hans K Dahl. Det ble samtidig samlet inn manuskripter på engelsk om kirurgien i Norge frem til 1986. Planen var å utgi en egen jubileums-bok på engelsk, skrevet av kirurger. Diverse forsinkelser gjorde at prosjektet ble skrinlagt, og manuskriptene ble over-latt Kristian Kristiansen, som sammen med Øivind Larsen skrev en oversikt på engelsk over kirurgiens utvikling i Norge frem til 1991. Arbeidet ble utgitt som et supplement til The European Journal of Surgery i 1991.

De opprinnelige manuskripter ble imidlertid ikke brukt, og Jon Haffner foreslo derfor for Styret i NKF at de skulle danne basis for en jubileumsbok ved 100-års jubileet. Dette ble vedtatt, og Haffner fikk oppdraget som redaktør, med Tom Gerner som medredaktør. Styret kom med forslag til forfattere, men stilte ellers redaktørene fritt.

Arbeidet med boken ble påbegynt ved årsskiftet, og redaktørene regner med at alle forfattere vil ha sine kapittelutkast ferdige i januar 2010. Kapittelutkastene vil bli kommentert av andre kirurger, bearbeidet og trykket i løpet av 2010.

Norsk plastikkirurgisk forenings XII. vårmøte

Norsk plastikkirurgisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Elisabeth Valio Sætnan
Nestleder, Norsk plastikkirurgisk forening



Dr. Mallucci, Prof. Feller og dr. Schneider

Det XII. vårmøtet for Norsk plastikkirurgisk forening ble arrangert ved Oscarsborg kongressenter den 25.-26. Juni. Årets tema var plastikkirurgisk brystkirurgi. Vi valgte dette temaet fordi det er omfattende, av stor interesse for offentlig og privat virksomhet og meget interessant for både spesialister og leger i spesialisering. Plastikkirurgisk brystkirurgi omfatter rekonstruksjon, augmentasjon og reduksjonsplastikk. I tillegg til våre dyktige norske kollegaer bidro to internasjonalt anerkjente foredragsholdere, Prof. dr. med. Axel-Mario Feller fra München og dr. Patrick Mallucci fra London Plastic Surgery Associates. Rekonstruksjon var det sentrale temaet på torsdag hvor Prof. Feller startet med sitt foredrag som i hovedsak tok for seg DIEP, S-GAP og perforatorlapper. Han gjennomgikk sine operasjonsmetoder og resultater. Profylaktisk mastektomi, onkoplastisk kirurgi og direkte rekonstruksjon med proteser ble gjennomgått utover dagen. Det var meget interessant med en blanding av kollegaer fra inn og utland og dette ga informative diskusjoner. Middagen ble arrangert i offisersmessens festsal, hvor dr. Zakaria presenterte sin egenproduserte Sevliost. På fredag ble brystaugmentsjon belyst på en grundig og interessant måte av dr. Mallucci. Temaet engasjerte, og vi fikk nyttige og konstruktive diskusjoner. Dr. Pavlovic fra St.Olav fikk prisen fra Norsk plastikkirurgisk forening på 3000 NOK for beste frie foredrag. Alle plastikkirurgiske avdelinger, samt kollegaer innen privat plastikkirurgi deltok. Kurset var godkjent med tellende timer til spesialistutdannelsen.



Dr.Mallucci fra London Plastic Surgery Associates



God stemning

MediStim-prisen

Norsk thoraxkirurgisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Rune Haaverstad
Leder, NTKF

Ved den thoraxkirurgiske sesjonen under årets høstmøte blir det presentert i alt 37 foredrag, noe som er "all time high". Nær halvparten av disse er kliniske eller eksperimentelle arbeider som fremlegges av stipendiater eller leger i thoraxkirurgisk utdannelse. Det er også gledelig i år at for første gang er alle thoraxkirurgiske regionsentra godt representert. Abstraktene er innsendt fra følgende sykehus: Rikshospitalet 9 (hvorav Hjertesenteret i Oslo 2), St. Olavs Hospital 7, Universitetssykehuset i Nord-Norge 5, Haukeland Universitetssykehus 6, Ullevål Universitetssykehus 9, Akershus Universitetssykehus 1.

Den vitenskapelige del av thoraxkirurgisk høstmøte arrangeres fredag 23. oktober kl. 08.30–16.30. Med så mange presentasjoner blir det kamp om MediStim-prisen på kr 20 000 for beste foredrag, som fortrinnsvis skal utdeles til en yngre forsker eller kliniker (og kan deles). Prisen er gitt av firma MediStim KirOpNorge AS (www.medistim.com). I fjor ble prisen tildelt stipendiat Johannes Bjørnstad, Ullevaal Universitetssykehus, som også vant den i 2007.

Generalforsamlingen i Norsk Thoraxkirurgisk Forening (NTKF) avholdes torsdag 22. oktober kl. 15-17 og det er i år valg på nytt styre inkludert leder. Det skal også innstilles på ny spesialistkomite i thoraxkirurgi.



C Zometa Novartis

Benresorpsjonshemmer.

Varenummer ATC-nr.: M05B A08

KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 4 mg/5 ml: 1 ml inneh.: Zoledronsyremonohydrat tilsv. zoledronsyre 0,8 mg, mannitol, natriumsitrat, sterilt vann. **Indikasjoner:** Forebygging av skjelettrelaterte hendelser (patologiske frakturer, ryggmargskompresjon, bestråling eller kirurgisk behandling av skjelettmetastaser, eller tumorindusert hyperkalsemi) hos pasienter med utbredt kreftsykdom som involverer skjelettet. Behandling av tumorindusert hyperkalsemi (TIH). **Dosering:** Skal kun brukes av leger med erfaring i bruk av intravenøse bisfosfonater. Infusjonsvæsken må ikke blandes med kalsium eller andre infusjonsvæsker med toverdige kationer, som f.eks. Ringer-laktat oppløsning, og bør administreres alene i separat infusjonsslange. Voksne og eldre: Anbefalt dose til forebygging av skjelettrelaterte hendelser ved utbredt kreftsykdom som involverer skjelettet, er zoledronsyre 4 mg infusjonsvæske (fortynnet med 100 ml natriumklorid 9 mg/ml eller glukoseoppløsning 50 mg/ml), gitt som i.v. infusjon over minst 15 minutter hver 3.-4. uke. Pasienten bør også få 500 mg oralt kalsiumtilskudd og 400 IE D-vitamin daglig. Anbefalt dose ved hyperkalsemi (albuminkorrigert serumkalsium ≥12 mg/dl eller 3 mmol/liter) er zoledronsyre 4 mg infusjonsvæske (fortynnet i 100 ml natriumklorid 9 mg/ml eller glukoseoppløsning 50 mg/ml), gitt som enkel i.v. infusjon over minst 15 minutter. Pasienten må være godt hydrert før og under administrering av zoledronsyre. Nedsatt nyrefunksjon: TIH: Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon bør preparatet kun brukes etter nytte-/risikoevaluering. Unødvendig med dosejustering ved serumkreatinin <400 µmol/liter eller <4,5 mg/dl. Forebygging av skjelettrelaterte hendelser hos pasienter med utbredt kreftsykdom som involverer skjelettet: Serumkreatinin og kreatininclearance (CICR) bør bestemmes når behandling initieres hos pasienter med multippelt myelom eller metastatiske benlesjoner fra solide tumorer. CICR beregnes ut fra serumkreatinin ved å bruke Cockcroft-Gault-formelen. Preparatet anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon, dvs. CICR <30 ml/minutt.

Følgende doser anbefales til pasienter med benmetastaser ved CICR 30–60 ml/minutt:

Kreatininclearance ved behandlingsstart (ml/minutt)	Anbefalt dose1	Volum konsentrat
>60	4 mg	5 ml
50–60	3,5 mg	4,4 ml
40–49	3,3 mg	4,1 ml
30–39	3 mg	3,8 ml

[1]Doser er beregnet ut fra ønsket AUC på 0,66 mg × timer/liter (CICR= 75 ml/minutt). De lavere dosene som er anbefalt for pasienter med nedsatt nyrefunksjon forventes å gi samme AUC som observert hos pasienter med kreatininclearance på 75 ml/minutt. Det opptrukne volum av konsentratet må fortynnes videre i 100 ml steril natriumkloridoppløsning 9 mg/ml eller glukoseoppløsning 50 mg/ml. Serumkreatinin bør måles før hver dose, og behandlingen holdes tilbake hvis nyrefunksjonen forverres. Behandlingen bør kun gjenopptas når serumkreatinin igjen er innenfor en økning på 10% av verdien ved behandlingsstart, og da med samme dose som før behandlingen ble avbrutt. Preparatet bør ikke brukes til barn. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for zoledronsyre, andre bisfosfonater eller noen av hjelpestoffene. Amming. Graviditet. **Forsiktighetsregler:** Før administrering må pasientene vurderes for å sikre at de er tilstrekkelig hydrert. Overhydrering bør unngås ved risiko for hjertesvikt. Etter behandlingsstart bør hyperkalsemirelaterte metabolske parametre, som serumnivåene av kalsium, fosfat og magnesium, følges nøye. Hvis hypokalsemi, hypofosfatemi eller hypomagnesemi oppstår, kan det være nødvendig med tilleggsbehandling i en kort periode. Pasienter med ubehandlet hyperkalsemi har som regel en viss grad av nedsatt nyrefunksjon. Nøye oppfølging av nyrefunksjonen bør derfor vurderes. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke kjent og preparatet bør derfor ikke brukes til

NOVARTIS ONCOLOGY

Novartis Norge AS – Pb 237 Økern – 0510 Oslo – Tlf.: 23 05 20 00 – Fax: 23 05 20 01 – www.novartis.no

Prostatakreftpasienter med metastaser vet at

HVER DAG ER DYREBAR

ANBEFAL ZOMETA

Skjelettkomplikasjoner kan ødelegge og forkorte livet til pasienter med metastatisk kreft.[1] Hvis du starter behandlingen tidlig, og doserer månedlig, vil du redusere og utsette pasientens skjelettkomplikasjoner. [2,3]

barn. Hos pasienter med TIH med tydelig forverring av nyrefunksjonen bør det vurderes nøye hvorvidt den potensielle fordelen med behandling oppveier mulig risiko. For å avgjøre om pasienter med benmetastaser skal behandles for å forebygge skjelettrelaterte hendelser, bør det tas i betraktning at behandlingseffekten inntrer etter 2-3 måneder. Behandling med bisfosfonater er forbundet med tilfeller av nedsatt nyrefunksjon. Faktorer som kan øke risikoen for forverring av nyrefunksjonen inkluderer dehydrering, allerede nedsatt nyrefunksjon, gjentatte behandlinger med Zometa og andre bisfosfonater, samt bruk av andre nefrotoksiske legemidler. Selv om risikoen reduseres ved å administrere zoledronsyre over 15 minutter, kan forverring av nyrefunksjonen fortsatt forekomme. Forverring av nyrefunksjonen, inkl. utvikling til nyresvikt og behov for dialyse er rapportert etter oppstart, eller etter en enkeltdose. Økning i serumkreatinin kan også forekomme hos noen pasienter ved kronisk administrering av zoledronsyre med anbefalte doser til forebygging av skjelettrelaterte hendelser, men mindre hyppig. Lavere doser anbefales ved initiering av behandling hos pasienter med benmetastaser med mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Pga. potensiell innvirkning av zoledronsyre på nyrefunksjonen, mangel på kliniske sikkerhetsdata hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon ved behandlingsstart (serumkreatinin ≥400 µmol/liter eller ≥4,5 mg/dl hos pasienter med TIH, serumkreatinin ≥265 µmol/liter eller ≥3,0 mg/dl hos pasienter med kreft og benmetastaser), og kun begrensede farmakokinetiske data hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon ved behandlingsstart (kreatininclearance <30 ml/minutt), anbefales ikke bruk hos denne pasientgruppen. Det er begrensede kliniske data hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Tilfeller av osteonekrose i kjeven er rapportert, hovedsakelig hos kreftpasienter. Mange av disse pasientene ble samtidig behandlet med kjemoterapi og kortikosteroider. De fleste tilfellene er rapportert i forbindelse med tannbehandling f.eks. tanntrekking. Mange av pasientene viste tegn til lokal infeksjon, inkl. osteomyelitt. Ved samtidige risikofaktorer (f.eks. kreft, kjemoterapi, kortikosteroider, dårlig munnhygiene) bør tenner undersøkes og nødvendig forebyggende tannbehandling vurderes før behandling med bisfosfonater. Invasiv tannbehandling bør om mulig unngås hos slike pasienter under behandling med bisfosfonater. Tannkirurgi kan forverre tilstanden hos pasienter som utvikler osteonekrose i kjeven under behandling med bisfosfonater. Selv om årsaksammenheng ikke er vist, bør tannkirurgiske inngrep unngås da tilhelingen etter inngrepet kan forlenges. Hos pasienter der tannbehandling er nødvendig foreligger det ingen data som antyder at seponering av bisfosfonatet reduserer risikoen for osteonekrose i kjeven. Hver pasient bør håndteres ut fra en individuell nytte-/risikoevaluering på grunnlag av den kliniske vurderingen til behandlende lege. Det er i sjeldne tilfeller rapportert om alvorlige, og i enkelte tilfeller funksjonsnedsettende smerter i ben, ledd og/eller muskulatur hos pasienter som bruker bisfosfonater. **Interaksjoner:** Forsiktighet bør utvises når bisfosfonater gis sammen med aminoglykosider, da legemidlene kan ha additiv effekt som resulterer i et lavere serumkalsiumnivå i lengre perioder enn nødvendig. Forsiktighet bør også utvises ved bruk sammen med andre potensielt nefrotoksiske legemidler. Hos pasienter med multiple myelomer kan risikoen for svekket nyrefunksjon øke når intravenøse bisfosfonater brukes i kombinasjon med talidomid. **Graviditet/Amming:** Skal ikke brukes under graviditet og amming. Se Kontraindikasjoner. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Hypofosfatemi. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymfe: Anemi. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, anoreksi. Muskel-skjelettsystemet: Bensmerte, myalgi, artralgi, generell smerte. Nevrologiske: Hodepine. Nyre/urinveier: Nedsatt nyrefunksjon. Øye: Konjunktivitt. Øvrige: Feber, influensalignende syndrom (inkl. tretthet, frysninger, sykdomsfølelse og rødme), økt kreatinin og urinsyre i blod, hypokalsemi. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Trombocytopeni, leukopeni. Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse, abdominale smerter, dyspepsi, stomatitt, munntørrhet. Hjerte/kar: Hypertensjon, hypotensjon. Hud: Kløe, utslett (inkl. erytematøst og makuløst utslett), økt svetting. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner. Luftveier: Dyspné, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper. Nevrologiske: Svimmelhet, parestesi, smaksforstyrrelser, hypoestesi, hyperestesi, tremor. Nyre/urinveier: Akutt nyresvikt, hematuri, proteinuri. Psykiske: Angst, søvnforstyrrelser. Øye: Tåkesyn. Øvrige: Brystsmerter, hypomagnesemi, hypokalemi, asteni, perifert ødem, reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. smerte, irritasjon, hevelse, indurasjon), vektøkning. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Pancytopeni. Hjerte/kar: Bradykardi. Immunsystemet: Angionevrotisk ødem. Psykiske: Forvirring. Øvrige: Hyperkalemi, hypernatremi. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Øye: Uveitt, episkleritt. Det er rapportert tilfeller av osteonekrose, primært i kjeven (se Forsiktighetsregler). Mange av disse pasientene viste tegn til lokal infeksjon, inkl. osteomyelitt. Kreftdiagnose, annen behandling (f.eks. kjemoterapi, strålebehandling, kortikosteroider), andre alvorlige sykdomstilstander (f.eks. anemi, koagulopati, infeksjon, underliggende sykdom i munnhulen) er dokumenterte risikofaktorer for utvikling av osteonekrose i kjeven. I svært sjeldne tilfeller er det rapportert hypotensjon som har ført til synkope eller sirkulatorisk kollaps, hovedsakelig hos pasienter med underliggende risikofaktorer, atrieflimmer, somnolens, bronkokonstriksjon, anafylaktisk reaksjon og urticaria. **Overdosering/Forgiftning:** Pasienter som har fått høyere doser enn anbefalt, bør overvåkes nøye fordi nedsatt nyrefunksjon (inkl. nyresvikt) og unormaliteter i serumelektrolytter (inkl. kalsium, fosfat og magnesium) er observert. Hvis hypokalsemi oppstår, bør infusjon av kalsiumglukonat gis når det er klinisk indisert. Se Giftinformasjonens anbefalinger M05B A08. **Egenskaper:** Klassifisering: Bisfosfonat med spesifikk virkning på ben. Inhibitor av osteoklastisk benresorpsjon. Virkningsmekanisme: Ukjent. Proteinbinding: Ca. 56%. Halveringstid: Rask bifasisk eliminasjon med halveringstider på 0,24 timer og 1,87 timer, etterfulgt av en eliminasjonsfase med en terminal halveringstid på 146 timer. Ingen akkumulering av zoledronsyre i plasma etter multiple doser gitt hver 28. dag. Utskillelse: Via nyrene. Total clearance fra kroppen er ca. 5 liter/time uavhengig av dose. **Pakninger og priser:** 5 ml kr 2746,00.

Sist endret: 21.10.2008

5169/03.2009 9078/Artell.no

References:
1. Oefelein et al J. Urol. 2002;168:1005-1007
2. Saad et al Semin Oncol 2007;34:s17-s23
3. Hatoum et al Cancer 2008;113:1438-1445

ZOMETA®
zoledronsyre
Protect what is essential

Prekirurgisk planlegging og funksjonell nevronavigasjon ved operasjon av hjernesvulster

Erik Magnus Berntsen
Klinikk for bildediagnostikk &
Nasjonalt kompetansesenter for
fMRI, St. Olavs Hospital

Nye avanserte MR-metoder kan brukes til å kartlegge viktige funksjonelle områder og anatomiske strukturer i henholdsvis grå og hvit substans i hjernen, samt deres beliggenhet i forhold til hjernesvulster. Disse metodene er tatt i rutinemessig bruk ved reseksjon av hjernesvulster, hvor informasjonen fra disse undersøkelsene blir benyttet preoperativt til planlegging av operasjonen og intraoperativt til navigasjon under inngrepet.



Figur 1, venstre og midtre del: *Tredimensjonal modell av hjernens overflate med svulsten i oransje, fMRI-aktiveringer i det primære motoriske barkområdet fra bevegelse av fingrene i gult/oransje på hjernens overflate. Pyramidebanene er visualisert som røde fibere, her med deviasjon på grunn av svulsten.* ***Høyre del:*** *Et T1-vektet transversalt snittbilde med fMRI-aktiveringer som høyintense hvite områder og pyramidebanene som høyintense hvite omriss, slik nevrokirurgene har informasjonen ilgjenglig peroperativt. Erik Magnus Berntsen, Klinikk for bildediagnostikk, St. Olavs Hospital.*

Bakgrunn

Ved reseksjon av lavgradige og høygradige hjernesvulster er det en positiv korrelasjon mellom økende reseksjonsgrad og forlenget overlevelse [1]. Ved alle typer gliomer tilstrebes derfor en mest mulig radikal kirurgisk ekstirpasjon av svulsten, noe som er annerkjent i de amerikanske kliniske retningslinjene for behandling av hjernesvulster [2]. Dersom dette ikke kan gjennomføres med et akseptabelt funksjonelt resultat, må man utføre en mer begrenset svulstreseksjon [3]. Ved reseksjon av svulster som ligger i nærheten av det primære motoriske barkområdet eller språkområder er det risiko for funksjonstap i form av henholdsvis parese/paralyse og afasi. I forkant av operasjonen er det derfor viktig med mest mulig informasjon om svulstens utbredelse i grå og hvit substans, samt nærliggende omgivelsers anatomi og funksjon. Dette er det mulig å kartlegge ved hjelp av nye MR-metoder. Blood-Oxygenation-Level-Dependent functional Magnetic Resonance Imaging (BOLD-fMRI, heretter referert til som fMRI) er en teknikk for funksjonell kartlegging av hjernebarken som baserer seg på endret oksygenering av blodet i sirkulasjonen rundt aktiv grå substans [4]. Diffusion Tensor Imaging (DTI) er en annen teknikk for kartlegging av hvis substans, og baserer seg på at vannmolekyler lettere diffunderer på langs enn på tvers av aksonenes lengderetning. DTI kan dermed brukes til å visualisere aksonenes hovedretning i hvit substans, noe som gjøres ved hjelp av en teknikk som kalles traktografi. Hos pasienter med hjernesvulster er det derfor mulig å kartlegge nervebanenes forløp gjennom hvit substans, og slik få unik informasjon om banenes relasjon til svulsten [5].

Bildeopptak og analyse

MR-undersøkelsene blir vanligvis gjort to dager før operasjonen grunnet mye arbeid med å analysere opptakene. Det blir da gjort tradisjonelle anatomiske MR-avbildninger i tillegg til fMRI- og DTI-undersøkelser. En fMRI-undersøkelse tar 5 minutter, mens en DTI-undersøkelse tar 6 minutter. Totalt varer MR-opptakene fra 60 til 90 minutter for hver pasient, avhengig av hvor mange fMRI-undersøkelser man ønsker.

fMRI-undersøkelsene er bygd opp av alternerende perioder med oppgaver og hvile som resulterer i ca 3 500 råbilder, som er grunnlaget for å produsere aktiveringskart ved hjelp av statistiske analyser. Ønsker man å kartlegge finger-området av det primære motoriske barkområdet kan man få pasienten til å bevege fingrene i de periodene hvor oppgaven skal utføres. Aktiveringskartene som produseres fremstiller da de områdene som var aktive under oppgaveløsningen, og disse aktiveringskartene kan så kombineres med både de tradisjonelle anatomiske MR-snittene og tredmimensjonale overflatemodeller av hjernen og svulsten (Figur 1). Ved DTI-undersøkelsene trenger



Figur 2: Nevronavigasjons-systemet SonoWand sett fra kirurgens ståsted. Nasjonalt kompetansesenter for 3D ultralyd i nevrokirurgi, St. Olavs Hospital/NTNU/SINTEF

man imidlertid kun å ligge i ro for at undersøkelsen skal bli vellykket, som ved tradisjonelle MR-undersøkelser. DTI-bildene blir så brukt som grunnlag for traktografien, hvor man ved hjelp av algoritmer framstiller de aksonale banene som ligger i nærheten av svulsten (Figur 1).

Valg av undersøkelse basert på svulstlokalisasjon

Det er svulstens beliggenhet som bestemmer hvilke fMRI- og DTI-undersøkelser som skal gjennomføres. Dersom svulsten ligger nært det primære motoriske barkområdet blir det gjort fMRI-undersøkelser med bevegelse av tær, fingre og tunge eller en kombinasjon av disse. De relevante DTI-analysene i disse tilfellene vil være traktografi av pyramidebanene, de aksonale banene mellom hjernestammen og det primære motoriske barkområdet, og noen ganger corpus callosum. Dersom svulsten ligger i nærheten av språkområdene i den dominante hemisfæren, blir det gjort fMRI-undersøkelser bestående av forskjellige språkoppgaver. Dette kan for eksempel være å produsere ord som begynner på en bestemt bokstav ("ord som begynner på A"), eller en oppgave som også krevde at man leser en setning, tolker den og produserer et svar ("Hvilket dyr sier mø?"). Ved hjelp av disse oppgavene aktiveres både de frontale språkområdene tilsvarende Brocas område, som er viktig for å danne språk, og de temporale språkområdene tilsvarende Wernickes område, som er viktig for å forstå språk. De relevante DTI-undersøkelsene i disse tilfellene vil være traktografi av fasciculus arcuate, som forbinder de frontale og temporale språkområdene.

Presentasjon og bruk av resultatene

Resultatene fra fMRI- og DTI-undersøkelsene kan visualiseres både på de tredimensjonale overflatemodeller av hjernen og svulsten, og på de tradisjonelle snittbildene i form av høyintense områder på de T1-vektede anatomi bildene (Figur 1). De tredimensjonale overflatemodellene kan presenteres i form av bilder og animasjoner i forkant av operasjonen. De anatomiske snittbildene med fMRI og DTI-informasjon kan importeres inn i et navigasjonssystem og brukes peroperativt (Figur 2 & 3).

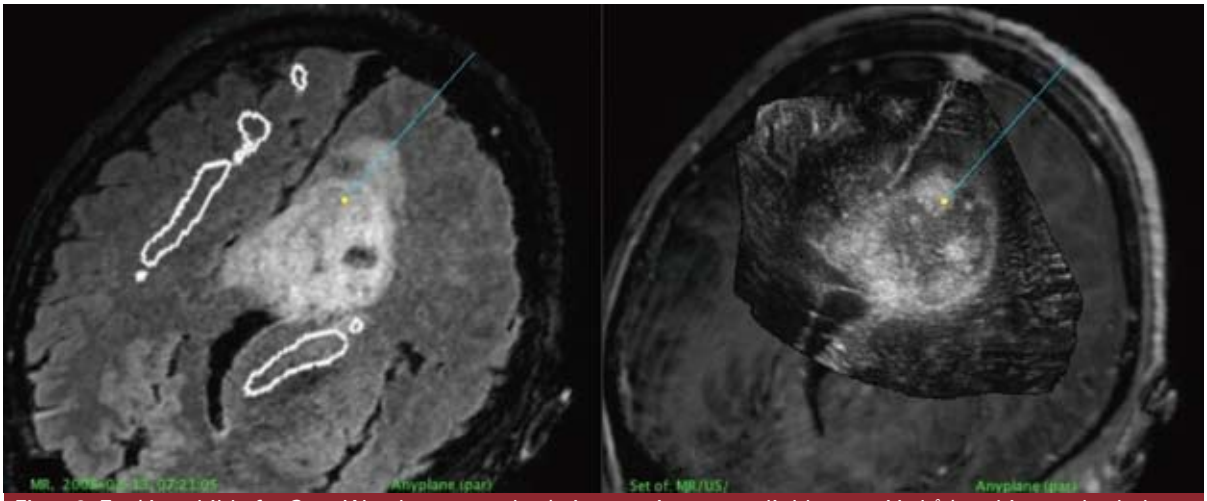
Funksjonell Nevronavigasjon

Tradisjonelt har planlegging og gjennomføring av operasjoner på hjernesvulster vært basert på informasjon fra konvensjonelle snittbilder, men i de senere år er navigasjonsenheter med preoperativ billeddiagnostikk tatt i rutinemessing bruk. I en navigasjonsenhet er preoperativ bildeinformasjonen tilgjengelig før og under operasjonen, og viser posisjonen til kirurgiske instrumenter i forhold til hjernen og svulsten. Navigasjonssystemet SonoWand® (SONOWAND AS, Trondheim) brukes til operasjonsplanlegging basert på preoperative anatomiske MR-bilder, samt å navigere intrakranielt under operasjonen ved hjelp av peroperative ultralydopptak (Figur 2 & 3) [6]. Ultralyd gir oppdatert informasjon om hjernens deformasjon under operasjonen, identifiserer viktige blodkar nært svulsten og påviser områder med gjenværende svulstvev (Figur 3). Ved å importere fMRI-aktiveringene og visualiseringene av de aksonale banene inn i navigasjonsenheten blir informasjonen tilgjengelig både pre- og per-operativt, og kan benyttes til såkalt funksjonell nevronavigasjon.

Svakheter ved metodene

MR-sekvensene som brukes for fMRI og DTI er meget følsomme for forstyrrelser fra små bevegelser, noe som gjør at man må fiksere pasientenes hode ved hjelp av fikseringsbånd. Dessuten krever fMRI-undersøkelsene at pasientene klarer å utføre oppgavene korrekt, i den forstand at de prøver å løse oppgavene i periodene med oppgaver, og klarer å koble av fra oppgavene i periodene med hvile. Når det gjelder å bestemme utbredelsen av de ulike fMRI-aktiveringene, er dette en subjektiv operatøravhengig avgjørelse. Det må gjøres statistiske analyser for å kunne visualisere de aktiverte områdene og man setter da en statistisk grense hvor aktiveringenes utbredelse er i samsvar med kunnskapen om den funksjonelle anatomien. Ved analysene av DTI-undersøkelsene er det lignende svakheter. Skal man visualisere pyramidebanene, må man avmerke minst to områder hvor man forventer at disse banene går (f.eks. capsula interna og det primære motoriske barkområdet). Når analyseprogrammet da beregner de aksonale banene som sannsynligvis går igjennom disse områdene, må man etterpå fjerne noen foreslåtte baner som tydelig strider mot anatomisk kunnskap. Dette gjør at også visualiseringen av de større aksonale baner delvis er en subjektiv operatøravhengig avgjørelse, hvor resultatet må vurderes i forhold til anatomisk kunnskap og svulstens påvirkning på anatomien.

Under operasjonen vil det oppstå deformasjoner av hjernen som følge av endrede trykkforhold når svulsten fjernes, et såkalt "brain-shift". Dette gjør at de preoperative bildene ikke lengre stemmer fullstendig med anatomien peroperativt. Dette må i dag kompenseres for av nevrokirurgen, som ved hjelp av peroperative ultralydbilder må anslå hvordan deformasjonen har påvirket anatomien. En framtidig løsning kan være å oppdatere de preoperative



Figur 3: Et skjermbilde fra SonoWand-systemet brukt i operasjon av et glioblastom. Ved å kombinere ultralyd og navigasjonsteknologi kan man samle inn 3D ultralyd bildevolum ved behov, og man kan på denne måten navigere med oppdaterte bilder fra operasjonsområdet. I disse reformaterte bildene er snittet bestemt av orienteringen til navigasjonsinstrumentet, og spissen av instrumentet er markert med en lys prikk i bildesnittene. I bildet til høyre er ultralyddataene lagt over MR-dataene (overlay), og posisjonen til operasjonsinstrumentet er vist i svulsten. Nasjonalt kompetansesenter for 3D ultralyd i nevrokirurgi, St. Olavs Hospital/NTNU/SINTEF

MR-bildene basert på de peroperative ultralyd-bildene [7].

Styrker ved metodene

De tredimensjonale overflatemodellene av hjernen og svulsten som resultatene fra fMRI- og DTI-undersøkelsene blir visualisert sammen med, er intuitivt enklere å forstå enn tradisjonelle snittbilder. Dette gjør det lettere å danne seg et tredimensjonalt bilde av svulstens beliggenhet i forhold til nærliggende viktige strukturer og funksjonelle områder, noe som kan være spesielt vanskelig i nærvær av infiltrerende svulster. Dette bildet vil dessuten stemme bedre overens med kirurgens visuelle inntrykk under inngrepet. Ved å integrere informasjonen fra fMRI- og DTI-undersøkelsene i en navigasjonsenhet får nevrokirurgen presentert all informasjon om anatomi, funksjonelle områder og aksonale baner i nærheten av svulsten i det formatet og bildeplanet han bruker under selve operasjonen. Slik kan man bruke informasjonen til å velge optimal operasjonstilgang, samt overvåke posisjonen til viktige nervebaner og hjerneområder under reseksjonen. (Figur 3).

Erfaringer med metodene

Ved St. Olavs Hospital har fMRI- og DTI-undersøkelser av pasienter med hjernesvulster i nær relasjon til viktige funksjonelle områder i hjernen, samt integrering av resultatene i navigasjonssystemet, vært rutine siden 2005. Omlag 110 ulike pasienter med en rekke forskjellige hjernesvulster har blitt kartlagt og operert, deriblant høygradige og lavgradige gliomer, arteriovenøse malformasjoner, hemangiomer og metastaser. Hos disse pasientene har svulsten ligget nært enten det primær-motoriske barkområdet, språkområdene, pyramidebanene, fasciculus arcuate eller synsbanene.

Det har stort sett vært god overens-stemmelse mellom de tredimensjonale overflatemodellene, fMRI-aktiveringene, visualiseringene av de aksonale banene og den anatomiske lokalisasjonen basert på dagens kunnskap. Et fåtall undersøkelser har vært mislykket og da som følge av for store hodebevegelser eller at pasientene ikke har klart å løse oppgavene tilfredsstillende. fMRI-aktiveringene fra de motoriske undersøkelsene har gitt robuste aktiveringer og vært lette å tolke, mens aktiveringene fra språkoppgavene har i en del tilfeller vært vanskeligere å tolke. Dette skyldes at det er flere områder enn bare fremre og bakre språkområde som er aktive ved oppgaveløsingen, noe som gjør det vanskelig å velge en statistisk grense for aktiveringene.

Våre kliniske erfaringer med bruken av fMRI og DTI integrert i det ultralydbaserte navigasjonssystemet ved operasjoner av høygradige gliomer er tidligere publisert [8]. Her inngikk 25 pasienter med glioblastomer og anaplastiske astrocytomer, hvor svulsten lå i nær relasjon til de funksjonelle områdene som ble kartlagt. Her fant vi at fMRI og DTI bidrar til identifiseringen av de funksjonelle områdene i henholdsvis 91% og 94% av undersøkelsene. Videre fant vi en median reseksjonsgrad på 92%, med en signifikant bedring i klinisk status etter operasjonen sammenlignet med før. Vi mener derfor at kombinasjonen av fMRI, DTI og intraoperativ 3D ultralyd integrert i en nevronavigator gir et bedret beslutningsgrunnlag ved reseksjonen av hjernesvulster, og fasilliterer en så radikal reseksjon som mulig uten å skade inntakt hjernevev eller produsere nye nevrologiske utfall ■

Referanser

1. Sanai, N. and M.S. Berger, Glioma extent of resection and its impact on patient outcome. Neurosurgery, 2008. 62(4): p. 753-764.
2. NationalComprehensiveCancerNetwork, Central Nervous System Cancer Guidelines. 2007, NCCN Press: Jenkintown, Pennsylvania.
3. Helseth, E., et al., Intrakraniale svulster hos voksne. Tidsskr Nor Lægeforen, 2003. 123(4): p. 456-61.
4. Ogawa, S., et al., Brain Magnetic-Resonance-Imaging with Contrast Dependent on Blood Oxygenation. Proc Natl Acad of Sci U S A, 1990. 87(24): p. 9868-9872.
5. Mori, S., et al., Brain white matter anatomy of tumor patients evaluated with diffusion tensor imaging. Annals of Neurology, 2002. 51(3): p. 377-380.
6. Gronningsaeter, A., et al., SonoWand, an ultrasound-based neuronavigation system. Neurosurgery, 2000. 47(6): p. 1373-1379.
7. Rasmussen, I.A., et al., Functional neuronavigation combined with intra-operative 3D ultrasound: Initial experiences during surgical resections close to eloquent brain areas and future directions in automatic brain shift compensation of preoperative data. Acta Neurochir, 2007. 149(4): p. 365-378.
8. Gulati, S., et al., Surgical Resection of High-grade Gliomas in Eloquent Regions Guided by Blood Oxygenation Level Dependent Functional Magnetic Resonance Imaging, Diffusion Tensor Tractography, and Intraoperative Navigated 3D Ultrasound. Minim Invasive Neurosurg, 2009. 52(1): p. 17-24.

De første robotassisterte prostatektomiene utført ved Haukeland Universitetssykehus.

Tirsdag den 13. Mai ble den første robotassisterte laparaskopiske prostatektomien utført med DaVinci robot ved Haukeland Universitetssykehus (HUS). Gjennom støtte fra forretningsmannen Trond Mohn og Medisinsk høyteknologisk forskningsfond har sykehuset gått til anskaffelse av dette utstyret som den fjerde i landet.

Jon-Helge Angelsen
Urologisk avd.
Haukeland
Univ. Sykehus



Konstituert overlege Ravi Rawal (t.v) opererer under god veiledning av Bjørn Brennhovd.



Pasienten ligger med hodet tiltet nedover, noe som gir anestesien ikke-optimale forhold.

Fra tidligere finnes dette behandlingstilbudet ved Radiumhospitalet, Aker Universitetssykehus og sykehuset i Telemark HF. I oppstartsfasen har operasjonsteamet blitt kurset i Ircad treningssenter i Strasbourg (http://www.ircad.fr/). De første operasjonene har vært med veiledning av Bjørn Brenhovd fra Radiumhospitalet, som er den i landet med størst erfaring på slike inngrep. Til nå har ca 20 personer blitt behandlet med roboten. Den 31. August ble DaVinci roboten offisielt åpnet.

Bakgrunn

Da Vinchi roboten ble første gang tatt i bruk ved Rikhospitalet/Radiumhospitalet i 2004. Siden den gang har over 800 pasienter blitt behandlet med denne metoden.

Informasjon og bakgrunn finnes i tidligere utgaver av Kirurgen (1). Ved Aker, som fikk sin robot høsten 2007, utføres det årlig rundt 200 slike inngrep.

Store muligheter ved HUS

De siste årene er det blitt utført ca 75-80 åpne prostatectomier ved HUS. Med den nye roboten håper konstituert avdelingssjef ved Urologisk avdeling, Christian Beisland å doble volumet til rundt 150 i året. Det er per i dag lange ventelister for denne type kirurgi, og det er avdelingens ønske om å kunne rekruttere pasienter utenfor Helse-Bergens opptaksområde. Det er også meningen på sikt å anvende roboten til andre urologiske inngrep og enkelte gynekologiske operasjoner.



Bilde tatt fra pasientens hodeende. Totalt fire robotarmer er plassert inn i pasienten. I tillegg er det porter som benyttes av assistent, i dette tilfellet Yngve Nygård (nede til høyre)

Flere roboter vil komme

Ved SUS (Stavanger) er finansieringen av daVinci robot snart fullført, godt hjulpet av innsamlingsaksjonen "Sykehuset i våre hender" som har bidratt med halvparten av pengene (http://aftenbladet.no/lokalt/946249/Stavanger_faar_da_Vinci-robot.html) ■

Referanse

1. "Robotassistert laparaskopisk prostatectomi ved prostatacancer", skrevet av Bjørn Brennhovd i Kirurgen nr.4- 2007

Første BSS-kurs i Norge

Jon Solheim,
Kirurgisk avdeling, OUS Ullevål

For første gang i Norge ble det arrangert et "Basic Surgical Skills (BSS) Course". Kurskonseptet er tidligere omtalt her i Kirurgen [1] og ble avholdt 16 -18 juni på Søsterhjemmet ved Oslo universitetssykehus Ullevål. Kurset er basert på det velprøvde BSS kurset til Royal College of Surgeons i England (RCSE) som i flere år vært en obligatorisk del av kirurgi utdannelsen i Storbritannia og Irland. Kurset introduserer kommende kirurger til en trygg og korrekt håndtering av utstyr under kontrollerte former. Tanken er at en tidlig introduksjon til riktig teknikk skal gi de framtidige kirurgene en god plattform for videre utvikling. Kurset fokuserer derfor på ferdigheter som er felles for de fleste kirurgiske spesialiteter og er ikke ment som et utdypende kurs om avanserte kirurgiske ferdigheter.



Kursleder Jorunn Skattum instruerer.



Også atikkelforfatteren må ha assistanse for å sy en god tarmanastomose.

Initiativet ble tatt av den tidligere lederen for Norsk kirurgisk forening, Knut Kvernebo. Kurset er et samarbeids prosjekt mellom NKF og Oslo Universitetsykehus Ullevål. Overlegene Tina Gaarder og Aksel Ness stod for gjennomføringen av kurset. Jourun Skattum var kursleder. Alle var fra traume enheten Ullevål. Kurskoordinator var operasjonssykelpleier Liv Svendsgaard. En av grunnleggerne for kurset ved RCSE Mr John Weston Underwood bisto med veiledning av både kursdeltakere og kursinstruktører.

"Basic Surgical Skills Course" baserer seg på at man først lærer ferdigheten før man praktiserer dem under tett veiledning. Kurset er delt opp i en rekke moduler/ferdigheter basert på tre hovedtemaer: åpen kirurgi, sårbehandling og laparoskopisk kirurgi. Alle modulene starter med en informativ veiledningsvideo etterfulgt av en praksis del som oppfølges og veiledes videre av kompetente instruktører. Modulen avsluttes med atden enkelte får tilbakemelding på ferdighet, utvikling og forbedrings potensiale.

Det har vært mangel på kurs i Norge som tar for seg grunnleggende kirurgiske ferdigheter. Det som skiller "Basic Surgical Skills Course" fra tidligere ferdighetskurs i Norge er først og fremst at dette er en godt utprøvd modell som er basert på tilbakemelding av flere hundre kurs holdt i en rekke land, men først og fremst i Storbritannia og Irland. Kursdeltakerne får derfor et godt strukturert kurs der innholdet er "formsydd" framtidige kirurgers behov. De fleste erfarne kirurger kan nok huske den usikkerheten og frustrasjonen man tidvis føler i starten av karrieren da alt er nytt, og det ofte blir forventet at man skal ha kjennskap til grunnleggende prinsipper i kirurgi. Kurset gir svar på mange av de ubesvarte spørsmål som gjerne dukker opp i begynnelsen av karrieren og er dermed med på å forme riktig praksis og holdninger tidlig.

Kurset har stor fokus på sikkerhet og god grunnleggende teknikk da det nettopp er de grunnleggende ferdighetene som legger grunnlaget for en trygg og sikker praksis senere. Det jobbes derfor for at BSS skal bli et obligatorisk kurs i Norge for framtidige kirurger slik det er i Storbritannia.

Det var 15 lovende leger som møtte opp til kurs, representert fra mange ulike spesialiteter. Til tross for at deltagernes erfaringsgrunnalg spente fra leger helt i begynnelsen av sin kirurgiske karrière til de med flere års erfaring hadde de langt fleste godt utbytte av kurset.

Tilbakemeldingene fra kurset var entydig positive, særskilt med tanke på den gode organiseringen samt den tette oppfølgingen og de løpende tilbakemeldingen den enkelte fikk av kursets instruktører. Spesielt ble det satt pris på muligheten til å spørre og praktisere de grunnleggende ferdigheter. Det var bred



Mr. John Weston Underwood og instrutør Erik Trondsen ser til at teknikken er akseptabel blant kurdeltagerne



Mr. John Weston Underwood og instuktør Tina Gaarder følger nøye med...

enighet blant kursdeltagere om at dette burde bli et obligatorisk kurs på et så tidlig tidspunkt som mulig i den kirurgiske spesialiseringen ■

Referanse
1 Røsok B. Kirurgen 4/2008, s. 36-37.

Tabell 1: Kursets målsetning:

Åpen kirurgi:	• Å lære trygge operasjonsteknikker, riktig påkledning • Å forstå bruk og håndtering av kirurgiske instrumenter • Å lære riktige knyteteknikk • Å forstå prinsippene ved riktig vevs håndtering • Å lære å sette lokal anestesi, cytologi og biopsi teknikker
Sårbehandling:	• Å forstå prinsippene av primær kirurgisk håndtering av infiserte og nekrotiske sår • Å forstå prinsippene, å lære riktig håndtering av diatermi
Laparoskopisk kirurgi:	• Å forstå prinsippene ved laparoskopisk kirurgi, og instrument håndtering



Organisering av Oslo universitetssykehus

Hovedstadsprosessen ble dradd i gang for snart to år siden og Siri Hatlen begynte som administrerende direktør for Skandinavias største sykehus 1. juli. Parallelt ble ny overordnet organisasjonsstruktur vedtatt og den nye toppledelsen i Oslo universitetssykehus etablert.

Olaug Villanger,
Foretakstillitsvalgt, OF Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

I integrasjonsarbeidet (sammenslåing av Aker, Ullevål og Rikshospitalet til ett helseforetak) utover høsten og frem til nyttår vil de nye nivå 2-lederne (klinikklederne) via prosjektgrupper utarbeide organisasjonskart for den enkelte klinikk og en struktur for nivå tre. Høsten vil således preges av prosjekter som er nødvendige for drift av ett sykehus på nyåret. De nye nivå 2-lederne blir aktive bidragsytere inn i arbeidet, i tillegg til at det sikres involvering og medvirkning fra tillitsvalgte, verneombud og eksterne aktører. Likeledes vil de måtte utarbeide et budsjett for 2010 tilpasset denne strukturen slik at man sikrer bærekraftig og ansvarlig drift. De ni klinikkene (A-I) har i disse tider fått nye navn som gjenspeiler hovedtyngden av aktiviteten innen klinikken.

Fremdriftsplan

Oslo universitetssykehus skal tilpasse seg et redusert opptaksområde, bygge en ny organisasjon samtidig som sykehuset har et økonomisk utfordringsbilde som krever både kortsiktige og langsiktige tiltak. I løpet av oktober skal ny organisering av stab inkludert administrativt støtteapparat som HR-ressurser og økonomi.og fellestjenester være på plass samt ledere på nivå 3, som skal rapportere til klinikkledere og stabsdirektører. Så skal ytterligere minst to nivåer i organisasjonen etter hvert utformes. 1.1.2010 skal organisatorisk sammenslåing for Oslo universitetssykehus som samlet helseforetak være på plass. 1.6.2010 ser man for seg en funksjonell sammenslåing av de tre sykehusene med felles pasientadministrative system. Dette krever felles IKT-funksjoner slik at alle helseansatte, som skal ha tilgang til klinisk informasjon om pasienter ved Oslo universitetssykehus, får det og at de får samme informasjon. Uansett hvordan pasienten flyttes rundt på de ulike lokalisasjonene, skal de som har ansvar for pasienten ha tilgang til den nødvendige kliniske informasjon. 1.1.2011 er det planlagt overføring av lokalsykehus pasienter og ansatte til helseforetakene Akershus universitetssykehus og Vestre Viken.

Bemanningstilpasning

Nye retningslinjer for omorganisering og bemanningstilpasning er vedtatt. Retningslinjene tar opp både praktiske, juridiske og menneskelige forhold i slike prosesser. Når tre sykehus skal bli til ett, og enheter og funksjoner slås sammen, vil det føre til at rammevilkår endres. Bemanningstilpasning betyr en tilpasning av antall ansatte i forhold til nye organisasjonskart og bemanningsplaner. Tilpasninger skal gjennomføres ved saklige og etterprøvbare prosesser og god kommunikasjon med ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten. Men selv når det formelle er på plass, vil lederens evne og vilje til å finne gode løsninger sammen med tillitsvalgte og medarbeidere være avgjørende.

Lokalsykehuset Oslo universitetssykehus

Helt siden Hovedstadsprosessen ble dradd i gang har men snakket om LEON prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå), samhandling, en dør inn og storbylegevakt. Oslo skal ikke bare ha høyspesialiserte tjenester, men også et velfungerende lokalsykehustilbud. Et styrket lokalsykehus med en opplevd dør inn er målet for Oslo universitetssykehus. En dør inn betyr i denne settingen at det skal være enkelt å finne frem og at pasienten kommer til rett sted for rett behandling og til rett tid.

Oslos befolkning skal få et kvalitativt godt og likeverdig lokalsykehustilbud. Hva er så Oslos lokalsykehusfunksjoner?? Dette vil være de brede pasientgruppene som ofte har sammensatte lidelser og som er svært avhengige av en god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus for å få en vellykket og effektiv behandling. Det dreier seg også om de store pasientvolumene innen indremedisin, kirurgi, ortopedi, psykisk helsevern, rus og rehabilitering, Hovedansvaret for god samhandling med kommunehelsetjenesten vil ligge her. Oslo kommune vil ha tette bånd til prosjektet lokalsykehusfunksjoner. Hensikten med dette prosjektet er å svare på flere eksterne samarbeidspartneres behov for å få en tydeligere oversikt over hvordan lokalsykehusfunksjonene ivaretas. Lokalsykehusprosjektet i Oslo universitetssykehus har startet og tar etter hvert sin form. Grenseoppganger mellom lokalsykehusfunksjoner, områdefunksjoner og regionale funksjoner skal trekkes.

Bærekraft

Hva betyr bærekraftig utvikling for Oslo universitetssykehus? Handler alt bare om penger eller er bildet mer nyansert? Mange ansatte synes nok at det er for ensidig fokus på økonomisk bærekraft, og for lite fokus på andre viktige elementene i et bærekraftig miljø som arbeidsmiljø, fag, forskning, utdanning og kvalitet på pasientbehandling. Disse må betraktes som likeverdige for at Oslo universitetssykehus ska kunne utvikles og drives på en god måte fremover. Økonomi er strengt tatt bare et virkemiddel i denne sammenhengen.

Den prosessen Oslo universitetssykehus står overfor er svært omfattende og vil innebære integrasjon på mange nivåer i organisasjonen. Dette gjør det viktig med målrettede prosesser og en fornuftig fremdrift ■



Under overskriften "Hovedstadsprosessen" skriver Olaug Villanger i Kirurgen 1/2009 at "Realiteten er at Oslo universitetssykehus per i dag ikke har omstillingsmidler. Omstillingen må så langt det er mulig finansieres gjennom det man greier å ta ut i gevinstrealisering." Gunnar B. Flugsrud (GBF) ved Ortopedisk Senter, Oslo universitetssykehus/Ullevål har reagert på dette og knytter i dette innlegget kritiske kommentarer til prosessen. (Red)

Omstillingsprosess uten midler

I forståelse med tillitsvalgtsapparatet på OUS er spørsmålene overbragt foretakstillitsvalgt for legeforeningen OUS Kjersti Baksaas-Aasen (KBAa) som generelt uttrykker at spørsmålene er helt betimelige og det er god grunn til å stille dem. Tillitsvalgtsapparatet er helt enig i bekymringen rundt spørsmålene og har gjentatte ganger uttrykt dyp bekymring rundt manglene på omstillingsmidler.

GBF: I artikkelen "Hovedstadsprosessen: Nå bygges sykehuset" i nr 2/2009 kommenterer du ikke dette forholdet ytterligere. Dette får meg til å undres! På Ullevåls nettside ble det 19. september 2008 lagt ut et intervju med daværende nestleder i Ullevåls styre, Göran Stiernstedt der han kommenterte Osloprosessen med bakgrunn i erfaringer fra sammenslåingen av sykehus i Stockholmsområdet [1]. Der står det bl. a at "Hvis vi skulle gjort dette en gang til burde vi ha satt av mer penger til omorganiseringen, og hatt mer fokus på de strukturelle omleggingene. Omorganisering tar tid. En rask avgjørelse er viktig, men man må sette av nok omstillingsmidler slik at prosessen blir riktig for alle de involverte, sier Stiernstedt."

Inntrykket fra media er at i en annen fusjonsprosess - Statoil/Hydro - satte man umiddelbart av betydelige beløp til omstillingen. På StatoilHydros nettsider ble det 27. februar 2008 publisert en børsmelding [2] som bla a sier at "Resultatnedgangen fra fjerde kvartal 2006 til fjerde kvartal 2007 skyldtes hovedsakelig økte drifts- og administrasjonskostnader, hovedsakelig knyttet til tidligere annonserte fusjonskostnader og andre kostnader knyttet til fusjonen på til sammen 10,7 milliarder kroner før skatt."

GBF: Stemmer det at det er besluttet å gjennomføre Osloprosessen uten å tilføre omstillingsmidler?

KBAa: *Osloprosessen gjennomføres uten omstillingsmidler. Tillitsvalgte har gjentatte ganger uttrykt bekymring for dette, men svaret fra Bente Mikkelsen og HSØ er at omstillingen skal frigjøre midler som igjen skal finansiere omstillingen. Det er forventet rask gevinstrealisering gjennom salg av eiendom og driftsendring som kan brukes til omstillingen.*

GBF: Hvem har i så fall bestemt det, og er det dokumentert i formelt vedtak?

KBAa: *Dette er besluttet av HSØ, men det er gjentatte ganger formidlet bekymring og skrevet protokolltilførsler fra tillitsvalgte i Legeforeningen både direkte til HSØ og via ledelsen i OUS og ved de tidligere sykehusene. Ledelsen i OUS henviser til HSØ som igjen henviser til foretaksmøter med eier, dvs departementet, som holder fast på at omstillingen skal gjennomføres innenfor de totale økonomiske rammene HSØ har til rådighet og at budsjettavvik ikke aksepteres.*

GBF: Hva er erfaringsgrunnlaget for å mene at en slik fusjon kan iverksettes uten omstillingsmidler? Og finnes det andre fusjonsprosesser vi kan sammenligne oss med som har vært gjennomført vellykket ved utelukkende å bruke gevinstrealisering?

KBAa: *Det finnes ikke noe erfaringsgrunnlag eller dokumentasjon for å mene at en så omfattende fusjon og omstillingsprosess kan gjennomføres uten omstillingsmidler. Snarere tvert imot viser all erfaring fra tilsvarende omstillingsprosesser i våre nordiske naboland at man i tillegg til en fase med såkalte pukkelkostnader også trenger investeringsmidler. I Osloprosessen er det muligens tenkt å realisere gevinster som kan brukes til omstilling gjennom salg av eiendom, men å komme dithen at man kan selge eiendom vil i seg selv være en kostnadskrevende omstilling. Så langt i prosessen har vi hverken sett beskrivelser eller budsjetter som viser hvordan dette er tenkt å gjennomføres. Legeforeningen har i over et og et halvt år i alle muliuge fora overnfor ledelsen uttrykt bekymrig formanglende omstillingsmidler, men vi har blitt møtt av døve ører. Vi er redd dette kan velte hele prosessen.*

Kjersti Baksaas-Aasen avslutter med å understreke på vegne av tilltsvalgtapparatet at dersom det er flere spørsmål omkring Osloprosessen, så er det bare å fortsette å ta kontakt. Vi trenger all den input vi kan få og vi trenger alle de engasjerte legene vi trenger ■

Referanser

1 http://www.ulleval.no/modules/module_123/proxy.asp?iCategoryId=460&iInfoId=20313&iDisplayType=2

2 http://www.statoilhydro.com/no/NewsAndMedia/News/2008/Pages/StatoilHydroFourthQuarter.aspx

The 8th International Gastric Cancer Congress

Toto Hølmebakk,
Thor Jacobsen,
Tom Mala
Gastrokir. avd, OUS Aker

Den 8. Internasjonale ventrikkelcancerkongressen ble avholdt i Krakow 10.-13. juni med omkring 1 500 deltakere. Japan og Korea var godt representert, både på foredrags- og deltakersiden. Brasil stilte med en stor delegasjon, mens nordamerikanerne nærmest uteble. Fra Europa var vertslandet Polen godt representert. Italienerne gjør seg alltid gjeldene i ventrikkelcancersammenheng, så også her, mens nederlenderne var underlig fraværende. Heller ikke fra Skandinavia møtte mange; vår 3-manns-delegasjon representerte Norge.



En kongress av dette formatet dekker hele feltet fra epidemiologi og translasjonsforskning til kirurgisk teknikk og palliativ behandling. Selv om det ikke ble kunngjort oppsiktsvekkende resultater fra store studier, fikk vi et meget godt inntrykk av hvilke problemstillinger det internasjonale ventrikkelcancermiljøet er opptatt av og i hvilken retning feltet beveger seg.

Laparoskopi

Det kan ikke lenger være tvil om at den laparoskopiske kirurgien er i ferd med å etablere seg også i behandlingen av ventrikkelcancer. Inntil nylig har laparoskopiske reseksjoner i Japan vært forbeholdt distale reseksjoner for tidlig-cancer, men dr. Uyama la nå frem et materiale på flere hundre pasienter med avansert cancer operert laparoskopisk. Laparoskopiske materialer fra Europa ble også presentert, og av en britisk registrering gikk det frem at cirka 10% av ventrikkelcancerkirurgien i England og Wales nå utføres laparoskopisk.

Mot en avklaring av lymfeknutedisseksjonen

Omfanget av lymfeknutedisseksjonen er et spørsmål Øst og Vest ikke har kunnet enes om: Japanerne har gode resultater og lite komplikasjoner etter utvidete disseksjoner, mens studier i Europa til nå ikke har vist gevinst ved disse omfattende inngrepene. Japan og Korea har også hatt talsmenn for en mer radikal lymfade-nektomi, den såkalte D3 –disseksjonen, men etter dr. Sasakos randomiserte studie (N Eng J Med 2008; 359: 453-462), som kun viste høyere morbiditet ved disseksjon av de para-aortale lymfe-knutene, har man nå i Østen gått bort fra denne tilnærmingen. Anbefalingen er D2-lymfadenektomi uten reseksjon av cauda pancreatis og med splenektomi kun ved T2-4-tumores på majorsiden av corpus og fundus ventriculi. En norditaliensk studie har vist at slik disseksjon kan utføres trygt i spesialiserte sentra, og dr. Degiuli annonserte at langtidsresultatene av denne D1 vs. D2-studien snart vil bli publisert i British Journal of Surgery.

Flere adjuvante regimer under utprøving

Adjuvant behandling er nå standard ved avansert ventrikkelcancer de fleste steder i verden etter at tre store studier har vist bedre langtidsoverlevelse: Postoperativ radiokjemoterapi er etablert i USA som en følge av SWOG 9008. MAGIC-studien har introdusert perioperativ kjemoterapi i Europa, og etter den japanske ACTS-GC-studien gir man der S-1, et peroralt fluorouracil, i ett år postoperativt. På kongressen ble flere pågående og planlagte oppfølgingsstudier presentert: I Nederland og Sverige inkluderes pasienter i CRITICS, der perioperativ kjemoterapi sammenlignes med perioperativ kjemoterapi pluss postoperativ radioterapi – altså en kombinasjon av de europeiske og nordamerikanske regimene. Danmark planlegger også å slutte seg til denne studien.

I Storbritannia randomiseres pasienter i STO3-studien, som sammenligner perioperativ ECX med ECX pluss bevasizumab, og i Japan utprøves S-1 i kombinasjon med cisplatin både post- og perioperativt. Hyperterm intraoperativ kjemoterapi (HIPEC) er i det siste blitt aktuelt i flere sammenhenger, og i Italia åpner en fase III-studie der radikaloperte pasienter med positiv peritoneal cytologi/gjennomvekst av serosa randomiseres til HIPEC (oxaliplatin) i studiearmen.

Harmonisering av klassifikasjonssystemene

Asiatiske og vestlige land har til nå operert med hvert sitt klassifikasjonssystem. Det japanske systemet er topografisk-anatomisk og har hatt sin styrke i at det gir presise anvisninger for reseksjon og lymfeknutedisseksjon. Det vestlige TNM-systemet er basert på antallet lymfeknuter, ikke deres lokalisasjon. TNM-systemet har vist seg å være prognostisk bedre.

I 7. TNM-utgave vil det bli gjort flere forandringer i ventrikkelcancerkapitlet: T2 betegner kun tumorinfiltrasjon i muscularis propria, T3 gjennomvekst (tidligere T2b). T4a betegner gjennomvekst av serosa (tidligere T3) og T4b innvekst i naboorgan. N-klassifiseringen er også gjort mer differensiert: N1 betegner 1-2 positiv lymfeknuter, N2 3-6 positive lymfeknuter, N3 7-15 positive lymfeknuter og N4 > 15 positive lymfeknuter. Japanere har deltatt i forhandlingen med UICC og AJCC. De har besluttet å ta sine kliniske retningslinjer ut av klassifikasjonsmanualen og å innføre det nye TNM-systemet i Japan ■

Norsk Kirurgisk Forening vertskap for "Section and Board of Surgery" UEMS i Stavanger 17. og 18. april 2009

Torgeir Løvig
Leder av spesialistkomiteen i gen. kir

Tom Glomsaker, lederen av Norsk kirurgisk forening, hadde invitert medlemmene av "Section and Board of surgery" i UEMS (Union Européenne Des Médecins Spécialites) til møte i Stavanger 18. april 2009. 27 representanter fra de fleste land i Europa deltok på møtet som fant sted i et særdeles vakkert vårvær i Stavanger. Tom hadde lagt en flott ramme rundt arrangementet med kammer musikk i Sola kapell med sang av Ingrid Kjosavik, etterfulgt av en strålende middag ved Sola Strand Hotell ankomstdagen 17. april..



Middag ved Sola strand hotell 17. april der man gjenkjenner to norske gastroenterologiske kirurger



Delegatene i "section and board of surgery" under møtet i Stavanger Forum.



Deltagerne med ledsagere under sightseeing i Stavanger.

Den 18 april hadde ledsagere til en del av representantene, egen sightseeing i Stavanger og området omkring.

Delegatene hadde møte i Stavanger Forum fra kl. 9 til kl. 17. Hovedtemaer under møtet var president Polonius' rapportering fra møte i UEMS sentralt om "Working Time Directive" (48 timers arbeidsuke) som er vedtatt i EU. Det var gjennomgang av en rapport om utdanningen av kirurger i Europa, en rapport som foreløpig ikke er fullstendig, men som vil bli oppdatert senere.. Det ble lagt frem rapporter fra alle Divisions og Working groups inne Section of Surgery med rapportering om antall kandidater som hadde bestått den europeiske eksamen innen de forskjellige kirurgiske fagområdene. Dessuten fikk vi en gjennomgang av kirurgutdanningen i Nederland som nettopp var blitt omarbeidet . Temaer som pasientrettigheter ved Cross-Boarder Healthcare i EU ble diskutert sammen med enkelte andre saker.

Etter møtes slutt fikk delegatene og ledsagere en guidet tur i Stavanger by av en byguid med store kunnskaper og stor entusiasme for Stavanger. Etter rundturen i byen ble det servert en nydelig middag i Valberg-tårnet nede ved havnen i Stavanger. Dette var en meget spesiell opplevelse for alle, med topp service fra betjeningen restaurant Tollboden i Stavanger.

Jeg opplevde bare fornøyde deltagere under og etter UEMS-møtet i Stavanger. Norsk Kirurgisk Forening og spesielt lederen, Tom Glomsaker, kan være meget stolt av dette arrangementet for fremtredende kirurger fra hele Europa ■



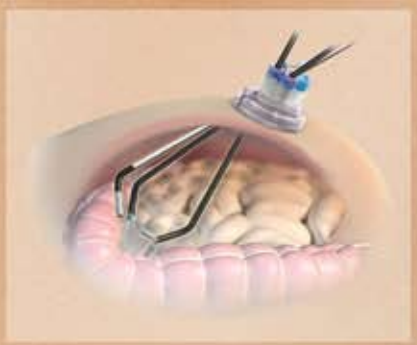
Avsluttende middag i Valberg-tårnet der man ser Tom Glomsaker i samtale med en nestor i UEMS, prof Jacques Gruwez fra Leuven i Belgia

En spesiell inngang til abdomen var allerede på plass ved fødselen.

Prøv vårt nye utstyr på Kirurgisk Høstmøte!

LESS, nøkkelen til innovativ kirurgi

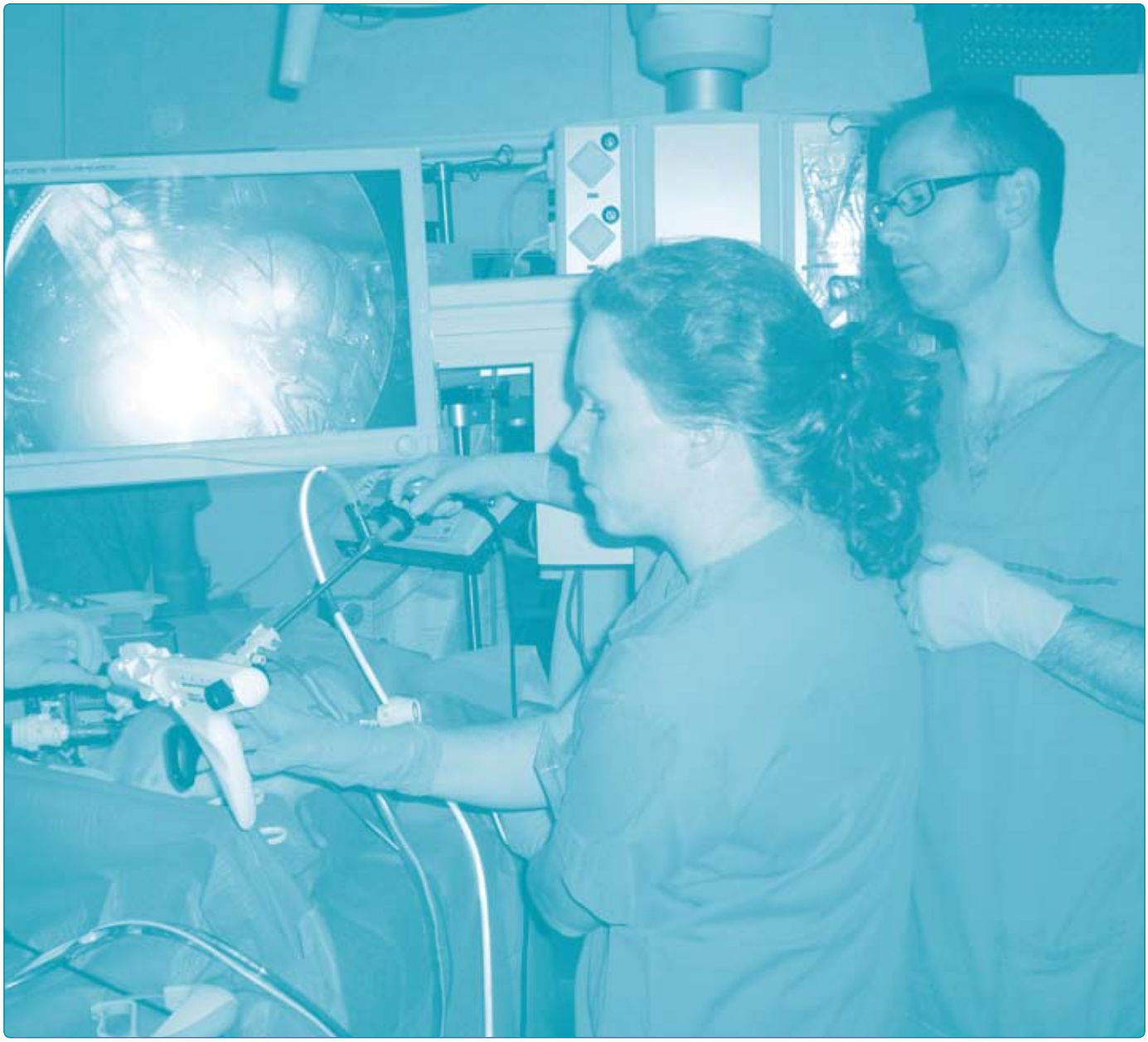
LESS – Laparo-Endoscopic Single-Site – kirurgi, representerer starten på en av de mest banebrytene nyhetene innen medisinsk teknologi. Første trinn er introduksjonen til nye TriPort™, som et unikt, multi-instrument" trokar. I kombinasjon med optikk og spesiallagede instrumenter, tilbyr Olympus nå et unikt system for å utføre LESS prosedyrer. Sammen med dere, ønsker Olympus å vise hvilken betydning LESS vil ha for fremtidens kirurgi.



Finn ut mer om LESS på: www.less-surgery.eu

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



Laparoskopisk en-port teknikk



Olaug Villanger
MIK-Redaktør
olaug.villanger@rikshospitalet.no

En-port laparoskopi kan sees på som en forlengelse av laparoskopisk kirurgi. Prinsippet er at hele inngrepet skal utføres gjennom en port som kan romme alle de nødvendige instrumenter, kamera, gass inflow og avsug. De første inngrepene (elektiv cholecystektomi) ble utført i 1997, men dagens teknikk ble introdusert 10 år seinere. Aker sykehus har operert seks pasienter med gallesteinssykdom med denne teknikken. En av aktørene har på oppfordring laget en fin oversikt over anvendelse, teknikk og det alternative utstyr som er på markedet. Deres erfaringer og tanker om fremtiden deles også med oss.

Reparasjon og utskifting av hjerteklaffer utgjør en viktig del av hjertekirurgers virksomhet over hele verden. Bruk av minimalt invasiv teknikk og endovaskulær behandling av klaffelidelser er godt i gang. Både for mitral, pulmonal og aorta klaffene finnes det nå metoder for å reparere eller erstatte disse ved hjelp av kateterbaserte metoder Kateterbasert implantasjon av klaff for aortastenose er allerede godt etablert. Forskere og innovatører har også kastet seg over mitralklaffen for å prøve å finne metoder til reparasjon via endovaskulær teknikk. Bergsland fra Intervensjonssenteret presenterte i Kirurgen i fjor en oversikt over minimalt invasiv behandling av strukturell kardiovaskulær sykdom. Denne gang har vi fått en flott oversiktsartikkel over minimalt invasiv og endovaskulær behandling av mitralklaff lidelser.

Det nærmer seg årets Høstmøte, og det vil bli både symposier og frie foredrag innen tema minimalt invasiv kirurgi. I tillegg vil Norsk Thoraco-Laparoskopiforum som vanlig dele ut fire priser innen minimalt invasiv kirurgi

MIK redaktøren ønsker dere et godt høstmøte!!

Minimal invasiv og endovaskulær behandling av mitralklaff lidelser

Jacob Bergsland,
Intervensjonsenteret, Rikshospitalet
Oslo Universitetssykehus

Det er blitt sagt at aortaklaffen er som en mann, fordi virkningen av en behandling som regel er forutsigbar, mens mitralklaffen er som en kvinne og at en intervensjon på denne klaffen vil være betydelig mer uforutsigbar.

Denne politisk ukorrekte uttalelsen kan til en viss grad sies å gjelde for kirurgisk behandling av klaffelidelser, og i større grad for såkalt transkateter intervensjon på de to klaffene. Selv om det er for tidlig å hevde at transkateter aortaklaff implantasjon er helt forutsigbar, er det nå gjort flere tusen slike prosedyrer i verden. Resultatene er stort sett gode i høy risiko pasienter. Bortsett fra hos barn har dilatering av aortaklaffen, enten kirurgisk eller ved ballongkateter, vært lite effektivt på sikt. Imidlertid kan slik dilatering gi en midlertidig forbedring. Cribier utviklet på basis av sin erfaring med dilatering ved kateterteknikk, en klaff som kunne implanteres uten åpen kirurgi [1]. Produkter tilgjengelig i markedet innkluderer SapienR fra Edwards Inc. [2] (en viderutvikling av Cribiers konsepter og CorevalveR [3] nylig kjøpt opp av Medtronic Inc. er i sterkt økende bruk klinisk og har gitt lovende resultater. Kateterbasert klaffeimplantasjon er utført i Norge ved Feiring klinikken og ved Universitetssykehusene i Tromsø og Oslo.

Mitralklaffen er imidlertid mer komplisert når man ser bort fra klaffedilatering for mitralstenose; en meget effektiv behandling spesielt ved relativt tidlig rheumatisk klaffesykdom. Mitral klaffen er fysiologisk sett ikke en mer eller mindre passiv struktur slik som aortaklaffen, men utgjør et komplisert apparat, bestående av selve klaffeseilene, annulus, det subvalvulære apparatet og papillemuskulaturen. I tillegg er mitral klaffens funksjon i stor grad avhengig av ventrikkelens størrelse, funksjon og dilatasjon av mitral annulus.

Mitralklaff reparasjon for insuffisiens ble utviklet av pionerer i hjertekirurgi, spesielt bør nevnes Alain Carpentier og Carlos Duran. Innovative metoder som involverer plastiske operasjoner på klaffeseilene, implantering av



Fig. 1. Animasjon av Mitroclip-R implantasjon

kunstige chordae og forskjellige typer annuloplastier er blitt utviklet og brukes med godt resultat verden over. Disse prosedyrene har krevet åpen operasjon, bruk av hjertelungemaskin og stanset hjerte. I den senere tid har roboter og endoskopiske metoder gjort det mulig å utføre tilsvarende operasjoner med mindre snitt [4], men selve prinsippene for operasjon er ikke blitt forandret.

Som tidligere nevnt er metoden for behandling av aortastenose med kateterbasert implantasjon av klaff godt igang og behandlingen øker raskt i volum og i ny innovasjon. En rekke firmaer står i kø for å introdusere nye produkter. En rekke forskere og innovatører har også kastet seg over mitralklaffen for å prøve å finne metoder til å reparere denne via endovaskulær teknikk.

Det bør igjen nevnes at mitral stenose forårsaket av rheumatisk feber allerede lenge er blitt behandlet med mekanisk dilatasjon. Tidligere ble slik dilatasjon utført kirurgisk, vanligvis via thorakotomi. Bruk av ballongdilatasjon ved transseptal tilgang er utviklet og er utbredt i utviklingsland med mye rheumatisk hjertesykdom [5].
Mitral insuffisiens er imidlertid nå den mest vanlige mitrallidelsen i vestlige land og sannsynligvis betydelig underbehandlet og underdiagnostisert.

Det faktum at behandling av mitralinsuffisiens krever en relativt stor kirurgisk prosedyre gjør det mindre attraktivt å behandle tilstanden tidlig, selv om tidlig behandling kan utsette eller eliminere sjansen for utvikling av hjerte-dilatasjon, -svikt og atrieflimmer.
Det er derfor gode grunner for utvikling av nye metoder for å kurere mitralinsuffisiens og dermed forhindre senfølger som har betydelige komplikasjoner.
I det følgende skal det redegjøres for noen av de forskjellige metoder som er prøvd ut i behandlingen av lekkasje i mitralklaffen.

Alfieri-reparasjon

Denne metoden ble først utviklet for kirurgisk applikasjon av den italienske kirurgen Alfieri [6]. Metoden er basert på at det prolaberende seil av mitrallklaffen støttes opp og prolapsen forhindres ved at seilene syes sammen. Det skapes derved en mitralklaff som består av to separate åpninger. Reparasjonen forårsaker ingen stenose i klaffen, og lekkasje elimineres eller reduseres betydelig.

Firmaet E.valve har utviklet en clip (MitraclipR) som kan monteres på et kateter. Kateteret føres inn i venstre atrium ved hjelp av punksjon av atrieseptum. Fremre og bakre seil av

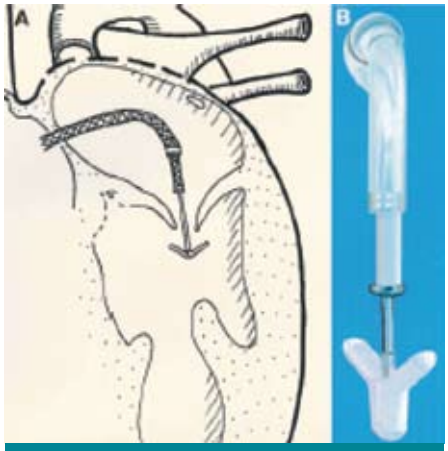


Fig. 2. Nærbilde av MitroclipR devicen

mitralklaffen gripes så og festes til hverandre. Prosedyren er demonstrert i fig 1 og 2 og kan også sees i video på denne linken: http://www.mitralregurgitation.org/Pages/EVEREST.html

Reparasjon av mitralprolaps med kunstige chordae

Ved hjelp av transapical tilgang kan kunstige chordae festes til den prolaberende delen av mitralklaffen og justeres til lekkasjen er eliminert. Prinsippet for operasjonen er demonstrert i fig 3.

Firmaet NeoChord Inc. har produsert et instrument som brukes til å plassere kunstige Goretex chordae i en prolabert mitralklaff ved hjelp av transapikal kannulering av venstre ventrikkel.


Fig. 3. Skjematisk fremstilling av transapikal mitralklaff reaparasjon med kunstig chordae (Tegning av Peyman Mirtaheri PhD)

Et instrument føres inn i ventrikkelen ved hjelp av en minithorakotomi og plassering av tobakkspungsutur på apex. Instrumentet griper den prolaberende del av seilet med en patentert gripemekanisme. Deretter festes Goretextråden til seilet og dras ut gjennom apex. Lengden av tråden justeres ved hjelp av transoesohagus ekko for å eliminere lekkasjen.

Video av prosedyren kan sees på denne linken: http://www.mefeedia.com/news/8876200

Metoden er i prinsipp svært enkel og har vist seg mulig å gjennomføre i en dyremodell og i preliminære kliniske forsøk [7]. En større studie er nå under forberedelse i Europa.

Prosedyrer med effekt på geometrien av venstre ventrikkel og mitral annulus

Direkte prosedyrer på mitralklaffen slik som Alfieri reparasjon eller NeoChord metoden har visse teoretiske begrensninger. I kirurgisk reparasjon av mitralklaffen kombineres selve plastikken på klaffen med en remodelering av annulus. Mitrallekkasje fører etterhvert til dilatasjon av annulus og en økning i den anterioposteriore diameter av venstre ventrikkel. Dette kan korrigeres kirurgisk med innsetting av en ring som fører til reduksjon og remodellering av annulus. Minimalt invasive metoder er utviklet for å korrigere dette.

Coapsys metoden for å redusere anterioposterior diameter

Denne metoden ble kommersialisert av Myocor Inc. Devicen CoapsysR består av kompresjonsplater på fremre og bakre vegg av venstre ventrikkel [8]. En tråd som forbinder de to platene strammes og gjør dermed ventrikkelen mer oval, dvs ventrikkelens anteroposteriore diameter blir mindre, noe som reduserer mitrallekkasjen fig 4. Metoden har vist lovende resultater klinisk. Devicen er nå solgt ut av selskapet Myocor.

Koronarsinus applikasjoner

Koronar sinus ligger anatomisk i nær relasjon til bakre del av mitralringen fig 5 (se neste side).

Ved å feste ankere i mitralannulus og stramme en justerbar tråd mellom de to kan mitrallekkasjen endres. Flere selskaper har utviklet devicer som utnytter dette prinsippet [9]. Koronarsinus kanulleres ved høyresidig hjertekateterisering og distale og proximale ankere plasseres i sinus. Avstanden mellom de to ankrene justeres så, veiledet av transoesofagus ekko til mitrallekkasjen er minimalisert.

Innsetting av ny mitralklaff.

Det har ikke vært så stor interesse for implantasjon av kunstige klaffer i mitral (eller tricuspidal) ostiet, selv om dyreforsøk er rapportert av Boenhoffers gruppe i Frankrike [10]. Imidlertid er det sannsynlig at utviklingen av forbedrede devicer for implantasjon av aorta- og pulmonalklaffer vil føre til videre utvikling

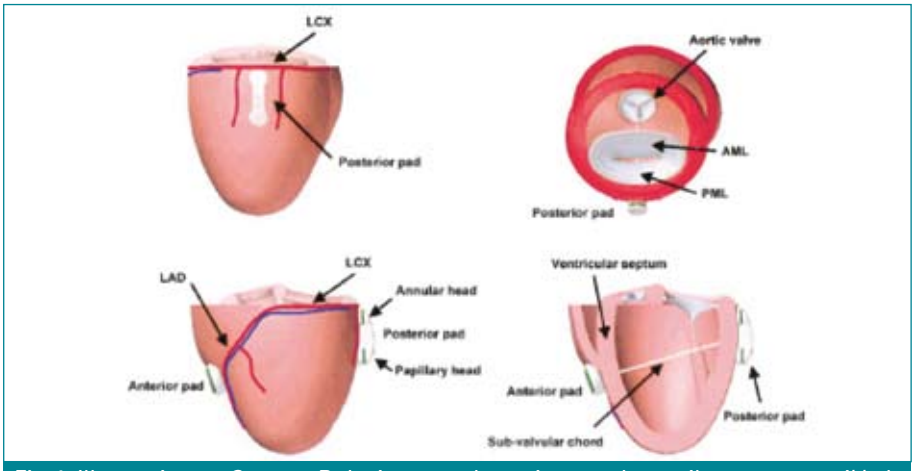


Fig.4. Illustrasjon av CoapsysR devicen og plasseringen relatert til venstre ventrikkel

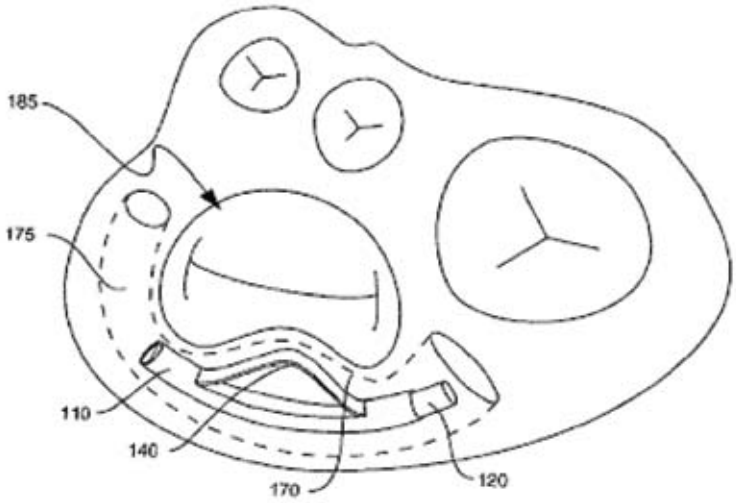


Fig. 5. Tverrsnitt av hjertet som viser device i koronarsinus liggende nær bakre del av mitralklaffen (Fra US patent søknad)

av produkter for kateterbaserte klaffer for atrioventrikulære klaffer.

Sammendrag

I denne artikkelen har vi beskrevet enkelte av de mange metoder som er under utvikling for kateterbehandling av klaffelidelser. Forbedret billedveiledning og miniatyrisering av katetere og devicer for intervensjon har ført til store endringer i behandlingen av kardiovaskulære tilstander. Denne utviklingen er nå på full fart inn i behandlingen av hjertets klaffeapparat. Foreløpig er det stort sett pasienter med høy risk for tradisjonell kirurgi som er kandidater for slik behandling. På grunn av store investeringer i forskning og utvikling på dette feltet er det ikke usannsynlig at kateterbasert terapi for klaffelidelser vil bli dominerende i løpet av relativt kort tid ■

Referanser

1. Cribier A, Eltchaninoff H, Tron C, Bauer F, Agatiello C, Sebagh L, Bash A, Nusimovici D, Litzler PY, Bessou JP, Leon MB: Early experience with percutaneous transcatheter implantation of heart valve prosthesis for the treatment of end-stage inoperable patients with calcific aortic stenosis. J Am Coll Cardiol 2004;43:698-703.
2. Webb JG, Pasupati S, Humphries K, Thompson C, Altwegg L, Moss R, Sinhal A, Carere RG, Munt B, Ricci D, Ye J, Cheung A, Lichtenstein SV: Percutaneous transarterial aortic valve replacement in selected high-risk patients with aortic stenosis. Circulation 2007;116:755-763.
3. Grube E, Laborde JC, Gerckens U, Felderhoff T, Sauren B, Buellesfeld L, Mueller R, Menichelli M, Schmidt T, Zickmann B, Iversen S, Stone GW: Percutaneous implantation of the CoreValve self-expanding valve prosthesis in high-risk patients with aortic valve disease: the Siegburg first-in-man study. Circulation 2006;114:1616-1624.
4. Reichenspurner H, Boehm DH, Gulbins H, Schulze C, Wildhirt S, Welz A, Detter C, Reichart B: Three-dimensional video and robot-assisted port-access mitral valve operation. Ann Thorac Surg 2000;69:1176-1181; discussion 1181-1172.
5. Yonga GO, Bonhoeffer P, Jowi CA: Percutaneous balloon mitral valvotomy: initial experience in Nairobi using a new multi-track catheter system. East Afr Med J 1999;76:71-74.
6. Alfieri O, Maisano F, Colombo A: Future of transcatheter repair of the mitral valve. Am J Cardiol 2005;96:71L-75L.
7. Bajona P, Katz WE, Daly RC, Zehr KJ, Speziali G: Beating-heart, off-pump mitral valve repair by implantation of artificial chordae tendineae: an acute in vivo animal study. J Thorac Cardiovasc Surg 2009;137:188-193.
8. Fukamachi K, Inoue M, Popovic ZB, Doi K, Schenk S, Nemeh H, Ootaki Y, Kopcak MW, Jr., Dessoffy R, Thomas JD, Bianco RW, Berry JM, McCarthy PM: Off-pump mitral valve repair using the Coapsys device: a pilot study in a pacing-induced mitral regurgitation model. Ann Thorac Surg 2004;77:688-692; discussion 692-683.
9. Piazza N, Bonan R: Transcatheter mitral valve repair for functional mitral regurgitation: coronary sinus approach. J Interv Cardiol 2007;20:495-508.
10. Boudjemline Y, Agnoletti G, Bonnet D, Behr L, Borenstein N, Sidi D, Bonhoeffer P: Steps toward the percutaneous replacement of atrioventricular valves an experimental study. J Am Coll Cardiol 2005;46:360-365.

Norsk Thoraco-Laparoskopi forums priser innenfor minimalt invasiv kirurgi

Norsk Thoraco-Laparoskopi forum (NTLF) har siden 1997 delt ut fagpriser innen minimalt invasiv kirurgi på Kirurgisk høstmøte. Formålet med disse prisene er å fremme god klinisk og eksperimentell forskning og formidling av nye kirurgiske teknikker innenfor minimalt invasiv kirurgi. I starten ble det delt ut kun to priser, henholdsvis for beste foredrag og beste video. Disse fagprisene var den gang og er fortsatt finansiert av Tyco Healthcare og Johnson & Johnson. Fra 2001 har Olympus bevilget midler til en pris for beste eksperimentelle/vitenskapelige foredrag, og fra 2005 har Braun finansiert en pris til beste nykommer, tiltenkt en kandidat helt i startgropen av sin laparoskopiske karriere. Alle prisene er hver på 10.000,- og styret i Norsk Thoraco-Laparoskopi forum har stått for oppnevning av bedømmelseskomite som skal evaluere bidragene.

NTLF vil tradisjonen tro også ved årets Kirurgisk høstmøte dele ut fire priser. Kandidatene vil bli vurdert i henhold til et evalueringsskjema som er utarbeidet av bedømmelseskomiteen. Hvert foredrag vil bli vurdert på en skala fra 1-5 i forhold til aktualitet, originalitet, pedagogisk klarhet/fremstillingsevne, billedklarhet/redigering (for videoforedrag) samt helhetsinntrykk.

Disse fagprisene vil bli delt ut ved møtets slutt etter at alle foredragene har vært presentert. Som tidligere vil også årets prisvinner-abstrakt bli omtalt i neste nummer av Kirurgen.

Olaug Villanger, leder av bedømmelseskomiteen for NTLFs priser og styremedlem NTLF

Laparoskopisk kirurgi med en-port teknikk

Ole Sjo
Gastrokirurgisk avdeling,
OUS Aker

Den kirurgiske utviklingen har siden slutten på 80-tallet medført en økt bruk av laparoskopiske teknikker. I tillegg til dagens tradisjonelle laparoskopiske inngrep utføres stadig flere gastrokirurgiske operasjoner med laparoskopisk teknikk (appendectomier, colorectale reseksjoner, splenectomier; operasoner for overvekt, leverreseksjoner med mer



Fig.1. Flere porter erstattes av en enkelt port (TriPort), her plassert i umbilicus



Fig. 2. SILS porten fra Covidien



Fig. 3. SILS port med tre 5 mm trokarer og en 12 mm



Fig. 4. Spesialtenger for LESS



Fig. 5. Skop med fleksibel tupp



Fig. 6. Spesial skop for LESS

Bakgrunn og anvendelse

Hovedargumentene for utviklingen av mini invasive teknikker er at pasientene har mindre smerter og ubehag, kortere liggetid og sykemeldingstid (1). Bruken av kamera bedrer oversikten lokalt i feltet. Viktig er også det gode kosmetiske resultatet, med mindre arr og tilsvarende mindre fare for komplikasjoner som blødning, infeksjoner, vedvarende smerter og ventralhernier. Pasienten opplever mindre stress og har det bedre etter kirurgien. Dette er de samme argumenter som brukes for innføring av en-port teknikken, hvor hele inngrepet utføres gjennom en enkelt tilgang / port, med kun ett arr etter prosedyren. Dette skal da gi lavere morbidiet enn vanlig laparoskopi med flere porter; altså jo færre porter, desto mindre risiko for komplikasjoner. De første inngrepene i form av elektiv cholecystectomi ble gjort allerede i 1997 (2), men dagens teknikk ble introdusert først i 2007, og har funnet bred anvendelse (3-9).

En parallell til dette er utviklingen av den fleksible endoskopien fra rene diagnostiske undersøkelser til avanserte terapeutiske prosedyrer, de siste årene i form av NOTES prosedyrer. Her foregår i utgangspunktet hele inngrepet transluminalt via naturlige kroppsåpninger og videre gjennom ventrikkel, vagina eller rectum. I tillegg har TEM (transanal endoskopisk mikrokirurgi) som en-port teknikk etablert seg som et viktig behandlingsalternativ ved rectale polypper og tidlig cancere.

Den laparoskopiske en-port teknikken foregår som oftest gjennom umbilicus, ettersom arret der er usynlig, og inngrepet fremstilles som "arrløst". Teknikken har flere benevnelser;

LESS	Laparo-Endoscopic Single-Site Surgery (OFFICIAL TERM)
SPA	Single Port Access
ENOTES	Embryonic NOTES
TUES	Trans Umbilical Endoscopic Surgery
TULA	Trans Umbilical Laparoscopic Surgery
NOTUS	Natural Orifice Trans Umbilical Surgery
SPL	Single Port Laparoscopy
OPUS	One Port Umbilicus Surgery
SILS	Single Incision Laparoscopic Surgery (Trademark by Covidien)

Metoden har allerede vakt stor interesse internasjonalt, og er innenfor urologien benyttet på en rekke forskjellige typer inngrep, blant annet operasjon for varicocele, nefrectomi, glandel-staging, pyeloplastikk, renal cryoablasjon, prostatectomi og kirurgi på urinblæren. Innenfor gynekologien er det eksempelvis utført oophorectomi, steriliseringer, operasjon for endometriose og hysterectomi. I gastrokirurgien er cholecystectomi det vanligst utførte inngrep, men også gastrostomier, hernieoperasjoner (lyske- og ventralhernier), appendectomier, fundoplicatio, gastric sleeve og colonreseksjoner er utført.

Teknikk

Prinsippet er at hele inngrepet skal utføres gjennom en tilgang, dvs. gjennom den ene porten som skal romme alle nødvendige instrumenter; kamera, 2-3 arbeidsinstrumenter, gass inflow og avsug. (Figur 1). Konsekvensen er at man mister den tradisjonelle, laparoskopiske trianguleringen mellom kamera og operatørens to arbeidsinstrumenter. Alle instrumentene må beveges med porten som ett felles fast punkt. Bevegelsesfriheten innskrenkes betraktelig med trange arbeidsforhold, og det kan bli nødvendig å arbeide med krysning av instrumentene, dvs venstre hånd arbeider på høyre side av feltet, og omvendt. I tillegg kommer kameraet tett innpå begge arbeidsinstrumentene dersom man ikke anvender skop med fleksibel tupp. Tredve graders optikk gir også en viss mulighet for å visualisere feltet bedre for operatøren fra forskjellige vinkler. Vanlige laparoskopi intsrumenter kan benyttes, men spesiallagde instrumenter er nå tilgjengelige (se under). I praksis minner teknikken mye om TEM, men der er instrumentene spesialdesignet for inngrep tangentialt på tarmveggen, og passer ikke for anvendelse i bukhulen. Ved peroperative problemer kan man enkelt sette inn en eller flere

Fig. 7. De forskjellige steg i en single-port cholecystectomi



a) Port før innsetting



e) Nærbilde port med kamera



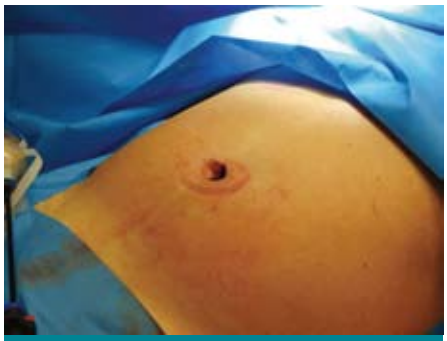
b) Justering av port



f) Preparat tas ut med porten



c) Full konsentrasjon



g) Etter lukning av fascien



d) Port i posisjon med kamera

hjelpeporter etter behov, og konvertere til vanlig laparoskopi.

Utstyr

Både Covidien og Olympus har spesialdesignete porter, som presenteres med noe forskjellig design.

Covidien har utviklet sin SILS Port (Multiple instrument Access Device) (Figur 2) med 4 hull; ett til gass og tre trokarer. Det leveres to forskjellige sett med tilbehør, ett med tre 5 mm trokarer med smalt hode, som plasseres i forskjellig høyde for å få bedre bevegelighet. Det andre settet har en 12 mm port i tillegg, og man kan da bytte ut en 5 mm port ved behov (Figur 3). Hud og fascie incideres ca 15-20 mm. Porten plasseres vanligvis i navlen, men kan også plasseres andre steder i bukveggen.

Olympus har to alternativer, TriPort og QuadPort med henholdsvis 3 (2 x 5 mm og 1 x 12 mm) og 4 (1 x 5 mm, 2 x 10 mm og 1 x 15 mm) myke, fleksible arbeidsporter med gummihetter for innføring av kamera og arbeidsinstrumenter. Begge disse har i tillegg to separate kanaler for gass inn og avsug. Incisjon i hud og fascie er 10 – 25 mm for Triport og 20 – 60 mm for QuadPort, som begge kan brukes på bukvegg som er inntil 10 cm tykk. Plassering skjer ved hjelp av en egen innføringshylse som sikrer riktig posisjonering.

Olympus har nå også utviklet et sett med spesialdesignete instrumenter (fatte tenger, sakser etc.) som er tilgjengelige på markedet fra i høst. (Figur 4) I tillegg har de 3 alternative typer 5 mm skop, ett ordinært med 30 graders optikk, ett med 0 grader og fleksibel tupp (Figur 5), og ett spesiallaget til LESS operasjoner. Dette har en bevegelig del som frigjør plass under de relativt trange arbeidsforholdene ved LESS operasjoner. (Figur 6).

Våre erfaringer

På Aker har vi operert 6 pasienter med gallestensykdom, to som inneliggende, de øvrige 4 som dagkirurgiske pasienter. Vi benyttet Olympus sitt utstyr, og operasjonstiden var fra 50 til 80 minutter,

med lengst operasjonstid hos to pasientene med gjennomgått cholecystitt. Vi hadde ingen per- eller postoperative komplikasjoner. Teknikken krever etter vår oppfatning en god del laparoskopisk erfaring, også hos assistenten som fører kameraet. Operasjonstiden vil sannsynligvis nærme seg konvensjonell laparoskopi med økt trening. Vi ønsker å tilby denne behandlingen til selekterte pasienter med ukomplisert gallestensykdom i første omgang, men teknikken er anvendbar også for andre typer inngrep. Økonomien vil også påvirke grad av implementering av metoden.

Fremtiden

Bedre kosmetisk resultat, mindre smerter, kortere recovery og mindre fare for komplikasjoner vil sannsynligvis medvirke til at denne metoden etableres innen relativt kort tid. Dette på tross av økte kostnader og noe lengre operasjonstid, særlig i startfasen. Teknikken er et godt alternativ til NOTES, som krever mer spesialisert utstyr, meget god endoskopisk teknikk, og som er mer kontroversiell pr i dag. En-port laparoskopi kan sees på som en naturlig utvikling av laparoskopien, og er definitivt kommet for å bli■

Referanser

1. Osborne D, Boe B, Rosemurgy AS, Zervos EE. Twenty-millimeter laparoscopic cholecystectomy: fewer ports results in less pain, shorter hospitalization, and faster recovery. Am Surg 2005;71(4):298-302.
2. Navarra G, Pozza E, Occhionorelli S, Carcoforo P, Donini I. One-wound laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1997;84(5):695.
3. Ponsky TA, Lukish JR. Single site laparoscopic gastrostomy with a 4-mm bronchoscopic optical grasper. J Pediatr Surg 2008;43(2):412-4.
4. Nguyen NT, Reavis KM, Hinojosa MW, Smith BR, Wilson SE. Laparoscopic transumbilical cholecystectomy without visible abdominal scars. J Gastrointest Surg 2009;13(6):1125-8.
5. Nguyen NT, Reavis KM, Hinojosa MW, Smith BR, Wilson SE. Laparoscopic transumbilical sleeve gastrectomy without visible abdominal scars. Surg Obes Relat Dis 2009;5(2):275-7.
6. Aron M, Canes D, Desai MM, Haber GP, Kaouk JH, Gill IS. Transumbilical single-port laparoscopic partial nephrectomy. BJU Int 2009;103(4):516-21.
7. Canes D, Desai MM, Aron M, Haber GP, Goel RK, Stein RJ, et al. Transumbilical single-port surgery: evolution and current status. Eur Urol 2008;54(5):1020-9.
8. Remzi FH, Kirat HT, Kaouk JH, Geisler DP. Single-port laparoscopy in colorectal surgery. Colorectal Dis 2008;10(8):823-6.
9. Castellucci SA, Curcillo PG, Ginsberg PC, Saba SC, Jaffe JS, Harmon JD. Single port access adrenalectomy. J Endourol 2008;22(8):1573-6.

T1 **Femar «Novartis»**

Aromatasehemmer. **ATC-nr.: L02B G04**

C1 **TABLETTER 2,5 mg:** Hver tablett inneh.: Letrozol 2,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Adjuvant behandling av postmenopausale kvinner med hormon-reseptor-positiv brystkreft i tidlig fase. Utvidet adjuvant behandling av hormonavhengig brystkreft i tidlig fase hos postmenopausale kvinner som har gjennomgått standard adjuvant behandling med tamoksifen i 5 år. Primær behandling av hormonavhengig avansert brystkreft hos postmenopausale kvinner. Behandling av avansert brystkreft hos kvinner med naturlig eller kunstig indusert postmenopausal status med tilbakefall eller progresjon av sykdommen etter tidligere behandling med antiøstrogener. Effekt er ikke vist hos pasienter med negativ østrogen-reseptor status.

Dosering: Voksne og eldre: Anbefalt dose 2,5 mg daglig. Ingen dosejusteringer er nødvendig hos eldre. Adjuvant behandling bør pågå i 5 år eller til tilbakefall. Ved tidlig adjuvant behandling er klinisk erfaring tilgjengelig med en median behandlingstid på 25 måneder. Ved utvidet adjuvant behandling er klinisk erfaring tilgjengelig med en median behandlingstid på 4 år. Ved avansert brystkreft eller metastatisk sykdom bør behandlingen fortsette til tumorprogresjon er vist. Nedsatt lever- eller nyrefunksjon: Ingen dosejustering er nødvendig ved nedsatt nyrefunksjon med kreatininclearance >30 ml/minutt. Det er ikke tilstrekkelig data på pasienter med kreatininclearance <30 ml/minutt eller på pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for virkestoffet eller ett eller flere av hjelpestoffene. Premenopausal endokrin status, graviditet og amming.

Forsiktighetsregler: Ved usikker postmenopausal status må LH-, FSH- og/eller østradiolnivå måles før behandlingsstart for å fastsette sikker menopausal status. Dokumentasjon mangler ved bruk hos pasienter med Cl_{cr} <10 ml/minutt. Potensiell nytte/risiko bør vurderes nøye før disse behandles med letrozol. Bruk av letrozol er studert hos et begrenset antall ikke-metastaserende pasienter med mild til moderat og alvorlig nedsatt leverfunksjon. Hos personer uten kreft med alvorlig nedsatt leverfunksjon (levercirrhose og «Child Pugh score» C) økte systemisk eksponering og terminal halveringstid 2–3 ganger. Bør derfor gis med forsiktighet og etter en grundig vurdering av potensiell risiko/nytte for slike pasienter. Hos kvinner som har forhistorie med osteoporose og/eller tidligere frakturer, eller som har økt risiko for osteoporose, bør mineraltettheten (BMD) bestemmes vha. bentetthetsmåling før adjuvant og utvidet adjuvant behandling påbegynnes. Disse kvinnene bør under og etter behandling følges opp med tanke på utvikling av osteoporose. Behandling eller forebygging av osteoporose bør igangsettes og følges nøye opp når dette er nødvendig. Ettersom svimmelhet, slapphet og søvnighet kan opptre, anbefales det å utvise forsiktighet ved bilkjøring og håndtering av maskiner. Inneholder laktosemonohydrat og bør derfor ikke brukes ved sjelden, arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: Letrozol hemmer cytokrom P-450-isoenzymene 2A6 og til en viss grad 2C19 in vitro. Forsiktighet bør utvises ved samtidig behandling med andre legemidler der metabolismen hovedsakelig avhenger av disse isoenzymene og dersom de har et smalt terapeutisk vindu.

Graviditet/Amming: Se Kontraindikasjoner. Før behandlingsstart må behov for graviditetstest og bruk av sikker prevensjon vurderes hos kvinner som potensielt kan bli gravide, inntil postmenopausal status er fastsatt.

Bivirkninger: Vanligvis milde eller moderate. Inntil 1/3 av pasientene som har metastaser, inntil 70–75% som får adjuvant behandling og inntil 40% som får utvidet adjuvant behandling kan få bivirkninger. De vanligste hos pasienter som har metastaser er hetetokter, artralgi, kvalme og tretthet. Mange bivirkninger kan tilskrives østrogenmangel (f.eks. hetetokter, håravfall og vaginal blødning). Ved utvidet adjuvant behandling (med median oppfølgingstid på 28 måneder) er det sett økt insidens av hetetokter, artralgi/artritt og myalgi. De fleste av disse er observert i løpet av 1. behandlingsår. En økt, men ikke signifikant insidens av osteoporose og benfrakturer er observert. Ved ytterligere utvidet adjuvant behandling, etter en median behandlingsvarighet på 47 måneder, er det sett økt insidens av hetetokter, artralgi/artritt og myalgi. De fleste av disse er observert i løpet av 1. behandlingsår. En økt insidens av osteoporose og benfrakturer er observert. Nydiagnostisert osteoporose ble rapportert hos 3,6%, mens frakturer ble rapportert hos 5,1%. Tromboemboliske hendelser (1,5%), angina pectoris (0,8%), hjerteinfarkt (0,7%) og hjertesvikt (0,9%) har forekommet på ulike tidspunkter etter behandlingsstart. Svært vanlige (≥1/10): Hud: Økt svette. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Øvrige: Hetetokter, tretthet inkl. asteni. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, dyspepsi, obstipasjon, diaré. Hud: Håravfall, utslett, inkl. erytematøst, makulopapuløst, psoriasislignende og vesikulært utslett. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, bensmerter, osteoporose, benfrakturer. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet. Psykiske: Depresjon. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi, økt appetitt, hyperkolesterolemi. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Utilpasshet, perifere ødem. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Leukopeni. Gastrointestinale: Abdominale smerter, stomatitt, munntørrhet. Hjerte/kar: Palpitasjoner, takykardi, tromboflebitt inkl. overflatisk og dyp tromboflebitt, hypertensjon, iskemiske kardiale hendelser. Hud: Kløe, tørr hud, urticaria. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal blødning, vaginal utflod, tørr vagina, brystsmerter. Lever/galle: Økning i leverenzymer. Luftveier: Dyspné, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Artritt. Nevrologiske: Søvnighet, søvnløshet, svekket hukommelse, dysestesi inkl. parestesi og hypoestesi, smaksforstyrrelser, cerebrovaskulære skader. Nyre/urinveier: Økt vannlatingsfrekvens. Psykiske: Angst inkl. nervøsitet og irritabilitet. Stoffskifte/ernæring: Generelle ødem. Svulster/cyster: Smerter lokalisert til svulster. Undersøkelser: Vekttap. Øye: Katarakt, irritasjon i øyet, tåkesyn. Øvrige: Pyreksi, tørre slimhinner, tørste. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Hjerte/kar: Lungeemboli, arteriell trombose, cerebrovaskulært infarkt. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Hud: Angioødem, anafylaktisk reaksjon.

Overdosering/Forgiftning: Isolerte tilfeller med overdosering med letrozol er rapportert. Ingen spesifikk behandling ved overdosering, men behandlingen bør være symptomatisk og støttende.

Egenskaper: *Klassifisering:* Selektiv, ikke-steroid aromatasehemmer. Virkningsmekanisme: Hemmer aromataseenzymet ved kompetitiv binding til hemdelen i cytokrom P-450-subenheten av enzymet og medfører dermed redusert østrogenbiosyntese i alle vev. Via reduksjon i konsentrasjonen av sirkulerende østrogen, kan veksten av østrogenfølsom tumor hemmes. Hos postmenopausale pasienter med avansert brystkreft har daglige doser på 0,1–5 mg letrozol vist å redusere plasmakonsentrasjonen av østradiol, østron og østronsulfat med 75–95% i forhold til «baseline» hos alle de behandlede pasientene. Absorpsjon: Raskt og fullstendig. Absolutt biotilgjengelighet er 99,9%. Maks. plasmakonsentrasjon oppnås 1–2 timer etter inntak. Proteinbinding: Ca. 60%. *Fordeling:* Tilsynelatende distribusjonsvolum: 1,87 liter/kg. Konsentrasjonen av letrozol i erytrocytter er ca. 80% av plasmakonsentrasjonen. *Halveringstid:* Ca. 48 timer. *Metabolisme:* I lever, via CYP 3A4 og CYP 2A6, hovedsakelig til en farmakologisk inaktiv carbinolmetabolitt. *Utskillelse:* Hovedsakelig via urin, noe i feces.

Pakninger og priser: 30 stk. (blister) 184259. 100 stk. (blister) 184275.

Refusjon: Se L02B G04, side f. i Refusjonslisten.

Sist endret: 15.06.2009
(SPC 08.05.2009)

Referanser:

1) Thürlimann et al N Engl J Med 2005;353:2747-57
2) Goss et al J clin Oncol 2008 April 20;26(12):1948-55
3) Goss et al N Engl J Med 2003;349 (19):1793
4) Howell et al. Lancet 2005;365:60-62
5) www.nbcg.no
6) Mouridsen H et al San Antonio Breast Cancer Symposium, 31st Annual Meeting 2008. Abstract 13 Fase III studie, randomisert, dobbel-blind, kontrollert klinisk studie, menopausale kvinner med tidlig oppdaget brystkreft, n=8.010. www.ibcsg.org (http://www.totalcme.com/IBCSG/presentation/)

NOVARTIS ONCOLOGY

Tlf.: 23 05 20 00 – Fax: 23 05 20 01 – www.novartis.no
Novartis Norge AS – Postboks 237 Økern – 0510 Oslo

artell.no Foto: Morten Krogvold (5359/06.2009)

A PRIORITERT
PRIORITAIRE

Returadresse:
DM, Reklame & Design AS
Pb 7011 Majorstuen
0306 Oslo

posten
DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE
NORSK KIRURGISK FORENING 1911
NORGE P.P. PORTO BETALT

BIG news

Resultater fra BIG 1-98 har bidratt til å forandre norske retningslinjer[5]

Aromatasehemmere er nå førstevalg for alle postmenopausale, hormonresepetorpositive brystkreftpasienter.[5]

Aromatasehemmeren som ble brukt i BIG 1-98 studien, Femar, er den eneste aromatasehemmeren som tyder på å gi en forlenget overlevelse hos brystkreftpasienter sammenlignet med tamoxifen, i monoterapi.*[6]

Femar er i tillegg den eneste aromatasehemmeren med data fra tidlig adjuvant behandling som gir signifikant reduksjon av fjernmetastaser sammenlignet med tamoxifen allerede etter 26 måneder.**[1,4]

Femar dataene fra BIG 1-98 har vært med å forandre brystkreftbehandlingen i Norge.[5]



artell.no

Foto: Morten Krogvold

Femar – et enkelt valg?

* Hormonreseptorpositive pasienter
p=0,08 HR=0,87, 95 % CI: 0,75–1,02

** Hormonreseptorpositive pasienter
p=0,001

NOVARTIS ONCOLOGY

Se katalogtekst s. 35

Femar® (letrozol)
– reduserer risikoen for tilbakefall[1,2,3]