

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

1 • 2021



Livmorhalsprogrammet 25 år i 2020 s. 14

**Pasienter med adenocarcinoma in situ
i cytologisk prøve skal behandles** s. 16

Kolposkopert, portiobiopsert, traumatisert? s. 18

HPV hjemmetest – bedre forebygging med økt deltagelse s. 26



**Norsk gynekologisk
forening**

DEN NORSKE LEGEFORENING



Et lite vagitorie med dobbel effekt

Hovedsakelig ANDROGENE effekter

- Tetthet av nervefiber og kollagen
- Elastisitet og kontraktilitet i skjedeveggen
- Vaginal innervasjon

KOMPLETTERENDE effekter av østrogener og androgener

- Påvirker epitelet, lamina propria og muscularis
- Vaginal gjenomblødning

Hovedsakelig ØSTROGENE effekter

- Vaginal pH



1) Anpassad från Traish AM. et al., 2018, Labrie F. et al., 2017 och Goldstein I. et al., 2013. 2) Intrarosa® SPC, dec 2019.

Intrarosa «Endoceutics»

ATC-nr.: G03XX01

VAGITORIE, 6,5 mg: Hver vagitorie inneholder 6,5 mg prasteron, hardfett.

Indikasjoner: Vulvovaginal atrofi hos postmenopausale kvinner med moderate til kraftige symptomer.

Dosering: 1 vagitorie 1 gang daglig, ved leggetid. **Glemt dose:** Tas kun hvis det er ≥8 timer til neste dose. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig. **Barn og ungdom:** Bruk ikke relevant i noen aldersgrupper ved vulvovaginal atrofi grunnet menopause. Eldre: Ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** Føres inn i vagina med finger eller vedlagt applikator, se pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Udiagnostisert genitalblødning. Kjent, tidligere/mistenkt brystkreft. Kjent/mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Ubehandlet endometriehyperplasi. Akutt leversykdom/ tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Tidligere/pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjent trombofili sykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel, antitrombinmangel). Aktiv/nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Porfyri.

Forsiktighetsregler: Bør bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. Nytte/risiko bør vurderes grundig minst hver 6. måned. Før behandling bør det optas en komplett sykehistorie. Legeundersøkelse (inkl. undersøkelse av underliv og bryster) bør sammenholdes med sykehistorien, kontraindikasjoner, advarsler og forsiktighetsregler. Individuelt tilpasset rutinemessig kontroll anbefales under behandlingen. Kvinner bør gis råd om brystforandringer som bør rapporteres til lege/sykepleier. Undersøkelser, inkl. Pap-utstryk og blodtryksmåling, bør foretas i henhold til gjeldende screening-praksis. Vaginal infeksjon skal behandles før behandlingsstart. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

Interaksjoner: Samtidig bruk av systemisk HRT (østrogen, østrogen-progestogenkombinasjon eller androgenbehandling) eller vaginale østrogener har ikke blitt undersøkt og er derfor ikke anbefalt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ikke indisert til premenopausale kvinner i fertil alder, inkl. graviditet. Amming: Ikke indisert ved amming. Fertilitet: Ikke indisert til fertile kvinner.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Kjønnsganer/bryst: Cervix-/uteruspolypper, kuler i brystet (benigne). **Overdosering/Forgiftning:** Behandling: Vaginalskylling.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Prasteron, dvs. dehydroepiandrosteron (DHEA), er biokjemisk og biologisk identisk med endogent humant DHEA, et forløpersteroid som er inaktivt og omdannes intracellulært i vaginalceller til østrogener og androgener. Effekt på vulvovaginal atrofi via aktivering av vaginale østrogen- og androgenreseptorer. Østrogenmediert økning i antall overflate- og intermediære celler og redusert antall parabasale celler i vaginalslimhinnen. Vaginal pH faller mot normalområdet, noe som bidrar til vekst av normal bakterieflora.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 30°C. Skal ikke fryses.

Pakninger og priser: 28 stk. (blister med appl) nok 219,90, varenr 098502.

Basert på SPC sist endret 12/2019

AVIA PHARMA

Svärdvägen 3B, S-182 33 Danderyd, Sweden
www.aviapharma.se



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Tale Meinich
LIS1, Ahus
tmeinich@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Irina Eide
PSL, Bodø
irina.eide@gmail.com

Øystein Bergøy

LiS, Stavanger universitetssykehus
oystein.bergoy@gmail.com

Cecilie Fredvik Torkildsen

Klinisk stipendiat UiB, Overlege SUS
cecilie.torkildsen@gmail.com

Nettredaktør

Inga Thorsen Vengen
MD, PhD, LiS Oslo universitetssykehus
inga.vengen@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

Cox Oslo AS
www.cox.no
Kongensgate 6, 0153 Oslo

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2021

Nr. 2	10/5-2021
Nr. 3	9/9-2021
Nr. 4	4/11-2021

Opplag: 1300



INNHOOLD

REDAKTØR	5
LEDER	7

NGF-STYRET

Nytt fra NGF-styret	8
Styret i Norsk gynekologisk forening	8

FUGO

Kjære alle LIS	10
FUGO-styret	10

SPECIALITETSKOMITÉEN	12
----------------------------	----

LIVMORHALSPROGRAMMET

Livmorhalsprogrammet – 25 år	14
Pasienter med adenocarcinoma in situ i cytologisk prøve skal behandles	16
Kolposkopert, portobiopsert, traumatisert?	18
Fornøyde pasienter med lokalbedøvelse	20
Økende antall CIN og AIS – Behov for prognostiske markører!	21
Vet vi hva vi driver med?	22
Eit steg mot bedre kvalitet og meir læring av patologimøter og dysplasi poliklinikk	24
HPV hjemmetest – bedre forebygging med økt deltakelse	26

FAGLIG PÅFYLL

Mine pasienter er ikkje som dine	30
Oppdatert	32

REISER, KURS OG KAMPANJER

The 19th World Virtual Congress of the International Society of Gynecological Endocrinology (ISGE 2020)	34
«Boksen går!» – Veien videre	36
Digitalt kolposkopkurs i 2020	38

GYNEKOLOGEN GRATULERER

Norsk Kvinnelig Inkontinensregister har oppnådd stadium 4 nivå A	40
--	----

PhD

Bjørn Holdø	42
-------------------	----

NORGE RUNDT

Føde- og Gynavdeling Voss sjukehus	44
--	----

INTERVJU

Peer Einar Bjørge	48
-------------------------	----

GYNEKOLOGEN

– er et uavhengig tidsskrift.

Meninger og holdninger avspeiler ikke nødvendigvis den offisielle holdning til styret i NGF, eller Dnlf. Signerte artikler står for forfatterens egen regning. Kopiering av artikler kan tillates etter kontakt med ansvarlig redaktør og oppgivelse av kilde.

Forsidefoto: NTB Scanpix



3D OG THUNDERBEAT

- Den perfekte kombinasjonen.

Med vårt nye 3D system og THUNDERBEAT – gir vi deg neste generasjon av bildebehandling og hemostatisk disseksjon.

2 generasjons 3D system med et eksepsjonelt 3D bilde, med roterbar 30° EndoEye i 3D.

- Plug & Play
- Autoklaverbart 3D videolaparoskop
- Autofokus

THUNDERBEAT er verdens første fullintegreerte biopolar- og ultralydsinstrument.

- Pålitelig 7 mm vevforsegling
- Minimal termisk spredning
- Hurtigst i klassen for kutting



Styret i Norsk gynekologisk forening

Leder: Kirsten Hald
Oslo universitetssykehus
khald@online.no T: 95224181

Nestleder: Nils-Halvdan Morken
Haukeland Universitetssykehus
nhmorken@online.no T: 92257114

Kasserer: Hans Kristian Opøien
Akershus Universitetssykehus
hans.kristian.opoien@ahus.no T: 92889396

Vitenskapelig sekretær: Ragnar Kvie Sande
Stavanger universitetssykehus
ragnar.sande@gmail.com T: 97977379

Medlem (PSL): Yngvild Skaatun Hannestad
yngvild.hannestad@uib.no T: 91695885

LiS-representant: Anders Einum
aeinum@gmail.com T: 48053086

Hjelp, har jeg cervixkreft?

Screeningprogrammet for livmorhalskreft engasjerer både media og privatpersoner. De fleste norske kvinner vet godt hva livmorhalskreft er (selv om de kanskje aldri har hørt om endometriekreft), og mange har en viss kjennskap til prosedyrer som konisering og biopsitaking. Interessen er en seier for faget, men krever samtidig at legen legger ned innsats for å imøtekomme sykdomsinnsikten til hver enkelt pasient.

Da regjeringen presenterte prosjektet *Pasientens helsetjeneste* i 2014, var ett av seks hovedmål å forenkle pasientens kommunikasjon med helsevesenet via IKT-tjenester. Syv år senere er man et stykke på vei. Pasientene eier nå sin egen journal og har mulighet til å tolke kolposkopibeskrivelser, Swede-score og latinske fraser direkte fra helsenorge.no, kanskje allerede på vei hjem fra sykehuset. Innsyn i egen journal gir et godt utgangspunkt for brukermedvirkning og samvalg i helsetjenester, men for å lykkes må vi som leger spille ballen elegant tilbake.

Noen pasienter med cervixdysplasi supplerer egne journalopplysninger med Google-basert differensialdiagnostikk, mens andre søker råd på Kreftforeningens facebookgruppe for celleforandringer og konisering. Facebookgruppen er også åpen for helsepersonell. Et raskt besøk avslører at forvirring rundt medisinske begreper som CIN, LSIL og frie/ufrie render er

et stort problem, samt at pasientene kan bli veldig redde av uforståelige journalnotater og brev. Undervurderer vi pasientens kunnskapsnivå? Eller overvurderer? Diskusjonen i facebookgruppen tyder på at legene ofte kunne forhindret engstelse gjennom mer tilpasset kommunikasjon, for eksempel ved å forklare prøvesvar vesentlig grundigere.

Livmorhalsprogrammet er medisinsk sett en suksesshistorie, men like fullt kan utredning av cervixdysplasi være en stor påkjenning for kvinnen. I denne temautgaven er det derfor ikke bare faglig påfyll om livmorhalsprogrammets første 25 år, ACIS, status på HPV hjemmetest-studien og kvalitetsforbedring av kolposkopi. Det skrives også om behov for prognostiske faktorer og mer individualisert oppfølging, forbedringspotensial i pasientmøter og den tidløse utfordringen med å balansere på en knivsegg mellom overbehandling og underdiagnostisering.

Jeg håper du finner det nyttig!

Vennlig hilsen

Tale Meinich

Redaktør

REDAKSJONS- MEDLEM?

Styret i Norsk gynekologisk forening og redaksjonen i Gynekologen søker nytt redaksjonsmedlem. Er du interessert eller nysgjerrig? Kontakt redaktøren på tmeinich@gmail.com

zoely®
(nomegestrol, østradiol)

Naturlig Østrogen^{1,2}



ORAL
ANTIKONSEPSJON

NATURLIG
ØSTROGEN¹

24/4
MONOFASISK¹

DOKUMENTERT
EFFEKT¹

Viktig sikkerhetsinformasjon:
Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon. Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

NOMAC Nomegestrolacetat

- Selektivt **progesteronderivat**¹
- Ingen androgen, østrogen eller mineralglukokortikoid aktivitet¹

+

E2 17β-østradiol

- Et naturlig østrogen identisk med det som det kvinnen selv produserer¹
- Lavere grad av levermetabolisme sammenlignet med syntetisk østrogen (EE)²

Referanse:

1. Zoely® SPC 2. Chabbert-Buffer N et al., Toward a new concept of "Natural balance" in oral estroprogestin contraception, Gynecol Endocrinol 2013;29 (10):891-6.

▼ Zoely 2,5 mg/1,5 mg (nomegestrol, østradiol), filmdrasjerte tabletter

Indikasjon: Oral antikonsepsjon

Dosering: Én tablett skal tas daglig i 28 påfølgende dager. Se SPC for beskrivelse av overgang fra annen prevensjon og utsettelse av menstruasjon.

Pakninger og priser: 3x28 stk., kr. 315,00. **Reseptgruppe:** C.

Viktig sikkerhetsinformasjon: Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon. Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Kontraindikasjoner: Tilstedeværelse eller risiko for venøs tromboembolisme eller arteriell tromboembolisme. Nåværende eller tidligere pankreatitt dersom den er assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Nåværende eller tidligere meningiom. Udiagnostisert vaginalblødning.

Øvrige forsiktighetsregler: Noe økt relativ risiko for brystkreft er rapportert. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familleanamnesen kan ha økt risiko for pankreatitt. Seponeres hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, og hypertensjonen behandles. Kan forekomme eller forverres ved svangerskap og ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, Herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon, kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan endre perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og ved diabetes bør det monitoreres nøye, spesielt de første månedene. Crohns sykdom, ulcerøs kolitt og forverring av depresjon er assosiert med hormonell kombinasjonsprevensjon. Depresjon er en risikofaktor for selvmordsrelatert atferd og selvmord. Ved vedvarende blødningsregelmessigheter bør ikke-hormonelle årsaker tas i betraktning, og graviditet bør utelukkes. Forhøyet ALAT er sett når kombinasjonsbehandling mot hepatitt C-virus er gitt samtidig med kombinert hormonell prevensjon med etinylostradiol. **Graviditet:** Ikke indisert ved graviditet, seponeres hvis graviditet oppstår. Den økte risikoen for venøs tromboembolisme i post-partum-perioden bør tas i betraktning når bruk gjenoppas etter fødsel. **Amming:** Kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelk. Bør ikke anvendes under amming.

Interaksjoner: Bruk sammen med enzyminduserende legemidler kan gi gjennombruddsblødninger og sviktende prevensjon. Hiv- eller hepatitt C-virus-proteasehemmere og ikke-nukleosid reverstranskriptasehemmere kan påvirke metabolisme i lever. Ved kombinasjon med et av disse legemidlene bør barrieremetode brukes under behandling og i 28 dager etter avsluttet behandling. Kan påvirke metabolismen til lamotrigin.

Vanligste bivirkninger (≥1/100 til <1/10) Akne, unormal bortfallsblødning. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Kvalme, metroragi, menoragi, smerter i brystene, bekkenmerter, hodepine, migrene, nedsatt libido, depresjon/nedstemthet, endret sinnstemning, økt vekt.

For utfyllende informasjon om dosering, kontraindikasjoner, interaksjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger se Zoely SPC (7/2020)



Kjære venner og kolleger!

I år fyller Norsk Gynekologisk Forening 75 år! Foreningen ble startet i 1946 med 17 medlemmer og Kristjar Skajå som første formann. I 2020 telte medlemsmassen 1164 aktive gynekologer. Vi kan gratulere hverandre med en flott og aktiv forening som er i stadig utvikling!

Det er ennå vinter, og for de av oss som liker snøens gleder er det i utgangspunktet en fin tid. Men det har vært en hard, mørk og på alle måter kald høst og vinter. Selv om det blir lysere for hver dag og våren kommer nærmere, så er verden fremdeles usikker.

I samfunnet generelt meldes det om uttalt «Corona-tretthet». Det er iallfall ikke utad merkbart når det gjelder gynekologene. Mange gynekologer i Norge er aktive med faglige oppgaver, også på fritiden, og representert i utallige fora. Vi har mange representanter både fra NGF og fra helseforetakene med i arbeids- og ressursgrupper, både i regi av Helsedirektoratet og andre steder. Noe av dette er omtalt i «nytt fra styret» i dette nummeret av gynekologen. Det mest aktuelle er selvfølgelig arbeidet med implementeringen av endringene i bioteknologiloven og nye tilbud til gravide.

Veilederen i gynekologi er i skrivende stund ferdig med høringsrunden og sannsynligvis publisert når dette leses. En flott innsats fra redaktør Pernille Schjønby, redaksjonskomiteen og alle som har bidratt med kunnskap og fritid! Kevin Sunde Oppegaard kom på den glimrende ideen å søke om ISBN nummer til veilederne. Det ble gjort, og gevinsten er at vi plutselig har en publikasjon som medforfattere kan registrere hos arbeidsgiver, på publikasjonsliste osv. En liten belønning for vanvittig mye gratisarbeid.

Det nærmer seg valg, og på nytt er abort et av temaene. Denne gang gjelder det spørsmålet om abortnemdene. NGF er ingen politisk organisasjon, men jeg synes det er bra med debatt

også om dette, både utad og innad i foreningen. Vi vet mye om problemstillingen, og mange av dere kan argumentere godt både for og i mot opprettholdelse av nemdene. Det håper jeg dere fortsetter med. Vi har jo allerede en komite som arbeider med denne saken for NGF. Jeg ser frem til å diskutere dette viktige spørsmålet igjen på neste årsmøte.

Vi savner møter og kongresser og gleder oss til å reise og å møte hverandre igjen. Derfor er det kanskje ikke det perfekte tidspunktet akkurat nå å ta opp spørsmålet om det blir arrangert for mange og for hyppige internasjonale møter. Men spørsmålet ble aktualisert da det under siste FIGOs generalforsamling ble besluttet å korte ned intervallet mellom verdenskongressene fra 3 til 2 år. NGF og de andre Nordiske foreningene stemte i mot et stort flertall som gikk inn for dette. Mange av oss synes det har gått inflasjon i antall kongresser. Faglige møter, diskusjoner og oppdateringer er viktig, men det er svært mange konferanser med overlappende tema og gjenbruk av foredrag og foredragsholdere med varierende kvalitet. Det er åpenbart at mye av dette er økonomisk motivert.

Men hjemme i Norge synes jeg ikke vi ikke for mange møter og konferanser, heller ikke under normale omstendigheter. For oss i NGF er årsmøtet det viktigste møtet i året. Vi har ikke gitt opp håpet om å arrangere neste årsmøte i Tønsberg 27.-29. oktober 2021. Med langsom, men tross alt fremgang i vaksineringsen, satser vi på et godt gammeldags ekte årsmøte! Styret arbeider i disse dager med å sette opp et spennende og bra program, og vi har tenkt å feire vårt 75 års jubileum med brask og bram! Følg med i neste nummer av Gynekologen, på nettsiden og på Facebook for oppdatering!

Hilsen
Kirsten

Nytt fra NGF-styret

Siden forrige rapport er det avholdt ett styremøte på Zoom 10.12.2020. Styret har nedsatt en utdanningsgruppe som arbeider med forslag til utdanningsopplegg for LIS og ferdige spesialister i tidlig ultralyd og NIPT. Gruppen er satt sammen av representanter fra de fostermedisinske miljøene, Spesialitetskomiteen og FUGO.

Veilederen: Veileder i gynekologi er nå ferdig med høringsrunden, og kapittelforfatterne skal sende inn sine endelige versjoner innen 21.februar. Vi kan vente endelig publisering omtrent samtidig som dette nummeret av Gynekologen. Det er søkt om ISBN nummer til både den obstetriske og den gynekologiske veilederen, til bruk ved kildehenvisning. Detaljene angående dette finnes på NGF's nettsider.

Legeforeningen: Legeforeningen har oppnevnt ny spesialitetskomité for faget Fødselshjelp og kvinnesykdommer 2021-2024:

Leder	Christine Hancke	2 år igjen – ny som leder
Medlem	Jette Elisabeth Stær-Jensen	2 år igjen
Medlem	Nora Johansen	Ny for 4 år
Medlem	Renate Torstensen	Gjenvalg for 4 år
LIS-rep.	Ragnhild Lindelien Schwartz	Ny
Varamedlem	Mari Bunkholt Elstrand	2 år igjen
Varamedlem	Solveig Bjellmo	Ny for 4 år
LIS-vararep.	Kristine Helen Hansen	Ikke på valg

HDIR: Helse- og sosialdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å etablere godkjenningsordning for private aktører som vil tilby NIPT innen 1. april 2021. Direktoratet har også fått i oppdrag å vurdere om det er behov for egne ordninger for kvalitetssikring av kompetanse hos helsepersonellgrupper som skal utføre NIPT og tidlig ultralyd. I tillegg skal det utarbeides informasjon om NIPT og tidlig ultralyd til henholdsvis gravide og deres partnere, fastleger, jordmødre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt utarbeides kurs for jordmødre og fastleger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette skal gjøres i samarbeid med

helseforetakene, brukere, profesjonsorganisasjoner og KS. Disse oppdragene har frist 1. september. NGF er invitert til å ha en representant i en referansegruppe som skal bidra i dette arbeidet. De nasjonale faglige retningslinjene for svangerskapsomsorgen skal også revideres slik at retningslinjen reflekterer det nye tilbudet om NIPT og tidlig ultralyd. Helsedirektoratet har gitt Antibiotika-senteret for Primærmedisin, ASP, i oppdrag å revidere, oppdatere og videreutvikle de Nasjonale faglige retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Formålet med retningslinjen er at norske primærleger skal opprettholde et lavt forbruk av antibiotika og en lav andel bredspektret antibiotika, og på denne måten begrense utviklingen av antibiotikaresistens. Det er opprettet arbeidsgrupper innen alle fagområder. For kapittelet om asymtomatisk bakteriuri i svangerskapet har Bjørn Backe akseptert å representere NGF.

FIGO: Den planlagte verdenskongressen i Sydney 24.-29. oktober 2021 er omgjort til et rent digitalt møte. På FIGOs ekstraordinære generalforsamling 6. desember 2020 ble det besluttet å arrangere verdenskongress hvert annet år i stedet for hvert 3. år fra 2023. Blant argumentene var økonomisk stabilitet og stabilitet på sponsorsiden, større påvirkningskraft globalt og bedre kontinuitet i arrangørstaben. Norge hadde 3 stemmer og stemte i likhet med de andre nordiske landene mot forslaget som ble vedtatt med 82 mot 9 stemmer. Sør-Afrika skulle ha arrangert i 2024, men klarer ikke å flytte kongressen ett år frem i tid. Derfor blir det en europeisk kongressarrangør i 2023 (ennå ikke bestemt, se under NFOG) og Sør-Afrika blir arrangør i 2025.

NFOG: NFOG hadde søkt om å få arrangere FIGO verdenskongress i København i 2027. Etter at FIGO besluttet å endre møtehyppigheten, blir det plutselig Europas tur til å arrangere kongressen allerede i 2023. Lederne for de nordiske foreningene diskuterte om søknaden fra de nordiske landene skulle opprettholdes, men med endret årstall til 2023. Etter grundig diskusjon ble man enige om at søknad om dette ikke innleveres, først og fremst fordi man ønsker å konsentrere kreftene om vår egen NFOG kongress som er planlagt i juni 2023 i Trondheim.

Styret i Norsk gynekologisk forening



Kirsten Hald

Leder NGF.
Overlege PhD, Gynekologisk avdeling, Avdelingsleder FoU, Kvinneklinikken, OUS. Spesialinteresser fag: endoskopi, myomer, misdannelser. Fritid: Seiling, ski, basketball-mamma.



Nils-Halvdan Morken

Nestleder NGF.
Overlege Haukeland Universitetssykehus og Professor Universitetet i Bergen. Interessert i obstetrik, reproduktiv epidemiologi, ølbrygging og sykling.



Ragnar Kvie Sande

Vitenskapelig sekretær.
Spesialist i gynekologi og obstetrik og PhD i ultralyd i 2013. Seksjonsoverlege på fostermedisin ved Stavanger Universitetssykehus og 1. amanuensis ved Universitetet i Bergen. På fritiden spiller han gitar og leser bøker.



Hans Kristian Opøien

Kasserer NGF.
Overlege v/ Kvinneklinikken AHUS.
PhD i reproduksjonsmedisin/endometriose.



Yngvild Skåtun Hannestad

PSL/avtalespesialist.
Doktorgrad om urinklekkasje, men generalist i praksis. Medlem i Spesialitetskomiteen, vara PSL Hordaland, leder PSL forskningsutvalg. Ellers: aktiv innenfor basketball og er i styret i Filosofisk poliklinikk i Bergen



Anders Einum

Sekretær NGF, styremedlem FUGO.
LiS Haukeland Universitetssykehus.
På fritiden spiller han gitar og rydder i garasjen.



Tørr skjede – ingen hindring for et godt samliv

Remisoft tilfører fuktighet til slimhinnen, samt at lipider styrker og mykgjør hudbarrieren. I tillegg virker *Hamamelis virginiana*-vann (Trollhassel) på slimhinnes overflate og styrker den fysiske barrieren. Dermed oppnås lindring og gjenoppretting av tørre og irriterte slimhinner, som kan gi kløe, svie eller smerter ved samleie.



Medisinsk utstyr klasse IIa

Remisoft vaginalkrem

Den beskyttende fysiske barrieren bidrar til:

- ✓ Lindring og tilfører fukt
- ✓ Mykgjør og bevarer elastisitet
- ✓ Heling av småskader

Fås på alle apotek

For mer info eller bestilling av prøver, kontakt oss på: post@sanapharma.no

Remisoft® 50 g krem (med applikator). Reseptfri, pleiende vaginal fuktighetskrem uten hormoner. Medisinsk utstyr, klasse IIa. Til behandling av ubehag pga. tørrhet i skjede og ytre intinområder (følelse av tørrhet, brennende følelse, smerter ved samleie eller kløe). Påføres 1g/dag. Anbefales opphold i 2 dager etter 30 dagers bruk. Kun i samråd med lege ved uttalte sympt. eller ved vaginal infeksjon. Det mangler data for bruk av Remisoft ved graviditet/ amming. Unngå bruk rett etter fødsel og ved allergi mot innholdsstoffer. Les bruksanvisningen før bruk.



Kjære alle LJS

Et nytt år er godt i gang. Koronapandemien fortsetter, nye virusmutasjoner har tilkommet og de sosiale restriksjonene holder fram. Heldigvis har mange fått vaksine, og vi kan forsiktig begynne å håpe at sommeren og høsten vil by på bedre tider.



Hilde Sellevoll
FUGO-leder

For min del har det nye året betydd store omveltninger allerede. I skrivende stund fem uker postpartum, trøtt i øya, gulp på gensen, brystspreg, forstoppelse og hemorroider. Og i tillegg en liten klynkende gutt som konstant søker nærhet og trygghet. Midt i kaoset her hjemme ser jeg at jeg har vært en av de heldige. Som fødselslege har man vært med på mange ulike fødsler med forskjellig utfall, og som kvinne har man sett for seg en selv i mulige scenarier. Jeg drømte om en så normal fødsel som mulig, og jeg var glad for at graviditeten forløp såpass greit. Halvveis i svangerskapet innså jeg likevel at jeg ikke kunne kontrollere noe i forhold til min egen forestående fødsel. Jeg fryktet en lang fødsel ettersom det er slik min mor og søster har hatt det. I tillegg var jeg engstelig for at velmenende kollegaer ville gjøre meg en og annen bjørnetjeneste og forkludre et normalt fødselsforløp. Dette var noe av grunnen til at jeg halvveis i svangerskapet bestemte meg for å søke ABC-enheten ved Ullevål. Jordmødrene som jobber der er først og fremst dyktige på den normale fødselen, og det er i tillegg badekar og rikelig med plass på fødestuene. Samtidig ville jeg ha tryggheten om at rett over gangen kunne noen av de flinkeste fødselslegene jeg kjenner, trå til ved behov.

FUGO-styret



Hilde Bastøe Sellevoll
Leder, styremedlem NFYOG, representant for ENTOG
Arbeidssted: Ringerike sykehus 2020 – dd. Oslo Universitetssykehus 2017–2020. Haukeland Universitetssykehus 2014–2017
E-post: hilde_sellevoll@hotmail.com



Øystein Bergøy
Nestleder, medredaktør i Gynekologen, ansvarlig for FUGOtek
Arbeidssted: Stavanger Universitetssykehus 2018 – dd. Sørlandet sykehus, Kristiansand 2015 - 2017.
E-post: oystein.bergoy@gmail.com



Anders Einum
Representant Norsk Gynekologisk Forening (NGF)
Arbeidssted: Haukeland Universitetssykehus 2019 – dd. St. Olavs Hospital 2017–2019. Stavanger Universitetssykehus 2015–2017
E-post: aeinum@gmail.com

I etterkant har jeg ikke angret et øyeblikk på valget av ABC-enheten. For meg ble det den beste fødselen jeg kunne drømme om, med aktiv fødsel i 4,5 time og trykktid på under en halvtime, uten en eneste rift. Alt takket være fantastisk dyktige jordmødre som jeg kunne stole fullt og helt på. Jeg er evig takknemlig for deres trygghet og støtte. Og som ung fødselslege opplevde jeg nok en gang hvor uendelig viktig det er å kunne stole på erfarne og flinke jordmødre som er eksperter på de normale fødsler. Det er et av mine beste tips til alle gynekolog-spirer! Stol på den erfarne jordmor!

Forøvrig har FUGO-styret fått to nye medlemmer, Ann Cecilie Vaadal fra Levanger og Aslak Vimme Solhoff fra Oslo. Vi gleder oss til å bli bedre kjent. I desember avholdt vi overgangsmøte, og vi er spente på hva det nye året vil gi oss av muligheter. Fjoråret ble nokså annerledes enn det vi hadde planlagt, med det meste av aktiviteter avlyst. På planen står både FUGO-kurs og videre arbeid med FUGOteket. I tillegg, med en særdeles vellykket laparoskopikampanje bak oss, håper vi etter hvert å kunne sparke i gang en ny kampanje, denne gangen med obstetikk i fokus. Foreløpig ligger dette kun på skisseblokka, men Aslak har allerede påtatt seg hovedansvaret, og vi er spente på hva vi kan få til.

I mellomtiden krysser vi fingre og tær for at denne pandemien snart er over. Vi begynner vel alle å bli nokså lei, og vi ser frem til vår og lysere tider!



Mark Barbero
Styremedlem NFYOG, representant ENTOG, representant endoskopiutvalget
Arbeidssted: Haukeland Universitetssykehus 2016 – dd.
E-post: ml_barbero@hotmail.com



Ann Cecilie Vaadal
Sekretær, kursansvarlig
Arbeidssted: Sykehuset Levanger 2019 – dd.
E-post: anncevaa@hotmail.com



Aslak Vimme Solhoff
Kasserer, Obstetrikkampanje
Arbeidssted: Oslo Universitetssykehus 2020 – dd. Sørlandet sykehus, Arendal 2018 – 2020
E-post: avsolhoff@outlook.com



Mathias Sonstad
Web- og Facebook-ansvarlig, Sykehuset i Telemark 2015–dd, Akershus Universitetssykehus 2018–2019.
E-post: mathias.sonstad+fugo@gmail.com

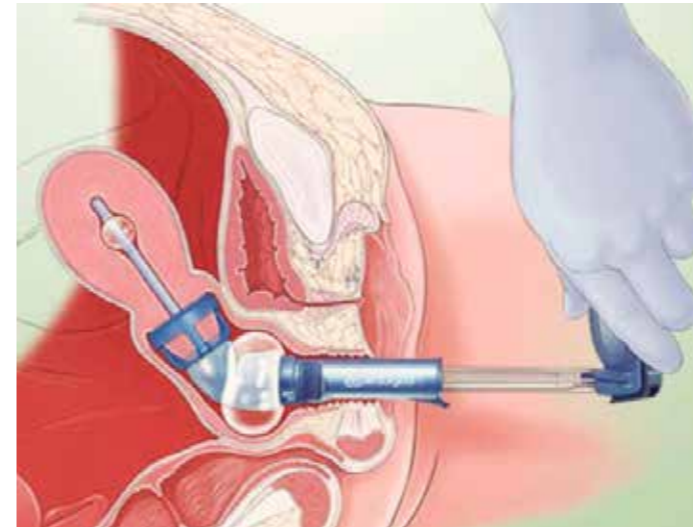


Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi



RUMI II SYSTEM

RUMI II uterusmanipulator til bruk ved laparoskopisk hysterektomi og diagnostikk. Regnes som den mest komplette, robuste og anvendelig manipulatoren på markedet.

- Flergangs håndtak
- Engangs fornix kopp i 4 størrelser
- Engangs obdurator i 6 forskjellige lengder og diameter



Elektroder til konisering



- Variert utvalg av elektroder i forskjellige fasonger og størrelser

- Cone elektrode
- Loop elektrode
- Kule elektrode

- Spesielt belegg på kule elektrode forhindrer adhesjon

Isolerte spekler og instrumenter til konisering

- Beskyttet av isolasjon med høyeste kvalitet
- Autoklaverbar
- Lang levetid
- Med og uten røykavsgug
- For diatermi og laser kirurgi



Gynekologiske instrumenter

- Alle typer gynekologiske instrumenter
- Tysk kvalitet med lang levetid



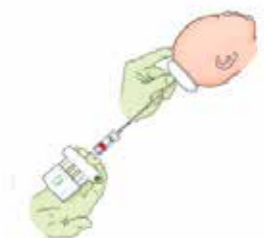
Kiwi vakuumbopp

For vaginal forløsning og keisersnitt



Complete Vacuum Delivery System
with PalmPump™

Kiwi OmniCup® with
Traction Force Indicator



Nytt fra spesialitetskomiteen



Christine Hancke

Leder av Spesialitetskomiteen

Det er i år noen endringer i komiteen. Marte, Yngvild og Camilla har gått ut. Tusen takk for flott innsats! Vi har fått tre nye medlemmer i komiteen som vi er veldig glade for at har lyst til å bli med: Nora Johansen, Ragnhild Lindelien Schwartz og Solveig Bjellmo. Vi gleder oss til jobben videre i ny komite. Selv er jeg så heldig å få være den nye lederen i denne komiteen med flotte, arbeidsomme og flinke folk.

Det siste året har naturlig nok vært preget av pandemien, også for oss i spesialitetskomiteen. Vi har ikke hatt mulighet til å treffes og ha fysiske møter, det har vært via mail og teams. Nå gleder vi oss over at vaksinerings er i gang og håper vi snart kommer tilbake til mer normale tilstander. Vi er glade for å se at digitale kurs

er på plass og gjennomføres slik at man forhåpentligvis unngår unødvendige forsinkelser i spesialitetsløpet. Selv om digitale løsninger nå er blitt normalen håper vi å snart få mulighet til fysiske møter, slik at vi igjen kan dra på besøk til avdelinger rundt i landet.

Håper vi sees snart!



Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med **Overaktiv Blære.**⁽¹⁾



Fleksibel dosering for persontilpasset behandling av overaktiv blære.

Fleksibel dosering. Startdose 4 mg som kan økes til 8 mg avhengig av pasientens behov.⁽¹⁾

Reduserer signifikant antall blæretømminger og inkontinensepisoder sammenlignet med placebo.⁽¹⁾
[p<0,001]

Signifikant flere pasienter i % rapporterte "vesentlig forbedret" eller "forbedring" vs. placebo.⁽¹⁾
[p<0,001]

Toviaz[®]
fesoterodine fumarate

1. SpC Toviaz

Viktig sikkerhetsinformasjon

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Munntørhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Abdominalsmarter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Tørr hals. Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørr øyne.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet, peanøtter eller soya eller overfor hjelpestoffer. Urinretensjon, ventrikelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megakolon. Alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child Pugh C). Samtidig bruk av potent CYP3A4- hemmere hos pasienter med moderat til kraftig nedsatt lever eller nyrefunksjon.

Advarsler og forsiktighetsregler - TOVIAZ bør brukes med forsiktighet hos pasienter med: Betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon. Ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen. Organiske årsaker til overaktiv blære må utelukkes før behandling. Angioødem er rapportert med fesoterodin, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet.

Interaksjoner: Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaper kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. For ytterligere informasjon, se neste side.

C Toviaz «Pfizer» Muskarinreseptorantagonist. ATC-nr: G04B D11
DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver depottablett inneh.: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoffer.. Fargestoff: ndigotin (E 132), titandioksid (E 171).
Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med overaktiv blære.
Dosering: Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. Daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potent CYP 3A4-hemmer, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2-8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Nedsatt nyre- eller leverfunksjon under fravær og nærvær av moderate og potente CYP 3A4-hemmere: Dosejustering iht. Tabell ved nedsatt nyrefunksjon,

	CYP 3A4-hemmer		
	Ingen	Moderat	Potent
Nedsatt nyrefunksjon1	Mild	4-8 mg	Bør unngås
	Moderat	4-8 mg	Kontraindisert
	Alvorlig	4 mg	Kontraindisert
Nedsatt leverfunksjon1	Mild	4-8 mg	Bør unngås
	Moderat	4 mg	Kontraindisert
		Bør unngås	Kontraindisert

1 Mild GFR = 50-80 ml/minutt, moderat GFR = 30-50 ml/minutt, kraftig GFR = <30 ml/minutt.

2 Forsiktig doseøkning.

Barn: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Ingen tilgjengelige data. Administrering: Skal svelges hele sammen med væske. Kan inntas uavhengig av måltid.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene, peanøtter eller soya. Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megakolon. Ukontrollert trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» C). Samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon (f.eks. klinisk signifikant forstørret prostata pga. benign prostatahyperplasi). Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroøsofagealrefluks og/eller samtidig bruk av legemidler som kan føre til eller forverre øsofagitt (f.eks. orale bisfosfonater), nedsatt gastrointestinal motilitet, autonom neuropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller oppskrives for pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktiv metabolitt: Nedsatt lever- og nyrefunksjon, samtidig administrering av potente eller moderate CYP 3A4-hemmere, samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere. Ved kombinasjon av disse faktorene forventes ekstra økning i eksponeringen.

Doseavhengige antimuskarine bivirkninger vil sannsynligvis oppstå. Individuell respons og toleranse bør evalueres før doseøkning til 8 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til overaktiv blære må utelukkes før behandling. Andre årsaker til hyppig vannlating (behandling av hjertesvikt eller nyresykdom) må vurderes før behandlingsstart. Ved forekomst av UVI må egnet behandling igangsettes. Angioødem er rapportert med fesoterodin, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Hvis angioødem forekommer, skal fesoterodin seponeres og egnet behandling igangsettes umiddelbart. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QTforlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (f.eks. myokardial iskemi, arytmi, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukosegalaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiver, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mage-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks.fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itrakonazol, ketokonazol, nefazodon, nefli avir, ritanavir (og alle ritanavirforsterkede PI-regimer) sakonavir og telitromycin). Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger til 4 mg kan være nødvendig. Hos friske har fesoterodin 8 mg 1 gang daglig ingen signifikant effekt på farmakokinetikk eller antikoagulerende effekt av en enkelt dose warfarin. **Graviditet/Amning:** Fertilitet: Ikke vurdert. Fesoterodin har ingen effekt på mannlig eller kvinnelig fertilitet eller andre effekter på reproduksjonsfunksjonen hos mus, eller på tidlig utvikling av embryo hos musefoster. Kvinner i fertil alder bør gjøres oppmerksom på manglende fertilitetsdata, og fesoterodin bør bare gis etter en individuell nytte-/risikovurdering. Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Munntørhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmarter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Tørr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørr øyne. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Abdominal ubehag, flatulens, gastroøsofageal refluks. Hjerne/ kar: Takykardi, palpitasjoner. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, somnolens. Nyre/urin-veier: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinhesitasjon. Øre: Vertigo. Øye: Uklart syn. Øvrige: Utmattelse. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/10000): Hud: Angioødem, urticaria. Psykiske: Forvirringstilstand. Etter markedsføring: Tilfeller av urinretensjon hvor kateterisering har vært nødvendig, vanligvis i løpet av den 1. behandlingssuken. Primært sett hos eldre mannlige pasienter (>65 år) som tidligere har hatt benign prostatahyperplasi. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opptil 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge bivirkninger. Behandling: Ev. ventrikkelskylning og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. Se Giftnormasjonsens anbefalinger G04B D11 side 65 d i Felleskatalogen 2012.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolysert av uspesifikke plasmæsteraser til 5-hydroksymetylderivatet, dens primære aktive metabolitt, som er det dominante aktive farmakologiske prinsippet ifesoterodin. Absorpsjon: Maks. plasmanivå nås etter ca. 5 timer. Terapeutiske plasmanivåer oppnås etter 1. administrering. Proteinbinding: Aktiv metabolitt er ca. 50% bundet til albumin og alfa-1-surt glykoprotein. Fordeling: Distribusjonsvolum: 169 liter etter i.v. administrering. Halveringstid: Terminal halveringstid for aktiv metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktiv metabolitt. Gjennomsnittlig Cmax og AUC for aktiv metabolitt, øker opptil hhv. 1,7 ganger og 2 ganger hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme. Utskillelse: Ca. 70% i urin og 7% i feces. Levermetabolisme og nyreutskillelse bidrar i betydelig grad til å utskille den aktive metabolitten.

Pakninger og priser: 4 mg: 28 stk. (blister) kr. 342,00. 84 stk. (blister) kr. 953,40. 8 mg: 28 stk. (blister) kr. 398,40. 84 stk. (blister) kr. 1122,60.

Refusjon: 1G04B D11_1. Fesoterodin.

Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskode: ICPC Vilkår nr ICD Vilkår nr

U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 13.11.2019

Pierre Fabre

Toviaz[®]
fesoterodine fumarate

Pierre Fabre
Pharma

Intervju med Gry Baadstrand Skare, spesialrådgiver i Livmorhalsprogrammet og ansatt siden oppstarten i 1992

Livmorhalsprogrammet – 25 år

I 2020 var det 25 år siden de første livmorhalsprøvene ble tatt i den organiserte masseundersøkelsen mot livmorhalskreft.



Ameli Tropé

Overlege. PhD. Leder for livmorhalsprogrammet, Kreftregisteret.



Redusert dødelighet og forekomst av livmorhalskreft

Siden screeningprogrammet startet for 26 år siden har dødeligheten som følge av livmorhalskreft gått ned med rundt 50 prosent.

– Også forekomsten av livmorhalskreft har gått ned, men de aller siste årene ser vi igjen en økende trend, forklarer Gry Baadstrand Skare, rådgiver i Livmorhalsprogrammet. Årsaken er



nok sammensatt, mener hun, og setter søkelyset på både høyere forekomst av humant papillomavirus (HPV) i befolkningen, at de yngre kvinnene har vært underscreenet, men også at vi i det siste har oppdaget mange med tidlig kreft pga. mer følsomme screeningmetoder.

En spennende reise

Gry Baadstrand Skare er bioingeniør og har vært ansatt i Livmorhalsprogrammet siden oppstarten i 1992. Hun jobber med kvalitetssikring og utvikling av livmorhalsprogrammet, databehandling og er involvert i flere forskningsprosjekter. – Det er en morsom jobb, og det har vært spennende å få være med på, sier Skare.

Det er få uker og måneder som er like i Livmorhalsseksjonen. Arbeidet byr på mange kontakter og kommunikasjon med laboratorier, prøvetakere, kvinner og media, og muligheter for stadig faglig påfyll.

Gode resultater

– En av de største gevinstene ved innføringen av organisert masseundersøkelse er at vi har fått ned overscreeningen, sier Skare. Helt i begynnelsen var det nemlig mange som tok prøve hvert år. – Samtidig har flere begynt å sjekke seg. Spesielt merket vi en stor endring av de som tok livmorhalsprøve i aldersgruppen 55-69 år, forklarer hun.

Norske tall indikerer at forekomsten av livmorhalskrefttilfeller er 70 prosent lavere enn estimert antall uten livmorhalskreftscreening. – Vi ser en økning i dekningsgraden fra rundt 46 prosent ved oppstarten av programmet, til i underkant av 70 prosent nå. Dette fikk vi til uten å øke antall prøver, og det kan ikke karakteriseres som noe annet enn en suksess, sier Skare.

Store endringer i testmetodikken og digitalisering

I oppstarten av programmet ble det etablert en lik måte for å besvare prøvene for alle laboratoriene i hele landet. – Dette var noe laboratoriene ikke var vant til, og ikke alle laboratoriene fulgte denne fremgangsmåten med en gang, reflekterer Skare.

Fra 2002 ble histologiregisteret opprettet. Dette innebar at Livmorhalsprogrammet begynte å registrere relevante vevsprøvesvar, og det ga mulighet for å følge opp kvinner som ikke hadde



Alle planene for etableringen av Livmorhalsprogrammet ble stjålet fra en bil, slik at oppstarten ble utsatt.

fått adekvat utredning. – I 2005 fikk vi et stort skifte ved innføring av HPV-testing, og i 2015 startet innføringen av HPV-primærscreening for kvinner over 34 år, sier Skare.

Skare har også vært vitne til en digital revolusjon. Hun forteller at da hun startet i Kreftregisteret var det få PC-er på huset. Informasjon ble i hovedsak tilsendt på papir, men Livmorhalsseksjonen var såpass «moderne» at de fikk det meste på diskett. – Flere patologilaboratorier hadde ikke digitale løsninger i det hele tatt, forteller hun.

Dermed gikk en del av midlene Kreftregisteret mottok fra Kreftforeningen, i forbindelse med opprettelsen av programmet, til å etablere digitale løsninger. Noe som i sin tid ble belønnet med en pris for nytenkning og moderne IT-system.

Skare trekker fram en morsom historie, og husker at planene for opprettelsen av screeningprogrammet faktisk ble stjålet etter innbrudd i en bil. På den tiden var alt var på papir, og det fantes ingen kopier. Dermed ble oppstarten av programmet utsatt, da alt av planer måtte skrives på nytt.

Fortsatt endringer i vente

– I tiden framover håper vi at egentatt prøve innføres som et alternativ til legetatt livmorhalsprøve, forklarer Skare.

Livmorhalsprogrammet jobber også med bedret digital kommunikasjon med laboratoriene, prøvetakerne og kvinnene. – Vi vil også se store endringer når kvinner som har fått HPV-vaksinen kommer inn i screeningalder. Det blir spennende å se hvilke resultater det gir. Det går an å håpe på at jobben vår blir overflødig i framtiden, og at vi kan erklære livmorhalskreft som utryddet, sier Skare.

Gynekologer som har vært leder av livmorhalsprogrammet:



Rita Steen



Bente Kristin Johansen



Ameli Tropé

Livmorhalskreft
angår like mye deg som er

25

som deg som er

70

Kontroll hvert tredje år av friske kvinner er nok – men også nødvendig

Årlig rammes om lag 400 kvinner i Norge av livmorhalskreft. Dette er for mange! Erfaringer fra andre nordiske land viser at regelmessige undersøkelser hvert tredje år kan redusere tallet betydelig. I Norge viser de foreløpige tall at spesielt kvinner over 50 år ikke lar seg undersøke regelmessig.

Nå startes en masseundersøkelse i Norge

Oppstarten skjer først i prøvetylkene Vestfold og Sør-Trøndelag. I løpet av 1993-94 vil kvinner mellom 25 og 70 år motta en invitasjon til å foreta en livmorhalsundersøkelse. Fra høsten 1994 vil programmet være landsomfattende.

Du bør si ja takk til denne invitasjonen. Prøven kan du ta hos din vanlige lege. Ved en slik prøve kan sykdommen oppdages på et forstadium der behandlingen er enkel og leveutsiktene meget gode.

Har du underlivsproblemer i dag?

Da bør du ikke vente til du mottar invitasjonen. Alle kvinner bør oppsøke lege dersom de har følgende problemer med underlivet:

- Hvis du blør eller har blodig utflod mellom menstruasjonene – enten tilfeldig eller i forbindelse med samleie.
- Hvis du blør etter overgangsalderen.

Bak undersøkelsen står: Sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kreftregisteret, Statens helseundersøkelser og Den Norske Kreftforening.



Vil du vite mer? Fyll ut kupongen og send den til Kreftregisteret, Montebello, 0310 Oslo.

Ja, takk – jeg vil gjerne få tilsendt brosjyren «Går du for ofte – Går du for sjelden?»

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr./sted: _____

Faksimile: Informasjonskampanje fra oppstarten av Livmorhalsprogrammet i 1994

Pasienter med adenocarcinoma in situ i cytologisk prøve skal behandles

Når celleprøven angir celleforandringer i kjertelepitlet, adenocarcinoma in situ (AIS/ACIS), bør det alltid blinke en rød lampe! Ved AIS i cytologisk prøve foreligger det premaligne eller maligne kjertelepitelcelleforandringer så ofte at man bør behandle. Hos kvinner over 40 år må endometriekreft utelukkes.



Ingrid Baasland
Gynekolog, PhD, Post-doc.

kan man ikke stole på at prøvetakingen har fanget opp sykdommen. Be derfor patologen se på cytologiprøven en gang til. Dersom AIS-diagnosen opprettholdes, bør man utføre eksisjon. Dersom AIS-diagnosen i cytologi endres til en mer benign tilstand der behandling kan avventes, anbefales kontroll om 2 måneder med cytologi og HPV. Dersom kontrollcytologi viser AIS på nytt, bør man utføre eksisjon.

Behandling

Ved AIS skal konisering prioriteres raskere enn CIN2 og CIN3 på grunn av høy risiko for at det kan foreligge kreft. Koniseringen av AIS er vanskelig, og siden det er såpass sjeldent, bør det være noen få erfarne kolposkopører som utfører dette inngrepet. I Sverige jobber man for at dette skal sentraliseres.

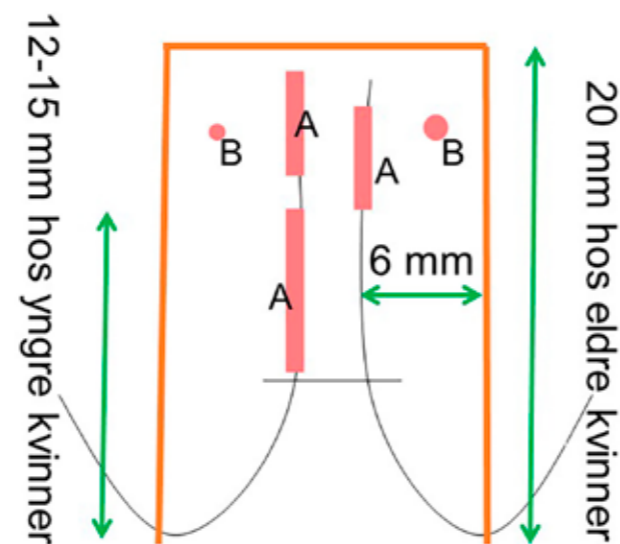
Stor andel kreft

AIS i cervixcytologi forekommer svært sjeldent, med ca 130 tilfeller per år som utgjør 0,3% av alle celleprøver i Norge. Men, når cytologi angir AIS er det svært ofte behandlingstrende sykdom. Upublisert rådata fra Krefregisteret i perioden 2015-2018 viser totalt 521 kvinner med AIS i cervixcytologi. Så langt har man påvist hele 18% adenocarcinom, 1% plateepitelcarcinom, 2% cancer uteri, 2% ikke spesifisert cancer, 44% AIS og 17% CIN2-3, det vil si 85% behandlingstrende forandringer i løpet av 5 års oppfølgingstid hos disse kvinnene (personlig meddelelse fra Gry B Skaare, Krefregisteret 2021). Det er derfor viktig med rask avklaring og verifisering av diagnosen så pasienten får rett behandling. I andre europeiske land som England og Sverige utføres eksisjon (konisering) direkte utfra AIS i cytologi (uten å ta portiobiopsier og cervixutskrap på forhånd), etter at endometriekreft er utelukket hos de eldre [3] [4].

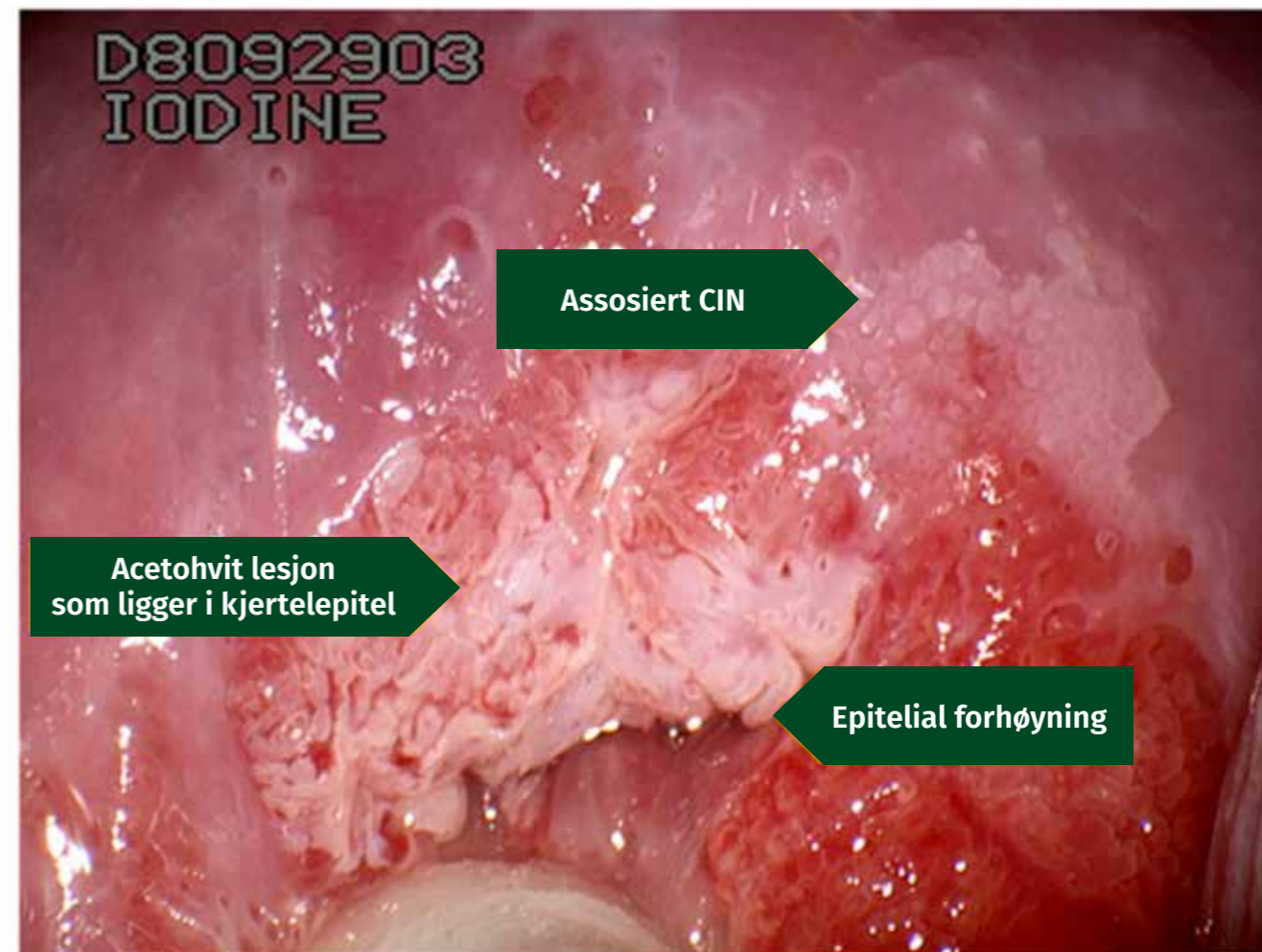
Utredning

Ved AIS er kolposkopi ikke egnet da vi ikke har oversikt over forandringene oppe i cervikalkanalen, samt at AIS oftest ikke har de samme typiske kolposkopiske forandringene som CIN (Bilde 1). For å utelukke livmorhalskreft tas biopsier og cervixutskrap med skarp curette. Histologi bør sendes prioritert, der det bes om svar innen 1 uke. Hos kvinner over 40 år bør kreft i livmoren utelukkes.

Cervixutskrap har generelt lav diagnostisk verdi fordi stroma ikke kan vurderes, samt at det ofte er utilstrekkelig materiale (5, 6). Dersom biopsier og cervixutskrap besvares som normale,



Figur 1. Figuren viser hvordan AIS skal behandles. Anlegg en sylindereformet, høy eksisjon for å få med «skip lesions» (A) som er til stede i ca 15%. Gå minst 6 mm lateralt og unngå sylindereformet slynge for å få med hele lengden på de endocervicale kryptene (B), da AIS kan gå helt ned i bunnen av disse kryptene (bilde fra A.Singer).



Bilde: Albert Singer

Bueformet slynge, nål eller laser?

Trekantslynge er ikke egnet for eksisjon da det er risiko for inadekvat fjerning av kryptene slik at sykt vev står igjen (Figur 1). Man bør etterstrebe ett preparat.

Hos kvinner med barneønske og transformasjonssone type 1 eller 2 bør en sylindereformet eksisjon med høyde 12-15 mm utføres. Bueformet slynge kan brukes. I tillegg bør eksisjonen være dyp nok lateralt for å sikre at man får med seg kryptene (minimum 6 mm dybde).

Hos kvinner som ikke lenger har barneønske, bør det utføres en sylindereformet høy eksisjon (20-25mm). I tillegg bør eksisjonen også her være 6 mm dyp til sidene for å sikre at kryptene er med. Diaterminål eller laser er best å bruke for å etterstrebe et preparat. Dersom bueformet slynge brukes, bør det i tillegg gjøres en «tophat», som er en mindre buet eksisjon av gjenværende cervikalkanale hvis man ikke har kommet høyt nok opp i kanalen. Husk å merke øvre reseksjonsrand. Etter eksisjon skal det gjøres cervikalt utskrap.

Oppfølging:

Dersom histologisvar angir ikke frie render, bør man i utgangspunktet utføre ny konisering. Dersom pasient har fremtidig barneønske, kan man vurdere kontroll innen 2-3 måneder med cytologi og HPV. Oppfølgingscytologi må være representativ, dvs inneholde både plate- og kjertelepitel. Ved persisterende HPV etter konisering bør hysterektomi diskuteres etter avsluttet

barneønske. Ellers bør man vurdere rekonisering. Dersom det er frie render, men vanskelig å ta representative prøver fra stenotisk cervikalkanale til tross for blokkering, bør hysterektomi anbefales, også ved negativ HPV test.

- Det er stor risiko for kreft ved AIS.
- Cytologibasert screening er bedre til å detektere CIN enn AIS.
- HPV-basert screening finner flere AIS enn cytologisk screening.
- 20% av cervixcarcinom er adenocarcinomer.
- Adenocarcinomer i cervix deles inn i HPV- og ikke HPV-assosierte adenocarcinomer, hvorav sistnevnte utgjør ca. 15% av adenocarcinomene (1).
- HPV 16, 18 og 45 forårsaker 94% av adenocarcinomene (2).

Referanser:

1. Kurman R CM, Herrington CS, Young RH: WHO classification of tumours of female reproductive organs. Lyon: IARC Publications; 2014.
2. de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Geraets DT, Klaustermeier JE, Lloveras B, Tous S, Felix A, Bravo LE, Shin HR et al: Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. The Lancet Oncology 2010, 11(11):1048-1056.
3. Cervixcancerprevention. Nationelt vårdprogram, version 2.3 [https://nckx.se/templates/nationellt-varldprogram-cervixcancerprevention.pdf]
4. NHS Cervical screening programme. Colposcopy and Programme Management [https://www.gov.uk/government/publications/cervical-screening-programme-and-colposcopy-management]
5. Mogensen ST, Bak M, Dueholm M, Frost L, Knoblauch NO, Praest J, Svanholm H: Cytobrush and endocervical curettage in the diagnosis of dysplasia and malignancy of the uterine cervix. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica 1997, 76(1):69-73.
6. Baasland I, Hagen B, Vogt C, Valla M, Romundstad PR: Colposcopy and additive diagnostic value of biopsies from colposcopy-negative areas to detect cervical dysplasia. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica 2016, 95(11):1258-1263.

Et tilbakeblikk og intervju med Ole-Erik Iversen, om kloke valg i utredningen av cervixdysplasi

Kolposkopert, portiobiopsert, traumatisert?

Livmorhalsprogrammet er en suksesshistorie. Velbegrunnede undersøkelser og portiobiopsier går som oftest bra, og slik avverges 800-1000 tilfeller av livmorhalskreft årlig i Norge. Noen kvinner får imidlertid et uheldig første møte med gynekologisk undersøkelse under utredning av cervixdysplasi. Balansen mellom ryggsikrende overbehandling og utfordrende skjønnsmessige vurderinger er en 50 år gammel problemstilling. Gynekologen har tatt en prat med Ole-Erik Iversen om hvordan å ta klokest mulige valg når norske kvinner screenes og utredes for cervixdysplasi.

Kloke screening-valg er mulig

Forløpet fra celleprøve til konisering kan gjøre at kvinner vegrer seg for gynekologisk undersøkelse senere i livet. Pasientgruppen spenner seg fra gråtende 24-åringer som tror at positiv HPV-test betyr kreft, til kvinner som nekter gynekologisk undersøkelse etter smertefull biopsitaking. Iversen forstår vegringen, men er tydelig på at det norske livmorhalsprogrammet er og blir en suksess. Etter en celleprøve er 95% friskmeldt, mens 5% krever oppfølging. Flytskjemaene i veilederen for gynekologisk onkologi avgjør hva vi gjør med de sistnevnte fem prosentene, og disse er standardisert for å unngå overdiagnostisering. Likevel føles det ikke alltid som vi treffer blink. Ole-Erik mener at kloke screening-valg er mulig, men at det finnes forbedringspotensial når det gjelder konsultasjonsteknikk som ivaretar både gode biopsier og akseptable pasientopplevelser.

Fra kreftprøve til celleprøve, og nå videre til HPV-test

– Da jeg var fersk LIS i gynekologisk poliklinikk het celleprøven *kreftprøve*, minner Ole-Erik Iversen oss på. – Kvinnene som kom inn var bleke og hadde fått vite at kreftprøven ikke var normal, og ergo tenkte de at de hadde kreft, fortsetter han. Selv om navnet har endret seg forbindes *celleprøven* fortsatt med kreft. I slike situasjoner er Ole-Eriks råd å gjøre seg opp et førsteinntrykk av pasientens forståelse, og deretter informere saklig om hvorfor hun skal undersøkes i dag.

I slike situasjoner pleier Ole-Erik å sammenligne cervix med et tre. Av treet faller det blader, slimhinneprøver, og noen av bladene ser ikke helt ut som de andre. Det betyr ikke nødvendigvis at treet er sykt, men at man må undersøke det nærmere. Når vi nå går over til HPV-tester som primærttest kompliseres bildet ytterligere for kvinnene, og god informasjon blir desto viktigere.

Kolposkopikursets oppstart og utkonkurranse

Kolposkopi er vårt verktøy for å begrense biopsistørrelse og gjøre kloke valg i utredning av cervixdysplasi. Metoden fikk sitt inntog i Tyskland, men ble videreført i Norge på 1960-tallet. Professor Oddmund Koller ved Radiumhospitalet gjorde et pionérarbeid og innførte systematiske kolposkopiundersøkelser, blant annet på Kvinneklinikken i Bergen fra 1968 til ca. 1976. Hans etterfølger, Per Kolstad, laget Kolposkopiatlasen. Kolstad var en kraftfull fyr som sørget for at alle norske gynekologer som skulle kolposkopere måtte ha et to-dagers kurs hos ham før de fikk lov til å ta biopsier. Dette var obligatorisk, og Ole-Erik Iversen deltok selv

på opplæringen på 70-tallet. Kolstad ble internasjonal guru på kolposkopi, reiste verden rundt for å holde kurs og var merittert langt utenfor Norges grenser.

Inntoget av blant annet CTG og ultralyd på 70- og 80-tallet førte til en eksplosjon av fagområdet, og harde prioriteringer ledet til at kolposkopikurset ble kuttet ut som obligatorisk kurs. Samtidig var det ekstremt travle tider i poliklinikkene og høy terskel for å ringe etter hjelp. Alle ville klare seg selv, og løsningen ble å ta mange og store biopsier når man var usikker på sine kolposkopifunn.

Vettskremt av biopsitaking – laserkonisering i lokalbedøvelse neste

Det var en milepæl da Kreftforeningen finansierte den første laseren til konisering i 1980. Den kostet 500 000 og ble kjøpt inn til Haukeland Universitetssykehus, som ikke hadde råd til å finansiere selv. Dette var svært vellykket, og sykehuset sparte minst kostnaden i løpet av det første året. De som ble konisert kirurgisk på den tiden hadde vært inneliggende i ni dager og sykemeldt i seks uker. Nå kunne de behandles i lokalbedøvelse og reise rett hjem. Kort tid senere fikk alle universitetssykehusene finansiert egen laser av Kreftforeningen, og metoden var standard frem til slyngekonisering ble innført omtrent et tiår senere.

De første 500 laserkoniseringene i Norge ble utført av Tormod Tande og Ole-Erik Iversen selv på begynnelsen av 80-tallet, og dette avdekket en skremt pasientgruppe. Kvinnene hadde nettopp tatt biopsier som var så store de kunne bli med biopsitang, 7-8 millimeter, fordi legene ikke tenkte på det mikroskopiske bildet på den tiden. Slimhinnen som man faktisk ønsker å fange er mindre enn en millimeter tykk, mens underliggende vev er uinteressant stroma som gjør vondt å biopsiere. Tormod Tande og Ole-Erik brukte mye tid på å berolige disse kvinnene. Det var tydelig at utredningen i forkant opplevdes som heftig, og nå skulle de koniseres i lokalbedøvelse.

Biopsier – med eller uten lokalbedøvelse?

Til tross for Ole-Erik og Tormod Tandens møter med vettskremte pasienter på 80-tallet har ingen av dem i noen særlig utstrekning brukt lokalbedøvelse selv under biopsitaking i etterkant. Ole-Erik mener at veien til representative biopsier og en grei pasientopplevelse ligger i pasientkontakt og kolposkopiferdigheter. Ved å jobbe systematisk med både mikroskop og konsultasjonsteknikk har han svært sjelden hatt behov for lokalbedøvelse de siste 20

Ole-Erik Iversen

Professor emeritus, Universitetet i Bergen

- Fra 1992 representerte han Kreftforeningen i utvalget som planla oppstarten av livmorhalsprogrammet i 1995.
- Senere representerte han NGF i Rådgivningsgruppen i ca. 8 år. Deretter satt han i Styringsgruppen på vegne av Helse Vest.
- Nå sitter han i det faglige ekspertpanelet som planlegger, monitorerer og rådgir om innføring av HPV primærscreening.
- Totalt har han et 20-talls verv og roller i feltet bak seg. Det kan dermed diskuteres om han er inhabil – eller særlig habil.



årene, kanskje med et unntak eller to. Under hundrevis av biopsier angir pasientene generelt lite smerter, og prøvene er nesten alltid representative. – Det kan sykepleierne bekrefte, forsikrer han. Lokalbedøvelsen er forbeholdt de som er skremt av tidligere biopsitaking og absolutt insisterer.

Kolposkopi og biopsi eller Kolposkopi og evt. biopsi?

Da retningslinjene for utredning av cervixdysplasi ble laget, oppstod en diskusjon om hvorvidt biopsi skulle være obligatorisk. Skulle pasientene henvises til «Kolposkopi og evt. biopsi» eller «Kolposkopi og biopsi»? Ole-Erik Iversen og Bjørn Hagen, som var gyn. onkolog ved St. Olavs Hospital, argumenterte initialt for at det måtte være opp til klinikerne om det var grunn til biopsi basert på kolposkopifunn og cytologihistorikk. Motargumentene gikk ut på at altfor mange som gjør kolposkopi ikke har nok erfaring til å utøve slikt skjønn uten risiko for uheldige hendelser, og at det derfor måtte henvises til både kolposkopi og biopsi. Dette var ifølge Ole-Erik et resultat av en fallert kolposkopiutdannelse, og det var et hopetall av unge leger som satt alene med pasientene. Ole-Erik og Bjørn Hagen erkjente til slutt at obligat biopsi er tryggest, men påpeker stadig at veilederne er nettopp veiledende. Ole-Erik mener at et erfarent øye bør kunne sløyfe biopsi og heller følge pasienten videre hvis det er godt begrunnet. Dersom man kunne få et slikt system til å fungere, ville man spare kvinnene for biopsier og laboratoriene for histologi.

See five, do five, teach five?

Burde det være krav om at norske LIS gjør flere veiledete kolposkopier før selvstendig biopsitaking? – Ja, det synes jeg, bekrefter Iversen. Da han selv skulle lære gynekologiske operasjoner måtte han observere fem inngrep, bli veiledet under fem inngrep og deretter forsøke selv dersom han viste seg verdig. Ole-Erik bekrefter at kolposkopi og målrettet biopsitaking er vanskelig og krever erfaring. Han anbefaler derfor at man tegner på alle remisser hvordan livmorhalsen ser ut og setter kryss der man har tatt biopsi. Dersom noe er spesielt mistenkelig kan man merke dette i et eget glass for å få tilbakemelding på om man hadde rett eller ikke.

Kolposkopiundervisningen har falt mellom stoler i Norge over en lang periode. Sammenligner man Norge med for eksempel England virker norsk kolposkopiutdannelse nærmest ikkeeksisterende. Der er det langt høyere krav til veiledning før man gjør selvstendig kolposkopi og biopsi. – Dilemmaet er at England

har egne leger som driver kun med dette, mens norske gynekologer skal håndtere alt fra ultralyd og forløsninger til gynekologiske operasjoner og konisering, forklarer Iversen. Vi altså er nødt til å legge listen noe lavere enn våre mest anerkjente kollegaer i utlandet, men det er uansett et betydelig behov for forbedring.

Mer undervisning er et godt sted å starte, for eksempel via det populære kolposkopikurset. Kvalitetssikring gjennom gode mester/svenn-forhold er ifølge Ole-Erik det optimale. Den klassiske *see one, do one, teach one* er neppe tilstrekkelig for å ta kloke valg i utredningen av cervixdysplasi, men kanskje er *see five, do five, teach five* et realistisk sted å starte?

Ole-Erik Iversens råd for å forklare kvinnen hva som skal gjøres under biopsitaking:

- Vet du hvorfor du er her?
- Hvorfor tror du at du har kreft, sa legen det til deg?
- Det er ikke mistanke om kreft, men det er tatt en celleprøve som ikke er helt normal. Vi må derfor undersøke deg for å se om dette er noe som skal behandles eller ikke.
- Undersøkelsen tar noen minutter, og vi ser på livmorhalsen med en kikkert.
- Det gjør ikke vondt, men det kommer lys på livmorhalsen. Det kjenner du ikke.
- Når vi har sett med kikkerten kan vi identifisere områder som kanskje kan forklare funnet, for livmorhalsen kan ses på som en klokke. Hvis det er en forandring kl. 2 blir vi ikke klokere av å ta en prøve kl. 8.
- Når vi ser på forandringene kan vi være presise, og prøvene behøver ikke være så store.
- Det går an å gi bedøvelse. Men for nesten alle så vil bedøvelsen være mye vondere enn å bare ta prøvene, og da gjør vi det på den måten at jeg teller til tre, og når jeg sier tre så tar du et forsiktig kremt. Når du er ferdig med kremtet er jeg ferdig med prøven.
- De fleste vil si at lokalbedøvelse er ca 5-7 på smerteskalaen, i tillegg til at man kan få hjertebank og bli uvel.
- På en skala fra 0-10, hvor vondt var det?

Med denne metoden forteller Ole-Erik at pasienten gjerne svarer null til to på smerteskalaen etter endt biopsi.

En kommentar på intervjuet med Ole-Erik Iversen, i form av en samtale med avtalespesialist Yngvild Hannestad

Fornøyde pasienter med lokalbedøvelse

Ole-Erik Iversens mal på god pasientbehandling under kolposkopi og biopsi representerer en idealsituasjon. Avtalespesialist Yngvild Hannestad er helt enig i at vi at vi må tilstrebe høy kvalitet selv om det er en utfordring at dette er fordelt på mange hender. Hun lærte kolposkopi fra Iversen selv under sin spesialisering på Kvinneklinikken i Bergen og bruker generelt mye krefter på å ivareta disse pasientene. – Jeg fikk først et solidt antall kolposkopier/biopsier da jeg begynte i praksis, og etter at HPV-test ble innført har antallet ca 5-doblet seg. De siste årene har jeg tatt ca 250 - 300 biopsier per år, og det vil si at det utgjør ca 10% av konsultasjonene mine.



Yngvild Hannestad, Gynekolog ved Bergen
Spesialistsenter og PSL-representant i NGF-styret

Yngvild Hannestad setter alltid bedøvelse under cervixbiopsier, med mindre pasienten ikke ønsker det. – Når jeg tar biopsier har jeg ingen assistent til å holde pasienten i hånden, påpeker Yngvild. Hun opplever at lokalbedøvelsen ofte letter på en spent situasjon. Mange gruer seg voldsomt og har hørt og lest skrekkehistorier om smertefulle biopsier. Noen som har hatt cervixdysplasi tidligere, forteller at biopsiene opplevdes mye verre enn konisering. Effekten av lokalbedøvelse kan nok ha en komponent av placebo, men det tror Yngvild også vi kan trenge litt av. Med svært tynne nåler av typen tannleger bruker kjenner pasienten nesten ikke at bedøvelsen settes, og ved å bruke Citanest med Octapressin unngås adrenalin-effekten som Ole-Erik Iversen refererer til. – Jeg mener at alle pasientene bør tilbys lokalbedøvelse, og jeg opplever at det raskt og greit å gjøre det, sier Hannestad. Selv går hun så langt som å spille musikk for de mest nervøse, og hun sender ut informasjonsskriv til alle henviste pasienter før timen om hvordan prøvetakingen foregår og at de kan få bedøvelse.

Vi kan bli flinkere til å snakke med pasientene om hva livmorhalscreening er for noe. – En del kaller fremdeles celleprøven for «kreftprøve», slik Ole-Erik Iversen beskriver man gjorde på 80-tallet. I tillegg har mange en forestilling om at prøven tester for alle typer kreft i underlivet, forteller Yngvild. – Noen pasienter tror at en negativ celleprøve forsikrer dem om at «alt er fint». – Jeg leter stadig etter gode måter å forklare ting på og kommer til å stjele formuleringen fra Ole-Erik Iversen om bladene og treet.

Etter innføring av HPV-test erfarer Yngvild også at mange skammer seg over HPV-positivitet. – Jeg møter pasienter som ikke tør å ha sex etter at de har fått HPV, i frykt for å smitte andre. En del

opplever det som veldig skambelagt at de har fått en infeksjon som potensielt er så farlig fordi de har hatt sex. Andre igjen bekymrer seg for utroskap som bakgrunn for påvist HPV. Pasientene har stort informasjonsbehov og mange spørsmål, forteller hun.

Screening og utredning av cervixdysplasi blir ikke mindre skremmende av at avisoppslag, sosiale medier og #sjekkedeg-kampanjene gjerne på samme tid snakker om screening og utredning av symptomer. Historiene om unge kvinner med livmorhalskreft er hjerteskjærende, men slik de blir fortalt virker det nærmest gjennomgående at de har blødd eller hatt smerter over tid uten å bli undersøkt skikkelig. Det er pedagogisk utfordrende å forklare symptomfrie jenter under screeningalder at cervixcyt ikke er et "gode" som blir holdt tilbake fra dem. Det å lese de sterke historiene om unge med langtkommen livmorhalskreft, gjør at mange av de som må til videre utredning av en celleprøve automatisk forbinder det med kreft og reagerer følelsesmessig deretter. – Jeg skulle ønske kampanjene innimellom kunne bruke kvinner som ikke har hatt kreft, men har gjennomgått behandling for dysplasi og blitt friske. Det er jo synd at livmorhalsprogrammet som betegnes som en suksess samtidig skremmer så mange kvinner. På nettsidene til Kreftregisteret og FHI ligger masse flott informasjon, men det kommer kanskje i skyggen av andre kilder.

Yngvild har tro på at bedre pasientinformasjon, både under kampanjer, ved celleprøvetaking på fastlegekontoret og i forbindelse med biopsier hos gynekologen, kan gi bedre pasientopplevelser. Medisinske hensyn skal prioriteres høyest i en hektisk hverdag, men det ene utelukker ikke det andre.

Økende antall CIN og AIS – Behov for prognostiske markører!

En studie basert på tall fra Kreftregisteret viser at antall CIN2, CIN3 og AIS har økt gradvis de siste 25 årene (1). Dette skyldes stadig bedre og mer sensitive screeningmetoder, men artikkelen understreker at andre årsaker også spiller inn. En klart medvirkende faktor er økende HPV i befolkningen, og det er behov for et mer nyansert oppfølgings- og behandlingsopplegg ut ifra alder og risikofaktorer. Det er viktig å ikke sykeliggjøre og overbehandle friske kvinner med lav sannsynlighet for kreft ved å utsette disse for unødvendige inngrep og komplikasjonsrisiko. Studien konkluderer med at det i fremtiden vil være nødvendig med en «harm-benefit» analyse av det offentlige screeningprogrammet, både med tanke på screeningteknologi, pasientrelaterte risikofaktorer og vaksinasjonsstatus.



Ane Cecilie Dæhli Munk
PhD, overlege KK, SSK. Postdoc HSØ.
Representant NGF i Rådgivingsgruppen
for Livmorhalsprogrammet, Kreftregisteret.
Leder for CIN-kapittelet, Handlings-
programmet for gynekologisk kreft.

Tall fra Kreftregisteret viser at CIN1 og CIN2-3 påvises hos hhv. 4000 og 6600 kvinner årlig i Norge. Studier har vist at 60% av lavgradige celleforandringer går tilbake av seg selv, mens kun 6% vil få kreft (2, 3). Dersom høygradige celleforandringer vedvarer, vil ca 30% få livmorhalskreft i løpet av 30 år (4). Hos 20-40% vil forandringene gå spontant tilbake, da immunsystemet bekjemper virusinfeksjonen (2, 5, 6). I dag koniseres nær sagt alle kvinner med høygradig dysplasi, og et fåtall behandles primært med hysterektomi, da man ikke vet hvem som vil få kreft.

Fra 2009 til 2018 har antall årlige koniseringer registrert ved Kreftregisteret økt fra 3500 til 7250. I en norsk studie fant man komplikasjonsrate for blødning og infeksjon på henholdsvis 6,1 og 0,4 % (7). En økende problemstilling er en stadig større kontroll-populasjon med cervixstenose etter konisering. Er disse kvinnene HPV positive etter behandling, er det utfordrende å ta representative prøver. Stenose fører til hematometra og dysmenore hos premenopausale kvinner. Hos postmenopausale kvinner kan corpuscancer maskeres. Risiko for prematur fødsel øker allerede etter én konisering og vil øke ytterligere, da stadig flere yngre kvinner gjennomgår flere koniseringer (8). Dette øker også sannsynligheten for morbiditet og mortalitet hos den nyfødte (9, 10, 11).

I fremtiden vil flere friske kvinner få påvist HPV-infeksjon uten at de utvikler dysplasi. Samtidig påvises flere dysplasier, men vi vet lite om risikoen for kreftutvikling hos den enkelte. En stadig økende HPV-vaksinert befolkning vil også bli på utfordringer, da dysplasi forårsaket av andre HPV genotyper enn de som dekkes av vaksinene er lite forsket på. Det er behov for prognostiske markører for å kunne gi kvinner en mer målrettet oppfølging og behandling ut ifra forskjellige risikoprofiler. Et samarbeids-

prosjekt mellom Sørlandet sykehus, Stavanger Universitetssykehus, Kreftregisteret og en forskningsgruppe ved KK, Haukeland Universitetssykehus, har funnet lovende markører relatert til immunaktivitet og celleproliferasjon. Målet er å finne prognostiske markører som kan forutsi om en dysplastisk lesjon vil gå tilbake av seg selv eller har potensiell risiko for utvikling av kreft. I fremtiden vil man forhåpentligvis kunne tilby mer tilpasset oppfølging ut ifra risikoprofilen til den enkelte kvinne, der de med lavgradige og ufarlige forandringer kan tilbys sjeldnere kontroller i påvente av spontan regresjon. Kvinner med høygradige forandringer og god prognose kan i første omgang unngå behandling og heller følges opp, mens påvist høy risikoprofil gir mulighet til raskere behandling og bedre oppfølging.

«I fremtiden vil man forhåpentligvis kunne tilby mer tilpasset oppfølging ut ifra risikoprofilen til den enkelte kvinne»

- 1 Orumaa M et al. Recent increase in incidence of cervical precancerous lesions in Norway: Nationwide study from 1992 to 2016. *Int J. Cancer* 2019.
- 2 Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: A critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993.
- 3 Bansal N et al. Natural history of established low grade cervical intraepithelial (CIN 1) lesions. *Anticancer Res* 2008
- 4 McCredie MR et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: A retrospective cohort study. *The Lancet Oncology* 2008.
- 5 Munk AC et al. Interaction of epithelial biomarkers, local immune response and condom use in cervical intraepithelial neoplasia 2-3 regression. *Gynecol Oncol*, 2012
- 6 Hogewoning CJ et al. Condom use promotes regression of cervical intraepithelial neoplasia and clearance of human papillomavirus: A randomized clinical trial
- 7 Hagen B et al. CO2 laser conization and efficacy. *AOGS* 1998.
- 8 Kyrigou M et al. Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical pre-invasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016.
- 9 Kyrigou M et al. Obstetric outcome after conservative outcome for intraepithelial or early invasive cervical lesions: Systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2006.
- 10 Arbyn M et al. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: Meta-analysis. *BMJ* 2008.
- 11 Albrechtsen S et al. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: Population based cohort study. *BMJ* 2008.

Vet vi hva vi driver med?

I Norge utføres det ca 30000 kolposkopier med biopsier i året. St. Olavs hospital har satt fokus på kvalitetssikring av kolposkopi og behandling, og nå følger flere sykehus etter. Her er mine erfaringer.



Lene Hejna Pedersen

Overlege ved Gynekologisk kreftavdeling, Kvinneklinikken St.Olavs hospital HF
Deltidsvikar som spesialist i avtalepraksis

Ved konisering får vi i histologisvaret fra patologenes vurdering av reseksjonsrendene. Frie eller ufrie render? Ikke mulig å vurdere render? Usikre render? Ut fra dette svaret planlegger vi oppfølgingen av pasientene. Det gir rom for undring over hva som påvirker resultatet av en konisering. Er det kun gynekologens erfaring med konisering? Hva kan vi gjøre bedre?

Dette er bakgrunnen for forbedringsprosjektet «Kvalitet ved konisering» som vi har startet ved Kvinneklinikken ved St.Olavs hospital i Trondheim. Ameli Tropé, leder for Livmorhalsprogrammet, og jeg har startet på Forbedringsutdanning for leger i regi av Helsedirektoratet. Det er et utdanningsprogram som har som formål å gi leger kompetanse til å gjennomføre forbedringsarbeid i helsetjenesten. Vi har systematisk kartlagt koniseringen og hvordan vi kan forbedre resultatet og kvalitetssikre det vi gjør.

For å starte kvalitetssikring og forbedring har vi samlet et team som består av alle som er involvert i prosessen rundt en konisering, inkludert sekretærer, sykepleiere, gynekologer, patologer og seksjonsleder ved Gynekologisk kreftavdeling. Ved å gå gjennom alle ledd i prosessen, har vi satt fokus på noen områder vi tror kan være med på å gjøre resultatet av koniseringen bedre. Patolog ga tilbakemelding på at riktig fiksering er viktig. Tiltaket ble at gynekologer og sykepleiere har hatt opplæring i riktig fiksering. En annen faktor er hvorvidt portio blir adekvat vurdert ved koniseringen, inkludert hvilken type transformasjonssone som foreligger som igjen påvirker type konisering. For å øke

bevistheten rundt dette har vi hatt kolposkopiundervisning for gynekologene. Vi planlegger også systematisk opplæring og trening på modell. For å forbedre kolposkopien har vi laget en standard kolposkopijournal som skal gjøre det enklere å få med seg alle punktene som er vesentlige. Her har vi sett på det nye CIN-skjemaet og inkludert punktene derfra, slik at det blir enkelt for sekretær å fylle ut meldingene i Kremt på et senere tidspunkt. Patologene har også innført en standardbeskrivelse slik at det er oversiktlig å registrere histologibeskrivelsen.

Gjennom dette prosjektet har de ulike involverte gruppene lært mye av hverandre. Mange små endringer kan være med på å gi best mulig pasientbehandling. Vi har fått med oss The International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC), som skal bistå i opplæring av trainere og trainees i kolposkopi. Videre vil Europeisk Federation of Colposcopy (EFC) bistå i kvalitetssikringsarbeidet.

Det er artig at flere sykehus henger seg på, inkludert Ullevål, Tromsø, Drammen, Bærum, Kalnes, Skien, Hammerfest, Tønsberg, Eleverum, Lillehammer, Arendal, Kristiansand, Stavanger, Bergen, Romerike og Baaslandklinikken i Trondheim. Flere har meldt sin interesse. Det er veldig positivt, da det er med på å skape en kultur omkring forbedring og kvalitetssikring hvor vi kan samarbeide på tvers av helseforetak for å utveksle erfaringer.

Forbedringsprosjektet, som er ledd i utdanning fra Helse-direktoratet, avsluttes i februar, men arbeidet med kontinuerlig å tilstrebe god kvalitet på det vi gjør, fortsetter videre.

Ta gjerne kontakt med meg (lene.hejna.pedersen@stolav.no) eller Ameli Tropé ved Livmorhalsprogrammet dersom du er interessert i mer informasjon om hvordan du kan starte med dette der du jobber.

NY INDIKASJON

Lynparza (olaparib) tabletter i kombinasjon med bevacizumab til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO trinn III og IV) høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritonealkreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter avsluttet førstelinje platinabasert kjemoterapi i kombinasjon med bevacizumab, og hvor kreften er forbundet med defekt homolog rekombinasjon (HRD)-positiv status, definert av enten en BRCA1/2-mutasjon og/eller genomisk ustabilitet.

Beslutning fra Beslutningsforum avventes for denne indikasjonen

Ovarialkreft: Lynparza (olaparib) tabletter er også indisert som monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO trinn III og IV) BRCA1/2-mutert (kimbanen og/eller somatisk) høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritonealkreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter avsluttet førstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv høygradig kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritonealkreft, som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi

VIKTIG INFORMASJON:

Behandling med Lynparza bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i bruk av legemidler til kreftbehandling. Før oppstart av Lynparza ved førstelinjebehandling er det krav til påvisning av skadelig eller mistenkt skadelige mutasjoner inkludert BRCA1/2 ved validert test. Anbefalt dose av olaparib tabletter, enten som monoterapi eller i kombinasjon med bevacizumab: 300 mg (2 tabletter à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose på 600 mg). Tabletter med styrken 100 mg er tilgjengelig for dosereduksjon. Se preparatomtalen for olaparib for til oppstart og behandlingsvarighet ved behandling av ovarialkreft. Se preparatomtale for bevacizumab for dosering og behandlingsvarighet av bevacizumab ved kombinasjonsbehandling. Lynparza tabletter skal ikke erstattes med Lynparza kapsler på en milligram-til-milligrambasis på grunn av forskjeller i dosering og biotilgjengelighet mellom formuleringene. **Behandlingsvarighet ved førstelinje vedlikeholdsbehandling av BRCA-mutert avansert ovarialkreft:** Pasienten kan fortsette behandlingen inntil radiologisk sykdomsprogresjon, uakseptabel toksisitet eller i inntil 2 år dersom det ikke foreligger radiologiske tegn på sykdom etter 2 års behandling. Pasienter med påvist sykdom etter 2 år, som etter behandelnde leges mening kan dra nytte av videre behandles kan behandles i mer enn to år. **Behandlingsvarighet ved vedlikeholdsbehandling av platinasensitiv tilbakevendende ovarialkreft:** For pasienter med platinasensitiv tilbakevendende (PSR) høygradig ovarialkreft, egglederkreft eller primær peritonealkreft er det anbefalt at behandlingen fortsetter til progresjon av underliggende sykdom, eller til uakseptabel toksisitet oppstår. **Behandlingsvarighet ved førstelinje vedlikeholdsbehandling av HRD-positiv avansert ovarialkreft i kombinasjon med bevacizumab:** Pasienten kan fortsette behandlingen inntil radiologisk sykdomsprogresjon, uakseptabel toksisitet eller i inntil 2 år dersom det ikke foreligger radiologiske tegn på sykdom etter 2 års behandling. Pasienter med påvist sykdom etter 2 år, som etter behandelnde leges mening kan dra nytte av videre behandles kan behandles i mer enn to år. Se preparatomtalen til bevacizumab for den anbefalte totale behandlingsvarigheten på maks. 15 måneder, inkl. periodene der bevacizumab brukes i kombinasjon med kjemoterapi og som vedlikeholdsbehandling.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene. Amming under behandling og i 1 måned etter den siste dosen (pkt. 4.6 i SPC)

Forsiktighet utvises ved: Hematologisk toksisitet: Blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, er anbefalt de første 12 månedene av behandlingen og periodevis etter dette tidspunktet for å overvåke klinisk signifikante endringer av verdiene under behandling. **Myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi:** Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert under behandling med Lynparza, anbefales det at Lynparza seponeres og at pasienten får egnet behandling. **Pneumonitt:** Hvis pasienten får nye, eller en forverring av respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller et unormalt radiologisk funn observeres i brystet, bør behandling med Lynparza avbrytes og utredning igangsettes raskt.

Vanlige interaksjoner: Samtidig administrering av Lynparza med kraftige eller moderate CYP3A-hemmere eller CYP3A-induktorer anbefales ikke. Se pkt. 4.2 og 4.5 i preparatomtalen for mer informasjon dersom en kraftig eller moderat CYP3A-hemmer eller CYP3A-induktor likevel må administreres samtidig med Lynparza.

Vanlige bivirkninger: De hyppigste observerte bivirkningene på tvers av kliniske studier hos pasienter som fikk Lynparza som monoterapi (≥ 10 %) var kvalme, oppkast, diaré, dyspepsi, fatigue, hodepine, dysgeusi, nedsatt appetitt, svimmelhet, hoste, dyspné, anemi, nøytropeni, trombocytopeni, og leukopeni.

Pakninger og priser: **Kapsler:** 4 × 112 stk.1 (plastflasker) kr 55781,00. **Tabletter: 100 mg:** 56 stk.1 (blister) kr 27754,60. **150 mg:** 56 stk.1 (blister) kr 27754,60. **Refusjon: 1 H-resept: L01X X46_14 Olaparib Refusjonsberettiget bruk:** Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe.

Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Se godkjent preparatomtale eller FK-tekst for mer informasjon om Lynparza.

1. Lynparza SPC 03.11.2020
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/lynparza-epar-product-information_en.pdf

Eit steg mot betre kvalitet og meir læring av patologimøter og dysplasipoliklinikk

Kalenderen viser at vi har jobba med korona i snart eit år, og dei fleste er grundig lei skype, teams og alle varianter som ikkje er andlet til andlet. Vi har imidlertid funnet eit område der videomøtet er uovertruffent: patologmøtet!



Anne Guri Breidenthal
Konstituert overlege



Elisabeth Berge Nilsen
Seksjonsoverlege for gynekologisk onkologi



Marit Halonen Christiansen
Overlege/avdelingsjef

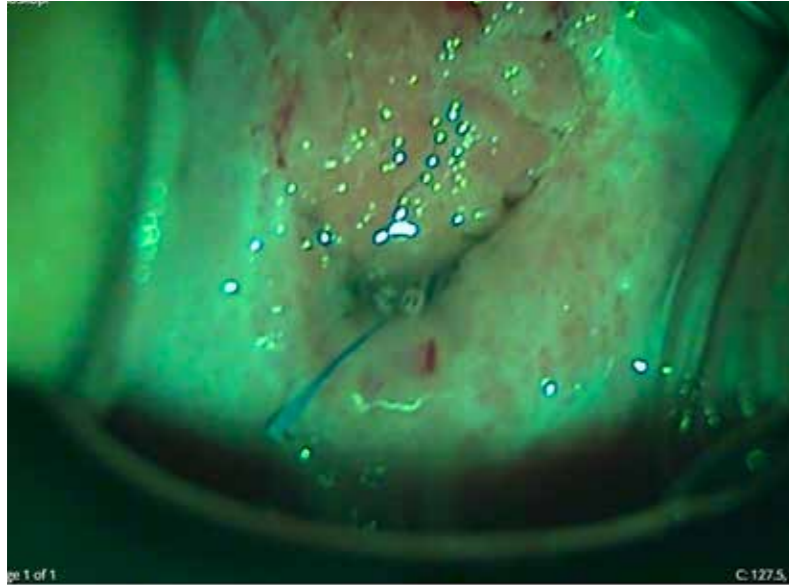
Tidlegare har patologimøtet involvert fysisk oppmøte. Mange har fått ein ufrivillig omvisning i sjukehusets irrganger i underetasjen og kanskje ikkje rukket fram til møtet. I tillegg er det ikkje alltid like klart på prosjektør som i mikroskopet, og papirlappen der ein knota ned konklusjonen forsvant visst i lommen på frakken som vart levert til vask.

På skype er det derimot lett – alle finn fram.

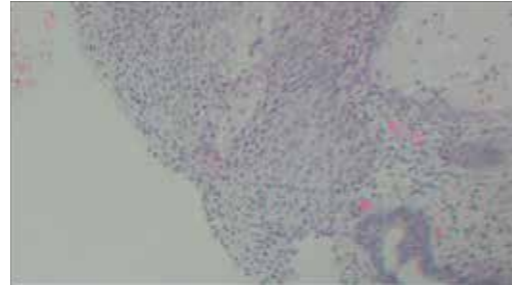
Patologen deler skjerm, og alle får gode bilder. Legen som opererte kan ha Dips oppe, og dokumenterer direkte i journalen. Ein kan òg

dele bilde frå operasjon, eventuelt kolposkopibilder, som vist her. Pasienten har sjølvsagt samtykka til publisering av bileta.

Inspirert av dette har vi no innført «åpent hus» - utvalde dysplasilister på gynpol har ein eigen liten skype-invitasjon kobla til seg. Denne er open for alle legar. Ein logger seg på om ein har histologisvar ein vil diskutere, eller bare vil lære litt meir om kolposkopi. SUS er jo kjent som eit jobbesjukehus, så dette møtet ligg parallelt med ettermiddagsrapporten. Her er alltid ein spesialist tilgjengeleg, og vonleg vil kvaliteten på behandlinga både blir enda betre, men òg jamnare.



Skjermdump av kolposkopibilder i Dips: Cervix med CIN3 (og AIS) etter eddik og grønnfilter.



Histologisnitt samme pasient



P16-positivitet i overgangssonen, samme pasient

SAMSUNG

Ultrasound for Women's Health

Commitment to Life-Long Healthcare for Women



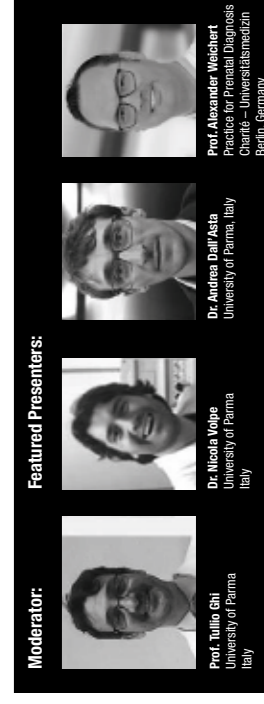
Vil du lære mer?

Samsung arrangerer jevnlig webinarer. Hold deg oppdatert på vår Facebookgruppe «Samsung ultralyd – Inter-Medical AS»
Her noen eksempler på arrangerte webinarer 2021:

How to Perform and Interpret First Trimester 3D Ultrasound Using Crystal Vue™ (25. februar)



1th and 2nd Trimester Fetal Neurosonography: Technique and Diagnostic potential (11. mars)



SAMSUNG

INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON
SAMSUNG MEDISON

Inter-Medical AS
Grini Næringspark 3 • 1361 Østerås
Tlf: 61146300 • Mobil: 40 61 79 40

HPV hjemmetest – bedre forebygging med økt deltakelse

Mange kvinner i Norge møter ikke til livmorhalskreftscreening som anbefalt. De siste årene er det utviklet HPV-tester som kvinner selv kan ta hjemme, og de samlede internasjonale erfaringene fra utprøving er positive. Ved Kreftregisteret er det nylig gjennomført en studie som viser at deltakelsen i screening blant kvinner som ikke har tatt prøve på ti år eller mer øker betraktelig ved tilbud om hjemmetest. Kvinnene som tester positivt på hjemmetest møter også til oppfølgingstime hos gynekolog/fastlege.



Gunvor Aasbø

Postdoktor
Forskningsavdelingen, Kreftregisteret



Bo Terning Hansen

Forsker
Forskningsavdelingen, Kreftregisteret

dette varierer noe mellom land og ikke minst med hvordan hjemmetesten blir tilbudt (6). I Norge har en tidligere studie vist at hjemmetest øker deltakelsen hvis den sendes uoppfordret til kvinner som får gjentatt påminnelse fra Livmorhalsprogrammet (det vil si cirka 4,5 år siden siste screeningtest), og at oppmøtet til oppfølging etter positiv HPV hjemmetest er svært godt i denne gruppen (7). Kvalitet av hjemmetest har også blitt undersøkt i Norge, og man fant tilsvarende sensitivitet for CIN3+ og cancer som lege-tatt test (8). Vi vet også at bruk av hjemmetest er kostnadseffektivt (9), også i norsk sammenheng (10).

Vi har i samarbeid med andre forskere nylig gjennomført en stor randomisert kontrollert studie av HPV hjemmetest på 6000 tilfeldig utvalgte kvinner som ikke hadde deltatt i screening på ti år eller mer. Kvinner som sjelden eller aldri møter til screening har ikke respondert på Livmorhalsprogrammets mange direkte henvendelser om at de bør screene seg og er således en vanskelig gruppe å nå i forebyggingen. Sannsynligvis er det også spesielt viktig å gi et bedre tilbud til denne gruppen fordi de kan ha forhøyet risiko for livmorhalskreft på grunn av at de har uteblitt fra screening over så lang tid. Studien har gitt verdifull kunnskap om hvordan HPV hjemmetest kan implementeres i Livmorhalsprogrammet. 2000 av kvinnene fikk en hjemmetestpakke tilsendt uoppfordret, 2000 fikk et tilbud om å bestille hjemmetest og 2000 av kvinnene mottok vanlig påminnelsesbrev fra Livmorhalsprogrammet. Vi har akkurat fått inn alle data i studien og arbeider nå med den vitenskapelige publikasjonen. Blant kvinnene som fikk tilbud om HPV hjemmetest økte deltakelsen betraktelig, både blant kvinner som fikk testen direkte tilsendt og blant kvinner som fikk tilbud om å bestille. Selv de eldste kvinnene, som har relativt lav deltakelse, og kvinner som aldri tidligere hadde deltatt i screening hadde betraktelig økt deltakelse med hjemmetest. Det er likevel ikke slik at alle som ble tilbudt hjemmetest brukte den, men studien viser at man når mange flere kvinner med hjemmetest enn med vanlig påminnelse om å bestille underlivsundersøkelse hos lege. I studien fant vi også at forekomsten av høy-risiko HPV var nær doblet blant kvinnene som sjelden eller aldri møter til screening sammenlignet med kvinner som deltar i ordinær HPV-basert screening i Livmorhalsprogrammet. Det har også blitt diagnostisert flere krefttilfeller blant studiedeltakerne.

Oppfølging av kvinner med positiv HPV-prøve

Det hjelper ikke at kvinner er villige til å ta hjemmetest dersom

For lav deltakelse i Livmorhalsprogrammet

Livmorhalsprogrammet har aldri oppnådd sin målsetning om en dekningsgrad på 80%, og trenden har vært synkende eller stabil rundt 70% de siste 15 år (1). Det ligger et stort potensiale for forbedret forebygging av livmorhalskreft ved økt deltakelse. Vi vet at screening effektivt har redusert forekomsten av livmorhalskreft i Norge (2), og at kreftrisikoen er betydelig høyere blant kvinner som ikke møter til screening som anbefalt (3). Det er derfor viktig å få kunnskap om effektive tiltak for å øke deltakelsen i Livmorhalsprogrammet. Nyere norske studier har funnet at kvinner som utsetter eller dropper screening blant annet oppgir at de kvier seg for en gynekologisk undersøkelse, spesielt hos sin fastlege, samt at påminnelsen og oppfordringen om å ta screeningprøve ikke oppleves som viktig nok for å bestille time hos lege. Disse sammensatte faktorene gjør at mange kvinner utsetter livmorhalskreftscreening (4). Fra registerstudier vet vi også at det er sosial ulikhet i screeningdeltakelsen. Kvinner med innvandrerbakgrunn og kvinner med lavere sosioøkonomisk status er blant gruppene som er overrepresentert blant de som ikke møter til screening som anbefalt i Norge (5).

HPV hjemmetest – et bedre screeningtilbud for mange kvinner

En omfattende metaanalyse viser at HPV hjemmetester ved bruk av PCR-baserte assays har like høy sensitivitet for CIN2+ som klinisk tatt HPV-prøve, men har marginalt lavere spesifisitet. Videre øker oftest deltakelsen ved tilbud om hjemmetest, selv om



Hjemmetestpakkene i studien inneholdt børsten Evalyn® Brush, bruksanvisning og informasjonsbrosjyre, returpose og ferdig frankert returkonvullt.

de ikke er villige til å gå til legen for videre undersøkelse hvis det viser seg nødvendig. En avgjørende faktor for vellykket implementering av HPV hjemmetest i Livmorhalsprogrammet er derfor at kvinner med positiv HPV-prøve møter til oppfølging med cytologi og eventuell biopsi. Dette kan tenkes å være en spesiell utfordring blant kvinner som ikke screener seg, fordi de vegrer seg mot å oppsøke lege for gynekologisk undersøkelse. I vår studie fikk kvinner med positiv HPV-prøve enten en oppfølgingstime hos gynekolog (med avtale i HF) eller hos sin fastlege. Studien viser at det totale oppmøtet til oppfølging var høyt selv blant disse kvinnene som sjelden eller aldri screener seg. De aller fleste møtte til oppsatt time, men noen kvinner foretrakk å selv bestille sin oppfølgingstime utenfor studien. Forskjellen i oppmøte til time hos fastlege og gynekolog var marginal.

Implementering av HPV i Livmorhalsprogrammet?

Erfaringene med HPV hjemmetest er gjennomgående gode både i internasjonale og nasjonale studier. Vår erfaring er også at hjemmetest er noe mange kvinner vil ha, og tilbakemeldingene fra studiedeltakerne er gode. Så langt er det få nasjonale programmer som har tatt i bruk hjemmetest, men det foreligger nå så god evidens for at denne muligheten bør benyttes at det er nærliggende å tro at dette vil forandre seg. Nederland og Danmark er allerede i gang. Innføring av HPV-basert primærscreening i mange programmer vil gjøre innføring av HPV hjemmetest enklere. Det er også en metode som kan holde screeningen i gang selv under en pandemi som den vi erfarer nå.

Implementering HPV hjemmetest i Livmorhalsprogrammet har sine utfordringer, ikke minst av logistisk art, men det er mulig å få

på plass med god planlegging. Livmorhalsprogrammet har nylig på oppdrag av Helsedirektoratet utredet hvordan tilbudet kan innføres i Norge, blant annet basert på erfaringene fra de norske studiene. Det gjenstår å se om og hvordan HPV hjemmetest vil bli innført, og hvem som eventuelt får tilbudet. Vi mener tilbud om HPV hjemmetest vil forbedre forebyggingen av livmorhalskreft. Hovedgevinsten ligger i økt deltakelse, som vil forhindre flere krefttilfeller og redde liv.

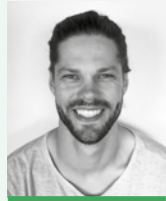
Referanser:

1. Livmorhalsprogrammet. Årsrapport 2018-2019. 2020; tilgjengelig: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/livmorhalskreft/arsrapport/livmorhals-2017-18.pdf>
2. Lönnberg S, Hansen BT, Haldorsen T, Campbell S, Schee K, Nygård M. Cervical cancer prevented by screening: Long-term incidence trends by morphology in Norway. *International Journal of Cancer* 2015;137(7):1758-64.
3. Haldorsen T, Skare GB, Steen R, Thoresen SO. Livmorhalskreft etter ti års offentlig koordinert screening. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 2008;128(6):682-5.
4. Aasbø G, Solbrække KN, Waller J, Tropé A, Nygård M, Hansen BT. Perspectives of non-attenders for cervical cancer screening in Norway: a qualitative focus group study. *BMJ Open* 2019;9(8):e029505.
5. Leinonen MK, Campbell S, Klungsoyr O, Lönnberg S, Hansen BT, Nygård M. Personal and provider level factors influence participation to cervical cancer screening: A retrospective register-based study of 1.3 million women in Norway. *Preventive Medicine* 2017;94:31-39.
6. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. *BMJ* 2018;363:k4823.
7. Enerly E, Bonde J, Schee K, Pedersen H, Lönnberg S, Nygård M. Self-Sampling for Human Papillomavirus Testing among Non-Attenders Increases Attendance to the Norwegian Cervical Cancer Screening Programme. *PLoS One* 2016;11(4):e0151978.
8. Leinonen MK, Schee K, Jonassen CM, Lie AK, Nystrand CF, Rangberg A, et al. Safety and acceptability of human papillomavirus testing of self-collected specimens: A methodologic study of the impact of collection devices and HPV assays on sensitivity for cervical cancer and high-grade lesions. *Journal of Clinical Virology* 2018;99:100:22-30.
9. Malone C, Barnabas RV, Buist DSM, Tiro JA, Winer RL. Cost-effectiveness studies of HPV self-sampling: A systematic review. *Preventive Medicine* 2020;132:105953.
10. Burger EA, Sy S, Nygård M, Kim JJ. The Cost-Effectiveness of Cervical Self-Sampling to Improve Routine Cervical Cancer Screening: The Importance of Respondent Screening History and Compliance. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 2017;26(1):95-103.

Mine pasienter er ikkje som dine

Tidligere artikler

- 1:2020: "Ein vitskap for mordarar"
- 2:2020: Rykk tilbake til start
- 3:2020: Tre anledningar til å misbruka studier
- 4:2020: Å randomisera eller ei?



Øystein Bergøy

LiS ved Stavanger Universitetssykehus og nestleder i FUGO

I 2015 blei ein studie publisert i New England Journal of Medicine (NEJM) som fekk grunnmurane i hypertensjonsretningslinjene til å rista. SPRINT-studien fann at 50-75 åringer med auka risiko for kardiovaskulær sjukdom hadde auka overleving dersom ein prøvde å senkja det systoliske blodtrykket til 120 mmHg i staden for standardbehandlingsmålet 140 mmHg (1). Studien har endra praksis mange stader. Mange hundretusenar av tidlegare friske er redefinert som sjuke ved at definisjonen på hypertensjon blei endra. I ettertid har tolkinga og nytteverdien av studien blitt problematisert på fleire måter (2). Kva var det som har ført til kritikken? Problemet er i liten grad kvaliteten på studien. Tvert om, studien var veldig godt utført. Kritikken kjem mot at pasientane ikkje likner på ein vanleg pasientpopulasjon, og at behandlinga og monitoreringa av deltakarane skil seg vesentleg frå det som er vanleg praksis (3). Ved å blant anna ekskludera pasientar med diabetes, og måla blodtrykket på ein svært rigid måte meiner mange at studien kanskje ikkje burde føra til så store praksisendringar likevel. Eg skal ikkje på nokon måte prøva å få siste ord i SPRINT-debatten. Den illustrerer likevel godt at ein godt utført og vidgjeten studie ikkje alltid bør takast omsyn til. Lat oss sjå korleis me kan bli betre rusta til å vurdere overførbarheita av ein god studie til eigen praksis.

For å kunna vita om ein kan bruka resultatane frå ein studie må ein ta stilling til tre viktige spørsmål ein ikkje finn svar på med å lesa studien aleine:

1. Populasjon - likner deltakarane i studien eins egne pasientar?
2. Klinisk kontekst - likner måten deltakarane i studien blei behandla, forutan intervensjonen som utprøvdast, måten dine pasientar blir behandla?
3. Kunnskapskontekst - korleis stemmer resultatane frå studien med tilgjengeleg kunnskap?

Me har vore innoem temaa tidlegare i artikkelserien ("tre anledningar til å misbruka studier" i nr 3 2020), men eg synest dei er så viktige at dei fortener ei utdjuping.

Kunnskapsbasert praksis (KBP)

Dette er 5. del av ein artikkelserie om kunnskapsbasert praksis (KBP), også kjent som evidensbasert medisin. Målet med artiklane er å forklara kva KBP inneber, gje tips til koss ein kan lesa studier, forklara metodologiske og statistiske omgrep, og gje deg innsikt i historien bak faget vårt for å forstå meir av kvifor me gjer det me gjer. Håper du vil ha glede av dei.

Populasjon

I si sterkt gjennomarbeidde bok "Bad Pharma" (4) kjem den britiske legen og forskaren Ben Goldacre med fleire eksempel på studier som ikkje bruker deltakarar som likner på dei pasientane me vanlegvis behandlar. Me får blant anna høyra at i gjennomsnitt er det berre 6% av vanlege astmapasientar oppfyller kriterier for å vera med i astmabehandlingsstudier. For pasientar med depresjon er det tilsvarande talet rundt ein tredjedel.

Eit resultat frå ein studie kan ikkje utan vidare brukast til å rettleia behandling av ein populasjon som ikkje likner dei som blei studert (5). Kva er så grunnane til dette? Ein kreftpasient som er ung, sprekk og elles frisk toler kanskje den nye utprøvingssykehuset betre enn gamle, sjuke og skrøpelege som står på fleire medisiner. Ei tredjegongsfødande utan tidlegare keisarsnitt med eit barn i hovudleie har betre sjans for ein ukomplisert fødsel enn ein førstegongsfødande med barn i seteleie. Desse eksempla vil eg tru er ganske openbare for dei fleste. Ikkje sjeldan kan det vera litt utfordrande å vurdere kor lik studiepopulasjonen er dine egne pasientar.

SOLO-1-studien er ein kjent studie som såg på PARP-hemmaren olaparib som vedlikehaldsbehandling ved nyoppdaga ovarialkreft (6). Deltakarane måtte ha ECOG-skår 0-1 for å få vera med. For dei av dokker som ikkje er så kjent med ECOG, definerer helsebiblioteket ECOG 2 som "Oppegående og i stand til all egenerpleie, men ikke i stand til noe arbeid; oppe og i bevegelse mer enn 50 % av våken tid." (7). Av 1084 som oppfylte inklusjonskriterier blei 693 pasientar ekskluderte. Vanlegaste grunnar til eksklusjon nemnast ikkje, sjølv om over 60% blei ekskluderte. Skildringa av populasjonen er veldig viktig både når ein skal vurdere om eins egne pasientar kan ventast å ha like god effekt av denne medisinen og når ein skal vurdere risikoen for biverknadar, ettersom 98% av desse relativt sprekk som fekk olaparib fekk biverknadar. Ein annan frustrerande trend er at viktige opplysningar ofte gøymast bort på mindre tilgjengelege stader. I SOLO-1 blei mange opplysningar om inklusjons- og eksklusjonskriterier berre referert i supplement kun tilgjengeleg på nettsida til NEJM.

Klinisk kontekst

Liksom kjennskap til sin eigen populasjon er viktig, er det også avgjerande å kjenna til eigen klinisk kontekst. Med dette meiner eg for eksempel kva som er standardbehandlinga ein tilbyr for ulike tilstandar, korleis ein utgreier ulike problemstillingar og

«Når ein skal lesa studier kritisk er det lett å dra fram den urimelege kverulanten i seg.»

korleis pre- og postoperativ behandling er ved ulike operasjonar. Ein studie som har skapa kontroverser i det norske obstetriske miljøet i det siste er SWEPIs-studien frå Sverige (8). Denne fann ein redusert perinatal mortalitet dersom dei overtidige gravide blei indusert i veke 41 framfor ekspektans til veke 42 i ein svensk klinisk kontekst. Denne har ført til diskusjon også om norsk praksis. Eit viktig spørsmål ein må stilla seg når ein skal vurdere overførbarheita av denne studien til norske høve er om den svenske og norske kliniske praksisen er lik. Les ein SWEPIs ser ein at i alle deler av Sverige, utanom Stockholm, inneber ikkje overtidskontrollane ultralydundersøking slik vanleg praksis er i Norge. I same studie ser me at det ikkje blei registrert dødsfall hjå dei som fekk ein ultralyd. Det er ikkje utenkjeleg at denne ultralydundersøkinga, som for eksempel kan oppdaga oligohydramnion som mogleg teikn til placentasvikt, kan forklara fráveret av dødsfall hjå desse. Overførbarheita til ein norsk klinisk kontekst er difor ikkje rett fram.

Kunnskapskontekst

Alle studier må tolkast i lys av kva liknande studier har kome fram til før eller etter (9). Dersom den nye studien ein les er liten og viser noko radikalt annleis enn større studier av god kvalitet, er den ikkje så interessant. Motsatt vil ein stor studie i eit tidlegare understudert felt kunna endra praksis.

Tips og triks

Å kritisk vurdere studier ut frå populasjon og kontekst kan vera krevjande, særleg dersom ein er fersk i faget. Det finns likevel nokre strategiar og hjelpemiddel som kan vera kjekke å vita om. Når det gjeld å finna ut av karakteristika til sin eigen populasjon har me faktisk fleire verktøy. For det første er det mange avdelingar som jamnleg oppdaterer og rapporterer til sine tilsette om egne tal. Eksempel kan vera andel operative vaginale forløyseringar, sectiofrekvens og insidens av grad 3 og 4 fødselsrifter. Helseatlas.no har mykje god statistikk om både norske gynekologiske og spesielt obstetriske pasientar. Dersom ein ikkje finn det



Kjelder

1. Wright JT Jr et al. SPRINT Research Group, A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. N Engl J Med. 2015 Nov 26;373(22):2103-16.
2. <https://www.cardiobrief.org/2016/09/06/sprint-more-controversy-and-confusion-about-landmark-trial/>
3. SJ Pocock, GW Stone. The Primary Outcome Is Positive - Is That Good Enough? NEJM. 2016 Sep 8;375(10):971-9.
4. Goldacre, B. 2012. Bad Pharma: How drug companies mislead doctors and harm patients (1. utg). Fourth Estate
5. G Guyatt et al. 2015. Users' Guide to the Medical Literature (3. utg), kapittel 13.1 "Applying Results to Individual Patients". JAMAevidence
6. Moore K et al. Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2018 Dec 27;379(26):2495-2505.
7. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lungekreft/diagnostikk-og-utredning/funksjonsstatus-performance-stadium-%28P5%29>
8. Wennerholm UB et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEish Post-term Induction Study, SWEPIs): multicentre, open label, randomised, superiority trial. BMJ. 2019 Nov 20;367:l6131.
9. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. PLoS Med. 2005 Aug;2(8):e124.

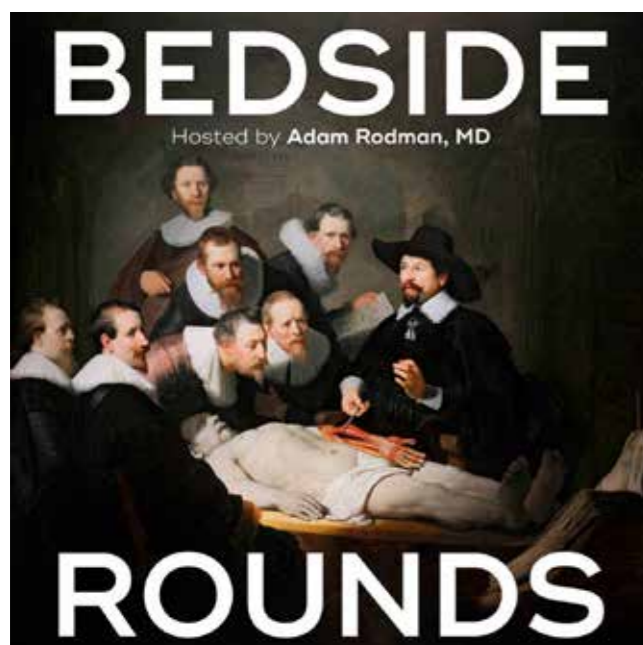
Oppdatert

Denne gongen vil eg dela mine to yndlingsmedisinpodcastar med dokker. Dei handler lite om gynekologi, men eg vil seia dei har gitt meg mykje meir som lege enn dei fleste fagpodcastane har. Dersom du er interessert i refleksjon rundt eigen praksis, kvifor me gjer det me gjer og kunnskapsbasert praksis har du mykje å sjå fram til her.



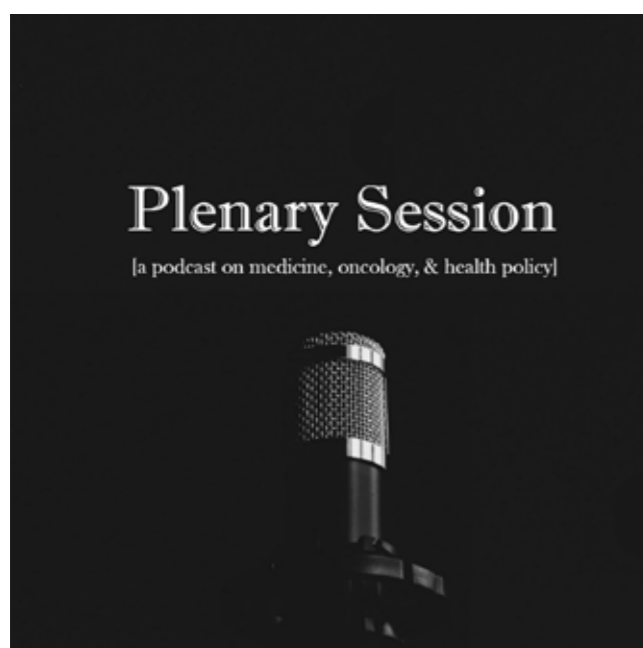
Øystein Bergøy

LiS ved Stavanger Universitetssykehus
og nestleder i FUGO



Bedside rounds

Adam Rodman er noko av det næraste ein kjem ein celebritet innanfor medisinsk podcasting for eit medisinsk publikum. Hans emne til å fortelja og byggja opp ein historie på er imponerende. Temaet i podcasten er medisinsk historie. Kvifor skal du bruka tida di på å lytta til medisinsk historie seier du? Jo, fordi det er ein einestående måte å læra at ting me tek for gitt har vore revolusjonerande tankar ein gong i tida. Det gjer ein i betre stand til å reflektera rundt eigen praksis, og gir ein ein sunn skepsis for vedtekne sanningar. Ein god stad å starta kan vera dei tre episodane om korleis ein fann ut at røyking var ei leiande årsak til lungekreft (episode 44, 46 og 47). Episode 50 «I know Nothing» er også ein veldig interessant gjennomgang av ulike måter å tenka på i medisinen.



Plenary Session

Dette er eigentleg ein podcast om onkologi og det meste rundt onkologien. Vinay Prasad er ein amerikansk onkolog som forskar på legemiddelutvikling og helsepolitikk. Han har skrive to bøker som bl.a. handler om korleis me bruker forskning feil: «Ending medical reversal» og «Malignant – How bad policy and bad evidence harm people with cancer». Ein er sjeldan i tvil om kva han meiner om det temaet han snakker om. Til vanleg er det ein fryd å få lov til å høyra han plukka frå kvarandre kreftstudier «alle snakkar om» og høyra han snakka om alt som er øydelagd med kreftforskning og medisinsk forskning generelt. I det siste har det dog blitt ein god del COVID-19, men det kan ein fint styra unna viss ein har fått nok av emnet. Ein god introduksjon kan vera episode 1.17 som er eit føredrag om tolking av kreftstudier. Episode 1.16 er også interessant, der Prasad har eit føredrag om korleis me endrer praksis utan god evidens og korleis dette skader pasientane våre. Han er til tider kontroversisell og skyr ikkje unna å setja ting på spissen. Likevel synest eg han er eit veldig viktig korrektiv til det som ofte kan bli litt ivrig aksept av nye kreft-behandlingar fordi ein så gjerne vil gje pasientane eit håp.



BULKAMID®

Et fyllstoff til
urinrøret for
behandling av stress
urininkontinens (SUI)

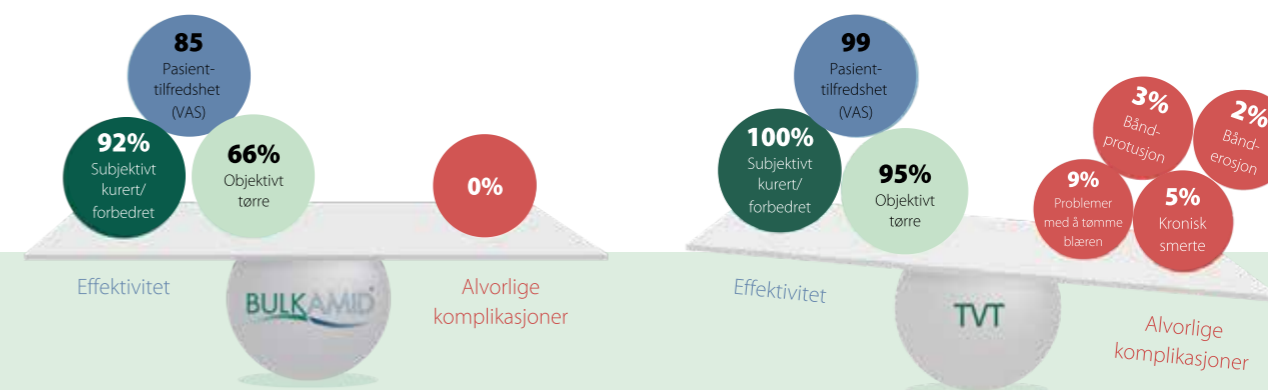


Bulkamid: Kvinners førstevalg for behandling av SUI

75% av kvinnene valgte fyllstoff som en primær prosedyre.¹

Bulkamid er en effektiv og sikker førstelinjebehandling for kvinnelig SUI, med 92% av pasientene rapportert å være subjektivt kurert / forbedret etter behandling, med null alvorlige komplikasjoner på lang sikt.²

Resultatene av den første randomiserte og kontrollerte studien mellom Bulkamid og TVT:



For mer informasjon besøk www.bulkamid.com eller mail info@contura.com

For profesjonell utdanning besøk www.bulkamidacademy.com

1. Data analysert i Dwyer et al., "Voice your choice": A study of women's choice of surgery for primary stress urinary incontinence. International Urogynecology Journal (2020) 31:769-777. 2. Freitas et al. Tension free vaginal tape vs polyacrylamide hydrogel injection for primary stress urinary incontinence: a randomised controlled trial. J Urol. 2020 Feb. Vol. 203, 372-378



The 19th World Virtual Congress of the International Society of Gynecological Endocrinology (ISGE 2020)

Den tradisjonsrike ISGE-kongressen arrangeres årlig i Firenze om våren, men i 2020 ble den først flyttet til desember i håp om at koronapandemien går over, før det endte med det første online-eventet i kongressens historie. Til tross for dette klarte kongresskomiteen med professor Andrea Genazzani i spissen å skape en fullverdig kongress med to Opening Lectures, 14 Key Lectures, fire Educational Courses, 36 Symposia, 10 «Meet the Expert» sessions, 223 Oral Presentations, Poster Session med 313 poster, 24 Scientific Society Symposia, Sponsored Activities og til og med et «Lunch» symposium! Kongressdeltakere kunne høre på 145 inviterte foredragsholdere fra hele verden og stille spørsmål til dem.



Irina Eide
Medredaktør i Gynekologen

Før kongressen har ISGE arrangert 17 pre-kongress webinarer som fortsatt er tilgjengelig på ISGEs nettside (www.isgesociety.com/category/video/), og 10 av dem er open-access. Noen av temaene som er tilgjengelig for alle er «PCO Brain Phenotype and metabolic dysfunction», «Which is the right MHT for women», «Disorders of sex development and endocrine conditions» og «Estrogen target and women health».

Temaer på kongressen har vært mange, fra basalkunnskap om Kisspeptin og Pre Implantation Factor (PIF) til moderne tilnærming til diagnostikk og behandling av endokrine forstyrrelser, PCOS, endometriose og gynekologisk kreft. Det har vært diskutert alt fra barnegynekologi til forstyrrelser i overgangsalder og osteoporose, fra assistert befruktning til metabolsk syndrom og fra prematur fødsel til etiske problemstillinger, bare for å nevne noen.

Det er vanskelig å velge høydepunkter, men jeg forsøker å nevne noen.

Overdiagnostiserer vi PCOS?

Professor Susan Davis brukte resultater fra en stor australsk Grollo-Ruzenne studie til å konfrontere eksisterende definisjoner på PCOS som er basert på hva eksperter mener, fremfor evidence based medicine (EBM). Ifølge Davis har vi ikke gode EBM-baserte cut-off for hverken hyperandrogenemi, hirsutisme eller PCO-kriterier, og dette fører til både under- og overdiagnostisering av PCOS. Og begge deler kan være skadelig.

Cholecalciferol: Vitamin eller hormon med flere funksjoner?

Vitamin D er ikke et helt riktig vitamin, da det kan dannes i kroppen. Det har også hormonelle egenskaper. Vitamin D-reseptorer finnes både i mannlige og kvinnelige kjønnsorganer, og dets virkning på målceller ligner på østrogen, testosteron og progesteron. Det har også antiinflammatorisk, antiproliferativ og proapoptotisk effekt. Ifølge professor Mark Brincat er lave vitamin D-verdier assosiert med utvikling av fibromer, endometriose, metabolsk syndrom, PCOS, preeklampsi og SGA, og kan redusere befruktningsevne hos kvinner og spermiemotilitet. Det er også vist sammenheng med lavt vit D nivå og utvikling av aldersdemens. For ikke å snakke om nylig påvist assosiasjon av vit D mangel med alvorlig Covid 19. Etiologiske mekanismer bak disse effektene er ikke helt forstått, men det er viktig å huske på vitamin D når vi behandler nevnte tilstander.

Hva er nytt i menopausal hormonterapi (MHT)?

Transdermal vs. peroral MHT? I tillegg til minskning av tromboserisiko ved transdermalt vs. peroralt østrogen, har professor Alfred O. Mueck beskrevet andre fordeler av plaster, gel og spray vs. tabletter. Transdermalt østrogen gir mindre svingninger i hormonnivå, som fører til bedre blødningskontroll og mindre migreneplager. Det er vist at førstepassasjemetabolisme ved oral administrasjon øker risiko for galleblæresykdom og har negativ effekt på leversykdommer, og da er transdermalt østrogen å foretrekke. Det har også gunstig effekt på metabolsk syndrom og diabetes og muligens fordeler ved seksuell dysfunksjon (gir ikke SHBG-stigning).

MHT for primær forebygging av CVD? Professor John C. Stevenson har oppsummert økende volum av data og konkludert med at MHT er gunstig for forebygging av CVD og kan bli brukt hos kvinner med CVD-risiko.

Ingen nettbasert kongress kan erstatte fysisk møte med eksperter og kollegaer. Allikevel har den sine fordeler. For eksempel trenger du ikke å velge mellom to interessante parallelle seksjoner, men kan se alle foredrag du ønsker så mange ganger du vil. Du kan også bla gjennom et foredrag, gå rett på konklusjoner eller rulle tilbake for å høre igjen.

Alle foredrag fra kongressen er tilgjengelig på ISGEs hjemmeside (www.isge2020.com) t.o.m. 14. april. Og en god nyhet for ikke-deltakere: frie foredrag og poster er tilgjengelig for alle. Det er bare å sette seg i sofakroken og nyte godt av kunnskapen!



ISGE president prof. Andrea Genazzani

Men, dette blir ikke det siste ISGE-webinaret. Neste webinarserie fra ISGE, «Amenorrhea: aetiologies, pathogenesis, consequences and therapies», foregår fra 21. januar til 1. juli 2021. Den består av 12 foredrag. En annen god nyhet for dem som ikke har fått det med seg er at GREM Journal (Gynecological and Reproductive Endocrinology & Metabolism) nå er open-access.

Den første (men forhåpentligvis siste) nettbaserte ISGE-kongressen var en suksess. Neste ISGE-kongress arrangeres 2-5. mars 2022. La oss håpe at vi neste gang kan møtes in real life i Firenze!

MEDI PLAST

INNOVATIVT
UNDERSØKESSESKJØRT
BESKYTTER PASIENTENS
VERDIGHET

Skjørtet er designet for bruk ved gynekologiske, urologiske og koloskopiske undersøkelser.



ME
COVERS®

KONTAKT
OSS FOR
VAREPRØVER

Mediplast AS
Tollbugata 115, 3041 Drammen
Tlf kundeservice: 32 88 11 00
mediplast@mediplast.no

mediplast.com

«Boksen går!» – Veien videre



«Boksen går!» var en kampanje startet av FUGO som pågikk i 2018-2019. Denne kampanjen tok for seg trening i laparoskopiske ferdigheter for LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer.



Ann Cecilie Vaadal

Sekretær og kursansvarlig i FUGO-styret



Aslak Vimme Solhoff

Kasserer i FUGO-styret

Med økende favorisering av laparoskopiske inngrep fremfor laparotomier i faget vårt, så man et behov for økt struktur i opplæringen av leger i spesialisering.

Treningen foregikk ved at man på hver avdeling fikk utdelt en treningsboks med skjerm og kamera, diverse laparoskopistyr og plakater med forskjellige øvelser. Disse øvelsene skulle gjennomføres innenfor en gitt tid for å bli sertifisert. Som motivasjon for å trene, ble det arrangert en konkurranse, «Battle of the best», som ble avholdt under NGFs årsmøte i Bodø i 2019.

Kampanjen har vært en nasjonal suksess. Det har imidlertid vært varierende grad av treningsmengde ved de representerte avdelingene etter avsluttet kampanje. Vi har snakket med tre leger fra tre norske gynekologiske avdelinger om hvordan kampanjen har endret praksisen på deres sykehus. De vi har tatt en prat med er Anna R. Slaby (LIS ved Stavanger universitetssykehus), Marit Vidringstad (overlege ved Hammerfest sykehus), og Kristin Melheim Strand (LIS ved St. Olavs hospital).

1) Selve kampanjen varte fra oktober -18 til oktober -19, Hvordan fungerte denne opprinnelige kampanjen med «Boksen går» hos dere?

- Marit (Hammerfest): Kampanjen fungerte bra. Vi har to LIS, og de fikk satt av en time per uke i arbeidsplanen sin for trening på boksene. Vi var veldig fornøyd med kampanjen som helhet; bra opplegg og flott at det ble sendt opp pakker med plakater, utstyr etc. Vi fikk virkelig «tørket støvet» av boksene, som hadde stått urørt i en krok i noen år.
- Anna (Stavanger): Vi hadde noe treg start på kampanjen, men etter hvert ble interessen for kampanjen og deltakelsen så stor at vi måtte opprette egen timeplan for å gi alle legene som ønsket mulighet til å delta.

- Kristin (Trondheim): Vi startet med presentasjon av kampanjen på internundervisning. Øvelsene ble presentert og øvingsrommet rigget med utstyr, plakater etc. Deretter var det opp til den enkelte å øve, før vi gjennomførte sertifisering av LIS (og overleger som ønsket det).

2) Hadde dere regelmessig og planlagt trening under kampanjen? På hvilke tidspunkter utførte dere treningen?

- Marit (Hammerfest): LIS'ene fikk avsatt tid i arbeidsplanen sin til trening, en time per uke. Dette var som regel etter morgenmøtet eller på slutten av dagen.
- Anna (Stavanger): Det var to muligheter for trening under kampanjen hos oss. Egentrening hvor vi oppfordret leger til å trene på egenhånd på fordypningsdager eller trening med en veileder. Det var avsatt tid 2-3 ganger per uke med mulighet for trening med veileder, og disse foregikk på tidspunktet av morgenmøter hvor de aktuelle legene ikke hadde relevant klinisk arbeid.
- Kristin (Trondheim): Vi kunne ønsket oss dette, men treningen ble utført under fordypning/administrasjonsdager.

3) Har dere hatt veiledning og oppfølging fra erfaren LIS/overlege i forbindelse med laparoskopitreningen?

- Marit (Hammerfest): Det ble mye egentrening, men litt veiledning fra overlege, og også litt bistand fra en flink gastrokirurg når det kom til suturteknikker.
- Anna (Stavanger): Vi hadde totalt fem overleger som fungerte som veileder for LIS under kampanjen.
- Kristin (Trondheim): Ja, det var mulighet for veiledning og deretter sertifisering med overlege. Overlege Eline Seljeflot stilte opp på dette når hun hadde mulighet og inviterte/rekrutterte LIS til sertifisering.

4) Har dere lokale konkurranser som ledd i motivasjonen?

- Marit (Hammerfest): Ja! Vi hadde en liten konkurranse mellom våre to LIS om hvem som skulle få reise til finalen på NGF i Bodø. I tillegg arrangerte vi en konkurranse uavhengig av fagfelt – «Hammerfest-mester i laparoskopi». Spesielt kirurgene engasjerte seg; både LIS og overleger, og det ble veldig prestisje i å komme til finalen. Vi hadde tre kirurger (LIS og overleger) og en gynekolog (LIS) i semifinale. En kirurgisk LIS vant hele konkurransen, som ble avholdt på slutten av arbeidsdagen en fredag – med eplecider i plastglass med stett, jordbær, ballonger og fine premier. Veldig moro! Det ble såpass engasjement de siste par dagene før finalen at det var kø foran boksene og tilløp til dårlig stemning mellom fagfeltene når man ikke fikk så mye tid til trening som man ønsket. Vår LIS Birgitte Gogstad kvalifiserte seg til finalen under NGF sitt årsmøte – det er vi stolte over! Birgitte hadde



øvd masse og hadde i den perioden stor fremgang også på operasjonsstua.

- Anna (Stavanger): Det fikk vi ikke til på grunn av noe forsinket start, men tenker at dette kan være en god idé å implementere når vi igjen kan være flere sammen på samme rom.
 - Kristin (Trondheim): Vi har laparoskopidag en gang i halvåret, hvor det først er en liten teorigjennomgang og deretter trening og tidtaking på øvelsene som er foreslått fra «Boksen går!»-kampanjen. Motivasjonen for å trene på d-boksen er ofte større i etterkant av laparoskopidagene.
- ## 5) Nå som kampanjen er slutt, har den regelmessige treningen fortsatt? Har kampanjen eventuelt endret andre aspekter ved praksisen ved sykehuset deres?
- Marit (Hammerfest): Vi forsøkte å gjenta den tverrfaglige konkurransen våren 2020 også, men fikk ikke samme engasjement, kanskje på grunn av pandemien. Vi prøver gjerne igjen senere, for dette var moro.
 - Anna (Stavanger): På slutten av kampanjen ble det observert effekt av treningen i klinisk praksis og motivasjonen for videre trening ble forsterket. Vi har fortsatt med trening med veileder minst to ganger i uken. Det siste halve året har trening vært implementert i legenes arbeidsplan.
- ## 6) Har dere opplevd mer tid til trening under koronapandemien, for eksempel som følge av avlyste operasjonsdager eller poliklinikkdager?
- Marit (Hammerfest): Nei, vi har ikke opplevd mer tid. I perioder har det vært tid til annet enn pasientbehandling, men da på hjemmekontor. Generelt har vi ikke vært flinke til å gjenoppta treningen etter kampanjen. Her kan vi nok skjerpe oss – både LIS og overleger.
 - Anna (Stavanger): I forbindelse med koronapandemien var

det oppfordret til å ikke være på sykehuset i perioder hvor vi ikke hadde klinisk arbeid, slik at egentrening ble utført noe sjeldnere. Vi beholdt veiledet trening 1-2 ganger i uken, men dessverre har det ofte vært behov for å disponere disse legene i klinisk arbeid under pandemien.

7) Til sist: har dere noen tips til hvordan andre avdelinger kan implementere endringer slik at opplæringen i laparoskopiske ferdigheter blir bedre?

- Marit (Hammerfest): Jeg tror det som skal til er at det første settes av tid i arbeidsplanen til LIS'ene, og at de har tilgang til kyndig veiledning når de eventuelt står fast. For oss var det bra å få innspill fra vår kollega gastrokirurgen på de mest avanserte tingene. Et annet moment som kanskje kan motivere til trening er om det stilles krav til gjennomført «Boksen går»-sertifisering før man får være hovedoperatør på et laparoskopisk inngrep. Det har vi ikke tatt i bruk hos oss.
- Anna (Stavanger): Å sette av dedikert tid til øvelser enten selv eller med veileder, helst ukentlig i timeplan. Tilgang til moderne utstyr av høy kvalitet som hjelper LiS å øve både med instrumentering og kameraføring. Etter at LiS har bestått de aktuelle delene, forsøkes det å gi dem mulighet til å utføre dette under veiledning i klinisk praksis.
- Kristin (Trondheim): Krav om sertifisering er motiverende for trening, og konkurranse er også alltid en god motivator!

Vi i FUGO håper dette kan være inspirasjon og motivasjon til å fortsette eller eventuelt gjenoppta treningen rundt om i landet. Vi vil gjerne oppfordre deg som leser til å ta kontakt med oss om du/dere ønsker mer informasjon om kampanjen eller ønsker veiledning til hvordan dere best mulig kan implementere praksisen fra kampanjen i arbeidshverdagen. Selv om «Boksen går»-kampanjen er fullført, så håper vi at boksen går videre!

Digitalt kolposkopikurs i 2020

Etter mange avlyste og utsatte kurs siden mars var vel alle deltagerne lettet over at kolposkopikurset skulle gå som planlagt, om enn i heldigital form. Vi var mange som hadde ventet på denne muligheten, og kurset har som kjent «eviglange» ventelister. For undertegnede var det også første møte med digitalt kurs, og jeg må si at jeg ble imponert over gjennomføringen. Det tekniske fungerte tilnærmet prikkfritt, både for forelesninger og gruppearbeid, og det som ble av problemer var det stort sett vi kursdeltakere som stod for. Med et så visuelt tema som kolposkopi var det faktisk en fordel å kunne trekke laptopen helt oppunder nesa for å studere stearinflekker og mosaikker skikkelig.



Marie Sandli
LIS KVK, Sykehuset Østfold Kalnes

Kursledere var våre alltid engasjerte Ameli Tropé, Ingrid Baasland og Ane Cecilie Munk. Ellers foreleste og veiledet flinke kolleger fra både Norge og Sverige. Alle forelesninger ble lagt ut på forhånd. Det var gruppearbeid hver dag, og dette fungerte godt! Temaer som ble dekket var blant annet epidemiologi, normal og unormal cytologi, inkludert ACIS og dysplasi hos gravide, samt HPV og HPV-vaksine, livmorhalsprogrammet, VIN og mere til. Vi fikk også en demonstrasjon av utstyr, men akkurat her kom naturlig nok Zoom litt til kort.

Kurseksamen på online quizen «Kahoot» var både spennende og morsomt, og litt brutalt med alle resultater synlig for alle deltagerne. Alt i alt anbefales kurset på det varmeste til både LIS og spesialister, for til tross for pågående HPV-vaksinering blir det behov for denne kunnskapen i mange år fremover.



Angusta®
(misoprostol)

Topp 5 grunner for å velge Angusta®

Den eneste godkjente orale behandlingen for induksjon av fødsel¹

- 1 Kvinner foretrekker oral behandling ved induksjon**
Mer enn 4 av 5 kvinner foretrekker oral misoprostol igjen ved en fremtidig fødsel.²
- 2 100.000 babyer**
Angusta har hjulpet mer enn 100.000 kvinner under en fødsel.*
- 3 Klar til bruk**
Riktig dosering av misoprostol er pakket i et blister som har en dobbel aluminiumsfolie.¹
- 4 Angustas® sikkerhetsprofil**
Sikkerhet ved bruk av Angusta er vist i et compassionate use program.¹
- 5 Nature's helping hand**
Enkel peroral administrasjon gir kvinnen mulighet til å bevege seg under det første stadiet av fødselen. Dette kan redusere tid før aktiv fødsel, samt redusere risikoen for keisersnitt.³



Referanser

1. Angusta® SmPC, 2019-08-12. **2.** Mundle S, Bracken H, Khedikar V et al. Foley catheterisation versus oral misoprostol for induction of labour in hypertensive women in India (INFORM): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2017 Aug 12;390(10095):669-680. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31367-3. **3.** Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ and Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 9;(10):CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4. *Basert på salgsstatistikk

Prostaglandin. ATC-nr.: G02A D06 **TABLETTER 25 µg:** Hver tablett inneh.: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. Sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av Angusta. Spesielle **pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp, på sykehus der utstyr for kontinuerlig overvåking av foster og uterus er tilgjengelig. Cervix skal undersøkes nøye før bruk av legemidlet. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men Cmax kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/ bevis på at barnets liv er i fare for induksjon (f.eks. unormal nonstresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsestilstand ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arrev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. uterus bicornis) som forhindrer vaginal fødsel. Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie som forhindrer vaginal fødsel. Nyresvikt (GFR <15 ml/minutt/1,73 m²). **Forsiktighetsregler:** Skal kun brukes dersom fødselsinduksjon er klinisk indisert. Kan føre til overdreven stimulering av uterus. Ved svært kraftige/langvarige uteruskontraksjoner eller ved klinisk bekymring for mor/barn, skal det ikke gis flere tabletter. Ved vedvarende kraftige uteruskontraksjoner, bør behandling iht. lokale retningslinjer igangsettes. Ved preeklampsi bør bevis på/mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved alvorlig preeklampsi. Ved korioamnioitt kan det være nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved >48 timer før administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødsler, Bishops score >6 eller bruk før uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotonisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes før uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger, pyreksi. Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal fetal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal fetal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale kramper. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentalsning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av Angusta. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 18.07.2019. **Reseptgruppe:** C. **Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1137,10 (April 2020).

2nd FCS-EFC
Advanced Colposcopy Course
6–7 May, 2021

7th EFC
Satellite Meeting
8 May, 2021

Register here: www.efcolposcopy.eu

Contact: efcsecretariat@thetriumph.com

DIGITAL EDITION



Norsk Kvinnelig Inkontinensregister (NKIR) har oppnådd stadium 4 nivå A

Norsk Kvinnelig Inkontinensregister er det første nasjonale kvalitetsregistret innen kvinnehelse som har oppnådd høyeste registerstadium og nivå. Registeret har hatt status som et stadium 4-register fra 2017, men oppnådde fra 2020 også nivå A (se faktaramme). Pensjonert overlege Sigurd Kulseng-Hanssen har vært med på hele reisen fra oppstarten i 1998 og frem til i dag.



Rune Svenningsen

Overlege og PhD, Gynekologisk avdeling OUS
Førsteamanuensisvikar, Universitetet i Oslo

Pensjonert overlege Sigurd Kulseng-Hanssen ved Kvinne-klinikken, Bærum sykehus, har i årtier vært en bauta innen det urogynekologiske miljøet i Norge og en pioner forut for sin tid når det gjelder kvalitetsregisterarbeid. Kulseng-Hanssen har i alle år hatt et brennende engasjement for kvinnehelse, spesielt med fokus på å utvikle og forbedre kvaliteten på den kirurgiske behandlingen hos de mange kvinner som får hverdagen ødelagt av urinlekkasje. Han har undervist utallige leger om temaet, vært en mentor i den kirurgiske opplæringen av yngre kolleger og drevet utstrakt forskningsvirksomhet på feltet. Han har hatt verv i internasjonale urogynekologiske foreninger, vært opponent i doktordisputaser både i Danmark, Sverige og Nederland samt veiledet egne doktorgradstudenter. Hans egen doktorgrad innen uretrafysiologi ble avlagt i 1988.

Da den svenske professoren Ulf Ulmsten på 90-tallet utviklet en ny operasjonsmetode for urinlekkasje (Tensjonsfri Vaginal Tape - TVT) var det Kulseng-Hanssen som sammen med overlegene Hjalmar Schiøtz og Jan Martin Maltau dro rundt på norske sykehus og lærte kolleger hvordan operasjonen skulle utføres. Metoden fikk raskt stor utbredelse, og stadig flere kvinner fikk implantert det nye syntetiske materialet. Kulseng-Hanssen kan fortelle at ideen til et kvalitetsregister faktisk kom under en diskusjon mellom ham og kollega Ellen Borstad på en strand

i Malaysia. Metoden hadde tross alt ukjente langtidsresultater, og skepsisen var stor blant flere kolleger, spesielt fordi det før introduksjonen av TVT hadde vært flere mislykkede forsøk med andre syntetiske materialer i vagina.

En gruppe norske gynekologer dannet Norsk Urogynekologisk Gruppe – NUGG og ble under ledelse av Sigurd Kulseng-Hanssen og Ellen Borstad enige om å opprette et kvalitetsregister for kvinnelig urinlekkasjekirurgi for bedre å kunne overvåke komplikasjoner og resultater på kort og lang sikt. Registeret ble lokalisert ved Bærum sykehus, hvor Kulseng-Hanssen den gang arbeidet som overlege og senere som avdelingsoverlege. Dette var nybrottsarbeid i Norge, og i starten fant de kolleger ved 12 norske sykehus som var villige til å registrere data før og etter operasjonen på betingelsen at det ikke skulle være flere spørsmål å registrere enn det var plass til på to A4-sider. Et spørreskjema ble derfor utviklet og vitenskapelig validert mot både objektive tester og velkjente internasjonale livskvalitetsskjemaer. Både det vitenskapelige arbeidet med oppbyggingen av databasen samt valideringsprosessen for spørreskjemaet ble i 2003 publisert som to separate vitenskapelige artikler i det prestisjetunge tidsskriftet BJOG.

Selv om det til å begynne med kun var 12 sykehusavdelinger som ønsket deltagelse, stanset ikke dette Kulseng-Hanssen og NUGG-gruppen. Flere sykehusavdelinger ville trolig komme til så snart man klarte å vise nytteverdien av registeret. Kulseng-Hanssen begynte derfor umiddelbart å sende ut årlige rapporter til de deltagende sykehusene vedrørende deres resultater, komplikasjoner og hvorvidt pasienten oppga å være fornøyd med behandlingen helt ned på operatørnivå.

Stadium 4

Registeret er i stadium 4 når det oppfyller krav angitt i stadium 3 og:

- har i løpet av de siste 5 år dokumentert at innsamlede data er korrekte og reliable
- kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av de siste to år
- registrerende enheter har tilgang til oppdaterte egne personentydige resultater og aggregerte nasjonale resultater
- data anvendes vitenskapelig
- presenterer resultater for PROM/PREM (der dette er mulig)

Nivå A, B og C

Nivå A

Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret.

Nivå B

Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid.

Nivå C

Oppfyller ikke krav til nivå B.



Pensjonert overlege Sigurd Kulseng-Hanssen (privat foto)



Gammel og ny NKIR ledelse. Fra venstre Ellen Borstad, Rune Svenningsen, Kari Western, Tomislav Dimoski, Hjalmar Schiøtz, Sigurd Kulseng-Hanssen (foto Annetine Staff)

Dataene ble fra starten av skannet inn i registeret fra papir-skjemaer. Det å skanne skjemaer var arbeidskrevende og hadde lav presisjon. Etter et tips om en dyktig datamann som trolig kunne bidra til å utvikle et sikrere og mer brukervennlig system, kom Kulseng-Hanssen i kontakt med sivilingeniøren Tomislav Dimoski. Sammen startet de selskapet UrogynData og ved hjelp av en abonnementsordning med finansiering fra de deltagende avdelinger fikk man muliggjort at Dimoski i 2002 kunne utvikle et Accessbasert dataprogram som alle deltagende avdelinger hadde tilgang til på sin lokale avdeling. Kulseng-Hanssen kan dermed se tilbake på mer enn 20 års samarbeidet med Dimoski hvor de to sammen kontinuerlig har utviklet registeret til stadig å bli mer brukervennlig, men fortsatt fungerer etter hensikten, nemlig å sikre kvinner rundt i Norge den samme kvaliteten på behandlingen. Registeret har i alle år vært underfinansiert, men ingen av dem har noen gang vært i tvil om viktigheten av å bygge opp registeret med så god kvalitet og dekningsgrad som mulig selv, om dette har medført mye gratisarbeid på fritiden.

I 2010 ble registeret flyttet til Oslo universitetssykehus (OUS) og skiftet navn til Norsk Kvinnelig Inkontinensregister (NKIR). Som ledd i denne omorganiseringen ble det opprettet et styre som skulle stå for den daglige ledelse, bestående av styreleder Kulseng-Hanssen, en representant for OUS (lege Rune Svenningsen) samt to leger fra Norsk Urogynekologisk Gruppe (Ellen Borstad og Kari Western). I 2013 ble registeret innlemmet som et av landets nasjonale kvalitetsregistre. Etter nok en omorganisering i 2017 ble driften endret fra et styre til en daglig ledelse bestående av tre personer; daglig leder Tomislav Dimoski, faglig leder Rune Svenningsen (overlege OUS) og Sigurd Kulseng-Hanssen som faglig representant for dataleverandøren (UrogynData). I tillegg ble det opprettet et Fagråd som skulle sikre høy faglig kvalitet og fungere som et rådgivende organ for ledertrioen. I fagrådet sitter både en representant for brukerne (pasientene) og leger med spesialkompetanse på feltet fra alle de fire helseregionene. Fra en forsiktig start med 12 rapporterende sykehus, rapporterer nå alle de 38 offentlige sykehusene som driver denne typen kirurgi til registeret. Da man i tillegg, fra 2013, fikk en godkjennelse fra personvernet ved OUS til å la registerets programvare kommunisere med den elektroniske pasientjournalen, sikret dette at alle operasjoner nå blir registrert og registeret har dermed fra 2017 hatt en imponerende dekningsgrad på 100 %. Blant de private sykehusene er det foreløpig kun Betanien sykehus i Bergen som rapporterer, men håpet er at de andre private sykehusene skal komme etter.

Hovedhensikten med registeret er fortsatt kvalitetssikring av behandlingen helt ned på operatørnivå. Det jobbes kontinuerlig med å identifisere områder hvor det kan settes i gang forbedringsarbeid. Registeret er også en stor leverandør av data til forskning, noe som har medført 17 publiserte vitenskapelige artikler og en fullført doktorgrad. Ytterligere en doktorgrad vil bli ferdig i 2021, og to nye er på planleggingsstadiet. Registeret driver kontinuerlig validering av sine data, og i 2020 publiserte Ole Aleksander Dyrkorn (overlege OUS) en valideringsstudie gjort på 10 sentrale NKIR-variabler. Konklusjonen var her at registeret har svært høy nøyaktighet og dermed er et godt verktøy både for kvalitetssikring og forskning.

Denne kontinuerlige, høye aktiviteten med kvalitetssikring, validering av data, kvalitetsforbedringsprosjekter og forskning i et register med 100 % dekningsgrad har vakt oppsikt i utlandet og fått anerkjennelse også i den nasjonale ekspertgruppen for medisinske kvalitetsregistre. Ekspertgruppen er et rådgivende organ for den interregionale arbeidsgruppen som overvåker de nasjonale kvalitetsregistrene og består av representanter håndplukket fra aktuelle institusjoner, universiteter og regionale helseforetak med klinisk, akademisk og epidemiologisk kompetanse. I 2017 ble Norsk Kvinnelig Inkontinensregister dermed det første registeret innen kvinnehelse vurdert av denne gruppen til å fylle kravene til fjerde og høyeste kvalitets grad og fra 2020 også til å fylle kravene til nivå A (se faktaramme). Av de 51 nasjonale medisinske kvalitetsregistrene er det kun 5 andre registre som befinner seg på nivå 4A (Norsk hjerneslagregister, Norsk hjerteinfarktregister, Norsk karkirurgisk register, Norsk hjertesviktregister og Norsk ryggmargsskaderegister). Selv om Kulseng-Hanssen nå har vært pensjonist i noen år, er han fortsatt en ivrig deltager i registerets ledelse. Stafettpinnen med å utarbeide rapportene til sykehusene har han derimot overlatt til yngre krefter, og det er overlege Sissel Oversand ved Oslo universitetssykehus som nå tar dette arbeidet videre.

Fra å være et tilnærmet enmannsforetak i 1998 driftes nå registeret av en kvartett (Dimoski, Svenningsen, Oversand og Kulseng-Hanssen), med støtte i eget Fagråd ledet av overlege Ingrid Vollaug ved St Olavs Hospital. NKIR opplever i dag en økende erkjennelse på alle nivåer av helsevesenet helt opp til ministernivå av viktigheten til de nasjonale kvalitetsregistrene som verktøy til å forbedre kvalitetene på helsetjenestene. Med dette som bakteppe synes dermed fremtiden lys for NKIR og de andre viktige nasjonale kvalitetsregistrene. For nærmere forklaring av hva stadium 4 nivå A innebærer, se faktaramme.

Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Bjørn Holdø disputerte 25.9.2020

Kirurgisk behandling av urin- kontinens hos kvinner – overgangen fra Burch-operasjon til retropubisk tensjonsfri vaginal-tape (TVT)



DOKTORAND: **Bjørn Holdø**
GRAD: **PhD**
UNIVERSITET: **UiT Norges Arktiske Universitet**
FAKULTET: **Det Helsevitenskapelige Fakultet**
INSTITUTT: **Institutt for Samfunnsvitenskap**
FAGOMRÅDE: **Gynekologi**
VEILEDERE: **Prof. Finn Egil Skjeldstad og PhD Margareta Verelst**
DISPUTASSTED: **Nordlandssykehuset HF, Bodø**
DISPUTASDATO: **25. sept. 2020**



F.v. disputasleder Eirik Hugaas Ofstad, biveileder PhD Margareta Verelst, PhD Bjørn Holdø og hovedveileder professor Finn Egil Skjeldstad

Den minimalt invasive TVT-operasjonen, lansert av Ulf Ulmsten i 1996, erstattet i løpet av få år den åpne Burch-operasjonen som førstevalg ved kirurgisk behandling av stressinkontinens hos kvinner. Dette til tross for at ingen studier hadde vist noen klar forskjell i behandlingseffekt mellom de to metodene. Et økende antall inkontinensoperasjoner i årene som fulgte, og rapporter om kvinner med alvorlige senskader etter bruk av vaginale implantater i den kirurgiske behandlingen av urinkontinens, førte til et økende fokus på sikkerheten og kvaliteten på den nye operasjonsmetoden.

Ved Kvinneklinikken, Nordlandssykehuset, Bodø, ble TVT innført i 1998, og Burch-operasjon ble ikke lenger utført fra 2000.

Avhandlingen består av tre studier med innsamling av langtids kliniske oppfølgingsdata fra pasientjournaler for komplikasjoner og behandlingseffekt etter inkontinensoperasjon, alle designet som retrospektive pasientserier. Studiepopulasjonen var 748 primær-operasjoner for urinkontinens utført i perioden 1994–2012, hvorav 127 Burch-operasjoner.

I den første studien sammenlignet vi de siste 5 årene med Burch-operasjon med de første 5 årene med TVT. Blant kvinner med ren stressinkontinens fant vi en signifikant høyere risiko for tilbakefall av symptomer på stressinkontinens hos de som var operert med Burch-operasjon sammenlignet med TVT-opererte

kvinner ved oppfølging inntil 12 år. Derimot var det ingen signifikant forskjell i behandlingseffekt blant kvinner med blandingsinkontinens.

I andre artikkel fant vi god langtids behandlingseffekt med 69 % uten residiv av stressinkontinens og lav risiko for senkomplikasjoner (2.9%) ved oppfølging inntil 10 år. Hos kvinner med blandingsinkontinens var det dobbelt så høy risiko for tilbakefall av stressinkontinens sammenlignet med kvinner med ren stressinkontinens, og ingen andre risikofaktorer for tilbakefall ble funnet.

I tredje artikkel fant vi at det ved operasjoner der kirurgen hadde liten erfaring med TVT var høyere risiko for blæreskade og blæretømningsproblemer sammenlignet med operasjoner utført av mer erfarne kirurger, mens erfaring ikke syntes å noen innvirkning på langtids behandlingseffekt med inntil 10 års oppfølging.

Hovedkonklusjonene er at innføringen av TVT innebar en klar forbedring av det kirurgiske behandlingstilbudet, særlig for kvinner med ren stressinkontinens, at behandlingseffekten av TVT varer i mange år og at frekvensen av senkomplikasjoner er lav. Liten erfaring med TVT synes å innebære økt risiko for blæreskade og blæretømningsproblemer, men ikke for dårligere langtids behandlingseffekt.

Utrogestan®

Bioidentisk, mikronisert progesteron

Indisert til kvinner som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART).



NYHET!

For å forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarne-svangerskap som har kort livmorhals (livmorhals ≤ 25 mm ved ultralyd i andre trimester) og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel.

Utrogestan (progesteron, mikronisert) 200 mg vaginalkapsler, myke. G03DA04. Hjelpstoffer med kjent effekt: Soyalecitin. **Indikasjoner:** Utrogestan er indisert til kvinner - som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART). - for å forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarne-svangerskap som har kort livmorhals (livmorhals ≤ 25 mm ved ultralyd i andre trimester) og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel. **Dosering:** Som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi – den anbefalte doseringen er 600 mg/døgn, fordelt på tre doser, fra dagen for embryooverføring til minst 7. uke av graviditeten og ikke lenger enn til 12. uke av graviditeten. For å forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarne-svangerskap som har kort livmorhals og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel – den anbefalte doseringen er 200 mg per dag på kvelden ved leggetid fra ca. uke 20 til uke 34 i svangerskapet. **Bivirkninger:** Informasjonen gitt nedenfor er basert på omfattende erfaring etter markedsføring fra vaginal bruk av progesteron.

Organklassesystem	Frekvens ikke kjent (kan ikke anslås ut ifra tilgjengelige data)
Lidelser i kjønnsorganer og brystsykdommer	Vaginalblødning. Vaginal utflod
Hud- og underhudssykdommer	Kløe

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene: *Kapselinnhold:* Solsikkeolje, raffinert, soyalecitin, *Kapselskall:* Gelatin, glyserol, titandioksid (E171), Vann, rensset. Alvorlig nedsatt leverfunksjon, Udiagnostisert vaginalblødning, Karsinom i bryster eller genitalier, Tromboflebit,

Tromboemboliltilstander, Hjerneblødning, Porfyri, "Missed abortion". **Advarsler:** Utrogestan skal kun brukes de første tre månedene av graviditeten og skal kun administreres vaginalt. Forskrivning av progesteron etter første trimester av graviditeten kan utløse svangerskapskolestase. Utrogestan er ikke egnet som prevensjonsmiddel. Behandling skal seponeres ved diagnostisering av "misted abortion". **Forsiktighetsregler** Utrogestan inneholder soyalecitin og kan forårsake overfølsomhetsreaksjoner (urtikaria og anafylaktisk sjokk hos overfølsomme pasienter). Siden det er mulig sammenheng mellom allergi mot soya og allergi mot peanøtter, bør pasienter med peanøttallergi unngå å bruke Utrogestan. **Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon:** Utrogestan kan påvirke effektene av bromokriptin og eventuelt øke plasmakonsentrasjonen av ciklosporin. Utrogestan kan påvirke resultatene av laboratorieprøver for lever- og/eller endokrine funksjoner. Utrogestens metabolisme akselereres av rifamycinholdige legemidler (slik som rifampicin) og antibakterielle midler. Progesterons metabolisme i humane levermikrosomer ble hemmet av ketokonazol ($IC_{50} < 0,1$ mikroM). Ketokonazol er en kjent hemmer av cytokrom P450 3A4. Disse data indikerer derfor at ketokonazol kan øke progesterons biotilgjengelighet. Den kliniske relevansen av *in vitro*-funnene er ikke kjent. **Virkningsmekanisme:** Progesteron er et naturlig progestogen, det viktigste hormonet i corpus luteum og placenta. Det virker på endometriet ved å endre proliferasjonsfasen til sekretorisk fase. Utrogestan har alle egenskapene til endogent progesteron med induksjon av et endometrium i full sekresjon, og særlig gestagene, antiøstrogene, svakt antiandrogene og antiandrosteroeffekter. **Pakning og pris:** 15stk vaginalkapsler, 180,20 kr (godkjent utsalgspris 2019-12-11). **Reseptgruppe C. SPC OPPDATERINGSDATO:** 02.02.2021. **Kontaktinformasjon på innehaver av markedsføringstillatelsen** Besins Healthcare Ireland Limited c/o Besins Healthcare Nordics AB, Box 30070, 200 61 Limhamn, Sweden. info.nordics@besins-healthcare.com



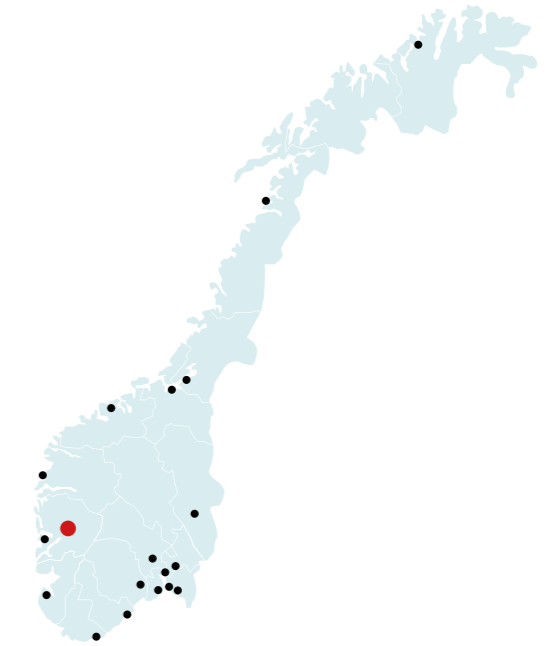
Norge Rundt

Føde- og Gynavdeling Voss sjukehus

Voss er fjellbygda mellom to fjordar. Vel ein times togtur fra Bergen, og med kort veg til Vikafjellet, Sognefjorden, Hardanger og Finse, ligg bygda mange forbind med ekstrem sport og Smalahove, men der dei aller fleste driv med nokså vanlege kvardagsaktivitetar, og et meir pasta enn sauehovud. Men Voss er og staden der det vert arrangert Osafestival og musikarar og publikum kan risikera å få paraglidarar i hovudet om dei som kjem dalande ned fra Hanguren ikkje treff heilt med landinga, og istaden treff kulturhuset på veg mot planlagt landing i Prestegardsmoen. Og sentralt i bygda ligg Voss sjukehus med ei ortopedisk avdeling som er gode på brotskadar.

Tidligere besøkt:

4:2020 Sørlandet Sykehus Arendal
 3:2020 Sykehuset Telemark
 2:2020 Drammen sykehus
 1:2020 Elverum sykehus
 2:2019 Sandnessjøen sykehus
 1:2019 Kvinneklubben – Sykehuset Østfold
 4:2018 Levanger sykehus
 3:2018 Kvinneklubben OUS
 2:2018 Kvinneklubben St.Olavs Hospital HF
 1:2018 Kvinneklubben Rikshospitalet
 4:2017 Kvinneklubben ved Bærum Sykehus
 3:2017 Kvinneklubben ved Sørlandet sykehus – Kristiansand
 2:2017 Kvinneklubben Haugesund Sjukehus Helse Fonna HF
 1:2017 Kvinneklubben ved Helse Møre og Romsdal – Ålesund
 4:2016 Kvinneklubben ved Sykehuset i Vestfold Tønsberg
 3:2016 Kvinneklubben ved Ahus
 2:2016 Kvinneklubben ved Nordlandssykehuset - Bødø
 1:2016 Kvinneklubben i Hammerfest
 4:2015 Kvinneklubben i Stavanger
 2:2015 Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen
 1:2011: Kvinneklubben i Hammerfest



Marte Monrad-Hansen
 Lege i spesialisering

Føde- og gynekologisk avdeling på Voss har vore gjennom ei reise dei siste 10-åra. I mange år var det gynekolog Bjørge som aleine tok ansvar for alt legearbeid ved avdelinga. Frå 90-talet byrja i tillegg ein vikarstafett av danske gynekologar for å hjelpe til, men fyrst frå 2011 vart det fart i rekrutteringa, etter at ei LIS stilling vart oppretta. I 2021 tel me 5 (straks) ferdige spesialistar og 1 (for tida 2) LIS stilling.

Det er eit nært samarbeid mellom gynekologisk avdeling ved Voss-sjukehus og KK Bergen. Ettersom alle overlegane ved avdelinga har jobba i fleire år ved Haukeland er Voss sjukehus på mange vis prega av sitt "modersjukehus". På Voss brukes tang som instrument, og me får vidaretilvist pasientar frå KK til poliklinikk, operasjonar

På det same sjukehuset finn ein føde- og gynekologisk avdeling, med ein engasjert og nokså fersk stab av gynekologar med lokal tilknytning, som alle har gått sitt spesialistløp med gruppe 1 tjeneste på Kvinneklubben ved Haukeland Universitetssjukehus.

og fødsel/barsel-tid. Fødeavdelinga her er ei låg-risikoavdeling med klar seleksjon ift. kven som kan føde her og kven som skal tilvisast til Haukeland. Likevel dukker det stadig opp kvinner i fødsel her som held den akutte obstetrikken og «handverket» ved like. Det er ikkje pediatrik avdeling eller barnelege på Voss, og ansvaret for nyfødte resuscitering og oppfølging fram til overflytting til Haukeland vert delt mellom jordmødre, gynekologar, anestesistjukepleiarar og anestesilegar. Me øver jamnleg med scenario og sirkeltrening der me trener på asfyksituasjonar, algoritmen for nyfødtesusitering med kompresjonar og neopuff, innleggjing av navlekenekateter og administrering av medikamentar. Me har jamnleg besøk av barnelege frå Haukeland som bidreg i øvingar og går igjennom kasus med born som er overflytta.

Ei utfordring ved arbeidet her er nettopp lange reisevegar til sjukehuset og logistikk med overflytting dei gongene det er nødvendig. Mot vest er det kortast avstand til Bergen, medan mot nord er Førde neste sjukehus, mot sør Haugesund, og mot aust Ringerike (!). Ikkje så sjeldan kan innleggingsgrunn i Dips vere til dømes "På veg heim stengjer Vikafjellet. Kjem seg ikkje heim". Og når nyfødte skal overflyttast, eller kvinner i fødsel som eigentleg er selektert til å føde i Bergen melder seg, er ofte logistikken ift. reisevei, reisemåte og evt flyvêr eller ikkje, noko av det som kan skape dei største utfordringane. Her har me gleder av å kunne konferera med BUK eller KK på Haukeland, samt å forhalde oss til jordmødre, anestesipersonell og pasientar som er vane med lange reisevegar og uforutsette omstende.



«Ikkje så sjeldan kan innleggingsgrunn i Dips vere til dømes: På veg heim stengjer Vikafjellet. Kjem seg ikkje heim»

Me har ei operasjonsstove 3 dagar i veka, og ikkje så sjeldan får me ein ekstra dag slik at me enkelte dagar no opererer på 2 stover. Her vert gjort eit breidt utval laparoskopiske inngrep inkludert hysterektomi, descenskirurgi, hysteroskopi, og inkontinenskirurgi (TOT).

Vaktordninga er organisert slik at det på kveld og natt er heimevakt, og alle bur nær sjukehuset, slik at utrykningstida er kort. Det er i løpet av dei seinare åra blitt gradvis større aktivitet og eit sosialt og kjekt miljø på dagtid. Når kvelden/natta og helga kjem, og det igjen er ein enkelt gynekolog på vakt, får vakthavande kjenne på noko av det ansvaret og den einsemda i avgjerdsler som gynekolog Bjørge nok må ha blitt nokså van med.

Men når det lysnar av dag og sola stig opp av Børdalsgjelet og treff toppen av Lønahorgi, då kjem travle gynekologar springande til jobb, etter levering i barnehage og diverse logistiske utfordringar før levering til skidagar og anna på skulen. Då er det igjen yrande aktivitet med internundervisning, scenariorer, poliklinikk, operasjon og vaktarbeid på føden. I mangel av å ha nokon av dei eldste og mest erfarne på avdelinga fins det eit engasjement blant ein gjeng med unge spesialistar og Lis-legar som vert motivert av å vere med på å skapa den avdelinga som skal vere arbeidsplassen vår i åra som kjem, og ei avdeling som gjev god og trygg behandling til pasientane i fjellbygda mellom to fjordar, og for dei som kjem langvegs frå.

Føde- og Gynavdeling Voss sjukehus

- 4(5) overlegar
- 1(2) LIS3
- 20 årsverk i avdelinga, jordmødre og nokre hjelpepleiarar som også jobbar i gynpol

Obstetrisk:

- 2 Fødestover, 6 barselsrom/10 senger
- Seleksjon: Einlingar frå GA 36+0. Samarbeidsavtale med Kvinneklubben i Bergen som regulerer seleksjon av fødande. Følger nasjonale råd vdr. kva kvinner som kan føda på ei Fødeavdeling
- CTG, ikkje STAN
- Antall fødsler: 413 (432 i 2019)
- Keisarsnittfrekvens: 23% – elektive sectio overført frå Kvinneklubben i Bergen utgjør kring halvparten av desse, 7,5% akutte keisarsnitt
- Operativ vaginal forløsning (Vakuüm/Tang): 5,3%/4,1%
- Perinealrift gr 3/4: 2,2%

Gynekologisk:

- 2800 polikliniske konsultasjonar i 2020
- 1 operasjonsstove, 3 dagar i veka
- Operativ virksomheit (avrunda tal frå 2020): 120 vaginalplastikkar, 90 laparoskopiar inkl 10 LH, 25 TOT og 50 hysteroskopiar
- Disponerer gynekologiske senger på kirurgisk dag- og heildøgnsavdeling etter behov

Ny behandling av eggstokkreft

Indikasjoner:
Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO stadium III eller IV) høygradig ovariekræft, kræft i eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) etter fullføring av førstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, høygradig serøs kræft i ovarieepitel eller eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi.

Peroral dosering, én gang daglig

Zejula niraparib

Zejula er den eneste PARP-hemmeren som er indisert i behandling av platinumsensitive pasienter med eggstokkreft - både i første- og andrelinjehandling - uavhengig av biomarkørstatus.^{1,2}

Zejula er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved andrelinjehandling av BRCA-negative pasienter.³ Zejula er den eneste PARP-hemmeren som har vist effekt hos denne pasientgruppen i en randomisert fase III-studie.^{4,5,6}

Dosering: Behandling bør igangsettes og overvåkes av lege med erfaring med kreftlegemidler. Anbefalt dosering ved førstelinjehandling er en startdose på 2 kapsler à 100 mg 1 gang daglig, tilsv. en total døgndose på 200 mg. For pasienter ≥ 77 kg og med trombocyttdier ved baseline $\geq 150\ 000/\mu\text{l}$, er anbefalt startdose 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For andrelinjehandling, er startdosen 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. Dosereduksjon er anbefalt ved tilbakevendende bivirkninger. Den vanligste vedlikeholdsdosen ved andrelinjehandling er 200 mg.⁶

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Bivirkninger: $\geq 10\%$ av studiepasientene opplevde følgende bivirkninger: kvalme, anemi, trombocytopeni, fatigue, konstipasjon, oppkast, hodepine, insomni, redusert trombocyttdier, nøytropeni, abdominalsmerter, redusert appetitt, diaré, dyspné, hypertensjon, asteni, svimmelhet, redusert nøytrofilverdi, hoste, artralgi, ryggsmarter, redusert leukocyttdier og hetetokter. De vanligste alvorlige bivirkningene $> 1\%$ (behandlingsrelaterte frekvenser) var trombocytopeni og anemi. Se preparatomtale for bivirkningshandtering. **Kontraindikasjon:** Amming. **Forsiktighetsregler:** Hematologiske bivirkninger (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave trombocyttdier ved baseline kan ha økt risiko for trombocytopeni av grad 3+. Ukentlig overvåkning av komplett blodstatus 1. behandlingsmåned er anbefalt, deretter månedlig i 10 måneder, og deretter regelmessig. Tilfeller av myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML) har blitt observert hos pasienter som ble behandlet med Zejula som monoterapi eller kombinasjonsterapi i kliniske studier og etter markedsføring. Hypertensjon, inkludert hypertensiv krise, er rapportert med bruk av Zejula. Posterior reversibel encefalopati-syndrom (PRES) er en sjelden, reversibel neurologisk sykdom som kan oppstå med raskt utviklende symptomer, inkludert hypertensjon. Det anbefales å seponere Zejula ved PRES og behandle spesifikke symptomer.

Se preparatomtalen før forskrivning av Zejula. Bivirkninger må rapporteres. Kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Pakninger og priser: Maksimalpriser: 56 stk.1 (blister) kr 71703,20. 84 stk.1 (blister) kr 107536,70. Rabattert pris er gjeldende i Norge. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kræft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Zejula tilhører reseptgruppe C.

Referanser: 1. Zejula SPC avsnitt 4.1 (SPC godkjent 27.10.2020) 2. Lynparza SPC avsnitt 4.1 (SPC godkjent 24.09.2020) 3. Beslutning i Beslutningsforum 25.05.2020 4. Zejula SPC avsnitt 5.1. (SPC godkjent 27.10.2020) 5. Lynparza SPC avsnitt 5.1 (SPC godkjent 24.09.2020) 6. Mirza MR, Monk BJ, Herrstedt J, et al. Niraparib maintenance therapy in platinum-sensitive, recurrent ovarian cancer. N Engl J Med. 2016;375(22):2154-64.

PM-NO-NRP-ADVT-200001, november 2020

GlaxoSmithKline AS
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon 22 70 20 00
Org. nr. 930 606 308
gskpro.com/nb-no



Peer Einar Bjørge

Då me vart spurde om å skrive om Gyn/Føde avdelinga på Voss Sjukehus til "Gynekologen" vart eg litt nyfiken på å høyre korleis det var å jobbe på Voss før mi tid, og nytta då høvet til å ta ein prat med tidlegare avdelingsoverlege Peer Einar Bjørge. Eg hadde jo høyrte rykter om krav om strekte laken på barselvisitten, møtt damer som enno er nøgde med resultatet etter descenskirurgi utført av overlege Bjørge og innimellom fått høyre at «slik gjorde aldri Bjørge det». Her kjem bitar frå historia til ein som har hatt Jørgen Løvseth som lærar, som byrja med hysteroskopiske operasjonar før Kvinneklinikken i Bergen og som var den einaste gynekologen på Voss i lange periodar av livet.



Hilde Skorve

Overlege på Gyn/Fødeavdelinga ved Voss sjukehus

Peer vart fødd i 1940 i Bergen og vaks opp i «Sør-Noreg», etter som far hans var kirurg og måtte flytte rundt etter ledig stilling. Peer var innimellom med far sin på sjukehuset og syntes det var spennande, men tok engelsklinja. Han kom inn på 1.avdeling i Bonn i Tyskland, etter eit semester med naudsynthe realfag i Graz, Østerrike. Studiet var hardt. Det var berre muntlege eksamenar, og strykprosenten kunne vera på heile 70% (!). Peer lærde seg då å arbeida systematisk og disiplinert og har ikkje angra på det sidan. Då han fekk tilbod om å kome til Bergen for 2.avdeling flytta han til Noreg att. Kanskje som for fleire av oss er nokre av hans beste vener i dag dei han hadde kollokviegruppe med under studiet. Dei las til eksamen på hytta på Geilo, med innlagte skipausar, og har dei siste 10-11 år møttest til årlege treff. Dei er stolte over å framleis ha dei same konene – som også får vere med på treff! Peer var ferdig cand. med. i 1967, på kull 34.

Under studiet hadde Peer jobba ekstra på Kirurgen A på Haukeland og visste allereide då at det var "handtverkar" han ville bli. Siste året på studiet jobba han på KK og fekk opplæring i mellom anna forløyseing av sete av sjølvaste Løvseth, som også hadde undervist han på studiet. Peer fortel at Løvseth kanskje ikkje var den beste til å forklare, men han var "verdas snillaste" og veldig flink til å vise, noko Peer drog nytte av.

Turnustjenesta jobba Peer i Stavanger og Fusa. Han gjorde så unna militærtjenesta på Ørland flystasjon og heldt fram som distriktslege i Bjugn og Ørlandet i 3 år. Han hadde høyrte frå far sin at det var viktig å lære om kvardagen til pasientane, korleis folk har det ute i distrikta. Og i det store distriktet Ørlandet fekk han prøve seg på mykje. Dette var før mobiltelefonen si tid, og han måtte innimellom ut i båt til øyene utanfor. Familien budde vegg-i-vegg med legekantoret, noko som ikkje alltid var så gunstig for familielivet. Ikkje sjeldan måtte private gjeremål vika for plutslege ekstra pasientar.

Hausten 1971 vart det flytting til Voss og Fylkessjukehuset, der det var jobb å få på kirurgisk avdeling. Den tida var det ikkje noko eiga gynekologisk avdeling, men kirurgane var spesialistar i generell kirurgi og hadde dermed og noko erfaring med gynekologisk kirurgi.

Peer vart verande 5 år og hadde allereide full operasjonsliste då han kom til Kvinneklinikken i Bergen i 1976. Fødselshjelp hadde han mindre erfaring med, men det skulle ordne seg på KK. Ettersom han ville at familien skulle få halde fram med å bu på Voss, pendla han til Bergen. Han reiste ikkje opp og ned kvar dag, men fekk lov til å bu på kontoret sitt på KK. Det var kanskje ikkje så dumt, for om det var travelt på Føden visste jordmødrene at Peer ofte var lett å få tak. Dette kunne skape litt irritasjon hjå dei som vart "snytt" for ei forløyseing, men Peer vart etterkvart svært trygg og erfaren. Han fortel at han gjekk mykje saman med gynekolog Sagen, som han beskriv som ein "trollmann med tener", og det var tanga som også vart Peer sitt hovudinstrument for vaginal forløyseing. Han kjende seg alltid tryggast med den. Setefødselar kjende han seg også komfortabel med, og heldt fram med å forløyse seter vaginalt også på Voss då han kom attende hit.



Eg spør om dette endra seg etter at Hannah studien kom i 2000, men Peer ristar på hovudet og trur mykje av dei dårlege utfalla i denne studien kom av for lite erfarne forløyseingar. Kanskje det viktigaste kriteriet for ei vellukka seteforløyseing er erfaring, undrar Peer. Siste åra på KK jobba han som reservelege (erfaren ass.lege/nivå før overlege) på Gyn avdelinga, og han er glad for at han hadde så mykje kirurgisk erfaring. Det var ikkje mykje han ikkje ordna sjølv, og han kvitte seg ikkje for å sy verken på tarm eller ureter, om det skulle vere nødvendig.

Peer kom attende som einaste gynekolog på Voss i 1981, etter at Hjalmar Kvåle, som hadde vore tilsett nokre år, då slutta. Dei neste 10 åra var Peer den einaste gynekologen på Voss, og han fekk laga system og struktur på avdelinga og kvardagen sin slik han ynskde det skulle vere. Han måtte klare seg sjølv, og organisera kvardagen på ein måte som gjorde at han kunne få gjort mykje. Når han hadde fri eller ikkje vakt var det kirurgane som måtte trø til, og det kunne innimellom verta nokre "kastanjer å rake". Etter 10 år ba han om at sjukehuset kunne tilsetje ein til gynekolog. Då dette ikkje skjedd sa han opp i protest – og Voss Sjukehus måtte finne ei rask løysing. Dette var starten på "Danskertida" på Voss. Peer kom heldigvis attende til Voss, etter kort tid i Nordfjordeid og ei jordomreise med kona med innlagt besøk til ein son som var på utveksling i Australia, og til den andre som var student i California.

Ettersom Peer allereide hadde laga gode system på avdelinga var det lett for danskane å steppe inn, og "dansketafetten", som seinare skulle verte til 4 danskar i rotasjon, var faste tilsette og kjende etterkvart sjukehuset godt. Peer fortel at han treivst godt saman med sine danske kollegaer, og dei var tidleg ute med både hysteroskopi og TVT. Laparoskopiar byrja dei også med, og han fekk oppleva den rivande utviklinga som var på ultralydmaskiner. Han tok kurs

både innan- og utanlands for å halde seg oppdatert. Han beskriv samarbeidet med Kvinneklinikken og Barneklinikken i Bergen som særdeles godt, og hadde etterkvart god erfaring i å ikkje ta seg vatn over hovudet, men heller ikkje misbruke mogelegheita for å sende pasienten vidare.

Utover 90-talet kom nedleggjingsspørsmålet stadig opp, pengar skulle sparast. Dette var krevjande. KK kunne vere skeptiske til ei slik "generell og lita" avdeling, men heldigvis hadde Peer og dei danske kollegaene hans både gode resultat og lang erfaring å vise til, og avdelinga stod seg. Peer såg si ære i å få gjort mykje "matnyttig arbeid"; «det er kvardagsproblem det er mest av» og hadde laga system for "produksjonslinjer" lenge før dette vart eit moteord i helseadministrasjon. Han likte å ha poliklinikk, og etter at han gjekk av med pensjon i 2008 hadde han framleis 1-2 dagar med poliklinikk i månaden i eit års tid. Men den dagen han gjekk av, forsvann også telefonen ut frå soverommet, og sjølv om han alltid hadde kjent seg trygg på at han kunne takle det som kom, var det noko som letta frå skuldrene då.

Peer trur han ville valt det same faget igjen, og gjev meg fylgjande råd; Vær nysgjerrig... Nytt er spennande! Tidene endrar seg, gjer ditt beste!

Me sender ei stor takk til Peer for intervjuet, og veit at han stadig les både Gynekologen og andre tidsskrift, og sikkert kunne ha lært oss litt av kvart frå faget vårt enno!



Gynekologen presenterer utvalgte abstracts fra AOGS, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica

Alle medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening har tilgang til AOGS som fra 2013 kun publiseres på nett. Gynekologen har fått lov til å trykke de abstracts AOGS redaksjonen selv plukker ut til sin Journal Club. På siden [http://jobgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/\(ISSN\)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html](http://jobgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/(ISSN)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html) finner du fulltekst av artiklene samt presentasjoner i PowerPoint format. Vi håper dette vil vekke din faglige nysgjerrighet!

Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women.

Venla Kempainen, Maarit Mentula, Vilja Palkama, Oskari Heikinheimo.
Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Dec;99(12):1603-1610. doi: 10.1111/aogs.13920.

Introduction: Women experience pain during medical abortion, yet optimal pain management remains unclear. We studied the pain experience and need of analgesics during early medical abortion (≤ 63 days of gestation) among teenage and adult women. We also assessed predictive factors of severe pain.

Material and methods: We recruited 140 primigravid women: 60 teenagers and 80 adult women aged between 25 and 35 years old. The group of teenagers included 19 women under the age of 18 years old (minors). The abortion was performed with mifepristone (200 mg) followed by vaginal misoprostol (800 μ g), mainly self-administered at home for adults. Minors were hospitalized during misoprostol administration. Pain medication consisted of ibuprofen 600 mg and paracetamol 1000 mg, first doses taken simultaneously with misoprostol and repeated, if needed, up to three times daily. Additional opiates (mainly tramadol or oxycodone) were administered at hospital if needed. Pain was measured using the visual analogue scale (VAS, 0–100 mm).

Results: The maximal pain VAS (median, interquartile range) was 75 (54–91). Of all the women, 57.7% experienced severe pain (VAS ≥ 70) during abortion care and 93.5% of women needed additional analgesics in addition to prophylactic pain medication. Teenagers needed additional analgesics more often than adults (5 [3–8] vs 3 [2–6] times, $P = .021$); 38.0% of all teenagers (64.7% of the minors) received additional opiates compared with 7.9% in adult women. Severe pain (VAS ≥ 70) was associated with history of dysmenorrhea (adjusted odds ratio [OR] 2.60 [95% confidence interval [CI] 1.21–5.59, $P = .014$]), anxiety at baseline (2.64 [1.03–6.77], $P = .044$) and emesis during abortion (5.24 [2.38–11.57], $P < .001$). Hospital administration of misoprostol did not lower the risk for severe pain experience (OR 0.84 [95% CI 0.34–2.05], $P = .694$). Satisfaction with care was high in study population (median VAS 91 [interquartile range 79–97]) and was not associated with the use of narcotic analgesic or place of misoprostol administration.

Conclusions: Pain intensity was high both in teenage and adult women undergoing medical abortion, yet satisfaction on care was high. More effective analgesics than ibuprofen and paracetamol should be offered to all women undergoing early medical abortion, especially to those with history of dysmenorrhea. Also, routine use of antiemetics might be advisable.

Is obesity in pregnancy associated with signs of chronic fetal hypoxia?

Hanna Åmark, Meeli Sirotkina, Magnus Westgren, Nikos Papadogiannakis, Martina Persson
Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Dec;99(12):1649-1656. doi: 10.1111/aogs.13941.

Introduction: The prevalence of obesity in pregnancy is increasing worldwide. Maternal obesity increases risks of severe fetal and neonatal complications. The underlying pathophysiological mechanisms are unclear. One possible contributing factor could be chronic fetal hypoxia. The aim of this study was to compare placentas from women with and without obesity with respect to placental lesions, which could reflect compensatory mechanisms in response to chronic fetal hypoxia as well as lesions possibly leading to chronic fetal hypoxia. In addition, levels of erythropoietin in cord blood were compared between offspring of lean and obese women.

Material and methods: This cohort study included 180 women with uneventful, full-term, singleton pregnancies, out of which 91 lean women had a body mass index (BMI) of 18.5–24.9 kg/m² and 89 women had obesity (BMI ≥ 30 kg/m²). Women were recruited at Södersjukhuset between 16 October 2018 and 2 December 2019. Placentas were investigated by two senior perinatal pathologists, who were blinded for maternal BMI. Cord blood was analyzed for levels of erythropoietin.

Results: Levels of erythropoietin in cord blood increased with maternal BMI ($P = .01$, $\beta = 0.97$, 95% CI 0.27–1.68). There was no difference between placentas of obese and lean women in number of placental lesions reflecting chronic fetal hypoxia or in lesions that could possibly lead to chronic fetal hypoxia.

Conclusions: This study of term and uneventful pregnancies demonstrated a positive association between maternal obesity and concentrations of erythropoietin in cord blood at birth. This finding supports the hypothesis of chronic fetal hypoxia as a risk factor for complications in the pregnancies of obese women. There were no differences in lesions associated with hypoxia between placentas of obese and lean women.

Risk factors for non-response and discontinuation of Dienogest in endometriosis patients: A cohort study

Konstantinos Nirgianakis, Cloé Vaineau, Lia Agliati, Brett McKinnon, Maria L. Gasparri, Michael D. Mueller
Acta Obstet Gynecol Scand. 2021 Jan;100(1):30–40. doi: 10.1111/aogs.13969.

Introduction: Progestins are commonly prescribed first-line drugs for endometriosis. High rates of non-response and intolerance to these drugs have been previously reported. However, no study to date has investigated the characteristics and comorbidities of patients taking progestins in relation to treatment outcomes, so

identifying which patients will respond to or tolerate the treatment is currently impossible. The purpose of this study, therefore, was to identify risk factors for non-response and discontinuation of Dienogest (DNG) in women with endometriosis.

Material and methods: This is a retrospective cohort study including women currently taking, or newly prescribed, DNG for endometriosis-associated pain presenting in the Endometriosis Clinic of the University Hospital of Bern between January 2017 and May 2018. Women with initiation of treatment directly after surgery for endometriosis were excluded. For all participants the symptoms and comorbidities were documented. Effectiveness, tolerability and discontinuation of DNG were the primary end points. Univariate and multivariate binary logistic regression models were carried out to identify risk factors for non-response, intolerance and discontinuation of DNG.

Results: A sufficient or excellent treatment response was reported by 85/125 (68%) participants. Genital bleeding during the DNG treatment was negatively (OR 0.185, 95% CI 0.056–0.610, $P = .006$) and rASRM endometriosis stages III and IV were positively (OR 3.876, 95% CI 1.202–12.498, $P = .023$) correlated with the DNG response. When accounting for exclusively pretreatment factors, primary dysmenorrhea (OR 0.236, 95% CI 0.090–0.615, $P = .003$) and suspicion of adenomyosis (OR 0.347, 95% CI 0.135–0.894, $P = .028$) were inversely correlated with DNG response, and the latter was also correlated with treatment discontinuation (OR 3.189, 95% CI 1.247–8.153, $P = .015$).

Conclusions: Genital bleeding during the DNG treatment and low rASRM stages are independent risk factors for DNG non-response. Before treatment initiation, primary dysmenorrhea and suspicion of adenomyosis correlate with DNG non-response. The results could assist the clinician first to provide detailed information to women before treatment initiation, second to identify and possibly modify in-therapy factors correlated to treatment effectiveness and lastly to switch treatment on time if needed.

Investigation of the outcome of pregnancies complicated by increased fetal movements and their relation to underlying causes – A prospective cohort study

Imogen Sharp, Temidayo Adeyeye, Linda Peacock, Amy Mahdi, Kimberley Farrant, Andrew N. Sharp, Susan L. Greenwood, Alexander E. P. Heazell
Acta Obstet Gynecol Scand. 2021 Jan;100(1):91–100. doi: 10.1111/aogs.13961.

Introduction: Retrospective studies have reported an association between a single episode of significantly increased fetal movements (IFMs) and stillbirth after 28 weeks' gestation. This prospective study aimed to report the outcome of pregnancies associated with maternal perception of IFMs and determine whether this symptom is associated with adverse pregnancy outcome, a pathological intrauterine environment or placental dysfunction.

Material and methods: Women reporting IFMs after 28 weeks' gestation were recruited from St Mary's Hospital, Manchester and Liverpool Women's Hospital, UK, between 1 November 2017 and 1 May 2019. Demographic and clinical information were obtained and an ultrasound scan was performed to assess fetal biometry,

liquor volume and umbilical artery Doppler. Maternal serum samples were collected for analysis of placentally derived biomarkers using ELISA. After delivery, maternal and fetal outcome data were collected and placentas and umbilical cord blood were obtained for analysis using immunohistochemistry and ELISA, respectively. Placental and serum samples were matched by gestation and maternal characteristics to participants with normal fetal activity.

Results: Seventy-seven women presented with IFM, representing 0.45% of the maternity population; 64 women consented to participate in the study, of which 7 (10.9%) experienced adverse pregnancy outcome: birthweight <3rd centile, 2 (3.1%); pH ≤ 7.10 , 1 (1.6%); neonatal intensive care unit admission, 4 (6.3%). Women had IFM for varying lengths of time before presenting: 17.2% had IFM for less than 1 hour and 29.7% reported IFM lasting longer than 24 hours. Four women (6.3%) had abnormalities of the fetal heart rate trace on assessment. Women with IFM had similar modes of birth to women giving birth in participating maternity units. There was no evidence of macroscopic placental or umbilical cord abnormalities, alterations in microscopic placental structure, placental endocrine dysfunction or intrauterine hypoxia or infection in women with IFM compared with controls.

Conclusions: This prospective study did not find evidence of an association between IFM and adverse pregnancy outcome. It also did not find evidence of underlying placental dysfunction, cord anomalies, intrauterine hypoxia or infection in pregnancies with IFM. Further work is required to determine the strength of association between IFM and adverse pregnancy outcome and its origins. At present, IFM cannot be used to identify fetuses at increased risk of adverse outcome.

Effect of supervised group exercise on psychological well-being among pregnant women with or at high risk of depression (the EWE Study): A randomized controlled trial

Lotte Broberg, Ann Tabor, Susanne Rosthøj, Mette Backhausen, Vibe G. Frokjaer, Peter Damm, Hanne K. Hegaard
Acta Obstet Gynecol Scand. 2021 Jan;100(1):129–138. doi: 10.1111/aogs.13982.

Introduction: Depression is expected to be the leading cause of disability worldwide by 2030. The prevalence is increasing and is two-fold higher in women than in men, women being at particularly high risk during hormonal transition phases such as pregnancy and the postpartum period. The objective for this trial was to assess the effect of supervised group exercise on psychological well-being and symptoms of depression among pregnant women with or at high risk of depression.

Material and methods: This study was undertaken at the Department of Obstetrics, Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet, Denmark, from August 2016 to September 2018. Pregnant women with a current or previous history of depression and/or anxiety requiring treatment within the last 10 years, or use of antidepressants 3 months before or during pregnancy, were randomly assigned to 12 weeks of supervised group exercise from 17 to 22 weeks of gestation twice weekly, or to a control group. The primary outcome was self-reported psychological well-being at 29–34 weeks of gestation, measured by the five-item World Health Organization Well-being Index (WHO-5). Secondary

outcomes included delivery outcomes and psychological well-being (WHO-5) 8 weeks postpartum.

Results: The intention-to-treat analysis showed no significant effect on psychological well-being on the primary outcome. Mean WHO-5 score in the intervention group was 2.0 (95% CI -1.3 to 5.2, P = .2) higher than in the control group. Per protocol analysis of women who attended $\geq 75\%$ of the exercise sessions showed a statistically significant higher mean WHO-5 score relative to the control group at gestational weeks 29-34. Eight weeks postpartum the intervention group reported higher psychological well-being than the control group, mean difference in WHO-5 score of 5.5 (95% CI 1.0-10.1, P = .04).

Conclusions: Supervised group exercise did not improve psychological well-being for women with or at high risk of depression at 29-34 weeks of gestation. Eight weeks postpartum the intervention group reported significantly higher psychological well-being than the control group. Based on our results, supervised exercise in groups is a safe complementary course of treatment alongside the existing antenatal care.

How common is substandard obstetric care in adverse events of birth asphyxia, shoulder dystocia and postpartum hemorrhage? Findings from an external inspection of Norwegian maternity units
Lars T. Johansen, Geir Sverre Braut, Ganesh Acharya, Jan Fredrik Andresen, Pål Øian
Acta Obstet Gynecol Scand. 2021 Jan;100(1):139-146.
doi: 10.1111/aogs.13959.

Introduction: The Norwegian Board of Health Supervision inspects healthcare institutions to ensure safety and quality of health and welfare services. A planned inspection of 12 maternity units aimed to investigate the practice of obstetric care in the case of birth asphyxia, shoulder dystocia and severe postpartum hemorrhage.

Material and methods: The inspection was carried out at two large, four medium and six small maternity units in Norway in 2016 to investigate adverse events that occurred between 1 January and 31 December 2014. Six of them were selected as control units. The Norwegian Board of Health Supervision searched the Medical Birth Registry of Norway to identify adverse events in each of the categories and then requested access to the medical records for all patients identified. Information about guidelines, formal teaching and simulation training at each unit was obtained by sending a questionnaire to the obstetrician in charge of each maternity unit.

Results: The obstetric units inspected had 553 serious adverse events of birth asphyxia, shoulder dystocia or severe postpartum hemorrhage among 17 323 deliveries. Twenty-nine events were excluded from further analysis due to erroneous coding or missing data in the patients' medical records. We included 524 cases (3.0% of all deliveries) of adverse events in the final analysis. Medical errors caused by substandard care were present in 295 (56.2%) cases. There was no difference in the prevalence of substandard care among the maternity units according to their size. Surprisingly, we found significantly fewer cases with substandard care in the units which the supervisory authorities considered particularly risky before the inspection, compared with the control units.

Seven of the 12 units had regular formal teaching and training arrangements for obstetric healthcare personnel as outlined in the national guidelines.

Conclusions: Prevalence of adverse events was 3% and similar in all maternity units irrespective of their size. A breach in the standard of care was observed in 56.2% of cases and almost half of the maternity units did not follow national recommendations regarding teaching and practical training of obstetric personnel, suggesting that they should focus on implementing guidelines and training their staff.

Long-term effects of the nine-item list intervention on obstetric and neonatal outcomes in Robson group 1 – A time series study
Eric Hildebrand, Marie Nelson, Marie Blomberg
Acta Obstet Gynecol Scand. 2021 Jan;100(1):154-161.
doi: 10.1111/aogs.13970.

Introduction: The nine-item list, with organizational and cultural changes, was implemented at the delivery unit in Linköping, Sweden between 2007 and 2010, aiming at improving the quality of care by offering more women a safe and attractive vaginal delivery. The target group for the intervention was nulliparous women at term with spontaneous onset of labor and cephalic presentation (Robson group 1). The aim of this study was to evaluate pregnancy outcomes before, during, early post and late post introduction of the nine-item list.

Material and methods: Robson group 1 births (n = 12 763) from 2004 to 2018 were divided into four time periods; before the nine-item list (2004-2006), during introduction of the nine-item list (2007-2010), early post introduction of the nine-item list (2011-2014) and late post introduction of the nine-item list (2015-2018). The nine-item list consists of monitoring of obstetric results, midwife coordinator, risk classification of women, three midwife-competence levels, teamwork—the midwife, obstetrician and nurse working as a team with the common goal of a normal delivery, obstetric morning round, fetal monitoring skills and obstetric skills training. Perinatal outcomes before, during, early post and late post introduction were compared using a Student's t test for numerical variables and a Pearson chi-squared test for categorical variables.

Results: Apgar score <7 at 5 minutes, Apgar score <4 at 5 minutes and umbilical cord arterial pH <7 did not differ significantly between the four time periods. Between before introduction and early post introduction, instrumental vaginal delivery decreased from 19.8% to 12.2% and cesarean section from 9.6% to 4.5%. The late post introduction period showed a maintained effect with 10.7% instrumental deliveries and 3.9% cesarean sections. Obstetric anal sphincter injury grade III decreased instantly during the introduction of the nine-item list from 7.8% to 5.1% and thereafter remained unchanged.

Conclusions: Implementation of the nine-item list increased the proportion of spontaneous vaginal deliveries by reducing the number of instrumental deliveries and cesarean sections without affecting the neonatal outcomes in nulliparous women with spontaneous onset of labor. The nine-item list intervention seems to provide long-term sustainable results.

MyoSure®
Tissue Removal Simplified

A complete tissue removal solution

For intrauterine procedures

The MyoSure® Tissue Removal collection

FIBROIDS ≤ 5 cm and ALL POLYPS

MyoSure®
XL
device

FIBROIDS ≤ 3 cm and ALL POLYPS

MyoSure®
REACH
device

DIRECTED BIOPSY and POLYPS ≤ 3 cm

MyoSure®
LITE
device

DIRECTED BIOPSY and POLYPS <1CM

MyoSure®
MANUAL
device

DOES NOT
REQUIRE:
Controller
Fluid management
automated system
External vacuum
source



For all your intrauterine pathology tissue removal needs

D & C / ENDOMETRIAL POLYP / SUBMUCOUS MYOMA / ADHESIOLYSIS
UTERINE SEPTUM REMOVAL / RPOC / DIRECTED BIOPSY

NovaSure®
Endometrial Ablation



PROVEN OUTCOMES IN OVER 80 PEER REVIEWED PUBLICATIONS

97%
Patient satisfaction¹

62%
Amenorrhea rate at
5 years²

87%
Patients avoided
hysterectomy at
10 years³

- ✓ **PROVEN** Technology⁴
- ✓ **PROVEN** Clinical efficacy⁴
- ✓ **PROVEN** Safety profile⁴

References: 1. Baskett TF, Clough H, Scott TA. NovaSure bipolar radiofrequency endometrial ablation: report of 200 cases. Journal of Obstetrics and Gynecologists Canada. 2005;27(5):473-476. 2. Smith PP, Mallick S, Clark JT. Bipolar Radiofrequency Compared With Thermal Balloon Ablation in the Office A Randomized Controlled Trial Obstet Gynecol 2014;0:1-7. 3. Herman M, Penninx J, Mol B, Bongers M. Ten-year follow-up of a randomised controlled trial comparing bipolar endometrial ablation with balloon ablation for heavy menstrual bleeding. BJOG 2013;120:966-970. 4. Gimpleson RJ. Ten-year literature review of global endometrial ablation with the NovaSure® device. International Journal of Women's Health 2014;6 269-280.

normedi
NORDIC

e-post: support@normedi.com
www.normedi.com



Remifemin[®]

Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter og svetting

Det er utført flere kliniske studier med bruk av *Cimicifuga racemosa* mot plager i overgangs alderen som hetetokter og svetting¹. Brukes kun i samråd med lege ved samtidig bruk av østrogener, ved kreft eller leversykdom.



- ✓ Mot hetetokter og nattesvette
- ✓ Reseptfritt legemiddel
- ✓ Plantebasert uten østrogen

 Fås på alle apotek

F **Remifemin[®]** Middel mot overgangsplager. ATC-nr: G02C X04 Reseptfritt legemiddel. Tørket ekstrakt av rotstokk av klaseormedue (*Cimicifuga racemosa*) 2,5 mg. Inneholder laktosemonohydrat. Legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. 1 tablett 2 ganger daglig. Effekt sees tidligst etter 2 ukers behandling. Det anbefales å bruke preparatet i flere måneder, men ikke >6 måneder uten medisinsk tilsyn. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Anbefales ikke for gravide og ammende. Ved samtidig bruk av østrogener, ved nåværende eller tidligere hormonavhengig kreft eller ved leversykdom må Remifemin[®] kun brukes i samråd med lege. Ved tegn til leverskade skal behandlingen avsluttes. Ved vaginalblødning eller nye/uklare symptomer bør lege kontaktes. Bivirkninger: Tilfeller av levertoksitet er rapportert ved bruk av preparater som inneholder *Cimicifuga*. Pakning: 100 stk., blisterpakning. Sist endret: 24.03.2015

Referanser: 1. Henneicke-von Zepelin, HH. 60 years of *Cimicifuga racemosa* medicinal products. Wien Med Wochenschr (2017) 167: 147.