

NUF Bulletin

Scandinavian Association of Urology



1/2013



NUF Congress 21st–23rd August in Sandefjord, Norway
The NUF LUTD-Group celebrating five active years
and a promising future

Annons



PHOTO

Cover photo: Old Town, Stockholm
iStockphoto.com

Other photos: Gunnar Brink, page 4 and 5,
Anne Olsson, page 9.

PUBLISHER

Scandinavian Association of Urology
www.nuf.nu

EDITOR IN CHIEF

Lars Henningsohn
Department of Urology
Karolinska University Hospital
Sweden
E-mail: lars.henningsohn@ki.se

EDITOR

Marianna Hrebenyuk
Department of Urology
Karolinska University Hospital
Sweden
E-mail: marianna.hrebenyuk@gmail.com

EDITOR

Anders Lidestål
Department of Urology
Karolinska University Hospital
Sweden
E-mail: anders.lidestål@karolinska.se

PRODUCTION

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10 c
SE-415 02 Göteborg
www.mediahuset.se

ADVERTISING

Jean Lycke
E-mail: jean@mediahuset.se

LAYOUT

Anne Olsson
E-mail: anne@mediahuset.se

PRINTING

Åkessons Tryckeri AB
Emmaboda, Sweden

NUF-Bulletinen is published two times per year. Next number is in december 2013. It is distributed to every member of the Scandinavian Association of Urology in Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden.



In this Issue

5

Editors' corner

Marianna Hrebenyuk and Anders Lidestål

6

President's corner

Kimmo Taari

7

The SPCG's corner

Göran Ahlgren

8

The NUF LUTD-Group

Frank Schmidt

10

Att minska morbiditet vid Turp

Tim Fagerström

13

The passion for painting

Hans-Göran Tiselius

16

Internationell urologiundervisning

Lars Henningsohn

20

Nya behandlingsalternativ

Helena Nordlund

23

THE NUF TRAVEL GRANT

Visit at Haukeland University Hospital

Mette Christine Zoffmann

25

PSA-screening

Sigrid Carlsson

28

THE NUF TRAVEL GRANT

NUF stay at Rikshospitalet, Oslo

Majken Højrup Wiborg

30

In Memoriam

31

Calendar

31

Next issue

31

New address for NUF homepage

32

NUF Congress 2013

Sven Löffeler

34

Programme – NUF Congress





Editors' Corner

by Marianna Hrebenyuk and Anders Lidestål

Our Norwegian colleagues Sven Löffeler and Karol Axcrona have done an amazing job with NUF-bulletinen during the past two years. And now the “relay baton” is carried on by Sweden for the next two years to come. We regret not having had the opportunity to meet Sven and Karol, but we hope to be able to do that at the NUF-congress in Sandefjord.

We understand, in being editors, we take on a great responsibility to be flexible, wellinformed, active and productive and even sometimes act as “annoying reminders”. We would like to apologize to our readers for the delay with the Bulletin and we hope that you will find this edition as interesting as always.

WE START BY introducing ourselves. My name is Marianna Hrebenyuk and I am a resident in urology at the Karolinska University Hospital in Stockholm. I am at the end of my second year and I find urology ever more fascinating. My interest in urology started when I was a medical student and discovered that as an urologist you meet a great variety of patients, old and young, male or female, you perform practical procedures at the out-patient clinic as well as in the operating theater. Urological surgery is varied, spanning across minimal out-patient procedures, reconstructive, transurethral, open, laparoscopic and robotic surgery. The urologic patients are

the most groovy and grateful (or at least the majority of them). And urologists are competent and hard-working people but still seem relaxed, enjoying life with a good sense of humor.

MY NAME IS Anders Lidestål and like Marianna I also work as an urologist at the Karolinska University Hospital. My interest in urology, urological oncology and palliative medicine started when I took a year off from medical school to work as a nurse assistant at a hospice. During that year I met dozens of men with end stage prostatic cancer and I was intrigued by the patients' almost stoic attitude towards their suffering as well as by the biology of the disease itself. I decided on a career in uro-oncology and have since become a specialist in oncology and urology as well.

In this issue you will be able to enjoy some really interesting articles about TURP, PSA-screening, future treatments of prostate cancer and more. We also present exciting stories by NUF Travel Grant recipients (information about NUF Travel

Grant you will find on the home page of NUF). Professor Mirja Ruutu passed away this year and we understand that she was a great urologist and colleague. We are grateful to Jens Thorup Andersen and Steen Walter for their obituary to honor professor Ruutu. As previously we give you the SPCG-corner with the latest news about prostate cancer. Our colleagues from the LUTD-group celebrate 5 active years and inform us about their future work and education.

WE HOPE YOU will enjoy reading our first issue of NUF-bulletinen and we wish you all a nice summer. The NUF-congress is a perfect closure of the summer and we hope that many of you will have the opportunity to attend the congress. If not you will have plenty more opportunities to attend other events, please check our calendar.

Best regards,
Marianna and Anders



The whalers monument in central Sandefjord.



President's Corner

by Kimmo Taari

Dear colleagues!

NUF Congress 2013

Our Association has a long tradition to have a Congress every second year. This time the NUF Congress will be in 21st–23rd August 2013 in Sandefjord, Norway. The program is ready and very interesting (www.nuf2013.no/). There will be state-of-the-art sessions on bladder cancer, prostate cancer and MRI.

There are parallel topics including urodynamics and SPCG studies. The collaboration groups have been active in preparing these topics. The stone group and the reconstructive group will also have interesting sessions. Very special session will cover the urological training in Scandinavia. The urological nurses will also have their own sessions parallel to the main program.

For the first time in the history of NUF there is a separate session for Nordic residents in urology. This session will be on Tuesday, a day before the official opening of the congress.

The organising committee in Sandefjord has done a superb work. I thank

Sven Löffeler and the whole committee for their efforts. I invite all Scandinavian urologists and urological nurses to come to Sandefjord to enjoy the close fellowship of Nordic colleagues.

NUF Congress 2015 will be in Sweden. The organising committee has been formed and the NUF Board has planned to visit the congress venue in the autumn.

Collaborating working groups

One of the main functions of our association is to support and activate the collaboration working groups. The national societies will nominate the members for the groups and the association will give some financial support. It is important to inform the Board about the activities and also update the information on our home pages. The most active groups are urothelial, reconstructive, SPCG, LUTD and stone groups. I hope we can hear a report from every collaboration group in the Pre-sidium meeting and General Assembly.

The role of NUF and the language debate

There has sometimes been a debate about the importance of the NUF Congress and

also about the importance of our Scandinavian Association. As I have written many times, we have strong and common roots in Scandinavian urology. We have a common history and our educational system is quite the same. We have common language, although English is now used as an official language during the meetings. Some years ago there was a strong debate about the language in our association. English is quite practical because danska, norska och skånska are difficult for the Finns and, as I understand, also for the Swedes sometimes. Of course outside the lecture room we can use skandinaviska.

I hope that young urologists come and join actively our association. The young urologist section (Nordic Residents in Urology) has arranged an interesting meeting with interesting ideas and future plans.

I hope this meeting will gather together a big group of urologists from all Nordic countries for a scientifically active and fruitful and also a cheerful happening.

With best wishes to all Nuffare and to all of our friends!

I wish a nice and warm summer to all Scandinavian urologists and all friends of NUF. ■

The SPCG's Corner

by Göran Ahlgren, SPCG Chairman



Dear colleagues!

A year and a half has passed since I took over as chairman for the SPCG. We have since then worked hard to create new protocols. I am happy to see several young colleagues that have taken the responsibility for the next landmark study.

The board

Oncologists from all the Nordic countries have now been ordinary members of the board. This will strengthen the collaboration between Urologist and oncologist in an era when several new treatments will appear in advanced prostate cancer within the next few years. I am convinced that this will facilitate to start new protocols for SPCG in the future.

SPCG Trial Meeting

The 3rd SPCG Trial Meeting took place at Johannesbergs Castle 20–21 September 2012. The focus was on locally advanced disease. Among invited speakers were Dr. Steven Joniau from Leuven, Belgium who talked about surgery and Dr. Kynastone from the UK, whose topic was on Salvage radiation treatment. The meeting is a joint venture with sponsors from the industry and we certainly will work on the 4th trial meeting in 2014. A report as well as a photo gallery has been published at the home page.

SPCG Clinical Research Grant

Thanks to the “Ing-Britt and Stig Mårtenssons stiftelse” two Research Grants of SEK 50000 each have been delivered to young researchers in Denmark. We look forward to more applications this year, as the Grant will be announced every year for 10 years. Please forward your application no later than 31st of October as stated at the home page (www.spcginfo.com).

Future SPCG Trials

We have now formed a group of younger colleagues who have worked upon the SPCG 15 protocol randomizing between surgery and radiation treatment in locally advanced disease. Coordinating the study is Dr. Olof Akre, a Urologist and Epidemiologist working at the Karolinska Institute. They will present the study protocol at the NUF-meeting in Sandefjord. Another protocol we are working on is a randomized trial between docetaxel and one of the new hormonal treatments in early mCRPC. (SPCG 16).

We hope to see many of you on a special SPCG session at **the NUF-meeting in Sandefjord, Norway on Wednesday 21st August 2013!** We will also honor the winners of the SPCG Research Grant with a Diploma.

SPCG Home Page

As you all know, the link to our home page on the web is www.spcginfo.com. Here we have published documents from our Trial meeting, an updated member list and a photo gallery. There is also an announcement for the SPCG Clinical Research Grant from the “Ing-Britt and Stig Mårtensson Stiftelse”. ■

SPCG Clinical Research Grant

The Ing-Britt and Stig Mårtensson Stiftelse

Announces the 2013 Grant of 50 000 SEK

For clinical research in prostate cancer in the Scandinavian countries.
Send your application with a short project description and CV to:

Anna Holst

Dept of Urology
Skånes University Hospital
Jan Waldenströms gata 7
205 02 Malmö, Sweden
Not later than 31–Oct-2013





The NUF LUTD-Group: celebrating five active years and a promising future

Frank Schmidt, M.D., Ph.D., Dept. of Urology, University Hospital of Aarhus, Denmark

The NUF collaboration group on LUTD celebrated its 5 year anniversary this spring. This gives us the opportunity to look back, to see if the group has fulfilled its place in the NUF family, to mention what is going on right now and also to look into the future in an area that is not always a hot point on the political agenda in the Nordic countries.

We started in the spring of 2008 with two members from each of the four countries Sweden, Denmark, Finland and Norway and one member from Iceland. Some of the starting members have since left the group and others have joined. Continuity has been ensured in a good way, and our chairperson Elisabeth Farrelly from Stockholm has been in place all five years.

The Lower Urinary Tract Dysfunction area deals mainly with benign diseases and disorders but the field is wide. Neurourology, Pelvic pain syndrome, BPH, Urodynamics, Incontinence, Overactive bladder, Pediatric micturition disorders, Research in the field; the number of items is possibly higher even than those mentioned here.

Education and research

From the beginning we decided to work mainly in the fields of education and research, learning from the five countries what is different or similar in the various diagnostic and treatment protocols.

We were invited to participate in the NUF Congress in Iceland 2009 with a seminar about "Best practice in LUTD". Attendance at the seminar reached over one hundred NUF-colleagues, and we felt it was an encouraging success. Since then we held a seminar on "New ideas in the management of LUTD" at the congress in Tampere in 2011 with an equally high attendance. And since all good things are three, our next symposium is coming up at the NUF congress in Sandefjord in August. This year's theme is "Overactive and Underactive – what does it mean?". The agenda can be seen on the congress website, and

we invite everyone with an interest in our area!

When the group was still in its early beginning we learned that there was a tremendous lack of urodynamic knowledge in the Nordic countries. So in the winter of 2010 we arranged a Nordic course on clinical advanced urodynamics in Oslo. About 25 urologists in training and specialists participated. Soon after we got many calls to repeat the course. The second course was held in Copenhagen 2012 with more than 80 participants including a great number of senior urologists. This was a sign, that there still is a large interest in this area.

The third Nordic course on urodynamics

So of course we are now in the planning stages of the third Nordic course on urodynamics, which will be held in February 2014, when we will return to Oslo again.

The urodynamics courses bring up basic and advanced learning each time but deal with different perspectives and different patient groups. Elements of hands-on-training are included, such as discussing patient cases and reading graphs. The aim is to provide new learning every time and encourage NUF colleagues to come back and take part in several courses throughout their clinical career.

Question and Answer forum

Beside the seminars and courses, we are presently working on two major issues. We have started a Question and Answer forum on the internet. This is a forum in which everyone in the Nordic countries with an interest in LUT can participate. It is an open forum, where you can pop your question, which will then be sent out to all participants in the forum, and hopefully there will be one or more, who can come up with a sufficient answer. It is free to answer and everyone can feel free to look into the forum. We learned about this type of Q&A forum from the European Society of Sexual Medicine, where it has been used widely for the past few years.

It is our hope that the forum will provide an excellent yet easy way for urologists or residents to find answers to questions which no one in their own department can respond to.

Visitor's programme

The other hot item for the group at present is a visitor's programme. We are developing a catalogue of departments in the Nordic countries where residents or young urologists can visit to learn about new treatment modalities, diagnostic investigations or research areas. It is very much in the spirit of NUF, that it should be possible to travel in Scandinavia, learning from each other, teaching each other and maybe developing multicenter research studies. So the group would be very happy, if every department in the Nordic countries would send us a short presentation of their LUTD areas.

Disorders and diseases in the lower urinary tract are numerous, and hundreds of thousands of patients in Scandinavia are suffering from LUTD. But as mentioned previously our patients are not on the political agenda in the same way as life threatening diseases like cancers of the urinary tract.

To live with LUTD can decrease quality of life severely, as we all know from our daily practice. With this in mind the LUTD group feels certain that we are working in an area, which will be of growing importance, since people in the Nordic countries will not accept low quality of life caused by disorders, that can be treated surgically, medically or with behavioural or lifestyle changes.

The large interest in our courses and seminars so far indicates that Nordic urologists want to stay updated in this field.

All NUF collaboration groups can be found on the NUF website. Please feel free to contact us, with any questions or points of view you may have.

See you all in Sandefjord in August! ■





Att minska morbiditet vid Turp

Tim Fagerström, Bitr. Överläkare, Med Dr. Urologiska Kliniken SÖS

Transuretral prostataresektion, TURP, är fortfarande golden standard för behandling av benign prostatahyperplasi (BPH). Trots att farmakologiska och minimalinvasiva tekniker förekommer som alternativ, så utförs ca 6 000 TURPar varje år i Sverige.

TURP utförs knappast polikliniskt då den operativa morbiditeten i per- och postoperativa blödningar och TUR-syndrom, som orsakas av spolvätskeabsorption, kan kräva särskild uppmärksamhet. Blodtransfusion ges till cirka 10% av de patienter som genomgår TURP[1–3]. En möjlighet att operera med en mindre operationsblödning, färre efterblödningar och med en minimering av antalet blodtransfusioner är av stort värde.

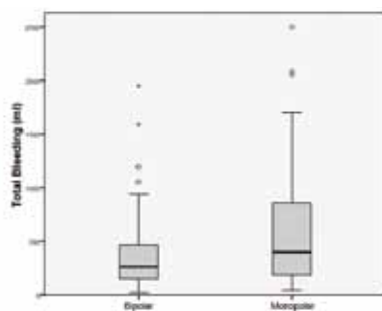
Förbehandling inför TURP med hormonmodulerande läkemedel i blödningsminskande syfte har utvärderats vid ett flertal tillfällen utan konklusiva resultat. TURP har utvecklats föga på senare år, men nu finns nya instrument tillgängliga där resektionen sker med bipolär teknik i fysiologisk koksaltlösning.

Det främsta argumentet för bipolär TURP är att användningen av 0.9% NaCl (koksalt) som spolvätska förhindrar det potentiellt farliga TUR-syndromet. Det finns också indikationer på att det blöder mindre vid operation med bipolära instrument. Blödning under operationen kan kvantifieras mer exakt under TURP än vid andra former av kirurgi då allt förlorat blod löses ut i spolvätska.

Syftet med mitt arbete och avhandling [4] har varit att utvärdera om morbiditeten vid TURP kan förändras med specifika farmakologiska och tekniska interventioner.

I ETT FÖRSTA STEG undersöktes om förbehandling med 5-ARI i form av Dutasterid kunde minska blödningen vid konventionell monopolar TURP [5].

Denna dubbelblinda, randomiserade, placebokontrollerade, multicenterstudie



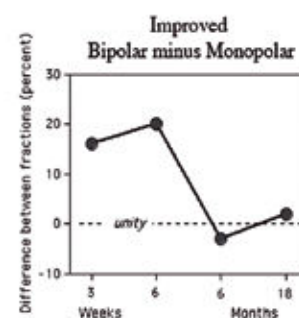
Figur 1. Total blood loss in ml expressed as box-plots with the median, 25th–75th percentile, and outliers.

omfattade 214 patienter med BPH. Placebo jämfört med dutasterid 0,5 mg/dag 2 veckor före och efter TURP, eller 4 veckor före och 2 veckor efter TURP undersöktes. Resultaten visade en förväntad och adekvat minskning av dihydrotestosteron i serum hos patienter behandlade med dutasterid, men ingen signifikant minskning i blodförlust under eller efter TURP eller komplikationer efteråt med dutasterid jämfört med placebo. Blodförlust och transfusion i placebogruppen var lägre än de som tidigare rapporterats i studier där relationen mellan 5 α -reduktashämmare och blodförlust från prostata studerats.

Vi gick vidare med att jämföra ny bipolär resektion med konventionell monopolar TURP med avseende på blodförlust, per- och postoperativa komplikationer samt långsiktiga resultat. Detta ledde fram till två arbeten med utgångspunkt från 202 konsekutiva patienter från sjukhusets väntelista som randomiserades att genomgå TURP med antingen ett bipolärt system eller ett monopolärt system. I det första av dessa två arbeten låg fokus på att beskriva blodförlust under och efter operation samt transfusionsfrekvens [6]. I det andra arbetet registrerades peri- och postoperativa mätvärden och komplikationer. TM- och IPSS-formulär insamlades vid 4 tillfällen efter operation. 185 patienter kunde evalueras [7].

Det fanns statistiskt signifikanta skillnader med avseende på den totala blodförlusten, 262 ml för bipolär och 399 ml för monopolar TURP. Nedgång i Hb-koncentration under dagen för operationen var mindre i den bipolära gruppen. Färre patienter i den bipolära gruppen transfunderades med erytrocyter (4% vs. 11%), något som kan förklaras av den mycket lägre 75:e percentilen för blodförlust i den bipolära gruppen (472 ml vs. 855 ml, Figur 1).

I DET ANDRA ARBETET noterades att bipolär kirurgi resulterade i fler patienter som rapporterade en förbättring vid tre och sex veckor efter operationen. Det fanns färre återintag till slutet vård i den bipolära gruppen. Inga skillnader mellan grupperna med avseende på sjukhusvistelse och kateterbehandlingstid noterades. Bipolär och monopolar TURP resulterade i markanta och bestående förbättringar av symptomskattning, Quality of Life samt tidsmiktion (Figur 2).



Figur 2. The difference in percentage of "Improved" between the groups.

Slutligen undersöktes graden av vävnadsförångning (vaporisering) i en experimentell studie av både mono- och bipolärt instrument där också funktionen av bipolärt instrument testades i en annan spolvätska (Ringer-Acetat) [8].

Referensprover visade att vattenhalten var 73% i muskel och 77% i njure. Mer

muskel än njure vaporiserades (Tabell 1). Andelen förångad vävnad var signifikant högre vid bipolar teknik. I muskel, var skillnaderna mellan monopolär och bipolar 17% respektive 26%, beroende på vilken typ av spolvätska som användes. För njure var skillnaderna 27% respektive 34%. Djupare analys av graden av vaporisering, vid användning av bipolar resektion, visade att valet av slynga, typ av vätska och typ av vävnad alla var oberoende faktorer som kunde associeras med graden av vaporisation. Bipolar resektion fungerade problemfritt i Ringer-Acetate.

VI KAN SÅLEDES konkludera att förbehandling med dutasterid 2–4 veckor inte minskar blödning i samband med TURP. Bipolar TURP minskar per- och postoperativ blödning med upp till 81%, reducerar behovet av erytrocyttransfusioner, resulterar i snabbare läkning och färre återintag. Bipolar TURP ger lika långvariga och goda resultat i TM/IPSS och livskvalitet, som konventionell monopolär teknik. Vaporisering står för ytterligare 50% vävnadsminskning under konventionell resektion och är ännu högre vid bipolar resektion med standardslynga. Bipolar resektion fungerar tillfredsställande i Ringer-Acetate *in vitro*.

Förbehandling under 12–24 månader med en 5-ARI i volymminskande syfte hos en patient med en prostatavolym på 100 ml inför monopolär TURP, leder inte till en blodförlust i nivå med bipolar teknik utan förbehandling. Det finns endast en marginell vinst i blodförlust med att krympa en prostata planerad för bipolar operation. Bipolar teknik har en konstant blodförlust oavsett prostatastorlek, medan den ökar med större prostatastorlek och resektionsvikt vid monopolär teknik. Om vaporiseringseffekten adderas, minskar blodförlust per borttaget gram vävnad i *båda* grupperna, men skillnaden ökar *mellan* grupperna och gynnar bipolar teknik (Tabell 2).

Arbetet fortgår nu med att undersöka vaporiseringsgraden i human prostata, samt att experimentellt, såväl som kliniskt undersöka andra spolvätskors lämplighet vid bipolar TURP. ■

Artikeln har tidigare publicerats i
SUF-Nytt nr 1, 2012.

Referenser

1. Capraro L, Nuutinen L, Myllylä G. Transfusion thresholds in common elective surgical procedures in Finland. *Vox Sanguis* 2000; 78: 96–100.
2. Torella F, Haynes SL, Bennett J, Sewell D, McCollum CN. Can hospital transfusion committees change transfusion practice? *J R Soc Med* 2002; 95: 450–2.
3. Rassweiler J, Teber D, Kuntz R, Hofmann R. Complications of transurethral resection of the prostate (TURP)--incidence, management, and prevention. *Eur Urol* 2006;50:969-80.
4. Fagerström T. Transurethral Resection of the Prostate – How to Reduce Morbidity. Published by Karolinska Institutet, 2011. ISBN 978-91-7457-408-1.
5. Robert G. Hahn, Tim Fagerström, Teuvo L.J. Tammela, Oncko Van Vierssen Trip, Hans Olav Beisland, Annette Duggan and Betsy Morrill. Blood loss and postoperative complications in transurethral resection of the prostate after pre-treatment with dutasteride. *BJU Int* 2007; 99: 587-594.
6. Fagerström T, Nyman CR, Hahn RG. Bipolar transurethral resection of the prostate causes less bleeding than the monopolar technique: a single-centre randomized trial of 202 patients. *BJU Int* 2010; 105: 1560-4.
7. Fagerström T, Nyman CR, Hahn RG. Complications and clinical outcome 18 months after bipolar and monopolar transurethral resection of the prostate. *J Endourol* 2011; 25: 1043-9.
8. Fagerström T, Nyman CR, Rosvall, J, Hahn RG. Degree of Vaporization in Bipolar and Monopolar Resection. *J Endourol* 2012 May 31. [Epub ahead of print].

MUSCLE AND KIDNEY VAPORIZATION DATA

	Monopolar Standard loop Mannitol	Bipolar Standard loop Saline	Bipolar Standard loop Ringer's Acetate	Bipolar Large loop Saline	Bipolar Large loop Ringer's Acetate
Muscle					
Vaporization/ resected tissue (%)	45 (12)	62* (18)	71*** (14)	41 (6)	43 (5)
Kidney					
Vaporization/ resected tissue (%)	22 (12)	39** (15)	56** (28)	23 (10)	22 (9)

Tabell 1. Mean (SD). Pair wise significance comparisons vs. monopolar technique. * P< 0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

	BIPOLAR	MONOPOLAR
Total Prostate Volume (ml)	100	100
Expected Resection Weight (g)	50	50
Expected Blood loss (ml)	550 (11 ml/g)	750 (15 ml/g)
Expected Blood loss corrected for volume (ml)	550 (11 ml/g)	1350 (27 ml/g)
Resection Weight including Vaporization (g)	70 (40%)	60 (20%)
Expected Blood loss 2–4 weeks Dutasteride Pretreatment (ml)	550	1350
Prostate Volume, after 2 years Dutasteride treatment (ml)	75	75
Expected Resection Weight Prostate Volume = 75 ml (g)	30	30
Resection Weight including Vaporization (g)	42 (40%)	36 (20%)
Expected Blood loss Prostate Volume = 75 ml (ml)	360 (12 ml/g)	600 (20 ml/g)

Tabell 2. Different scenarios of blood loss for a prostate with an initial volume of 100 ml.

HELP SAVE THE KITCHEN TABLE

The kitchen table is more than a place for meals; it's a place where families meet. But was the wood it's made from harvested sustainably? Used to be hard to tell. Now shoppers can look for the Forest Stewardship Council (FSC) label to make sure wooden furniture, and a variety of other products, are forest-friendly. WWF helped start the FSC to ensure that the world's forests are managed responsibly, and that people and wildlife who depend on forests can continue to do so long into the future. Help us look after the world where you live at panda.org/50



View of the Amazon forest,
Amazonas, Brazil.

© WWF-Brazil / Zig Koch

The passion for painting

– a refreshing driving force in clinical and research work

by Hans-Göran Tiselius, professor emeritus, Karolinska Institutet



It is most certainly an over-simplification to say that my interest in painting started at a specific point of time. Like most other children I was fascinated by turning the white surface of paper sheets into something more colourful and as a little boy I used rolls of white paper for such a purpose. But with water colours the result was never as successful as I wanted and another painting medium had probably been more appropriate. Such a developmental step did, however, not appear until much later in life.

It was during my early medical studies in Lund, 1967, that a real desire to paint again came into my mind. The reason for that was absolutely not caused by excessive spare time because in fact the reality was the opposite. I had a demanding research project in medical chemistry; I was an assistant at the department of medical chemistry in Lund while I simultaneously was following the courses necessary for the medical education. All these hectic activities were framed in a grey, rainy and windy environment – obviously in need of some colouration.

It was during the Christmas holidays that I happened to face the marvellous and huge landscape painting “Småländskt vattenfall” (Figure 1) at the National Museum in Stockholm. I can still remember how fascinated I was by this impressive, monumental landscape painting and undoubtedly this occasion became the immediate incitement to start painting with oil colours.

This leisure activity was probably of great importance for handling the otherwise stressful life during which my mind continuously was filled with clinical and scientific problems. The painting occasions thereby gave me at least something else to think about. It has of course not been possible for me to paint regularly but rather during intermittent periods of inspiration. The problem was always to find and utilize those occasions when time, inspiration and a suitable motif coincided. >>



Figure 1. “Småländskt vattenfall”, an impressive and dramatic landscape painting by Marcus Larsson (1856). This painting provided the necessary inspiration for the author to starting oil painting.



Figure 2. “Early morning in the forest”. Painting on gallery canvas 100 x 70 cm.

■ The passion for painting ...

” It has always been an advantage for me to combine the painting with my photographic interest and I always try to bring a camera for photographs of possible use for future paintings.



Figure 3. "Wood anemones". Painting on gallery canvas. 100 x 70 cm.



Figure 4. "The ocean". Garden painting 300 x 100 cm.



Figure 6. Painting made for the Tiselius library in Huddinge. The size of the painting was determined by the door frame aimed to be covered.



Figure 7. The artist in action in his cellar studio in Linköping.



Figure 5. "Temple in Kyoto". Canvas 130 x 100 cm.

Albeit the smell of linseed oil and turpentine provides an excellent environment for creative work I nevertheless moved from oil colours to acrylic colours during the late 80s because of the favourably shorter drying times with the latter medium, allowing me to finish the painting while the inspiration was still there. Painting with acrylic colours has subsequently been the main tool of my artistic efforts.

So, from where do the painting motifs come? Usually they do not come from people around me, because that kind of models has always appeared too difficult to me. In the majority of my paintings it is some impression from nature that I have tried to interpret. So is for example the painting in Figure 2 an expression of the

early morning light that can be met during walking in the forest – also a mental and life saving procedure. Another example of impressions from nature is the wood anemones in Figure 3. It has always been an advantage for me to combine the painting with my photographic interest and I always try to bring a camera for photographs of possible use for future paintings.

The sea has always been an attractive source of inspiration and one example of that is the 3 x 1 m sea view that is mounted on the wall in the garden to our house in Linköping. (Figure 4).

Various more or less spectacular sceneries have been collected during travelling abroad. Figure 5 shows a temple in Kyoto in Japan.

What has happened to all paintings produced over the years? They have gone in different directions. Several paintings have been sold during four exhibitions held in Stockholm (2005, 2007, 2009 and 2011). A few have been sold abroad and some paintings can be found in Karolinska University hospital. One example of that is the painting in Figure 6 that can be found in the Tiselius library of the department of urology in Huddinge. But of course a substantial number of paintings can still be found in my cellar.

Although my days also after my official retirement so far have been filled by professional activities of various kinds, I still hope to find the time necessary for further painting attempts. ■



Internationell urologiundervisning på avancerad universitetsnivå

Lars Henningsohn, Lektor/överläkare, Urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset

Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge har undervisat i urologi för internationella studenter sedan 17 år tillbaka. Studenterna har kommit från de flesta länder i Europa, från USA och från enstaka länder i Sydamerika. Karolinska Huddinge erbjuder tre olika internationella alternativ, grundläggande urologi inom ramen för ordinarie kurs i läkarprogrammet, en två-veckors valbar fördjupningskurs i klinisk urologi och en fyra-veckors klinisk rotation i urologi. Det är fantastiskt trevligt och roligt att träffa dessa entusiastiska studenter.

I nom ramen för läkarprogrammets kurs i de grundläggande kirurgiska disciplinerna undervisas urologi vid Karolinska Institutet. Kursen var tidigare två veckor, men under de senaste åren har undervisningen i urologi krympt till cirka en och en halv vecka istället. Varje hösttermin ansluter cirka 12–15 internationella studenter från Tyskland, Frankrike, Österrike, Spanien, Schweiz, Italien, Finland och England. Förutom dessa länder så kommer sporadiskt någon student från Nordamerika och Sydamerika.

Språket

Att undervisa på engelska kan kännas skrämmande till en början eftersom man tror att kraven från de internationella studenterna skulle kunna vara mycket höga. I de allra flesta fall är det dock precis tvärtom. De har stor förståelse och talar ju i de flesta fall inte så perfekt engelska själva, så det brukar inte vara något stort problem. Det är dock ofta de svenska studenterna som besvärar av lärarnas ibland ganska hackiga engelska.

De studenter som får ut mest av kursen är de som läst svenska innan man påbörjat sina studier här. En stor del av kursen består ju av verksamhetsförlagd utbildning vilket innebär svårigheter för alla studenter som inte kan svenska. Patienterna talar ju svenska. Det är därför av största vikt att handledningen från de kliniska kollegorna fungerar.

Handledning och lärare

De internationella studenterna är ofta mycket imponerade av stämningen i den svenska sjukvården. Närheten, deltagan-



Läkarstudent instrueras i urologisk endoskopi av Lars Henningsohn.

det och bara det faktum att man faktiskt får tilltala en professor känns nästan överkligt för flera av dem. Handledningen försvåras då studenter kommer till kursen med bristande förkunskaper. Detta har idag till stor del eliminerats då vi ställt högre krav på de anländande avseende förkunskaperna. Vissa länder, ex. Argentina, har bara skickat studenter som i stort sett varit färdigutbildade vilket också märkts i mognaden vid deras kliniska närvaro samt i diskussionen vid mottagningar och operationer.

Skillnader internationella vs svenska studenter

De internationella studenterna har ofta en mycket bred kunskapsnivå och har ofta en detaljrikedom avseende grundkunskaper som man sällan ser hos våra inhemska studenter. De internationella studenterna har knappt fått vara ute i klinisk verksamhet

tidigare så deras förhållningssätt i den verkliga kliniska situationen har halkat efter de svenska studenterna. Det är lite charmigt att se dessa skillnader som dock kan vara utmärkta komplement vid seminarier och falldiskussioner.

Simulatorcentrum

Ett mycket uppskattat moment hos alla studenter är att prova på kirurgi i våra simulatorer. På Huddinge får nästan alla studenter testa avancerad bildstyrd simulering i vår cystoskopi- och uretäroskopisimulator. De som dessutom tar fördjupningskursen i urologi får också prova på att transuretralt resescera en prostata i vår TURP-simulator.

Godkänd kurs

För att få gå upp i tentamen måste studenterna ha klarat av alla ingående moment på kursen. Detta innebär ofta fullständig närvaro vid alla kliniska placeringar och vid kursens alla andra obligatoriska moment. För att få godkänd kurs måste man också ha skrivit sin pedagogiska portfölj för kursen innehållande olika delar som vi bedömt som viktiga, ex. skall alla ha gjort ett "ämneshära" evidence-baserat projektarbete. De internationella studenterna skriver ofta mycket omfattande och korrekt vilket kan hjälpa dem i den totala bedömningen.

Examinationen

Examinationen på kursen består av tre delar. Det första är den praktiska examen, ett så kallat OSCE-test (objective structured clinical examination) bestående av cirka tio stationer med olika kirurgiskt



Internationella deltagare i fyra-veckors-kursen klinisk rotation i urologi i Lars Henningsohns kök, tillsammans med kursledningen.

anknutna praktiska uppgifter inklusive standardiserade patienter som simulerar olika fördefinierade sjukdomar/tillstånd. Som komplement till detta färdighetstest skriver därefter studenterna den skriftliga tentamen där vi försöker mäta studenternas kunskaper. Sist, men inte minst får alla studenterna visa hur de sätter ihop och resonerar kring sina kunskaper vid den muntliga tentamen. De internationella studenterna klarar dessa delar ganska likvärdigt de svenska. Det som var svårast för mig att förstå var att studenter från vissa länder inte önskar godkänt på kursen för att inte "missa" chansen till att komma högt i rangordningen inför specialitetsval och sjukhusval i sina hemländer. Inte så sällan är hela Stockholms kursetta en internationell student från Tyskland.

Fördjupningskurs och klinisk rotation i klinisk urologi

Läkarprogrammet på Karolinska Institutet erbjuder vidare ytterligare två internationella kurser för fördjupade kunskaper i urologi. Det första alternativet är en tvåveckors kurs i "Clinical Urology". Kursen är öppen för både svenska och internationella studenter. Kursen är till största delen teoretisk med fördjupad urologisk undervisning i en stor del av urologin samt två dagars klinisk placering på olika urologiskt

KURSER

- A. Basic urology for medical students:** 1,5 vecka seminarier och verksamhetsförlagd utbildning. Examination inom ramen för ordinarie kurs i kirurgi.
- B. Clinical Urology, advanced course:** 2 veckor, 1–2 dagar kliniskt besök, 5–6 dagar teoretisk undervisning, och 2 dagar examensarbeten (fall och föreläsningar).
- C. Clinical rotation in urology:** 4 veckor verksamhetsförlagd utbildning inkluderande spridda seminarier. Fall-baserad examination.

inriktade enheter, ex. ESVL-enhet, robotkirurgi, strålbehandling, brachybehandling, onkologisk behandling, urologi vid mindre sjukhus, urologi hos privaturologer, avancerad njurcancerkirurgi etc. Vid dessa kliniska placeringar skall man hitta ett intressant fall att redovisa för sina kollegor.

Alla studenter måste dessutom redogöra för ett urologiskt ämne som inte ingår

som ordinarie föreläsning. Studenterna är fantastiskt duktiga och flera studenter får ett cementerat intresse för urologi vilket borgar för framtidens fina urologiska sjukvård. Vi erbjuder dessutom en fyra-veckors "clinical rotation" i urologi vilket i praktiken innebär att fyra till åtta internationella studenter är hos oss i fyra hela veckor för att delta i verksamheten. Urologi är ju som vi alla vet ett hett ämne och en mycket uppskattad specialitet över hela världen vilket gör att söktrycket är stort på dessa få platser.

Det är en genuin glädje att få ha förmånen att undervisa dessa studenter med ett intresse för urologi som överstiger den ordinarie studentens, i vanliga fall, ganska stora intresse. Vid ett tillfälle brukar vi bjuda in studenter och lärare på en svensk middag med svenska delikatesser. Att vidga sitt nätverk på detta sätt är verkligen att rekommendera. ■

Artikeln har tidigare publicerats i
SUF-Nytt nr 1, 2013.



NYA BEHANDLINGSLTERNATIV vid kastrationsresistent prostatacancer (CRPC)

Den 11 maj anordnade Janssen ett möte i Stockholm kring behandlingen av avancerad prostatacancer. På mötet diskuterades bland annat användningen av traditionell hormonell behandling i form av kemoterapi, men framförallt utvecklingen av nya läkemedel som riktas mot androgenreceptorn och behandling med radioisotoper. Dessutom hölls en interaktiv workshop.

I Sverige är prostatacancer den vanligaste cancerformen bland män. Med introduktionen av PSA-test i början av 90-talet, har incidensen ökat kontinuerligt, men ligger nu ganska konstant kring 10 000 nya fall per år. Under samma tid har mortaliteten, som är ovanligt hög i Norden, legat relativt konstant på ca 2 400 fall per

år. Enligt beräkningar estimeras ca 110 000 nya fall år 2030, vilket utgör över hälften av alla prevalenta cancerfall bland män.

Baserat på naturalförloppet av sjukdomen är behovet av mer effektiva behandlingar stort. Detta är av särskild stor vikt för patienter som får återfall efter initial kastrationsbehandling, det vill säga blir kastrationsresistenta.

Alla patienter vars prostatacancer blir kastrationsresistent avlider förr eller senare i sin sjukdom. Hittills har behandlingsalternativen för denna grupp patienter varit begränsade, men på senare tid har nya insikter om prostatacancers biologi bidragit med viktiga ledtrådar till nya terapeutiska möjligheter och idag börjar man äntligen utveckla nya terapeutiska alternativ till CRPC.

Traditionell hormonell behandling vid CRPC

Dr Göran Ahlgren från Skånes universitetssjukhus berättade att det främsta syftet med hormonell behandling vid avancerad prostatacancer inte är att förlänga överlevnaden utan att förhindra komplikationer och förlänga den progressionsfria överlevnaden (PFS).

– Min föreläsning handlar inte direkt om kastrationsresistent prostatacancer, utan snarare om hur vi kan förlänga tiden till utveckling av kastrationsresistens, sa Göran Ahlgren.

Flera olika strategier kan tillämpas för att förlänga responsen vid hormonbehandling. De som diskuterades var att kombinera en GnRH-analog med antiandrogener (TAB), enbart antiandrogenbehandling och

utsättning av antiandrogener (antiandrogen withdrawal) men även sekundär hormonbehandling med andra typer av läkemedel, exempelvis östrogen.

– I USA används ofta ketokonazol på detta sätt. I de nordiska länderna däremot används det knappast alls på grund av biverkningarna, berättade Göran Ahlgren. En ytterligare strategi är att byta till en annan GnRH-agonist/-antagonist. Även om alla preparaten utövar samma hämning, kan skillnaderna i effekt vara stora.

Kemoterapi vid metastaserad CRPC

Professor Sten Nilsson, Karolinska Universitetssjukhuset, berättade att kemoterapi infördes som första linjens behandling vid metastaserande CRPC först i slutet av 1990-talet. Idag är docetaxel gyllene standard vid symptomatisk sjukdom, med en överlevnadsvinst på ca tre månader jämfört med mitoxantrone.

– Tre månader kan låta lite, men det finns stora skillnader i respons mellan olika patienter, så att vissa svarar under mycket lång tid och andra inte alls, förklarade Sten Nilsson. Dessutom är de positiva effekterna på både livskvalitet och smärta betydande.

I mars 2012 godkändes ett nytt cytostatikum för behandling av mCRPC: cabazitaxel. Godkännandet baserades främst på den så kallade TROPIC-studien, som visade en förlängning av överlevnaden på 2,4 månader med cabazitaxel jämfört med mitoxantrone hos patienter som tidigare progredierat på docetaxel. En subgruppsanalys har visat att mortalitetsvinsten var oberoende av om docetaxel-behandlingen avbrutits på grund av sjukdomsprogression eller av andra skäl.

Hur blir prostatacancer kastrationsresistent?

Jan-Erik Damber, Sahlgrenska universitetssjukhuset, berättade att kastration hämmar tillväxten av tumörceller genom minskad proliferation, ökad apoptos och reducerat blodflöde i tumören. Men tillståndet initierar även uppkomsten av alternativa signalvägar som gör att cancercellerna kan kringgå hämningen.

En sådan alternativ signalväg kan uppstå genom att androgenreceptorn utvecklar ökad känslighet, en annan genom att dess specificitet minskar så att den även kan aktiveras av andra ligander än antiandrogener.

– Exempelvis kan kortikoider, som i normala fall verkar hämmande på androgenreceptorn, istället stimulera PSA och androgenoberoende tillväxt av prostatacancerceller, berättade Jan-Erik Damber.

En annan alternativ signalväg åstadkoms genom att andra faktorer än steroider kan aktivera androgenreceptorn via androgenberoende eller -oberoende mekanismer. I båda fallen når androgenreceptorn cellkärnan och initierar gentranskriptionen utan inblandning av en ligand.

– Dessutom kan cancerceller utveckla förmågan att överleva helt oberoende av androgenreceptorn och dess ligand via parallella signalvägar, förklarade Jan-Erik Damber. Det kan bland annat ske genom modulering av apoptos, exempelvis genom uppreglering av Bcl-2-onkogenen.

Ytterligare ett sätt att kringgå kastration är co-aktivering av andra transkriptionsvägar som förmedlar signaler mellan androgenreceptorn och transkriptionsmaskineriet. Slutligen kan ökad regeneration av stamceller bidra till tumörtillväxt. Dessa stamceller saknar androgenreceptorer och kan differentiera till aktiva tumörceller.

– Inte bara är signalvägarna många och komplicerade, utan dessutom kan flera av dem vara aktiva hos samma patient, kanske till och med samtidigt, sa Jan-Erik Damber. Tumörceller är anpassningsbara; om en signalväg blockeras hittar de helt enkelt en annan. Detta är en viktig förklaring till att kastrationsresistent prostatacancer är en så heterogen sjukdom.

Nya läkemedel riktade mot androgen signalering

Professor Eleni Efstathiou, verksam vid M.D. Anderson Cancer Center i Houston, Texas, USA och vid universitetet i Aten, Grekland, konstaterade att den positiva utvecklingen inom behandling av prostatacancer innebär nytt hopp för patienterna men också krav på vårdgivarna att fastställa den rätta användningen av de nya terapierna.

– Ett exempel är kemoterapi. Inom många andra cancerområden anses det mer eller mindre självklart att ett läkemedel som är effektivt i ett sent sjukdomsskede fungerar ännu bättre om det sätts in tidigare, men det förefaller inte stämma vid prostatacancer, sa Eleni Efstathiou.

Man har länge trott att den endokrina androgenproduktionen är det som stimulerar progressionen av prostatacancer, och behandlingen har därför inriktats på hämning av androgener som produceras i gonader och binjurar. Under senare tid har man dock kunnat visa att androgener även produceras i tumörens mikromiljö och att steroider även kan syntetiseras intrakrint. Abirateron är ett nytt läkemedel som verkar genom att hämma testosteronproduktionen i testiklar, binjurar och cancerceller. I COU-AA-301-studien, som jämförde abirateron + prednison med placebo + prednison hos patienter som tidigare progredierat på kemoterapi, var totalöverlevnaden 4,6 månader längre i abirateron-gruppen. Dessutom erhöles en signifikant bättre smärtreduktion och tiden till första skelettrelaterade händelse (SRE) fördubblades, från 150 dagar med placebo till 301 dagar med abirateron.

– I juni presenteras tvillingstudien, COU-AA-302, på kemoterapi-naiva patienter. Det ska bli oerhört spännande att få ta del av de resultaten, konstaterade Eleni Efstathiou.

En annan viktig fråga gäller responsprediktion. Eleni Efstathiou berättade om en egen studie på abirateron, COU-AA-BMA, som inkluderade 61 patienter med benmetastaser och funktionsstatus 2 som tidigare progredierat på minst två behandlingar med kemoterapi. Resultaten visade att 50% av patienterna erhöles maximal PSA-minskning. Med avseende på prediktiva faktorer visade studien att en androgenreceptor med homogent, intensivt uttryck korrelerade med längre behandlingsduration, i synnerhet hos patienter vars tumörer hade ett högt uttryck av CYP17. Dessutom visades testosteron mätt med masspektroskopi i benmärgen korrelera med närvaro av CYP17 i tumören. En annan viktig observation var att testosteronhämningen med abirateron var effektiv både tidigt efter insättningen och efter att behandlingen avbrutits på grund av progression.

Ett annat läkemedel som ej ännu är godkänt, men som är under utvärdering av de regulatoriska myndigheterna, är MDV3100, en andra generationens antiandrogen. I AFFIRM-studien, som inkluderade närmare 1200 patienter med progredierande mCRPC efter svikt på behandling med docetaxel, förläng-



des överlevnaden med 4,8 månader i MDV3100-gruppen jämfört med placebo.

En diskussion som förs är möjligheten att kombinera abirateron (androgen biosynteshämmare) och MDV3100 (androgenreceptorblockerare) för att komma åt aktiviteten kring androgenreceptorn på olika nivåer och därmed få bättre effekt, men detta behöver utvärderas i studier.

Behandling inriktad mot skelett-komplikationer

Bertrand Tombal, Université catholique de Louvain och Cliniques universitaires Saint Luc i Bryssel, Belgien, talade om benmetastaser och hur de kan behandlas. Han introducerade även begreppet morbiditetskompression.

– Vissa typer av cancerterapi påverkar inte överlevnaden, och i vissa fall kan biverkningar medföra att morbiditeten ökar totalt sett, även om cancern i sig påverkas positivt, sa Bertrand Tombal. Samtidigt vet vi att livskvalitet är viktigare än -kvantitet för många patienter. Att komprimera morbiditeten så att patienten är så frisk som möjligt under så lång tid som möjligt kan därför vara ett rimligt mål. Det är dessutom betydligt mindre kostsamt än att förlänga livet.

Ytterligare ett av de nya preparaten på väg för behandling av mCRPC är radioisotopen radium 223 (Alpharadin). Alpharadin binds till skelettet genom att ta kalciums plats när skelettet omsätts nära benmetastaserna. Tack vare strålningens korta räckvidd minimeras skadorna på omkringliggande vävnad.

Alfaradin är den första radioisotop som binder till skelettet och som visat ökad överlevnad. I ALSYMPCA-studien, som inkluderade 922 patienter med symtomatiska skelettmetastaser, ökade medianöverlevnaden med 2,8 månader och den genomsnittliga tiden till första skelettrelaterade händelse var 5,1 månader längre med alfaradin jämfört med placebo. De positiva effekterna sågs i samtliga sub-

grupper och behandlingen var vältolererad. Alpharadin är under utvärdering av de regulatoriska myndigheterna och är ej ännu godkänt.

Prevention av skelettrelaterade händelser gör inte bara tumören svagare utan också patienten starkare. Tre olika läkemedelsklasser har prövats. En av dem är endotelinreceptorblockerare (zibotentan, astrasentan), som dock ej visat signifikanta resultat på dessa patienter i kliniska studier. Bisfosfonater, som zoledronsyra, har i tidigare studier redovisat en förlängning av tid till första skelettrelaterade händelse jämfört med placebo, men utan någon signifikant påverkan på överlevnaden. Denosumab är en RANK-ligandhämmare som i en studie på närmare 2 000 patienter visats medföra 3,6 månaders ytterligare förlängning av tid till skelettrelaterad händelse jämfört med zoledronsyra, dock utan påverkan på överlevnaden.

– Men att bisfosfonater och denosumab komprimerar morbiditeten betyder inte att alla patienter med stigande PSA ska behandlas, betonade Bertrand Tombal. En rimlig gräns är att behandla patienter vars PSA-dubblingstid är kortare än sex månader. Övriga patienter har låg risk för att utveckla metastaser och bör därför istället erbjudas aktiv monitorering.

Diskussioner under debatten

En fråga som lyftes fram under workshopen gällde i vilket skede kemoterapi bör sättas in. Där råder ingen klar konsensus i Sverige idag och användningen av kemoterapi hos prostatacancerpatienter i Sverige är relativt sätt låg. Eleni Efstathiou betonade att sjukdomens heterogenitet kräver att flera olika responsprediktorer används, däribland LDH.

Olika kastrationsmetoder diskuterades. Flertalet patienter föredrar hormonell behandling, men kirurgisk kastration går inte bara snabbt och enkelt att utföra utan är dessutom billigt. Patienten har inget att förlora på kirurgi, den som väl blivit

kastrationsresistent kan aldrig upphöra med hormonbehandling.

Ett förslag som framkom var att starta en nationell uppföljning för patienter med avancerad prostatacancer. Det skulle hjälpa till att ge svar på många frågor om de nya behandlingsmöjligheterna. Detta sågs som angeläget av flera av deltagarna baserat på att avancerad prostatacancer står inför en helt ny fas. Den kliniska utmaningen – förutom kostnaden – blir att på bästa sätt kombinera dessa nya läkemedel så att patienterna får högsta möjliga överlevnad. ■

HELENA NORDLUND
Frilansskribent

TILLÄGG TILL ARTIKELN

COU-AA-302, på kemoterapi-naiva patienter, som Eleni Efstathiou refererar till med abirateron är nu publicerad (ref. Rian et al; n engl j med 368;2 nejm.148 org january 10, 2013). Abirateron tillsammans med prednisolon visade signifikant fördel för radiologisk progressionsfri överlevnad (rPFS) och samtliga sekundära effektmått, samt en numerisk trend vad gäller förbättrad medianöverlevnad dock ej signifikant.

Utökad indikation för abirateron godkändes den 21 dec 2012 i Sverige, Danmark, Finland och övriga Europa för kastrationsresistent prostatacancer (mCRPC) hos vuxna män som är asymtomatiska eller har milda symtom efter svikt av androgen deprivationsterapi hos vilka kemoterapi ännu inte är indicerad. I Norge blev det godkänt i februari 2013.

MDV 3100 eller enzalutamid är godkänt för behandling av mCRPC efter kemoterapi i USA, och estimeras bli godkänt i Europa i sommar. Alpharadin är godkänt av FDA i USA maj 2013.

Artikeln har tidigare publicerats i SUF-Nytt nr 1, 2012.

Visit at Haukeland University Hospital in Bergen, Norway

by Mette Christine Zoffmann, Resident in Urology, Odense University Hospital, Denmark



The scenic view from Mt. Ulriken.



In March 2012, I had the pleasant experience to go on a study visit to the Department of Urology at Haukeland University Hospital in Bergen.

I am a resident of urology, working at Odense University Hospital. I chose to visit Haukeland University Hospital because of my great interest in laparoscopic and robot-assisted surgery. At the time of my visit, the urological robot-assisted operations at Odense University Hospital were only about to start.

Professor Steen Walter, Odense University Hospital and Christian Beisland, Norway arranged the visit, and I was lucky to receive the NUF Travel Grant.

I arrived by plane to the beautiful city of Bergen. The weather presented the city from its most admirable side. Bergen is sur-

rounded by seven mountains and the fiord, and is full of history and charm. I enjoyed a walk along Bryggen; the old Hanseatic wharf, which has got a place on UNESCO's World heritage List, and took a nice trip to the top of Mt. Ulriken by cable lift, in order to see the breath-taking panoramic view of the city and the ocean.

Haukeland University Hospital covers quite a large area with a population of 1 000 000 citizens in the region and 300 000 citizens in the local area.

The Department of Urology at Haukeland University Hospital has nine consultant urologists and four residents. In addition there are two professors and one associate professor.

Since 2009 it has been a centre of robotic surgery. The robot-assisted radical prostatectomy (RALP) operations are the primary operations, but other surgical procedures are also done »

■ Visit at Haukeland ...

” I absolutely recommend my colleagues in Scandinavia to apply for the travel grant and make use of this great opportunity to visit another urological department.

robot-assisted. This year, Haukeland will do approximately 150–175 RALP. Three different trained surgeons do the RALP at Haukeland.

DURING THE STAY I was primarily at the operating theatre, where I participated in several different types of operations of my own choice. In advance I had a special interest in getting the chance to see the robot-assisted laparoscopic prostatectomy. Thanks to the dedicated staff, I was thoroughly introduced to the surgical procedure and to the preparing examinations of the patients selected for this operation. All patients are examined with MR of the prostate before undergoing the RALP. A close co-operation between the urologists and the radiologists is therefore necessary. I had the impression of a very well functioning unit at Haukeland.

During the week the surgical program included laparoscopic and open nephrectomy, ureteroscopic diagnostic and therapeutic procedures, stone surgery and other endoscopic procedures as well. Moreover I was introduced to the out-patients' clinic and to the urodynamic lab.

THE DAILY ROUTINES of the department were as expected quite similar to my own daily job, but still it was interesting and sometimes even surprising to notice the minor and major differences in ways of doing things. I participated in the daily conferences and the radiology meetings as well as the daily rounds at the ward.

The educational focus at Haukeland was given a high priority. The residents and consultants had scheduled lectures at least twice a week. Residents supervised by specialists performed many of the operations. Moreover, the residents assisted at the RALP as well.

I had an encouraging and interesting week at Haukeland University Hospital in Bergen. I absolutely recommend my colleagues in Scandinavia to apply for the travel grant and make use of this great opportunity to visit another urological department. The NUF Travel Grant can be applied for by residents in urology as well as consultants in urology by sending an application to the NUF Secretary General, Lisbeth Salling. Further information can be found at the homepage.

I WOULD LIKE TO THANK my colleague Professor Steen Walter, not only for providing the contact, but also for his encouragement and support. Moreover I would like to thank head consultant at Department of Urology at Haukeland University Hospital, Christian Beisland for accepting my visit, doctors and nurses at Haukeland for their dedicated and friendly attitude and last but not least Ulla Geertsen, Odense University Hospital for giving me the time off to go abroad. Finally, I would like to express my great gratitude to NUF for the economical funding; the NUF Travel Grant. ■



RALP (The robot- assisted radical prostatectomy).



"Sorrow left me at the top of Mt Ulriken".

PSA-screening – en uppdatering

Sigrid Carlsson Leg läk, Med Dr., Post-doc
Memorial Sloan-Kettering, Cancer Center New York, USA
Avdelningen för urologi, Sahlgrenska Akademien Göteborgs Universitet



Det är få markörer som har skapat liknande debatt som Prostata-Specifikt Antigen (PSA). Tveklöst har ingen tumörmarkör orsakat sådan förändring vad gäller tidig upptäckt av prostatacancer, stadiindelning samt monitorering efter behandling [Carlsson 2010].

Bakgrunden är att vi ännu inte vet med säkerhet huruvida nyttan med PSA-screening – att förhindra lidande och sjukdomsdöd – överväger de potentiellt negativa konsekvenserna.

PSA-testning sänker sjukdoms-dödligheten

Prostatacancer är den svenske mannens vanligaste cancerform. Var tjugonde man avlider i sviter av sjukdomen, ofta efter ett besvärligt och långdraget förlopp med spridd sjukdom. När prostatacancer börjar ge symptom är sjukdomen ofta avancerad. Det är bedrövligt att se patienter som kommer för sent till diagnos där bot inte är möjlig.

Därför ter det sig logiskt att försöka upptäcka och bota sjukdomen i ett asymptomatiskt skede, så kallad screening, vilket är möjligt genom blodprovet PSA. Världens största randomiserade PSA-screeningstudie där Göteborg ingår som ett center, European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC), har visat att regelbunden PSA-testning av män i åldrarna 50–70 år har potential att statistiskt säkerställt minska dödligheten i prostatacancer med 21–44% efter 11–14 års uppföljning [Hugosson et al 2010], [Schröder et al 2012].

Flera potentiellt negativa konsekvenser

Ett stort dilemma är dock att prostatacancer är vanligt förekommande i den åldrande manliga befolkningen och en del män kommer aldrig att besväras av sjukdomen under sin livstid, utan avlida av något annat. PSA hittar många sådana här tumörer, det vill säga överdiagnostik. I Göteborgsstudien beräknades att 12 män behövde diagnostice-

”Våra svenska riktlinjer säger att män efter information om tänkbara fördelar och nackdelar själva får fatta beslut om PSA-testning.

ras och handläggas för att undvika ett dödsfall i sjukdomen [Hugosson et al 2010].

- Ett annat problem med PSA-testet är att det har förhållandevis låg specificitet, vilket innebär att även andra tillstånd, såsom t.ex. godartad förstoring kan ge ett förhöjt värde. Dessa så kallade ”falsk positiva” tester kan åsamka en del män kraftig oro [Carlsson et al 2007]. Till följd av ett förhöjt värde rekommenderas därutöver många män att genomgå vävnads-provtagning av körteln (biopsier), vilket inte är helt riskfritt. Nya studier har visat att infektionskomplikationer och sjukhusinläggningar efter prostatabiopsi har ökat, vilket blivit en växande angelägenhet [Nam 2010], [Loeb 2011], [Loeb 2012]. En restriktiv attityd till biopsi är därför klok. Aktuell forskning kring att ta fram mer gynnsamma screening-algoritmer har som delsyfte att minska antalet onödiga biopsier. Screeningstudier pågår för närvarande spritt över Sverige.

- Vidare är PSA-screening i förlängningen tveklöst förknippad med betydande påverkan på normala kroppsfunktioner. Ett avgörande problem är att anatomin för organet ifråga är sådan att operation är förenlig med risk för impotens och urininkontinens liksom blod i avföringen, avföringsläckage och täta urinträngningar efter strålbehandling.

- Den forskargrupp som undertecknad ingår i utforskar nu i detalj balansen för att finna screening-strategier som minimerar skadan. Kostnadseffektivitetsberäkningar

innefattande kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) för dessa för- och nackdelar kommer ge oss ytterligare insikter. Vi väver också in våra kunskaper i beslutsverktyg med syfte att underlätta för den enskilde mannen att fatta ett individuellt beslut att låta PSA-testas som är kongruent med hans värdegrund; en del män har en livsfilosofi som gör att de till varje pris vill undvika en allvarlig cancersjukdom och död senare i livet, där de bedömer att dessa risker över-skuggar riskerna för behandlingsrelaterade biverkningar. Andra män värderar sin nuvarande livskvalitet högre och är bekymrade över den minskning av livskvaliteten det skulle medföra att lida av biverkningar av behandling [Hugosson Carlsson 2012].

Vad säger riktlinjerna?

Våra svenska riktlinjer säger att män – efter information om tänkbara fördelar och nackdelar – själva får fatta beslut om PSA-testning. Detta är i linje med många internationella riktlinjer som rekommenderar denna metod med individualiserat beslutsfattande efter balanserad information [Schröder 2011] [Gomella et al 2011]. Opportunistisk PSA-testning har blivit allt vanligare, [Jonsson et al 2010] [Bratt et al 2010], men tyvärr sker inte sällan sådan testning utan att mannen får tillfyllest information om för- och nackdelar, t.ex. genom den informationsbroschyr som utarbetats av Socialstyrelsen [SoS 2010].

- Många urologer uttryckte sin förvåning under den årliga American Urological »

Association (AUA) kongressen i Atlanta i maj 2012 när the United States Preventive Services Task Force (USPSTF) gick ut med sin slutgiltiga riktlinje som innebar en rekommendation emot PSA-screening (grad D) i alla åldrar [Moyer et al 2012]. Vi kan sympatisera med att det sätt som PSA-testning och efterföljande handläggning skett i USA på senare år inte varit helt optimal, innebärande såväl överbehandling (där även ekonomiska- och marknadskrafter spelar in) samt onödig testning av äldre män med andra allvarliga sjukdomar som sannolikt ej har nytta av tidig diagnostik. Men det var olyckligt att den översiktsartikel som gav underlag till USPSTFs beslut innehöll en rad sakfel [Carlsson et al 2012].

- USPSTF sammanfattade att nyttan inte överväger skadorna, vilket med dagens kunskap är sant på populationsbasis. Dock är vår sammanfattande bild av kunskapsläget att vi har evidens för att PSA-testning minskar såväl morbiditet som sjukdomsmortalitet och att det kan finnas vinster för den enskilde individen, vilket istället för en grad D rekommendation skulle motsvara grad C [Carlsson et al 2012], [Schröder 2011], [McNaughton-Collins, Barry 2011].

- Även om USPSTFs rekommendation var så stark som "against" (inte bara "do not recommend") så är frågan vad effekterna blir i praktiken. Det är svårt att tro att PSA-testet nu kommer försvinna. Screening kan implementeras på många olika sätt och sannolikt kommer framtidens debatt inte röra sig om en fråga som gäller "om" utan "hur".

Baslinje-PSA

Nya studier indicerar att PSA-nivån är förknippad med risken för att drabbas av prostatacancer flera år, till och med decennier, före diagnosen [Zhu et al 2012], [Loeb et al 2011]. Idén är att ett så kallat "baslinje-PSA" vid en specifik ålder kan användas för riskstratifiering på grund av sambandet, inte bara för risken att diagnosticeras utan även för risken att utveckla metastaserad sjukdom och risken att avlida i sjukdomen [Vickers et al 2010].

En del forskare kallar denna strategi för "biologi-baserad screening" [Vickers et al 2007]. Denna strategi innebär att om man mäter PSA i medelåldern så har man en chans att finna män som har hög risk för livshotande prostatacancer vid en tidpunkt då sjukdomen fortfarande är botbar. På så vis skulle män som har låg risk vid första testningen kunna rekommenderas mindre frekvent testning och tvärtom de som har hög risk följas tätare och rekommenderas biopsi. Vissa forskare har föreslagit den ålders-specifika medianen som ett riktvärde [MSKCC 2012].

Hur screening kan förbättras

Vi [Carlsson et al 2012] tog fram tre tumregler som skulle kunna förbättra resultaten av PSA-användandet och förhållandet mellan skada och nytta, framförallt i USA (faktaruta 1).

FAKTARUTA 1:

[referens Carlsson et al JCO 2012 June 18]

1. Undvik att PSA-testa äldre män där risken för överdiagnostik och överbehandling är stor. Till exempel äldre män med andra allvarliga sjukdomar och kort förväntad livslängd, som mer sannolikt kommer avlida av något annat. Utmaningen i framtiden blir att selektivt screena och behandla de äldre män som kan ha nytta av detta.

2. Behandla inte de som inte behöver (omedelbar) behandling. Ett sätt att minska, eller senarelägga, onödiga behandlingsrelaterade biverkningar är behandlingsstrategin aktiv expektans, som innebär regelbunden uppföljning samt framskjutande av kurativt syftande terapi för män med lågrisk-tumörer.

3. Remittera män som behöver behandling till högvolym-centra. Även om detta inte alltid är praktiskt genomförbart så skulle sådana förändringar i behandlingstrender sannolikt förbättra cancerkontroll och minska komplikationsfrekvenserna. Vi vet också att kirurgens teknik är av betydelse för resultaten [Vickers et al 2011].

Intelligent, risk-anpassad, screening

Kanske förenklade USPSTF frågan om PSA-screeningens vara eller icke vara och tog inte hänsyn till mer selektiva, individanpassade och riktade screeningmetoder. Kanske är svaret på frågan inte att stoppa screening över huvud taget, utan att screena mer "intelligent". Vägen framåt vad gäller att adressera dilemmat att skifta förhållandet mellan skada och nytta är att minska överdiagnostik och överbehandling av långsamväxande, "snäll" prostatacancer genom att inrikta screening så att den identifierar vilka män som har låg respektive hög/livshotande risk. Detta kallas riskstratifiering. Kanske är det dags att överge "one-size-fits-all" och istället försöka prediktera varje mans individuella risk [Kim et al 2011].

På grund av PSA-testets låga specificitet forskas det kring andra tumörmarkörer och kombinationer härav. Framtiden efterfrågar en riskanpassad strategi där PSA-testning, i kombination med andra hjälpmedel, skräddarsys för att prediktera individuell risk. Så kallade risk-kalkylatorer är framtagna som inkluderar bland annat ålder, PSA, ärftlighet, palpationsfynd och tidigare biopsi-fynd [t.ex. ERSPC 2012].

- En metod som ökat i popularitet är MR (magnetkamera) undersökning av prostata. En kombination av tumörmarkörer ihop med MR kan sannolikt minska antalet män som behöver biopseras samtidigt som överdiagnostik av ”snälla” tumörer sannolikt kan minskas [Moore et al 2012].

- Med syfte att undvika överbehandling och minska biverkningar, utforskas inom ramen för studier även så kallad fokal terapi [Ahmed et al 2012], även om vissa manar till försiktighet med denna behandlingsregim på grund av avsaknad av långtidsdata.

Individuellt beslutsfattande

Sammanfattningsvis kan sägas att potentialen som PSA-screening har att sänka sjukdomsdödligheten är lovande, men tiden är ännu inte mogen för att allmänt rekommendera PSA-testning av asymptomatiska män. Att däremot låta informerade män erbjudas möjlighet till ett individuellt ställningstagande är den kanske mest framkomliga vägen som också är etiskt försvarbar [Hugosson, Carlsson 2011].

- ”The art of decision making is to integrate the evidence and values. The art of living is to integrate the head and the heart” [Hunink, Glasziou 2011]. ■

Referenser:

Carlsson S. Prostate cancer screening with PSA – A study of potential negative consequences. PhD thesis. ISBN 978-91-628-8023-1. <http://hdl.handle.net/2077/21922> Geson Hylte tryck, Göteborg 2010.

Hugosson J, Carlsson S, Aus G, Bergdahl S, Khatami A, Lodding P et al. Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol.* 2010;11(8):725-32.

Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V et al. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *N Engl J Med.* 2012; 366(11):981-90.

Carlsson S, Aus G, Wessman C, Hugosson J. Anxiety associated with prostate cancer screening with special reference to men with a positive screening test (elevated PSA) - Results from a prospective, population-based, randomised study. *Eur J Cancer.* 2007 Sep; 43(14):2109-16.

Nam RK, Saskin R, Lee Y, Liu Y, Law C, Klotz LH et al. Increasing hospital admission rates for urological complications after transrectal ultrasound guided prostate biopsy. *J Urol.* 2010;183(3):963-8.

Loeb S, Carter HB, Berndt SI, Ricker W, Schaeffer EM. Complications After Prostate Biopsy: Data From SEER-Medicare. *J Urol.* 2011; 186(5):1830-4.

Loeb S, van den Heuvel S, Zhu X, Bangma CH, Schröder FH, Roobol MJ. Infectious Complications and Hospital Admissions After Prostate Biopsy in a European Randomized Trial. *Eur Urol.* 2012; 61(6):1110-4.

Hugosson J, Carlsson S. *Läkartidningen.* 2012; 8(109):398-402.

Jonsson H, Holmström B, Duffy SW, Stattin P. Uptake of prostate-specific antigen testing for early prostate cancer detection in Sweden. *Int J Cancer.* 2010 Dec 10.

Bratt O, Berglund A, Adolfsson J, Johansson JE, Törnblom M, Stattin P; Steering Committee of the Swedish National Prostate Cancer Register. Prostate cancer diagnosed after prostate-specific antigen testing of men without clinical signs of the disease: a population-based study from the National Prostate Cancer Register of Sweden. *Scand J Urol Nephrol.* 2010 Dec; 44(6):384-90.

Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer> 2010/2010-4-10.

Schröder, F.H., Stratifying risk--the U.S. Preventive Services Task Force and prostate-cancer screening. *N Engl J Med.* 2011; 365(21):1953-5.

Gomella, L.G., et al., Screening for prostate cancer: the current evidence and guidelines controversy. *Can J Urol.* 2011;18(5):5875-83.

Moyer VA; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2012 May 21.

Carlsson S, Vickers AJ, Roobol M, Eastham J, Scardino P, Lilja H et al. Prostate Cancer Screening: Facts, Statistics, and Interpretation in Response to the US Preventive Services Task Force Review. *J Clin Oncol.* 2012 Jun 18.

McNaughton-Collins MF, Barry MJ. One man at a time--resolving the PSA controversy. *N Engl J Med.* 2011 Nov 24; 365(21):1951-3.

Vickers A, Savage C, Bianco F, Mulhall J, Sandhu J, Guillonneau B et al. Cancer control and functional outcomes after radical prostatectomy as markers of surgical quality: analysis of heterogeneity between surgeons at a single cancer center. *Eur Urol.* 2011 Mar; 59(3):317-22.

Kim, J. and J.W. Davis, Prostate cancer screening--time to abandon one-size-fits-all approach? *JAMA.* 2011; 306(24):2717-8.

Zhu X, Albertsen PC, Andriole GL, Roobol MJ, Schröder FH, Vickers AJ. Risk-Based Prostate Cancer Screening. *Eur Urol.* 2012 Apr; 61(4):652-61.

Loeb S, Carter HB, Catalona WJ, Moul JW, Schroder FH. Baseline Prostate-Specific Antigen Testing at a Young Age. *Eur Urol.* 2012 Jan; 61(1):1-7.

Vickers AJ, Cronin AM, Björk T, Manjer J, Nilsson PM, Dahlin A et al. Prostate specific antigen concentration at age 60 and death or metastasis from prostate cancer: case-control study. *BMJ.* 2010; 341:c4521.

Vickers AJ, Ulmert D, Serio AM, Björk T, Scardino PT, Eastham JA et al. The predictive value of prostate cancer biomarkers depends on age and time to diagnosis: towards a biologically-based screening strategy. *Int J Cancer.* 2007;121(10):2212-7.

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center: Screening guidelines: Prostate cancer. <http://www.mskcc.org/cancer-care/screening-guidelines/screening-guidelines-prostate>

Moore, C.M., Robertson N.L., Arsanious N, Middleton T, Villers A, Klotz L et al. Image-Guided Prostate Biopsy Using Magnetic Resonance Imaging-Derived Targets: A systematic Review. *Eur Urol* In press 4 June 2012.

ERSPC 2012 <http://www.prostatecancer-riskcalculator.com>

Ahmed HU, Hindley RG, Dickinson L, Freeman A, Kirkham AP, Sahu M et al. Focal therapy for localised unifocal and multifocal prostate cancer: a prospective development study. *Lancet Oncol.* 2012 Jun;13(6):622-32.

Hunink M, Glasziou P. Decision making in health and medicine. Integrating evidence and values. Cambridge University Press. 10th printing 2011.

Artikeln har tidigare publicerats i SUF-Nytt nr 1, 2012.



The NUF Travel Grant

NUF stay at Rikshospitalet, Oslo

by Majken Højrup Wiborg, Resident in Urology, Odense University Hospital, Denmark

Several colleagues from my department recommended me to apply for a NUF travel grant, so I did, and I was granted one.

I arrived in Oslo one Sunday in March 2013. It was a beautiful day. Full of expectations I took the T-bane (Oslo metro) to Holmenkollen, the highest peak in Oslo. Here I found 'Lysebu', my home for the next five days. "Oppe i lyset inden i Skogen" they write and so it is. A wonderful brown wooden house bought by the Norwegian people as a present in appreciation to the Danish people for their food aid during World War II. Young Danes visiting Oslo for academic purposes can reside here at a subsidised rate.

MY GOAL FOR THE ATTACHMENT was to witness reconstructive urological surgery and to gain a better understanding of neurogenic bladder dysfunction. Professor Steen Walter, Odense Universitetshospital, and senior consultant Alexander Schultz, Rikshospitalet Oslo, kindly arranged my stay.

Alexander Schultz arranged a very interesting programme for the week.

The University Hospital in Oslo consists of four different hospitals: Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Ullevål Hospital and Aker Hospital. The Department of Urology is spread over three of these hospitals with activity at Rikshospitalet (reconstructive and neuro-urology), Radiumhospitalet (uro-oncology) and Aker Hospital (general urology including, stones, LUTS, uro-oncology, acute urology).

The Urology section at Rikshospitalet is manned by three consultants and two residents. It is also administratively included in the surgical clinic at Rikshospitalet which is comprised of the urology, upper gastro-intestinal, transplantation and paediatric surgical units. Residents are expected to cover all four units when on call. Urology is a surgical sub-speciality in Norway.



The view from Lysebu room.



The author next to her Norwegian colleagues Dag Gullen and Alexander Schultz.



Mornings begin at 07.30 with a radiological conference. At 07.45 the whole surgical clinic meets to discuss the forthcoming day's operative activity and plan for possible challenges. Ward round starts at 08.00. All days, except Tuesday, operations were planned for me to see. I was lucky to see several reconstructions of urethra made both anteriorly, posteriorly with graft insertion and with resection of a diverticulum, an enterocytostatic due to urinary incontinence refractory to all other treatment, insertion of a sacral neuromodulator, a prosthesis for continence in men (AMS 800), penis plastic with patch due to Mb Peyronie and injections of Botox in bladder. Furthermore I was reminded about the existence of video micturition cystography. An investigation, I must admit, we seldom use in my department.

One day I went to visit The Radium Hospital. Gry Lund, a fellow resident, was kind to take care of me. Radiumhospitalet is the only tertiary referral centre for penile cancer. They had just performed a penectomy. I saw penis biopsies and transperi-

neal biopsies of the prostate. When the days at the hospital were done, I saw some sights in Oslo city. It is easy to get around with the T-bane. One evening I also went skiing with Ole Jacob, one of the consultants. He was very kind to wait for me and help with well-meaning instructions to the impossible Dane, whom had not gone skiing for a very long time! One evening Alexander Schultz hosted and created a lovely dinner for some colleagues from the department and me.

IN SUMMARY MY STAY at Rikshospitalet was very instructive and rewarding, and fully worth the time spent away from my family. On top of that, it was a great experience to be greeted with such courtesy and kindness from my Norwegian colleagues. I can highly recommend a visit to the urologists at Rikshospitalet in Oslo.

I would like to convey my gratitude to Alexander Schultz, Steen Walter and "Fondet for dansk-norsk samarbeid" for making this trip possible. ■

”My goal for the attachment was to witness reconstructive urological surgery and to gain a better understanding of neurogenic bladder dysfunction.

IN MEMORIAM

Mirja Ruutu

1943–2012

Professor Mirja Ruutu passed away in January 2013 – a great loss for Finnish and Scandinavian Urology. Her training took place in Helsinki where she became a specialist in both General Surgery and Urology. Mirja's research interests were many and included urodynamics, biocompatibility and toxicity of urethral catheters, urethral strictures, prostate and renal cancer and interstitial cystitis. Her doctoral thesis (1985) dealt with urinary tract problems after Spinal Cord Injury.

She became consultant urologist at Helsinki University Central Hospital 1981, Docent in 1988. Finally she became Professor of Urology and Chairman of the Department from 2002 to 2008, when she retired. Mirja Ruutu was an inspiration for many junior, coming urologists and supervised their work with dissertations. She was the most popular opponent at doctoral thesis in Finland for a decade.

Mirja was a very kind, glad and extrovert colleague – well known and appreciated in both Scandinavian and European Urology. She served as both treasurer and General Secretary of the Scandinavian Association of Urology (NUF) and was Finland Nordic Editor for NUF-Bulletinen for ten years. She was also elected Finnish member of the first Scandinavian Collaborative Working Group on urodynamics.

Furthermore she was active within the European Board of Urology and held honorary memberships in both NUF and several international associations. Mirja's main hobbies were horses and dogs. She was a very skilled haute école rider and even imported a horse from Denmark. Mirja was always in a good mood which was contagious to her surroundings.

She was also the primus motor of an annual Urology Meeting in Helsinki where invited, famous European urologists lectured and participated in the scientific meeting and a following gala dinner after which a series of strange tests might earn them the club prize, a numbered lobster fork and a life-long membership of "the dirty lobster club".

Mirja will be missed among her colleagues and many friends in Scandinavian Urology. We convey our warmest thoughts to her husband Tapani and their two sons Olli and Antti.

Honored be the memory of Mirja Ruutu.

JENS THORUP ANDERSEN

Retired NUF President

STEEN WALTER

Retired NUF General Secretary



■ Calendar

Calendar Nordic events and courses 2013

21 Aug–23 Aug

2013 NUF congress Sandefjord, Vestfold, Norway.
Website: www.nuf2013.no

03 Sep–05 Sept

ERUS'13 – EAU Robotic Urology Section Congress on Latest Developments in Robotic Surgery, Stockholm, Sweden.
Website: www.erus2013.com

04 Sep–06 Sept

The XIV-th Course in Laparoscopic Urology “Avoiding, handling and surviving complications”; Aarhus University Hospital in Skejby, Denmark.
Website: <http://nuf.nu/Courses-filer/lap2013.pdf>

05 Sep–07 Sept

2nd Meeting of the EAU Section of Urolithiasis (EULIS); Copenhagen, Denmark.
Website: <http://eulis2013.uroweb.org/>

02 Oct–04 Oct

Urologidagarna 2013, Linköping, Sweden.
Website: <http://www.urologidagarna.org/>

■ Next NUF-Bulletin

Next issue

Next issue of NUF-Bulletinen will be published in December 2013.

We are looking forward to your contribution to the magazine. Don't hesitate to send your article/abstract/meeting report to the editors.

Deadline for issue 2/2013 is November 12.

Marianna Hrebenyuk

marianna.hrebenyuk@gmail.com

Anders Lidestål

anders.lidestål@karolinska.se

■ New address for NUF homepage

www.nuf.nu the new address for **NUF** homepage



As from June 2012, the official web address of NUF changed from the old www.scaur.org address to a new address – www.nuf.nu – which we hope is easier to remember. With the change in address, other server facilities were also chosen which makes a more updated interactive website possible.

Until now, the content from the old site has simply been moved and a redirection feature has been installed at the old address. This redirection will be removed shortly after the next NUF congress when the contact with the old site expires.

A restructuring process of the entire website is ongoing and will be presented at the general assembly of the upcoming congress in Sandefjord. If any of the members have suggestions for new features or content, please do not hesitate to contact the webmaster – the mail address is on the website.

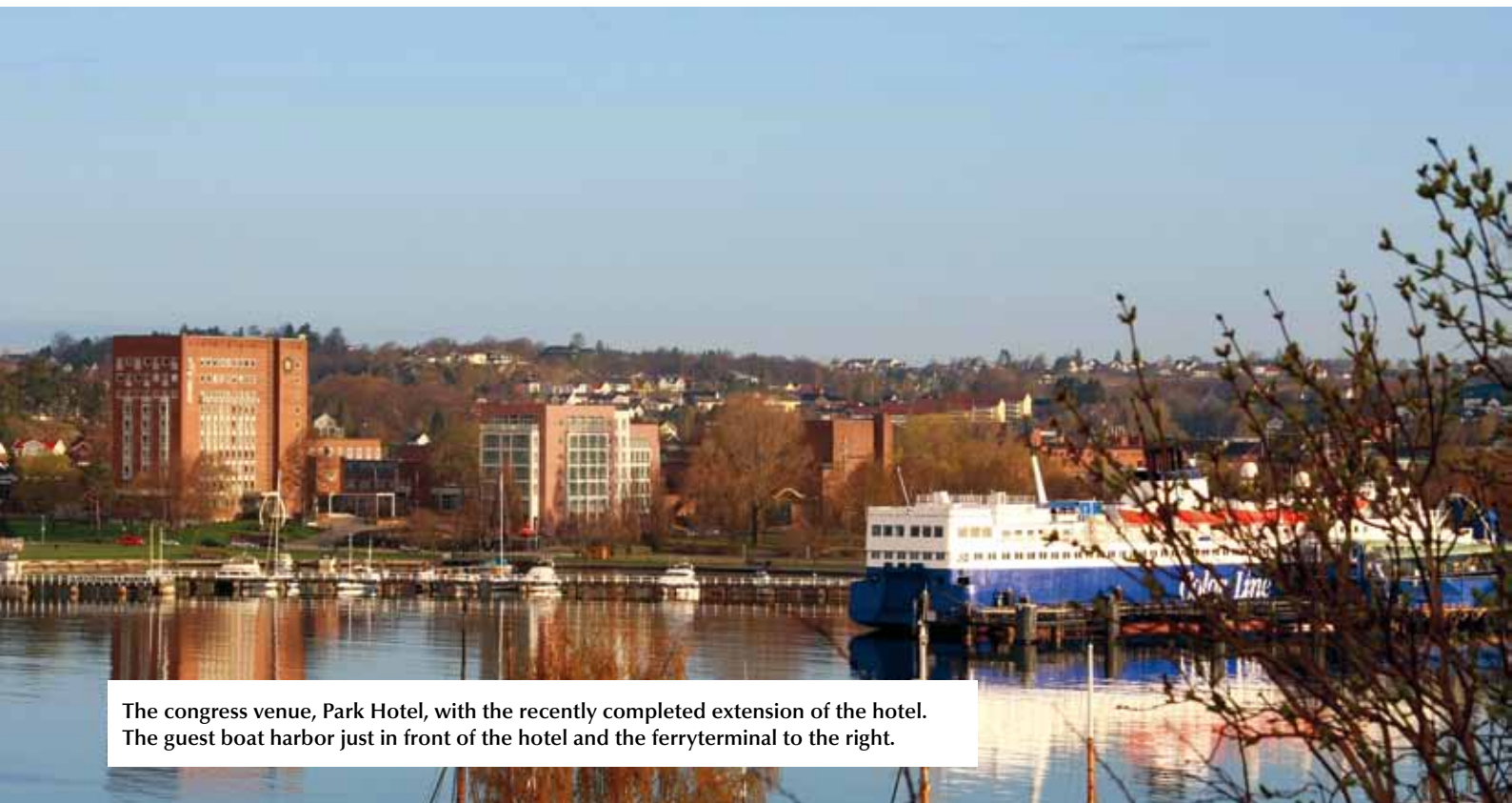
See you in Sandefjord or on www.nuf.nu

JØRGEN BJERGGAARD JENSEN
Webmaster



29th Congress of the Scandinavian Association of Urology and Urological Nurses in Sandefjord, Norway

by Sven Löffeler



The congress venue, Park Hotel, with the recently completed extension of the hotel. The guest boat harbor just in front of the hotel and the ferryterminal to the right.

The long wait since our last gathering in Tampere, Finland, is finally drawing to a close and the next meeting in Norway is just a few months away. We invite you all to the Norwegian coastal town of Sandefjord from the 21st –23rd of August 2013. The Nordic Residents will get an early start on Tuesday afternoon, 20th august, with their own course.

The venue for the gathering at the Park Hotel is well suited for our meeting and after the recent completion of the extension of the hotel most congress participants will get the opportunity to stay at the venue without having to commute to and fro. Our social gatherings will also be at the hotel. We strongly believe that this will increase the impact of the meeting since close contact between the participants and less fragmentation

into groups will create a more familiar atmosphere during the congress. Establishing links, contacts and friendships across our Scandinavian borders has always been an important point of our meetings and the congress venue is ideally suited for facilitating this.

The Program

We have just put the finishing touches on a scientific program we are very proud of. We are aware that in times of more limited opportunities for congress travel the quality of the scientific program is the single most important factor in our decision on which meeting to give priority. We are confident that we have put together a program that will make your journey to Sandefjord worth while.

As mentioned above the Nordic residents get a head start with their afternoon

session on Tuesday august 20th. At our last meeting in Tampere the general assembly decided on establishing a group for Nordic residents in Urology. Under the leadership of Mikkel Fode from Denmark this group has been extraordinarily active and productive. Their latest input is this Tuesday afternoon session which is the first of its kind in the history of NUF. Mark Soloway and Gunnar Aus will chair this meeting which will consist of short lectures and many case studies. We sincerely hope that the chiefs of Urology at the various departments in the Nordic countries recognize the importance of this meeting and will actively encourage their residents to participate!

There are two morning sessions on Wednesday divided between SPCG with an update on current and future studies and the LUTS group of NUF and their

course on urodynamics. More focus on urological training in the Nordic countries will be given before lunch with a session chaired by Marianne Brehmer.

The Wednesday afternoon session is dedicated to bladder cancer with formidable lecturers as Mark Soloway, Per-Uno Malmström and Rolf Wahlqvist. We are also very pleased to announce that Nick James from Birmingham, UK, who impressed all of us with his talk on radiation of bladder cancer at EMUC in Barcelona, has agreed to participate.

After a short poster session we will then get to the official opening of the congress and the get-together dinner at the hotel and its gardens.

Thursday morning will start with a cutting edge session on treatment options for the oligometastatic patient with prostate cancer. There are some very interesting developments in this field and we have secured Göran Ahlgren from Sweden, Peter Iversen from Denmark and Vincent Khoo from the UK to give us an update on the field. The role of primary treatment of the prostate in these patients, CyberKnife radiation of single metastasis and the latest in hormonal treatment will be addressed in this session.

The afternoon session is dedicated to evaluation and treatment of urinary stones. The title really says it all: *PSA is SEXY: Personalized Stone Approach is about Stones, Evaluation, X-ray – and Y*. Palle Othser, Kim H Andreassen, Susanne Othser, Arto Mikkola, Klas Lindqvist, Marianne Brehmer, Robert Swartz, Per E Låhne and Øyvind Ulvik from the Nordic Stone Group will share their insights with us. I guess one will have to travel far to get to hear a more knowledgeable, enthusiastic and entertaining gang of doctors!

The congress dinner is scheduled for the evening where we will be entertained by the Sandefjord Big Band at the hotel's ballroom.

On Friday morning the Reconstructive Group of NUF will host a plenary session on penile surgery. Ralph Peekers will chair the meeting and we will hear about all the goodies such as Fractures, congenital curvatures, Peyronie, priapism, circumcision and phalloplasty.

The last session Friday afternoon will address the clinical implications of MRI in the treatment of localized and locally advanced prostate cancer. The grand master of prostate MRI, Jelle Barentsz from



The Organizing Committee welcomes you to Sandefjord.

Nijmegen, will chair this meeting and will give us a state-of-the-art lecture on the subject. The role of MRI in staging and follow-up of active surveillance patients will also be high-lighted and we will hear from Aker Hospital and their experience on MRI/US fusion technology.

There will be more detailed information on the program as we get closer to the congress so stay tuned on www.nuf2013.no.

Symposium

We have had intensive and fruitful contact with our industry sponsors and they have from the very beginning been most valuable and enthusiastic partners in planning this meeting. They have all agreed on organizing various breakfast and lunch meetings which we hope you will find interesting. They have gone to great lengths to make sure these symposia will not lack quality!

Posters and Oral Presentations

Abstract submission has been good and the scientific committee with members from all Nordic countries and under the stern leadership of Alexander Schultz is in the process of evaluating the various contributions. It is likely that most abstracts will be presented as short oral presentations. Prizes will be awarded for the best presentations.

Transportation

Sandefjord is well connected to the outside world via its own airport at Torp which is a 15 minutes drive from Park Hotel and the congress venue. There are direct flights to Copenhagen, Amsterdam, Stockholm, London and Bergen, Stavanger and Trondheim and many other European destinations. There are hourly train connections between Oslo Airport Gardermoen and Sandefjord and the train journey takes approximately two hours. There is a ferry terminal in central Sandefjord operated by Color Line and regular connections to Strömstad in Sweden. From Denmark there are several ferry connections daily to Larvik which is located 20 minutes from Sandefjord. Sailing enthusiasts have the opportunity to come by boat as Sandefjord guest harbor is situated just outside Park Hotel.

On behalf of the organizing committee I would like to welcome you to Sandefjord! We are tremendously excited and we are confident that you will greatly enjoy this meeting.

Again, we hope many residents will find their way to the meeting.

See you soon! ■

Time	Tuesday 20th august	Wednesday 21st august	Thursday 22nd august	Friday 23rd august
7-8		Breakfast	Breakfast	Breakfast
8-9		SPCG Symposium Current and future studies	Amgen Breakfast Symposium	Pfizer Breakfast Symposium
9-10		LUTS group Course on Urodynamics	State of the art: <u>Prostate Cancer and the oligometastatic patient</u> Faculty: Göran Ahlgren, Vincent Khoo, Peter Iversen	Reconstructive Group Plenary Session on Penile Surgery
10-11		Urological Training in Scandinavia Faculty: Marianne Brehmer	Poster Session	Poster Sessions
11-12		Lunch	Astellas Lunch Symposium	Lunch
12-13		Photocure Lunch Symposium	Ferring Lunch Symposium	Allergan Lunch Symposium
13-14		State of the art: <u>Bladder Cancer</u> Faculty: Mark Soloway, Nick James, Per Uno Malmström, Rolf Wahlqvist	Stone Group: PSA is SEXY: Personalized Stone Approach is about Stones, Evaluation, X-ray – and Y. Faculty: Palle Osther, Kim H Andreassen, Susanne Osther, Arto Mikkola, Klas Lindqvist, Marianne Brehmer, Robert Swartz, Per E Lähne, Øyvind Ulvik	State of the art: Clinical Implications of MRI in localized and locally advanced Prostate Cancer Faculty: Jelle Barentsz, Sven Löffler
14-15	Nordic Residents in Urology Case Presentations and Lectures Chair: Mark Soloway, Gunnar Aus	Poster Session	Oral Presentations	Closing Remarks
15-16		Official Opening of the Congress	General Assembly	
16-17		Get-Together Dinner		
17-18				
18-19				
19-20	Residents' Dinner			
20-21				

HELP SAVE THE NEIGHBOURHOOD

© 1986 Panda symbol WWF. "WWF" is a WWF Registered Trademark

The neighbourhood is in trouble. The connection between people and nature is getting lost as communities address livelihood difficulties and species face extinction. WWF's Global Climate and Energy Initiative is working to ensure that local communities live in harmony with nature. We are looking for practical solutions so people can benefit from conserving the world around them. Help us look after the world where you live at panda.org/energyreport



Rwenzori Mountains, Uganda.

© Simon Rawles / WWF-Canon