

GASTROKURIREN



GASTROKURIREN

TIDSKRIFT FÖR SVENSK GASTROENTEROLOGISK FÖRENING

NUMMER 3 + ÅR 2005 + VOLYM 10

Tidskrift för

Svensk Gastroenterologisk Förening.
Utkommer med 4 nummer per år.

ANSVARIG UTGIVARE:

Christer Staël von Holstein
Kirurgiska kliniken,
Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund
Tel 046-17 23 83
Fax 046-17 23 35
christer.stael_von_holstein@med.lu.se

REDAKTÖR:

Jonas Halfvarson
Mag-tarmsektionen, Medicinkliniken
Universitetssjukhuset,
701 85 Örebro
Tel vx 019-602 10 00, mobil: 0707-52 84 99
jonas.halfvarson@orebroll.se

PRODUKTION:

Mediahuset i Göteborg AB

LAYOUT:

Gunnar Brink
gunnar@mediahuset.se

TRYCK:

Åkessons Tryckeriaktiebolag

Distribueras som posttidning

ISSN 1651-0453

UTGIVNINGSPLAN 2005:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 4:	10 nov	9 dec

INNEHÅLL:

Ordföranden har ordet	3
Från redaktörens bord	5
Avhandling – Malin Lindqvist.....	7
Riksstämmoprogrammet	9
Abstract till Riksstämman.....	11
Tankar om SPUR-inspektioner	12
IBD i på kirurgveckan i Gävle	15
IMID-stipendiet	18
Örebro-High Lights	19
Styrelsepresentation SGF/SEGP.....	23
Kolorektal cancer år 2015.....	24
Nordiskt möte i gastroenterologi.....	26
SEGPs sida.....	29
SYGs sidor	31
Inbjudan till endoskopikurs.....	33
Inbjudan till SADE-kurs	34

NR 3 · 2005 · VOLYM 10

Har vi för många möten?

Så här när sommaren dröjer sig kvar på ett härligt sätt, startar höstens alla aktiviteter och styrelsen förbereder i skrivande stund sitt årliga strategimöte. En av många väsentliga frågor att behandla är: hur ska vi organisera våra framtida vetenskapliga möten? Då jag nyligen bevistat Svensk Kirurgisk Förenings (SKF) 10:e kirurgvecka, i år arrangerad i Gävle, väcker det lite tankar om hur de Svenska Gastrodagarna eventuellt skulle kunna te sig i framtiden.

Kirurgföreningen hade tidigare tre årliga vetenskapliga möten (riksstämman, vårvintermöte, sensommarmöte) samt kongress vart annat år. Då det efterhand blev svårt att samla entusiasm bland medlemmar och utställare för så många möten, kom förslag från Dag Arvidsson och undertecknad att slå ihop alla möten ihop till en Kirurgvecka, vecka 34 varje år, med Surgical Week i USA som förebild. Till att börja med bibehölls full aktivitet på Riksstämman, men tillströmningen av kirurger sinade efterhand och SKF beslutade att inte ha någon egen verksamhet där, men däremot deltagande i multidisciplinära symposier när kirurgisk erfarenhet efterfrågades.

Kirurgveckans program innehåller såväl fria föredrag, postersessioner, symposier, som state-of-the-art-föreläsningar, inbjudna internationella gäster, bakjournkurser och speciella ST-satsningar. Separata program för sjuksköterskor och sekreterare arrangeras, men de uppmuntras också att delta i det ordinarie vetenskapliga programmet. Det står alldeles klart att Kirurgveckan har blivit en stor succé både bland deltagare och utställare. Mötet attraherar nu cirka 1200–1500 deltagare årligen och håller en bra vetenskaplig nivå.

Vetenskapliga möten är kostsamma och måste ske i samarbete med utrustnings- och läkemedelsindustri. Vid förfrågan bland utställare är det alldeles klart att de hittills prioriterat Svenska Gastrodagarna och Kirurgveckan samt det nordiska Gastromötet och mera specialinriktade kurser. Många utställare har helt övergivit Riksstämman. Deltagarantalet har också sjunkit. Riksstämmans ledning har lagt ner mycket möda på att förändra stämman och introducerar i år en delvis ny Riksstämman med speciellt fokus på specialistområden som ni säkert sett i den rikliga annonseringen. Det återstår att se om den nedåtgående trenden kan vändas.



Christer Staël von Holstein
Ordförande i SGF

Vår förening kommer liksom tidigare år att arrangera ett spännande program på Riksstämman, i år onsdag 30/11 och torsdag 1/12. Då kommer också ett nytt koncept att prövas. Det innebär att företag, av riksstämmans ledning, erbjudits att arrangera egna symposier. Dessa symposier kommer att flätas in i eller ligga parallellt med ordinarie vetenskapligt program. Företagens utställning kommer att ligga i nära anslutning till föreläsningssalarna. För vår del innebär det tillskott av tre symposier. Föreningens krav på dessa symposier är att vår vetenskaplige sekreterare godkänt innehåll och deltagare.

Den i tiden närmaste gastroenterologiska höjdpunkten är UEGW i Köpenhamn den 15–19 oktober (se länk på vår hemsida). Det är ett späckat och mycket intressant program och jag räknar med att få se många av föreningens medlemmar i Köpenhamn.

Till våren kommer det kombinerade Nordiska och Svenska Gastroenterologimötet i Västerås den 3–5 maj 2006. Det blir första gången som Svenska Gastrodagarna också kommer att presentera fria föredrag och posters, och vi hoppas att tillströmningen av bidrag blir stort. Deadline för att skicka in abstract är den 1 februari 2006. Mera information kan inhämtas på kongressens hemsida: www.congex.com/ngc2006

Som ni ser är det många vetenskapliga möten. Är det kanske för många? Är tiden mogen för en förändring till att samla alla våra aktiviteter vid endast ett tillfälle per år – Svenska Gastrodagarna? Hör av Er, gärna med debattinlägg i *Gastrokuriren*.

Christer Staël von Holstein
christer.stael_von_holstein@med.lu.se

Bästa Gastro-vänner!

Sensommarens mjuka ljus har falnat och hösten är här. De flesta av oss har ånyo rätat in oss i vardagens rutiner. Ur ett gastroenterologiskt och kirurgiskt perspektiv går vi ett intensivt "läsår" till mötes. UEGW i Köpenhamn står för dörren. Riksstämman går av stapeln i Stockholm i vanlig ordning vecka 48, det vill säga månadsskiftet november-december. Till våren är det dags för det kombinerade Nordiska och Svenska Gastroenterologimötet i Västerås 3–5 maj.

Den forne sekreterarrollen i SGR har förändrats och Magnus Simrén, i egenskap av vetenskaplig sekreterare, och under-tecknad som redaktör kommer växelvis att skriva i *Gastrokuriren*. Som nyutträd redaktör funderar jag ofta över vad du som läsare tycker om *Gastrokuriren*. Finns det något som du saknar i vår tidning? Vad tycker du är bra med den? Jag är synnerligen intresserad av att höra din mening, kontakta mig per e-post, brev eller telefon, du väljer! Anders Sylan gjorde i mina ögon ett enormt arbete med att utveckla *Gastrokuriren* och jag hoppas

att kunna förädla tidningen ytterligare. Min förhoppning är att kunna fokusera på gastroenterologisk och kirurgisk forskning och nationellt medvetandegöra vad som sker utanför det egna universitetet eller sjukhuset. Först ut är Malin Lindqvist som skriver om sin forskning kring purinmetabolism.

I ögonblicket när stafettspinnen byter hand är det lätt att missförstånd uppstår och i detta nummer av *Gastrokuriren* finner du Daniel Sjöbergs, Anna Domeijs och Lars Strandbergs, "high lights" från Fourth Scandinavian Course on IBD, en kurs som vi även skrev om i förra numret av *Gastrokuriren*. Ibland kan det dock vara klokt att blicka tillbaka, vad utföll positivt och vilka misstag skall vi låta bli att upprepa? Vi blickar även framåt med programmet för riksstämman. Inbjuden Bengt Ihre-föreläsare i år är David Adams från Birmingham som kommer att prata om "The gut and the liver". Nytt för i år är de företagssponsrade symposierna och personligen tycker jag att programmet ser riktigt spännande ut. Exempelvis kommer



Jonas Halfvarson

Gert van Assche, Leuven och pratar om deras erfarenheter av biologisk behandling vid IBD.

En av SGFs viktigaste uppgifter är att bevaka utbildningsfrågor. Peter Thelin Schmidt har tagit över som SPUR-ansvarig och berättar i detta nummer om SPUR-inspektionerna som ånyo har tagit fart. Har din klinik/sektion SPUR-inspekterats? Om ej så är det hög tid!

Jonas Halfvarson, redaktör
jonas.halfvarson@orebroll.se



Bengt Ihre-stipendium

Härmed ledigförklaras fyra stipendier ur Bengt Ihre-fonden, två stipendier om 100 000 kr samt två om 50 000 kr.

Stipendierna är avsedda för vetenskapliga projekt inom den kliniska patientnära forskningen, som lön för pre- eller postdoktoral vetenskaplig utbildning företrädesvis utomlands eller för metodutvecklingsarbete vid utländsk institution.

Stipendiet utdelas till läkare/forskare, vilka är medlemmar i Svensk Gastroenterologisk Förening.

Ansökan, som ej kräver särskilt formulär, skall sändas till Dr Magnus Simrén och skall vara honom tillhanda **senast den 15 januari 2006**.

Till ansökan skall bifogas curriculum vitae, beskrivning av planerad forskningsverksamhet med kostnadskalkyl, samt intyg från institutionsföreträdare eller motsvarande om möjlighet att genomföra densamma.

För ytterligare information kontakta Magnus Simrén, vetenskaplig sekreterare, Svensk Gastroenterologisk Förening.

Adress: Sektionen för gastroenterologi och hepatologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg
e-post: magnus.simren@medicine.gu.se

Pharmacogenetic studies of thiopurines – focus on thiopurine methyltransferase

Malin Lindqvist

Klinisk farmakologi, IMV, Hälsouniversitetet, Linköpings universitet, 58185 Linköping
Malin.lindqvist@imv.liu.se, Disputation 050513

Vid laboratoriet för klinisk farmakologi vid Linköpings universitet i Linköping har forskning bedrivits kring tiopuriner sedan 1998. Mer än 5000 laboratorieanalyser av tiopurinmetyltransferas och tiopurinmetaboliter har genomförts på klinisk indikation för att underlätta utvärdering av tiopurinbehandling. Avhandlingen är sprungen ur ett samarbete mellan kliniska farmakologer, gastroenterologer och genetiker vid Linköpings universitet och US i Linköping. Handledare har varit Prof Curt Peterson (klinisk farmakolog), Doc Sven Almer (gastroenterolog) samt Prof Peter Söderkvist (genetiker).

Tiopuriner (6-merkaptopurin, 6-MP, azatioprin, AZA och 6-tioguanin, 6-TG) är en grupp läkemedel som utvecklades av Nobelpristagaren Gertrude Elion redan på 1950-talet. 6-MP (Puri-nethol®) är en av hörnstenarna i underhållsbehandlingen av akut lymfatisk leukemi hos barn, medan AZA (Imurel®) framförallt används för behandling av inflammatoriska tarm-sjukdomar (IBD), samt för att förhindra avstötning av transplanterade organ. 6-TG (Lanvis®) används för behandling av leukemi hos vuxna men har pga. levertoxicitet använts ytterst begränsat vid IBD. Skälen till de olika användningsområdena är snarare olika terapitradition än identifierade skillnader mellan medlens biokemiska effekter. Medlen genomgår en omfattande metabolism i kroppen.

Några metaboliter har identifierats som inaktiva nedbrytningsprodukter t.ex. tiourinsyra. Samtliga tiopuriner bildar samma terminala *fosforylerade* metaboliter (tioguaninnukleotider, TGN), av vilka trifosfaterna kan inkorporeras i DNA och

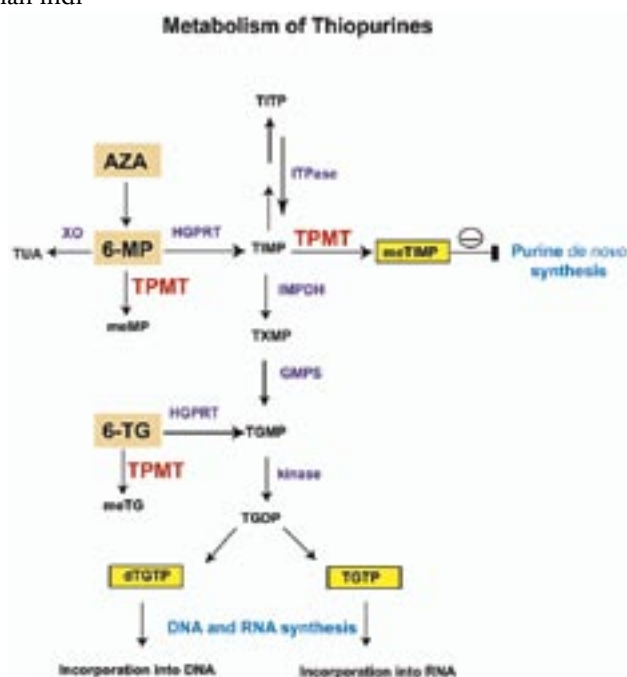
RNA och utöva cytotoxiska effekter. En annan metabolisk väg är *metylering*. Tiopurinmetyltransferas (TPMT) är ett cytosoliskt enzym som katalyserar *metylering* av sulfhydrylföreningar, inklusive 6-MP, 6-TG och AZA. Eftersom metyl-6-MP ej är cytotoxiskt på celler i kultur har man utgått ifrån att en hög metyleringsaktivitet leder till minskad klinisk effekt pga. kompetition med fosforyleringen. Vi menar att detta är en förenklad bild då vissa metylerade metaboliter, t.ex. meTIMP, har hög cytotoxicitet.

Det är väl känt att läkemedel kan ha mycket olika effekter på patienter med samma sjukdom trots att de får samma dos. En viktig orsak till detta är genetiskt betingade skillnader i uttryck av receptorer och aktiviteten av läkemedelsmetaboliserande enzymer. Det finns för vissa läkemedel stora skillnader mellan olika populationer vilket skulle tala för olika dosering till olika etniska grupper men det finns också stora variationer mellan individer i en befolkning baserat på normal genetisk variation, så kallade single nucleotide polymorphisms (SNPs). Kunskaper om den genetiska regleringen av tiopurinmetabolismen har öppnat nya möjligheter att individualisera behandlingen och fokus har sedan början av 80-talet legat på enzymet TPMT.

Enzymaktiviteten av TPMT uppvisar en genetisk polymorfism med trimodal distribution i de flesta befolkningar. Ca 90% har hög enzymaktivitet, 10% har intermediär enzymaktivitet och 1 på 300 har mycket låg enzymaktivitet. Individer med



sänkt enzymaktivitet löper hög risk för biverkningar vid behandling med normala doser tiopuriner då de ackumulerar höga koncentrationer av TGN. Aktiviteten av TPMT mäts i röda blodkroppar (fenotypning), eftersom det är känt att aktiviteten korrelerar med den i vita blodkroppar, lever- och njurceller. Ett alternativ till



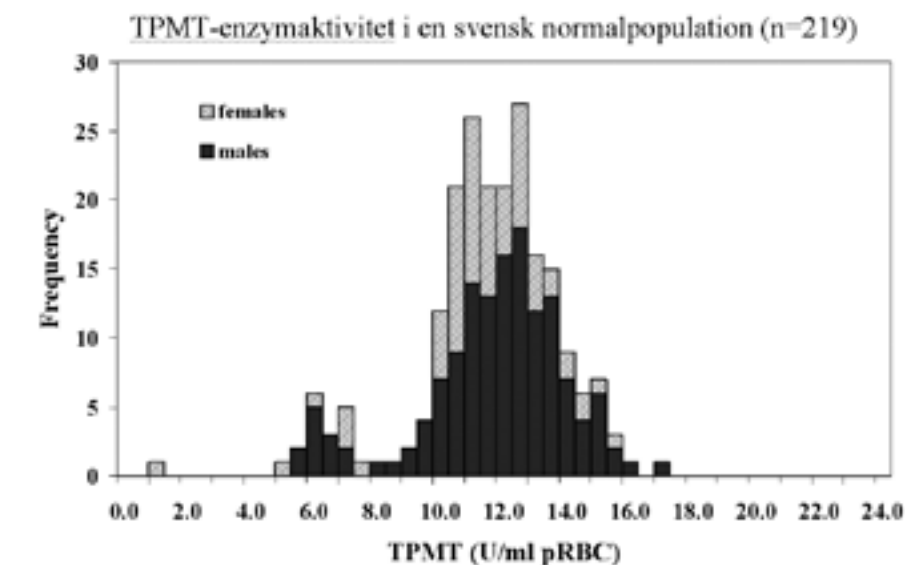
fenotypning är genotypning då man studerar förekomsten av TPMT-polymorfier. Genotypen är alltid densamma hos patienten, medan TPMT-aktiviteten som mäts i de röda blodkropparna kan påverkas av läkemedelsinteraktioner och den aktuella blodkroppsuppsättningen (patienten kan ha fått erytrocyttransfusioner eller ha en störd blodkroppproduktion pga. leukemi).

Det övergripande syftet med avhandlingen var att studera tiopurinens farmakogenetik med fokus på det polymorfa enzymet TPMT.

I studierna har vi satt upp molekylärbio-logiska metoder för att studera TPMT-genen. Dels en realtids-PCR metod för kvantifiering av TPMT-mRNA, och dels en genotypningsmetod för att studera polymorfier i TPMT-genen. Eftersom RNA är mycket instabil i ett vanligt blodprov (som t ex EDTA-rör) har vi därför också utvärderat ett nytt provrör som har tagits fram för att stabilisera RNA under längre tid, vilket skulle möjliggöra att prover skickas med post. I våra studier fann vi att detta rör inte stabiliserade de genprodukter vi studerade, även om den totala integriteten på RNA såg bra ut. Konklusionen blev att det därför är viktigt att undersöka stabiliteten av just den genprodukt man är intresserad av och inte integriteten av total RNA.

Vi undersökte vidare TPMT-aktivitet och genuttryck (mRNA-produktion) hos 39 individer. Vi var särskilt intresserade av relationen mellan genuttryck och enzymaktivitet inom den grupp med hög enzymaktivitet, som inte bär några polymorfier i TPMT-genen. Vi fann att TPMT-genuttrycket korrelerade med TPMT-enzymaktiviteten vid hög enzymaktivitet. Det är således troligt att den variation som finns i gruppen beror på skillnader i mRNA-produktion. Däremot fann vi ingen korrelation hos personer med sänkt enzymaktivitet som bär polymorfier. Detta överensstämmer med att de vanligaste polymorfier inte påverkar genuttrycket i sig, men leder till en snabb nedbrytning av bildat enzym.

Pyrosekvensering är en ny teknik för att enkelt kunna bestämma korta DNA-sek-



venser och metoden är mycket lämplig för att analysera polymorfier. Vi har satt upp metoder för att undersöka 12 olika polymorfier, som leder till sänkt enzymaktivitet. I en biobank med prover från 800 individer födda i Sverige, undersöktes frekvensen av de i andra befolkningar vanliga TPMT-polymorfier. Vi fann att ca 9% av individerna bär en variant TPMT-allel, vanligast var TPMT*3A (i vilken två polymorfier förekommer på samma allel), i överensstämmelse med undersökningar som gjorts i andra kaukasiska befolkningar.

Vi valde sedan ut 30 individer med IBD som inbördes hade stor spridning av enzymaktiviteter. Dessa genotypades för de då 10 kända polymorfier i TPMT-genen. För två obesläktade ungdomar överensstämde inte genotyp och fenotyp. Båda uppvisade en mycket låg enzymaktivitet, vilket indikerar en homozygot defekt genotyp, men de genotypades som heterozygoter för vildtyp-allelen (TPMT*1) och den i västerländsk befolkning vanligaste icke-funktionella allelen (TPMT*3A). Dessa fynd talade för att de kunde vara bärare av hittills okända icke-funktionella alleler. Föräldrarna undersöktes också. Alla protein-kodande delar av TPMT genen sekvenserades hos ungdomarna och föräldrarna. En av ungdomarna bär förutom TPMT*3A-allelen, ett basutbyte i startkodonet av TPMT-proteinet i exon III (TPMT*14). Båda föräldrarna uppvisade en intermediär fenotyp (TPMT-

enzymaktivitet 5,0 U/ml pRBCs och 6,3 U/ml pRBCs). Den nya polymorfin i startkodonet bekräftades hos fadern och modern genotypades som TPMT*1/*3A. Hos den andra ungdomen detekterades ännu en ny allel, som bestod i ett basutbyte i 3' intron VII/exon VIII acceptor splice site (TPMT*15). Både modern och fadern uppvisade en intermediär fenotyp med enzymaktivitet på 5,0 och 6,9 U/ml pRBCs. Den nya splicemutationen bekräftades hos modern, medan fadern genotypades som TPMT*1/*3A.

I studier på barn med leukemi har observerats att TPMT-aktiviteten varit högre efter en tids behandling med tiopuriner jämfört med före start av behandling. Detta skulle kunna bero på enzyminduktion och innebära att läkemedelsdosen egentligen borde ökas under behandlingens gång för att behålla full effekt av behandlingen. För att studera mekanismerna bakom en eventuell sådan induktion har vi följt 60 patienter med IBD som satts in på tiopuriner utefter ett standardiserat doseringsschema. Dosen trappades under de tre första veckorna upp till fulldos. Patienterna har följts med provtagning under 20 veckor. Vi tog prover för mätning av TPMT-enzymaktivitet, TPMT-genuttryck (mRNA) och tiopurinmetabolitnivåer (TGN och meTIMP). Behandlingens effekt och uppkomst av biverkningar registrerades. Av de 60 inkluderade patienterna, exkluderas 1 pga. mkt låg TPMT-aktivitet, 5 pga

non-compliance och 27 pga. biverkningar. Tjugosju patienter fullföljde studien som planerat. Det är sannolikt att den höga biverkningsfrekvensen beror på en väl snabb upptrappning av dosen. Vi fann att TPMT-aktiviteten var stabil under 20 veckors perioden, men att TPMT-genuttrycket sjönk redan efter 1 veckas behandling. Detta fynd är mycket intressant och ska studeras närmare. Vi fann dock att hos individer med låg enzymaktivitet, skedde en viss ökning under behandlingstiden, men inte som en följd av att TPMT-mRNA-produktionen ökade. Individer heterozygota för TPMT*1/*3A hade en lägre sannolikhet att fullfölja studien som planerat jämfört med de som hade två funktionella alleler. Steady-state nivåer av tiopurinmetaboliterna uppnåddes v. 5, dvs. efter två veckor på stabil dos. Vi kunde inte finna några bevis för att interaktioner med 5-ASA preparat påverkade metabolitkoncentrationer i vår studie. Det har förekommit rapporter om att polymorfer i genen för enzymet ITPase skulle leda till ackumulation av toxiska tiopurinmetaboliter, och därmed ge biverkningar. Samtliga patienter genotypades för ITPase polymorfin ITPA94C>A, men vi kunde inte finna någon relation mellan biverkningsförekomst och denna polymorfi. Betydelsen av ITPase för biverkningsuppkomst vid behandling med tiopuriner är alltså tveksam och ITPase-genotypning har idag ingen plats i den kliniska rutinprovtagningen.

Sammanfattningsvis har resultaten i avhandlingen gett oss en ökad förståelse av den genetiska regleringen av TPMT, två nya TPMT-alleler har upptäckts och beskrivits hos två svenskar, och vi har visat att TPMT-aktiviteten generellt inte induceras hos IBD-patienter under tiopurinbehandling. Avhandlingen lägger en grund för bättre möjligheter att individualisera tiopurinbehandlingen av patienter med IBD. I fortsättningen kommer fördjupade mekanistiska studier att genomföras genom att metoder sätts upp för detektion av fler tiopurinmetaboliter i nukleära celler såsom vita blodkroppar och benmärgsblaster, som ju är målcellerna för tiopurinbehandlingen. Andra enzym inblandade i tiopurinmetabolismen (IMPDH och HGPRT) kommer också att studeras närmare.

Program Riksstämman 2005

Gastroenterologi och Hepatologi

Onsdag 30/11

- 09.30–11.00 Sektionssymposium: Gallsten
– aktuellt om uppkomst och behandling
Moderator: Joar Svanvik
Föreläsare: Joar Svanvik, Kurt Einarsson, Kurt Borch, Eric Kullman, Ingvar Haldestam.
- 11.15–12.00 Företagssymposium (Schering-Plough AB)
Evidence and experience of biologic treatment in IBD:
The Leuven experience – Gert van Assche, Leuven, Belgien
- 13.00–14.00 Diabetessektionen
Gastric motility and glycaemic control in diabetes-the chicken and egg revisited – Michael Horowitz, Adelaide, Australien
- 14.30–16.00 Sektionssymposium: ”Fett i levern – är det något vi skall bry oss om?”
Moderator: Ulrika Broomé
Föreläsare: Ulrika Broomé, Rolf Hultcrantz, Stefan Lindgren, Stergios Kechagias
- 16.15–17.00 Företagssymposium (Astra Zeneca Sverige AB)
Hur mår GERD-patienten i Sverige?
Moderator: Lars Agréus
Föreläsare: Lars Agréus, Ingela Wiklund, Rickard Ekesbo
- 17.00–17.30 Rapport från gruppen för Svenska IBD-registret
Pär Myrelid, Peter Andersson

Torsdag 1/12

- 08.30–10.00 Postersession – utvalda postrar presenteras.
- 10.15–11.15 Bengt Ihre-föreläsning
”The gut and the liver” – David Adams, Birmingham, UK.
- 11.30–13.00 Företagssymposium (Otsuka Pharma Scand AB o Calpro AS)
Diagnostik och behandling av IBD – dags för en ny strategi?
Moderator: Tryggve Ljung
Föreläsare: Arne Röseth, Ingvar Bjarnason, Ulf Persson
- 16.30–18.00 Symposium
Behandling av både kropp och själ av godo för patienter med funktionella magtarmsjukdomar.
Moderator: Jan Svedlund
Föreläsare: Jan Svedlund, Gisela Ringström, Henry Nyhlin, Magnus Simrén

Abstract till Riksstämman 2005

1. **Colon lymfocytens proliferation och cytokin produktion hos patienter med IBS.**
Lena Öhman, Ann-Charlotte Lindmark, Stefan Isaksson, Magnus Simrén, Henrik Sjövall.
2. **Colon lymfocytens uttryck av homing markörer varierar med sjukdomsaktivitet hos patienter med ulcerös colit.**
Lena Öhman, Nathalie Holmén, Stefan Isaksson, Henrik Sjövall.
3. **Diagnos av hepatocellulär cancer före och efter kontrastförstärkt ultraljud hos hepatit C infekterade patienter med levercirrhos.**
Nogol Rahbin, Anna-Karin Siösteen, Anders Elvin, Karin Hagen, Rolf Hultcrantz, Soo Aleman.
4. **En kvalitetsutvärdering av PPI-användandet på Dalby Vårdcentral.**
Rickard Ekesbo.
5. **En prospektiv, multicenter, randomiserad enkel blind, parallell grupp fas IV studie som jämför endoskopisk cardiasutur och skenoperation i behandlingen av vuxna patienter med gastroesofageal refluxsjukdom – CHOICE.** Per-Ola Park, Marianne Hall-Angerås, Hans-Olof Håkansson, Bo Ohlin, Folke Johnsson.
6. **Får IBS-patienten av idag en optimal behandling? Resultat från enheten för funktionell gastroenterologi vid SU/Östra.**
Elsa Eriksson, Kristina Andrén, Henry Eriksson, Göran Kurlberg.
7. **Magtarmsbesvär hos 50 åriga kvinnor uppvisar ett starkt samband med psykosomatik. Studien 1943 års män samt 1953 års män och kvinnor. En fortsättning på studien "1913 års män".**
Elsa Eriksson, Saga Johansson, Marianne Wallander, Catharina Welin, Göran Kurlberg, Henry Eriksson.
8. **Minskat antal IgA+ plasma celler i colon ascendens hos patienter med IBS.**
Johan Forshammar, Stefan Isaksson, Magnus Simrén, Henrik Sjövall, Lena Öhman.
9. **Patienter med aktiv ulcerös colit har en ökad frekvens regulatoriska T celler i tjocktarmens mukosa i jämförelse med patienter i remission.**
Nathalie Holmén, Anna Lundgren, Samuel Lundin, Anna Rudin, Henrik Sjövall, Lena Öhman.
10. **Serologisk diagnostik av gastrit och identifiering av riskgrupper för utveckling av ventrikeltumörer.**
Rickard Ekesbo, M Ito, S Takata, Erik Mårdh, Kurt Borch, Sven Mårdh.
11. **Slaggfri kost som alternativ till fasta inför tarmundersökning.**
Eva Olausson, Anders Kilander, Adam Bark, Cristian Wesslau, Mette Axelsen.
12. **Sömnpåbråd är vanligt hos patienter med irritable bowel syndrome (IBS) och inflammatorisk tarmsjukdom (IBD).**
Magnus Simrén, Jan Svedlund, Iris Posserud, Einar Björns-son, Hasse Abrahamsson.
13. **Tio års uppföljning av patienter behandlade för svår attack av ulcerös colit.**
Anders Gustavsson, Jonas Halvarsson, Hanna Sandberg-Gertzén, Curt Tysk, Gunnar Järnerot.
14. **Vilken betydelse har ineffektiv esofagusperistaltik för transit i esofagus?**
Magnus Simrén, Pernilla Lundgren, Gisela Ringström, Hasse Abrahamsson.
15. **Är IBS-skola ett effektivt sätt att öka patienters välbefinnande samt egenvårdsförmåga vid irritable bowel syndrome (IBS)?**
Gisela Ringström, Stine Störsrud, Sara Magnusson, Berndt Westman, Hasse Abrahamsson, Magnus Simrén.
16. **Differentialdiagnostisk betydelse av inflammatoriska förändringar och förekomst av Helicobacter Pylori i övre mag-tarmkanalen hos patienter med inflammatorisk tarmsjukdom.**
Margareta Danelius Gedin, Åke Öst, Henry Nyhlin, Annika Lapidus.

Tankar om SPUR-inspektioner inom medicinsk gastroenterologi och hepatologi

Jag har tagit över som samordningsansvarig för SPUR-inspektionerna efter Anders Rönnblom och vill berätta lite om mina tankar och planer för framtidens inspektioner inom gastroenterologi och hepatologi.

Jag är specialistläkare på Karolinska Universitetssjukhuset, som det numera heter. Klinikerna inom medicinsk gastroenterologi och hepatologi i Huddinge och Solna (gamla Karolinska Sjukhuset) är sedan mitten på september 2005 lagt samman till en klinik.

Jag är dansk och kom till Sverige 1999 för att forska under ett år, men har varit fast i Sverige sedan. En del av min specialistutbildning har jag från Danmark och en del från Sverige. Sedan 2002 är jag specialist i gastroenterologi och hepatologi och 2003 blev jag specialist i invärtesmedicin.

Generellt upplever jag den svenska modellen för ST-utbildning som välfungerande. En viktig orsak till att jag 2000 valde att slutföra min specialistutbildning i Sverige, istället för att åka tillbaka till Danmark, var just kontinuiteten, flexibiliteten och det stora intresset för utbildning som finns i Sverige. Därmed inte sagt att allt är idealiskt. Det finns mycket som kan förbättras i ST-utbildningen.

Vad skall vi då med SPUR-inspektionerna till? Det grundläggande tycker jag är, att vi alla inklusive de inspekterade klinikerna skall se inspektionerna som en möjlighet att förbättra ST-läkarnas utbildning. Intrycket sedan tidigare är att ST-utbildningen påverkats i positiv riktning på inspekterade kliniker.

Det praktiska förfarandet vid en inspektion börjar med att vederbörande verksamhets- eller sektionschef avtalar med samordnande SPUR-inspektör att man gärna vill ha en inspektion utförd. Inför inspektionen skickas det ut frågeformulär till både klinikchefen och till alla ST-läkare på kliniken som ger inspektörerna ett underlag för samtalen under inspektionen. Inspektionen genomförs antingen

under en dag eller två halvdagar, avhängigt av geografi och restid för inspektörerna. Det centrala vid själva inspektionen är att inspektörerna får prata med majoriteten av ST-läkarna på kliniken. Dessutom berättar klinikchefen om kliniken och man ser på faciliteterna. Om möjligt pratar man också med en eller fler av ST-handledarna. Vanligen ger inspektörerna en preliminär muntlig feedback vid avslutningen av inspektionen.

Kliniken betalar 15 000 kr för inspektionen. Denna kostnad täcker resor, uppehälle och kostnad till SPUR-kansliet. Inspektionerna för gastroenterologi och hepatologi har sitt eget konto med målet att utgifter och intäkter skall gå jämnt ut.

Inspektörerna sammanställer sedan inspektionen och ger poäng enligt riktlinjer från Svenska Läkarförbundet. Följande sju frågor skall man efter inspektionen kunna besvara och poängsätta:

- 1) Är klinikens verksamhet så *allsidig* att målbeskrivningen kan uppfyllas?
- 2) Är *läkarstaben* så stor och kompetent att målbeskrivningen kan uppfyllas?
- 3) Är *lokaler*, allmän och specifik *utrustning* sådana att målbeskrivningen kan uppfyllas?
- 4) Är tjänstgöringen så *organiserad* att målbeskrivningen kan uppfyllas?
- 5) Är *utbildningsklimatet* sådant att målbeskrivningen kan uppfyllas?
- 6) Är den *teoretiska utbildningen* sådan att målbeskrivningen kan uppfyllas?
- 7) Finns det möjligheter till *forskning* och utvecklingsarbete?



Peter Thelin Schmidt

De första 6 frågorna kan ge poäng från 0 till 3 (3 = utmärkt/föredömligt, 2 = bra, 1 = vissa brister, 0 = väsentliga brister). Möjlighet för att delta i forskning kan bedömas med ja (1) eller nej (0). Utöver poängen omfattar den skriftliga rapporten en kortfattad verbal bedömning.

Vid varje inspektion bör två inspektörer vara med. Om möjligt bör den ene vara från ett stort sjukhus (universitetssjukhus) och den andre från ett mindre sjukhus. Dessutom är det önskvärt att den ena är en erfaren specialist och den andra en yngre specialist/ST-läkare.

Svensk Gastroenterologisk Förening har som målsättning att alla kliniker som utbildar specialister i gastroenterologi och hepatologi blir inspekterade. Dessutom bör inspektioner ske ungefär vart 5:e år på alla dessa kliniker. Många kliniker har inte blivit inspekterade på mera än 10 år och det är därför hög tid att så sker igen.

Jag är mycket tacksam för idéer eller synpunkter, så skicka gärna ett mail till mig.

Peter Thelin Schmidt
peter.thelin.schmidt@medks.ki.se

IBD på Kirurgveckan i Gävle

Kirurgveckan 2005 – den tionde i ordningen – gick av stapeln på högskolan i Gävle under fjärde veckan i augusti.

Som tema hade man valt devisen "En brinnande vecka" – naturligtvis ursprungligen valt med dubbeltydig syftning på den riksbekanta stora julbock som vanligen blir eldhärjad på torget i staden.

Men i mitten av maj brann även det anrika, och sedan länge fullbokade, Centralhotellet och i ett slag försvann där 225 hotellrum.

– Eftersom det totalt handlade om ca 1 450 anmälda deltagare totalt, inklusive 200 representanter för industrin, så ställde det naturligtvis till vissa logistiska problem för oss, säger Tomas Roslund på Resekompani AB, som var Kirurgveckans kongressbyrå och därmed ansvarade för bl.a. registrering av deltagare samt hotell för dessa.

Han fortsätter med att berätta att de lyckats sy ihop det hela till slut.

– Vi gick ut via mail och värdjade till alla som kunde tänka sig att dela ett dubbelrum, och så har vi fyllt alla tillgängliga sängplatser i närliggande Sandviken, knappt en kvart bort via motorväg.

Stort intresse

Det var alltså ett mycket imponerande antal deltagare som anmält sig till Kirurgveckan. Vi får ytterligare lite statistik av Tomas:

– 44% av deltagarna – industrins representanter oräknade – var specialister, 13% ST-läkare, 33% sjuksköterskor, 7% sekreterare och slutligen 3% övriga – pensionärer m.fl.

Även allmänheten hade tillträde till några av föreläsningarna – de handlade bl.a. om övervikt och om Läkare Utan Gränserns hjälparbete.

Flytande gränser

Under torsdagen ägnades ett symposium åt Inflammatorisk tarmsjukdom. Inger Magnusson och Tom Öresland (tidigare ordförande i SGF) var moderatorer.

– Här på Kirurgveckan diskuterar vi den kirurgiska behandlingen av kolorek-



tala sjukdomar. Hur vi ska utveckla våra metoder och förstå bakomliggande faktorer, säger Tom.

– Gränsen mellan kirurgi och gastroenterologi är ofta flytande. Vi har samma intresseområde som gastroenterologerna – särskilt inom IBD.

Livskvalitet

Först ut på detta symposium var sjuksköterska Ina Berndtsson från Kolorektalenheten SU/Östra i Göteborg.

Tillsammans med Elisabet Lindholm, Lars Börjesson och Tom Öresland har Ina gjort en studie med syftet att beskriva långtidsresultat av tarmfunktion och hälsorelaterad livskvalitet (förkortas HRQL), samt funktionens inverkan på HRQL, hos personer opererade med bäckenreservoar.

Ina disputerade 2003 med livskvalitet hos patienter med ulcerös colit – med inriktning på fertilitet och sexualitet. För *Gastrokuriren* berättar hon att efter disputationen har hon gjort en studie på patienter med Kock-reservoar och deras HRQL efter 30 år. Det visade sig att dom inte tyckte att de var några patienter längre och de flesta hade inte längre någon kontakt med sin kolorektalkirurg eller stomiterapeut.



Ina Berndtsson talade om hälsorelaterad livskvalitet.

– Jag var även intresserad av hur det fungerade hos personer med bäckenreservoar efter som det nuförtiden är den operationen som utförs då patienten med ulcerös colit behöver opereras, förklarar Ina.

– Vi var bl.a. intresserade av vad som karakteriserade god livskvalitet. Det var främst tre faktorer som visade sig vara vik-



Markku Haapamäki visade att det lönar sig att träna i endoskopisimulator.

tiga. Det var familjen, hälsan – och som nummer tre kom tillgång till toalett. Det sistnämnda kände vi inte igen från den tidigare Kock-studien.

Skiljde sig inte från referenspopulationen

Den nya studien har genomförts med hjälp av en enkät som besvarats av 259 personer opererade med bäckenreservoar pga. ulcerös colit.

Uppföljningstiden var från 10 till 21 år (median 15 år). Deltagarna besvarade ett etablerat frågeformulär om tarmfunktion som antal tarmtömningar och frågor om inkontinens.

Studiepopulationens HRQL jämfördes med en individuell ålder och könsmatchad referenspopulation.

När man tittade på utfallet visade det sig att 95% av deltagarna var nöjda med sin reservoarfunktion. Tömningsfrekvensen var median 6 gånger per 24 h, 75% fick gå upp på natten för att tömma reservoaren en eller flera gånger i veckan. Natliga läckage förekom någon eller några gånger per vecka hos 53% av männen och hos 34% av kvinnorna.

– Det var överraskande att det var så vanligt med läckageproblem – främst hos männen, svarar Ina när vi ber henne kommentera resultatet.

– Med tanke på kvinnors bäckenbotten och barnafödande trodde vi att det var ett kvinnoproblem.

Konklusionen av studien är att efter femton år var majoriteten av personerna med bäckenreservoar nöjda med sin tarmfunktion, och de hade även god allmän

hälsa. Män besvärades oftare av nattliga läckage, och stigande ålder medför en försämring av tarmfunktionen.

Som grupp skiljer sig personernas HRQL inte från referenspopulationen – och det resultatet var inte lika överraskande för Ina.

– Det såg vi redan när vi gjorde studien på personerna med Kock-reservoar, förklarar hon.

Val av behandling

Pär Myrelid, kirurgiska kliniken i Linköping, berättade om en studie med namnet *Utfall av primärbehandling av Crohns sjukdom*.

Bakgrunden till studien var att kirurgi initialt var den enda behandlingen vid Crohns sjukdom, men under de senaste decennierna har medicinsk behandling blivit alltmer effektiv, och anses som förstahandsbehandling idag.

Man ville undersöka om det fanns någon skillnad i integrerat symptomindex mellan de patienter som genomgått kirurgisk primärbehandling och de som genomgått medicinsk primärbehandling.

– Från vår lokala databas över patienter med Crohns sjukdom sökte vi fram alla patienter från Universitetssjukhuset i Linköpings primära upptagningsområde som fått diagnosen under perioden 1990–1999. Patienterna har under denna tid följts prospektivt med registrering av bl.a. sjukdomsutbredning, medicinska behandlingar, operationer och symptomskattningar med ett formaliserat index, berättade Pär.

– Patienterna grupperades efter den primära åtgärden efter diagnos, medicinsk eller abdominell kirurgisk behandling.

Konklusionen i denna studie blev att patienternas symptombörda inte verkar påverkas av valet av den primära behandlingen vid Crohns sjukdom. Patienter med primärt ileal eller ileocekal sjukdom, och som inte svarat på medicinsk behandling inom den första tremånadersperioden,



”Gränsen mellan kirurgi och gastroenterologi är ofta flytande”, säger Tom Öresland som tillsammans med Inger Magnusson var moderator.

uppvisar dock en ökad risk att opereras tidigt – trots fortsatta medicinska behandlingsförsök.

Övervakning effektivt

Jan Lindberg från verksamhetsområde Kirurgi i Örnsköldsvik, presenterade en studie som handlade om *Effektivitet vid koloskopisk övervakning av patienter med ulcerös kolit*.

Man har studerat 204 patienter (varav 82 kvinnor) mellan år 1977 och 2002. 165 av dessa hade extensiv kolit och 69 vänstersidig kolit. Compliance var god: 23 patienter flyttade ut och 13 patienter uteblev från kontroller.

Två patienter avled till följd av ulcerös kolit (en pga. kolorektal cancer och en pga. fulminant kolit). Kolorektal cancer återfanns hos åtta av patienterna.

Slutsatserna blev att koloskopisk övervakning av patienter med ulcerös kolit är ett effektivt sätt att minska risken för dödlig kolorektal cancer. Man kom också fram till att en restriktiv attityd till kirurgi kan försvaras, om det föreligger god compliance hos patienter och organisationen är flexibel.

Övning ger färdighet

Endoskopisimulator visar skillnad i effektivitet mellan olika kompetensgrupper – det var rubriken på Markku Haapamäki från kirurgiska kliniken, Norrlands universitetssjukhus i Umeås poster.

Markku presenterade själv sina rön under postervandringen.

Undersökningens syfte var att studera om en endoskopisimulator kan visa relevanta skillnader mellan läkargrupper med olika tidigare erfarenhet av endoskopi. Grundantagandet var att mer erfarna endoskopister gör ett effektivare endoskopiarbete än de som har mindre erfarenhet. Frågan var om en simulator kan visa dessa antagna skillnader mellan olika kompetensgrupper?

– Vi mätte denna effektivitet av arbetet genom att studera den tid det tog för dem att nå målet, och lade samman denna tidsfaktor med en areafaktor som bestod av hur stor del av slemhinnan som blev inspekterad, berättade Markku.

18 läkare på kirurgkliniken hade delats in i fyra kompetensgrupper på basen av tidigare endoskopierfarenhet. Alla för-



Lena Sager och Mikaela Westlund från Meda...



...återsåg en nöjd patient.

sökspersoner fick tillfälle att prova på simulatorn under 30 minuter då det gjordes en sigmoideoskopisimulering och en gastroskopisimulering. Den egentliga test-simuleringen av koloskopi gjordes strax efter träningen och fick pågå i högst 30 minuter.

– Det visade sig att de som skoperat tidigare, är duktigare på simulatorn också. Vi har alltså ett klart samband mellan tidigare skopierfarenhet och prestation på simulatorn vilket tyder på att simuleringen har ett samband med verklig skopi, resonerade Markku.

– Det nog är bra för läkare i upplärningsfas att lägga tid på att träna på simulatorn, konstaterade Markku som tyckte att det varit en rolig studie att göra, trots att resultatet blev det han hade väntat sig.

Patient på återbesök

På högskolans gårdsplan, mellan de olika föreläsningssalarna, hade man satt upp ett stort tält. Här serverades lunch och kaffe, och här kunde man även besöka de drygt 60 olika utställarna.

Som vi redan berättat, hade allmänheten tillträde till en del av föreläsningarna och det visade sig att det inte bara var sjukvårdspersonal som besökte utställningen. När vi hälsade på i MEDA:s monter, dök det också upp en tacksam patient!

Just när vi stod och talade med Lena Sager och Mikaela Westlund från MEDA, kommer en herre fram och hälsar. De

kände genast igen honom och det blev ett glatt återseende.

Det handlade om den gastrostomiport som MEDA marknadsför. Patienten hade akut opererats, och på det sjukhus där han vårdades hade man inte haft den storlek på gastrostomiporten som krävdes. Man hade då ringt till MEDA och det var just Lena och Mikaela som hade personligen åkt dit för att leverera den.

De hade även träffat patienten på avdelningen för att informera honom om hur den fungerade. Nu stod han där framför montern, mer än ett år senare. På vår uppmaning knäppte han gärna upp skjortan och visade ”knappen”.

Bocken redan på plats

Kirurgkliniken i Gävle stod som arrangör för Kirurgveckan tillsammans med Svensk Kirurgisk Förening – som detta år firade sitt hundraårsjubileum.

Kanske det var för att fira detta som julbocken i Gävle valt att göra ett ovanligt tidigt framträdande detta år. Direkt innanför tältets entré kunde man beskåda honom – *Rudolf 1 2005*. Visserligen inte helt fullvuxen ännu – men det är ju ett tag kvar till jul...



Per Lundblad

ÖREBRO-High Lights

4th Scandinavian Course on Inflammatory Bowel Disease



Salvador Peña



Johan Söderholm och Jonathan Rhodes



Eduard Stange och Derk Jewell

Inledning

Den 4:e skandinaviska IBD-kursen gick av stapeln 13-15 april i Örebro. Kursen röner ett allt större intresse och över 400 deltagare hade mött upp i Örebro. Intresset är lättförståeligt. Kursledningen hade mönstrat en internationell mycket namnkunnig grupp föreläsare som gav en fullständig bild av kunskapsläget. Förutom de utmärkta föreläsningarna bjöds det på party på Örebro slott och middag på Conventum med en trollkarl som bland annat opererade Tom Öresland arm utan bedövning på scen...

Mikroskopisk kolit (MC)

MC har tilldragit sig ett allt större intresse och eftersom Örebro är ett ledande centrum inom forskningsfältet hölls intressanta inlägg om både bakgrund (Curt Tysk) och behandling (Johan Bohr). Incidensen av MC har ökat betydligt under 90-talet och närmar sig den för de klassiska IBD. En flitigare diagnostik är sannolikt en delorsak. MC diagnostiseras hos 10% av patienterna som undersöks för kronisk icke-blodtillblandad diarré. Inskränker man patientgruppen till de över 70 år dubbleras siffran. Även om typ-patienten är den medelålders kvinnan (särskilt för Kollagen Kolit) är 25% av patienterna under 45 år vid diagnos. Orsaken är oklar men initiering av åkomsten kan noteras hos patienter som medicinerat med SSRI, NSAID och PPI. För adekvat diagnos krävs biopsier proximalt om rektum och

preparat med kryptorna snittade i vertikalplanet. Prognosen är god. Budesonid är i många fall den bästa behandlingen, även om en del lättare fall kan kontrolleras med loperamid eller cholestyramin.

Epidemiologi

Annika Lapidus redogjorde för nya data från 90-talsstudier, enligt vilka den högsta incidensen av UC finns i Kanada, Island och Norge: 15/100 000. En lika hög incidens av CD finns i Kanada medan CD-incidensen i Skandinavien och Storbritannien ligger kvar på 5-6/100 000.

Den nyligen genomförda uppföljningsstudien av CD i Stockholm (1990-2001) visar en incidensökning på 80% jämfört med föregående decennium. Medelincidensen för perioden var 8,3/100 000. Prevalensen i området för CD den 1 jan 2002 var 202/100 000 invånare.

Miljö- och livsstilsfaktorer

Kommer statiner att i framtiden ingå i vår behandlingsarsenal vid CD? Under Gunnar Järnerots genomgång framgick de gemensamma riskfaktorerna för CD och IHD tydligt.

Fysisk aktivitet och rökstopp minskar risken för CD betydligt. P-piller ökar risken för CD med kanske upp till 50%. I en intressant brittisk studie drogs slutsatsen att antibiotikaförbrukning 2-5 år före CD-diagnos svarade för 17% av de CD-fall som sedan inträffade. Järnerot sammanfattade att variabiliteten av risk-

faktorer starkt indikerar att särskilt CD kan utgöra flera sjukdomar med histologiska och kliniska likheter.

Samspel mellan tarmfloran och epitelet

Årets Bengt Ihre-föreläsning höll av Jonathan M Rhodes från Liverpool. Han presenterade hypotesen att CD tycks vara en sjukdom som beror på störd fagocytfunktion. NOD2/CARD15-genen kodar för ett protein i makrofagernas cytoplasma. Vid störd funktion i proteinet kan inte fagocyterade bakterier avdödas. E Coli, Listeria och streptokocker har hittats i makrofager hos CD-patienter. Mannan som förekommer i flera bakteriers cellvägg motverkar fagocytfunktionen och förekommer bland annat hos mykobakterier.

Behandling av svårt skov av ulcerös kolit

Professor Derek Jewell från Oxford diskuterade handläggningen av ulcerosapatienten med svårt skov, bäst karakteriserad genom Truelove och Witts kriterier. Behandlingens grund är intravenösa steroider. Tarmvila har inte visat sig påverka läkningsförloppet. Heparin eller lågmolekylärt heparin bör ges trombosprofylaktiskt. Antibiotika ges inte rutinmässigt, men har sin givna plats om patienten utvecklar en toxisk megakolon, eller vid kolonperforation. En patient som efter 3 dygns behandling har >8 tarmtömningar eller 3-8 tarmtömningar i kombination med CRP>45 har 85% risk för akut operation. ☺

I Oxford är Cyklosporin standardbehandling för patienter som inte svarar på steroidbehandling, i doser om 2–4 mg/kg, iv eller po. 65–85% av patienterna går i remission på detta och undviker akut kolektomi. Även infliximab inducerar remission i 66–100% av steroidrefraktära fall. Vid otillfredsställande effekt efter 7–10 dagar bör dock kolektomi tillrådas, eftersom förlängd terapi med steroider och annan immunmodulerande behandling kan öka postoperativ morbiditet och mortalitet.

Kroniskt aktiv ulcerös kolit

När aminosalicylater och steroider inte räcker till... Robert Löfberg från Stockholm presenterade de aktuella behandlingsalternativen, där förstahandsmedlen utgörs av azatioprin och 5-merkaptopurin. Även infliximab har visat sig bättre än placebo vad gäller remissionsinduktion och upprepade infusioner kan upprätthålla responsen. Antisense är under utveckling – lavemang innehållande oligonukleotid mot adhesionsmolekylen ICAM-1 (ISIS 2302, Alicaforsen) har visat sig effektiv i randomiserade kontrollerade studier. En annan målkandidat är transkriptionsfaktorn NFκB, som tros kontrollera produktionen av flera proinflammatoriska nyckelcytokiner, däribland TNF-alfa.

Extrakorporeal leukocytaferes (Adacolumn och Cellsorba) är en icke-farmakologisk behandlingsmetod, med hög



tolerabilitet och låg toxicitet, där man via ett venovenöst lågflödessystem filtrerar 1800–3000 ml blod under ca 1 timme, 1–2 gånger i veckan i upp till 5 veckor. Denna metod har i studier visat sig inducera remission och effektiviteten är under utvärdering.

Nya biologiska substanser är fortlöpande under prövning, såsom CD3mAB, mAB mot integriner, antiinflammatoriska peptider och PD-inhibitorer m.fl.

Behandling av Crohn

Det finns numera övertygande data som talar för att fler patienter med CD skall ha immunosupprimerande behandling. Brian Feagan från Kanada målade upp tre porträtt av kliniker med olika temperament. Den fege som initierar behandling efter upprepade skov eller steroidberoende, den medelmåttige som initierar behandling vid andra skovet och den

modige som behandlar redan i samband med första skovet parallellt med steroider och annan remissionsbehandling. Vilket som är rätt strategi är inte klarlagt än, men studier är på väg. I Kanada används methotrexat 15–20 mg subkutant i stor utsträckning istället för purinantimetaboliter. Övergång till peroral behandling sker först efter ett års remission.

Anemi vid IBD

Christoph Gasche från Wien höll en intressant föreläsning om anemi, som förekommer hos ca 30% av IBD-patienterna, dels till följd av blodförluster i tarmen och dels till följd av den kroniska inflammationen. Man har sett att anemi kraftigt sänker livskvaliteten hos dessa patienter, något som stärker behandlingsindikationen. För patienter med Hb < 120 och ferritin < 20 rekommenderades intravenös administration av järnsackaros (Venofer), i terapiresistenta fall med Hb < 100 och transferrin < 2,9 tillägg av erythropoietin. Vad gäller peroral järntillförsel bör dosen ligga på 30 mg/dygn, eftersom högre doser i sig kan förvärra koliten. Po järntillförsel rekommenderades därför endast till patienter med järnbrist och Hb > 120.

Daniel Sjöberg, Anna Domeij
och Lars Strandberg
Medicinkliniken
Falun lasarett



Resestipendier Nordiska mötet i Västerås 3–6 maj 2006

Härmed ledigförklaras tio resestipendier à 5 000 kronor för besök vid Nordiska mötet till föreläsning för yngre läkare och ST-läkare i kirurgi eller medicinsk gastroenterologi.

Stipendiet utdelas till läkare, vilka är medlemmar i Svensk Gastroenterologisk Förening.

Ansökan, som ej kräver särskilt formulär, insändes tillsammans med enkelt curriculum vitae

senast den 15 januari 2006 till

Dr Magnus Simrén

Sektionen för gastroenterologi och hepatologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg
e-post: magnus.simren@medicine.gu.se



Christer Staël von Holstein
Ordförande
Kirurgiska kliniken,
Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund
Tel 046-17 23 83
Fax 046-17 23 35
E-post: christer.stael_von_holstein@med.lu.se



Ulrika Broomé
Vice ordförande
Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge,
141 86 Stockholm
Tel 08-58 58 00 00
Fax 08-58 58 23 35
E-post: Ulrika.broome@medhs.ki.se



Magnus Simrén
Vetenskaplig sekreterare
Sektionen f gastroenterologi och hepatologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
Tel 031-342 63 89
E-post: Magnus.simren@medicine.gu.se



Lars Börjesson
Kassör
Kirurgkliniken
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra
416 85 Göteborg
Tel: 031-343 40 00, fax: 031-25 14 63
E-post: lars.g.borjesson@vgregion.se



Fredrik Linder
Ledamot
Medicinkliniken, Centrallasarettet
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra
721 89 Västerås
Tel: 021-17 30 00, Mobil: 0708-18 25 65
E-post: frekokul@yahoo.se



Erik Hertervig
Facklig sekreterare
Sektionen för gastroenterologi
Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund
Tel 046-17 26 75
E-post: erik.hertervig@skane.se



Hanna Sandberg-Gertzén
Hepatologiansvarig
Med.kliniken, Universitetssjukhuset,
701 85 Örebro
Tel vx 019-602 10 00
E-post: hanna.sandberg-gertzen@orebroll.se



Per-Ove Stotzer
Endoskopiansvarig
Gastrosektionen, Medicinkliniken
Sahlgrenska Sjukhuset
Tel 031-342 10 00
E-post: stotzer@medic.gu.se



Jonas Halfvarson
Redaktör
Mag-tarmsektionen, Medicinkliniken
Universitetssjukhuset,
701 85 Örebro
Tel vx 019-602 10 00, mobil: 0707-52 84 99
E-post: jonas.halfvarson@orebroll.se



Henrik Forssell
Webbmaster för SGFs webbplats.
Kirurgkliniken Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona
Tel 0455-73 10 00
E-post: henrik.forssell@ltblekinge.se



Ordförande:
Ingrid Karström
Endoskopienheten
Centralsjukhuset, Kristianstad
Tel 044-13 12 31
Fax 044-13 12 55
ingrid.m.karstrom@skane.se



Vice ordförande:
Annika Olsson
Klin. f. Gastroenterologi & Hepatologi
Karolinska Universitetssjh, Solna
171 76 Stockholm
Tel 08-5177 2883
Fax 08-5177 5768
annika.e.olsson@karolinska.se



Sekreterare:
Mirjam Bjurek
Endoskopimottagningen
KSS Skövde
mirjam.bjurek@vgregion.se



Kassör:
Berit Persson
Endoskopienheten, Kir Spec mott
Universitetssjukhuset Lund
221 85 Lund
Tel: 046-171334
Fax: 046-172004
berit.persson@skane.se



Ledamot:
Inger Löfberg
Endoskopiskt Centrum Medicin
Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-6163258
Fax: 08-6163254
inger.lofberg@sodersjukhuset.se



Ledamot:
Mona Olofsson
Endoskopimottagningen
Avesta Lasarett
mona.e.olofsson@ltdalarna.se



IT-tipset

På grund av utrymmesbrist tvingas vi ställa över IT-tipset i detta nummer av *Gastrokuriren*. Nästa del i artikelserien kommer därför att publiceras i nummer 4.

Redaktionen

Kolorektal cancer år 2015

Koloncancer nästa stora utmaning

Artikeln sampubliceras i Svensk Kirurgi.

Behandlingen av koloncancer är nästa stora utmaning för kolorektalkirurgin. Förbättrad operationsteknik med beaktande av embryologiska plan och adekvat lymfbankkirurgi kan förbättra behandlingsresultaten till samma nivå som för rektalcancer. Tillsammans med bättre och individualiserad adjuvant behandling kan femårsöverlevnaden efter operation för kolorektal cancer om 10 år närma sig 65%. Styrelsen för svensk förening för kolorektal kirurgi presenterar sitt första dokument i projektet "Kolorektal kirurgi 2015", som avser att initiera en diskussion om hur kolorektal kirurgi bedrivs i Sverige om 10 år. Nästa dokument kommer att handla om inflammatorisk tarmsjukdom.

År 2015 diagnosticeras 5500 fall av kolorektal cancer i Sverige och 5000 kommer att opereras.

Kolorektal cancer är den tumörsjukdom som i Sverige skördar flest liv. Prevalensen är högst hos dem över 65 år, en andel av befolkningen som beräknas öka från nuvarande 18% till 20%. Medellivslängden för kvinnor förväntas vara oförändrad, 82 år, medan männens medellivslängd ökar från 77 år till 80 år. År 2002 diagnosticerades 1561 fall av rektalcancer i Sverige varav 92% opererades i någon form. 1999 diagnosticerades 3543 fall av koloncancer i landet. År 2015 förväntas 1700 fall av rektalcancer diagnosticeras varav närmare 1600 kommer att bli föremål för operation. 3800 fall med koloncancer diagnosticeras varav 3400 blir föremål för operativ behandling. Det innebär en ökning av antalet operationer för kolorektal cancer med 9%.

Screening för kolorektal cancer bör införas. Populationsbaserad screening med faeces Hb har ett bevisat värde och tumörstadiet förskjuts mot ett större antal körtelnegativa tumörer. En minskad cancerrelaterad dödlighet kan förväntas med screeningprogram baserade på positivt faeces-Hb men det är inte säkerställt att det också medför en reducerad absolut dödlighet. Tumörer som upptäcks i tidigare stadium betyder att kostnaderna för adjuvant cytostatikabehandling kan reduceras avsevärt, en viktig faktor när hälsoekonomin för screening

diskuteras. Nya metoder för screening baserade på cytogenetik där cancerframkallande mutationer analyseras i faeces är under utveckling. Metoderna är lovande men kräver fortsatt utvärdering. Sådan screening kan bli en del av primärpreventiv vård till år 2015. Sverige har idag väl fungerande rutiner för screening av högriskgrupper som familjär polypos och familjär icke polypös koloncancer. Det finns också goda skäl att i framtiden införa screening för förstahandsanhöriga till patienter med koloncancer, vilka har förhöjd risk.

Behandlingsbeslut tas inom multidisciplinära team.

Multidisciplinära team utreder och tar beslut om behandling. Teamet består av kolorektal kirurg, onkolog, patolog, radiolog, specialistsjuksköterska och i förekommande fall stomiterapeut, leverkirurg och lungkirurg. Samtliga beslut, gällande kirurgi, neoadjuvant, adjuvant och palliativ behandling tas inom denna grupp. Ett sådant arbetssätt gör varje patient till en gemensam angelägenhet och breddar den samlade erfarenheten. Det ger en möjlighet att utveckla vårdformerna samt att rekrytera patienter till studier. En större samlad erfarenhet ger gruppen ett bättre underlag för att individualisera patienternas behandling.

Preoperativ "staging" är rutin för både kolon- och rektalcancer.

Både koloncancer och rektalcancer kommer rutinmässigt att genomgå preoperativ "staging". MR och CT kombinerat med PET-scan är de mest lovande teknikerna. Preoperativ staging ger underlag för planering av kirurgin och beslut om preoperativ adjuvant, strålbehandling och/eller cytostatikabehandling. Preoperativ behandling med cytostatica förväntas få ett större utrymme vid avancerade tumörer.

Patologens roll för kvalitetsbedömning av kirurgin kommer att fortsätta utvecklas.



Foto: Fotoavd. USÖ

Preparatet kommer att beskrivas formaliserat enligt särskilda protokoll. Vi kommer att rutinmässigt få beskrivning av mutationer och mikrosattelitin stabilitet. Vi kommer också möjligen att få analyser som predikterar strålkänslighet respektive känslighet för vissa cytostatika respektive tillväxthämmare. Information av vikt för valet av postoperativ adjuvant behandling.

Förbättrade anestesilogiska behandlingsformer är grunden för ett peroperativt förlopp under bättre fysiologisk kontroll med färre komplikationer.

En fortsatt utveckling av det peroperativa omhändertagandet innebär att patienten kommer att opereras under bättre fysiologisk kontroll. Vi kan förvänta oss en fortsatt utveckling av "enhanced recovery"-program. Medianvårdtiden idag för opererad koloncancer är 9 dagar och bör kunna reduceras till 5 dagar. Tarmförberedelse kommer enbart att ges i valda fall. Vårdprocessen kommer att förenklas och majoriteten patienter kommer att läggas in operationsdagen på vårdavdelningen. Anestesiologer och kirurger kommer i samarbete att

utveckla behandlingsformer, vilka kommer ligga till grund för ytterligare förbättringar. En bättre kontroll av patientens fysiologi, vätskebalans, undvikande av hypoxi och hypotermi medför färre komplikationer. Den perop mortaliteten som idag ligger kring 2% för kolorektalcancer, kommer att kunna reduceras till 1,5%. Perop mortalitet och morbiditet har tidigare värderats över 30 dagar. Nya studier visar att patientens hela återhämtning tar betydligt längre tid och framöver bör förloppet utvärderas över 90 dagar. Livskvalitetsskattningar introduceras som en del i utvärderingen av det postoperativa förloppet.

Operationen för koloncancer blir ”preparat-orienterad” med beaktande av adekvat lymfbankkirurgi.

De senaste två decennierna har inneburit ett paradigmskifte för den kirurgiska behandlingen av rektalcancer med kraftigt förbättrade resultat. Operation har kompletterats med preoperativ strålbehandling och operationsmetoderna har förfinats vilket lett till mer än en halvering av lokala recidiv och förbättrad överlevnad. Överlevnaden är idag bättre för rektalcancer än för koloncancer. Det finns inga biologiska skäl för detta. Den operativa behandlingen av koloncancer kommer sannolikt att utvecklas enligt samma mönster. Operationen kommer att utföras ”preparat-orienterad” med beaktande av adekvat lymfbankkirurgi och embryologiska plan, vilket kommer att ställa nya krav på kolorektalkirurgin. Idag initieras ”workshops” avseende kirurgisk teknik för behandling av koloncancer. Vi kan se fram emot en likartad utveckling som den för rektalcancer. Ett nationellt register för koloncancer inrättas nu, vilket i likhet med rektalcancerregistret kommer att bidra till en förbättrad kvalitetsuppföljning och till en likformig kvalitet över landet. Se också artikel i Svensk Kirurgi 2/2005.

Laparoskopiska operationer för kolorektalcancer kommer att bedrivas framförallt efter önskemål och krav från patienter. Den laparoskopiska tekniken kommer även i fortsättningen att ha begränsningar.

Överlevnad för både rektal- och koloncancer kommer att förbättras och dagens skillnad försvinner. År 2015 kommer närmare 65 procent av de patienter som opereras att ha en cancerspecifik överlevnad längre än 5 år. Överlevnaden efter operation för rektalcancer är idag kring 60%, medan den för koloncancer är 50%. En förbättrad kirurgisk

behandling liksom flitigare användning av neoadjuvant behandling kommer att förbättra överlevnaden för koloncancer till samma nivå som för rektalcancer. Bättre kirurgisk teknik för abdominoperineal rektumamputation kan också bidra till mätbara förbättringar. Överlevnaden för båda tumörformerna kommer att påverkas av förbättrad preoperativ staging och en utvecklad neoadjuvant och adjuvant behandling liksom en mer aggressiv behandling av levermetastaser. Förbättringar av överlevnaden kan också förväntas genom att patienterna opereras under bättre fysiologisk kontroll och med färre komplikationer. Preoperativ strålbehandling av rektalcancer kommer att ges mer individualiserat och mindre frekvent, vilket kan bidra till färre anastomoskomplikationer som i sin tur kan påverka överlevnaden. Den cancerrelaterade femårsöverlevnaden efter kirurgi för kolorektal cancer kommer för båda tumörformerna att närma sig 65%.

En andel av patienterna som opereras för rektalcancer kommer även i fortsättningen att få en permanent stomi.

Idag opereras 65% av patienterna med rektalcancer med främre resektion och anastomos, 5% av dessa får en stomi som ej blir nedlagd, oftast p.g.a. anastomosproblem. 10% opereras med Hartmanns operation och 25% med abdominoperineal rektumamputation. Det innebär att 40% av patienterna får permanent stomi. Det är svårt att förutse om denna fördelning kommer att förändras. Möjligen kan mer selektiv preoperativ strålbehandling och operationstekniska framsteg innebära färre fall av anastomosinsufficiens och därmed färre fall med permanenta stomier. Lokal excision kan få en något större roll på med hjälp av bättre preoperativ imaging och utvecklad adjuvant behandling.

Kolorektal cancer som kräver akut operation opereras av kolorektalkirurger.

Resultaten efter akut operation för kolorektal cancer är betydligt sämre än efter en elektiv operation. Vi kommer även i fortsättningen att se en minskning av antalet akutsjukhus i Sverige. Det kommer att underlätta en transformering av den akuta kirurgin så att den akuta kolorektala kirurgin handläggs av kolorektalkirurger. Den akuta kolorektala kirurgin är oftast komplex och svårare än den elektiva. Resultaten för akut sjuka patienter bör kunna förbättras när dessa handläggs av kirurger som i sitt vardagliga arbete sysslar med kolorektal kirurgi.

Kvalitetssäkring och uppföljning.

Det nationella registret för rektalcancer har haft del i den utveckling vi sett mot förbättrade resultat för rektalcancer. Det nationella register för koloncancer som nu introduceras kommer på samma sätt att bidra till förbättrade och nationellt likformiga resultat. Registren kommer att utvecklas och kompletteras med enkla livskvalitetsmått och mått för funktion. I framtiden kommer allmänhet, patienter och patientföreningar att efterfråga kvalitetsdata från enskilda sjukhus vilket blir en del av vardagen i den framtida sjukvården.

Framtiden för kolorektal cancer ligger i att behandlande team får större volymer.

Behandlingen av kolorektal cancer blir i högre grad individualiserad, baserad på en förbättrad preoperativ och postoperativ staging och en utveckling av neoadjuvant och adjuvant behandling. Flera samverkande faktorer kommer leda till att kirurgin för kolorektal cancer koncentreras till färre sjukhus med större upptagningsområden. Behandlingen av avancerad kolorektalcancer kräver en samverkan mellan kolorektalkirurg, radiolog, urolog, gynekolog och leverkirurg samt patolog vilket innebär att kolorektal cancer kommer att behandlas vid sjukhus som har dessa specialister med erfarenhet av onkologisk kirurgi.

De behandlande teamen ska ha adekvata volymer för att kunna utveckla tillräcklig erfarenhet för en individualiserad behandling. Uppskattningsvis krävs ett upptagningsområde på 200–250.000 invånare vilket ger ett underlag av 200 patienter årligen. Det ger också möjlighet att utbilda nya kolorektalkirurger. Utbildningen är väsentlig då en stor del av de nu verksamma kolorektalkirurgerna har gått i pension eller närmar sig pension år 2015.

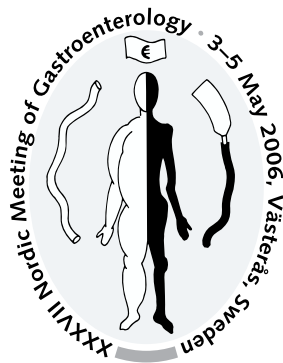
Med stor sannolikhet kommer vi att se lokala lösningar med samverkan mellan olika sjukvårdande enheter som innebär att man uppnår erforderliga volymer. Kirurgin för kolorektal cancer kan komma att bedrivas inom ett team men på flera sjukhus.

Styrelsen för Svensk Förening
för Kolorektal Kirurgi

**Gunnar Olaison, Wilhelm Graf,
Bärbel Jung, Anna Martling, PO Nyström,
Stefan Skullman, Ingvar Syk,
Jörgen Rutegård**



www.congress.com/ngc2006



FIRST ANNOUNCEMENT

3-5 May 2006 Västerås, Sweden

Local Organising Committee / Scientific Secretariat

Chairman: Professor Stefan Lindgren
Address: Universitetssjukhuset MAS
Department of Medicine,
205 02 Malmö, Sweden
Telephone: +46 40 33 23 06
Fax: +46 40 92 32 72
E-mail: stefan.lindgren@med.lu.se

Important Dates

- Deadline for abstract submission
1 February 2006
- Deadline for early registration fee
1 March 2006
- Second announcement available from
November 2006

Commercial Exhibition

A commercial exhibition will be arranged in conjunction with the meeting. Please contact Congrex if you are interested in participating in the exhibition.

Sponsorship

If you would be interested in sponsoring the The XXXVII Nordic Meeting of Gastroenterology please contact Congrex or visit the web site www.congrex.com/ngc2006.

Official Conference Organiser

Congrex Sweden AB has been appointed the official conference organiser for this event.

The Congrex Group works internationally with subsidiaries in the Netherlands, Venezuela and Sweden as well as licensed partners throughout Europe and Latin America.

Web Site

For the latest information about the meeting, please visit the Meeting web site at:
www.congrex.com/ngc2006

Language

The official language of the meeting is English. No simultaneous translation will be provided.

Abstract Submission

Submission date plus other information concerning abstract submission. More information regarding abstract submission can be found in the second announcement, available from November 2005 or visit the web site www.congrex.com/ngc2006.

Further information

If you wish to receive further information about the XXXVII Nordic Meeting of Gastroenterology 3-5 May 2006, please register at www.congrex.com/ngc2006.



The XXXVII Nordic Meeting on Gastroenterology 3-5 May 2006 Västerås, Sweden

Dear colleagues,

WELCOME TO THE XXXVII NORDIC MEETING OF GASTROENTEROLOGY IN VÄSTERÅS, SWEDEN, 3-5 MAY, 2006.

Västerås is conveniently localised close to Stockholm, with excellent transportations from all major cities in Sweden including direct connections with Arlanda airport. The Aros Congress Centre is of excellent quality and very well suited for a congress of this size.

The Local Organizing Committee has outlined a preliminary programme that we hope will attract your interest. It starts with Post-Graduate Courses in Hepatology and Surgery on 3 May. The overall theme of the following days is "Nordic Gastroenterology in the Changing Phase of Modern Society". We will particularly focus on new challenges for Nordic gastroenterology such as obesitas, under-nutrition, quality of life issues and health care problems in new ethnical groups of patients. During these days separate sessions consisting of both invited presentations and selected abstracts will deal with issues in hepatology, inflammatory bowel disease, bile duct diseases, endoscopy, dysmotility, dyspepsia and IBS, pancreatic diseases and diseases in the oesophagus and ventricle. In addition there will be four State of the Art lectures and satellite symposia. We are also considering the possibility to include minisymposia on topics like "adolescence medicine", "specific problems in the elderly" and "treatment of pain". Endoscopy assistants and nurses will have a separate programme. During the whole meeting industrial exhibitions, poster presentations, luncheons and coffee breaks will take place in shared facilities. Of course, the social part of the meeting also includes a "Get together" on the evening of 3 May and congress dinner on 4 May.

On behalf of the Local Organizing Committee and the Swedish Society of Gastroenterology I wish you all welcome to Västerås in May 2006. I hope you will take advantage of this opportunity to meet with Nordic colleagues and experience the strength of Nordic Gastroenterology. Please start to think about submissions of your recent research work already now.

Best regards,

Stefan Lindgren
President

Local Organising Committee

Einar Björnsson, Göteborg
Ulrika Broomé, Huddinge
Rolf Hultcrantz,
Karolinska universitetssjukhuset
Stefan Lindgren, Universitetssjukhuset MAS
Robert Löfberg, Sophiahemmet, Stockholm
Lars Löf, Västerås
Peter Naredi, Umeå
Johan Permert, Huddinge
Magnus Simrén, Göteborg
Henrik Sjövall, Göteborg
Kenneth Smeds, Västerås
Christer Stael von Holstein, Lund
Per-Olof Stotzer, Göteborg
Curt Tysk, Örebro
Monika Wählin, Jönköping
Tom Öresland, Göteborg

Scientific Programme

- Diseases of the Liver and Bile ducts
- Inflammatory Bowel Disease
- Diseases of the Pancreas
- Endoscopy
- Dysmotility, dyspepsia, IBS
- Diseases of the Esophagus and Stomach

GENERAL INFORMATION

Venue and Dates

The XXXVII Nordic Meeting of Gastroenterology will be held at Aros Congress Centre, Västerås, Sweden 3-5 May, 2006.

Important Addresses

All matters regarding registration, hotel booking, social events, abstract handling and general information are managed by Congrex Sweden AB. Please contact the Scientific Secretariat for questions regarding the scientific programme.

Administrative secretariat

 CONGREX
Congrex Sweden AB
Attn: NGC2006
Karlavägen 108
PO Box 5619
SE-114 86 STOCKHOLM
Sweden
Telephone: +46 8 459 66 00
Fax: +46 8 661 91 25
E-mail: ngc2006@congrex.se
www.congrex.com/ngc2006



Bästa medlem!

Jag tackar för förtroendet att få efterträda Anna Antfolk, som är en sådan duktig och engagerad person och som länge har varit med i vår förening. Det ska bli roligt att få vara med och forma denna. För mig är kontakt och möten med människor viktigt och intressant, så hör gärna av dig om det är något du vill diskutera eller berätta.

Det är dags att söka stipendium för SADE-kursen som nästa gång går i Oslo (23–27/1 2006). Fyra stipendier om 5 000 kr delas ut och sista ansökningsdag är 30/10 2005.

Läs mer på vår hemsida hur du ansöker.

Mer information om kursen finner du på www.sade.no

Solvig Ljungström skriver och berättar om ESGENAs historik och arbete i en artikel här bredvid, intressant tycker jag.

Snart är det dags för UEGW i Köpenhamn. Jag fick stipendium för detta (innan jag blev styrelsemedlem) och ser verkligen fram emot att få delta i denna kongress. Jag hoppas att så många som möjligt får delta eftersom den nu är i Köpenhamn och brukar vara mycket givande.

Angående Umeåkursen: Vi har försökt nå kursansvarig, men har misslyckats. Vi vet ej när kursen kommer igen. Universitetet säger att de ej har tillräckligt med folk för att sköta examinationerna. Endoskopienheten, Kir.kliniken i Umeå ställer upp till 100% och har varit drivande.



Styrelsen i SEGP
Mirjam Bjurek
Mirjam.Bjurek@vgregion.se

TACK

till Boston Scientific Nordic A för ekonomiskt stöd till föreningen som kommer våra medlemmar tillgodo i form av stipendier till kongresser och utbildningar.

Styrelsen i SEGP

Kära medlemmar i SEGP!

Jag vill informera om mitt arbete inom ESGENA som är den Europeiska motsvarigheten till SEGP. Idén till en europeisk förening kom från en fransk sjuksköterska 1994. I juni det året var det första Europeiska gastroenterologimötet (UEGW) i Oslo. Våra norska kollegor hade för första gången ordnat ett separat program för oss endoskopipersonal. I samband med detta möte samlades vi ett antal representanter från olika länder och började diskutera en europeisk förening. Det kommande åren träffades gruppen flera gånger, första året för att skriva förslag till stadgar och vad denna förening skulle ha för syfte. Jag var en av medlemmarna i gruppen. 1995 var det andra UEGW-mötet i Berlin och vi lade då fram ett förslag till förening och stadgar. Mötet i Berlin gav oss fullmakt att fortsätta och en interimstyrelse bildades där jag blev en av ledamöterna. Mötet bestämde då också vårt namn till ESGENA (European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates). Till året därpå i Paris var det ESGENA i samarbete med den franska föreningen som ordnade mötet för oss sköterskor vid UEGW-mötet. Där bildades också föreningen på riktigt och ordinarie styrelse valdes. Jag kom att fortsätta ytterligare några år i styrelsen. Från 1996 är det ESGENA som tillsammans med de lokala föreningarna ordnar de årliga europeiska mötena. ESGENA har också flera andra mål.

En fråga som tidigt blev aktuell och som diskuterades var endoskopi- och gastroenterologiutbildning i de olika medlemsländerna. För detta ändamål bildades en undergrupp, EENF (European Endoscopy Nurses Forum), omdöpt till EEWG (European Education Working Group). Gruppen består av 20 representanter från lika många länder. Vi har träffats två gånger om året och däremellan haft ganska mycket hemarbete. Syftet med denna grupp har varit att först kartlägga nuvarande endoskopiutbildning i de olika länderna och sedan gå igenom behovet av utbildning. Några av gruppens medlemmar har deltagit i de stora internationella sjuksköterskeorganisationernas möten i EU för att kartlägga EU-standard för specialistutbildningar. Det vi har arbetat mycket med är en s.k. arbetsprofil (Job profile) för endoskopisjuksköterskor, något som redan finns på nationell nivå i en del andra länder. En arbetsprofil måste man ha för att

senare kunna bestämma vad en specialistutbildning ska innehålla. Vi har i detalj gått igenom vad vi anser är en endoskopisjuksköterskas arbete, vad hon bör kunna och vad som är hennes ansvarsområde. För att bli specialistsjuksköterska och som sådan få fritt arbeta i EU-länderna krävs att man uppfyller vissa EU-normer. Det är bland annat att man har minst 720 timmar teori på högskole/universitetsnivå, att utbildningen löper på minst ett år och att 50% av tiden är praktisk utbildning. För att skapa en EU-anpassad specialistutbildning arbetar vår grupp på något som kallas Core Curriculum, det finns redan för flera av våra kollegor, bland annat operationssjuksköterskor, onkologisjuksköterskor, nefrologi/dialysjuksköterskor. I en CC beskriver man vad som bör ingå i en speciell utbildning så att alla får samma grundkompetens, varje medlemsland kan naturligtvis lägga till och ytterligare utöka men ej minska på någon del. För närvarande är det bara England och Tyskland som har kommit närmast sådan utbildning. Jag tror det är **oerhört** viktigt för vårt arbete i framtiden att visa vad som redan krävs av oss på endoskopienheterna och höja vår status som specialistsjuksköterskor. En endoskopisjuksköterska idag har helt andra uppgifter än för bara ett 10-tal år sedan. Våra patienter är mycket sjukare, vi gör avsevärt mer terapeutiska ingrepp och tekniken går fort framåt. Våra enheter är stora med många anställda med mycket internutbildning och fortbildning. I Sverige har vi de senaste åren fått flera olika gastroenterologi-/endoskopiutbildningar där varje lärosäte själv tagit fram utbildningsplaner, ett internationellt CC kan vara till stor hjälp för att planera enstaka kurser även om man ej anordnar en komplett utbildning

Mitt arbete inom ESGENA är mycket stimulerande, jag får träffa många intressanta och kunniga kollegor. Jag ser det som en mycket stor förmån att få vara svensk representant och ha vår styrelse i SEGP bakom mig. Jag hoppas också att flera medlemmar i SEGP prövar att åka till internationella kongresser och få möjlighet att få kontakt med kollegor i Europa, vilket är mycket stimulerande och berikande.

Solvig Ljungström
Endoskopicentrum, Danderyds Sjukhus
solvig.ljungstrom@ds.se



Ordföranden har ordet

Så var sommaren över. Det känns alltid lika snopet i september när man inser att det nu är ett helt år till nästa. Samtidigt är det rätt så skönt att allt går tillbaks till det normala.



ter angående detta till info@syg.se så kan vi sammanställa era synpunkter och publicera dem i nästa nummer av *Gastrokuriren*.

Som jag nämnde i förra numret så är vi i styrelsen mycket tacksamma om ni kommer med synpunkter om verksamheten. T.ex. någon aktivitet som vi kan ordna inom ramen för de nya sponsorreglerna.

Det går ju en del gastroenterologiskt inriktade kurser i höst och jag skulle verkligen vilja att ni som har förmånen att åka på dessa kurser kan tänka sig att skriva någonting om detta. Vi behöver material till våra sidor!!

Vid förra SGF-styrelsemötet diskuterades att man på vissa håll i landet utbildar skopiassistenter till skopister. Tydligt är man i full gång med detta på Ersta sjukhus. Jag tycker att det vore intressant att veta vad ni SYG-medlemmar har för åsikter om detta. Det är ju trots allt oss yngre skopister som de kommer att konkurrera med och jag vet att det redan nu inte är helt lätt att "komma till" på alla håll i landet. Mitt förslag är att ni mailar in synpunk-

ter i förra numret nämnda proktologi- och patologikurserna som ej blev av i våras pga. för få deltagare blir inte av i höst heller. Eventuellt kommer man att göra ett nytt försök under 2006, men detta är tyvärr inte alls säkert.

Till nästa nummer av *Gastrokuriren* hoppas jag många skall ha hört av sig med synpunkter om de nya skopisterna. Och än en gång; om ni åker på någon kurs eller annan gastrorelaterad resa, skriv en reseberättelse och skicka till oss.

Fredrik Linder
Ordförande i SYG
info@syg.se

Nya medlemmar i SYGs styrelse

Jag heter **Arvid Hamrin**, är 31 år och härstammar från Timrå just norr om Sundsvall. Grundutbildningen läste jag i Uppsala med examen januari 2000. Efter examen har jag tills nyligen arbetat i Falun. Där har jag gjort drygt hälften av ett ST-block i invärtesmedicin med viss slagsida åt gastroenterologi, slagsidan hoppas jag ska mynna ut i en dubbelspecialitet om några år. I takt med att familjen växt har rötterna dragit allt mer, och jag har just flyttat åter till Sundsvall för att göra färdigt mitt ST-block här. När jag inte jobbar spelar jag barytonsaxofon, och då gärna i saxofonkvartett.



Arvid Hamrin
Sekreterare

Sedan årsmötet i april sitter jag, **Sofia Carlsson**, på den nyinstittade posten som SYGs kassör. Jag jobbar till vardags på Uppsala Akademiska Sjukhus, men trivs allra bäst i skogen med karta och kompass i handen. Eller hur var det nu, var det inte i colorummet?!? Form, färg, estetisk verksamhet, liksom texter av alla de slag är också av intresse.



Sofia Carlsson
Kassör

IV ECCO Course on IBD • Amsterdam • 8–12 February, 2006

För fjärde året arrangerar European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) kurs i IBD för blivande gastroenterologer. Varje deltagande land har rätt att skicka två kursdeltagare. Du finner mer information om organisationen och dess arbete på <http://www.ecco-ibd.org>

Kursen är ett fantastiskt tillfälle att fördjupa sina IBD-kunskaper. Varje enskild kursdeltagare förväntas förbereda sig inför kursen för att kunna aktivt delta i diskussionerna. Kursen inleds och avslutas med ett prov.

Kursavgift och uppehälle (8–12 februari) betalas av ECCO. Resekostnader till och från mötet bekostas ej av ECCO. Vid ytterligare frågor kontakta Tom Öresland, Sveriges representant i ECCO, via e-post tom.oresland@vgregion.se.

Ansökan: Skriv en kort motivering till varför du vill gå kursen och bifoga CV.

Skicka ansökan till: Magnus Simrén, Svensk Gastroenterologisk Förening.

Sektionen för gastroenterologi och hepatologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg

Sista ansökningsdatum: 21 oktober 2005.

Antagningsbesked: Lämnas av Magnus Simrén, 1 november 2005

Inbjuder till kurs i

Gastrointestinal endoskopi i praktiken

6–10 februari 2006

Nu är det dags igen! Vi erbjuder en endoskopikurs med praktisk tonvikt. Kursen går under två veckor 2006, varav den första är gemensam för de sju deltagarna och den andra är individuell.

Kursdatum: vecka 6, 6–10 februari 2006 + en veckas praktisk uppföljning

Kursort: Universitetssjukhuset Örebro (USÖ)

Kursledning: Dr Jonas Halfvarson, Dr Anders Gustavsson och Dr Hanna Sandberg-Gertzén

Kursavgift: 5 500 kronor (inkluderar kurs, hotell samt lunch)

Kursinnehåll: Den gemensamma veckan innehåller blandad teoretisk undervisning och praktisk handledning i endoskopi. Tonvikten är lagd på handledd övning i gastroskopi och koloskopi. Förinspelade videoupptagningar från gastro- och koloskopi visas och diskuteras. ERCP, ultraljudsendoskopi och enteroskopi demonstreras. De teoretiska genomgångarna berör instrumentkännedom, kringutrustning, diatermi, säkerhetsaspekter, olika aspekter på terapeutisk endoskopi (polypektomi, ballongdilatation, sklerosering och annan behandling av blödning etc), patologens synpunkter på biopsitagning, bildokumentation (foto, video, CD), patientomhändertagande, premedicinering och endoskopiberättelse. Under den andra veckan deltar kursdeltagarna på heltid i endoskopienhetens verksamhet. Tidpunkten för denna period överenskommes individuellt.

Målgrupp: Blivande gastroenterologer och kirurger.

Antal deltagare: 7

Sista ansökningsdatum: 14 december 2005

För ytterligare information och anmälan kontakta:
Jonas Halfvarson, e-post: jonas.halfvarson@orebroll.se
Tel: 019-6022361 vx, fax: 019-602 17 74

Kursen genomförs i samarbete med läkemedelsindustrin
och är IPULS-anmäld

Välkommen med Din ansökan!

Jonas Halfvarson Anders Gustavsson Hanna Sandberg-Gertzén



Anmälningsblankett för kursen **Gastrointestinal endoskopi i praktiken**
Universitetssjukhuset Örebro, 6–10 februari 2006

Namn

Arbetsplats

Adress

Postadress

Telefon arb. Telefon hem

Mobiltelefon E-postadress

Blivande specialitet

Endoskopierfarenhet vid ansökningstillfälle

Observera, att enligt överenskommelse mellan Landstingsförbundet och Läkemedelsindustriföreningen
skall ditt deltagande vara godkänt av Din huvudman (Din närmaste chef).

Maila ovanstående uppgifter till Jonas Halfvarson på e-postadress jonas.halfvarson@orebroll.se

Alternativt skicka din anmälan till: Jonas Halfvarson, Magtarm-mott, Universitetssjukhuset Örebro, 701 85 Örebro
eller faxa 019-602 17 74

SADE kurset i avansert gastrointestinal endoskopi

23–27 januar 2006

Målgruppe:

Spesialistkandidater i fordøyelsessykdommer og gastrointestinal kirurgi. Andre gastroenterologer med behov for kompetanseheving.

Læringsmål:

Bedre praktiske ferdigheter og teoretiske forståelse i ulike typer gastrointestinal endoskopi. Hovedvekt på endoskopiske teknikker og praktiske råd.

Kurssted:

Soria Moria Kurs- og konferansesenter

Kursledelse:

Thomas de Lange (leder), Truls Hauge, Lars Aabakken, Magne Osnes

Pris: Før 1. desember: NOK 3.100,-

Etter 1. desember: NOK 3.400,-

Bare teori: NOK 1600,- Sykepleier: NOK 1500,-

Påmelding til:

SADE-kurs 2006, v/ Marit Knutsen
Gastromedisinsk avd, Ullevål, N-0407 OSLO
Email: marit.knutsen@medisin.uio.no

Påmeldingsfrist:

1. desember 2005 (Deretter kun etter spesiell avtale)

Antall kurstimer: 38

Scandinavian Association of Digestive Endoscopy (SADE) inviterer til kurs i praktisk og teoretisk terapeutisk endoskopi. Dette er et praktisk anlagt kurs i gastrointestinal endoskopi. Det er delt i en teoretisk del og en praktisk del. Praktisk del vil bli arrangert ved forskjellige endoskopisentra i Skandinavia. Enkelte av praksisstedene vil kunne tilby endoskopisk ultralyd i tillegg til regulære endoskopiteknikker innenfor diagnostikk og terapi. Den avsluttende teoretiske delen av kurset vil bli arrangert på Soria Moria i Oslo. Teoridelen vil denne gang fokusere spesielt på endoskopisk palliativ behandling av gastrointestinal cancer, kurset er basert på interaksjon med kursdeltakerne.

Program

Mandag 23–onsdag 25 januar:

Praksis ved skandinaviske endoskopienheter

Torsdag 26 januar 2006

10.00-10.10	Velkommen	Thomas de Lange
10.10-12.00	Endoscopic palliation of malignancies in oesophagus-cardia	L Aabakken/P Vilmann
10.10-10.40	Staging of GI cancer	Peter Vilmann
10.40-11.10	Tumour debulking and EMR in oesophagus	Christian Ell
1110-1130	Pause	
1130-12.00	Stent placement in Oesophagus	Christer Stael von Holstein
12.00-1300	Lunsj	
13.00-14.00	Maligne strikturer i Galleveier/Pancreas/Colon	Magne Osnes/Søren Meisner
13.00-13.30	Hvilken type stent i i galleveiene?	Peter Matzen
13.30-13.50	Duodenal stenting	Truls Hauge
13.50-14.20	Endoskopisk behandling av maligne colon strikturer	Søren Meisner
14.20-14.50	Pause	
14.50-16.20	Stent placement; how to prevent complications?	Truls Hauge
14.50-15.20	Unsuccessful stent placements	Karl E. Grund
15.20-16.20	Learning by working on models	Karl E. Grund

Fredag 27 januar 2006

09.00-12.00	Live demonstrations	Thomas de Lange/Truls Hauge
09.00-12.00	Live demonstrations of supervised stent placements on models?	
12.00-13.00	Lunsj	
13.00-14.40	PEG innleggelse	Taran Sjøberg/Aksel Kruse
13.00-13.20	Teknikk for PEG innleggelse	Taran Sjøberg
13.20-13.40	Komplikasjoner til PEG innleggelse	Aksel Kruse
13.40-14.40	Etiske aspekter ved bruk av PEG	Aksel Kruse, Taran Sjøberg, Bjørn Hofstad
14.40-15.10	Pause	
15.10-15.40	Thermic methods in flexible endoscopy	Karl E. Grund
15.40-15.50	Avslutning	Thomas de Lange