

Dansk Urologisk Selskab

Generalforsamling og årsmøde 2022



18. november og 19. november 2022
Scandic Kolding

Æresmedlemmer

Henrik Barlebo

Bent L. Sørensen

Jørgen Kvist Kristensen

Hans Wolf

Per Åge Høisæter

Torben Krarup

Cai Frimodt-Møller

Troels Munch Jørgensen

Peter Mogensen

Steen Walter

Hans Colstrup

Jørgen Nordling

Jens Christian Djurhuus

Jens Thorup Andersen

Klaus Møller-Ernst Jensen

Peter Iversen

Peder Høgsgaard Graversen




Claus Dahl



Erik Højkjær Larsen

INDHOLD

| | |
|---|----|
| Æresmedlemmer | 2 |
| Program for DUS Årsmøde 2022..... | 4 |
| Dagsorden for generalforsamlingen | 6 |
| Formandsberetning 2021..... | 7 |
| Årsregnskab 2021 | 11 |
| Forslag til vedtægtsændring..... | 13 |
| Uddannelsesudvalget | 14 |
| Orientering fra Hovedkursuslederen | 14 |
| European Board of Urology (EBU) | 15 |
| Arbejdsgruppe vedrørende urologisk diagnosekodning | 16 |
| DaBlaCa (Dansk Blære Cancer Gruppe) – Efteråret 2022 | 16 |
| DaTeCa (Dansk Testis Cancer gruppe) | 17 |
| DaPeCa (Dansk Penis Cancer Gruppe) | 18 |
| DAPROCA (Dansk prostatacancer Gruppe) | 18 |
| DaRenCa..... | 20 |
| Andrologisk gruppe | 21 |
| DRG-udvalget | 21 |
| LUTS udvalget..... | 22 |
| NUF samarbejdsgruppe for urothelcancer | 22 |
| NUF samarbejdsgruppe for LUTD | 23 |
| NUF samarbejdsgruppe for peniscancer, Scandinavian Penile Cancer Group, SCAPECA..... | 23 |
| NUF samarbejdsgruppe for nyrecancer (NoRenCa) | 23 |
| NUF samarbejdsgruppe for rekonstruktion | 24 |
| Von Hippel-Lindau Gruppen..... | 24 |
| ”Fellowudvalget” - Styregruppen for kompetenceløft i urologisk kræftkirurgi –Efteråret 2022.. | 25 |
| Danehoffet anno 2022 | 25 |
| Årsberetning Foreningen af Yngre Danske Urologer (YDU) | 27 |
| Tillidshverv i DUS..... | 28 |
| Love for Dansk Urologisk Selskab | 31 |
| Videnskabelige foredrag, session 1 | 35 |
| Videnskabelige foredrag, session 2 | 46 |
| DUS takker sponsorerne | 63 |

Program for DUS Årsmøde 2022

| | |
|-------------------|--|
| Fredag | |
| Kl. 09.00 – 09.45 | Generalforsamling |
| Kl. 09.45 – 10.15 | Dansk Urologi 2025 |
| Kl. 10.15 – 10.45 | Børneurologi - an update Overlæge Yazan Rawashdeh, AUH |
| Kl. 10.45 – 11.15 | Kaffe/te |
| Kl. 11.15 – 12.15 | <p>Prostatacancer Symposium </p> <p>Chairman: Professor Michael Borre</p> <p>Different Presentation of Metastatic Hormone Sensitive Prostate Cancer: Possible Treatment Options? Professor Thomas Steuber, Martini-klinik, Germany</p> |
| Kl. 12.15 – 13.15 | Frokost |
| Kl. 13.15 – 14.45 | <p>Palliation/livets afslutning Symposium </p> <p>Chairman: Overlæge Helle Handler Petersen</p> <p>Samtale om døden – hvorfor må man ikke dø længere? 30 min. Lægefaglig vicedirektør, overlæge Morten Ziebell, SUH</p> <p>Den friske gamle</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan vurderer urologen hvem som er gammel? 30 min. Afdelingslæge Lisbeth Rygaard Jensen, HGH 2. Hospicelæge: Tæt på døden – og helt tæt på livet. 30 min. Overlæge Michael Halder, SUH/Svanevig Hospice |
| Kl. 14.45-15.15 | Kaffe/te |
| Kl. 15.15 – 16.15 | Abstract session I: Benign Urologi Chairmen: Overlæge Helene Jung og Dennis B. Kortsen |
| Kl. 16.15– 16.45 | Kaffe/te |
| Kl. 16.45 – 17.45 | <p>Blærecancer Symposium </p> <p>Chairman: Overlæge Ulla Joensen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Onkologisk behandling af blærecancer 30 min. Overlæge Niels Viggo Jensen, OUH 2. Urinafledning ved avanceret urologisk kræft - to do or not to do? 30 Overlæge Gitte Lam, HGH |
| 19.00 | Middag |

| | |
|-------------------|---|
| Lørdag | |
| Kl. 07.45 – 08.15 | Løbetur for alle med overlæge Morten Jønler |
| Kl. 09.00 – 10.00 | <p>PET imaging in Urology Symposium </p> <p>Chairman: Peter Østergren</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PET imaging the basics and its use in Urology 20 min. Professor Helle Zacho, AUH 2. Next generation imaging in prostate cancer? 30 min. Professor Jochen Walz, Institut Paoli-Calmettes Cancer Centre, France 3. Case discussion 10 min. Panel: Helle Zacho, Jochen Walz, Michael Borre. |
| Kl. 10.00 – 10.30 | Kaffe/te |
| Kl. 10.30 – 11.30 | <p>Transplantationer Symposium </p> <p>Chairman: Professor Lars Lund</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surgical aspects of kidney autotransplantation and robot-assisted kidney transplants. 30 min. Professor Karel Decaestecker, Ghent University Hospital, Belgium 2. Transplantation in Danmark 30 min. Professor Claus Bistrup, OUH |
| Kl. 11.30 – 11.45 | Kaffe/te |
| Kl. 11.45 – 13.15 | <p>Abstract session II: Onko-Urologi</p> <p>Chairmen: Overlæge Thomas Norus og Thomas Helgstrand</p> |
| Kl. 13.15 – 13.30 | Afrunding ved formanden |
| Kl. 13.30 | Frokost: "Grab to go" |

Dagsorden for generalforsamlingen

Dansk Urologisk Selskab

Generalforsamling 18. november kl. 9.00 -9.45 – Scandic Kolding

Dagsorden:

1. Valg af dirigent
2. Formandsberetning for året 2021/22
3. Kassererens beretning for året 2021
Regnskabet er godkendt af den lægelige revisor
4. Fastsættelse af kontingent
5. Spørgsmål til de skriftlige beretninger
6. Valg til bestyrelsen
 - Formand Lars Lund afgår efter tur - bestyrelsen indstiller Michael Borre
 - Valg af næstformand – bestyrelsen indstiller Ulla Nordström Joensen
 - Valg af kasserer – bestyrelsen indstiller Hans-Erik Wittendorf
7. Forslag til vedtægtsændring vedr. §12 – se bilag
8. Overrækkelse af fellowships
v/professor Jørgen Bjerggard
9. Præsentation fra sidste års legatmodtagere
10. MEDAC-prisen
11. IPSEN sponsorship
12. Udnævnelse af æresmedlem
13. Eventuelt

Formandsberetning 2021

Der er i alt i selskabet 401 medlemmer og 11 firmamedlemmer og der har været 4 udmeldelser indtil 15. oktober, 2022. Nye personlige medlemmer siden sidste generalforsamling er:

Maria Hilscher
Ahmed Salih Mahdi Al-Sabbagh
Sara Tantholdt-Hansen
Bjarke Søndergaard
Emil Mieritz
Julie Fisker Peitersen
Mikael Heering
Signe Wang Bach
Alexander Hintze Hillers
Rasmus Stanley Willer-Hansen
Louise Klug Gårdsvig Nielsen
Nina Hoffmann
Freja Fornander
Yousif Mahroom
Hayder Mohsin Ahmed Al Dabbagh
Edo Koco
Marie Mykløy Haslund
Ahmed Thaer Shareef Algehazi
Thordur Pall Palsson
Frederik Markussen
Peter Hjort
Marc Casper Meineche Andersen
Robert Skjøtt Larsen
Amanda Elin Maria Andersson
Sana Abdulsalam Farhan Al-Khafaji
Elena Laura von Rohden
Rose Laursen

Undertegnede og DUS byder de nye medlemmer hjertelig velkommen i det urologiske speciale.

I løbet af det forgangne år er 2 medlemmer afgang ved døden:

Henning Mathiasen
Søren Kromann

Æret være deres minde.

Der skal lyde en stor tak fra bestyrelsen til alle vore aktive medlemmer, som har ydet en stor indsats i diverse udvalg og arbejdsgrupper både nationalt og internationalt. Der vil i år komme en lovændring vedrørende uddannelsesudvalget, da uddannelsen er en af de 3 vigtige ben i urologiens taburet. Jeg vil gerne sammen med bestyrelsen rette en meget stor tak til vores arbejdsomme sekretær i Lægeforeningen Lene Tilgreen Nielsen, som har været bestyrelsen behjælpelig med alt forefaldende arbejde som mødeindkaldelser, referater, efterårsmødet, DUS bogen etc. Jeg vil gerne takke vores tidligere interne revisor Frank Smith, som har ydet et stort stykke arbejde gennem flere år med at være revisor for selskabet. Nu har Nessn Azawi taget over. Der skal lyde en stor tak fra undertegnede til vores webmaster Torben Brøchner Petersen, som uanset tidspunkt på dagen eller ugen hele tiden opdaterer vores hjemmeside.

Vores sidste årsmøde fik mange positive tilbagemeldinger, men vi har igen dette år et positivt problem med udstillingslokaler, idet der fortsat er firmaer på venteliste. Bestyrelsen finder det meget vigtigt, at vi prøver at give alle firmaer en fair mulighed for at deltage og præsentere de ting, som har interesse for medlemmerne i Dansk Urologisk Selskab.

Næste år vil vi holde efterårsmødet den 16-18. november, men stedet er endnu ikke kendt, men book datoen til vores næste årsmøde!!

Bestyrelsen har fortsat megen fokus på Dansk Urologi 2025, hvilket vi har på som et punkt til dette årsmøde. Vi har lavet en enquete-undersøgelse, og denne vil blive fremlagt til mødet, ligesom bestyrelsen vil komme med sine input til, hvordan vi foreslår udvikling inden for Dansk Urologi kan være.

Bestyrelsen har afholdt 4 online-møder samt 4 en face møder i det forgangne år. Til disse møder har bestyrelsen håndteret de løbende sager og henvendelser fra eksempelvis LVS, Sundhedsstyrelsen. Der henvises til referaterne, som ligger på vores hjemmeside.

Generelt.

Nogle steder foregår der organisatorisk omlægning af urologien, som har det primære formål at sikre en fortsat urologisk betjening og funktion for patienterne. Inden for det urologiske speciale har vi dog udfordringer med rekruttering og fastholdelse af personalet, ligesom tiltagende vanskeligheder inden for andre faggrupper/andre kirurgiske specialer. Dette har betydet en stor pukkel af patienter (pga. COVID og sygeplejerskestrejke), som har nået uanede højder og har medført store problemer med kapaciteten. Vi har inden for urologien hvert år udført tusindvis af store og små operationer, eller rettere burde gøre det. Nu har der været år med store besparelser og effektivisering inden for sundhedsvæsenet, hvilket har gjort, at vi står i en situation at mangel på personale er kritisk. Det drejer sig især om plejepersonale, som i deres mange roller er essentielle både før, under og efter operationer.

I LVS har man derfor lavet en bekymringskrivelse til Sundhedsministeriet samt orienteret forskellige instanser så som dagspresse og TV om de problemer, der er inden for de kirurgiske specialer, herunder urologien på forskellige områder. Det kan være nedsat kapacitet på operationsgangen på grund af manglende operationssygeplejersker/anæstesisygeplejersker, problemer med besættelse af sygeplejerskestillinger på afdelingen, som medfører nedsat produktivitet etc. Jeg håber at der snart kommer en langsigtet og holdbar politisk løsning på disse problemer.

Vi håber selvfølgelig, at denne bekymringskrivelse, som er underskrevet af alle formænd fra de kirurgiske specialer, vil få impact således, at vi får et bedre sundhedsvæsen. Inden for Dansk Urologi må vi selvfølgelig byde ind med, hvad vi mener, der skal gøres inden for det urologiske speciale. Der sendes mange indgreb, især godartede, men ikke desto mindre invaliderende lidelser hos de mest raske patienter ud til vores kolleger i den private sundhedssektor. Det giver en skævvridning af ressourcerne, der burde koncentreres om de mest syge patienter. Vi risikerer også, at de patienter med de benigne tilstande kun får en nødtørført behandling eksempelvis JJ-kateter til en nyrestenspatient, som efterfølgende kan blive indlagt med infektion ja endog endende i sepsis, idet der ikke har været kapacitet til at foretage den rette behandling med det samme. Det er derfor vigtigt, at man fra politisk side tager ansvar for dette og skaber løsninger på den betydelige personaleflugt fra det offentlige sundhedsvæsen, som også giver dårligere muligheder for uddannelse af fremtidens urologer.

Bestyrelsen har arbejdet med og vil fortsat arbejde for bedre arbejdsvilkår i det offentlige sundhedsvæsen, så der prioriteres mere differentieret i behandlingsgaranti, ressourcer til de mest syge patienter og dermed mere lighed i sundhed. En anden af vores store udfordringer er aldersprofilen af de ansatte speciallæger som viser, at vi står over for en udfordring med et kommende generationsskifte, idet 20% af de nuværende speciallæger i dag er over 60 år. Denne mangel på specialister gør, at afdelingerne kan blive sårbare, og vi må derfor arbejde ihærdigt i forhold til at kunne opretholde og styrke fagområde i vores speciale, ellers vil det gå ud over mulighederne for udvikling og forskning. Det er derfor vigtigt, at vi fortsat holder snuden i sporet og arbejder intenst med indsatsen: UROLOGI 2025.

Indsatsområder

Vi vil på årsmødet få en opdatering fra afdelingerne og bestyrelsen vedrørende urologi 2025, men der er ingen tvivl om, at vi har behov for en øget branding og rekruttering af studenter og yngre læger til specialet samt en øget indsats ved rekruttering og fastholdelse af speciallæger, men også et styrket samarbejde mellem afdelingerne i hele landet. Over de sidste år er der sket en styrkelse af dette samarbejde inden for mange områder, både det benigne og maligne område. Vi har også været heldige at få "Ugeskrift for Læger" til at lave et helt temanummer omkring urologien, som vil komme inden for det næste års tid, hvor urologien vil blive eksponeret i et helt blad samtidig med journalistik. Her har vi en unik mulighed for at gå mere ud i pressen og informere den almene borger om, hvad en urolog er og hvad vi arbejder med. DUS har deltaget i udvalg nedsat af Sundhedsstyrelsen med henblik på kirurgisk behandling af nyresygdomme, både benigne og maligne samt prostatacancer. Der er endnu ikke kommet en konklusion af denne møderække som sluttede i marts 2022. Sundhedsstyrelsen er blevet rykket flere gange for en konklusion.

Desuden har vi fra bestyrelsens side forespurgt Sundhedsstyrelsen om en revision af specialeplanen, men desværre fik vi i juni måned afslag på dette, selvom der er et stort behov for en revision. Undertegnede skrev om dette behov til Sundhedsstyrelsen, men Sundhedsstyrelsen er i fuld gang med at lave en ny uddannelsesstruktur specielt på hoveduddannelsesniveau, og man vil derfor ikke begynde at lave om på specialeplanen. Den kommende bestyrelse opfordres til at arbejde stærkt for, at vi får denne revision, da det er bydende nødvendigt, at vi markerer os over for andre specialer f.eks. gynækologi og onkologi, således at vi får et stærkere samarbejde, men også en bedre klarhed over, hvem gør hvad.

Forskning og formidling

I år har der været indsendt 24 abstracts, hvilket har været rigtigt dejligt, da det viser stor forskningsaktivitet på de urologiske afdelinger. Alle 24 abstracts er antaget til præsentation. Foruden de mange artikler i peer-reviewed tidsskrifter har vi også i det forgangne år haft urologiske ph.d. forsvar, og følgende ønskes et stort tillykke med et veloverstået forsvar i håb om, at de fortsætter deres forskning:

Marie Schmidt Erikson, Christian F.S. Jensen, Mette Schmidt, Sandra Kawa og Sophia Liff Maibom

Som tidligere nævnt får vi et temanummer omhandlende urologi i Ugeskrift for Læger. Der er opfordret til, at alle afdelinger involveres i dette arbejde samt prøve at sikre, at det primært er en yngre som fik førsteforfatterskabet med en senior som bagstopper. Det er vigtigt, at vi er oppe i helikopteren, når urologien eksponeres, og vi alle støtter op om dette, og der ikke sker en polarisering inden for vores speciale. Det er med vilje, at der ikke er andrologi i dette nummer, da den andrologiske gruppe har været særdeles aktive og publiceret en del artikler i ugeskriftet de sidste to år og har derfor ydet en stor indsats på dette område.

Desuden er vi fortsat involveret i arbejdet omkring pjece vedr. omskæring af drenge. Styrelsen for Patientsikkerhed vil med denne pjece gerne komme i forbindelse med alle de grupper, som ønsker at deres drenge bliver omskåret.

Som noget helt nyt er der lavet et forum for de urologiske professorer, da der er brug for at kunne opdatere hinanden, da der er mange udfordringer idet universiteterne ikke ligner hinanden. Der er på baggrund af ovennævnte behov for at styrke og udvikle undervisningen samt forskningen. Professorerne vil mindst mødes en gang årligt i lighed med cheflægerne i forbindelse med årsmødet.

Uddannelse

Bestyrelsen håber meget, at den lovændring, som fremsættes til generalforsamlingen vedr. ændring af Uddannelsesudvalget bliver godkendt. Det vil være et kæmpe løft for uddannelsen inden for Dansk Urologi, at man får et stærkt og bredt sammensat Uddannelsesudvalg.

Ligeledes vil jeg og bestyrelsen gerne takke hele gruppen omkring Danehoffet for et virkelig godt stykke arbejde, idet Danehoffet også er med til at sikre uddannelsen, gennemgang af relevante emner og ikke mindst netværksdannelse mellem yngre kommende urologer samt uddannelsesansvarlige overlæger.

Kongresser

Det er glædeligt at mange danske urologer deltager aktivt i de internationale kongresser som NUF, EAU og AUA. Vi kan nu se flere danske urologiske "fyrtårne" holde foredrag dels til plenary-sessioner, men også til symposier. De ønskes alle tillykke med dette arbejde, og det er glædeligt, at Dansk Urologi er så godt repræsenteret.

Der skal også fra undertegnede og bestyrelsen lyde en stor tak til professor Jens Sønksen for hans store arbejde i EAU som sekretær, hvor han nu er blevet treasurer. Det er ingen tvivl om, at det er uhyre vigtigt for Dansk Urologi, at vi har en dansk urolog på højeste niveau i EAU.

Nordisk Urologisk Forening er under omstrukturering, og det bliver spændende på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse, som er sendt ud til de Skandinaviske selskaber, hvordan NUF vil blive i fremtiden.

Næste års NUF møde vil blive afholdt i Bergen den 6-7. juni 2023 og det er noget helt nyt, at det afholdes årligt.

Undertegnede tror, at det er vigtigt, at vi beholder det skandinaviske samarbejde og styrker det, da vi har en fælles kultur. Vi kan f.eks. inden for prostata-cancer området se vigtigheden af samarbejdet ved alle de SPCG-undersøgelser, der er lavet. Forskningsamarbejdet må styrkes inden for NUF, men også samarbejdet med hensyn til udveksling af fellowships, som allerede er påbegyndt.

Afrunding

Afslutningsvis vil jeg gerne takke for de sidste 10 år, hvor jeg har været inde i maskinrummet i Dansk Urologisk Selskab, hvoraf de sidste 3 år som formand. Jeg er meget taknemmelig for den tillid, som medlemmerne specielt de sidste 3 år har vist mig og også for det gode samarbejde med de tidligere og nuværende bestyrelsesmedlemmer. Jeg er glad for at kunne give stafetten videre til en stærk bestyrelse, som jeg er sikker på, vil fortsætte udviklingen og kæmpe videre for Dansk Urologi.

Tak til alle de firmaer, som har deltaget både i Danehoffet og til dette efterårsmøde, og jeg håber, de fortsat vil støtte Dansk Urologi mhp. at vise deres nyheder og produkter.

I ønskes alle et rigtig godt efterårsmøde 2022.

Lars Lund
Formand

Årsregnskab 2021

Dansk Urologisk Selskab
Årsregnskab 2021

RESULTATOPGØRELSE

| | 2021 | 2020 |
|---|----------------|----------------|
| | kr. | kr. |
| Indtægter: | | |
| Kontingenter | 343.400 | 351.200 |
| Sponsorbidrag samt forårsmøde | 274.261 | 0 |
| Deltagerbetaling til forårs - og efterårsmøde | 44.400 | 0 |
| Deltagerbetalinger fra tidligere år | 0 | -5.385 |
| Kursusafgift industri, Danehoffet | 0 | 79.006 |
| Samlede indtægter | 662.061 | 424.821 |
| Udgifter: | | |
| Bestyrelsesmøder | 16.595 | 50.838 |
| Årsmøde | 20.623 | 29.963 |
| Andre møder og E-kursus | 15.385 | 24.402 |
| Danehoffet | 0 | 87.542 |
| Kontorhold og gebyrer | 0 | 1.397 |
| Abonnement mm. vedr. internet hjemmeside | 765 | 0 |
| Tilslutningsafgift fællessekretariatet | 49.478 | 50.732 |
| Regnskabsudarbejdelse og revision vedr. forrige regnskabsår | 25.355 | 25.854 |
| Gaver | 20.964 | 17.356 |
| Kontingent til EBU | 0 | 14.972 |
| Kontingent EAU | 129.906 | 130.573 |
| Kontingent NUF | 0 | 21.770 |
| Renteudgifter SKAT | 942 | 0 |
| Gebyr | 2.374 | 120 |
| Samlede omkostninger | 282.387 | 455.519 |
| ÅRETS RESULTAT | 379.674 | -30.698 |

Årsregnskab 2021

Dansk Urologisk Selskab
Årsregnskab 2021

BALANCE PR. 31. DECEMBER

| AKTIVER | 2021 | 2020 |
|-------------------------------|------------------|----------------|
| | kr. | kr. |
| Danske Bank, foreningskonti | 1.172.791 | 837.743 |
| Kontingentrestancer | 3.600 | 3.600 |
| Tilgodehavende Lægeforeningen | 7.322 | 16.000 |
| AKTIVER | 1.183.713 | 857.343 |
| PASSIVER | | |
| Egenkapital primo | 680.572 | 711.270 |
| Årets resultat | 379.674 | -30.698 |
| EGENKAPITAL ULTIMO | 1.060.246 | 680.572 |
| Skyldig moms | 58.527 | 103.705 |
| Skyldig omkostninger | 64.940 | 73.066 |
| GÆLDSFORPLIGTELSE | 123.467 | 176.771 |
| PASSIVER | 1.183.713 | 857.343 |

Forslag til vedtægtsændring (bilag til punkt 7)

Nuværende:

§ 12

Uddannelsesudvalget varetager alle funktioner, der vedrører postgraduat uddannelse, evt. i samarbejde med relevante institutioner. Udvalget udpeger hovedkursusleder for tre år med mulighed for forlængelse. Uddannelsesudvalgets aktiviteter skal afstemmes med bestyrelsen, ligesom der aflægges beretning ved selskabets ordinære generalforsamling.

Udvalget vælger selv blandt sine medlemmer en formand og en sekretær og fastlægger selv sin forretningsorden og mødeaktivitet.

Uddannelsesudvalget består af seks medlemmer:

Ét medlem udpeget af bestyrelsen, Hovedkursuslederen,

Én yngre læge i urologisk hoveduddannelse,

Tre speciallæger så vidt muligt repræsenterende de tre uddannelsesregioner (Nord, Syd og Øst). Yngre lægemedlemmet samt de tre speciallæger vælges på selskabets generalforsamling.

Bestyrelsen skal i sin opstilling af kandidater tilstræbe at alle tre uddannelsesregioner er repræsenterede.

Valget gælder for to år med mulighed for genvalg én gang.

Yngre lægemedlemmer, der har opnået speciallægeanerkendelse, afgår ved næstfølgende generalforsamling.

Forslag:

§ 12

Uddannelsesudvalget rådgiver DUS' bestyrelse og medvirker ved rådgivning af andre instanser/myndigheder i spørgsmål vedr. den urologiske speciallægeuddannelse samt generelle og overordnede aspekter af den lægelige postgraduate uddannelse.

Uddannelsesudvalget sikrer udveksling af erfaringer og koordinering mellem de tre videreuddannelsesregioner, hvad angår planlægning, implementering og evaluering af den urologiske speciallægeuddannelse. Uddannelsesudvalgets aktiviteter skal afstemmes med bestyrelsen, ligesom der aflægges beretning ved selskabets ordinære generalforsamling.

Uddannelsesudvalget består af 11 medlemmer:

- Ét medlem udpeget af bestyrelsen.
- Hovedkursuslederen og to postgraduate kliniske lektorer (PKL) fra videreuddannelsesregion øst og midt. Region syd har ikke PKL pga. en anderledes opbygning.
- Én yngre læge i urologisk hoveduddannelse.
- Seks speciallæger så vidt muligt repræsenterende de tre uddannelsesregioner (Nord, Syd og Øst).

Udvalget indstiller hovedkursusleder til DUS bestyrelse, der efterfølgende udpeger hovedkursusleder for tre år med mulighed for forlængelse.

Yngre lægemedlemmet samt de seks speciallæger vælges på selskabets generalforsamling. Valget gælder for to år med mulighed for genvalg én gang. Yngre lægemedlemmer, der har opnået speciallægeanerkendelse, afgår ved næstfølgende generalforsamling.

Uddannelsesudvalgets formand vælges blandt udvalgets medlemmer. Formanden skal være speciallæge i urologi. Mødeaktiviteter og forretningsorden fastlægges i udvalget. Udvalget konstituerer sig efter valget ved den ordinære generalforsamling.

Uddannelsesudvalget

Uddannelsesudvalget har i 2022 haft flere fysiske og virtuelle møder.

Vi sagde farvel til vores tidligere formand Maiken Howard sidste år og takker hende, for at holde os til ilden og for hendes store passion for uddannelse inden for urologien.

Målbeskrivelsen ligger nu endelig helt færdig, og den er sendt til godkendelse i Sundhedsstyrelsen mhp., at blive taget i brug fra januar 2023. Vi har med den nye målbeskrivelse forsøgt at tænke nyt. Mange hensyn er taget grundet regionale forskelle, og vi har forsøgt at være ambitiøse på de uddannelsessøgendes vegne. Den nye målbeskrivelse er overordnet og refererer til mere specifikke læringsmål. Dette er gjort mhp. at gøre det nemmere at revidere i fremtiden. Vi håber folk tager imod dette med åbent sind, og vi glæder os til at få tilbagemeldinger mhp. finjusteringer.

Det er sæson for revideringer af målbeskrivelser, og vi har yderligere deltaget i en ny form og målbeskrivelse for de fælleskirurgiske kurser under hoveduddannelsen.

Efter flere udskiftninger er der foretaget en opgradering af uddannelsesudvalget. Dette er mhp. at sikre deltagelse fra alle videreuddannelsesregioner samt sikre at udvalget er arbejdsdygtigt ved alle møder. Vi har forsøgt at redefinere uddannelsesudvalget, og vi vil fremadrettet forsøge at være mere nærværende i alle regioner.

Andreas Thamsborg,
Formand for Uddannelsesudvalget

Orientering fra Hovedkursuslederen

2022 var året hvor vi har forsøgt at indhente aflyste kurser fra nedlukning under Covid19.

Vi har således i 2022 øget kapaciteten og fik heldigvis grønt lys fra Sundhedsstyrelsen.

Vi har i 2022 skiftet ud i delkursusleder for Urologisk ULS og skal desværre efter 2023 foretage udskiftning for Kim Andreassen. Så hvis nogen skulle have lyst til at overtage **Urolithiasis kurset** vil jeg rigtig gerne have det at vide.

I øvrigt vil jeg atter gerne rette en SUPER STOR TAK til alle delkursusledere og ikke mindst Kim for jeres store engagement og fine samarbejde, TAK!

Budget for 2023 står netop overfor at blive indsendt, det bliver igen med et ønske om ekstra kurser, denne gang i Endourologi og Laparoskopi. Jeg tror og håber på velvilje fra SST, endelige afgørelse foreligger tidligst til december.

Vi har som noget nyt i år valgt at udsende kursusdatoer for 2023 ret tidligt, nemlig i september 2022 og vil i den anledning understrege at datoerne er **under forudsætning af budget godkendelse fra SST.**

Vi har valgt at udsende tidligt for, at imødekomme et ønske om tidlig besked i forhold til arbejdstilrettelægning i de enkelte afdelinger.

Vi håber således, at vi i 2023 IKKE længere ser afmeldinger i samme omfang som tidligere.

Det har desværre **OGSÅ** i 2022 været en udfordring, at kursister afmelder i sidste øjeblik med den begrundelse, at der i arbejdstilrettelæggelsen ikke er mulighed for kursusdeltagelse... når nu kursusplanen ligger allerede i september 2022, så er det vel kun force major, der kan hindre deltagelse.

Så herfra en opfordring til at melde tilbage til egen afdeling allerede nu, hvordan jeres kursusprogram ser ud for 2023.

Det er desværre ligeledes fortsat en udfordring at planlagt/forventet orlov ikke meldes til kursussekretariatet. **AF HENSYN TIL JER SELV, ANDRE UDDANNELSESSØGENDE, KURSUSLEDERE OG BEDST UDNYTTELSE AF ØKONOMISKE RESSOURCER ER DET LIDT UFORSTÅELIGT, AT MAN IKKE GØR SIG DEN ULEJLIGHED AT MELDE FRA.**

En anden ikke ubetydelig problemstilling er koordinering med de Fælleskirurgiske kurser, som organisatorisk ligger i regi af Kirurgi. De er ofte i deres planlægning færdig efter urologi og på trods af vi oplyser vores

program er det uændret et problem, at kursister tilbydes kurser oven i hinanden. Jeg kan kun opfordre til når tilmeldingerne til kurserne udsendes, at man som uddannelsessøgende er ekstra opmærksom og hurtigt melder tilbage både til Kirurgi ved Randi Beier og hos Mette Høst i urologisk sekretariat hvis kurser karambolerer, så vi kan få forsøgt at løse problemet. Kursusrækken blev i 2022 revideret og sendt til godkendelse i SST og i 2023 vil der blive sat fokus på evaluering af kurserne og pædagogik.

Margrethe Andersen
Hovedkursusleder

European Board of Urology (EBU)

EBU er en sektion af European Union of Medical Specialists (UEMS). EBU's formål er "to stimulate continuous improvement of standards in urological education, training and professional development in Europe". EBU består af ca. 60 repræsentanter fra medlemslandene (1-2 fra hvert land). De nationale repræsentanter mødes 2 gange årligt, og der arbejdes indenfor 3 hovedområder:
Accreditation Committee. Arbejder med et credit system ift. at kontrollere CME (Continuing Medical Education) og CPD (Continuing Professional Development) aktiviteter.
Certification Committee. Arbejder med certificering af uddannelsesprogrammer og uddannelsesafdelinger.
Examination Committee. Organiserer In-Service Assessment samt FEBU-eksamener.

Sarah har tidligere været associate member of Examination Committee og er nu blevet national EBU-repræsentant.

Der har været afholdt 2 EBU-møder i 2022, og Mia deltog i det ene møde, der blev holdt i starten af oktober i Tallin, Estland. Det var - som vanligt - et meget inspirerende møde med mange diskussioner. Frankrig er - måske - på vej til at melde sig ud af EBU, da deres repræsentant er blevet pensioneret. Det førte til en livlig diskussion om, hvad EBU kan tilbyde medlemslandene. Hvad opnår man ved at få certificeret sin afdeling? Hvorfor skal man tage FEBU-eksamen?

Certification Committee: I 2022 blev der afviklet 20 on-site visits på urologiske afdelinger i Europa, der alle opnåede en 3-5 års certificering af deres urologiske uddannelse. Mia har deltaget i besøg på afdelinger i Potsdam, Lübeck og Aachen. Tre tyske afdelinger, der alle tilbyder god uddannelse og supervision af deres uddannelseslæger. I Tyskland foregår det meste af den ambulante udredning på privatklinikker ("office-urologer"), hvorefter patienterne henvises til de urologiske afdelinger til operation. Den enkelte urolog på afdelingen opererer derfor en del mere, end vi gør her i Danmark, og uddannelseslægerne har mere tid til at gå med til operationerne.

Der er endnu ingen afdelinger i Danmark, der har en EBU certificering.

Examination Committee: Online In-Service Assessment (ISA) blev afholdt i uge 11. Der deltog i alt 727. Samlet set ligger de danske deltagere en del under det samlede gennemsnit. ISA er en god årlig test for uddannelseslægerne til at få et billede af deres teoretiske viden med mulighed for at sammenligne med tidligere år. De uddannelsesansvarlige overlæger anbefales at lave en samlet (obligatorisk) tilmelding af deres hoveduddannelseslæger.

Oral FEBU Exam blev holdt i Warszawa, Ungarn og Tyrkiet den 02.07.22. Der deltog 549 og 88,5% bestod. Pga. corona blev den afholdt online med videooptagelse i 2021. Man har erfaret, at det er langt mere objektivt at holde eksamen på denne måde, så derfor holdt man dem igen med videooptagelse i 2022. Case-præsentationerne + spørgsmål vises på en skærm, og deltagerens svar optages. Der er en eksaminator til stede i rummet, som giver points, og videoen bliver efterfølgende set og bedømt af en online eksaminator. Ved uenighed tilføjes yderligere en online eksaminator. Næste oral FEBU eksamen er den 03.06.23 i Leuven, Belgien. Man har besluttet at holde fast i det samme koncept, men vil dog tillade onsite eksaminatoren at stille afklarende spørgsmål. Endvidere har man besluttet kun at tilbyde eksamenen på dansk, hvis der > 10 tilmeldte.

Der er i alt 6549 med FEBU-titlen, heraf 72 i Danmark. Næste Written FEBU Exam er den 17.11.2022 Se mere

på ebu.com

Sarah Hjartbro Bube (National EBU-repræsentant, Examination Committee)
Mia Gebauer Madsen (National EBU-repræsentant, Certification Committee)

Arbejdsgruppe vedrørende urologisk diagnosekodning

Der har ikke været nogen aktivitet i kodegruppen, men der planlægges med igangsætning af revision af kodebogen i 2023.

Thomas Boserup Halphen

DaBlaCa (Dansk Blære Cancer Gruppe) – Efteråret 2022

DaBlaCa-DMCG

DaBlaCa har i løbet af 2022 afholdt 2 ordinære møder med fokus på opdatering af kliniske retningslinjer for blæretumorer, øvre urotheltumorer og urethracancer samt med drøftelse af videnskabelige projekter. Retningslinjerne opdateres kontinuerligt med inspiration fra EAU guidelines, men med kritisk dansk tilgang og vi udarbejder dem også ud fra evidensgennemgang uafhængigt af EAU guidelines.

Væsentligste ændringer gennem det sidste år er introduktion af kemoablation ved recidiverende overfladisk udseende tumorrecidiver samt ophør af krav om biopsi efter BCG-behandling af CIS ved normal skopi i NBI eller PDD samt normal cytologi.

Herudover er der foretaget flere smårettelser i øvrige retningslinjer fra gruppen. DaBlaCa vil som altid gerne have feedback løbende, hvis man finder ting i nuværende tekst, der virker forældet, forkert, forvirrende eller man mener noget mangler. Formanden kan kontaktes mhp. dette.

DaBlaCa har igen afholdt kursus for introduktionslæger og hoveduddannelseslæger i TURB, som blev afholdt for sjette gang i september 2023 på Herlev Hospital med en blanding af live kirurgi og teori. Nyt kursus forventes udbudt i 2023.

DaBlaCa agerer sparringspartner med vidensstøtte og facilitering af forskellige multicenterstudier inden for urothelcancer i Danmark.

Aktuelt er der 5 aktive DaBlaCa-studier, hvor der inkluderes patienter fra 7 forskellige urologiske og 5 onkologiske afdelinger i Danmark til studier af effekt af tidlig immunterapi ved påvisning af biokemisk (ctDNA) recidiv efter cystektomi (DaBlaCa-14); hvorvidt en urintest kan erstatte cystoskopi ved kontrol af patienter med tidligere high grade blæretumorer (DaBlaCa-15); samt hvorvidt en modificeret urinafledning kan reducere risikoen for udvikling af striktur sv.t. ureteranastomoser i forbindelse med radikal cystektomi (DaBlaCa-16). Begge sidstnævnte har afsluttet inklusion og resultaterne afventes.

DaBlaCa-17 – "Overlevelse blandt patienter med muskelinvasiv blærekræft efter indførelsen af neoadjuverende kemoterapi i perioden 2010 til 2015" omhandler potentiel overlevelsesevinst ved indførelse af neoadjuverende kemoterapi ved cystektomi i Danmark. DaBlaCa-18 – "Influence of Hormone Treatment in Radiation Therapy for Bladder Cancer" omhandler påvirkning af vandladningsfunktion efter strålebehandling for blærecancer. Flere nye studier er under planlægning eller opstart – herunder et samarbejde med de geriatriske afdelinger om perioperativ optimering af ældre, skrøbelige patienter, der gennemgår cystektomi. DaBlaCa har endvidere taget initiativ til en ugentlig national MDT for patienter med oligometastatisk urothelsygdom for at sikre ensartet behandlingstilbud for alle patienter og sikre flest mulige adgang til en evt. radikal behandling. Dette gennemføres ad hoc ved behov fredag eftermiddag som virtuel konference.

DaBlaCa-data

DaBlaCa-data udsendte senest årsrapport primo 2022. Der er inkluderet komplikationer med et estimat af Clavien-Dindo score, og der arbejdes på en model til tidstro registrering af recidiv. Alle data indhentes

efterhånden elektronisk uden behov for manuel indtastning.

DaBlaCa-DMCG styregruppe består af:

Fra Dansk Urologisk Selskab:

Jørgen Bjerggaard Jensen, professor, Aarhus Universitetshospital (formand)

Ulla Joensen, overlæge, Rigshospitalet

Gitte W. Lam, overlæge, Herlev Hospital

Knud Fabrin, overlæge, Aalborg Universitetshospital

Lasse Bro, overlæge, Odense Universitetshospital

Juan Vasquez, afdelingslæge, Sjællands Universitetshospital, Roskilde

Line Blichert-Refsgaard, ph.d-studerende, læge, Aarhus Universitet (Ad-hoc -tilknyttet vedr. retn.-linjer)

Fra Dansk Selskab for Klinisk Onkologi:

Mads Agerbæk, overlæge, Aarhus Universitetshospital

Line Hammer Dohn, afd.læge, Herlev Hospital

Andreas Carus, overlæge, Aalborg Universitetshospital

Fra Dansk Selskab for Patologi og Cytologi:

Thomas Hasselager, overlæge, Herlev Hospital

Mie Christensen, overlæge Aarhus Universitetshospital

Fra Dansk Radiologisk Selskab:

Claus V. Jensen, overlæge, Rigshospitalet

Fra Dansk Selskab for Molekylær Medicin:

Lars Dyrskjøt Andersen, professor, Aarhus Universitetshospital

Fra Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin:

Helle Westergren Hendel, overlæge, Herlev Hospital

DaBlaCa-data styregruppe består af

Jørgen Bjerggaard Jensen, professor, Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital (formand)

Peter Thind, overlæge, Urologisk Klinik, Rigshospitalet

Erik Hansen, afdelingslæge, Urinvejskirurgisk afd., Gødstrup Hospital

Lars Dysager, overlæge, Onkologisk Afdeling R, Odense Universitetshospital

Knud Fabrin, overlæge, Urologisk Afdeling Aalborg Universitetshospital

Jørgen Bjerggaard Jensen

Formand

DaTeCa (Dansk Testis Cancer gruppe)

Gruppen har lige været samlet til internat.

Der arbejdes, ligesom for mange andre urologiske lidelser på en statusartikel til Ugeskriftet i foråret 2023.

Derudover er der en del nye og spændende forskningsresultater på vej til publikation. Det får betydning for de retningslinjer som forventes opdateret i starten af 2023. For den primære udredning og behandling er der to nye og vigtige anbefalinger, som træder i kraft fra d. 01-01-2023.

1. Der indføres størrelsesmål af den kontralaterale testikel hos alle patienterne når de undersøges med UL inden operation. Det gøres for at komme en højrisiko population endnu nærmere og muligvis indføre størrelsesmål som faktor i beslutningen om hvem der skal biopteres fremadrettet når vi har bedre data. Det vil indgå i DaTeCa databasen som kvalitetsmål, om der er noteret størrelsesmål i journalerne og patologerne vil bede om det på deres rekvisitioner i erkendelse af, at der vil være en indkøringsperiode hvor det skal implementeres alle steder.
2. Der anbefales ikke længere kontralateral biopsi til mænd over 40 år med malign germinalcelletumor, da deres risiko for at udvikle en ny testiscancer kontralateralt er den samme som i baggrundsbefolkningen.

Det svarer til en reduktion i antallet af kontralaterale biopsier på 30-40%. Der skal stadig laves frys efter retningslinjerne, så patienterne får et lige så smidigt forløb som hidtil.

Mikael Aagaard

DaPeCa (Dansk Penis Cancer Gruppe)

Gruppen mødtes til et retningslinjeinternat i maj.



DaPeCa: Fra ve: Peter Meidahl, Mikael Aagaard, Helle Kiellberg Larsen, Birgitte Grønkær Toft, Kim Krarup, Pernille Skjold Kingo, Anne Birgitte Als, Jakob Kristian Jakobsen, Christina Stilling.

Stemningen var i top og det nationale samarbejde og konsensus om behandling i topform. Med stor glæde kunne gruppen byde velkommen til hele to nye medlemmer: Pernille Skjold Kingo fra Urinvejskirurgisk afd., Skejby samt Helle Kiellberg Larsen, fra Dermato/Venerologisk afdeling, BBH. Samtidig vil gruppen takke Kasper Olsen fra Urinvejskirurgisk afd., Skejby, der er trådt ud af gruppen, for mange års godt samarbejde. Igen i år arbejdes der på at opdatere retningslinjerne, nu med et afsnit om visitationen for gruppen af patienter med forstadier eller mistænkte forstadier til peniscancer, PeIN. Nye retningslinjer fra EAU er udskudt til næste år. Der arbejdes på en ny landsdækkende database og flere forskningsprojekter er undervejs. Med relation til gruppen er i år publiceret DaPeCa 8, DaPeCa 9 og DaPeCa 10.

Mikael Aagaard

DAPROCA (Dansk prostatacancer Gruppe)

Urinvejskirurgiske repræsentanter 2022:

| Navn | Titel | Arbejdssted |
|-------------------------|---------------------|---------------------------------------|
| Michael Borre (formand) | Professor, overlæge | Aarhus Universitetshospital |
| Henrik Jakobsen | Overlæge | Herlev Hospital |
| Marie Thue Pank | Afdelingslæge | Aalborg Universitetshospital |
| Anne Buchhave Olsen* | Afdelingslæge | Aalborg Universitetshospital |
| Mads Hvid Poulsen | Overlæge | Odense Universitetshospital |
| Hans Erik Wittendorff | Overlæge | Region Sjællands Universitetshospital |

*ABH afløste midtvejs MTP

DAPROCA er udvidet med repræsentant fra Klinisk Genetik samt et radioterapiudvalg.

Kliniske retningslinjer. DAPROCA er den første DMCG, som er i mål med skabelonomlægning samt opdatering af samtlige (16) landsdækkende kliniske retningslinjer.

DAPROCA data. I den nationale kvalitetsdatabase er det endelig lykkedes at få adgang til laboratoriedata i LABKA-data for nu hele landet. Udover generelt at øge datakompletheden åbner adgang til PSA for en lang række nye kvalitetsindikatorer i forbindelse med behandlingseffekt inkl. onkologiske behandlingsforløb. Med adgang til laboratoriedata er det "urologiske diagnoseskema" afskaffet og TNM oplysninger indhentes ligeledes fra centralt register. Der er implementeret en LPR3 baseret operationskomplikationsscore baseret på komplikationsregistrering fremfor hidtidige indlæggelsesindikatorer. Implementering af diagnostisk MR-skanning, antal biopsier og biopsiadgang følges nøje.

Klinisk forskning. Der pågår 8 DAPROCA studieprotokoller.

ACROBATIK, det nye kræftkirurgisk forsknings- og videnscenter har DAPROCA repræsenteret i styregruppen ved Mads Hvid Poulsen.

PRO i forbindelse med prostatakraft er under implementering på flere urinvejskirurgiske og kræftafdelinger. Mads Hvid Poulsen leder et initiativ finansieret af Kræftens Bekæmpelse og der er ligeledes dialog med RKKP med henblik på overførsel af patientdata til kvalitetsdatabasen.

I Sundhedsstyrelsens regi har DAPROCA deltaget i:

- o Revision af den urologiske specialeplan for bl.a. prostatacancer.
- o Opfølgning på visitationsretningslinjen for radikal prostatektomi.
- o Revision af kræftpakkeforløbsbeskrivelsen for prostatacancer.

Kræftpakkeforløbsbeskrivelsen er udgivet pr 1. september og har desværre givet anledning til større opråb fra PROPA's bestyrelse, til trods for, at de har været deltager i revisionen og senere høring. DAPROCA inviterede ved forårsmødet PROPA's ledelse til en fælles forståelsesdrøftelse, hvilket siden har vist sig ikke at have haft overbevisende gevinst.

I det nationale Behandlingsfællesskab for prostatacancer fortsætter sikring af den nationale implementering af MR-First samt steril biopsiadgang.

Medicinerådets fagudvalg har repræsentation fra DAPROCA. Vurdering af klinisk merværdi af PARP inhibitoren Olaparib er tilendebragt og behandlingen godkendt som sidste linjebehandling ved mCRPC.

"Politisk rundbordssamtale" på Christiansborg havde i januar prostatakraft på programmet og DAPROCA var i den anledning repræsenteret ved undertegnede.



DAPROCA internatet

Årsberetningen 2022 er på gruppens vegne udarbejdet af Michael Borre.

DaRenCa

Medlemmer:

Formand Lars Lund, professor, overlæge, dr.med., Urinvejskirurgisk Afdeling L, Odense Universitetshospital
Nessn Azawi, overlæge, ph.d., Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde
Morten Jønler, overlæge, ph.d., Urologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital
Ulla Møldrup, overlæge, Urinvejskirurgisk Afdeling K, Aarhus Universitetshospital
Mette L. Holm, overlæge, Urologisk Klinik, Rigshospitalet
Anne Kirstine H. Møller, overlæge, ph.d., Onkologisk Afdeling, Herlev og Gentofte Hospital
Niels Viggo Jensen, overlæge, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Niels Frstrup, afdelingslæge, ph.d., Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital
Astrid Petersen, overlæge, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital
Anette P. Pilt, overlæge, Patologiafdelingen, Sjællands Universitetshospital, Roskilde
Claus V. Jensen, overlæge, Radiologisk Klinik, Rigshospitalet
Helle W. Hendel, overlæge, ph.d., Nuklearmedicinsk Afdeling, Herlev og Gentofte Hospital
Mette Nørgaard, professor, overlæge, ph.d., Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
Malene Lundsgaard, afdelingslæge, Klinisk Genetisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

DMCG-gruppen for nyrecancer har haft 3 online møder i 2022, og har planlagt et seminar på Scandic torsdag den 24. og fredag den 25. november. Her vil man opdatere de tidligere retningslinjer samt gennemgå de to nye, som er ved at blive rundsendt til DaRenCa-gruppen omhandlende palliativ behandling af patienter med nyrekræft og accelererede forløb ved nyrekræft. Desuden vil medlemmerne fra RKKP (en del af databaseudvalget) blive inviteret med til at deltage med henblik på, at ryste alle lidt mere sammen både arbejdsmæssigt men også socialt.

Der foreligger allerede nu en møderække for databaseudvalget, efteråret 2022 og foråret 2023 mhp. den nye årsrapport og årsberetning. Vi har nu to onkologiske indikatorer, som vi forventer kommer med i den nye årsrapport, nemlig patienter som debuterer med nyrekræft og metastaserende sygdom samt patienter som har gennemgået en kurativ behandling, men udvikler metastaser i efterforløbet. Der er lavet flere stikprøvekontroller, således at vi ved, at vi kan fange de rigtige patienter.

DaRenCa har også været involveret i audit af andre DMCG-grupper og fået sine egne resultater og årsberetning auditeret. DaRenCa-medlemmerne har deltaget i protokollerede undersøgelser, og DaRenCa's medlemmer har initieret flere forskningsprojekter på bachelorkandidat- og ph.d. niveau m.m.

DaRenCa har deltaget i nationale videnskabelige selskabs møder (Dansk Urologisk Selskab, nuklearmedicinsk årsmøde og Dansk Selskab for Klinisk Onkologi) og været repræsenteret til det Nordiske Urologiske møde i Helsinki, Finland, deltaget i styregruppe og fungeret som chairman og foredragsholdere til den Europæiske kongres for nyrecancer (EIKCS), Antwerpen. Nogle medlemmer er forsat involveret i styregruppen til det næste møde, som afholdes i Edinburgh, Skotland.

Desværre har vi mistet vores formand for DaNyCa (Patientforeningen), Lennart Jønsson, som stille sov ind i juli måned. Lennart betød utrolig meget for patientforeningen og var med til at starte den op i 2017. DaRenCa fortsætter med at støtte arbejdet i patientforeningen med henblik på at få udvidet antallet af medlemmer.

Der har været 2 møder i medicinrådet, og der er ny medicin på vej, og der er planlagt yderligere et par møder i Medicinrådet ultimo 2022.

DaRenCa har desuden som skrevet i sidste årsberetning deltaget i et møde med Sundhedsstyrelsen omkring håndtering af prostata-cancer samt benign og malign nyrekirurgi. Der er endnu ikke kommet nogen konklusion på det arbejde, som blev afsluttet i marts, 2022.

Formanden for DaRenCa og Dansk Urologisk Selskab har rettet henvendelse flere gange til SST mhp., at få den endelige konklusion.

Lars Lund
Formand

Andrologisk gruppe

Som planlagt har gruppen arbejdet videre med kliniske vejledninger indenfor andrologien. Disse kan nu findes på DUS' hjemmeside og inkluderer: Rejsningsbesvær, seksuel rehabilitering efter radikal prostatektomi, Peyronies sygdom, priapisme, penisfraktur, testikelruptur, skrotale smerter og testikulær mikrolithiasis. I løbet af det kommende år forventer vi at supplere med vejledninger for mandlig infertilitet og varicocele. Siden seneste årsberetning er der desuden udarbejdet en ny statusartikel til Ugeskrift for Læger, der omhandler andrologiske tilstande hos mænd med rygmarvsskader.

I tillæg til opdateringer af de kliniske vejledninger vil gruppen fremadrettet arbejde med forskning, der skal besvare klinisk relevante spørgsmål indenfor andrologien. Der vil blive tale om både lokale og nationale studier.

På vegne af Andrologisk gruppe,
Mikkel Fode, formand

DRG-udvalget

DRG-udvalget består aktuelt af
Overlæge, ph.d. Karsten Zieger, Sygehus Lillebælt (Vejle) (formand).
Cheflæge, ph.d. Bettina Nørby, Sygehus Lillebælt (Vejle),
Overlæge Joachim Veloso, Herlev Hospital

Udvalget ønsker en bredere fundering i de danske regioner, hvorfor især interesserede medlemmer fra Region Midt, Region Nord og Region Sjælland opfordres at deltage i arbejdet. Henvendelse til udvalgets formand (karsten.zieger@rsyd.dk) eller DUS' bestyrelse.

Udvalget holder 1 planlagt årligt møde, som regel i relation til DRG-taksthøringsfasen. Der blev dog ikke afholdt møder i 2022, grundet tidspres. Aktuelle problemstillinger behandles ad hoc per mail, i et velfungerende samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen (SDS). Et emne der blev behandlet i 2022 er indgruppering af urologiske procedurer ifm. skift af kønsidentitet.

Der er generelt faldende takster i DRG-systemet, og de urologiske grupper falder forholdsvis mere end taksterne generelt. Sådan har det været i flere år, og det står ikke i udvalgets magt at regulere på dette. En politisk ændring, der kan få betydning for de urologiske afdelinger er en takstmæssig sidestilling af ambulante fremmødekontakter uden takstudløsende procedurer, med virtuelle kontakter som video- eller telefonkonsultationer. Dette medfører et væsentlig fald for taksten i disse grupper (såkaldte 1-dags grupper). Det er derfor vigtigt at registrere takstudløsende småprocedurer (fx ultralydsscanninger, flowundersøgelser) ifm. fremmødekontakter.

Forslag som ønskes drøftet i udvalget kan indsendes til udvalgets medlemmer. Forslag kan også indsendes direkte til Klinisk Validering. Der skal anvendes ændringsblanketter, der kan downloades her:

<http://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/afregning-og-finansiering/gruppering-drg/aendringer-drg>

Forslagene vil da blive drøftet i udvalget når de kommer i høring. Deadline for indsendelse af forslag til grupperingsændringer (til DRG 2024) er allerede den 11. november 2022.

Karsten Zieger

LUTS udvalget

LUTS udvalget består af Bettina Nørby (Vejle), Lotte Sander (Aalborg), Charlotte Graugaard (Skejby), Tilde Carøe (Roskilde), Rie Seiffert (Herlev) og Margrethe Andersen (OUH).

I det forgangne år har vi afholdt 2 møder der dels er resulteret i en **Oversigt over BPH behandlinger i DK**, denne er at finde på DUS hjemmeside. Oversigten giver supplerende informationer omkring kriterier for henvisningen (egnethed), kontraindikationer, risici/bivirkninger, holdbarhed m.m.

Endvidere har vi arbejdet med **Beslutningsstøtte værktøj til brug ved BPH**, mere om dette til Årsmødet. Derudover har vi planer om udarbejdelse af nationale anbefalinger til ensartet krav ved henvisning af LUTS patienter til udredning på urologisk afdeling, dette i samarbejde med DSAM.

På udvalgets vegne
Margrethe Andersen

NUF samarbejdsgruppe for urothelcancer

Gruppen består af 2 repræsentanter fra hvert land fraset Island, der har én repræsentant.

Gruppen har i løbet af de sidste 12 mdr. afholdt et webmøde i efteråret 21 samt et fysisk møde i forbindelse med NUF i Helsinki. Det var virkelig produktivt at mødes fysisk alle sammen efter så lang tid med kun webmøder, noget der bestyrkede os i det vigtige at mødes fysisk, både for samarbejdet og udviklingen ikke mindst forskningsmæssigt.

Fokus er fortsat meget på forskningsprojekter på tværs af landegrænserne. Det fælles nordiske valideringsstudie på prognostiske faktorer i forbindelse med cystektomi og neoadjuverende kemoterapi (NorCys Study) er nu kommet godt i gang og alle de 5 danske cystektomicentre registrerer patienter i dette studie, der på sigt også kan udvikle sig til en dansk cystektomidatabase hvis det er noget vi ønsker. Danmark er stadig det land der inkluderer langt flest patienter (>400), men gruppen arbejder ihærdigt på at øge deltagelsen fra de andre lande også og vi begynder nu at arbejde på den første artikel.

Gruppen er også involveret i DwellTime studiet, et nordisk DaBlaCa-initieret studie vedr. BCG behandling med fokus på at reducere bivirkninger, hvor der inkluderes patienter fra Danmark, Sverige, Island og Norge. Herudover har vi startet det randomiserede, DaBlaCa initierede studie; 'En Bloc'-resektion ved TURB" i starten af 2022. Her bliver inkluderet patienter fra centre i Danmark, Finland, Sverige, Norge og Island. Gruppen har derudover foretaget en spørgeskemaundersøgelse vedr. behandling af UTUC i de nordiske lande, foreløbige resultater blev præsenteret på NUF mødet i Helsinki og en artikel er under udarbejdning.

Der planlægges kursus i TUR-B og cystektomi i januar 2024.

Gitte Lam og Jørgen Bjerggaard Jensen

NUF samarbejdsgruppe for LUTD

Vi har i det forløbne år afholdt flere "skype-møder" og to fysiske møder i forbindelse med NUF-kongressen i Finland og vores netop overståede LUTD-symposium i Stockholm.

Temaet ved NUF-symposiet i Finland i juni 2021 var igen "LUTD – living with the late effects of cancer treatment". Et velbesøgt symposium, som igen havde fokus på livskvaliteten hos cancer-overlevende. Disse patienter fylder stadig mere og mere i vores klinikker og vi har brug for at sætte fokus på behandlingen af denne gruppe for at give dem de færreste bivirkninger af deres cancerbehandling og den bedste behandling af deres eventuelle senfølger.

I september afholdte vi vores 6. LUTD-symposium i Stockholm. Vi har dog måttet erkende, at det efter Corona-epidemien og nye stramninger i fht. industri-udstillere, har været noget af en opgave. Men det har været det hele værd. Temaet til dette møde var "LUTD – Idiopathic or neurologic – does it matter?" og var særdeles velbesøgt af læger fra hele Norden. Et kursus som flere deltagere gav udtryk for, burde være en del af hoveduddannelsen til urinvejskirurg....

Vores næste opgave er at planlægge NUF symposiet i Bergen. Temaet for dette bliver: ***Everything you always wanted to know about sex but were afraid to ask.*** Dette symposium vil dække både mandlig og kvindelig seksualitet, seksuel dysfunktion og behandling deraf.

Alle de nordiske lande er repræsenteret i gruppen og fortsat med Norge i spidsen.

Charlotte Graugaard-Jensen

NUF samarbejdsgruppe for peniscancer, Scandinavian Penile Cancer Group, SCAPECA

Gruppen har ikke afholdt fysiske møder i det forgangne år. Enkelte gruppemedlemmer har deltaget i onlinemøder under paraplyen European Reference Network (ERN) for rare and complex urogenital diseases and conditions.

Der afholdes ad hoc videokonference/telefonmøde ved tricky cases eller kliniske udfordringer som egner sig til sparring. Formanden har ambitioner om at deltage i NUF mødet i Bergen i juni 2023 og samle gruppens medlemmer i den forbindelse.

Jakob Kristian Jakobsen

NUF samarbejdsgruppe for nyrecancer (NoRenCa)

Den Nordiske gruppe for nyrecancer har haft 3 virtuelle møder og et face-møde i forbindelse med den Nordiske kongres, afholdt i Helsinki, Finland. Hovedfokus på disse møder har været planlægning af sessionen omhandlende nyrekræft til det nordiske møde samt færdiggørelse af en ny protokol omhandlende Bosniak cyster, som bliver en skandinavisk stor protokol omhandlende Bosniak cyster 3 og 4. Den er godkendt af Etisk Komité og Datatilsynet og vil formentlig starte op ultimo 2022. Desværre har projektet taget længere tid end forventet pga. manglende funktion af de databaser, som skulle registrere.

NoRenCa vil i december måned mødes til et 1½ døgns seminar i Stockholm, Sverige med henblik på at lave et

program for nyrecancer til næste års NUF-møde, som afholdes i Bergen, Norge og planlægning af nye protokoller.

Der er en udskiftning i medlemmerne: Harry Nisen (Finland) har valgt at gå på pension og træder ud af NoRenCa gruppen. Finland vil vælge en ny, således at NoRenCa fortsat er sammensat af 2 medlemmer fra Finland, Sverige og Norge samt et medlem fra Island. Der henvises i øvrigt til NUF's hjemmeside, referater og øvrige videnskabelige aktivitet.

Lars Lund, formand

NUF samarbejdsgruppe for rekonstruktion

Medlemmer:

Formand, Gigja Gudbrandsdottir, NO, Rafn Hilmarsson, IS, Jukka Sarainen, FI, Lisbeth Salling, DK, Ralph Peeker, S, Teresa Ekerhult, S, Ole Jacob Nilsen, NO, Henning Olsen, DK, Ilkka Paananen, FI
Henning Olsen og Lisbeth Salling, DK samt Ilkka Paananen, FI vil udtræde af gruppen og 2 nye danske medlemmer er foreslået.

Gruppen har afholdt 4 teams møder.

Gruppen afholdte et kursus på NUF's årsmøde 2021 og vil afholde et ved NUF 2023 i Bergen. Emnet er endnu ikke fastlagt

Studier:

- 1) Opfølgning på et tidligere studie publiceret i 2001 SJU, som var en spørgeskemabaseret undersøgelse af rekonstruktionskirurgi i de nordiske lande.
- 2) En nordisk retrospektiv registrering af urindeviation efter radikal behandling af prostatacancer.
- 3) Antibiotika regime ved urethroplasty, alternativt stoppe AB og følge patienterne i et register mhp. infektioner i nordisk regi.
- 4) Longterm outcome of Bladder reconstruction for congenital malformations.
- 5) A urinary diversion study "fate of the failures" with Scandinavian collaboration

Lisbeth Salling

Von Hippel-Lindau Gruppen

Der har været 4 online møder i den nationale VHL koordineringsgruppe samt flere regionale online og fysiske møder. VHL hører nu ind under CAKS i RSYD, hvilket vil sige Center for Sjældne Sygdomme.

Der er lavet nye retningslinjer på dette område, som man kan finde på intranettet. Der er referater både fra de nationale og regionale møder, som der henvises til.

Det kan oplyses, at der nu er 95 levende patienter registreret i VHL databasen. 16 patienter (11 familier) af disse er registreret pga. kliniske manifestationer, men uden en kendt sygdomsdisponerende variant. 43 familier har en kendt patogen variant.

Der afholdes som hovedregel 2 årlige møder i VHL-koordinationsgruppen, som er landsdækkende og næste møde er den 28. november, 2022 på OUH.

Desuden er der publiceret en artikel i European Journal of Medical Genetics i 2022 med titlen Von Hippel Lindau disease: Up-dated guidelines for diagnosis and surveillance.

Lars Lund

”Fellowudvalget” - Styregruppen for kompetenceløft i urologisk kræftkirurgi – Efteråret 2022

Kræftplan 4 indeholdt midler til kompetenceløft inden for kræftkirurgien, hvor man har valgt at prioritere urologi, kolo-rektalkirurgi og øre-næse-halsspecialet. Det er permanente midler, men noget uvist om midlerne på sigt skal deles med andre specialer. Inden for urologien anvendes midlerne til formaliserede Fellowships inden for de store urologiske kræftsygdomme.

Et fellowship består som udgangspunkt af et 12 måneders forløb med 6 måneder i egen afdeling og 6 måneder på relevant anden afdeling, hvor man udelukkende prioriteres til den relevante sygdom – både operativt, teoretisk, akademisk og mhp. ambulatoriefunktion. Der er mulighed for yderligere forlængelse af fellowship ved behov samt i forbindelse med udlandsophold som del af fellowship.

Fellowship-ordningen startede i foråret 2020. I ordningens første periode gennemførtes 9 fellows gennemført fellowship i hhv. prostatakraft (3), nyrekraft (3) og blærekraft (3).

Inden for det seneste år er yderligere 4 fellowships gennemført inden for hhv. prostatakraft (1), nyrekraft (2) og ét ad hoc UTUC-forløb.

Ordningen beskrives via afrapportering fra fellows som en succes med et stort fagligt udbytte for den enkelte fellow, men også både fra ”afgivende” og ”modtagende” afdelinger.

Ordningen fortsætter indtil videre ufortrødent! Opslag af midler til frikøb i fellowordningen annonceres hvert halve år via urologi.dk og direkte til afdelingsledelserne på de urologiske afdelinger i Danmark.

Det skal her understreges, at der har været et nok ret naturligt fald i antal ansøgninger over det sidste år – efter første kohorte blev opstartet. Alle afdelinger og relevante kandidater opfordres til at benytte ordningen, idet midlerne ellers forventeligt vil forsvinde ud af specialet igen, hvilket jo vil være ærgerligt.

”Fellowudvalget” består af én repræsentant fra hver region, én repræsentant fra DUS og en centralt udpeget formand, der ligeledes sidder i den nationale koordinerende gruppe på tværs af specialerne.

Jørgen Bjerggaard Jensen (formand), udpeget af Danske Regioner

Thomas Halphen, udpeget af Region Nord

Nikolai Spjeldnæs, udpeget af Region Midt

Anja Toft, udpeget af Region Syd

Thomas Norus, udpeget af Region Sjælland

Jan V. Jepsen, udpeget af Region Hovedstaden

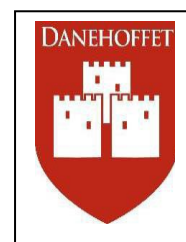
Lars Lund, udpeget af DUS

Danehoffet anno 2022 😊

I uge 34 var Danehoffet igen på plads i Nyborg efter 2 års ufrivillig pause.

Vejret var perfekt og alle var klar til 3 gode urologi dage med uddannelse, høj faglighed og nye bekendtskaber. Som alle de tidligere år var der fuldt hus med 14 læge kursister, 13 vejledere og 18 industrikursister.

Tak til alle afdelinger og til industrien for at bakke op med så flot deltagelse. Uden jeres velvilje kan vi ikke give vores kursister 3 så gode dage med urologi og uddannelse i centrum.



Emnerne var Prostata cancer, UTUC og Sexologi med 3 skarpe oplægsholdere og fantastiske cases fra lægekursisterne. Traditionen tro var vi på OUH, men med et nyt og anderledes program. Alle læge kursister og vejledere fik mulighed for at se live transperineal MR guidet biopsi. Der var gennemgang af UL apparat og TRUS-probe samt kursus i UL af nyrer. Og selvfølgelig kaffe og brunsviger. Industrikursisterne havde for første gang deres eget program med oplæg om konstruktiv artikellæsning. Alle fortsatte om eftermiddagen med liveoperationerne RARP og nefroureterektomi krydret med video RIRS (laserbehandling af UTUC). Vi havde besøg fra hele landet af fantastiske og engagerede urologer både som oplægsholdere, i ambulatoriet og som

operatører. Tak for jeres store indsats. Jeres bidrag gør det muligt at afholde Danehoffet på et meget højt fagligt niveau, hvor der samtidig er den nødvendige plads til spørgsmål og diskussioner.

Jeg vil gerne takke Nicolai for mange gode år og en kæmpe indsats for Danehoffet. Nicolai har valgt at trække sig fra Danehoffets lægegruppe og overlader pladsen til én fra øst. Velkommen til Sarah Bube. Vi glæder os til samarbejdet.

Danehoffet 2023 bliver afholdt i **uge 34**.

Tirsdag-torsdag 22-24. august 2023 på DSB Kursusstation Knudshoved, Fyrvej 1, 5800 Nyborg. Hold øje med Danehoffets hjemmeside www.danehoffet.dk og spred budskabet.

Vi glæder os til at se jer!

På Danehoffets vegne
Stefan Vind-Kezunovic, Nicolai Spjeldnæs og
Karin Andersen



Årsberetning Foreningen af Yngre Danske Urologer (YDU)

2022 har været anderledes end de sidste 2 år. Vi har kunnet mærke, at restriktioner for Covid næsten var væk og vi kunne endelig mødes fysisk uden begrænsninger. I YDU har vi afholdt 6 online og 1 fysisk møde.

Vores årsmøde i 2021 var for anden gang lagt op ad DUS' årsmøde og det var en succes med deltagelse af knap 50 yngre urologer. Ved generalforsamlingen takkede vi af til Majken Warming, Ina Hornemann Borg og Qayssar Jalil og bød velkommen i bestyrelsen til Emil Durukan og Shima Bjerrum.

I vores nordiske residents gruppe (NRU), hvor vi har 2 repræsentanter, var vi med til at afholde en succesrig residentsdag ifm. NUF i Helsinki. Der var god deltagelse og et godt og spændende fagligt program om "Akut Urologi" efterfulgt af en hyggelig residents dinner. I 2023 kan vi se frem til hele 2 spændende kurser fra NRU. I februar afholdes "It's all about the Kidney" på Herlev Hospital og i juni afholdes residents' day i forbindelse med NUF i Bergen, emnet er blærekræft og uddannelse på tværs af norden.

Vores europæiske residents gruppe (ESRU), hvor vi også har 2 repræsentanter er også vågnet efter Corona. Det er i år lykkedes at afholde 2 fysiske møder, et i forbindelse med EAU i Amsterdam og et i forbindelse med EUREP i Prag. ESRU arrangerer YUOR-day i forbindelse med EAU og arbejder også på at formidle muligheder inden for uddannelse og forskning for residents på tværs af Europa. Som bindeled mellem ESRU og EAU er Young Urologists Office, som *Juan Luis Vasquez* er blevet formand for. Vi ser meget frem til samarbejdet. FEBU har udviklet sig meget under Corona med online kurser. Pernille Hammershøj og Shima Bjerrum har gjort et godt stykke arbejde med nogle velholdte møder efter at de overtog opgaven fra Majken Warming og Andrea Krug. I året fortsatte vi med en kombination af fysiske og online møder med mulighed for at deltage i FEBU kurser på tværs af landet. Det har gjort at deltagelsen generelt er øget. Som yngre urolog har man mulighed for at deltage i dobbelt så mange FEBU- møder og der sker en erfaringsudveksling på tværs af landet.

Vi er stolte over at Andreas Thamsborg tog teten op efter Maiken Howard i uddannelsesudvalget.

Vores webmaster Frederikke Sørensen lægger en stor indsats i, at holde YDUs hjemmeside opdateret og velfungerende, hvilket bruges til tilmeldinger for kurser og møder og også de nordiske NRU-kurser.

Vi glæder os til endnu et spændende YDU-årsmøde i Kolding.

Sara Tolouee, formand for YDU

Tillidshverv i DUS

Bestyrelse

*Formand og næstformand vælges for 3 år og kan ikke genvælges til samme post.
Kasserer/sekretær/ynge lægemedlem og menige bestyrelsesmedlemmer vælges for 2 år med mulighed for genvalg x1.*

Formand:

Professor, overlæge, dr.med. **Lars Lund**, Odense Universitetshospital (valgt 2019)

Næstformand:

Professor, overlæge, ph.d., dr.med. **Michael Borre**, Aarhus Universitetshospital (valgt 2019)

Kasserer:

Overlæge, ph.d. **Ulla Nordström Joensen**, Rigshospitalet (valgt 2020)

Yngre læge:

1. Reservelæge, ph.d. **Peter Østergren**, Herlev og Gentofte Hospital (valgt 2021)

1. Reservelæge, **Sara Tolouee**, Rigshospitalet (valgt 2021)

Menigt medlem:

Overlæge **Helle Handler Petersen**, Aalborg Universitetshospital (valgt 2020)

Overlæge **Karin Andersen**, Odense Universitetshospital (valgt 2021)

Lægelig revisor:

Vælges for 3 år med mulighed for genvalg.

Nessn Azawi

Uddannelsesudvalget:

Vælges for 2 år med mulighed for genvalg x 1 (Bestyrelsesmedlemmet og hovedkursusleder udpeges for 3 år med mulighed for forlængelse. PKL ikke på valg).

Region Øst:

Mikael Aagaard, RH (valgt pr. nov. 2021)

Andreas Thamsborg, HGH (afventer valg pr. nov. 2022)

Region Syd:

Camilla Damkjær, Vejle (valgt pr. nov. 2021)

Majken Warming, Vejle (afventer valg pr. nov. 2022)

Region Nord:

Christina Gade, Gødstrup (afventer valg pr. nov. 2022)

Pernille Kingo, AUH (valgt pr. nov. 2021)

Rikke B. Hansen (PKL Region Øst)

Nicolai Spjeldnæs (PKL Region Nord)

Karin Andersen (DUS)

Margrethe Andersen (Hovedkursusleder)

1 yngre læge i hoveduddannelse – afventer valg pr. nov. 2022

Til alle øvrige udvalg foretages ikke valg, men udnævnelse blandt interesserede og kvalificerede kandidater.

DUCG (Dansk Urologisk Cancer Gruppe) Styregrupper

Michael Borre (formand), Jørgen Bjerggaard Jensen, Jakob Kristian Jakobsen, Lars Lund

Kun DUS-repræsentation i de enkelte grupper er nævnt nedenfor, for øvrige selskabers medlemmer henvises til www.ducg.dk

DAPROCA:

Michael Borre (formand), Henrik Jakobsen, Marie Thue Pank, Mads Hvid Poulsen, Hans Erik Wittendorff, Anne Buchhave Olsen (ABH afløste midtvejs MTP)

DAPROCA-data:

Michael Borre (formand), Henrik Jakobsen, Hans Erik Wittendorff, Anne Buchhave Olsen, Mads Hvid Poulsen

DABLACA:

Jørgen Bjerggaard Jensen (formand), Gitte Wrist Lam, Knud Fabrin, Thor Knak Jensen, Juan Luis Vasquez, Ulla Nordström Joensen, Line Blichert-Refsgaard

DABLACA -data:

Jørgen Bjerggaard Jensen (formand), Peter Thind, Erik Hansen, Lars Dysager, Knud Fabrin

DARENCA:

Lars Lund (formand), Mette Holm, Nessn Azawi, Ulla Møldrup, Morten Jønler

DARENCA - data:

Lars Lund og Nessn Azawi

DATECA:

Mette Holm

DAPECA:

Mikael Aagaard (formand), Jakob K. Jakobsen, Kim Predbjørn Krarup, Kasper Ørding Olsen, Henrik Nerstrøm

Andrologisk gruppe

Mikkel Fode (formand), Ulla Nordström Joensen, Majken Højrup Wiborg, Christian Fuglesang Skjødt Jensen, Grzegorz Lukasz Fojecki, Signe Sofienberg Harving

LUTS

Bettina Nørby (Vejle), Lotte Sander (Aalborg), Charlotte Graugaard (Skejby), Tilde Carøe (Roskilde), Rie Seiffert (Herlev) og Margrethe Andersen (OUH)

Palliations DMCG:

Vakant

VHL-gruppen:

Per Bagi og Lars Lund

Arbejdsgruppe vedrørende Urologisk Diagnosekodning:

Thomas Boserup Halphen, Bettina Nørby, Helle Hvarness, Tilde Carøe Thomsen

DRG-udvalget

Karsten Zieger (formand), Bettina Nørby, Joachim Veloso

UEMS (EBU):

Mia Gebauer Madsen (formand), Sarah Bube, Jan Jepsen

Kliniske inspektorer:

Nicolai Spjeldnæs

Nina Råe Rasmussen

Camilla Olsdal Damkjær

Sven Fuglsig

Mogens Nørgaard Knudsen

Junior inspektør

Nina Klemann

NUF's samarbejdsgrupper - se nuf.nu

Urothelcancer:

Jørgen Bjerggaard Jensen, Gitte W. Lam

LUTD:

Charlotte Graugaard-Jensen, Karin Andersen

NoRenCa

Lars Lund, Nesson Azawi

Rekonstruktion:

Lisbeth Salling og Henning Olsen

Foreningen af Yngre Danske Urologer (uafhængig af DUS, er med egne vedtægter)

Bestyrelsens medlemmer:

Sara Tolouee, formand – DUS repræsentant

Frederikke Eichner Sørensen – næstformand, webmaster og NRU repræsentant

Emil Durukan – Kasserer og ESRU repræsentant

Andrea Krug

Andreas Thamsborg

Pernille Hammershøj – FEBU øst ansvarlig

Katrine Schou-Jensen – NRU repræsentant

Charlotte P. Madsen

Shima Bjerrum, suppleant – FEBU vest ansvarlig

Love for Dansk Urologisk Selskab

Vedtaget på generalforsamlingen den 11.03.67 med ændringer vedtaget på generalforsamlinger den 19.04.74, den 28.04.79, den 26.04.80, den 10.11.84, den 22.11.85, den 05.04.91, den 06.03.98, den 15.05.01, den 17.05.04, den 14.06.07, den 11.11.12, den 08.04.16 og den 09.11.18

§1

Dansk Urologisk Selskab har som formål at fremme uddannelse og forskning med relation til urologi, herunder basalforskning, klinisk forskning, teknologivurdering og kvalitetssikring. Selskabet skal afholde videnskabelige møder og gennemføre postgraduat undervisning. Selskabet påtager sig rådgivning vedrørende uddannelseskrav i urologi og specialets indplacering i det danske sundhedsvæsen. Selskabet skal formidle forbindelse med udenlandske urologiske selskaber.

§2

Dansk Urologisk Selskab er medlem af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS). Det udgør sammen med de øvrige nordiske urologiske selskaber Nordisk Urologisk Forening. Selskabet samarbejder med andre relevante lægevidenskabelige selskaber om speciallægeuddannelserne. Selskabet repræsenterer dansk urologi i UEMS (Union European Mono Specialists) og EBU (European Board of Urology).

§ 3

Efter skriftlig anmodning til bestyrelsen kan denne som

- a: ordinære medlemmer med stemmeret optage læger med dansk autorisation, der gennem deres praktiske eller videnskabelige arbejde har vist interesse for urologien.
- b: ekstraordinære medlemmer uden stemmeret optage
 - 1: udenlandske urologer
 - 2: ikke lægelige akademikere, der gennem deres praktiske eller videnskabelige arbejde har vist interesse for urologien
 - c: ekstraordinære medlemmer uden stemmeret og uden adgang til generalforsamlingen optage firmaer med relation til urologien.

Tvilstilfælde vedrørende medlemskab afgøres af generalforsamlingen.

§4

Æresmedlemmer kan udnævnes af en enig bestyrelse, når udnævnelsen er begrundet i en enestående indsats for urologien, for dansk urologi eller Dansk Urologisk Selskab. Udnævnelsen skal finde sted i forbindelse med en ordinær generalforsamling.

§5

- 1: Udmeldelse skal ske skriftligt til bestyrelsen og bliver effektiv førstkommande 1. januar.
- 2: Som udmeldt betragtes den, der ikke har betalt kontingent i 2 år. Genoptagelse kan kun finde sted efter betaling af restancen.
- 3: Forslag om eksklusion af et medlem kan fremsættes af bestyrelsen eller af 15 medlemmer. Beslutningen om eksklusion tages på ordinær eller ekstraordinær generalforsamling i overensstemmelse med de i §§ 10 og 11 anførte regler.

§6

Kontingentet fastsættes hvert år på den ordinære generalforsamling efter forslag af bestyrelsen. Ekstraordinært kontingent kan pålægges medlemmerne, når det vedtages på en generalforsamling (ordinær eller ekstraordinær), på hvis dagsorden det har været opført.

Æresmedlemmer er kontingentfrie.

Ordinære medlemmer, som er fyldt 70 år eller er afgang fra deres stilling pga. alder eller sygdom er kontingentfrie.

Stk. 2

Regnskabsåret går fra 1. januar til 31. december, og kassereren fremsender efter bestyrelsens og den lægelige revisors godkendelse det reviderede regnskab til selskabets medlemmer senest 1. marts i det nye regnskabsår. Medlemmerne orienteres desuden om regnskabet ved den ordinære generalforsamling.

Årets resultat tillægges/fratrækkes selskabets egenkapital.

Selskabets årsregnskab revideres af foreningens lægelige interne revisor samt af en ekstern revisor.

§7

Bestyrelsen består af formand, næstformand, sekretær/kasserer, to yngre læger samt to menige medlemmer, der alle vælges på selskabets generalforsamling.

Blandt disse skal mindst tre være ansat som overlæge ved en urologisk afdeling. Alle undtagen de to yngre læger skal være speciallæge i urologi. Mindst én af de to yngre læger skal være i hoveduddannelse.

Bestyrelsen udpeger ét medlem fra bestyrelsen til uddannelsesudvalget.

Formand og næstformand vælges for tre år og kan ikke umiddelbart genvælges til samme post. Sekretær/kasserer, menige og yngre lægemedlemmer vælges for to år og kan genvælges én gang. Bestyrelsen skal i sin opstilling af kandidater til bestyrelsen tilstræbe at alle tre uddannelsesregioner (Nord, Syd og Øst) er repræsenterede.

Under vakance i formandsposten fungerer næstformanden som formand indtil næste generalforsamling.

Formand og næstformand repræsenterer sædvanligvis selskabet i Nordisk Urologisk Forening, European Board of Urology (EBU), European Association of Urology (EAU), Société Internationale d'Urologie (SIU) og Lægevidenskabelige selskaber (LVS).

Eventuelle flere medlemmer eller suppleanter udpeges af bestyrelsen.

Hvis de yngre læger i uddannelse fastansættes som overlæger, afgang de ved næste generalforsamling.

Valg til bestyrelsen foregår ved skriftlig eller elektronisk afstemning, hvis ønske herom fremsættes på generalforsamlingen.

Nyvalgte medlemmer træder i funktion efterfølgende 1. december.

§8

På den ordinære generalforsamling vælges en revisor for 3 år. Genvalg kan finde sted.

Stk. 2

Ved opfordring fra offentlig myndighed udpeger bestyrelsen medlemmer til nationale og regionale råd og udvalg. De udpegede skal på forespørgsel fra bestyrelsen aflægge beretning ved generalforsamlingen.

Stk. 3

Bestyrelsen kan nedsætte udvalg og arbejdsgrupper til løsning af faglige, videnskabelige, uddannelsesmæssige og organisatoriske opgaver. Bestyrelsen kan fastsætte tidsmæssige begrænsninger for deltagelse og foretage udskiftninger af deltagerne. Sådanne grupper og udvalg fremsender skriftlig beretning til bestyrelsen 6 uger før den ordinære generalforsamling. Samtlige skriftlige beretninger præsenteres i skriftlig eller elektronisk form ved den ordinære generalforsamling.

Stk. 4

Rejser, som bestyrelsesmedlemmer eller repræsentanter for selskabet foretager på bestyrelsens vegne, betales af selskabet.

§9

Selskabet forpligtes ved underskrift af formand eller kasserer.

§ 10

Generalforsamlingen er øverste myndighed i alle selskabets anliggender.

Den ordinære generalforsamling afholdes én gang årligt, i tilslutning til et fagligt møde i selskabet i efterårsmånederne. Tidspunktet for den ordinære generalforsamling skal meddeles medlemmerne direkte mindst 5 uger før afholdelse.

Meddelelsen skal indeholde oplysning om ledige tillidsposter (efter §§ 7, 8 og 12), hvortil valg skal foregå på den pågældende generalforsamling, og hvem bestyrelsen indstiller til de ledige poster. Forslag, der ønskes behandlet på generalforsamlingen og evt. andre forslag til de på valg ledige tillidsposter skal være bestyrelsen i hænde senest 3 uger før generalforsamlingen.

Dagsorden for enhver generalforsamling skal tilsendes medlemmerne mindst 10 dage før generalforsamlingen og skal indeholde oplysning om, hvem der er opstillet til de ledige tillidsposter.

Generalforsamlingen skal ledes af en dirigent, der vælges af forsamlingen.

Skriftlig eller elektronisk afstemning på stedet skal anvendes, hvis ønske herom fremsættes til generalforsamlingen.

Generalforsamlingen afgør alt ved simpel majoritet med mindre selskabets love kræver andet (jf. §§ 13 og 14).

Sekretæren udsender referat af generalforsamlingen til medlemmerne inden 8 uger.

Stemmeret kan kun udøves ved personligt fremmøde.

§ 11

Ekstraordinær generalforsamling finder sted efter bestyrelsens beslutning, eller når mindst 10 medlemmer fremsætter skriftligt begæring herom til bestyrelsen. Begæringen skal indeholde

angivelse af, hvad der ønskes behandlet på generalforsamlingen.

Denne skal afholdes senest 10 uger efter at bestyrelsen har modtaget begæring herom og indkaldes med de, for ordinær generalforsamling, angivne tidsfrister (§ 10).

§ 12

Uddannelsesudvalget varetager alle funktioner, der vedrører postgraduat uddannelse, evt. i samarbejde med relevante institutioner. Udvalget udpeger hovedkursusleder for tre år med mulighed for forlængelse.

Uddannelsesudvalgets aktiviteter skal afstemmes med bestyrelsen, ligesom der aflægges beretning ved selskabets ordinære generalforsamling.

Udvalget vælger selv blandt sine medlemmer en formand og en sekretær og fastlægger selv sin forretningsorden og mødeaktivitet.

Uddannelsesudvalget består af seks medlemmer:

Ét medlem udpeget af bestyrelsen,

Hovedkursuslederen,

Én yngre læge i urologisk hoveduddannelse,

Tre speciallæger så vidt muligt repræsenterende de tre uddannelsesregioner (Nord, Syd og Øst).

Yngre lægemedlemmet samt de tre speciallæger vælges på selskabets generalforsamling.

Bestyrelsen skal i sin opstilling af kandidater tilstræbe at alle tre uddannelsesregioner er repræsenterede. Valget gælder for to år med mulighed for genvalg én gang.

Yngre lægemedlemmer der har opnået speciallægeanerkendelse afgår ved næstfølgende generalforsamling.

§ 13

Ændringer i selskabets love kan kun ske på en ordinær eller ekstraordinær generalforsamling, hvor mindst 1/4 af selskabets medlemmer er til stede, og mindst 2/3 stemmer for ændringerne.

Hvis generalforsamlingen ikke er beslutningsdygtig fordi det fornødne antal medlemmer ikke er til stede, indkalder bestyrelsen til en ekstraordinær generalforsamling, der indkaldes i overensstemmelse med reglerne i § 11.

Denne generalforsamling er beslutningsdygtig uden hensyn til antallet af mødte medlemmer.

Vedtagelse kræver også her 2/3 majoritet.

§ 14

Selskabets opløsning kan kun finde sted efter at være vedtaget på en generalforsamling, på hvis dagsorden den har været opført.

Før opløsningen er gyldig, skal den godkendes med 2/3 majoritet ved urafstemning blandt selskabets ordinære medlemmer.

Ved selskabets opløsning overgår formuen til Lægevidenskabelige Selskaber (LVS).

Videnskabelige foredrag, session I

Chairmen: Helene Jung og Dennis B. Kortsen

BENIGN UROLOGI FREDAG D. 18. NOVEMBER 2022 KL. 15.15-16.15

| Titel | Forfattere |
|--|--|
| Urologiske kompetencer til hoveduddannelseslæger i almen medicin - Et samarbejde mellem Kvindesygdomme og Fødsler samt Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital (AUH) | Dennis Bækthøj Kortsen, Jakob Blichfeldt Præstgaard, Marianne Trier Bjerre, Susanne Maigaard Axelsen, Mia Gebauer Madsen |
| Digitaliseret væskemonitorering - nøjagtighed af nyt innovativt apparatur | Lisbeth Roesen Leinum (1,2), Anders Ohlhues Baandrup (3), Ismail Gögenur (2,4), Nessn Azawi (1,2) |
| Biopsi af andet væv end nyren – kan observationstiden nedsættes? | Katrine Schou-Jensen, Gry Christensen Medonos, Mette Christine Hochheim, Mark James Dusgaard Mc Cullagh, Frederik Ferløv Thomsen |
| A practical method for performing aseptic cystectomy in pigs with experimental urinary tract infection: a perspective of using pigs in high-throughput studies | Kristian Stærk, Karin Andersen, Lars Lund, Thomas Emil Andersen |
| Incidence and risk factors for recurrent urinary tract infections in renal transplant recipients | Anna C. Lin Halskov, Julia Dagnæs-Hansen, Hein V. Stroomberg, Søren S. Sørensen, Andreas Røder |
| Paediatric Acute Scrotum Before and During the COVID-19 Era: Assessment of Potential Factors Delaying Treatment of Testicular Torsion | Stine D. Madsen, Yazan F. H. Rawashdeh |
| The single surgeon learning curve of Robotic-Assisted Laparoscopic Pyeloplasty (RALP) | Hayder Alhusseinawi, Celi Schoenike, Camilla Lundahl, Helle H. Petersen, Anne Marie Svane, Nessn Azawi |
| Surgical complications following renal transplantation: A retrospective study of 571 recipients | Julia Abildgaard Dagnæs-Hansen, Gitte H. Kristensen, Søren Schwartz Sørensen, Andreas Røder |
| Non-inferiority, randomized, open-label clinical trial on the efficacy of transurethral microwave thermotherapy compared to prostatic artery embolisation in reducing severe lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia; TUMT-PAE-1 | Kristensen-Alvarez, M. Fode, H.V. Stroomberg, A. Røder |
| Transurethral mikrobølge varmebehandling (TUMT) hos mænd med prostatae > 100 gram – et konsekutivt studie | Lilli Winck-Flyvholm, Anne Marsh, Mikkel Fode, Kurt Krøyer Nielsen |

Urologiske kompetencer til hoveduddannelseslæger i almen medicin - Et samarbejde mellem Kvindesygdomme og Fødsler samt Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital (AUH)

1. reservelæge Dennis Bækhøj Kortsen (1), Reservelæge Jakob Blichfeldt Præstgaard (1), 1. reservelæge, ph.d. Marianne Trier Bjerre (1), Uddannelsesansvarlig overlæge, ph.d. Susanne Maigaard Axelsen (2), Uddannelsesansvarlig overlæge, ph.d., FEBU Mia Gebauer Madsen (1)

E-mail: miamadse@rm.dk

Institution:

1. Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital
2. Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital

Formål:

At udvikle en struktureret uddannelsesplan for opnåelse af urologiske kompetencer hos hoveduddannelseslæger i almen medicin (AP-læger) på fokuseret ophold på Urinvejskirurgi.

Materiale og metode:

AP-læger tilbringer et halvt år på Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler, AUH under deres uddannelse. I løbet af denne periode blev de tilbudt 10 dages fokuseret ophold på Urinvejskirurgi, AUH. To uger inden opholdet fik de tilsendt et link til videoundervisning, som de skulle gennemse inden den første dag. Videoundervisningen er specifikt udarbejdet omhandlende urologiske problemstillinger til almen praksis og tilgængeligt under hele opholdet. De 10 dage blev skemalagt med relevante dagsfunktioner, der indeholdte patienter med urologiske problemstillinger, som er nævnt i AP-lægernes uddannelsesprogram. De 10 dage var: 6 dage i forskellige ambulatorier (hhv. hæmaturipakke, sygeplejerske (anlæggelse af katetre, RIK-oplæring mm.), LUTS, alment urologi, prostatakræft og børneurologi), phimosis operationer, dagkirurgi, følge med forvagt og stuegang med visitation (fokus på "den gode henvisning"). Under opholdet fik de et færdighedskursus med anlæggelse af kateter på et fantom. Opholdet blev evalueret med et kvantitativt spørgeskema med svarmulighed 1 (dårligt) – 5 (godt). Derudover var der et kvalitativt telefoninterview.

Der blev inkluderet 8 læger i perioden oktober 2021 – juni 2022.

Resultater:

Gennemsnitlige evalueringer på de 8 deltagere:

Introduktion: 4,25

Videoundervisning: 5

Kateterundervisning: 4,5 (kun 6 modtog kateterundervisning)

Fordeling af dage: 4

Generelt: 4,5

I det kvalitative telefoninterview var der positive tilbagemeldinger samt konstruktive forslag til forbedringer.

Konklusion:

AP-lægerne fandt det fokuserede ophold på Urinvejskirurgi yderst relevant og brugbart i forhold til deres arbejde i almen praksis, hvor andelen af patienter med urologiske problemstillinger er stor og formentligt vil stige i de kommende år. Videoundervisningen fik en god bedømmelse i evalueringerne, og strukturen på opholdet med fordeling af faste dagsfunktioner sikrede en bred præsentation af urologien.

Efter projektets afslutningen tilbydes AP-lægerne fortsat et 10-dages fokuseret ophold på Urinvejskirurgi.

Tidligere præsentert:

Nej

Digitaliseret væskemonitorering - nøjagtighed af nyt innovativt apparatur

Lisbeth Roesen Leinum (1,2), Anders Ohlhues Baandrup (3), Ismail Gögenur (2,4), Nessn Azawi (1,2)

E-mail: lrl@regionsjaelland.dk

Institution:

1. Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital
2. Københavns Universitet
3. Radiologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital
4. Kirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital

Formål Forstyrrelser i væskebalancen er forbundet med forlænget indlæggelse, øget risiko for komplikationer samt øget dødelighed. Derfor er monitorering af væskebalancen væsentlig for patienternes behandling og pleje.

Alligevel er væskeregistreringen ofte unøjagtig og mangelfuld, hvilket bl.a. skyldes travlhed, manglende viden og at registreringerne baseres på personalets skøn. Vi har derfor udviklet en digital teknologi, der kan måle patienters væskeindtag og udskillelser og overføre data trådløst. Formålet med studiet var, at afprøve apparaturet LICENSE (LIquid balanCE moNitoring SystEm) og sammenligne nøjagtigheden af LICENSE med standardproceduren, som er manuel aflæsning.

Materiale og metode Patienter blev rekrutteret under indlæggelse i Urologisk Afdeling og gav informeret samtykke. Deltagerne blev tilkoblet apparaturet, og hver time blev indtag og udskillelser målt først vha standardproceduren, som er manuel aflæsning ud fra målelinjer, herefter ved manuel vejning (referencemåling). Samtidig indhentede LICENSE data. Prototypen anvendt i dette studie består af tre enheder, der måler 1) intravenøs væskeindgift 2) peroralt væskeindtag og 3) urinudskillelse i kateter. Data indhentes automatisk og overføres trådløst til en database, der beregner væskebalancen og præsenterer data med tal og grafer. Overensstemmelsen mellem manuel vejning og henholdsvis LICENSE og manuel aflæsning blev undersøgt vha. Bland-Altman plots, for at afdække om LICENSE er ligeså præcis som standard praksis.

Resultater Vi inkluderede 20 patienter (gennemsnitsalder 76,3 år, 90 % mænd) og i alt 946 målinger, heraf 363 referencemålinger, 341 indhentet af LICENSE og 242 manuelle aflæsninger. For urinudskillelse fandt vi en signifikant forskel mellem median referencemåling og både LICENSE ($p=0,031$) og standardprocedure ($p<0,0001$), for peroralt indtag var der ligeledes signifikant forskel både ved LICENSE ($p=0,03$) og standardprocedure ($p=0,0001$). Ved intravenøs indgift fandt vi også signifikant forskel mellem referencemålinger og LICENSE ($p=0,047$). Undersøgelse af overensstemmelsen mellem målingerne af urinudskillelse viste en gennemsnitlig bias på $-1,8$ ml (CI $-3,2$ til $0,5$) \pm $13,9$ ml for LICENSE og $10,8$ ml (CI $9,6$ til $11,9$) \pm $12,6$ ml ved manuel aflæsning. For orale væsker var den gennemsnitlige bias $-1,3$ ml (CI $-2,5$ til $-0,2$) \pm $12,2$ ml for LICENSE og $6,6$ ml (CI $4,2$ til $8,9$) \pm 26 ml for manuel aflæsning. For intravenøse væsker fandt vi ved sammenligning mellem LICENSE og manuel vægt en gennemsnitlig bias på $-0,7$ ml (CI $-1,5$ til $0,04$) \pm $8,2$ ml.

Konklusion Den gennemsnitlige afvigelse mellem LICENSE og referencemålingerne er mindre end 2 ml for alle tre enheder. Ved anvendelse af LICENSE var målenøjagtigheden tilsvarende eller forbedret sammenlignet med standardproceduren. LICENSE kan dermed forbedre væskeregistreringen, så den bliver mere nøjagtig, tidstro og komplet. Anvendeligheden af LICENSE bør dog undersøges yderligere i klinisk praksis.

Tidligere præsenteret:

EAUN 21

Biopsi af andet væv end nyren – kan observationstiden nedsættes?

Katrine Schou-Jensen (1), Gry Christensen Medonos (1), Mette Christine Hochheim (1), Mark James Dusgaard Mc Cullagh (2), Frederik Ferløv Thomsen (1)

E-mail: katrinesj@hotmail.com

Institution:

1. Urologisk afdeling, Herlev Hospital (1)
2. Radiologisk afdeling, Herlev Hospital (2)

Formål:

På baggrund af et tidligere studie fra Urologisk Afdeling, Roskilde Sygehus, blev observationstiden efter nyrebiopsi reduceret til 30 minutter i løbet af vinter/forår 2020 for de ukomplicerede forløb. Vi ønsker at belyse, om observationstiden kan reduceres tilsvarende for patienter, der får taget biopsi af andet væv end nyren, idet de aktuelt observeres i 4 timer.

Materiale og metode:

Retrospektiv opgørelse af 300 konsekutive patienter, der har fået foretaget UL-vejledt mellemnålsbiopsi fra intraabdominalt eller retroperitonealt væv fraset nyren (andet væv) i perioden 01.07.2018 til 13.07.2022. Til sammenligning er opgjort 300 patienter, der fik foretaget nyrebiopsi i samme periode. Komplikationer scoret iht. Clavien-Dindo (CD) klassifikationen og genindlæggelser inden for den første uge blev registreret ved journalgennemgang via opslag i Sundhedsplatformen. Grupperne blev sammenlignet ved logistisk regression.

Resultater:

Af de patienter, som var planlagt til biopsi fra andet væv end nyrene, fik 217 foretaget en biopsi, mens det var 258 af de patienter, som var planlagt til at få taget biopsi fra nyren, hvor biopsien blev udført. Hyppigste årsager til, at biopsierne ikke blev taget var, at malignitet blev afkræftet (hhv. 44 vs. 24) eller at det ikke var teknisk muligt (hhv. 25 vs. 11).

I alt fik 48 patienter en komplikation efter biopsi fra andet væv end nyrene, 43 var CD grad 1, 4 CD grad 2 og 1 CD grad 3a. Sammenlignelige tal for patienter, som havde fået foretaget nyrebiopsi var samlet 43 komplikationer, 41 CD grad 1, 1 CD grad 2 og 1 CD grad 3a. Alle patienter med en CD grad 1 komplikation blev udskrevet som planlagt. Patienter, som fik taget biopsi fra andet væv, havde sammenlignet med patienter, som fik foretaget nyrebiopsi, en ikke-signifikant øget risiko for at få en komplikation (OR 1.42 95% CI 0.90-2.25) eller en CD grad 2-3a komplikation (OR 3.02 95% CI 0.58-15.72).

Hhv. 6 og 11 patienter blev genindlagt indenfor 1 og 7 dage efter biopsi fra andet væv, mens det var hhv. 5 og 7 patienter efter nyrebiopsi. Igen var der ingen signifikant øget risiko for genindlæggelse for patienter, som fik foretaget biopsi fra andet væv sammenlignet med patienter, som fik foretaget nyrebiopsi (1 døgn: OR 1.44 [95% CI 0.43-4.78]; 7 døgn: OR 1.91 [95% CI 0.73-5.03])

Konklusion:

Vi observerede få alvorlige komplikationer hos patienter, der fik foretaget UL-vejledt mellemnålsbiopsi på vores afdeling. Vi fandt ingen signifikant øget risiko for komplikationer eller genindlæggelse efter proceduren. Observationstiden for patienter, som får foretaget biopsi fra andet væv end nyrene, kan reduceres til observationstiden for patienter, der får foretaget nyrebiopsi.

Tidligere præsenteret:

Nej

A practical method for performing aseptic cystectomy in pigs with experimental urinary tract infection_ a perspective of using pigs in high-throughput studies

Kristian Stærk (1,2), Karin Andersen (3,4), Lars Lund (3,4), Thomas Emil Andersen (1,2)

E-mail: kristian.staerk@rsyd.dk

Institution:

1. Research Unit of Clinical Microbiology, University of Southern Denmark, Odense, Denmark
2. Department of Clinical Microbiology, Odense University Hospital, Odense, Denmark
3. Department of Urology, Odense University Hospital, Odense, Denmark
4. Department of Clinical Research, University of Southern Denmark, Denmark

Objective:

Pigs are attractive models of urinary tract infection; however, the use of pigs is costly and laborious thereby preventing high-throughput studies. The aim of this study was to assess a rapid approach of post-mortem aseptic cystectomy to facilitate the use of pigs in high-throughput studies such as pre-clinical vaccination trials.

Materials and methods:

Cystectomy was performed in 20 pig with experimentally induced *Escherichia coli* urinary tract infection. The time from beginning of the skin incision until the bladder was removed was recorded. Removed whole bladders were assessed for contamination and anti-bacterial influence of potential tissue-uptake of the euthanization- or tranquilization cocktail was assessed by inoculating sterile filtered tissue-homogenate.

Results:

The average time for the procedure was 6 minutes and 36 seconds, ranging from 4 minutes and 21 seconds to 9 minutes and 15 seconds. Contaminants were only detected in 5 animals (of 20) with the highest colony count of 50 CFU·mL⁻¹ (table 1). All tissue homogenates inoculated with *E. coli* showed growth.

Conclusion:

In conclusion, post-mortem cystectomy according to the procedure detailed in this study s practical and a reliable approach to facilitate high-throughput pig studies in UTI research without compromising sample quality.

Tidligere præsentert:

Nej

Incidence and risk factors for recurrent urinary tract infections in renal transplant recipients

Anna C. Lin Halskov (1), Julia Dagnæs-Hansen (1), Hein V. Stroomberg (1), Søren S. Sørensen (2, 3), Andreas Røder (1, 3)

E-mail: annahalskov@hotmail.com

Institution:

1. Urological Research Unit, Department of Urology, Centre for Cancer and Organ Diseases, Copenhagen University Hospital - Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark
2. Department of Nephrology, Centre for Cancer and Organ Diseases, Copenhagen University Hospital - Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark
3. Department of Clinical Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark.

Objective

Recurrent urinary tract infections (rUTI) are common in renal transplant (RTx) recipients, and a recent Danish cohort showed that 72% of secondary blood stream infections in RTx patients derived from the urinary tract. The impacts on graft- and patient survival remains controversial. In this study, we investigate the incidence and risk factors for rUTI in a cohort of RTx recipients and evaluate the effect on graft and patient survival.

Materials and methods

The study is a retrospective cohort of adult patients who underwent a RTx at Rigshospitalet, Denmark, between 2014 and 2021. Recurrent urinary tract infections were defined as three or more culture verified urinary tract infections in one year. Risk factors for rUTI was explored with multivariate logistic regression. Kaplan Meier estimate was used to assess overall survival. Graft survival was estimated using a time-dependent cox model, with death as a competing risk and delayed entry at rUTI diagnosis.

Results

571 RTx recipients were included, and median follow-up was 44 months (Inter-quartile range (IQR): 21-67 months). Median age was 52 years (IQR: 42-62). 61.5% received kidneys from a deceased donor and 84.6% were in dialysis at the time of RTx. A total of 103 recipients experienced rUTI. We found increasing age (odds ratio (OR): 1.03 per year increase, 95% confidence interval (95%CI): 1.00-1.05, p: 0.02), female gender (OR: 2.5, 95%CI: 1.5-4.1, p: <0.001), history of lower urinary tract symptoms (OR: 2.6, 95%CI: 1.5-4.6, p: 0.001), a UTI within 30 days of surgery (OR: 3.7, 95%CI: 1.9-7.2, p: <0.001), and a urinary catheter for > 5 days after RTx (OR: 2.0, 95%CI: 1.2-3.5, p: 0.01) were associated with rUTI. A total of 57 of 103 patients with rUTI were referred for a urological workup for further examination of their underlying pathophysiology. Male patients (33 out of 46) with rUTI were referred more often than females (24 out of 57). No influence of rUTI on overall- or graft survival was observed.

Conclusion

One in six patients experienced rUTI after RTx and pre- and postoperative variables affect the risk of rUTI of which none are easily modifiable. The urological work-up of rUTI in RTx recipients was not systematic which should be criticized, although it did reveal treatable diseases in a few patients. In this cohort, rUTI did not affect the graft function or survival five years after transplantation. The aetiology of rUTI remains poorly understood and there is a continuous need to study how rUTI can be reduced and treated optimally.

Tidligere præsentert:

Ikke tidligere præsentert

Paediatric Acute Scrotum Before and During the COVID-19 Era: Assessment of Potential Factors Delaying Treatment of Testicular Torsion

Stine D. Madsen , Yazan F. H. Rawashdeh

E-mail: stine_dalsborg@hotmail.com

Institution:

1. Aarhus Universitet
2. Urologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

Objective: The aim of the study was to evaluate the safety of ultrasound in diagnosing the paediatric acute scrotum and to identify delays from onset of symptoms until surgical exploration. Furthermore, the impact of COVID-19 on delay and outcome was investigated.

Material and methods: Medical records of patients aged 1-16 years seen with acute scrotum in the emergency department at Aarhus University Hospital from 2017 to 2020 were reviewed. Information on demographics, symptoms, ultrasound results, outcome, and time courses were retrieved and analysed with regards to outcome and the presence COVID-19.

Results: During the study period, 438 patients in 467 unrelated visits were enrolled, of which 60 patients were diagnosed with testicular torsion. We did not find that the use of ultrasound increased the risk of orchiectomy in testicular torsion (OR 2.259 (0.387-13.195)), though patients undergoing ultrasound had a significantly longer ischemia time before seeking medical help, 1177 min. vs. 171 min. ($p = 0.001$), and therefore an increased orchiectomy rate 55.2% vs. 25.8% ($p = 0.034$). Pre-hospital delay was associated with orchiectomy on univariate analysis, and delay between referral and presentation was the greatest predictor of orchiectomy in testicular torsion (OR 1.031(1.003-1.060)), while in-hospital delay did not increase the risk of orchiectomy (OR 0.998 (0.992-1.004)). Time courses and outcome did not significantly differ before- and during the COVID-19 pandemic.

Conclusion: We found ultrasound to be safe in diagnosing paediatric acute scrotum, though ischemic time and clinical judgement should be taken into consideration when ordering this examination. Decreasing pre-hospital delay can potentially increase the salvage rate in testicular torsion, and ways to do so should be investigated. Regarding COVID-19, we found that patients responded to the symptoms of the acute scrotum in a timely fashion despite the fear of infection, while hospital staff was successful in managing the acute scrotum despite of changes in resources and staffing during the pandemic.

Tidligere præsentert:

Ikke tidligere præsentert

The single surgeon learning curve of Robotic-Assisted Laparoscopic Pyeloplasty (RALP)

Hayder Alhusseinawi (1,2), Celi Schoenike (1), Camilla Lundahl (1), Helle H. Petersen (1), Anne Marie Svane (5), Nesson Azawi (3,4)

E-mail: h.alhusseinawi@rn.dk

Institution:

1. Department of urology, Aalborg University Hospital, Aalborg, Denmark
2. Department of clinical medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark
3. Department of urology, Sjælland University Hospital, Roskilde, Denmark
4. Department of clinical medicine, Copenhagen University, Copenhagen, Denmark
5. Department of Mathematical Sciences, Aalborg University, Aalborg, Denmark

Background:

Robotic-assisted laparoscopic pyeloplasty (RALP) has become the gold standard approach to ureteropelvic junction obstruction (UPJO). Previous studies showed that RALP have a shorter hospital stay and less use of painkillers compared to open surgery. Some studies describe the learning curve of RALP in children, but to our knowledge, no data describes the learning curve (LC) of RALP in adult patients. We aimed with this study to evaluate the LC of a single surgeon doing RALP operations for an adult patients group.

Methods:

Retrospectively, we reviewed the medical record of 28 consecutive patients who underwent RALP in the period between September 2017 and June 2021. All surgeries were done by a single surgeon. We are focusing on operative time to identify the lærning point. Spline regression and CUSUM-Operative time analysis were done to calculate the flexion points (learning points).

Results:

Twenty-eight patients with UPJO underwent RALP. Sixteen (61%) patients were female, and the mean age was 44 (SD:18). The median BMI was 26 (IQR:22-32).

The CUSUM graph showed that competency could be achieved after 8 cases and proficiency after 16 cases. Regression analysis showed significant decreases in the consecutive operative time by 6.50 minutes 95% CI (11-2 minutes), p-value 0.009, for the first sixteen cases, with no significant difference for the last ten cases, p-value 0.87.

Conclusions:

Analysis of LC of our data suggests that sixteen cases would be enough to achieve proficiency in the RALP regarding operative time. More studies are needed to identify the learning curve according to complications and functional outcomes.

Tidligere præsentert:

nej

Surgical complications following renal transplantation: A retrospective study of 571 recipients

Julia Abildgaard Dagnæs-Hansen (1), Gitte H. Kristensen (1), Søren Schwartz Sørensen (2, 3), Andreas Røder (1, 2)

E-mail: julia.dagnaes@gmail.com

Institution:

1. Urologic Research Unit, Department of Urology, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark;
2. Department of Clinical Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark
3. Department of Nephrology, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark

Objective

Renal transplantation (RTx) is the best treatment for end stage renal disease (ESRD) and has been used successfully since the 1950'ies. Surgical aspects of RTx remains understudied in the literature. The aim of this study is to describe and identify risk factors for postoperative short-term and long-term complications following RTx.

Material and methods

All recipients who underwent living or deceased donor RTx at Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark between September 2014 and August 2021 were included. Data were collected retrospectively from chart review. Data on background information, comorbidities, peri- and postoperative data as well as surgical complications were collected. Short-term surgical complications were registered within the first 30 days after transplantation and long-term complications after 30 days until latest follow-up. Complications were graded according to the Clavien Dindo classification.

Results

A total of 571 recipients were included. Preemptive transplantation occurred in 15.4% of the cases, 38.5% were living donor transplantations, and 24.9% of the grafts were on perfusion machine prior to transplantation. One or more short-term complications occurred in 60.4% of all patients. The most common complications were postoperative need for blood transfusion (35.7%), symptomatic hematomas (10.2%) and UTI/sepsis (8.6%/3.0%). Clavien Dindo grade 1 (20.8%) and 2 (47.3%) complications were frequent whereas few patients experienced a >grade 3b (2.5%).

The most common long-term complications were ureteral strictures (3.2%), lymphoceles (4.9%), recurrent UTI (18%) and abscess/infection (4.0%) in the graft. Most common type of complications were Clavien Dindo grade 2 (23.3%), 3a (7.0%) and 3b (8.2%).

Previous transplantation (OR 2.08, CI 95% 1.18-3.69, $p < 0.05$) was associated with complications >Clavien Dindo 2. Furthermore, underweight (BMI < 18.5) and increasing age was associated with increased risk of complications >grade 2 with a factor 1.13. In multivariate time dependent cox regression analysis, none of the risk factors was found to be associated with long-term complications following renal transplantation.

Five-year graft survival with death as competing risk showed a cumulative incidence of graft-loss of 12.7% (CI 95% 9.0-16.5) and a cumulative incidence of dying with functioning graft within five years of transplantation 8.8% (CI 95% 5.6-12%)

Conclusion

Short-term complications were common among renal transplant recipients, where common type of complications was vascular and infectious. Previous transplantation and underweight (BMI < 18.5) and increasing age significantly increased the risk for short-term complications. Long term complications were predominantly urological or infectious, and most part were Clavien Dindo 2.

Future implementation of modern surgical techniques might decrease surgical complications following renal transplantation.

Tidligere præsentert:

Ikke tidligere præsentert

Non-inferiority, randomized, open-label clinical trial on the efficacy of transurethral microwave thermotherapy compared to prostatic artery embolisation in reducing severe lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia; TUMT-PAE-1

Kristensen-Alvarez (1), M. Fode (2), H.V. Stroomberg (1), A. Røder (1)

E-mail: anna.kristensen-alvarez@regionh.dk

Institution:

1. Urological Research Unit, Department of Urology, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Faculty of Health and Medical Sciences, Copenhagen, Denmark
2. Department of Urology, Herlev-Gentofte Hospital, University of Copenhagen, Faculty of Health and Medical Sciences, Copenhagen, Denmark.

Objective

The objective of this clinical trial is to assess if transurethral microwave thermotherapy (TUMT) is non-inferior to prostatic artery embolization (PAE) in reducing lower urinary tract symptoms (LUTS) secondary to benign prostatic hyperplasia (BPH). The primary aim is to compare the reduction in LUTS after 6 months between TUMT and PAE, measured by the International Prostate Symptom Score (IPSS). Both treatments have previously been shown to reduce LUTS with a similar post-procedure outcome in mean IPSS. However, the previous studies differed in baseline characteristics thus it is currently unknown if they perform equally well. Secondary objectives include comparison of patient reported and functional outcomes at short- and long-term follow-up. The trial importantly includes analysis of patient-reported outcome measures of satisfaction with treatment, quality of life, incontinence, erectile and ejaculatory function, as well as evaluation of uroflowmetry, prostate volume, prostate specific antigen, catheter dependency, side effects, hospital admissions and re-treatment rate.

Materials and methods

This study is designed as a multi-centre, non-inferiority, open label randomised clinical trial. Patients will be randomised with a 1:1 allocation ratio between treatments using the randomisation module in REDCap. The primary outcome is expected to be evaluated by a 95% confidence interval against the predefined threshold of +3 points in IPSS for inferiority. Secondary outcomes will be presented descriptively and assessed by students T-test, Chi-squared test and linear mixed models. The patient reported outcomes will be obtained by standardized validated surveys and functional outcomes, side effects and re-treatment rates will be measured at 1 month, 3 months, 6 months, 1 year, 2 years and 5 years post procedure. Assuming a difference in mean IPSS after treatment of 1 point with an SD of 5 and a non-inferiority margin set at the border for a clinically non-meaningful difference of 3 points, the calculated sample size was 100 patients per arm. To compensate for 10% drop-out the study will include 220 patients. An interim analysis will be performed for every 50 cases.

Results and conclusion

TUMT and PAE are minimally invasive procedures performed in an outpatient setting that have been shown to reduce LUTS in a similar magnitude. To date there are no randomised clinical trials comparing PAE to TUMT, which is problematic as the most prominent problem with minimally invasive BPH treatment is the lack of proper selection of candidates for a specific procedure. We expect non-inferiority of TUMT to PAE, with analysis of the secondary outcomes, we aspire to contribute to a better understanding of patient selection for either treatment.

Tidligere præsentert:

Nej

Transurethral mikrobølge varmebehandling (TUMT) hos mænd med prostatae > 100 gram – et konsekutivt studie

Lilli Winck-Flyvholm, Anne Marsh, Mikkel Fode, Kurt Krøyer Nielsen

E-mail: mikkel.mejlgaard.fode@regionh.dk

Institution:

Afdeling for Urinvejssygdomme, Københavns Universitetshospital, Herlev og Gentofte Hospital

Formål: Randomiserede undersøgelser af transurethral mikrobølge varmebehandling (TUMT) og transurethral resektion af prostata (TURP) hos mænd med urinretention og vandladningsbesvær (LUTS) har vist ligeværdige resultater efter 5 års opfølgning. I disse studier er der dog kun inkluderet mænd med prostatae mellem 30 og 100 g. Et nyligt retrospektivt studie har desuden vist en lav genbehandlingsrate efter TUMT for mænd med større prostatakirtler. Formålet med denne undersøgelse er at beskrive resultaterne af TUMT hos mænd med prostatae > 100 gram.

Materiale og metode: Konsekutiv prospektiv opgørelse over resultater af TUMT hos mænd med en prostata > 100 gram der gennemgik behandling på Herlev og Gentofte Hospital mellem 2017 og 2022. Alder, prostatavolumen, evt. urinretention, DAN-PSS og resultater af urodynamiske undersøgelser blev registreret før behandlingen. Efter behandlingen registrerede vi patienttilfredshed samt resultater af DAN-PSS og flow/res undersøgelser.

Resultater: 50 konsekutive patienter blev inkluderet. Medianalderen var 78 år (spændvidde 63-90 år) og det mediane prostatavolumen var 126 ml (101 – 230 ml). 44 mænd blev behandlet pga. urinretention mens 6 blev behandlet pga. LUTS. Førstnævnte gruppe havde haft et median retentionsvolumen på 1000 ml (300 – 3000 ml) med efterfølgende kateter i median 6 måneder (2 – 32 måneder). En enkelt patient havde brugt ren intermitterende katerisation (RIK) gennem flere år. Blandt patienterne med LUTS var den mediane DAN-PSS 32 (20 – 46) før behandlingen. 48 patienter havde urodynamisk verificeret infravesikal obstruktion mens de resterende 2 ikke havde fået foretaget urodynamik. Årsagerne til valg af TUMT frem for kirurgi var hhv. patientønske (n=27), svær comorbiditet (n=18) og ukendt (n=5). Alle behandlinger blev gennemført i ambulatoriet og patienterne gik hjem umiddelbart efter. Den mediane behandlingstid var 15 min (8 – 32 min) og destruktionstiden var 2,1 g/min (0,6 – 3,7 g/min).

Opfølgning efter 6 måneder var tilgængelig hos 49/50 patienter idet en var emigreret. 41/49 (84%) patienter angav at de var ”meget tilfredse” eller ”tilfredse” mens 8/49 (16%) patienter angav at deres situation var uændret. Den mediane DAN-PSS score efter TUMT var 3 (0 – 18), Qmaks var 12 ml/s (5,1 – 23,1 ml/s) og residualurin var 89 ml (0 – 331 ml). De 8 utilfredse patienter gennemgik hhv. re-TUMT (n=1), RIK oplæring (n=2), Freyers prostatektomi (n=1) og TURP (n=3) mens en retentionspatient fortsatte med kateter.

Konklusion: TUMT havde god effekt hos 84% af mænd med urinretention og LUTS på baggrund af infravesikal obstruktion og en prostata over 100 gram. Behandlingen udgør således et brugbart alternativ til kirurgi hos denne patientgruppe.

Tidligere præsenteret:

Nej

Videnskabelige foredrag, session 2

Chairmen: Thomas Norus og Thomas Helgstrand

MALIGN UROLOGI LØRDAG D. 19. NOVEMBER 2022 KL. 11.45-13.15

| Titel | Forfattere |
|---|---|
| Sertoli and Germ Cells Within Atrophic Seminiferous Tubules of Men With Non-Obstructive Azoospermia | Christian Fuglesang S. Jensen, Danyang Wang, Linn Salto Mamsen, Aleksander Giwercman, Niels Jørgensen, Mikkel Fode, Dana Ohl, Lihua Dong, Simone Engmann Hildorf, Susanne Elisabeth Pors, Jens Fedder, Elissavet Ntemou, Claus Yding Andersen, Jens Sønksen |
| Changes in quality of life and sexual function after LHRH agonists vs orchiectomy in men with metastatic prostate cancer: Results from a randomized trial | Niklas Dissing, Mikkel Fode, Jens Sønksen, Peter Busch Østergren |
| Male fertility restoration – results from the first autologous grafting of human testis tissue | Christian Fuglesang S. Jensen, Linn Salto Mamsen, Danyang Wang, Mikkel Fode, Aleksander Giwercman, Niels Jørgensen, Dana Ohl, Jens Fedder, Eva R. Hoffmann, Claus Yding Andersen, Jens Sønksen |
| Clinical significance of testicular microlithiasis | Rasmus Hassing Frandsen, Emil Durukan, Elena Laura von Rohden, Christian Fuglesang S. Jensen, Nessn Azawi, Mikkel Fode |
| Two-year follow-up after dose-dense chemoresection with mitomycin C compared with adjuvant instillations for recurrent NMIBC – a randomised controlled trial | Maria Skydt Lindgren, Erik Hansen, Nessn Azawi, Lars Dyrskjødt, Jørgen Bjerggaard Jensen |
| Outpatient PDD-guided Laser Destruction of Bladder Tumors Is as Good as Conventional Inpatient PDD-guided Transurethral Tumor Resection in Patients with Recurrent Intermediate-risk Low-grade Ta Bladder Tumors. A Prospective RCT | Gyrithe Lynghøj Pedersen, Marie Schmidt Erikson, Karin Mogensen, Susanne Rosthøj, Gregers Gautier Hermann |
| Onkocytom i nyren – hvor hurtigt vokser de, og kan vi stole på diagnosen? | Katrine Schou-Jensen, Marie Court-Payen, Pernille Hammershøj Jensen, Thomas Hasselager, Frederik Ferløv Thomsen |
| Multiparametric Magnetic Resonance Imaging for Characterising Renal Tumours: a validation study of the algorithm presented by Cornelis et al. | Pia Iben Pietersen, Janni Lynggård Bo Madsen, Jon Asmussen, Lars Lund, Tommy K. Nielsen, Michael Pedersen, Birte Engvad, Ole Graumann |
| Clinical Outcome of Patients with Primary Metastatic Renal Cell Carcinoma Selected for Cytoreductive Nephrectomy: A Nationwide Retrospective Study | Louise Geertsen, Nessn Azawi, Naomi Nadler Skjødt, Karina Sif Soendergaard Mosholt, Jane Christensen, Susanne Rosthoej, Niels Viggo Jensen, Frede Donskov, Niels Fristrup, Lars Lund |
| Radikal Prostatektomi med fedtderiverende stamcelle (ADRC) | Sabrina Toft Hansen, Charlotte Harken Jensen, Ditte Caroline Andersen, Per Damkier, Jens Ahm Sørensen, Søren Paludan Sheikh, Lars Lund |
| Prevalence and Predicting Factors for Commonly Neglected Sexual Side Effects to Low-dose Rate Brachytherapy for Prostate Cancer | Sami Beji, Alexander Bjørneboe Nolsøe, Christian Fuglesang Jensen, Peter Busch Østergren, Jens Sønksen, Rasmus Bisbjerg, Henrik Jakobsen, Mikkel Fode |

| | |
|--|---|
| Can intraoperative nerve monitoring improve functional outcomes after unilateral- or non-nerve-sparing robot-assisted radical prostatectomy? | Alexander B Nolsøe, Peter B Østergren, Henrik Jakobsen, Christian Fuglesang Jensen, Roar Rasmussen, Niels Henrik Bruun, Jens Sønksen, Mikkel Fode |
| Initiale erfaring med MR-vejledt frihånds transperineale prostatabiopsier foretaget i lokalbedøvelse | Torben Brøchner Pedersen, Stefan Tiessen, Grzegorz Lukasz Fojecki, Mads Hvid Poulsen |
| Infektionsrisiko efter MRI-TRUS fusions vejledt biopsi af prostata | Ina Hornemann Borg, Grzegorz Lukasz Fojecki |

Sertoli and Germ Cells Within Atrophic Seminiferous Tubules of Men With Non-Obstructive Azoospermia

Christian Fuglesang S. Jensen (1,2⁺), Danyang Wang (2,3⁺), Linn Salto Mamsen (3), Aleksander Giwercman (4), Niels Jørgensen (5), Mikkel Fode (1,2), Dana Ohl (6), Lihua Dong (3), Simone Engmann Hildorf (2), Susanne Elisabeth Pors (3), Jens Fedder (7), Elissavet Ntemou (3), Claus Yding Andersen (2,3), Jens Sønksen (1,2)

E-mail: fullejensen@gmail.com

Institution:

1. Department of Urology, Copenhagen University Hospital - Herlev and Gentofte Hospital, Herlev, Denmark
2. Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark
3. Laboratory of Reproductive Biology, Copenhagen University Hospital—Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark
4. Department of Translational Medicine and Reproductive Medicine Centre, Lunds University and Skane University Hospital, Malmö, Sweden
5. Department of Growth and Reproduction, Copenhagen University Hospital—Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark
6. Department of Urology, University of Michigan, Ann Arbor, MI, United States,
7. Centre of Andrology & Fertility Clinic, Department D, Odense University Hospital, Odense C, Denmark

Objective: Infertile men with non-obstructive azoospermia (NOA) have impaired spermatogenesis. Dilated and un-dilated atrophic seminiferous tubules are often present in the testes of these patients, with the highest likelihood of active spermatogenesis in the dilated tubules. Little is known about the un-dilated tubules, which in NOA patients constitute the majority. To advance therapeutic strategies for men with NOA who fail surgical sperm retrieval we aimed to characterize the spermatogonial stem cell microenvironment in atrophic un-dilated tubules.

Material and methods: Testis biopsies approximately 3x3x3 mm were obtained from un-dilated areas from 34 patients. They were classified as hypospermatogenesis (HS) (n=5), maturation arrest (MA) (n=14), and Sertoli cell only (SCO) (n= 15). Testis samples from five fertile men were included as controls. Biopsies were used for histological analysis, RT-PCR analysis and immunofluorescence of germ and Sertoli cell markers.

Results: Anti-Müllerian hormone mRNA and protein expression was increased in undilated tubules in all three NOA subtypes, compared to the control, showing an immature state of Sertoli cells ($p<0.05$). The GDNF mRNA expression was significantly increased in MA ($P=0.0003$). The BMP4 mRNA expression showed a significant increase in HS, MA, and SCO ($P=0.02$, $P=0.0005$, $P=0.02$, respectively). The thickness of the tubule wall was increased 2.2-fold in the SCO-NOA compared to the control ($p<0.05$).

In germ cells, we found the DEAD-box helicase 4 (DDX4) and melanoma-associated antigen A4 (MAGE-A4) mRNA and protein expression reduced in NOA (MAGE-A: 46% decrease in HS, 53% decrease in MA, absent in SCO). In HS-NOA, the number of androgen receptor positive Sertoli cells was reduced 30% with a similar pattern in mRNA expression. The gH2AX expression was increased in SCO as compared to HS and MA. Meanwhile, none of these differences in germ cell markers reached statistical significance.

Conclusion: Sertoli cells were shown to be immature in un-dilated tubules of three NOA subtypes. The increased DNA damage in Sertoli cells and thicker tubule wall in SCO suggested a different mechanism for the absence of spermatogenesis from SCO to HS and MA. These results expand the insight into differences in un-dilated tubules from the different types of NOA patients.

Tidligere præsentert:

Nej

Changes in quality of life and sexual function after LHRH agonists vs orchiectomy in men with metastatic prostate cancer: Results from a randomized trial

Niklas Dissing (1), Mikkel Fode (2), Jens Sønksen (2), Peter Busch Østergren (2)

E-mail: niklasdissing@gmail.com

Institution:

1. Copenhagen University Hospital
2. Department of Urology, Herlev and Gentofte

Objectives

To examine changes in quality of life (QoL) in men diagnosed with metastatic prostate cancer randomly assigned to either medical or surgical castration.

Patients and Methods

Men with de novo metastatic prostate cancer were randomized (1:1) to either Triptorelin 22.5mg/24weeks or subcapsular orchiectomy as monotherapy. QoL and sexual function were assessed using the validated questionnaires EORTC-QLQ-C30, EORTC-QLQ-PR25 and Erectile Hardness Scale (EHS) before treatment and at 12, 24 and 48 weeks. Outcomes were changes in overall QoL, functional and symptom scales. Data was analyzed using linear mixed models for repeated measures.

Results

Fifty-seven men with a median age of 74 years (range 47 to 86 years) were randomized and received allocated treatment from September 2013 through March 2015. The pooled analyses, combining data from both groups, showed that QoL ($p=0.003$), emotional function ($p<0.001$), urinary symptoms ($p=0.011$) and hormonal treatment related symptoms ($p<0.001$) changed significantly between visits. Improvement from baseline in QoL (mean change 6.8 points [95%CI 2.1; 11.5]), emotional function (6.9 points [3.3; 10.6]) and urinary symptoms (-7.7 points [-12.3; -3.0]) were observed at 24 weeks. Hormonal treatment related symptoms (8.9 points [95% CI 5.9; 12.0]) worsened. No significant differences between treatment groups in any of the scales were observed. At baseline, 29 men (51%) reported retained interest in sex and 18 were sexually active. At 12 weeks eight continued to report an interest in sex and six were sexually active. Three men had erections hard enough for penetration at baseline. This dropped to one man at 12 weeks.

Conclusion

Men with newly diagnosed metastatic prostate cancer experience improved QoL and emotional function at follow-up after starting androgen deprivation therapy. Urinary symptoms improve while hormonal treatment related symptoms worsened. Interest in sex and sexual activity was retained in a proportion of men despite androgen deprivation.

Keywords

Prostatic neoplasm, castration, quality of life

Tidligere præsentert:

Det har det ikke.

Male fertility restoration – results from the first autologous grafting of human testis tissue

Christian Fuglesang S. Jensen (1,2), Linn Salto Mamsen (3), Danyang Wang (2,3), Mikkel Fode (1,2), Aleksander Giwercman (4), Niels Jørgensen (5), Dana Ohl (6), Jens Fedder (7), Eva R. Hoffmann (8), Claus Yding Andersen (2,3), Jens Sønksen (1,2)

E-mail: fullejensen@gmail.com

Institution:

1. Department of Urology, Copenhagen University Hospital - Herlev and Gentofte Hospital, Herlev, Denmark
2. Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark
3. Laboratory of Reproductive Biology, Copenhagen University Hospital—Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark
4. Department of Translational Medicine and Reproductive Medicine Centre, Lunds University and Skane University Hospital, Malmö, Sweden
5. Department of Growth and Reproduction, Copenhagen University Hospital—Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark
6. Department of Urology, University of Michigan, Ann Arbor, MI, United States,
7. Centre of Andrology & Fertility Clinic, Department D, Odense University Hospital, Odense C, Denmark
8. Department of Cellular and Molecular Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Objective: Pre-pubertal boys facing gonadotoxic cancer treatment do not produce mature spermatozoa but have spermatogonial stem cells in their testes that might be used for fertility restoration in adult life. Currently, pre-pubertal testis tissue is therefore being cryopreserved as part of fertility preservation protocols. Meanwhile, strategies for fertility restoration using the cryopreserved testis tissue remain experimental. With our study we aim to provide proof-of-concept for autologous grafting of testis tissue as a method to restore spermatogenesis in male childhood cancer survivors.

Material and methods: Ethical approval was obtained to perform autologous grafting in adult men using testis tissue from an existing biobank. A 31-year-old man with non-obstructive azoospermia had three pieces of testis tissue cryopreserved (each 2x2x2mm) in relation to performing microdissection testicular sperm extraction (mTESE). Approximately one year after mTESE the thawed tissue pieces were engrafted in surgically created pockets bilaterally under the scrotal skin. Follow-up was performed after 2, 4, and 6 months with assessment of reproductive hormones and ultrasound of the scrotum. After 6 months all engrafted tissue was extracted and microscopically analyzed for the presence of spermatozoa. Further, parts of the extracted tissue were analyzed histologically and by immunohistochemical analysis.

Results: Active blood flow in the engrafted tissue was demonstrated by doppler ultrasound after 6 months. No spermatozoa were found in the extracted tissue. Histological and immunohistochemical analysis demonstrated graft survival with intact clear tubules and normal cell organization. Sertoli cells and spermatocytes with normal morphology were located at the basement membrane. MAGE-A and VASA positive spermatogonia/spermatocytes were detected together with SOX9 and γ H2AX positive Sertoli cells.

Conclusion: Following autologous grafting of frozen-thawed testis tissue under the scrotal skin in a man with non-obstructive azoospermia we demonstrated graft survival after 6 months. No mature spermatozoa were detected; however, this might be due to pre-existing spermatogenic failure.

Tidligere præsentert:

Ja, CopMich/Nesbit Society meeting oktober 2022

Clinical significance of testicular microlithiasis

Rasmus Hassing Frandsen (1), Emil Durukan (1), Elena Laura von Rohden (1), Christian Fuglesang S. Jensen (1), Nesson Azawi (2,3), Mikkel Fode (1,3)

E-mail: rasmus.h.frandsen@gmail.com

Institution:

1. Department of Urology, Copenhagen University Hospital, Herlev and Gentofte Hospital, Denmark
2. Department of Urology, Zealand University Hospital, Roskilde, Denmark
3. Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

OBJECTIVE

Testicular microlithiasis (TM) is one or more small hyperechogenic foci in the testicle. It has been associated with an elevated risk of germ cell neoplasia in situ (GCNIS) when combined with testicular atrophy, infertility, or a history cryptorchidism. In these cases, bilateral testicular biopsies are offered. Men with unknown fertility status are offered semen samples and subsequent biopsies in cases with reduced semen quality. The purpose of this study is to determine the rate of GCNIS in Danish men with TM according to different risk factors.

Materials and methods

We performed a retrospective multicenter chart review of TM patients who underwent biopsies between 2009 and 2021 in Region Zealand and between 2017 and 2021 in the Capital Region of Denmark. Patient age, laterality of TM, risk factors, complications to biopsies, histological findings, and treatment of GCNIS were registered. It was recorded if patients had been diagnosed with testicular cancer between the biopsy date and the study ending. The main outcome was histological findings grouped according to the risk factors.

Results

Overall, 118 patients underwent biopsies due to TM. The median age was 32 years (range 11-55). Risk factors included testicular atrophy (n=6), infertility (n=9), low semen quality (n=20), cryptorchidism (n=16), and combinations of these risk factors (n=56). Two patients had undergone biopsies due to irregular testicular parenchyma, while 9 had no documented risk factors. Overall, 21 (17.8%) patients experienced minor complications after biopsies, but no one needed additional surgery. GCNIS was found in 10 (8.5%) patients. Two of these had testicular atrophy, 1 had low semen quality and 7 had a combination of testicular atrophy and other risk factors. This resulted in a 17.6% risk of GCNIS in the presence of atrophy. No cases of GCNIS were found in patients with a history of cryptorchidism regardless of other risk factors (n=42).

Seven of the patients had unilateral TM and in all these cases, GCNIS was found on the ipsilateral side. In 1/3 patients with bilateral TM, GCNIS was found on both sides. This patient was treated with radiation therapy. The 9 patients with unilateral GCNIS underwent orchidectomy. In 5/9 orchidectomy specimens, early stage pT1 seminoma was identified. There were no subsequent diagnoses of testicular cancer in the study population.

Conclusion

Our results confirm that testicular biopsies may be relevant in the presence of TM. This is especially underlined as there were no serious side effects, while manifest cancers were found in several patients. Testicular atrophy represents a particularly strong indication, while a history of cryptorchidism might not be a relevant risk factor in a Danish population. Additionally, ipsilateral biopsy may be sufficient in cases of unilateral TM. More research is needed to elucidate the role of infertility and reduced semen quality in com

Tidligere præsentert:

Nej

Two-year follow up after dose-dense chemoresection with mitomycin C compared with adjuvant installations for recurrent NMIBC – a randomized controlled trial

Maria Skydt Lindgren (1), Erik Hansen (1), Nessn Azawi (2), Lars Dyrskjøt (3), Jørgen Bjerggaard Jensen (1)

E-mail: maria.lindgren@dadlnet.dk

Institution:

1. Urinvejskirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
2. Urinvejskirurgisk afdeling, Sjællands Universitetshospital Roskilde
3. Molekylærmedicinsk afdeling, Aarhus Universitetshospital

Objective: This study aimed to assess long-term follow-up after chemoresection with mitomycin C, a non-surgical treatment modality for recurrent non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC).

At the time of recurrence, chemoresection has previously been shown to reduce the number of patients requiring a procedure (transurethral resection of bladder tumours (TURBT) or office biopsy) by more than 50%. The present study investigated the number of patients requiring a procedure during initial treatment and two-year follow-up in patients treated with short-term, intensive chemoresection with mitomycin C compared with patients undergoing standard surgical treatment for recurrent NMIBC.

Materials and methods: A randomised, controlled trial was conducted in two urological departments in Denmark from January 2018 to August 2021. In total, 120 patients with a history of Ta low- or high-grade NMIBC were included upon recurrence with multiple tumours smaller than 2 cm.

The intervention group received intravesical mitomycin C (40 mg/40 ml) three times a week for two weeks and TURBT or office biopsy only if the response was incomplete. The control group received TURBT or office biopsy and six weekly adjuvant instillations. The primary outcome was the number of patients undergoing a procedure within two years from inclusion, which was compared between groups using the chi-squared test. Recurrence-free survival was analysed using the the Kaplan Meier method.

Results: Significantly fewer patients were in need of a procedure in the intervention group than in the control group: 71% (95% CI: 57; 81) and 100% (95% CI: 94; 100), $p < 0.001$. Twelve-month recurrence-free survival was 36% (95% CI: 24; 50) and 43% (95% CI: 30; 56) in the intervention and control groups, respectively ($p = 0.5$).

Conclusion: Short-term intensive chemoresection is an effective treatment strategy for recurrent NMIBC that leads to a reduced number of required procedures without compromising long-term oncological safety.

Tidligere præsenteret:

EAU 2022

Outpatient PDD-guided Laser Destruction of Bladder Tumors Is as Good as Conventional Inpatient PDD-guided Transurethral Tumor Resection in Patients with Recurrent Intermediate-risk Low-grade Ta Bladder Tumors. A Prospective RCT

Gyrithe Lynghøj Pedersen (1), Marie Schmidt Erikson (1), Karin Mogensen (1), Susanne Rosthøj (2), Gregers Gautier Hermann (1)

E-mail: gyrithe.lynghoej.pedersen.01@regionh.dk

Institution:

1. Department of Urology, Herlev-Gentofte Hospital, Capital Region of Denmark, Denmark
2. Section of Biostatistics, Department of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Background: Transurethral resection of recurrent low-grade intermediate-risk Ta bladder tumor (BT) in general anesthesia (GA) is burdensome to patients and health care system. Laser technologies enable treatment in office-based settings, reducing morbidity and costs. Objective: To compare 4-mo recurrence-free survival after outpatient department (OPD) diode laser coagulation of BT in local anesthesia and gold standard transurethral resection of BT (TUR-BT) in GA in intermediate-risk Ta low-grade BT, and to evaluate treatment-related morbidity.

Design, setting, and participants: A prospective randomized noninferiority trial with 4-mo follow-up, in the hospital setting, was conducted in Capital Region of Denmark from 2016 to 2020. Participants were patients with histologically verified Ta low-grade BT recurrence. A total of 206 patients were randomized; 176 finished treatment and follow-up as per protocol.

Intervention: Laser photocoagulation of bladder tumor (PC-BT) in OPD using a 980 nm diode laser compared with gold standard TUR-BT in GA, both performed with photodynamic diagnosis (PDD) guidance.

Outcome measurements and statistical analysis: Four-month recurrence-free survival was assessed; predefined inferiority criterion was set at 15%. The secondary outcomes were pain during PC-BT, postoperative morbidity, postoperative complications, and patient's preference.

Results and limitations: Four-month recurrence-free survival was 8% higher after PC-BT (95% confidence interval [CI]: -8% to 24%). The predefined noninferiority criterion was met. Pain score (1-10) during PC-BT was 2.4 (interquartile range 0.8-3.3). Postoperative lower urinary tract symptom score (0-100) was 13.9 points higher (95% CI: 6.9-21.0, $p < 0.001$) in the group with transurethral resection of the bladder. The frequency of minor complications was 8.1% higher after TUR-BT (95% CI: 1.0-14.6%, $p = 0.026$). Of the patients, 98% (95% CI: 92-100%) preferred PC-BT.

Conclusions: PDD-guided PC-BT in OPD is as good as TUR-BT in GA to remove recurrent low-grade Ta BT. Postoperative quality of life is better after PC-BT and the frequency of minor complications was lower.

Patient summary: This study evaluates the efficacy of outpatient laser removal of low-grade noninvasive bladder tumor. Outpatient tumor removal with laser was as good as transurethral resection in general anesthesia and less burdensome to patients.

2022 European Association of Urology. Published by Elsevier B.V. All rights reserved. Accepted August 12, 2022, European Urology. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2022.08.012>

Tidligere præsentert:

Ikke tidligere præsentert

Onkocytom i nyren – hvor hurtigt vokser de, og kan vi stole på diagnosen?

Katrine Schou-Jensen (1), Marie Court-Payen (2), Pernille Hammershøj Jensen (1), Thomas Hasselager (2), Frederik Ferløv Thomsen (1)

E-mail: katrinesj@hotmail.com

Institution:

1. Urologisk afdeling, Herlev Hospital (1)
2. Patologisk afdeling, Herlev Hospital (2)

Formål:

Onkocytom er en benign nyretumor, som ikke kan skelnes fra renalcellecarcinom (RCC) på CT. Formålet med opgørelsen var at undersøge vækstrater og risiko for RCC hos patienter, som på nyrebiopsi har fået stillet diagnosen onkocytom samt opgøre RCC mortalitet for disse patienter.

Materiale og metode:

Retrospektiv opgørelse af alle patienter, som ved udtræk fra Patobank fik stillet den histologiske diagnosekode M82900 onkocytom (oksyfild adenom) i perioden 1. januar 2010 til 31. december 2020. Patienternes journaler blev derefter gennemgået via opslag i Sundhedsplatformen og Sundhedsjournalen.

Resultater:

I alt blev 213 patienter identificeret. Tre patienter udgik, da deres journaler ikke var tilgængelige. Af de øvrige 210 patienter, var 69 (33 %) kvinder. 146 patienter (69,5 %) fik stillet diagnosen via en ultralydsvejledt biopsi. De øvrige blev identificeret efter partiel nefrektomi (19,0 %), nefrektomi (9,5 %), nefroureterektomi (0,5 %) eller bifund til anden nyrekirurgi (1,4 %).

Af de 146 patienter med onkocytom på nyrebiopsien var 135 forenelig med typisk onkocytom, 7 onkocytom obs pro, mens der ved de sidste 4 var usikkerhed omkring om det var en benign eller malign tumor.

106 patienter havde data på 1 års tilvækst på CT scanning. Den mediane vækstraten var 2 mm (spredning -6 - 18 mm).

I opfølgingsperioden blev 15 patienter opereret med fjernelse af i alt 16 tidligere biopterede tumorer. Hos de 7 tumorer, hvor histologien i biopsien viste typisk onkocytom, var den endelig histologi efter operationen forenelig hermed. For de 9 øvrige tumorer viste biopsien mulig onkocytom, men RCC kunne ikke udelukkes. Den endelige histologi bekræftede onkocytomdiagnosen ved 7 af disse, mens 2 havde RCC.

I alt 39 patienter er afgang ved døden. Én patient fik fornyet apopleksi grundet pausering af AK-behandling i forbindelse med nyrebiopsi og døde 2 år efter, hvor apopleksien blev vurderet som en medvirkende årsag. Én patient døde 85 måneder efter biopsien af formodet dissemineret RCC: Patienten havde på biopsien mulig onkocytom, men usikker histologi, og frabad sig yderligere udredning eller kontrol efter den initiale biopsi.

Konklusion:

1-års vækstraten af onkocytom er lille og ved fund af klassisk onkocytom på biopsi er der ikke fundet tegn på senere betydende RCC. Ved atypisk histologi bør patienter med god almen tilstand tilbydes re-biopsi/operation, idet der er en ikke ubetydelig risiko for RCC.

Tidligere præsenteret:

Nej

Multiparametric Magnetic Resonance Imaging for Characterising Renal Tumours: a validation study of the algorithm presented by Cornelis et al.

Pia Iben Pietersen, Janni Lynggård Bo Madsen, Jon Asmussen, Lars Lund, Tommy K. Nielsen, Michael Pedersen, Birte Engvad, Ole Graumann

E-mail: pia.iben.pietersen3@rsyd.dk

Institution:

1. Department of Radiology, Odense University Hospital
2. Research and Innovation Unit of Radiology, University of Southern Denmark
3. Department of Urology, Odense University Hospital
4. Department of Urology, Aarhus University Hospital
5. Department of Clinical Medicine, Aarhus University
6. Department of Pathology, Odense University Hospital

Objective: In the last decade, renal cell carcinoma (RCC) incidence has been rising, with the greatest increase observed for solid tumours. Magnetic resonance imaging (MRI) protocols and algorithms have recently been available for classifying RCC subtypes and benign subtypes. This study's objective was to validate the MRI algorithm presented by Cornelis et al. for RCC classification.

Methods: Over a 7-month period, 38 patients with 44 renal tumours were prospectively included in the study and received an MRI examination in addition to the conventional investigation program. The MRI sequences were: T2-weighted, dual chemical shift MRI, diffusion-weighted images (DWI), and dynamic contrast-enhanced (DCE) T1-weighted in wash-in and wash-out phases. The images were evaluated according to the algorithm by two experienced, blinded radiologists, and the histopathological diagnosis served as the gold standard.

Results: Of 44 tumours in 38 patients, only eight tumours (18.2%) received the same MRI diagnosis according to the algorithm as the histopathological diagnosis. MRI diagnosed 16 angiomyolipomas, 14 clear cell RCC, 12 chromophobe RCC, and two papillary RCC, while histopathological examination diagnosed 24 clear cell RCC, four papillary RCC, one chromophobe RCC, and one mixed tumour of both papillary RCC and chromophobe RCC. Malignant tumours were statistically significantly larger than the benign (3.16 ± 1.34 cm versus 2.00 ± 1.04 cm, $p=0.006$).

Conclusion: This prospective study could not reproduce Cornelis et al.'s results and does not support differentiating renal masses using multiparametric MRI without percutaneous biopsy in the future. The MRI algorithm showed few promising results to categorize renal tumours, indicating histopathology for clinical decisions and follow-up regimes of renal masses are still required.

Tidligere præsentert:

Nej

Clinical Outcome of Patients with Primary Metastatic Renal Cell Carcinoma Selected for Cytoreductive Nephrectomy: A Nationwide Retrospective Study

Louise Geertsen (1), , Nesson Azawi (2), , Naomi Nadler Skjødt (2),, Karina Sif Soendergaard Mosholt (3), Jane Christensen (3), Susanne Rosthøj (3), Niels Viggo Jensen (4), Frede Donskov (5), Niels Fristrup (6), Lars Lund (1,7)

E-mail: lars.lund@rsyd.dk

Institution:

1. Department of Urology, Odense University Hospital, Denmark,
2. Department of Urology, Zealand University Hospital, sygehusvej 10, 4000 Roskilde, Denmark,
3. Danish Cancer Society, Denmark
4. Department of Oncology, Odense University Hospital, Denmark
5. University of Southern Denmark, Denmark
6. Department of Oncology, Århus University Hospital, Denmark
7. Department of Clinical research, University of Southern Denmark, Denmark

Objective:

The role of cytoreductive nephrectomy (CN) is controversial in patients with primary metastatic renal cell carcinoma (mRCC). The present study aims to determine the clinical outcomes in patients receiving CN compared to outcomes in non-CN patients.

Materials and methods:

We evaluated the impact of CN, or no CN, followed by first-line targeted therapy in a nationwide unselected cohort of 437 consecutive patients over a two-year period and with a minimum of five years of follow-up. Data sources were national registries supplemented with information extracted manually from the individual patient medical records. Cox proportional hazards were used to estimate the hazard ratio (HR) of overall death and cancer-specific death after one year and three years. The adjustment was performed stepwise. Model 1 adjusted for age, gender, Leibovich score, sarcomatoid differentiation. Model 2 included model 1 + adjusted for smoking, hypertension, performance status, and decision taken by MDT.

Results:

Overall, 210 had CN and 227 had no CN. Patients who received cytoreductive nephrectomy followed by oncological treatment had 1-year mortality HR of 0.74; (0.39-1.41) in model 1, and 0.66; (0.34-1.28) in model 2 compared to other treatments of cytoreductive nephrectomy alone, oncological, and no-treatment. The 3-year mortality was only affected by the IMDC classification, where patients in the intermediate and favorable risk group had a HR of 0.56; (0.42-0.76) in model 1, and HR and HR (0.56; 0.41-0.77) in model 2 compared to poor group.

Conclusion:

In this nationwide study of patients with primary mRCC, CN was associated with improved outcomes for intermediate and poor risk patients.

Tidligere præsentert:

nej

Prospektiv randomiseret behandling af erektil dysfunktion efter Radikal Prostatektomi med fedtderiverede stamcelle (ADRC).

Sabrina Toft Hansen (1,2 , Charlotte Harken Jensen (2,3,5), Ditte Caroline Andersen (2,3,5), Per Damkier (2,4), Jens Ahm Sørensen (2, 5,6), Søren Paludan Sheikh (2,5 7), Lars Lund (1,2,5)

E-mail: sabrina.toft.hansen@rsyd.dk

Institution:

1. Urinvejskirurgisk Afdelingen Odense Universitetshospital
2. Klinisk institut, Syddansk Universitet
3. Laboratory of Molecular and Cellular Cardiology, Syddansk Universitet
4. Afdeling for klinisk biokemi og farmakologi, Odense Universitets Hospital
5. Center for Vascular Regeneration, Odense Universitets Hospital
6. Plastikkirurgisk forskningsenhed, Odense Universitets Hospital
7. Blue Cell Therapeutics, Copenhagen

FORMÅL: Kan fedtderiverede stamceller anvendes som behandling af erektil dysfunktion hos mænd, der har fået foretaget radikal prostatektomi (RARP).

MATERIALE OG METODE: Forsøget blev udført som et dobbeltblindet, randomiseret studie, hvor deltagerne blev randomiseret til enten placebo eller stamcellebehandling via en database i RedCap.

70 mænd blev inkluderet i studiet, og de havde alle normal erektil funktion forud for RARP. Alle deltagere havde umålelig PSA på inklusionstidspunktet. Det primære endpoint for studiet var erektil funktion målt via spørgeskemaerne "International Index of Erectile Function 5 (IIEF-5)" og "Erection Hardness Score (EHS)" ved baseline, samt ved opfølgning svarende til 1,3, 6 og 12 måneder efter behandling i forsøget.

Sekundært endpoint var evaluering af natlig rejsningsevne, i form af hyppighed, tumesense og rigiditet, ved brug af RigiScan svarende til baseline samt 6 måneder efter behandling.

Rigiscan registrerer en rejsning, hvis der er en 20% stigning af omkredsen ved roden af penis i minimum 3 minutter. Man vil ud af målingerne få parametrene tumescens aktivitets enheder (TAU) og rigiditets aktivitets enheder (RAU). TAU er en værdi mellem 0-120, som beregnes ud fra tiden for en event ganget med stigningen i omkredsen af penis divideret med omkredsen af penis uden rejsning. RAU er ligeledes en værdi mellem 0-120, som beregnes ud fra tiden en rejsning står på ganget med en associeret rigiditet.

Alle deltagere fik foretaget fedtsugning af mellem 200-360 ml fra subcutis på abdomen i generel anæstesi. Fra fedtvævet blev der isoleret stamceller ved brug af Cytori Celution System. Dette er et lukket sterilt system, hvor stamcellerne isoleres fra fedtvævet ved hjælp af enzymer, vask af fedtvævet og centrifugering. Begge grupper modtog på samme dag efter fedtsugning en injektion i hver corpora cavernosum på 2 ml med enten Ringer-laktat eller stamceller.

Der blev ikke rapporteret nogle alvorlige bivirkninger til behandlingen.

RESULTATER: Baseline data viser, at der ikke var forskel på de to grupper med hensyn til alder eller komorbiditet. Der var ingen statistisk forskel i IIEF-5 score ved baseline, 1 mdr., 3 mdr., 6 mdr., eller 12 mdr. mellem de 2 grupper. Der var ingen statistisk forskel ved EHS ved baseline, 1 mdr., 3 mdr., 6 mdr., eller 12 mdr. postoperativt.

Evaluering af natlig rejsningsfunktion med RigiScan bedømt ved TAU og RAU værdierne viste nogen effekt.

KONKLUSION: ADRC havde ingen målbar effekt på IIEF-5 og EHS-score i denne undersøgelse.

ADRC injiceret i corpora cavernosum havde en vis effekt vurderet ved RigiScan®, hvilket tyder på et potentiale for ADRC ved visse undergrupper af patienter på trods af negative kliniske fund i denne undersøgelse.

Tidligere præsenteret: vurdering af

Nej

Prevalence and Predicting Factors for Commonly Neglected Sexual Side Effects to Low-dose Rate Brachytherapy for Prostate Cancer

Sami Beji, Alexander Bjørneboe Nolsøe, Christian Fuglesang Jensen, Peter Busch Østergren, Jens Sønksen, Rasmus Bisbjerg, Henrik Jakobsen, Mikkel Fode

E-mail: mikkel.mejlgaard.fode@regionh.dk

Institution:

Department of Urology, Copenhagen University Hospital, Herlev and Gentofte Hospital

Objective: It has previously been shown that surgery and radiation therapy cause several previously neglected sexual side effects including orgasmic dysfunction, urinary incontinence during sexual activity, changes in penile morphology, and sensory disturbances in the penis. The objective of this study is to investigate these side-effects after Low-dose Rate Brachytherapy (LDR-B) in men with localized prostate cancer.

Materials and methods: Questionnaires were sent to patients who underwent LDR-B at Herlev Hospital from March 2010 through February 2020. The questionnaire was developed from a combination of validated tools and previously validated single questions. This included the International Index of Erectile Function, a series of questions on orgasm, urinary incontinence during sexual activity (UIS), changes in penile morphology, and sensory disturbances in the penis.

Results: 178 eligible patients responded to the questionnaire. The median age was 70 years (range 51-83), and the median time since LDR-B was 93 months (range 21-141). None of the included patients had received local salvage treatment or hormone therapy.

142 (80%) were sexually active and 126 participants (70.8%) had erectile dysfunction (ED). Of the sexually active, 6% reported anejaculation and 5% reported anorgasmia. Another 47% had decreased intensity of orgasms, while 49% reported that the time to reach orgasm had increased. Eighteen percent had experienced orgasm associated pain with a median numerical rating scale score of 2 (range 1-8). For the majority the pain lasted for up to 1 minute. Altogether, 31% had an unchanged orgasmic function. Of the entire cohort, 3% of patients had experienced UIS after LDR-B. 25% reported a loss of penile length with most reporting a loss of 1-3 cm. 10% of patients reported an altered curvature of their penis and 5% had experienced painful erections. 19% had experienced a decreased sensitivity in the penis.

On multivariate analyses ED was the only independent risk factor for altered perception of orgasm (OR of 6.6, $p < 0.0001$), orgasmic pain (OR 5.5, $p = 0.008$), and penile shortening (OR 4.2, $p < 0.0056$). No independent risk factors were identified for UIS or sensory penile disturbances.

Conclusion: Orgasmic dysfunction, changes in penile morphology, and sensory disturbances in the penis are common side effects of LDR-B for prostate cancer. Meanwhile, UIS is only experienced by few. Patients should be informed accordingly before treatment.

Tidligere præsentert:

Nej

Can intraoperative nerve monitoring improve functional outcomes after unilateral- or non-nerve-sparing robot-assisted radical prostatectomy?

Alexander B Nolsøe (1,2), Peter B Østergren (1,2), Henrik Jakobsen (1), Christian Fuglesang Jensen (1), Roar Rasmussen (1), Niels Henrik Bruun (3), Jens Sønksen (1,2), Mikkel Fode (1,2)

E-mail: Alexander.bjoerneboe.nolsoee@regionh.dk

Institution:

1. Department of Urology, Copenhagen University Hospital, Herlev and Gentofte Hospital
2. Institute for Clinical Medicine, University of Copenhagen
3. Aalborg University Hospital

Objective:

Damage to the somatic fibers in the pudendal nerve that innervate the external urethral sphincter is a factor in the development of post-prostatectomy urinary incontinence (PPI) after robot-assisted radical prostatectomy (RARP). These somatic nerve fibers are generally located lateral to the cavernous nerves but very close to the prostate, particularly at the apex. Therefore, they are likely more prone to injury during unilateral or non-nerve-sparing surgery. We aim to investigate whether identification of these somatic nerve fibers, with an intraoperative nerve monitoring system during unilateral- or non-nerve-sparing RARP, can prevent nerve damage with a subsequent positive effect on functional outcomes.

Material and methods:

We conducted a randomized controlled trial. Men scheduled to undergo unilateral- or non-nerve-sparing RARP were eligible if they were continent, had not previously had TUR-P, and did not have any comorbidities with known effect on erectile function or continence. Participants were randomized (1:1) to RARP with intraoperative nerve-monitoring (IG) or standard RARP (CG) and followed for 12 months. Intraoperative nerve-monitoring was done using the PROPEP® system. Here two electrodes are placed in the external urethral sphincter (EUS) and the Maryland forceps conveys an electric impulse to a given location. If there is a somatic nerve that innervates the EUS at this location, an EMG shows up on the robot and an external monitor. Subsequently, the area can be spared during dissection. The primary outcome was the difference in the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) score at 12 months. Secondary endpoints included complete continence assessed by a 24-hour pad test and pad use, voiding symptoms assessed by the international prostate symptom score (IPSS), erectile function assessed by the Erection hardness scale (EHS), and differences in sexual activity. Outcomes were analyzed using regression with robust variance estimation.

Results:

From 2018 to 2022, 100 men were randomized. A positive nerve signal was found in all patients who underwent intraoperative nerve monitoring. ICIQ was 5.37(IG) versus 5.66 (CG) at 12 months, this was not significantly different (95% confidence interval [-2.57;1.99], $p=0.8$). Continence at 12 months was 63.4% (IG) vs. 63.4% (CG) (95% confidence interval [-21.43;21.43], $p=1$). IPSS at 12 months was 5.93 (IG) points vs. 5.39 (CG) points (95% confidence interval [-0.91;1.98], $p=0.46$). EHS score at 12 months was 0.95 (IG) points vs. 1.18 (CG) points (95% confidence interval [-0.73;0.29], $p=0.39$). Sexual activity at 12 months was 61% (IG) vs. 57.5% (CG) (95% confidence interval [-18.5;25.5], $p=0.75$).

Conclusion:

Identification of the somatic nerve fibers that innervate the external urethral sphincter via Intraoperative nerve monitoring was feasible but did not lead to improved functional outcomes compared to standard RARP

Tidligere præsentert: Yes at CopMich symposium 2022, Ann Arbor, MI, USA.

Initiale erfaring med MR-vejledt frihånds transperineale prostatabiopsier foretaget i lokalbedøvelse

Torben Brøchner Pedersen (1,2), Stefan Tiessen (1), Grzegorz Lukasz Fojecki (1), Mads Hvid Poulsen (1,2)

E-mail: torben.b.pedersen@rsyd.dk

Institution:

1. Urinvejskirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital
2. Klinisk institut, Syddansk Universitet

Introduktion: Direkte biopsi af prostata benyttes i diagnosticeringen af prostatakraft. Oftest udføres prostatabiopsier transrektalt med ultralydsvejledning (TRUS-BX). Den transrektale tilgang rummer imidlertid en risiko for infektion, da bakterier kan overføres direkte til prostata fra endetarmen. Cirka 6 % af patienterne indlægges inden for 7 dage efter TRUS-BX. Øget antibiotikaresistens har ansporet en fornyet interesse for den transperineale tilgang (TP-BX). TP-BX kan udføres aseptisk, hvilket reducerer risikoen for infektion betydeligt og har ført til at denne teknik nu anbefales i internationale retningslinjer. Vi havde til formål at beskrive vores første danske erfaring med multiparametrisk MR-vejledt frihånds TP-BX foretaget i lokalbedøvelse.

Patienter og metoder: Mænd med en MR-skanning suspekt for prostatakraft (PI-RADS ≥ 3) og indikation for prostatabiopsi blev inkluderet. Patientens alder, PSA, biopsianamnese, vægt og højde blev registreret. Under proceduren registreredes Visual Analogue Scale (VAS) for de forskellige proceduredele og patienterne fik efterfølgende udleveret et spørgeskema ift. oplevede komplikationer og følelser overfor evt. rebiopsi.

International Society of Urological Pathology (ISUP) gradering blev noteret og kræftdetektionsrater beregnet.

Resultater: Mellem januar 2022 og oktober 2022 fik i alt 191 mænd udført TP-BX i en konsekutiv serie. Median PSA og alder var hhv. 8,9 ng/ml (interval: 2,4-102) og 69,4 år (interval: 52-82). Overordnede detektionsraten for prostatakraft var 83,8% (KI:77,8%-88,7%) og for ISUP ≥ 2 var detektionsraten 70,2% (KI:63,1%-76,5%). Én patient måtte indlægges på grund af sepsis svt. til en indlæggelsesfrekvens på 0,52% (KI:0,01%-2,88%). Herudover måtte en procedure opgives pga. smerter, resulterende i kun en repræsentativ biopsi. Herudover så man et tilfælde med nærsynkobe efter proceduren. Øvrige komplikationer var milde og selvlimiterende: Hæmospermi (26,2%), hæmaturi af over et døgn varighed (17,3%) og vandladningsbesvær (1%). Proceduren var veltolereret med en median VAS på 2 (interval: 0-7) og patienterne udtrykte en høj grad af tilfredshed med proceduren. Til spørgsmålet om hvordan patienten vil have det, såfremt denne skulle gennemgå rebiopsi på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er *helt fint* og 5 er *meget dårligt* svarede 50,4% (1), 22,4% (2), 24% (3), 3,2% (4) og 0% (5).

Konklusion: TP-BX er veltolereret og kan gennemføres som en ambulante procedure i lokalbedøvelse.

Sammenlignet med traditionelle transrektale biopsier har transperineale biopsier en lav risiko for infektion.

Tidligere præsenteret:

Ikke tidligere præsenteret på møder eller kongresser.

Infektionsrisiko efter MRI-TRUS fusions vejledt biopsi af prostata

Ina Hornemann Borg (1), Grzegorz Lukasz Fojecki (2)

E-mail: ina.hornemann.hahn@gmail.com

Institution:

Aarhus Universitets Hospital/Urologisk afdeling

Odense Universitets Hospital/ Urologisk afdeling

Formål:

At opgøre antallet af indlæggelseskrævende infektioner efter Magnetisk Resonans Imaging- Transrektal Ultralyds (MRI-TRUS) fusions vejledt biopsier af prostata.

Materiale og metode:

Vi foretog en retrospektiv opgørelse med journal auditering af alle patienter der i perioden januar 2020 til maj 2022 fik foretaget MRI-TRUS fusions vejledt biopsi af prostata på Urinvejskirurgisk Afdeling, Aarhus Universitets Hospital. Patienter med diagnosekode for fusions biopsi KTKE00A3, blev inkluderet. Vi noterede Prostata Specifikt Antigen (PSA) niveau, cT-stadie, antal nålebiopsier, prostatas volumen udmålt på MRI, antal suspekterede MRI-læsioner, Prostate Imaging Reporting & Data System (PI-RADS) klassifikation, læsionens største diameter, Gleason score og om patienten blev indlagt med infektion efterfølgende.

Resultater:

447 patienter fik foretaget MRI-TRUS fusions vejledt biopsi af prostata i perioden januar 2020 til maj 2022.

Der var et median PSA-niveau på biopsitagnings tidspunkt på 8,5 ug/L (IQR 5,8-12,0 ug/L). Median volumen af prostata var 51 mL (IQR 38-69 mL).

Indenfor 14 dage efter biopsi fik ti patienter (2,2%) en indlæggelseskrævende infektion, hvoraf 6/10 havde positiv urindyrkning med e.coli. Fire af dem var resistente for ciprofloxacin. 3/10 havde blanke urindyrkninger og 1/10 blev indlagt i Region Nordjylland, hvorfor data ikke var tilgængelig. Ingen havde positiv bloddyrkning på indlæggelsestidspunktet. 8/10 havde tidligere fået foretaget transrektale biopsier af prostata mindst 1 gang.

Der blev i gennemsnit taget 3,7 biopsier (SD = 1,3) hos patienter der fik indlæggelseskrævende infektion, mens der gennemsnitligt blev foretaget 3,4 biopsier (SD = 1,3) ved patienter der ikke fik indlæggelseskrævende infektion (p = 0,41).

Cancer detektionsraten (CDR) for PI-RADS 3, 4 og 5 var henholdsvis 33,3%, 66,4% og 90,0%. Ved detektion af signifikant prostata cancer (defineret som Gleason score (3+4) eller derover) var CDR for PI-RADS 3, 4 og 5 henholdsvis 15,0%, 31,8% og 57,7%.

Konklusion:

Infektionsrisikoen ved MRI-TRUS fusions vejledt biopsi af prostata er 2,2%. Der er i gennemsnit taget 3,7 biopsier mod tidligere systematisk biopsitagning, hvor der foretages 10-12 biopsier. Infektionsrisikoen ved de systematiske biopsier er tidligere opgjort til 5-6%, og ligger således lavere ved MRI-TRUS fusions vejlede biopsier.

Tidligere præsenteret:

Nej, det har ikke tidligere været præsenteret.

DUS takker sponsorerne

Dansk Urologisk Selskab takker alle udstillere, som har vist deres produkter og støttet DUS

Karl Storz

Medac Danmark

BL Medical ApS

Pnn Medical A/S

Photocure

Pharmaprim AB

AdCare ApS

BK Medical

Kebomed A/S

Besins Healthcare Nordics

B. Braun Medical A/S

Prostalund

Coloplast

Bayer

COOK Medical

Olympus Danmark

Ambu

Navamedic Danmark

Vingmed

Ipsen

Medtronic Danmark

Synmed Medicinteknik AB

IBSA Nordic

Astellas Pharma

Boston Scientific

Bonvisi AB

Janssen Denmark