



# GASTROKURIREN

TIDSKRIFT FÖR SVENSK GASTROENTEROLOGISK FÖRENING

NUMMER 4 + ÅR 2006 + VOLYM II

Svenska Gastrodagarna  
2-4 maj 2007 i Uppsala  
[www.gastrodagarna.se](http://www.gastrodagarna.se)



Tidskrift för  
Svensk Gastroenterologisk Förening.  
Utkommer med 5 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 Örebro,  
701 85 Örebro  
Tel vx 019-602 10 00, Fax: 019-602 17 74  
jonas.halfvarson@orebroll.se

## PRODUKTION:

Mediahuset i Göteborg AB

## LAYOUT:

Gunnar Brink  
gunnar@mediahuset.se

## TRYCK:

Åkessons Tryckeriaktiebolag, Emmaboda

Distribueras som posttidning

ISSN 1651-0453

## UTGIVNINGSPLAN 2007:

|       | Manusstopp | Utgivningsdag |
|-------|------------|---------------|
| Nr 1: | 25 jan     | 1 mars        |
| Nr 2: | 14 mars    | 20 april      |
| Nr 3: | 7 maj      | 14 juni       |
| Nr 4: | 3 sep      | 10 okt        |
| Nr 5: | 2 nov      | 7 dec         |

## INNEHÅLL:

|   |    |
|---|----|
| Ordföranden har ordet.....                | 3  |
| Vetenskaplige sekreteraren har ordet..... | 4  |
| UEGW i Berlin.....                        | 7  |
| Debattinlägg screening.....               | 13 |
| Svenska Gastrodagarna 2007.....           | 16 |
| Avhandling – Midhagen.....                | 18 |
| Magnus Simrén – Rising Star.....          | 21 |
| Rolf Hultcrantz ordförande i ASNEMGE..... | 24 |
| Europeiska Specialistläkarföreningen..... | 25 |
| Inbjudan till Immunologikurs.....         | 26 |
| SEGPs sida.....                           | 29 |
| IBD-stipendiet 2007.....                  | 30 |
| Inbjudan till SADE-möte.....              | 33 |
| SYG-sidor YIM på UEGW.....                | 35 |
| Hej SYG-medlem!.....                      | 38 |

NR 4 · 2006 · VOLYM 11

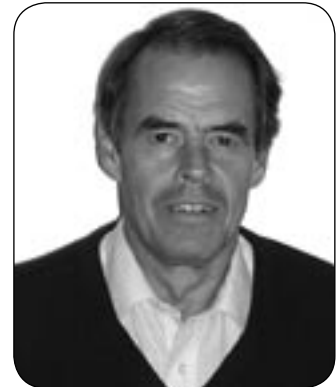
## Hur ska vi attrahera medel till gastroenterologisk forskning?

**D**enna fråga har alltsedan föreningen bildades varit ständigt aktuell. Under slutet av 1990-talet utvecklades en tanke, som hade sitt ursprung i Centrum för Gastroenterologisk Forskning vid Göteborgs universitet, i syfte att attrahera mera pengar till forskning inom mag-tarmområdet. SGF och Riksförbundet för Mag- och Tarmsjuka (RMT) kopplades på och med hjälp av ett antal entusiaster bildades stiftelsen *Nio Meter Liv* i september 1998. Fonden fick sitt namn av den ungefärliga längden av mag-tarmkanalen hos en vuxen person från ”mynning till mynning”.

Med ett välrenommerat sjuhövdat vetenskapligt råd, en professionell reklambyrå, inrättande av ett i insamlingssammanhang viktigt 90-konto och en kunnig och entusiastisk ordförande i form av landshövdingen i Västra Götaland, Göte Bernhardsson, gick man till verket. Skandia anslog 1 miljon kronor för marknadsföringsåtgärder och ett flertal läkemedelsföretag stödde stiftelsen med bidrag, men det lyfte aldrig riktigt! Trots omtalade marknadsföringskampanjer rädde man inte på konkurrensen från alla andra som är ute efter medborgarnas pengar. Cancer, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar attraherar mera och insamlingsresultaten i förhållande till insatserna blev blygsamma. Vid årsskiftet går *Nio Meter Liv* i graven efter att under sex år ha delat ut drygt 1 miljon kronor och detta stämmer till eftertanke.

Det är ingen tvekan om att läkemedelsindustrin är den stora motorn avseende forskning inom gastroenterologin på grund av sina stora ekonomiska resurser. Å ena sidan är detta naturligtvis bra, då det förhoppningsvis leder till bra läkemedel för en del av dessa tillstånd. Det är å andra sidan också väldigt begränsande, då industrin av självklara skäl huvudsakligen satsar forskningsresurser där de ser framtida kommersiella möjligheter.

Hur gör man för att i framtiden säkra oberoende gastroenterologisk forskning? Ihre-fonden och Gastroenterologifonden i Läkaresällskapets regi är ljus i mörkret, men de stora pengarna går till läkemedelsforskning som också tar mycket av den tid i anspråk som svenska gastroenterologer lägger ner på forskning.



Christer Staël von Holstein  
Ordförande i SGF

Jag menar inte att samarbete med läkemedelsindustrin är fel, tvärtom! Vår förening är just i färd med att sluta långsiktiga, obundna, samarbetsavtal med några större aktörer i läkemedelsbranschen. Detta kommer att stärka utvecklingen för Gastrodagarna och andra utbildningsaktiviteter men utan industripåverkan på innehållet.

Det är en realitet att kurser, stipendier och forskningsanslag från läkemedelsföretag har varit, och är, ett viktigt inslag i den kliniska utbildningen av gastroenterologer och för en del av den kliniska forskningen. Men problemet är att många, för patienterna väsentliga frågeställningar som inte direkt berör ett patenterbart läkemedel, aldrig blir adresserade.

Det är ingen originell tanke att Landstingen måste leva upp till sitt ansvar för vidareutbildningen. Lika viktigt är emellertid att man ser sin roll som anslagsgivare för obunden klinisk patientnära forskning. En verksamhet som dessutom snabbt kan bli ekonomiskt lönsam för sjukvårdsproducenten när resultaten omsätts i praktiken.

Till sist vill jag pålysa att styrelsen har utarbetat ett förslag till nya stadgar, som enligt vår mening bättre avspeglar hur vår förening egentligen fungerar idag och som tar hänsyn till utvecklingsmöjligheter för framtiden. Förslaget kommer att föreläggas årsmötet den 2 maj 2007, men finns redan nu på hemsidan. Läs och tyck till!

**Christer Staël von Holstein**

# Nya Gastrodagarna

Välkommen till årets sista nummer av *Gastrokuriren*! Allt mer plats i vår tidning under de kommande numren kommer naturligt nog att ockuperas av information om våra "Nya Gastrodagar" som går av stapeln 2–4 maj i Uppsala 2007. Vår förhoppning är att Gastro-Sverige mangrant sluter upp till detta möte och visar vilken hög aktivitetsgrad det är i Svensk Gastroenterologi!

Det finns flera orsaker till att vi kallar detta för "Nya Gastrodagarna". En orsak är att vi som vi tidigare berättat flyttar all abstractverksamhet från Riksstämman till Gastrodagarna. Dessutom vill vi ju ha en stor upplutning av abstracts på detta möte och uppmanar alla gastroenterologer att skicka in abstracts oberoende av om de presenterats på internationella möten tidigare under året eller inte, allt för att få en uppfattning om aktiviteten inom svensk gastroenterologisk forskning och utveckling det senaste året. Återanvändning av posters som presenterats på andra möten är således helt OK och postrarna kan vara på engelska, men det abstract som skickas in skall vara på svenska språket. Man behöver med andra ord inte trycka upp en ny poster för flera tusen kronor specifikt för Gastrodagarna. Förhoppningsvis gör detta att vi kan locka fler abstracts till mötet.

En annan nyhet är att vi har utökat Gastrodagarna till att omfatta 2½ dagar och slopat de post-graduatekurser som tidigare har legat på onsdagen. Istället har vi integrerat dessa programpunkter i det ordinarie programmet. Förhoppningsvis gör detta att fler personer kan ta del av föreläsningar som tidigare låg på SILK-kursen och post-graduatekursen i kirurgi.

På hemsidan [www.gastrodagarna.se](http://www.gastrodagarna.se) finns nu programmet för Gastrodagarna i Uppsala. Det har utarbetats i nära samarbete mellan SGFs styrelse och de lokala arrangörerna med Per Sangfelt i spetsen. Vi är speciellt glada över de tre internationellt mycket framstående högtidsföreläsare som kommer och förgyller vårt program, Keith Lindor, Mayokliniken, Rochester, USA (Primär skleroserande cholangit), Jean Frederic Colombel, Lille, Frankrike (Mb Crohn) och Marcus Lerch, Greifswald, Tyskland (Akut pancreatit). Nu är det bara för er att anmäla er och hjälpa till att göra de "Nya Gastrodagarna" till den succé vi hoppas på!

## Riksstämman

Vid årets riksstämma, som just avslutats, minskade vi som ni märkt vårt engagemang och ändrade inriktning mot mer



Magnus Simrén

allmänna symposier. Avsikten var att locka en bred åhörarskara med representanter från flera olika specialiteter. Med ledning av utfallet av årets program kommer vi att ta ställning till vårt fortsatta engagemang i Riksstämman och hur detta skall se ut. Vi tar tacksamt emot synpunkter från SGFs medlemmar angående detta, så att vi kan fatta beslut som ligger i linje med medlemmarnas åsikter.

## Stipendier

Avslutningsvis vill jag uppmana er att söka stipendier. Vi har flera stipendier som lämpar sig för många av våra medlemmar – forskningsstipendier, resestipendier etc. Man kan inte få några pengar om man inte söker...

**Magnus Simrén**

Vetenskaplig sekreterare SGF  
Magnus.simren@medicine.gu.se



## Bengt Ihre-stipendium

Härmed ledigförklaras stipendium ur Bengt Ihre-fonden om 100 000 kr.  
Stipendiesumman kan fördelas på ett eller flera stipendier.

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 2007**.

Stipendiekommittén utgörs av föregående samt nuvarande ordförande i SGF.  
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

# IBD och kolorektalcancer

– två stora ämnesområden på UEGW i Berlin

**2006 års UEGW hölls i Berlin. Över 9 000 besökare från drygt 60 länder trängdes i den stora konferensanläggningen ICC i den tyska huvudstaden.**

**IBD och kolorektalcancer var två teman som ofta återkom i programmet.**

*”Vi har kommit hit för att lära, för att undervisa och för att presentera vår forskning – men framför allt för att umgås med likasinnade vänner, förenade i det internationella samfundet av vetenskap och medicin.”*

Så hälsade professor Tony Axon, UEGW:s President, deltagarna i sitt välkomsttal.

## UEGW växer

Han fortsatte med att påpeka att UEGW är det största gastrointestinala mötet i Europa, och att det fortsätter att växa i storlek, betydelse och kvalitet.

– Matmältningsjukdomar är globalt en källa till ett enormt mänskligt lidande. Diarréjukdomar i utvecklingsländerna orsakar stor barnadödlighet och cancer i mag-tarmkanalen, samt i levern, orsakar fler dödsfall i cancer än inom något annat medicinskt specialistområde, konstaterade professor Axon.

– Utmaningen för oss den här veckan är därför att lära mer om de mekanismer som styr dessa sjukdomar, att finna nya vägar att hantera dem samt att utveckla vår kliniska skicklighet för att mer effektivt kunna hjälpa de patienter som kommer till oss med sina problem. Om vi är framgångsrika i denna strävan, kommer den tid vi lagt här att vara väl förvaldat!

## Späckat program

Kongressanläggningen ICC ligger i västra Berlin. Det är en mycket stor anläggning, som till sin uppbyggnad och struktur egentligen påminner om en reseterminal.

Det innebar att det ibland var långt mellan föreläsningssalarna, och det tog ett tag innan man lärde sig att navigera rätt i den stora byggnaden.



Utställarna fanns i tre olika salar, det var lätt att gå vilse och glömma bort i vilken sal man egentligen befann sig.

Dagsprogrammet bestod vanligen av nio olika föreläsningar (totalt 91 st.) som mellan klockan 8:00 och 17:15 pågick på samma gång. Lägg här till totalt nio frukostseminarier (mellan 07:00 och 08:00, frukost serverades från 06:30), 24 lunchseminarier och sex middagsseminarier som började när de ordinarie föreläsningarna tog slut!

Som vanligt var det även fullt av andra aktiviteter, posterutställningar m.m.

Ovanstående utgjorde det ordinarie programmet som startade måndagen 23 oktober. Helgen före hade dessutom ägnats åt olika post-graduatekurser, satelitsymposier och Young Investigator Meeting (YIM, se separat artikel på SYG:s sidor i denna tidning).

Så professor Axon överdrev inte när han talade om att mötet växer i storlek...

## Antikroppar som läkemedel

Ett ämne som debatterades på kongressen var ”Top-down”-strategin för att behandla IBD.

I korthet går denna terapi ut på att man sätter in de mest potenta läkemedlen så tidigt som möjligt i behandlingen av patienter med svåra symptom.

Nya terapier och behandlingsstrategier har dykt upp – s.k. ”biologicals”. Dessa använder sig av antikroppar som specifikt angriper inflammatoriska ”budbärare” i kroppen.

Den mest kända av dessa nya läkemedel är Infliximab, som nu är godkänt för både Crohns sjukdom, och patienter med ulcerös kolit (sedan mars 2006) som inte svarar på andra behandlingsmetoder.

Andra sådana läkemedel är Adalimumab och Certolizumab.

## Sätt in så snart som möjligt

Dr Simon Travis, Oxford, Storbritannien, är en av dem som anser att man bör sätta in dessa läkemedel på patienter med nyligen diagnostiserad, aggressiv IBD.

– Om man gör det direkt, leder det till snabb hjälp mot symptomen – och man undviker steroider och snabbar på läkningen av mucosa, ansåg han.

– Vi vet dock inte ännu om ett sådant förhållningssätt förändrar behovet av

kirurgi, men det har i alla fall potentialen att göra det, fortsatte Dr Travis.

Han citerade en studie på 130 patienter som visade att den intestinala mucosan läkte mer frekvent efter behandling med antikroppsterapi jämfört med annan medicinering.

### Step-up eller top-down?

Men det finns även de som kritiserar "top-down"-strategin. De anser att man bör undvika att sätta in de mest effektiva läkemedlen för tidigt, eftersom det finns en risk för biverkningar – och att dessa läkemedel är dyra.

Dr Travis menar att detta är riktiga påpekanden, och att "top-down" inte passar för alla.

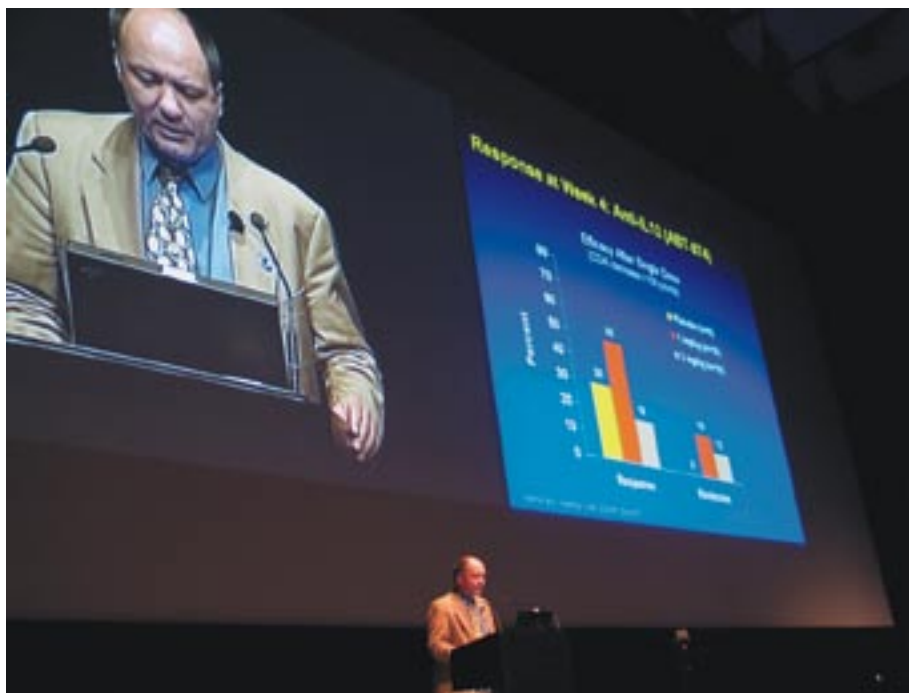
– Balansen mellan fördelar och risker måste övervägas noga och diskuteras ingående med patienten, påpekade han.

Dessa kritiker pekar också på att den vanliga "step-up"-terapin har visat sig värdefull för den stora majoriteten av patienter med IBD. Det innebär att man stegvis ökar intensiteten i terapin, och anpassar den efter hur patienten svarar på behandlingen.

### Noggranna avväganden

Traditionellt används biologiska läkemedel endast om patienten inte svarar på steroider eller immunosuppressiva läkemedel.

Antikroppsterapi innebär en ökad risk för infektioner och cancer. Hur stor denna ökning är, är omdebatterat. Det har rap-



porterats att den är så hög som 1% för livshotande infektioner.

– Det är därför vi noggrant måste selektera de patienter vi behandlar med antikroppsterapi, förklarade Dr Travis.

– En patient som är lämpad har en extensiv inflammation i antingen tunn- eller colon, men ingen förekomst av aktiv infektion och ingen cancerhistorik. Vi vet dessutom att konventionella steroider inte läker mucosa, och att även de har biverkningar.

### Spännande utveckling

Syftet med både "top-down"- och "step-up"-terapi är att få kontroll över akuta intestinala inflammationer så snabbt som möjligt, för att ge patienterna snabbast möjliga lindring av deras symptom och lidande.

Målsättningen bör vara steroidfri remission – där remission innebär avsaknad av symptom.

– Behandlingen av IBD är mycket komplex, sa Dr Travis.

– Dieten spelar en förvånansvärt liten roll i denna behandling, men patienter med Crohns sjukdom kan nå en avsevärd förbättring genom att sluta röka.

Han sammanfattade med att det är en spännande utveckling för terapi mot IBD just nu.

– Det finns flera nya biologiska terapi, och vi måste avgöra om tidigt insättande

av en sådan terapi kan förändra det långsiktiga mönstret för patienter med IBD.

### Växande problem

I dagsläget lever ungefär 1,5 miljoner människor i Europa med IBD – och det är en siffra som stiger snabbt.

Prevalensen för Crohns sjukdom är för närvarande 160 personer av 100 000 i Europa, för ulcerös kolit handlar det om 250 personer.

Patienterna tenderar också att bli allt yngre. En patient av fem är under 14 år, och hela 30% är under 20 år.

IBD var orsaken till 5,9 miljoner patientbesök inom EU år 2002, för 169 000 sjukhusvistelser samt för 161 000 fall av sjukskrivningar.

Kostnaden för vård av IBD-patienter är i enbart Storbritannien (60 miljoner invånare) drygt tio miljarder kronor.

### Prevention via screening

Kolorektalcancer är den vanligaste formen av cancer i Europa idag, berättade Professor Colm O'Morain, ordförande i UEGFs Public Affairs Committee.

– Denna cancer har passerat lungcancer – beroende på att det är färre personer som röker. Kolorektalcancerfallen ökar dock.

– Screening på nationell grund är enkelt att utföra, och skulle öka chansen att bota patienter med kolorektalcancer





från dagens 50% till 90%, hävdade professor Reinhold Stockbrügger, Maastricht.

Professor Stockbrügger talade sig varm för prevention via screening.

– Screening handlar inte bara om att mota morbiditet och mortalitet, utan även om att öka den förväntade livslängden med god livskvalitet, fortsatte han.

#### Hög mortalitet

I USA diagnostiseras 155 000 med kolorektalcancer varje år, och sjukdomen leder till 55 000 dödsfall på årlig basis. I EU är motsvarande siffror 376 000 diagnostiserade och 200 000 dödsfall.

Ohälsosamma matvanor (och drickande) och brist på motion är de två viktigaste faktorerna till ökningen.

– Den höga mortaliteten beror i första hand på att patienten söker vård för sent, sa professor Stockbrügger.

– Den förväntade överlevnaden efter fem år är hela 90% om man upptäcker sjukdomen tidigt, medan den endast är 5% om man upptäcker den sent!

#### Koloskopi överlägset bästa metoden

Det finns olika typer av screening. Test för blod i avföringen upptäcker mellan 12 och 33% av fallen, sigmoidoskopi mellan 60 och 70% samt koloskopi som upptäcker ca 90%.

Professor Stockbrügger var däremot mer tveksam till den s.k. ”virtuella skopin” – dvs. CT-scan eller magnetröntgen – eftersom resultaten är sämre samt att dessa metoder inte medger att man samtidigt med undersökningen kan ta bort de polyper man finner.

Han konstaterade att 70–90% av fallen av kolorektalcancer uppstår från just poly-

per i tarmen, och att det är genom att avlägsna dessa som man effektivt kan förhindra att cancer debuterar.

– EU-kommissionen har definierat kolorektalcancer som ett av de största framtida hälsoproblemen, och uppmanat alla medlemsstater att satsa mer på prevention och tidig diagnos, sa professor Stockbrügger.

#### Läget i Europa

Hur ser då läget ut i realiteten? Professor Stockbrügger kom med en färsk översikt.

I 13 europeiska länder är nationella screeningprogram etablerade. Dessa länder är i tur och (alfabetisk) ordning: Albanien, Bulgarien, Frankrike, Finland, Italien, Luxemburg, Polen, Slovenien, Storbritannien, Tjeckien, Tyskland, Ungern och Österrike.

I ytterligare 9 länder planerar man för detta, och i 16 länder – och det är här vi finner Sverige – diskuteras huruvida nationella screeningsprogram bör införas eller ej. Frågan huruvida man vinner något

med screeningprogram är allt annat än okontroversiell, se även separata debattartiklar i detta nummer av tidningen.

– I Tyskland har nu två miljoner personer genomgått screening, och man har tagit bort polyper på 400 000!

#### Information och organisation

Problemet man står inför stavas information, enligt professor Stockbrügger.

– Vi måste informera våra kollegor – många familjeläkare tror fortfarande att det är en farlig och smärtsam undersökning.

– Men endast ett par procent av dem som tillfrågats i ett tyskt screeningprogram upplevde obehag under undersökningen, och 99,4% av dem uppger att de utan tvekan skulle upprepa den när som helst!

Den genomsnittliga åldern för sjukdomens debut ligger på 65 år. Cancer utvecklas över en period av 10–15 år, så koloskopi rekommenderas från 50 års ålder, med uppföljande undersökningar vart femte till tionde år. ☺





Det enda problemet som professor Stockbrügger kunde se, är av praktisk natur. Han medgav att det i många europeiska länder finns problem med finansiering och organisation kring ett nationellt screeningprogram.

### Kirurgi bästa behandlingsmetoden

Behandlingen av cancer i tarmen har förbättrats avsevärt de senaste åren. Kirurgi – där man helt avlägsnar tumören – är fortfarande den bästa chansen till att bli botad.

Kemoterapi används ofta som ett tillägg till behandlingen, för att söka upp och förstöra cancerceller i hela kroppen. Nya läkemedel för detta har kommit och som inte genererar lika mycket illamående.

Strålningsbehandling används också ofta.

Kunskap har tillkommit som ger bättre insikt i hur man ska behandla, och det har lett till att flera fall – som tidigare resulterat i dödsfall inom loppet av några månader – idag kan behandlas med betydligt större hopp om framgång.

En nyckelfaktor här är utvecklandet av s.k. "targeted therapy". Ett exempel på sådan terapi är ett syntetiskt producerat protein som kan identifiera maligna celler och förstöra dem.

### Snabb mobilisering av patienten

Professor Joachim Müller, Berlin, berättade om olika metoder att operera – konventionellt, laparoskopiskt och den s.k. Fast-track-modellen.

Maligna kolorektala polyper, eller små tumörer som ännu inte har penetrerat tarmväggen, kan effektivt behandlas med endoskopiska hjälpmedel, konstaterade han.

Fast-track-kirurgi är ett nytt sätt att behandla nyopererade patienter, och synsättet har radikalt reducerat behandlingstiden.

– Den gamla metoden var att nyopererade patienter undvek att anstränga sig under en lång tid, och att de gradvis vände sig vid att äta normalt, sa professor Müller.

– Detta nya koncept baserar sig på psykologisk motivering före operationen, minsta möjliga operationsinsats (konventionell eller laparoskopisk), peridural anestesi, postoperativ smärterapi, tidig mobilisering och ätande.

– Eftersom patienterna är smärtfria så ska de lämna sängen och gå upp en stund efter operationen – redan samma dag. Det måste de! Nästa morgon får de en vanlig frukost och dag två efter operationen är de tillbaka på normal rörlighet. Ofta kan de lämna sjukhuset efter fem dagar istället för normalfallet 15 och därefter gå tillbaka till sitt vanliga sociala liv eller arbete kort därefter.

Dessa patienter kollas därefter regelbundet upp efter operationen – för att säkerställa att de klarar av att så snabbt återvända till ett normalt liv.

– De första undersökningarna man genomfört visar att risken för generella komplikationer som lunginflammation och trombos halveras med den här metoden, berättade professor Müller.

### Svälta ut tumörcellerna

Professor Herbert Lochs, Berlin talade också om "targeted therapy".

– Det forskas mycket på denna typ av läkemedel idag, och flera är i fasen att de testas kliniskt, sa han.

Det finns idag två preparat som har visat sig effektiva – antikroppspreparaten Cetuximab och Bevacizumab.

Cetuximab blockerar en kontaktyta på tumörcellens yta som innebär att cellen inte längre kan växa – och i gynnsamma fall leda till att den dör.

Bevacizumab förhindrar att nya blodkärl bildas och därigenom försörjs inte längre tumörcellen med näring och syre – tumören svälter alltså.

– Vi ställs dock inför nya problem – dessa antikroppar bekämpas av anti-antikroppar, konstaterade professor Müller, som dock sade sig vara övertygad om att detta sätt att angripa tumörer är något som har framtiden för sig.

Ännu så länge används antikroppar parallellt med kemoterapi, eftersom den ena metoden förstärks av den andra.

– Vi har ännu inte lyckats bota med bara antikroppar, sa professor Lochs och varnade för överdriven optimism.

– Det vi lyckats visa är att de saktar ner tumörtillväxten, och därigenom förlänger livet för personer som är mycket sjuka och förbättrar samtidigt deras livskvalitet.

I många fall har man dessutom med hjälp av denna teknik lyckats krympa tumörerna så att kirurgi därigenom blivit möjlig att genomföra.

**Per Lundblad**

# Screening för kolorektal cancer

**Kolorektal cancer är Sveriges tredje vanligaste cancersjukdom efter prostata och bröst, men är den näst vanligaste "cancerdödaren" i Sverige efter lungcancer. Överlevnaden är starkt relaterad till stadium. Ju gynnsammare stadium patienten har desto bättre är överlevnaden. Det rationella skälet till screening är att hitta patienter i mer godartade stadier.**

Flera screeningsmodeller har prövats, allt från att leta blod i avföringen och skopera dem som blöder (FOBT), leta tumörmarkörer i avföringen till att föreslå någon form av kolonutredning på samtliga individer. Fyra stora randomiserade studier har gjorts där individer med ockult blödning skoperats. Summerar man resultaten i dessa studier noteras en reduktion i mortalitet i kolorektal cancer i den grupp där upptäckt av blod i avföringen har föranlett en koloskopi. Extrapoleras dessa data till ett svensk screeningsprogram skulle c:a 250 individer inte dö i kolorektal cancer.

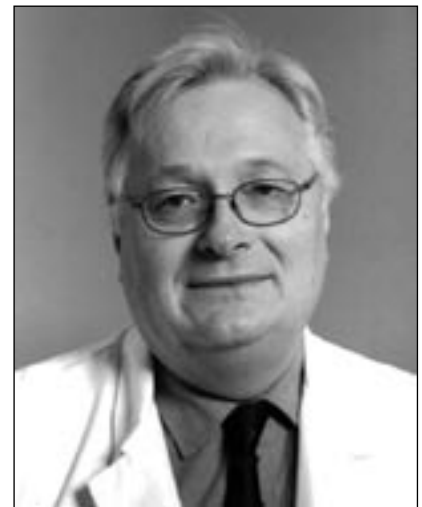
**Kritiken har varit** att man inte reducerar totalmortaliteten med ett screeningsprogram, vilket naturligtvis är en självklarhet. Ett screeningsprogram kan bara påverka mortaliteten i den sjukdom man screenar och inte någon annan mortalitet. I de screeningsstudier som gjorts är det faktiska antalet räddade individer inte många (ett knappt 100-tal), men trots allt är det en överlevnadsvinst i kolorektal cancer till förmån för dem som screenas. Tittar man på totalöverlevnad, så har drygt 20 000 individer i de båda armarna dött av andra orsaker i dessa stora screeningsstudier. Nu råkar det vara aningen fler individer som har dött i den screenade armen (ånyo ett knappt 100-tal). Detta innebär att det antal man har lyckats rädda bland några enstaka tusen diagnostiserade kolorektala cancrar förloras i en slumpmässig övervikt av död i andra sjukdomar. Denna skillnad är naturligtvis enbart en slumpvariation,

men belackarna för kolorektal cancerscreening hävdar att detta är en realitet.

**För mig, som tror på screening** för kolorektal cancer, är det snarast patetiskt att denna slumpvariation i totalmortalitet kan överskugga effekten av räddade individer i kolorektal cancer. Jag upplever att vi har hamnat i ett Moment 22 i Sverige. Socialstyrelsen vågar inte peka med hela handen och kräva screening. Sveriges kommuner och landsting vågar inte dra igång detta på grund av kostnaderna och hävdar att de väntar på Socialstyrelsens råd och rekommendationer. Självklart kommer detta att kosta pengar. Det är inte rimligt att tro att man kan ha ett screeningsprogram som inte kostar någonting. Tittar man på Vägverkets kalkyler för att rädda ett människoliv med planfri korsning vid en järnvägsövergång, är de beredda att satsa 15 miljoner. Kostnaden för kolorektal cancerscreening är c:a 5 miljoner/år och landsting dvs. 3–400 000 tusen innevånare. Då kommer c:a 250 individer med koloncancer att överleva, vilket är en intressant siffra. Kostnaden för ett vunnet liv blir 125 miljoner dividerat med 250 individer, vilket blir betydligt billigare än att investera i Vägverkets planfria korsningar.

**Jag kan i viss mån** acceptera kritiken på vald screeningsmetod. Såväl sensitivitet som specificitet är inte optimal vid FOBT och det kanske allra bästa systemet är att göra en koloskopi på alla människor vid 55–60 års ålder. Detta är dyrare och mer riskfyllt, men vi kommer att identifiera dem som har en tarm med polyper och reducera risken att få kolorektal cancer genom att rensa tarmen kontinuerligt från nya uppkomna polyper.

**Avslutningsvis är det** intressant att konstatera att Sverige är ett av få länder i Europa som inte rekommenderar screening för kolorektal cancer. Detta är enbart beroende på att vi har en liten klick läkare och



Lars Pålman

politiker som hävdar att totalmortaliteten inte förändras, vilket naturligtvis är självklart att den aldrig någonsin kommer att förändras om vi inför screening för kolorektal cancer, då andelen som dör i Sverige av kolorektal cancer är försvinnande liten jämfört med alla som kommer att dö. Tids nog dör vi ju alla!

**Lars Pålman**  
Professor/Överläkare  
Kirurgiska Kliniken  
Akademiska Sjukhuset, Uppsala



Lars Pålman i samspråk med Göran Ekelund.

# Varför har vi inte tillräcklig evidens för att tillråda screening?

Screening kan ses som ett nationellt hälsomål – att minska dödlighet i kolorektal cancer.

Tyvärr har många försök med hälsokontroller inom olika områden inte lett till förväntad effekt. Vad gäller cancer så beror det kanske på att utvecklingen av tumör är mer komplex än bara en tidsfråga<sup>1,2,3</sup>.

Eftersom tumörer visar olika tillväxthastighet är det inte förvånande att screeningundersökningar påvisar en högre andel tumörer i ”tidigt” skede än förväntat. (”length time bias”). Frågan är om tidig upptäckt ändå kan leda till minskad dödlighet.

**Vid screeningsstudier finns felkällor** (”bias”), som även här måste analyseras för att kunna värdera om resultat är vetenskapligt starka nog och sedan behövs en etisk bedömning av för- och nackdelar.

Några frågor som bör analyseras är<sup>4</sup>:

1. *Föreligger ”length time bias”?*  
Ja, allt talar för det.
2. *Föreligger ”selection bias”?* Ja, med säkerhet. De till screening inviterades acceptans att delta har varit låg. Dessutom har val av åldersgrupper betydelse eftersom incidensen ökar med ålder.
3. *Föreligger ”performance bias”?*  
(dvs. att försökspersoner/undersökare är medvetna om att personen ingår i en studie) Ja, tveklöst.
4. *Har studiegruppens storlek betydelse?*  
Ja, en beräkning visar att för att ha en möjlighet att med statistisk säkerhet påvisa meningsfull effekt av screening behöver fler personer än i de publicerade studierna inkluderas<sup>5</sup>.

**Vid val av ”end points”** i screeningstudier har det blivit allt mer klart att den enda säkra ”end pointen” är minskad total dödlighet (”all-cause mortality”)<sup>6,7</sup>.

En systematisk översikt av Cochrane Collaboration visar en reducerad mortalitet i kolorektal cancer med 16%<sup>4</sup>. Antalet personer som behövde inviteras, till upprepade screening vartannat år under 10 år, för att undvika ett dödsfall i kolorektal cancer var 1173 (NNT)<sup>4</sup>.

**En uppdaterad översikt** av Cochrane förväntas nästa år.

Låt oss i avvaktan se på de två tyngsta studierna<sup>8-12</sup>. Dessa är ambitiöst utförda men de är kliniska studier med de tillkortakommanden som här kan föreligga.

I studierna var effekten (minskad dödlighet i *kolorektal cancer*) låg, om än statistiskt signifikant<sup>8,12</sup>.

Men varför är inte saken klar? Efter screening vart annat år under 10 år sågs en minskad dödlighet i kolorektal cancer med 15–18% i *relativa* tal, vilket endast motsvarar 0,08–0,14 procentenheter i *absoluta* tal i den engelska respektive danska studien. Minskningen avtar dessutom med ytterligare uppföljningstid. Någon skillnad i *total dödlighet* sågs inte.

I en randomiserad kontrollerad studie *skall* en minskad dödlighet i kolorektal cancer även slå igenom i *interventionsgruppens* totala dödlighet. Varför gör den inte det? En förklaring, den mest sannolika, kan vara tveksam validitet i dödsorsaksbestämningen<sup>13</sup>.

Kritiker hävdar att orsaken till att sådan skillnad inte ses är att den försvinner i bruset av alla dödsorsaker<sup>14</sup>. Det kan så vara men det har *inte* visats.

#### Det kan konstateras att:

- screeningstudier i stora befolkningsgrupper är svåra att genomföra.
- studier måste vara mycket stora för att säkert kunna påvisa eventuell effekt.
- den vanligaste metoden är Hemocult-test som är enkelt att hantera men som har dåligt prediktivt värde.
- felkällor som kan påverka utfallet föreligger.
- enda säkra ”end point” är total mortalitet.
- endast två studier är vetenskapligt rimligt starka.
- dessa visar en liten men signifikant minskad dödlighet i kolorektal cancer efter screening, men ingen skillnad i total dödlighet vilket talar för att validiteten i dödsorsaksbestämningen måste ifrågasättas.



Göran Ekelund (Foto: Anita Alm)

- att på tillgänglig kunskap nu förorda screening innebär ett stort ansvarstagande och ett etiskt problem. Att screening rekommenderas i andra länder innebär i sig ingen evidens.
- en ofta föreslagen ”feasibility”-studie i en mindre avgränsad population kan endast ge svar på frågor rörande ”compliance” etc. och kan inte ge svar på huvudfrågan om screening kan leda till minskad mortalitet eller ej.
- resultaten är osäkra varför Cochrane Collaboration, SBU och Socialstyrelsen förordar ytterligare forskning, inte minst inkluderade analys av nackdelar med screening. Sådan forskning kan inkludera andra metoder för screening.

**Frågan om screening** har ofta lett till påhopp och upprörda känslor i debatten<sup>2</sup>. Jag slutar med att citera Michael Baum, en av de kanske mest erfarna inom cancerscreening<sup>2</sup>: *”Whenever you challenge a dogma it is unpleasant, but if you don’t, you don’t advance the subject.”*

Referenslista kan erhållas av författaren.

**Göran Ekelund**,  
docent (emerit.) kirurgiska kliniken,  
Universitetssjukhuset MAS, Malmö  
goran.ekelund@med.lu.se

*Svenska Gastrodagarna i Uppsala.*



# Svenska Gastrodagarna 2-4 maj 2007 Uppsala

Mer information  
om programmet finns på

*[www.gastrodagarna.se](http://www.gastrodagarna.se)*



I samarbete med SEGP och SILK

## SGF

Onsdag 2 maj

10.00  
Välkomna!

10.10–11.00  
Övervikt:  
Risker vid övervikt  
Skall övervikt verkligen  
opereras?

11.00–12.00  
"Den komplicerade  
polypen"  
Slyngning, TEM eller  
kirurgi?

12.00–13.00  
Lunch, utställning  
och posters

13.00–14.00  
Ulrika Broomé-  
föreläsning  
K Lindor, Mayo Clinic,  
USA "Sclerosing cho-  
langitis-state of the art"

14.00–15.30  
SILK-symposium  
Cirroskomplikationer  
hos patienter aktuella  
för levertransplanta-  
tion-praktiska aspekter

15.30–16.00  
Kaffe, utställning  
och posters

16.00–17.00  
"Den läckande  
sfinctern"

Nya behandlingsme-  
toder

Bensträckare

17.05–18.00  
SGF årsmöte

18.10–18.55  
Satellitsymposium

19.00  
Välkomstmangel  
Vinterträdgården

## SGF

Torsdag 3 maj

07.30–08.15  
Satellitsymposium

08.30–09.30  
IBD  
Varför uppstår IBD?  
"Endoskopisk interven-  
tion vid IBD"  
"Vad återstår för kirur-  
gen vid IBD?"

9.30–10.00  
Kaffe, utställning och  
posters

10.00–10.40  
Bäranyföreläsning  
J.F Colombel, Lille,  
Frankrike: "Manag-  
ment of Crohn's  
disease, today and  
tomorrow"

10.45–12.15  
Fria föredrag, abstracts

12.15–14.00  
Lunch, utställning  
och posters

14.00–15.00  
Avancerad gastro-  
intestinal cancer  
Kolorektal cancer  
Peritoneal carcinos  
Levermetastaser  
Onkologiska  
synpunkter

15.00–15.30  
Kaffe, utställning  
och posters

15.30–17.00  
SILK-symposium  
Kronisk hepatit

Bensträckare

17.05–17.50  
Satellitsymposium

19.00  
Bankett på Slottet

## SEGP

Torsdag 3 maj

09.00–09.45  
Esofagus-cancer; stent  
eller mucosal resek-  
tion?

09.45–10.15  
Övre gastrointestinal  
blödning – vad kan  
radiologen göra?

10.15–11.15  
Kaffe, utställning  
och posters

11.15–12.00  
"Pegar"  
"Koloskopi eller CT  
kolon?"

12.00–14.00  
Lunch, utställning  
och posters

14.00–14.30  
Anal inkontinens

14.30–15.15  
Årsmöte

15.15–15.45  
Kaffe, utställning  
och posters

15.45–16.30  
Akut leversvikt

19.00  
Bankett på Slottet

## SGF

Fredag 4 maj

07.30–08.15  
Satellitsymposium

08.30–10.00  
"Dyspepsi och gast-  
roesofageal reflux-en  
SBU rapport"  
Outredd dyspepsi  
Funktionell dyspepsi  
GERD  
Ulcus  
Barrett

10.00–10.45  
Wehlinföreläsning  
Marcus Lerch, Greif-  
swald, Germany  
"Acute pancreatitis  
including the role of  
endoscopy"

10.45–11.15  
Kaffe, utställning  
och posters

11.15–13.00  
"Up-date":  
Ovanliga gastro-hepa-  
tologiska sjukdomar  
Endokrina GI-tumörer  
Familiär amyloidos  
Eosinofil esofagit  
Födoämnesallergi för-  
utom gluten – finns  
det?

Avslutning

13.00–13.15  
Lunchbaguette och  
hemresa

## SEGP

Fredag 4 maj

09.00–09.45  
Vad har hänt – vem  
skoperar vad?

09.45–10.30  
Mag-tarmkanalens  
immunsystem vid  
hälsa och sjukdom

10.30–11.15  
Kaffe och utställning

11.15–12.00  
Kapsel-endoskopi av  
tunntarmen – sen då?

Avslutning

12.00–12.15  
Lunchbaguette  
och hemresa



I samarbete med SEGP och SILK

# Adult coeliac disease in clinical practice

**Gunnar Midhagen**

Medicinkliniken, Sjukhuset i Lidköping  
531 85 Lidköping  
gunnar.midhagen@vgregion.se



Gunnar Midhagen

Slutskedet av andra världskriget noterade en holländsk barnläkare, Wim Dicke att hans celiakipatienter blev mycket bättre. Kriget medförde stor brist på spannmål. Efter att svenska flygplan, som ett led i en hjälpinsats, bombat Holland med mjöl blev barnen sämre igen. Dicke drog då slutsatsen att mjölet var en negativ faktor för hans patienter. Några år senare, på femtiotalet, kunde man för första gången genom mikroskopisk undersökning av operationspreparat visa att tunntarmsslimhinnan är skadad vid celiaki. Kort härefter utvecklades metoder att ta prov från tunntarmsslimhinnan, Crosbys kapsel, och förutsättningarna för både diagnostik och behandling var klara.

Länge betraktades celiaki mer eller mindre som en barnsjukdom, och vuxenfall var närmast rariteter. När de diagnostiska metoderna spreds och de medicinska gastroenterologerna blev talrikare på 1970- och 80-talen visade det sig att celiaki var långt ifrån ovanligt även hos vuxna.

## Delarbete 1

Mitt första arbete var en kartläggning av celiakipatienterna inom Örebro sjukhus upptagningsområde. Förekomsten var cirka 1/1000, vilket var bland de högsta på den tiden (1986). Dels genom ökad med-

vetenhet hos klinikerna och dels genom serologiska möjligheter till screening har celiakidiagnosen blivit allt vanligare och man räknar med att närmare 1/100 i en västerländsk befolkning har celiaki. Detta har medfört att den kliniska bilden vid celiaki är annorlunda nu än för några decennier sedan. Många patienter som diagnosticeras idag har få eller inga symptom. Redan 1986 upplevde nästan hälften inga symptom från mag-tarmkanalen. Sedan dess har denna andel minskat ytterligare. I det första arbetet fann vi också en mycket hög samtidig förekomst av thyroidsjukdomar, 11%, ett resultat som senare har kunnat verifieras av andra.

## Delarbete 2

I mitt andra arbete följer jag upp dessa patienter efter 16,5 år med avseende på mortalitet och insjuknande i malignitet. Statiska centralbyrån och Socialstyrelsen var behjälpliga med jämförelser mot dels kontrollpersoner matchade för ålder, kön och bostadsort, dels mot bakgrundsbefolkningen. Patienter och kontroller jämfördes sedan mot dödsorsaks- och cancerregistret. Förutom Örebropatienterna inkluderade jag motsvarande patienter i Linköping. Några skillnader mellan de båda sjukhusen förelåg inte. Insjuknande i malignitet var 47% lägre än i bakgrunds-

befolkningen, vilket var lägre än förväntat. Risken att dö var däremot 38% högre än förväntat. Ökningen utgjordes till största delen av ökad dödlighet i kardiovaskulär sjukdom i de högsta årsklasserna. Detta är något överraskande då man vet från andra studier att celiakipatienter har *färre* klassiska riskfaktorer, t.ex. röker de mindre, har bättre blodtryck och kolesterol jämfört med folk i allmänhet. Däremot har celiakipatienterna högre homocysteinnivåer än normalbefolkningen. Homocystein är ju dels en markör för låga vitaminnivåer och dels en riskmarkör för kardiovaskulär sjukdom. Intressanta uppslag finns till ytterligare studier för att förklara våra fynd.

## Delarbete 3

Sedan 80-talet har flera serologiska metoder för screening av celiaki tillkommit. Retikulinantikroppar, är en metod vars sensitivitet endast ligger runt 50%, och

Standard mortality ratio (SMR) 1 January 1987–30 June 2002 in different age groups.

|                          | Patient years | Observed number of deaths | Expected number of deaths | SMR  | 95% C.I.  |
|--------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------|------|-----------|
| Total mortality          | 3265          | 70                        | 50.6                      | 1.38 | 1.08–1.75 |
| Total mortality          |               |                           |                           |      |           |
| <65                      | 2235          | 10                        | 8.0                       | 1.24 | 0.60–2.29 |
| >=65                     | 1029          | 60                        | 42.6                      | 1.41 | 1.08–1.81 |
| Cardiovascular mortality |               |                           |                           |      |           |
| <65                      | 2235          | 1                         | 2.3                       | 0.43 | 0.01–2.42 |
| >=65                     | 1029          | 32                        | 21.9                      | 1.46 | 1.00–2.06 |

har därför blivit utmönstrad. Gliadinantikroppar har i varje fall hos vuxna en för låg specificitet och används i allt mindre omfattning. Antikroppar mot endomysium har både hög specificitet och sensitivitet, men dess nackdelar är att substratet tas från apesophagus och att metoden, som bygger på indirekt immunofluorescens, kräver en manuell bedömning. I slutet av 1990-talet upptäcktes vävnadstransglutaminas, ett enzym som finns bl.a. i tunntarmslemhinnan. Mätning av antikroppar mot vävnadstransglutaminas har visat sig vara likvärdigt med bestämning av endomysiumantikroppar, men är mindre arbetsintensivt, då det bygger på ELISA-teknik. I mitt tredje arbete redovisar jag vad som händer med nivåerna av 4 utvalda antikroppar vid diagnostillfället och efter 1, 3, 6 och 12 månaders glutenfri kost. Redan efter 3 månaders diet var det bara runt 50% av patienterna som hade detekterbara antikroppsnivåer. Sedan fortsatte de att sjunka med tiden. Denna iakttagelse gav upphov till slutsatsen att antikropsdiagnostik hos patienter som på egen hand påbörjat en glutenfri kost är vanskelig redan mycket kort tid efter dietomläggning.

#### Delarbete 4

Andra har tidigare visat att det är värdefullt att hitta och behandla en patient med celiaki för att minska risken för cancer, benskörhet, infertilitet och förbättra utsikterna för en lyckad graviditet. Hörnstenen är en tunntarmslemhinna som är i remission. Kan man genom att använda kostanamnes, serologi och nutritionsmarkörer få en tillräckligt god bild av om tunntarmslemhinnan är i remission eller inte? Det var frågeställningen inför det fjärde arbetet. Det visade sig att bland svenska celiakipatienter som varit rekommenderade glutenfri kost i 10 år höll 91% en strikt glutenfri kost. Det är en hög siffra vid internationell jämförelse. I 88% av fallen kunde några enkla kostfrågor förutsäga att slemhinnan var läkt. Läger man till en antikropsanalys ökas säkerheten ytterligare. Hundraprocentig säkerhet kan man förstås bara få med biopsi, men det är ju trots allt ett ingrepp för patienten och dessutom en fråga om hur sjukvårdens resurser skall fördelas.

#### Delarbete 5

En fråga som blivit mer aktuell på senare år är hur patienten "egentligen mår". I ett tidigare arbete, som inte ingår i avhandlingen, har vi sett att livskvaliteten är sämre, hos kvinnor som varit rekommenderade en glutenfri kost i 10 år jämfört med svensk normalbefolkning. Denna skillnad såg vi inte hos män. Därför ville vi göra en analys av patienternas symptomskattning jämfört med kontrollpersoner. Alla patienter som inkluderades var i serologisk remission. Patienter och kontroller fick fylla i symptomformuläret GSRS. Det visade sig att kvinnorna hade statistiskt signifikant ökad symptombelastning jämfört med kontrollpersonerna och de manliga celiakipatienterna. Dessa resultat har ingen självklar förklaring. Till att börja med vet vi inte vad som är orsak eller verkan när det gäller livskvalitet och symptom. På sistone har uppmärksammats att symptomen vid IBS och symptomen vid celiaki har gemensamma drag. Mycket spännande arbete återstår således.

#### Ingående delarbeten:

G Midhagen, G Järnerot, W Kraaz. Adult coeliac disease within a defined geographic area in Sweden. A study of Prevalence and associated diseases Scand J Gastroenterol 1988;23:1000-4.

G. Midhagen, L Brandt, A. Ekbom, G Järnerot, M Ström. Cardiovascular disease, not malignancy, increases mortality in coeliac disease. A population based study. I manuscript

G Midhagen, A K Åberg, P Olcén, G Järnerot, T Valdimarsson, I Dahlbom, T Hansson, M Ström. Antibody levels in adult patients with coeliac disease during gluten-free diet: a rapid initial decrease of clinical importance. Journal of Internal Medicine 2004;256:519-24.

G Midhagen, E Grodzinsky, C Grant, C Grännö, C Hallert, S Hultén, H Svensson, T Valdimarsson, M Ström. Long-term follow-up of patients with coeliac disease: serological correlates of clinical remission. In manuscript.

G Midhagen, C Hallert. High rate of Gastrointestinal symptoms in celiac patients living on a gluten-free diet: controlled study. Am J Gastroenterol 2003;98:2023-26.

### SILKdagen ersätts av två utbildningssymposier och en hedersföreläsning till Ulrika Broomés minne

I samband med att Svenska Gastrodagarna förlängs och får en ny form kommer också Sveriges Internmedicinska Leverklubbs (SILKs) utbildningsdag i hepatologi att förändras. Tidigare har utbildningsdagen i hepatologi legat på onsdagen i anslutning till mötet. Från och med 2007 kommer utbildningsdagen integreras i programmet för Gastrodagarna och ersättas med två utbildningssymposier och en hedersföreläsning till minne av Ulrika Broomé.

Syftet med förändringen är att allmänt stimulera intresset för hepatologi och erbjuda medicinsk hepatologi för alla gastroenterologer, även de som i sin vardag mest möter ett annat patientklientel.

SILK kommer som tidigare att ansvara för programinnehållet. SILK har som mål att erbjuda kliniskt orienterade symposier som tar upp aktuella teman inom hepatologi.

På mötet i Uppsala kommer vi dels att diskutera behandling av komplikationer till levercirrhos med fokus på patienter som är aktuella för levertransplantation och dels kroniska hepatiter; genes, utredning och behandling.

Hedersföreläsare är professor Keith Lindor från Mayokliniken. Han kommer att ge en översikt om primär skleroserande cholangit. Detaljerat program finner ni på föreningens hemsida.

Hjärtligt välkomna till det hepatologiska programmet på Gastrodagarna!

**Annika Bergquist**

Hepatologiansvarig, SGF, Ledamot i SILK

# Magnus Simrén – utsedd till Rising Star



**Under UEGW i Berlin utsågs SGFs vetenskapliga sekreterare Magnus Simrén till Rising Star.**

**Det var andra gången som en svensk tilldelats denna utmärkelse.**

**Gastrokuriren fick en intervju med Magnus mellan föreläsningarna.**

Till vardags arbetar Magnus på gastrosektionen, medicinkliniken på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Det var även i Göteborg som han läste medicin.

– Jag var klar 1991. När det sedan var dags för min AT, valde jag att flytta till Lidköping, berättar Magnus.

## Ville till ett mindre sjukhus

Han fortsätter med att förklara att det var ett medvetet val från hans sida att söka sig till ett mindre sjukhus.

Orsaken var att han ville uppleva att man fick ta hand om det mesta man kunde ställas inför som doktor. Magnus kom att trivas bra där.

– Jag fortsatte sedan även med större delen av min ST som internmedicinare i Lidköping.

Det var i Lidköping som Magnus fick upp intresset för gastroenterologi.

– Det var mycket tack vare Gunnar Midhagen, gastroenterolog på Lidköping. Han och Ingvar Kagevi lät mig prova endoskopi, förklarar Magnus.

## Primitivt – men fascinerande

Upplevelsen med endoskopi kom att påverka Magnus. Han förklarar att han fann det fascinerande att man kunde *titta* in i människokroppen.

– Ändå var det väldigt primitivt på den tiden, minns han.

– Vi stod i en liten skrubbe på operationsavdelningen och kikade i fiberinstrument – det fanns inga TV-monitorer på den tiden i Lidköping. Trots det tyckte jag det verkade spännande. Det ledde naturligtvis till att jag även blev intresserad av sjukdomspanoramata, och därför bestämde jag mig för att bli gastroenterolog.

## Forskade på IBS-patienter

Beslutet innebar att Magnus fick återvända till Sahlgrenska, vilket han gjorde i januari 1998.

– Huvudorsaken till det var att jag ville ägna mig åt forskning, samt att det helt enkelt var tvunget att jag sökte mig till ett större sjukhus för att kunna bli gastroenterolog.

– På Sahlgrenska hade jag turen att få Einar Björnsson och Hasse Abrahamsson som handledare, fortsätter Magnus.

– Einar hade tidigare forskat i USA på känslighet i tarmen med en s.k. barostat, och just fått klartecken till att köpa in en sådan till Sahlgrenska.

Det var ett dröjsmål på ett par månader innan tekniken skulle finnas på plats, så medan de väntade började Magnus med att utföra manometriundersökningar, vilket kunde göras med den utrustning man redan hade på plats.

– En gemensam faktor för alla patienter jag undersökte – även med den nya tekniken – var att de hade IBS, förklarar han. ☺



### Avhandling

Det föll sig därför naturligt att Magnus avhandling kom att handla om just IBS.

– Den kom 2001, och tittade på olika aspekter av IBS – från livskvalitet till känslighet och rörlighet i tarmen.

– En av de viktigaste sakerna vi kom fram till där var att tillförseln av föda förvärrar avvikelser i rörelsemönstret och känslighet i tarmen. Känsligheten påverkas även i de områden dit maten ännu inte har nått!

Magnus anser att det hos patienter med IBS finns en rad avvikelser av betydelse.

– Det vi tittat på i den fortsatta forskningen är kopplingen mellan avvikelser såsom känslighet, psykologi, motorik och sekretion. Hur dessa i sin tur är kopplade till de symptom som patienten upplever.

Han konstaterar vidare att det som verkar starkast kopplat till svårighetsgraden av symptom, är en ökad känslighet i tarmen och förekomst av ångest och/eller depression.

### Bra samarbete

På Sahlgrenska har han blivit kvar sedan dess, och det är en arbetsplats som Magnus trivs väldigt bra på.

– Orsaken till det ligger i det faktum att vi kan samarbeta så bra. Det finns ingen som helst konkurrens, vi är olika personligheter med olika intressesfärer som har kul på jobbet.

Magnus anser att det gäller samtliga personalkategorier, och han vill gärna lyfta fram labbet som ett exempel.

– Det är ett fantastiskt labb med fantastisk personal – duktiga, intresserade

och som, liksom vi, tycker de att det är kul att jobba. Just labbet har dessutom expanderat stort de senaste åren, och fått en större koppling till andra enheter på sjukhuset, som t.ex. immunologi och psykiatri.

### Andra uppdrag

Magnus har många uppdrag vid sidan av forskningen och läkartjänsten. Han är styrelsemedlem i Europeiska motorikföreningen, president i SAGIM (Skandinaviska Motorikföreningen) och biträdande redaktör för tidningen GUT:

– I tidningen ansvarar jag för alla arbeten som kommer in om motorik i mag-tarmkanalen, funktionella mag-tarmsjukdomar och neurogastroenterologi, berättar han.

Dessutom är han inne på sitt andra år som vetenskaplig sekreterare i SGF. Medlem i föreningen har han varit sedan mitten av 90-talet, och han erkänner att han först var lite tveksam när han blev tillfrågad av valberedningens ordförande.

– Jag funderade på om jag verkligen hade tid för den uppgiften också, säger han.

Han tog ändå på sig arbetet, och idag tycker han det fungerar bra och han trivs även med det.

– Idag delar jag min tid ungefär 50–50 mellan kliniken och allt annat.

### Stärka Gastrodagarna

En av de viktigaste uppgifterna för föreningen är att förändra upplägget av Gastrodagarna, och det är det som Magnus arbetat mest med inom SGF.

– Vi vill stärka dem. Därför minskar vi på engagemanget på Riksstämman till förmån för Gastrodagarna. Vår tanke är att få till en blandning av översiktsföreläsningar och sessioner ägnade åt presentationer av forskningsprojekt, förklarar han.

Dessutom är det viktigt att svensk gastroenterologi är representerad så mycket som möjligt i internationella sammanhang, tillägger Magnus.

– Vi har mycket att tillföra, påpekar han.

### Uppskattad föreläsning

Ett bra exempel på just detta är naturligtvis Magnus utnämning till Rising Star.

Sin mycket uppskattade föreläsning i Berlin ägnade han åt kopplingen mellan patofysiologiska avvikelser och symptom-mönster hos patienter med IBS.

Han pekade på det fynd han tidigare gjort om hur födoadministration i den övre tarmkanalen ger en nästan omedelbar reaktion även i den nedre tarmkanalen.

Han presenterade också resultat från pågående projekt där symtombilden vid IBS kopplas till avvikelser i mag-tarmfunktion, psykologi och andra avvikelser.

Föreläsningen mottogs med stort intresse och föranledde många frågor från publiken som Magnus besvarade.

### Precis på åldersgränsen

Efter själva föreläsningen fick Magnus mottaga intyget på att han blivit utsedd till Rising Star.

– Magnus Simrén är synnerligen väl meriterad och välrenommerad för Rising Star!

Detta omdöme kommer från SGFs ordförande Christer Staël von Holstein som vi stötte på i vimlet på väg till vårt möte med Magnus.

Själv blev Magnus ändå lite överraskad av utnämningen.

– Dels är jag precis på gränsen när det gäller åldern (*en Rising Star får inte vara äldre än 40 år, reds anm.*), och det är stor konkurrens, konstaterar han.

– Men visst känns det jättekul att vara här, att få träffa andra Rising Stars och amerikanska motsvarigheter. Det är också kul att få uppmärksamhet för det man gör – det tror jag nog att alla tycker, avslutar Magnus Simrén.

Per Lundblad

# Rolf Hultcrantz – ny ordförande i ASNEMGE

**ASNEMGE har fått en svensk ordförande – Rolf Hultcrantz från Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm. Rolf är den första svensken som tillträder på denna post.**

**D**en ganska besvärliga beteckningen ASNEMGE står för *Association des Sociétés Nationales Européennes et Méditerranéennes de Gastroentérologie* – eller Association of National European and Mediterranean Societies of Gastroenterology på engelska.

## Forum för gastroenterologer

Föreningen bildades 1947. Den har inga enskilda medlemmar, utan är uppbyggd på så sätt att det är de olika nationella föreningarna som är medlemmar – och dessa har sina representanter i ASNEMGE.

SGF är alltså medlem. Totalt finns det 42 medlemsländer.

Dess syfte var från början att utgöra ett forum för gastroenterologer från Europa och runt Medelhavet. Målsättningen var att ordna en kongress för samtliga deltagarländer. Perioden 1948–1956 genomfördes en sådan vartannat år. Därefter valde man att satsa på vart fjärde år istället.

## Slogs ihop för att bilda UEGF

År 1992 slog sig ASNEMGE ihop med sex andra organisationer som tillsammans kom att kallas ”de sju systrarna”.

Orsaken till detta var att man ville satsa på en gemensam, årlig kongress – United European Gastroenterology Week (UEGW) var därmed född.

Sedan dess har ASNEMGE varit de nationella gastroenterologiföreningarnas representant i United European Gastroenterology Foundation (UEGF), som i dagsläget representerar drygt 22 000 europeiska specialister.

## Från sekreterare till ordförandeskap

Ordföranden för ASNEMGE väljs på en period av två år. Det är normalt den person som varit sekreterare under en tvåårsperiod som får uppdraget.

Rolf Hultcrantz har varit sekreterare i ASNEMGE de två senaste åren, och i samband med UEGW i Berlin under oktober blev han alltså vald till ny ordförande.

Rolf är till vardags verksamhetschef för Gastrocentrum medicin på Karolinska Uni-

versitetssjukhuset i Stockholm med verksamhet både i Huddinge och Solna.

Vi fick en kort intervju med honom i Berlin under en paus i föreningens sammanträde.

## Tidigt forskarintresse

Sin läkarbana startade Rolf i Stockholm under sjuttio-talet då han läste medicin på KI.

– Jag gjorde min AT på Sabbatsbergs sjukhus, och blev leg läkare år 1978, berättar han.

Redan under studietiden väcktes Rolfs intresse för forskning. Han påbörjade sin doktorsavhandling i patologi under mitten av 70-talet, men disputerade först 1982.

Rolf utbildade sig på Huddinge sjukhus, blev specialist i internmedicin och året där efter – 1985 – blev han specialist i gastroenterologi.

– Valet att bli gastroenterolog föll sig ganska naturligt för mig, eftersom jag redan hade forskat på levern. Man kan säga att jag först var smal och sedan valde att bredda mig, förklarar han.

## Odlade leverceller i USA

Under slutet av 80-talet for Rolf till San Francisco på s.k. Fogarty Fellowship.

– Jag forskade på ett leverlaboratorium där. Jag har haft en förkärlek för att ägna mig åt järnskador på levern. I USA lärde jag mig bl.a. att odla leverceller, förklarar han.

När han kom hem igen 1989 började han på Karolinska sjukhuset först som biträdande överläkare och 1991 blev så Rolf överläkare och sektionschef för gastroenterologi på KS.

– Gastroenterologin blev en egen klinik år 1996, och då blev jag verksamhetschef för den, fortsätter han.

1999 blev Rolf dessutom adjungerad professor i gastroenterologi vid Karolinska Institutet.

## Uppgifter för ASNEMGE

Från och med oktober 2006 kan alltså Rolf även lägga till titeln ordförande i ASNEMGE. Vi frågar honom vad han ser som sin främsta arbetsuppgift.

– Att hjälpa de nationella föreningarna att synas mera, svarar Rolf.

– Men det är många arbetsuppgifter som åvilar ASNEMGE: Understödd forskning och utbildning – där är våra post-graduate-



Rolf Hultcrantz

kurser ett exempel på hur vi arbetar med det. Vi ger pris till unga forskare, och utser Rising Stars.

– Dessutom arbetar vi med YIM (*se reportage på SYGs sidor i denna tidning, reds anm.*). Vi ordnar två möten för dem per år, dels här i samband med UEGW, samt ett veckoslut i Wien. Vi står för mat, husrum och kursinnehåll. De nationella föreningarna står för själva resan.

Rolf fortsätter med att berätta om ett nytt initiativ man tagit nu.

– Vi vill skapa ett nätverk för unga gastroenterologer i Europa. Därför har vi kontaktat SYG om detta – vi har i dagsläget kontakt med cirka 1 000 unga gastroenterologer via e-mail.

## Se över organisationen

Det är det som är utmaningen inför framtiden, anser Rolf.

– Att driva alla dessa frågor – framför allt för unga forskare och unga gastroenterologer.

Dessutom behöver själva organisationen kring UEGW ses över, fortsätter han.

– Det är en annan uppgift som vi bör ta tag i. Vi vill fortsätta att verka för att UEGW ska bli ännu mer framgångsrikt, och generera fler aktiviteter.

Därmed är den korta pausen i sammanträdet över, och – som för att bevisa det sista påståendet – får Rolf ge sig in i diskussionerna igen.

Per Lundblad

### Fotnot:

Vill man veta mer om ASNEMGE kan man få utförlig information om organisationen på deras hemsida. Adressen är [www.asnemge.org](http://www.asnemge.org)

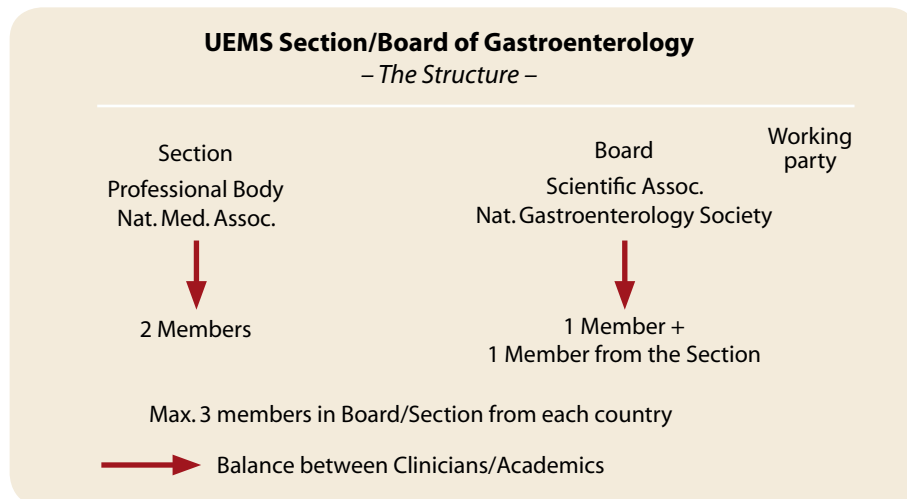
# Vad gör **UEMS** för utbildning av specialister i gastroenterologi?

**UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes), EUMS (European Union of Medical Specialists) eller Europeiska Specialistläkarföreningen är en organisation inom EU som startades på 1950-talet för att samordna utbildningen av medicinska specialister inom unionen. EU har nu växt till 25 stater och det finns all anledning att förstärka detta arbete eftersom det in EU finns en fri arbetsmarknad och i princip skall en specialist från ett EU-land fritt kunna arbeta inom vilket annat EU-land som helst.**

För medicinska specialister gäller dock att specialiteten skall vara erkänd i mer än 13 länder för att automatiskt kunna överföras till ett annat land. Detta är inte gastroenterologi varför en specialist i gastroenterologi som kommer till Sverige måste prövas av Socialstyrelsen innan personen kan få svenskt specialistbevis och söka anställning som gastroenterolog.

**UEMS har sitt säte** i Bryssel. Det finns en generalförsamling med representanter från varje EU-land och svenska representanter utses av Sveriges läkarförbund och till de individuella specialiteterna efter förslag från Svenska specialistföreningar. Varje specialitet har sina sektioner där det finns två representanter från varje land, med möjlighet till ytterligare en representant om det finns flera föreningar (t.ex. akademiska gastroenterologer). Svensk gastroenterologi representeras av Åke Danielsson som har varit med sedan 1994, först som observatör innan Sverige gick med i EU, och sedan 1995 som ordinarie medlem. Rolf Hultcrantz har varit med sedan 2000.

**I sektionen finns** ett arbetande utskott (EBG; European Board of Gastroenterology), medan beslut tas av UEMS section for Gastroenterology. Ordförande i sektionen är Professor Michel Jung, Tysk-



land, och ordförande i EBG är Dr Rodney Burnham, UK. Det är ibland lite oklart vad det är för skillnad på sektionen och EBG eftersom samma individer är med i bägge.

**EBG har tre arbetsgrupper** (subkommittéer) som arbetar med områdena:

**1. Training and recognition** (ordförande Fernando Aspiroz, Spanien) som dels utfärdar certifikat/EU-diplom (en sorts specialistbedömning). Specialister från de olika europeiska länderna kan bli bedömda mot en administrativ avgift (hittills har 543 specialister i gastroenterologi erhållit EU-diplom), dels har motsvarande SPUR-inspektioner av sjukhus i olika delar av Europa (53 utbildningskliniker har erhållit ackreditering bl.a. Gastrocentrum, Huddinge sjukhus 1996)). Det är naturligtvis en omöjlig uppgift att kunna inspektera alla utbildningssjukhus i Europa men däremot kan man från UEMS sida inspektera några sjukhus per land, vilket ger en ganska god uppfattning om hur landets specialistutbildning fungerar.

Har detta då haft någon effekt? Vi har enats om innehållet i utbildningen av gastroenterologer inom EU. Den finns beskriven i en s.k. blå bok som finns på Internet under UEMS ([www.uems.net/](http://www.uems.net/) eller [www.gastrohep.com/](http://www.gastrohep.com/)).

Grunden skall vara tre års common trunk, dvs. utbildning i internmedicin och tre års gastroenterologi. Det föreligger stora skillnader inom EU, inte sällan beroende på hälsovårdssystem inom respektive land. Som exempel kan nämnas att tyska gastroenterologer under utbildning inte har egen mottagning. I Italien görs mycket få endoskopier på sjukhus eftersom nästan alla utförs i privat regi av sjukhusläkare med privatmottagning. I Sverige och England finns inget krav på kunskap i abdominellt ultraljud. I Frankrike har man endast en kort utbildning i internmedicin. I de nya EU-länderna i öst är den totala specialistutbildningen ibland mycket kort, två till tre år. Under de år som vi har deltagit har det inte skett någon stor förändring. Dock har vi kunnat påpeka för de sjukhus som vill bli certifierade att de inte i nuläget kan ackrediteras pga. vissa brister, vilket man sedan kan använda mot sin myndighet för att förbättra situationen. Hela tiden sker förändringar i specialistutbildningen och en del myndigheter har tagit beslut till förändringar enligt UEMS.

**2. Work force** (ordförande Jean Paul Jacques, Frankrike). Denna subkommitté sysslar med arbetsstyrkan/bemanningsbehov i olika delar av Europa med analys av hur många som behövs, och om den nationella utbildningen är rätt anpassad till

detta. Man har arbetat med stipendier för att kunna öka utbytet mellan EU-länder, men det har utnyttjats i relativt liten omfattning. En intensiv debatt har förts kring EUs arbetstidsdirektiv (EWTD) och dess konsekvenser för sjukvården och specialistutbildningen. Frågan har intensivt drivits av Professor Roy Pounder, UK.

**3. CME** (continous medical education), (ordförande Henri Büscher, Belgien) och European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME). Dessa frågor har tidigare varit relativt oviktiga i Europa eftersom det än så länge inte finns några länder som kräver att man skall visa upp deltagarbevis på utbildningstillfällen varje år, som man kräver i USA. Det är dock något som diskuteras och precis som Ipuls har CME-funktionen blivit en alltmer viktig institution att döma av antalet ansökningar. Det pågår också ett politiskt spel mellan AGA och europeisk gastroenterologi, där AGA försöker komma in på olika länders nationella möten och ge postgraduatekurser. I detta sammanhang har nu UEGF, som leder UEGW, insett att man måste arbeta för att strama upp denna del också och antalet kurser som vi bedömer i EACCME varje år ökar stadigt. Vi kommer nu att skapa en gemensam bedömning av kurser med UEGF education committee. Än så länge är det kostnadsfritt att få sina kurser bedömda av UEMS. Man kan gå in under EACCME på hemsidan och hämta ansökningshandlingar.

**Sektionen för gastroenterologi** inom UEMS träffas två gånger per år, den ena gången alltid i samband med UEGW och en gång på våren/försommaren i något av medlemsländerna. Sverige (Umeå) har varit värd för ett av vårmötena och 2006 års vårmöte hölls i Toulouse, Frankrike. Det är relativt få snabba förändringar som man har lyckats genomföra, men vi tror att sektionens arbete är viktigt och det kontaktnät som skapas tack vare arbetet är av stor betydelse, liksom att gemensamma krav finns i "blue book". Det är framförallt arbetet med att förbättra utbildningen i de nya EU-länderna och CME-verksamheten som vi tror blir viktigt i framtiden.

**Rolf Hultcrantz**  
Professor, Stockholm

**Åke Danielsson**  
Professor, Umeå

**Kommentar från redaktören:** UEMS har haft en del problem med sin hemsida. För att hitta den s.k. blå boken rekommenderar jag att du går in på [www.gastrohep.com](http://www.gastrohep.com) och klickar på den här knappen längst ned till vänster. Du kommer då till en informationssida om UEMS där det finns länkar till bland annat blue book.



SGFs STYRELSE 2006



*Christer Stael von Holstein*  
Ordförande  
Kirurgiska kliniken,  
Univ.sjukhuset i Lund, 221 85 Lund  
Tel 046-17 23 83  
Fax 046-17 23 35  
[christer.stael\\_von\\_holstein@med.lu.se](mailto:christer.stael_von_holstein@med.lu.se)



*Henrik Hjortswang*  
Vice ordförande  
EM-kliniken, Universitetssjukhuset,  
581 85 Linköping  
Tel 013-22 21 30 (sekr)/013-22 20 00 (vx)  
[Henrik.Hjortswang@lio.se](mailto:Henrik.Hjortswang@lio.se)



*Magnus Simrén*  
Vetenskaplig sekreterare  
Sektionen f gastroenterologi & hepatologi  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
413 45 Göteborg  
Tel 031-342 63 89  
[Magnus.simren@medicine.gu.se](mailto:Magnus.simren@medicine.gu.se)



*Lars Börjesson*  
Kassör  
Kirurgkliniken  
Sahlgrenska Univ.sjukhuset/Östra  
416 85 Göteborg  
Tel: 031-343 40 00, fax: 031-25 14 63  
[lars.g.borjesson@vgregion.se](mailto:lars.g.borjesson@vgregion.se)



*Arvid Hamrin*  
Ledamot (ordförande i SYG)  
Medicinkliniken,  
Sundsvalls sjukhus, 85186 Sundsvall.  
Tel 070-1710359  
[arvid.hamrin@comhem.se](mailto:arvid.hamrin@comhem.se)



*Ulla Johansson*  
Facklig sekreterare  
Kirurgmottagningen,  
Hudiksvalls sjukhus,  
82481 Hudiksvall,  
Tel 0650-92 000  
[ulla.m.johansson@lg.se](mailto:ulla.m.johansson@lg.se)



*Annika Bergquist*  
Hepatologisansvarig  
Karolinska Univ.sjukhuset, Huddinge,  
141 86 Stockholm  
Tel 08-58 58 00 00  
Fax 08-58 58 23 35  
[annika.bergquist@ki.se](mailto:annika.bergquist@ki.se)



*Per-Ola Park*  
Endoskopiansvarig  
Kir Klin. SU/Östra  
416 85 Göteborg  
Tel 031-3434000  
[per-ola.park@vgregion.se](mailto:per-ola.park@vgregion.se)



*Jonas Halfvarson*  
Redaktör och webbmater  
Mag-tarmsektionen, Medicinkliniken  
Universitetssjukhuset Örebro,  
701 85 Örebro  
Tel vx 019-602 10 00  
[jonas.halfvarson@orebroll.se](mailto:jonas.halfvarson@orebroll.se)

## Bästa medlem!

Vi är inne i julmånaden och några av oss sitter hemma och pluggar, för de har börjat Sveriges första utbildning till endoskopiker. Jag hoppas att det blir en bra utbildning och att deras kompetens kommer att tas väl tillvara. Jag undrar hur detta kommer att påverka oss? Hur kommer vi att förhålla oss till dem, är de fortfarande en i gänget när de är klara? Människan är inte alltid rakt igenom god. Det vore roligt med en fortsatt debatt om detta.

Innehållet i de första 5 poängen verkar högtintressant och jag vet att man kan läsa bara dem, men kan man få önska att någon skola kan ordna en fördjupningsutbildning framöver för oss som jobbar med endoskopiverksamhet. Många av oss har läst i Umeå eller på Ersta-Sköndal, men vi vill ha en fortsättning, då vi verkar inom ett område med en hög utvecklingsnivå.

Stipendium till SADE-mötet i Linköping har tilldelats Maud Lundkvist, usk Enköping, Lena Liljehov, ssk Kristianstad och Berit Persson, usk Lund. När jag läser programmet ser jag att jag gärna skulle vilja åka dit, för programmet är bra. Kursens tema är denna gång avancerad endoskopi vid sjukdomar i pankreas, lever och gallvägar.

På vår hemsida kan du läsa redovisningen av hygienenkäten. En grupp har tillsatts för att uppdatera våra hygienföreskrifter och första mötet blir i november i Göteborg. Gruppen är sammansatt av representanter från leverantörer av diskmaskiner, hygieniker, representant från sjukvårdsrådgivningen, SÖS, liksom ordförande Ingrid Karström och undertecknad från vår förening.

I slutet av året får du ett medlemsbrev, som också innehåller inbetalningskortet. Medlemsavgiften, 200 kr, betalas på bankgiro nr 5828-8945 före 2007-01-31.

Vår förening, som har ca 350 medlemmar, bygger ju på ideellt arbete från styrelsen och valberedningens sammankallande, Åsa Gillstring, skriver lite här bredvid. Är du intresserad av att vara med? Tveka inte att höra av dig! Jag är inne på mitt andra år som sekreterare och tycker det är mycket stimulerande och roligt! Agnetha Schedin, som är ny kassör presenterar sig för oss.

Må så gott!

**Styrelsen i SEGP  
Mirjam Bjurek**

## Hej alla medlemmar!

Under svenska Gastrodagarna den 2-4 maj 2007 i Uppsala är det dags för byte av några styrelseposter i SEGP:s styrelse. Vi i valberedningen tänkte att vi i år ska vara ute i god tid och även passa på att göra lite reklam för styrelsens arbete. Styrelsen träffas en gång per år och har däremellan telefonmöten var sjätte vecka. Mandattiden är två år. Det bästa för föreningen är om styrelsen representeras av 50/50 undersköterskor och sjuksköterskor liksom att den även är så rikstäckande som möjligt. Är du en person som är engagerad i ditt arbete och vill vara med och påverka föreningens framtid så är uppdraget något för dig!!!

De styrelseposter som skall tillsättas är sekreterare, vice ordförande och styrelseledamot.

Vidare är det dags för oss i valberedningen att dra oss tillbaka och lämna över stafettpipen till tre stycken nya "jägare". Arbetet innebär att leta efter nya styrelsemedlemmar. Till Gastrodagarna skall ett förslag till ny styrelse utarbetas för presentation och omröstning. Aktuella telefonnummer till oss i valberedningen finns på SEGP:s hemsida

Vi ser fram emot att du hör av dig!

**Åsa Gillstring**  
Sammankallande i valberedningen  
Endoskopikum  
Danderyds Sjukhus AB



### Stipendier 2007

**Svenska gastrodagarna i Uppsala i maj  
Nordiska mötet på Island i juni  
UEGW i Paris i oktober**

Stipendium utdelas till medlemmar i vår förening, läs mer om kriterierna på vår hemsida.

Till svenska Gastrodagarna utdelas  
fyra stipendier à 4 000 kr  
Till Nordiska Mötet utdelas  
två stipendier à 6 000 kr  
Olympus resestipendium  
à 10 000 kr

Maila din ansökan, som ej kräver särskilt formulär till annika.olsson@eribispharma.se  
**Senast den 31 januari 2007**

### SEGP:s STYRELSE 2006



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  
Kärnsjukhuset  
541 85 Skövde  
Tel: 0500-432 540  
Fax: 0500-432 962  
mirjam.bjurek@vgregion.se

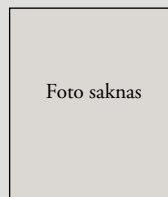


Foto saknas

Kassör:  
*Agneta Schedin*  
GastroCentrum Medicin, Solna  
Karolinska Universitetssjukhuset  
171 76 Stockholm  
Tel: 08-5177 03 02  
Fax: 08-177 33 12  
agneta.schedin@karolinska.se



Ledamot:  
*Susanne Lord*  
Kirurgoperation  
Södersjukhuset  
118 83 Stockholm  
tel: 08-6162374  
Fax: 08-6162460  
suzanne.lord@sodersjukhuset.se



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

# Abstracts till Svenska Gastrodagarna i Uppsala 2–4 maj 2007

**Deadline 15 februari 2007**

**För mer info se [www.gastrodagarna.se](http://www.gastrodagarna.se)**

Resestipendier

## Svenska Gastrodagarna i Uppsala 2–4 maj 2007

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

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

Ansökan, som ej kräver särskilt formulär, insändes tillsammans med enkelt curriculum vitae **senast den 31 januari 2007** till:

Dr Magnus Simrén

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

## Stockholms Levervecka

Stockholm 6–9 februari 2007

City Conference Centre och Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Levertransplantationssymposiet vidareutvecklas nu mot en sammanhållen vecka med delsymposier inom viral, medicinsk, kirurgisk och transplantations-hepatologi. Målgrupp är alla intresserade av diagnostik, behandling och omvårdnad av benigna och maligna leversjukdomar.

Tisdag **Virala hepatiter**

Onsdag **Primär och sekundär levercancer**

Torsdag **Som fredag och parallellt omvårdnadssymposium**

Fredag **Levertransplantation, Adult och Pediatrik Hepatologi**

Markera kalendern, detaljerad information följer.

[www.leverveckan.se](http://www.leverveckan.se) • [leverveckan@levercentrum.se](mailto:leverveckan@levercentrum.se)



## SADE-möte Linköping 25–26 januari 2007

### Scandinavian Association of Digestive Endoscopy

#### Torsdag 25 januari

---

##### Registrering/utställning

##### **Sedering vid endoskopi**

Propofol vid ERCP – vad krävs för att bli rutinmetod?

*Claes Rudberg, Piotr Tracz, Mats Enlund,*

*Lena Schultz Västerås*

Hinder för användande?

*Claes Lennmarken Linköping*

Narkosläkarens aspekt på

sedering och övervakning vid endoskopi

*Claes Lennmarken Linköping*

Skandinaviska erfarenheter

*Truls Hauge Oslo*

Diskussion med förslag till

gemensamt skandinaviskt protokoll och utbildning

*Mats Enlund, Truls Hauge, Claes Lennmarken,*

*Claes Rudberg, Lena Schultz, Piotr Tracz*

##### **Vem ska skopera vad?**

För och emot – enskilda diskussionsinlägg

*Gunilla Strand endoskopisköterska Stockholm,*

*Lars Aabakken gastroenterolog Oslo, Sören Meissner kirurg*

*Köpenhamn, Aksel Kruse röntgenolog Aarhus*

Gemensam diskussion med auditoriet

*Gunilla Strand, Lars Aabakken, Sören Meissner,*

*Aksel Kruse*

##### **Endoskopisimulatorer – behövs det?**

Moderatorer: *Ingmar Ihse Lund, Ann Kjellin Stockholm,*

*Li Tsai Stockholm*

Obligatorisk simulatorträning för framtidens

GI-endoskopist?

*Gunnar Ahlberg, Stockholm*

Simulatorbaserad endoskopisk och

laparoskopisk träning ur lärlingsperspektiv

*Dan Sevonius, Lund*

Framtida tekniska utvecklingsmöjligheter

för simulatorbaserad träning

*Anders Hyltander, Göteborg*

**Mer information kommer på: [www.sade.no](http://www.sade.no)**

#### Fredag 26 januari

---

##### **Avancerad endoskopisk diagnostik och terapi av sjukdomar i gallvägar/lever/pankreas I**

Endoskopisk ultrasound – diagnostic challenge

*Stefan Kahl Magdeburg*

Endoskopisk ultrasound – therapeutic options

*Colin McKay Glasgow*

MRI in liver, biliary and pancreatic disease

*Hans-Jörgen Schmidt Oslo*

CT-PET in liver, biliary and pancreatic disease

*A Loft Köpenhamn*

##### **Avancerad endoskopisk diagnostik och terapi av sjukdomar i gallvägar/lever/pankreas II**

Iatrogena gallgångsskador – prevention och behandling

*Claes Söderlund Stockholm*

Ny teknik vid ERCP – intraoperativ användning

*Urban Arnelo Stockholm*

Den svåra kanyleringen – tips och tricks

*Arne Rosseland, Oslo*

Malign gallvägsobstruktion – är stent det enda

endoskopiska alternativet?

*P-O Stotzer Göteborg*

##### **Separat endoskopiassistent-/sköterskeprogram**

**Fredag 26/1 08.30–12.30**

Virtuell endoskopi med demonstration i VR-teater

*Anders Persson,*

*Center for Medical Image Science & Visualization, Linköping*

Endoskopisk behandling av esofagusvaricer

*Claes Söderlund Stockholm*

Stentning av esofagus

*E Jonsson Göteborg*

Högupplösningsskopi

*A Edebo Göteborg*

Chromoendoskopi

*A Edebo Göteborg*



## YIM på UEGW i Berlin

**På en restaurang ett stenkast från den legendariska gatan Unter den Linden i Berlin, träffades ett antal unga forskare en lördagskväll i samband med att UEGW gick av stapeln.**

**De var där i YIMs regi – för att lära känna varandra under trevliga former kvällen innan den kurs de skulle delta i under söndagen.**

**Y**IM står för Young Investigators Meeting. Det är ASNEMGE som anordnar denna kursdag, och tanken bakom den är att de ska lära sig mer om forskningsmetodik – och naturligtvis även lära känna varandra för att knyta kontakter inför framtiden.

### **Ska lära sig att forska**

På middagen var professor Reinhold Stockbrügger en självklar gäst.

Professor Stockbrügger – som är skattmästare i ASNEMGE – har utbildats och

arbetat under flera år i Sverige, och YIM är ett initiativ som ursprungligen kommer från honom.

– Idén kommer faktiskt från erfarenheter jag gjorde när jag arbetade i Sverige, avslöjar han när vi sitter till bords.

– Det var Tore Scherstén, professor i kirurgi på Sahlgrenska, som hade en forskarutbildningskurs som jag deltog i när jag arbetade som underläkare på det sjukhuset. Det var därifrån som jag fick min inspiration till YIM!

Tanken är att man riktar kurser speciellt för unga – man får inte ha passerat 35 år – och får inte heller ha blivit PhD.

– De ska alltså *inte* komma för att redovisa sina resultat – de ska komma för att *lära sig* att forska, förtydligar professor Stockbrügger.

### **Kan deltaga en gång**

Hur kommer man då med på en sådan här kurs?

– Vi annonserar via de nationella organisationerna, svarar professor Stockbrügger.

– Dessutom har ASNEMGE en egen webbsida – [www.asnemge.org](http://www.asnemge.org). Där kan man hitta all information – om hur man anmäler sig, man kan ladda ner föredrag och program som har varit och som skall äga rum.

Att delta i ett YIM är något som man kan göra *en* gång. Professor Stockbrügger påpekar att det är ett engångserbjudande.

– Vi jobbar mycket med case-metodik och problembaserat lärande. Vi blandar föredrag och övningar. De som deltar får också pröva på chairman-rollen, förklarar han.

Han påpekar också att de kan anpassa sitt koncept: De har program som kan genomföras på en halv dag, alternativt upp till två dagar. ➤



Kursen inleddes med restaurangbesök ett stenkast från paradgatan Unter den Linden.

### Vad är frågan?

En sådan här kursdag anordnas i samband med varje UEGW. Middagen på lördagskvällen var endast en social uppvärmning. På söndagsmorgonen träffades samtliga deltagare i en lokal ute på mässan där UEGW hölls.

Inför dagen hade deltagarna i förväg fått sig tillsänd en vetenskaplig artikel. Joe West från Nottingham, Storbritannien, höll ett kort föredrag under rubriken *Critical appraisal and how to read a manuscript*.

Under sin genomgång visade sig Joe besitta en ansevärd dos brittisk humor.

Han frågade först vad det egentligen är för fråga författarna ursprungligen har ställt sig – och som ledde till den avhandling de just läst.

– Frågan – vilken är den? Och svaret och faktaunderlagen – tror jag på det? undrade Joe, och tillade:

– Jag är så skadad efter att ha gjort så mycket forskning att jag nästan aldrig tror på det jag läser!

### Recept på bra manuskript

Med hjälp av förslag från deltagarna samlade Joe snabbt ihop fakta på ett blädderblock. Genom att på detta vis ställa ihop deltagarnas förslag kunde han till slut peka ut själva huvudfrågan i studien.

Som ett verktyg för denna process delade Joe ut tio frågor på ett papper till samtliga.

– Dessa frågor är värdefulla för att kritiskt kunna granska alla randomiserade försök, påpekade han.

Under fortsatt diskussion tog Joe med

oss bakom de värden som angavs i studien, och som vid en första anblick såg ganska imponerande ut. Det visade sig snart att det ändå fanns ganska stora skillnader mellan de två grupper som studien jämfört – men det krävdes Joes organiserade frågande och skrivande för att få fram dem.

Ett bra manuskript sammanfattade Joe strukturellt så här: 1. *Varför* (har denna studie gjorts)? 2. *Metoder*. Därefter följer a) *Principal findings* b) *Do we believe it?* c) *Other people* och d) *Bottom line* – studiens budskap.

### Vem har betalat?

Därefter tog professor Stockbrügger över och följde samma tankegångar med en annan studie.

Han talade mycket om *var* man kan se resultatet av studien. Även han hade ett batteri av frågor han ville att deltagarna skulle ställa sig.

– Vad är orsaken till studien? Är randomiseringen bra eller ej? Är det en dyr studie? Vem har bekostat den? Var får vi reda på det?

Det är generella frågor man alltid bör se till att en studie ger klara och tydliga svar på, ansåg professor Stockbrügger.

– Vi behöver industrin – och den har inget emot att nämnas i en studie, påpekade han också.

### Tre grupper av forskning

Vilken forskning *vill* jag ägna mig åt? Så löd temat efter kaffepausen.

Professor Stockbrügger redogjorde för tre huvudgrupper inom forskningen: In

vitro-försök, djurförsök och försök på människa.

Först redogjorde han för exempel på frågeställningar som går att få svar på i provröret. Därefter kom djurförsök.

– Dessa ligger närmare människan, men är fortfarande mycket långt från människa. De är bara nödvändiga när den fråga man ställt *inte* går att få svar på i labbet eller i studier på människa, konstaterade han.

### Tre kategorier

Studier på människa delade han upp i tre kategorier: Observationsstudier ("Sådana gör vi varje dag"), epidemiologiska studier och interventionsstudier.

Han talade sedan utförligt om dessa tre typer av forskning – hur de går till, vad man kan göra och vad man bör tänka på.

– Dessutom kan vi göra litteraturstudier – generella sådana, och meta-analyser. Kolla bara först att det inte är någon annan som redan *har gjort* den studien som du vill göra. Läs! Det är enklare att kolla det idag tack vare Internet, uppmanade han.

Vilken typ av forskning *ska* man då ägna sig åt? Enligt professor Stockbrügger beror det helt och hållet på följande faktorer:

- Din personlighet och bakgrund
- Karriären du planerar
- Regler på institutionen eller fakulteten
- Din chef
- Slumpen

### Gruppuppgift

Efter att även ha fått en föreläsning om hur det går till att konstruera en plan för sin forskning (research plan) delades sedan deltagarna upp i två grupper. Dessa fick två olika uppgifter. Enligt de kriterier man talat om under dagen skulle de skriva ett undersökningsunderlag för dessa två uppgifter:

1. *Epidemiological study: How frequent is achlorhydric atropic gastritis?*

2. *Intervention study: How would you set up a clinical trial with a drug potentially useful in functional dyspepsia?*

Grupperna samlades på varsitt håll i lokalen, och professor Stockbrügger var mentor för den ena, och Dr Joost Drenth för den andra. I varje grupp utsågs en av deltagarna till ordförande. ☺



Professor Reinhold Stockbrügger

Efter en lite trevande inledning kom de snart igång med sin diskussion och sina förslag. Joe West lyssnade in både här och där, och kom med frågor och kommentarer.

– Dagen har så här långt gett resultat, kunde han konstatera.

– Det viktiga är att gruppen bestämmer sig för en metod och sedan talar om *varför* man valde just den metoden!

En erfarenhet man ganska snart gjorde i båda grupperna var att det är lätt att komma bort från den ursprungliga frågan när man diskuterar.

#### Post graduate och Rising Star

Professor Stockbrügger berättar för *Gastrokuriren* att ASNEMGE har utvecklat en hel trappa med aktiviteter som börjar med just YIM.

– Sedan fortsätter det med post-graduatekurser där deltagarna lär sig mer om gastroenterologi – både om forskning och kliniskt arbete på en nivå som passar innan, eller kort efter, de blivit specialister.

– Nästa stadie är Rising Stars – stjärnor för framtiden. Dessa personer har alla de kvalitéer som vi vill att hela vårt scientific community ska ha i framtiden. Rising Stars använder vi som lärare.

– De Rising Stars som vi har haft, vill vi ha i toppen av ASNEMGE i framtiden i vårt Council. Hälften av *parlament assembly* i UEGF kommer från oss i ASNEMGE. Vi ser till att våra Rising Stars hamnar där!

#### Svenskar saknades

Det är ingen tvekan om att dagen – och kvällen före – var uppskattad av deltagarna. Alla dem som vi frågade var mycket positiva till det handfast konkreta upplägget, och ansåg att de lärde sig mycket matnyttigt.

Kostnaderna för logi, förtäring och själva kursen står ASNEMGE för centralt. De nationella föreningarna står för själva resan. I Berlin samlades 30 anmälda deltagare från uppskattningsvis 15 länder.

Ett land som *inte* var representerat var dock Sverige. Inga intresseanmälningar hade kommit in från oss, vilket professor Stockbrügger tyckte var lite synd.

Så för att vara med nästa gång, t.ex. i Paris 2007 – ta kontakt med SYG!

Per Lundblad



Genom att ställa strukturerade frågor, kunde Joe West visa på överraskande skillnader mellan olika grupper som jämfördes i en studie.



## Hej SYG-medlem!

Jag skriver från ett i förtid (tidig november) vinterskrudat Sundsvall. Takdroppet som plusgraderna ger och den värmande eftermiddagssolen får en att reagera med värkänslor, som väl kommer att kväsa rejält av det stundande mörkret. Vintern kommer dock förhoppningsvis att bli innehållsrik för oss blivande gastroenterologer.

22–26 januari ordnar SADE en kurs i avancerad endoskopi med inriktning mot lever, gallvägar och pancreas. Den praktiska träningen är utlokaliserad till olika centra, medan den teoretiska delen hålls i Linköping. På vår hemsida [www.syg.se](http://www.syg.se) finns länk till information om kursen. SGF har utlyst resestipendier till SADE-kursen för medlemmar i SYG och KIRUB, information om dessa finns även den på hemsidan.

Vi håller även som bäst på att fila på nästa SYG-kurs. Detaljerna är inte riktigt klara i skrivande stund, men temat blir preliminärt motilitet och dysmotilitet. Lika preliminärt kan sägas att kursen kommer att hållas i slutet av februari i Stockholm. Detaljerad information kommer i en skriftlig inbjudan.

Jag har en känsla av att det finns många intressanta kurser och andra evenemang som inte alla känner till. Har du fått korn på något som du tror andra kan vara intresserade av, och som du kan tänka dig att dela med dig av vetskapen om, mejla mig gärna på [info@syg.se](mailto:info@syg.se) så lägger jag upp det på hemsidans anslagstavla.

När ni läser detta står julen för dörren, och förhoppningsvis består vinterskruden. Hoppas ni har ro att njuta av julstöket, och att ni får en innehållsrik jul!



Vänliga hälsningar  
**Arvid Hamrin**  
Ordförande SYG  
[info@syg.se](mailto:info@syg.se)