

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

omfang man skal screene hypospadipatienter for eventuelle associerede lidelser [16, 17]. Der er enighed om, at alle patienter med hypospadi skal undersøges for kryptorkisme. Ved bilateral kryptorkisme og svær hypospadi skal der foretages karyotypning for at udelukke intersextilstand [16]. Forekomsten af anomalier af de øvre urinveje ved distal hypospadi er sjældent, hvorfor yderligere udredning ikke er nødvendig [14, 17]. Ved svær hypospadi anbefales derimod ultralydscreening af urinveje og eventuelt urografi [18].

Vi fandt, at Sundhedsstyrelsens oprindelige diagnosesystem umuliggjorde en korrekt registrering af hypospadietype, idet lokalisation af meatus externus i eller omkring sulcus coronalis ikke var indbefattet i diagnosekodningssystemet. Fra efteråret 2003 accepterede Sundhedsstyrelsen en subklassifikation Q54.0A for koronale hypospadiformer, hvori også bør medregnes de hyppige coronanære (distale og proksimale koronale hypospadietyper). Herved kan hypospadietype klassificeres korrekt. Dette afklarer dog ikke klassifikationen entydigt, idet de distale koronale hypospadi i udenlandske opgørelser henregnes under gruppen »glanulær hypospadi« [19, 20]. Disse omstændigheder illustrerer svagheden ved opgørelser af hypospadi baseret på registerbaserede data.

Samlende ansukeliggør opgørelsen svære diagnostiske og metodiske problemer i forskningsområdet, hvilket indikerer behov for en standardiseret og systematisk national registrering af patienter med denne misdannelse. Et sådant register vil give mulighed for langtidsopfølgning med hensyn til såvel operative som funktionelle, kosmetiske og fertilitetsmæssige forhold.

Korrespondance: *Camilla Asklund*, Klinik for Vækst og Reproduktion, GR-5064, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: camilla.asklund@rh.dk

Antaget: 10. maj 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Vi takker administrerende overlæge *Karin Dahlstrøm*, Plastikkirurgisk Afdeling V, Herlev Hospital, for støtte til indeværende projekt. Endvidere takkes overlæge, ph.d. *Niels Jørgensen*, Afdeling for Vækst og Reproduktion, Rigshospitalet, for kritisk gennemlæsning og diskussion af manuskriptet.

## Litteratur

- Boisen K, Chellakooty M, Schmidt I et al. Hypospadias in a cohort of 1072 Danish newborn boys. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:4041-6.
- Bauer SB, Bull MJ, Retik AB. Hypospadias: a familial study. *J Urol* 1979;121:474-7.
- Baskin LS, Himes K, Colborn T. Hypospadias and endocrine disruption: is there a connection? *Environ Health Perspect* 2001;109:1175-83.
- Skakkebaek NE, Rajpert-De Meyts E, Main KM. Testicular dysgenesis syndrome. *Hum Reprod* 2001;16:972-8.
- Asklund C, Jørgensen N, Jensen TK et al. Biology and epidemiology of testicular dysgenesis syndrome. *BJU Int* 2004;93:6-11.
- Scuderi N, Campus GV. A new technique for hypospadias one-stage repair. *Chir Plastica* 1983;7:103-9.
- Horton CE, Devine CJ, Jr., Netter FH. Hypospadias and epispadias. *Clin Symp* 1972;24:nr. 3.
- Santanelli F, Blomqvist G, Paolini G et al. Correction of hypospadias with a vertical preputial island flap. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2001;35:301-4.
- Mouriquand PD, Mure PY. Current concepts in hypospadiology. *BJU Int* 2004;93(suppl 3):26-34.
- Manley CB. Elective genital surgery at one year of age: psychological and surgical considerations. *Surg Clin North Am* 1982;62:941-53.
- Schultz JR, Klykylo WM, Wacksman J. Timing of elective hypospadias repair in children. *Pediatrics* 1983;71:342-51.
- Bracka A. A long-term view of hypospadias. *Br J Plast Surg* 1989;42:251-5.
- Boisen KA, Kaleva M, Main KM et al. Difference in prevalence of congenital cryptorchidism in infants between two Nordic countries. *Lancet* 2004;363:1264-9.
- Khuri FJ, Hardy BE, Churchill BM. Urologic anomalies associated with hypospadias. *Urol Clin North Am* 1981;8:565-71.
- Weidner IS, Møller H, Jensen TK et al. Risk factors for cryptorchidism and hypospadias. *J Urol* 1999;161:1606-9.
- Albers N, Ulrichs C, Gluer S et al. Etiologic classification of severe hypospadias. *J Pediatr* 1997;131:386-92.
- Smith EP, Wacksman J. Evaluation of severe hypospadias. *J Pediatr* 1997;131:344-6.
- Zaontz MR, Packer MG. Abnormalities of the external genitalia. *Pediatric Urology* 1997;44:1267-97.
- Avellan L. The incidence of hypospadias in Sweden. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1975;9:129-39.
- Sweet RA, Schrott HG, Kurland R et al. Study of the incidence of hypospadias in Rochester, Minnesota, 1940-1970. *Mayo Clin Proc* 1974;49:52-8.

## Lægemedelstyrelsen

## Mulighed for forhøjet tilskud til epilepsipatienter med særlig høj terapeutisk tærskel

Lægemedelstyrelsen har besluttet fremover at anvende følgende praksis ved vurdering af ansøgninger om forhøjet tilskud til epilepsipatienter med særlig høj terapeutisk tærskel:

Epilepsipatienter, som har en høj terapeutisk tærskel, og som er vanskelige at indstille på terapeutisk dosis, uden at de får klinisk uacceptable bivirkninger, kan få forhøjet tilskud til et epilepsilægemedel, som er dyrere end tilskudsprisen.

For lægemidler, der indeholder lamotrigin, drejer det sig om epilepsipatienter, som efter optitrering først bliver anfaldsfrie eller opnår acceptabel anfaldskontrol ved en medicinfastende plasmakoncentration (målt umiddelbart før indtag af morgendosis) af lamotrigin på over 30 mikromol/l. I ansøgningen skal anføres dels dato for påbegyndelse og optitrering af behandlingen, dels plasmakoncentration ved anfaldsfrihed/acceptabel anfaldskontrol. Hvis patienten er startet behandling med et lægemiddel, der på det pågældende tidspunkt var dyrere end tilskudsprisen, skal dette begrundes i ansøgningen.

Denne praksisændring er ikke evidensbaseret, men tager hensyn til de få epilepsipatienter, der har størst risiko for at opleve klinisk uacceptable problemer ved skift mellem synonyme lægemidler, da denne kategori af epilepsipatienter kan være særligt følsom over for selv meget små ændringer i plasmakoncentration.

Ansøgningsskemaet om forhøjet tilskud er tilføjet et separat afsnit for epilepsipatienter med særlig høj terapeutisk tærskel. Skemaet kan hentes af læger på [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk). Det er også muligt for læger med digital signatur at ansøge om forhøjet tilskud elektronisk. Dette gøres via [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) – Medicinprofilen.