

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

3 • 2021

ÅRSMØTEUTGAVEN 2021

Velkommen til TØNSBERG

27. - 29. OKTOBER

**Innføring av knestående setefødsel
ved Sørlandet sykehus Kristiansand** s. 20

Hvorfor dør kvinner av graviditet i Norge i dag? s. 26

Kasuistikk: IVF-gravid med OHSS og sterk kløe i 1. Trimester s. 30

#sjekkdeg - På seks minutter! s. 34



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 musclaris
- 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/mistenkt 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): Kjønnorganer/bryst: Cervix-/uteruspolypper, kuler i brystet (benigne). **Overdosering/Forgiftning:** Behandling: Vaginalskylning.

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 østrogen og androgen. 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

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

Bjørn Holdø

Overlege, Nordlandssykehuset, Bodø
bjorn.holdo@yahoo.no

Nettredaktør

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

Layout, annonsesalg og produksjon

Cox Oslo AS
www.cox.no
ragnar.madsen@cox.no

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2021

Nr. 4 4/11-2021

Opplag: 1300



REDAKTØR 3

LEDER 5

NGF-STYRET

Nytt fra NGF-styret 6

Styret i Norsk gynekologisk forening 6

ÅRSMØTET 2021

Generalforsamling NGF 2021 8

Oversikt over NGFs utvalg og komiteer høst 2021 9

Invitasjon 11

Program 12

FUGO

Kjære alle LiS og FUGOister! 18

FAGLIG PÅFYLL

Innføring av knestående setefødsel ved Sørlandet sykehus Kristiansand 20

Hvorfor dør kvinner av graviditet i Norge i dag? 26

IVF-gravid med ovarie hyperstimuleringsyndrom

og sterk kløe i 1. trimester 30

GYNEKOLOGER IMELLOM

#Sjekkdeg – På seks minutter! 34

NFOG søker hjelp fra unge LIS 36

GYNEKOLOGEN MEMORERER

Det første årsmøtet 38

ÅRSMØTE 2021 - ABSTRAKT

Frie foredrag obstetikk 42

Frie foredrag gynekologi 52

ÅRSMØTE 2021 - POSTERE

Posterliste gynekologi 62

Posterliste obstetikk 75

ÅRSRAPPORTER 2020

..... 82

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.

Redaktøren

Samfunnet er gjenåpnet! For å unngå å måtte banke hardt i bordet velger jeg å si at det *ligger an til* at norske gynekologer kan møtes på Årsmøte 27. til 28. oktober 2021. I disse dager tar vi imidlertid ingen ting for gitt, så årsmøteutgaven byr på sine faste spalter i tillegg til abstracts, årsmøteprogram og årsrapporter. På side 38 kan den historieinteresserte lære om årsmøtets opprinnelse, og jeg håper foreningens 75-årsjubileum kan feires med like stor suksess i Tønsberg. Tvi tvi!

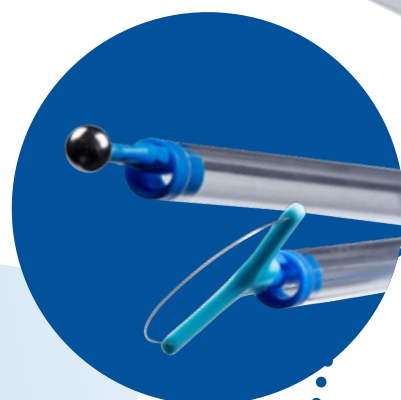
Tale Meinich



Proudly presenting

The Blue-Vac Smoke Evacuation Concept

*“Powerful suction
flow rate ensures
optimum removal
of surgical smoke
in the OR room”*



*Kom og besøk
oss på
NGF Tønsberg
2021*

VINGMED



Kjære venner og kolleger!

Jeg håper det har vært en fin sommer, og jeg håper dere møter høsten med positive forventninger. Selv om pandemien ikke er over og vi vet at høstmørket kommer, har jeg følelsen av at det lysner i horisonten. Alt tyder nå på at vi klarer å avholde årsmøtet i Tønsberg som planlagt, selv om det blir enkelte smittevern-restriksjoner. Lokalkomiteen, NGF-styret med undergrupper og CiC er i full gang med planleggingen av arrangementet. Det tror jeg det er flere enn meg som gleder seg til. Vi skal ha det sosialt – endelig! Og vi har mye å diskutere. I tillegg til et tett og flott program skulle vi ha hatt minst to ekstra dager for å få plass til alt som burde ha vært med.

Det rapporteres om at det ved mange avdelinger er vanskelig å få kvalifiserte søkere til ledige overlegestillinger. Kolleger og journalister har henvendt seg med bekymring om at faget vårt har et rekrutteringsproblem. Har vi det? Det trenger vi å finne ut. En annen bekymring er ressursutfordringene i landets fødeavdelinger, spesielt i sammenheng med endrede retningslinjer som øker belastningen på avdelingenes kapasitet. Dette kommer i tillegg til økning i antallet gravide med større risiko for komplikasjoner. Hvilke tiltak må gjøres for at dette ikke skal gå ut over pasientsikkerheten? I tilknytning til dette kommer også spørsmålet om hvordan sykehusene skal finansieres og om de obstetriske prosedyrekodene bør revideres.

Media og opposisjonspolitikere har mye å interessere seg for innen vårt fag. Flere av de nye tilbudene som Stortinget besluttet å innføre sammen med endringene i bioteknologiloven har ennå ikke tredd i kraft. Bevilgningene på revidert statsbudsjett til oppstart av tidlig ultralyd for gravide kom først rett før sommeren, og det har derfor ikke vært mulig for alle fostermedisinske avdelinger å rigge seg til oppstart. Kvinner med endometriose som må vente i årevis på diagnose og behandling har fått mye oppmerksomhet, men nå har Høie unnskyldt og gitt oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede tiltak. Vi er heller ikke ferdig med abortdebatten. Det blir spennende å se hva som skjer etter valget. Spørsmålet om informert samtykke før akutte operative inngrep ved forløsning har blitt aktualisert av en mediesak. Hva kreves av informasjon om mulige komplikasjoner i en øyeblikkelig hjelp-situasjon, og hvordan kan man best balansere pasientens informerte samtykke med behovet for rask og medisinsk faglig riktig hjelp?

Alle disse sakene – og mye annet – skal vi snakke om under årsmøtet, noe av det i plenum og noe av det i pausene, under måltidene og etterpå – og kanskje sent på natten. Det gleder jeg meg til!

Kirsten Hald
Leder i Norsk gynekologisk forening

Nytt fra NGF-styret

Siden sist har styret hatt to styremøter som ble holdt fysisk i Bergen 11. juni og i Oslo 10. september 2021.

Etter henvendelse fra medlemmer har styret satt ned en gruppe som skal arbeide med spørsmålet om informert samtykke før operative inngrep ved akutte forløsninger.

Spørreundersøkelse om abort ble sendt ut til medlemmene 27. august, som forberedelse til sak på generalforsamlingen.

NFOG: Ragnar Kvie Sande har erstattet Marit Lieng i Scientific Committee. Webinar og generalforsamling på Zoom ble avholdt den 16. juni 2021 som erstatning for den avlyste NFOG-kongressen i Reykjavik. Espen Berner gikk av som generalsekretær, og Sebastian Gidløf ble valgt inn etter ham. Arushma Imran Naqash ble valgt som NFYOG representant. Oskari Heikinheimo fortsetter som president.

FIGO: Verdenskongressen blir i år virtuell, fra 21. til 28. oktober. Margit Steinholt er foreslått fra NGF som medlem i komiteen «Health Systems/Respectful care» i divisjonen «Maternal Newborn Health».

FHI: FHI har kommet med anbefaling om å inkludere alle gravide i Covid-vaksinasjonsprogrammet. De arbeider med en metodevurdering av screening for svangerskapsforgiftning i forbindelse med tidlig ultralyd.

Veilederen: Versjon 5 av kapittelet om koronavirus ved svangerskap og fødsel er publisert, der råd om vaksiner av gravide er inkludert.

EBCOG: Forlik er inngått mellom CiC og EBCOG i oppgjøret etter den avlyste EBCOG-kongressen i mai 2020.

Styret i Norsk gynekologisk forening



Kirsten Hald

Leder NGF.
Overlege PhD, Gynekologisk avdeling, Avdelingsleder FoU, Kvinnekliviken, OUS. Spesialinteresser fag: endoskopi, myomer, misdannelser. Fritid: Seiling, ski, basketball-mamma.
kbald@online.no T: 95224181



Nils-Halvdan Morken

Nestleder NGF.
Overlege Haukeland Universitetssjukehus og Professor Universitetet i Bergen. Interessert i obstetikk, reproduktiv epidemiologi, ølbrygging og sykling.
nbmorken@online.no T: 92257114



Ragnar Kvie Sande

Vitenskapelig sekretær.
Spesialist i gynekologi og obstetikk og PhD i ultralyd i 2013. Seksjonsoverlege på fostermedisin ved Stavanger Universitetssjukehus og 1. amanuensis ved Universitetet i Bergen. På fritiden spiller han gitar og leser bøker.
ragnar.sande@gmail.com T: 97977379



Hans Kristian Opøien

Kasserer NGF.
Overlege v/ Kvinnekliviken AHUS.
PhD i reproduksjonsmedisin/endometriose.
hans.kristian.opoien@abus.no T: 92889396



Yngvild Skåtun Hannestad

PSL/avtalespesialist.
Doktorgrad om urinlekkasje, 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
yngvild.hannestad@uib.no T: 91695885



Anders Einum

Sekretær NGF, styremedlem FUGO.
LiS Haukeland Universitetssjukehus.
På fritiden spiller han gitar og rydder i garasjen.
aeinum@gmail.com T: 48053086



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 ettbarnssvangerskap 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. Hjelpestoffer 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 ettbarnssvangerskap 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 ettbarnssvangerskap 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 underhudsykdommer	Kløe

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene: *Kapselinnhold:* Solsikkeolje, raffinert, soyalecitin, *Kapselskall:* Gelatin, glyserol, titandioksid (E171), Vann, rensed. Alvorlig nedsatt leverfunksjon, Udiagnostisert vaginalblødning, Karsinom i bryster eller genitaler, 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 "missed 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. Utrogestans 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 antiandrostereffekter. **Pakning og pris:** 15stk vaginalkapsler, 183,80 kr (godkjent utsalgspris 2021-07-01). **Reseptgruppe C. SPC OPPDATERINGS DATO:** 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



Generalforsamling NGF 2021

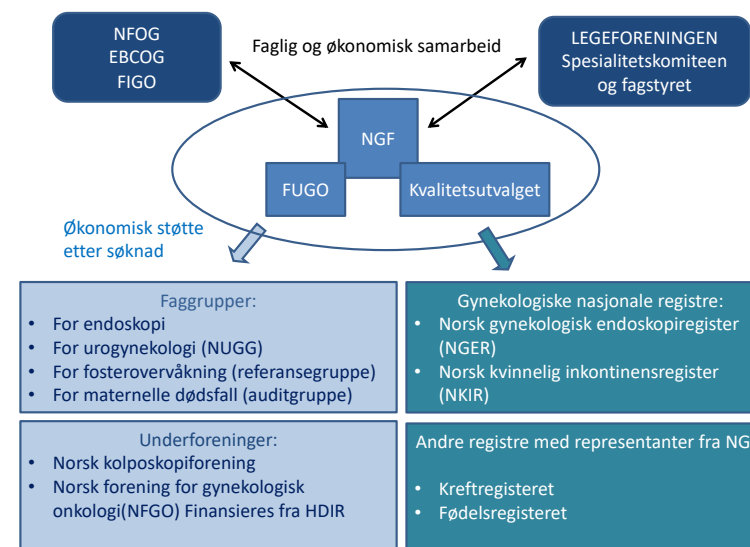
Torsdag 22.oktober 2020

Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere.

- Minnestund
 - Årsmelding 2020
 - Regnskap 2020
Regnskapet legges på nettsiden senest 3 uker før generalforsamlingen.
 - Revidert budsjett 2021
 - Budsjett 2022
 - Søknad til Solidaritetsfondet
 - Fastsettelse av ekstrakontigent
 - Årsrapporter: Kvalitetsutvalget, Endoskopiutvalget, Fosterovervåkningsgruppen, Spesialitetskomiteen, NFGO, FUGO, NPE- utvalget, NFOG vitenskapelig komite, EBCOG m.fl.
 - Rapport fra arbeidsgruppen som har sett på NGF's holdning til abort med resultat fra spørreundersøkelsen
- **Saker fremlagt av styret:**
 - Styret foreslår at det i år settes av kr 150 000 til NGF's solidaritetsfond for kvinnehelse. Dette begrunnes med at foreningen har hatt veldig god balanse de siste årene og at fondet nå er nærmest tomt.
 - **Saker fremlagt av medlemmene:**
 - Forslag om å gjennomføre et pilotprosjekt med guidelinemøte i obstetrikk. Intensjonen er at man på sikt vil oppdatere Veileder i obstetrikk kontinuerlig ved årlige guidelinemøter.
 - **Valg:**
 - Leder i NGF,
 - Styre NGF,
 - Årsmøtested 2024

Oslo 11.09.21
Kirsten Hald
leder NGF

Oversikt over NGFs utvalg og komiteer høst 2021



NFOG - Norsk forum for gynekologisk onkologi:
Tone Skeie-Jensen OUS (leder),
Vara Anne Dørum
Ane Gerda Zahl Eriksson OUS (nestleder),
Vara Torbjørn Paulsen
Kathrine Woie HUS,
Vara Line Bjørge
Marit Sundseth St.Olav,
Vara Merete Ravlo
Martin Lindblad UNN (kasserer),
Vara Elise Sletten
Ingvild Vistad Sørlandet sykehus HF (sekretær),
Vara Bent Fiane SUS
Elisabeth Berge Nilsen SUS (web-ansvarlig)

FUGO-styret
Hilde Bastøe Sellevoll: Leder, ENTOG, NFYOG
Øystein Bergøy: Nestleder, medredaktør av gynekologen, ansvarlig for FUGOteket
Anders Einum: LIS-representant i NGF-styret
Marianne Omtvedt: Kursansvarlig, LIS-representant i endoskopiutvalget
Mark Barbero: Sekretær, ENTOG, NFYOG
Liva Helleland: Kasserer, LIS-representant i «abortkomiteen»
Mathias Sonstad (vara):
Web- og Facebook-ansvarlig

Kvalitetsutvalget
Tone Skeie Jensen, DNR
Trond Michelsen, OUS
Ingrid Volløyhaug, St Olav
Anne Cecilie Hallquist, Avtalespesialist Oslo
Pernille Schjønsby, Ahus

Spesialitetskomiteen
Leder: Christine Hancke
Nestleder: Renate Torstensen
Sekretær: Ragnhild Lindelien Schwartz
Jette Stær-Jensen
Mari Bunkholt Elstrand
Nora Johansen

EBCOG
Nils-Halvdan Morken
Yngvild Skåtun Hannestad

NFOG
Kirsten Hald
Ragnar Kvie Sande

FIGO
Margit Steinholt

NFOG vitenskapelige komite
Sverige: Inger Sundström Poromaa
Island: Johanna Gunnarsdottir
Norge: Ragnar Sande
Danmark: Niels Klarskov
Finland: Terhi Piltonen

Nettredaksjonen
Inga Thorsen Vengen

Endoskopiutvalget
Anne Veddeng (leder), Haukeland Universitetssjukehus
Klaus A. Oddenes, Haugesund Sjukehus
Guri Majak, Oslo Universitetssykehus
Jenny Alvirovic, Oslo Universitetssykehus
Seema Mathew, St Olavs hospital
Mark Barbero, FUGO representant, Haukeland Universitetssjukehus

Referansegruppe for fosterovervåkning
Branka M. Yli, lege, PhD, rådgiver OUS (leder)
Jørg Kessler, overlege, PhD, Haukeland universitetssykehus
Thomas Hahn, overlege, Haugesund sykehus
Heidi Overrein, overlege, OUS Ullevål
Lillian Leirvik, jordmor, AHUS
Den Norske Jordmorforening

Gynekologen
Tale Meinich (redaktør)
Øystein Bergøy (FUGO-ansvarlig)
Irina Eide
Bjørn Holdø

Urogynekologisk faggruppe:
Cathrine Reimers, OUS/Ullevål- leder
Kjersti Rimstad, Ahus
Kristine Amundsen, Unn
Madeleine Engen, Vestre Viken, Bærum
Anne Martha Stokke, Helse-Bergen, Haukeland (LIS)
Siv Svennevik Myhr, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
Maria Nyhus, St.Olav
Mariann Eidet, Sørlandet sykehus, Kristiansand

Norsk forening for kolposkopi
Leder: Ameli Tropé

OVERVEKT OG FEDME – RELEVANT FOR GYNEKOLOGEN?

**Novo Nordisk ønsker
velkommen til lunsjsymposium
under NGFs årsmøte 2021**

Torsdag 28. oktober 2021

Kl 12.00-13.00

Hotell Klubben i Tønsberg

TEMA FOR LUNSSYMPOSIET VIL VÆRE:

Fedme – er det så farlig da?

Foredragsholder: **Jøran Hjelmesæth**,
leder Senter for sykkelig overvekt i Helse
Sør-Øst ved sykehuset i Vestfold og
professor ved Universitetet i Oslo

GLP-1 til behandling av fedmesykdom

Foredragsholder: **Trond Methi**,
medisinsk direktør, Novo Nordisk



NO21CO00011 - 13. september 2021

Kjære Kolleger!

Lokal komité ved Kvinneklubben Sykehuset i Vestfold gleder seg stort til å arrangere NGF's Årsmøte 2021.

Det har vært en spesiell tid med pandemi, og fagmiljøet lengter etter igjen å kunne treffe hverandre for både faglige og sosiale stimuli.

Da passer det ypperlig å legge møtet til middelalderbyen Tønsberg, av mange regnet som Norges eldste by. En perle ved kysten ikke langt fra hovedstaden. I nyere tid døpt til Norges «Miami».

Årsmøtet vil gå av stabelen på det nyrenoverte Hotell Klubben på bryggen i Tønsberg. Et moderne og tradisjonsrikt hotell beliggende i den mest sentrale og levende delen av Tønsberg. «Get Toghether» vil blir arrangert på «Stasjonen» som ligger rett ved togstasjonen i Tønsberg, kun en liten spasertur fra bryggen. Årsmøtemiddagen blir holdt i hovedsalen på Hotell Klubben.

For øvrig kan lokal komité friste med både morgenyoga og morgenløpetur for de som skulle være interessert. En perfekt anledning til å skjerpe sansene inn mot det gode faglige programmet som vil møte oss. Lokal komité ser frem til å legge til rette for en flott opplevelse for alle deltagere.

Velkommen til Tønsberg!

På vegne av lokal komité
Lene Gjersøe Rasmussen

Program for årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening 27-29 oktober 2021 i Tønsberg

27/10

Forkurs:

09:00 – 15:00 FUGO forkurs

Formøte:

- 15:30 – 17:00 **Leiarforum: Ressursbehov og driftsutfordringer ved nye retningslinjer for overtid og induksjon.** Påmelding kr 95,-
- 17:30 – 19:00 **Gyn onkologisk formøte: PARP-hemmarar i praksis.** Påmelding kr 95,-
- 17:30 – 19:00 **Obstetrisk formøte: Induksjonsrutiner.** Påmelding kr 95,-
Program Obstetrisk Forum
- 17:30 – 18:00 Innlegg fra Referansegruppen for Maternelle dødsfall (Lill Nyfløt, Siri Vangen)
- 18:00 – 18:10 Hjertesykdom i graviditet og fødsel (Ingrid Langen)
- 18:15 – 18:30 Status for CTG-opplæring i Norge (Jørg Kessler)
- 18:30 – 19:15 Paneldebatt om kontroll av svangerskap etter uke 41 (Nils Halvdan Morken, Ferenc Macsali, Camilla Haavaldsen)
- 17:30 – 19:00 **Gyn endoskopisk formøte: Endometriose.** Påmelding kr 95,-
- 17:30 – 19:00 **Urogynekologisk formøte.** Påmelding kr 95,-
- 17:30 – 19:00 **Praktiserande spesialistar: Endometriose.** Påmelding kr 95,-

28/10

- 09:00 – 09:30 **Opning av årsmøtet**
Opning ved NGF-leiar Kirsten Hald
Velkomen til Tønsberg ved Steinar Solum
Kulturelt innslag
- 09:30 – 10:30 **Keynote lecture**
Tom Bourne: “Burnout and defensive medical practice in ob/gyn”
- 10:30 – 11:00 **Pause – besøke utstillarane**
- 11:00 – 12:00 **Frie foredrag obstetrik**
- O1 Camilla Haavaldsen:** Antall induksjoner øker – har det noen betydning for utfallet?
- O2 Jørg Kessler:** Classification of indications for intrapartum Caesarean Section (CS) – the Norwegian experience of a new approach
- O3 Anders H. Jarmund:** Markante immunologiske forandringer i ulike stadier av svangerskapet
- O4 Anne K. Sande:** Bruk av antihistaminer før og under svangerskapet og risiko for utvikling av tidlig preeklampsi hos allergiske kvinner i en populasjonsbasert cohort
- O5 Helene F. Peterson:** Intrauterine placental volume and placental volume relative to fetal volume: Percentiles based on magnetic resonance imaging examinations
- O6 Marthe S. Gottschalk:** The relation of number of childbirths with age at natural menopause: a population study of 310 147 women in Norway
- 12:00 – 13:00 **Lunch**
- 13:00 – 13:30 **Pause – besøke utstillarane**
- 13:30 – 15:00 **Ultral lyd – billeddiagnostikk I førarsetet**
Tom Bourne “Pregnancy of unknown location”
Cathrine Ebbing: “Doppler – ultralydvurdering av fosterfysiologien”
Tina Tellum: “Ultral lyd i utredning av gynekologiske smertepasienter”
- 15:00 – 15.30 **Pause – besøke utstillarane**

28/10

15:30 – 17.00 **Frie foredrag gynekologi**

G1 Ingrid Volløyhaug: Kan ultralyd brukes til å forutsi hvem som får vedvarende plager etter desenskirurgi?

G2 David Forsse: Self-reported lymphedema and tingling/numbness predicts deteriorated quality of life in endometrial cancer patients.

G3 M. Kjøllesdal: Vaginal sacrospinous colpopexy versus laparoscopic sacral colpopexy for the treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse. A randomized controlled trial.

G4 Siv S. Myhr: Periurethral injeksjon med Bulkamid® etter tidligere TVT-kirurgi

G5 Ameli Tropé: Long-term risk of progression following cervical intraepithelial neoplasia grade 1 in Norway: A national cohort study

G6 Kristina Halvorsen: Reoperasjonsrate etter genital desenskirurgi, tall fra lokalt kvalitetsregister

G7 Frida Andræ: Risiko for nytt inngrep på grunn av residiv eller stressinkontinens etter fremfallsoperasjon

G8 Marie L. Helle: Hysterektomi etter transcervikal reseksjon av endometriet hos kvinner med menoragi

G9 Yngvild S. Hannestad: Vurdering av kvalitet på henvisninger til poliklinisk gynekologisk undersøkelse

17:00 – 17:30 **Pause – besøke utstillarane**

17:30 – 19:00 **Generalforsamling**

19:30 – 01:00 **Årsmøtemiddag**

29/10

09:00 – 10:30 **Gyn cancer sesjon**

Anne Dørum: «Prophylactic salpingectomy in the prevention of ovarian cancer»

Line Bjørge: “PARP-hemmere i behandlingen av gynekologisk kreft”

Tone Skeie-Jensen: “Diagnostikk av sarcoma uteri”

10:30 – 11:00 **Pause – besøke utstillarane**

11:00 – 12:00 **Frie foredrag gynekologi**

G10 Ingrid Volløyhaug: Enterocoele i fremre vaginalvegg etter cystectomi

G11 Pawel Wilkosz: IVF treatment outcome and embryo quality after unilateral oophorectomy (UO)

G12 Alexander Vietheer: Association between mother’s sleep during peri-conception and early gestation and embryonic yolk sac size

– A pattern of human embryonal development with sexual dimorphism?

G13 Maria Ø. Nyhus: Assosiasjon mellom levatoravrivning, bekkenbunnskontraksjon og residiv etter desenskirurgi

G14 Hilde Erdal: Endringer i antiemetikabehandling til kvinner med hyperemesis gravidarum etter at 5-dagersbegrensning ble innført for metoklopramid

G15 Rune Svenningsen: Risiko for ny stressinkontinenskirurgi etter midt-uretra slynger (MUS) og polyakrylamid hydrogel (Bulkamid®)

12:00 – 13:00 **Lunch**

13:00 – 13:30 **Pause – besøke utstillarane**



29/10

13:30 – 15.00

Frie foredrag obstetrik

07 Nina Albretsen: Intrauterin veksthemming og placentasvikt i tredje trimester: en kasuistikk med et spennende histologisvar

08 Anne Eskild: Prevalence of antibodies against SARS-CoV-2 in Norway during 2020

09 Kristina Klepp: Kroppsmasse mål og karfunksjon 1-3 år etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner

010 Live M. T. Stokkeland: Immunologiske forandringer under svangerskapet hos kvinner med polycystisk ovariesyndrom

011 Øystein Bergøy: Doppler-ultralyd av fosterbinyrer

012 Sølvi Taraldsen: Omskjæring, tidspunkt for deinfibulering og risiko for sfinkterruptur

013 Sedina Kvalvik: Risk factors for surgical site infection following cesarean delivery: a hospital-based case-control study

014 Henrik Michelsen-Wahl: Case Report: Uterusinversjon og re-inversjon – laparoskopisk reponering

015 Johanne H. Toft: Gestational diabetes mellitus follow-up in Norwegian health care: a qualitative interview study

15:00 – 15:30 **Pause – besøke utstillarene**

15:30 – 17:00 **Endokrinologi**

Oskari Heikinheimo «Current research on hormone-based contraceptives»

Mette Moen «Råd angående hormonbehandling i klimakteriet»

Nora Johansen «HRT til kvinner som har hatt kreft»

17:00 – 17:15 **Prisutdeling og avslutning.**



NORMEDI ØNSKER VELKOMMEN TIL LUNSJ-SYMPOSIUM

*Veien mot poliklinisk gynekologisk kirurgi
– erfaringer fra Norge*

Tidspunkt

12.00-13.00
28. oktober

Sted

Klubben Hotell
Tønsberg

Søl

Klubben Scene

Tematikk og foredragsholdere:

- › **Poliklinisk NEAS/Ablasjon** ved Erik Færø, St.Olavs Hospital, Trondheim
- › **Poliklinisk Hysteroskopi** ved Zelalem Mengistu, Sykehuset Østfold
- › **Poliklinisk TVT** ved Ingrid Volløyhaug, St.Olavs Hospital, Trondheim
- › Paneldiskusjon med spørsmål og svar.
Moderator: Espen Berner, Oslo universitetssykehus



Kjære alle LIS og FUGOister!



Hilde Sellevoll
FUGO-leder

Vi håper også at så mange LIS som mulig vil stille på FUGOs formøte onsdag 27. september. På generalforsamlingen skal det blant annet velges nytt FUGO-styre, og det er flere styreverv på valg. I disse dager jobbes det iherdig med å finne personer som ønsker å påta seg verv, og selvsagt er det også lov å komme med benkeforslag! Man velges som styremedlem eller vara, og styret konstituerer seg selv senere.

Så er vi her endelig igjen. Etter altfor lang tid er det nå duket for et nytt årsmøte med diskusjoner, skravling, mingling, spising og festing med yngre og eldre kollegaer fra nord til sør. Jeg tør påstå at det sosiale faktisk er noe av det viktigste ved årsmøtet, og spesielt i den tiden vi er i nå. Det er en arena for å bygge relasjoner og nettverk, og jeg håper at du som LIS også griper denne muligheten.

Årets FUGO-kurs med tema «Adenomyose og endometriose» er fullt opp, og med et så utfyllende program og dyktige forelesere er jeg overbevist om at det blir et bra kurs. Det er også en gledelig nyhet at utdanningsfond III har endret sine retningslinjer slik at LIS i ny ordning kan få dekket reiseutgifter til FUGO-kurset. Så nå håper jeg at prosessen med å søke om refusjon går fint for alle kursdeltakerne. Denne endringen betyr at FUGO-kurset kan bestå i sitt nåværende format og at det blir enklere for LIS å delta på årsmøtet.

Det står mye på FUGOs program det kommende året. Viktigst er kanskje arrangementen av ENTOG-utvekslingen høsten 2022. Vi legger frem de foreløpige planene under FUGOs formøte. I tillegg skisserer vi en ny kampanje, denne gangen i obstetrikk. Som den yngre delen av foreningen ønsker vi også å kikke litt inn i fremtiden, og i år har vi invitert Stine Indreliid fra sekretariatet i bioteknologirådet til vårt formøte. Hun vil snakke om fremtidens mulige reproduksjonsstrategier, og det åpnes selvsagt opp for diskusjon og debatt. Vi håper dette kan engasjere mange LIS. Vel møtt!

Vennlig hilsen
Hilde



SAMSUNG

Ultrasound for Women's Health Commitment to Life-Long Healthcare for Women

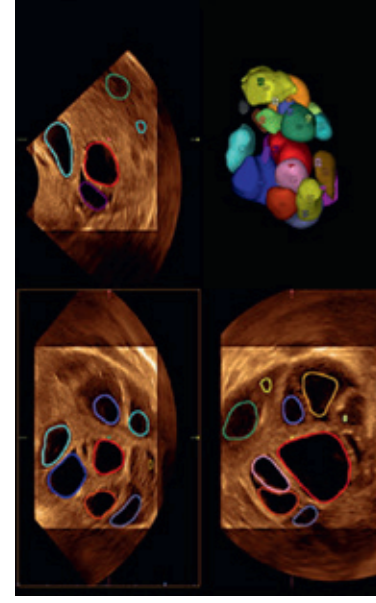


Samsung har mange integrerte applikasjoner i sine ultralydapparater, som:

IOTA-ADNEX



5D Follicle



INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON
SAMSUNG MEDISON

Inter-Medical AS
Grini Næringspark 3 • 1361 Østerås
Tlf: 61 146300 • Mobil: 40 61 79 40

Innføring av knestående setefødsel ved Sørlandet sykehus Kristiansand

I Norge har vi i mange år tilbudt vaginal forløsning til kvinner med foster i seteleie. Vi kan vise til et trygt alternativ med vår tradisjon for anbefaling av EDA, ryggeleie, oftest episiotomi, aktiv skulderforløsning ad modum Løvset og forløsning av hodet ved stor bue, Mariceau-Smellie-Veit eller Pipers tang. Mange land sluttet med vaginale setefødsler nærmest på dagen da Term Breech Trial ble publisert i 2000. På noen fødeavdelinger i en del land har man i de senere år gjeninnført vaginal setefødsel, og da med knestående fødestilling som hovedmetode.



Marte Ween-Velken

Overlege
Kvinneklivnikken, Sørlandet sykehus Kristiansand



Benedicte Sandhaug Nygaard

Overlege
Kvinneklivnikken, Sørlandet sykehus Kristiansand

Opp gjennom historien og i en del kulturer har kvinner født på en fysiologisk måte, med mer bevegelse i løpet av fødselen og i siste trykkefase stående, på huk eller på alle fire, da dette gir hjelp av tyngdekraften og for mange bedre trykkekraft. Kan dere forresten se for dere noe annet pattedyr som føder liggende på ryggen?

Bekkenet utvides betydelig, særlig hos gravide kvinner, ved å endre stilling fra ryggeleie til huksitting. I studien « Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis?» fra 2014 brukes MR for å vise dette. På mange norske fødeavdelinger brukes denne kunnskapen aktivt som tiltak ved forebygging av eller ved faktisk skulderdystosi.

Prinsippene om mer bevegelse og utvidelse av bekkendiameter er selvfølgelig også gjeldende ved seteleie. I tillegg vil man da få hjelp av tyngdekraften, i motsetning til i ryggeleie der fosterets torso må løftes opp mot tyngdekraften, Det skjer også en mer hensiktsmessig rotasjon som letter fødselen av armer og hode. Et annet prinsipp, som har vært mentalt utfordrende å innføre, er å ikke berøre perineum, for å unngå at Moro-refleks hos fosteret vanskeliggjør fødselen.

Studien «Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans?» fra 2016 er en retrospektiv kohort studie som sammenlignet vaginal setefødsel i knestående og ryggeleie. Konklusjonen var at knestående setefødsel var assosiert med reduksjon i maternell og neonatal skade, sectiorate, varighet av andre stadium og behov for håndgrep (1).

Studien «Breech delivery in the all fours position: a prospective observational comparative study with classic assistance» fra 2015 viste at denne fødestillingen er trygg for fosteret, samt gir redusert maternell morbiditet (2).

Til Danmark for å lære

Vi har begge en interesse for praktisk obstetikk, og i april 2019 deltok vi på Upright Breech Seminar i Aabenraa, Danmark, for å lære mer.

Det var fire kursledere. Kamilla Gerhard Nielsen er gynekolog i Aabenraa, hvor oppreist setefødsel ble innført i 2016. Shawn Walker er jordmor i Storbritannia og leder av Upright Breech Network. Anke Reitter er gynekolog i Frankfurt, Tyskland og har gjort flere store studier på setefødsler. Andrew Bisits er gynekolog i Sydney, Australia og en anerkjent foredragsholder og ekspert på setefødsler. Seminaret besto av foredrag, praktisk øving i mindre grupper, videovisning av fødsler på sykehuset i Aabenraa og omvisning på sykehuset. Vi lærte mye om fødselsmekanikken og hvordan gjenkjenne normalt forløp, samt om håndgrep og andre tiltak ved langsom fremgang/føtal distress.

På kurset var det ca. 150 deltagende jordmødre og obstetrikere fra en rekke europeiske land. Fra Norge var vi 10-12 deltagere, fra Rikshospitalet, Vestre Viken, Drammen og Kristiansand.

Innføring og startfase

Etter aksept fra ledelsen og grundig opplæring av kollegiet, hadde vi vår første knestående setefødsel ved Kvinneklivnikken i Kristiansand i begynnelsen av februar 2020. I startfasen var alltid



en av oss to tilstede og var gjerne den som ledet fødselen i siste fase. Etterhvert har flere av gynekologene blitt tryggere på å stå selvstendig i fødslene.

For å kunne lære mest mulig, og raskest mulig få flere gynekologer trygge i å ta imot fra knestående, ba vi kvinnene om samtykke til å filme fødselens siste del. Vi er takknemlige for at de fleste kvinner har sagt ja til dette. Det har gitt oss en unik mulighet til læring. Kvinnene har fått tilbud om å se filmen selv i barselseng og å få den på egen minnebrikke, men de færreste har ønsket det. Målet med innføringen er at fødselen skal oppleves naturlig og selvstyrt, og være like trygg som tradisjonell forløsning fra ryggeleie.

Resultater etter ett år

Det første året (07.02.20-06.02.21) har vi hatt 67 setefødsler av totalt 1740 enlingfødsler, dvs. 3,9 %. Av 41 kvinner selektert til vaginal fødsel fødte 30 vaginalt, dvs. 73%. Av flergangsfødende med tidligere vaginal fødsel fødte så mange som 15 av 16 selektert til vaginal fødsel.

Gjennomsnittskvinnen var 33,4 år, 169 cm høy og hadde pregravid BMI på 26. Halvparten var primipara. 10 var indusert. 16 ble oksytocinstimulert, hvorav seks også før syv cm åpning. 17 fikk EDA. Total trykketid var i gjennomsnitt 20 min, median 15,5 min, og blant de knestående hhv. 17 min og 12,5 min. Tiden fra setets bredeste del (trochanter) passerte introitus til barnet var ute var i gjennomsnitt 2 min og 26 s. Fra umbilicus var tiden tilsvarende 1 min og 35 s, men det er som kjent av og til vanskelig å se akkurat når umbilicus passerer, selv ved gjennomgang av film etter fødsel. Av de som fødte vaginalt var det kun fire som ikke fødte i firfot. To av disse fødte på rygg pga. best fremgang slik, to av dem pga. forlørsers valg (lite erfaring/ikke tid til å kalle inn/prematuritet).

Av 26 kvinner som fødte i firfot fødte 13 uten behov for håndgrep, på fire måtte håndgrep brukes for armforløsning, 12 fikk skulderpress for hodeforløsning og to ble snudd til ryggeleie for hodeforløsning.

Av fire kvinner som fødte på rygg fikk alle episiotomi, og en hadde ytterligere rifter (cervixrift, faktisk). Et barn forløst med tang på sistkommende hode.

De 26 som fødte knestående fikk ikke episiotomi. 21 fikk perineal-rift grad 1 eller det vi har regnet som tilsvarende (fortil, overflatisk, labia). Fire fikk perinealrift grad 2. Én fikk perinealrift grad 3A (og der ryker jo den ellers gode statistikken...). Gjennomsnittlig blødning 335 ml, median 300 ml. Gjennomsnittlig liggetid barsel 2 døgn og 13 timer, median 2 døgn og 2 timer.

Av maternelle komplikasjoner/hendelser var det som nevnt en sfinkterrift, samt to manuelle placentautentinger og en resuturering av perinealrift grad 2 etter tre dager.

Tre født prematurt (uke 33, 33 og 35), ellers alle i terminperioden. Vekt varierte fra 1970 g til 4410 g, gj.snitt 3310 g, median 3330 g.

To barn hadde Apgar <7 etter 5 min. Arteriell pH ble kun registrert på 15 barn, gjennomsnitt på 7,20.

Fem barn ble innlagt på NFI; Én pga mors insulinkrevende DM, to pga prematuritet og to trolig pga forløsningen. Begge disse to siste fikk clavicularfrakturer. Den ene ble født fra knestående, den andre fra ryggeleie.

Vi har gjennomgått tall fra 2019 for å sammenligne.

Da hadde vi 65 setefødsler, av totalt 1760 enlingfødsler, dvs 3,7 %. Av 31 kvinner selektert til vaginal fødsel, fødte 21 vaginalt, dvs 68 %.

Dette året var kvinnene litt yngre (30 år), litt lettere (pregravid BMI på 24) og ni av 21 var primipara. Kun to kvinner var indusert. Så kanskje en gruppe med i utgangspunktet litt lavere risiko?

14 ble oksytocinstimulering, hvorav fem også før syv cm åpning. 13 fikk EDA. Total trykketid i gjennomsnitt 24 min, median 14 min. Tiden fra umbilicus til fødsel var notert bare på et fåtall av fødslene (og her har vi jo ingen filmene fødsler).

Syv ble tangforløst. 14 fikk episiotomi. Ingen fikk sfinkterrift. Gjennomsnittlig blødning 370 ml, median 300 ml. Gjennomsnittlig liggetid barsel 2 døgn og 22 timer, median 2 døgn og 12 timer. Det var ingen maternelle komplikasjoner, foruten en placentautenting på opr.stua.



Ett barn født prematurt (uke 34), ellers alle i terminperioden. Vekt fra 2450 g til 4605 g, gj.snitt 3420 g, median 3320 g. Ingen barn hadde Apgar <7 etter 5 min. Arteriell pH ble registrert på 15 barn, gj.snitt på 7,21. To barn ble innlagt på NFI.

Diskusjon

Først og fremst er dette små grupper, og vi skal være forsiktige med tolkning. Med det i mente, kan vi likevel fastslå at det er lite forskjell på gruppenes utgangspunkt og utkomme før og etter innføring av knestående setefødsel. Dette var som forventet.

Barna og mødrene er like spreke som før innføring av ny forløsningsmetode. Vårt foreløpige subjektive inntrykk er at fødslene går lettere, er mindre ubehagelige for mor og barn og at de er spreke i barselseng. Kvinnene hadde generelt mindre rifter og mindre episiotomi. Det blir også brukt mindre tang. Ettervirkningene av dette sees kanskje først om 20-40 år når de får eller ikke får vaginaldescens... Kvinnene var kortere innlagt på barselavdelingen, kanskje på grunn av mindre smerter og derav raskere tilknytning til barnet og bedre ammestart? Kanskje overtolkning, men tanken er der.

Innføringen av knestående setefødsler har vært trygg. Dette blir vår hovedmetode i avdelingen. Fødselens siste del skal fortsatt ledes av gynekolog. Vi har klare prosedyrer, inkludert flytdiagram og tidsrammer for håndgrep og eventuelt bytte til ryggeleie.

Vi har de samme inklusjons- og eksklusjonskriterier for vaginal setefødsel som før, men har erfart at samarbeidet med mor har vært utfordrende ved språkbarriere, høy BMI og dårlig mobilitet. Vi har blitt bevisste på muligheten til å veksle på ulike trykkestillinger, også for å vurdere hvor raskt vi kan snu kvinnen hvis det trengs på slutten.

Navlestrengsprøver er kanskje teknisk mer vanskelig å ta fra en slik fødestilling? Det har nok noen ganger blitt knottet litt; skal kvinnen snu seg, eller skal vi prøve å løfte frem barnet til henne, mellom bena, osv. Prøvetakning bør likevel prioriteres, så vi også over tid kan evaluere om dette er trygg forløsningsmetode. Det kan nok tenkes at prøvetakning lettere utelates når barnet er sprekt, men det er da desto viktigere å få tatt prøver, for å understøtte at dette er en trygg forløsningsmetode.

Ved gjennomgang av journalene har vi oppdaget at en del plottes feil etter fødsel, som type sectio, forløsningsmetode osv. Dette er menneskelige feil, men at det ikke i Partus kommer opp en feilmelding når du registrerer «født vaginalt» og samtidig «katastrofe» i operasjonstype, er jo en systemsvakhet...

Sykehuset i Aabenraa startet opp med knestående setefødsel i 2016. De har omtrent like stor fødepopulasjon som oss. Vi har blitt inspirert av dem, og det er naturlig å sammenligne tallene. Vi har likevel en litt annen pasientgruppe; ikke vendingsforsøk alle, lite pelvimetri, induksjon, oksytocin før 7 cm. I tillegg har vi allerede en veletablert forløsningsmetode, den tradisjonelle i ryggeleie.

Kompetansen på vanskelig seteforløsning må ikke forsvinne. Fokus på stadig øving/simulering er viktig, slik vi også gjør på skulderdystoci, pph, tvillingforløsning osv. Vi tilstreber å øve på fantom/bekken på rolige vakter, før forventede setefødsler og i forbindelse med internundervisning. Fødselsfilmene blir vist og diskutert på morgenmøter, og kan gjennomgås av vaktteamet før forventede setefødsler. Vi øver på håndgrep både for knestående og ryggeleie.

Vi vil si tusen takk til alle fødekvinne som har stilt opp, vel vitende om at dette var en ny prosedyre hos oss. Takk til ledelse og kolleger for aksept og entusiasme. Tusen takk også til våre familier som har latt oss rykke ut i tide og (oftest) utide for å heie fram fødekvinne og kolleger.

Vi håper dette kan være til inspirasjon for andre avdelinger. Ta gjerne kontakt hvis dere ønsker mer informasjon, tall eller motivasjon for å komme i gang.

Marte Ween-Velken og Benedicte Nygaard, overleger på Kvinneklinikken, Sørlandet sykehus Kristiansand

Referanser:

1. Louwen, Frank, et al. "Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans?" *International Journal Of Gynecology & Obstetrics* 136.2 (2017): 151-161.
2. Bogner, Gerhard, et al. "Breech delivery in the all fours position: a prospective observational comparative study with classic assistance." *Journal of perinatal medicine* 43.6 (2015): 707-713.

harmony®

NIPT

Roche

For deg

er det sikkerheten om en målrettet analyse og nøyaktig måling av føtal fraksjon.¹

For henne

betyr det et pålitelig svar.

Harmony NIPT fokuserer på relevante trisomier og genererer bare data som trengs for analysen. Trenger du veiledning for å komme i gang i Norge? Ta kontakt med nærmeste Harmony laboratorium, Life Genomics i Göteborg.

Göran Jacobsson, VD
goran.jacobsson@lifegenomics.se
Tel: +46 (0)708 11 21 52

¹ Schmid et al. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018 Feb DOI: 10.1002/UGO.19036.

© Roche Diagnostics Limited. All Rights Reserved. HARMONY is a trademark of Roche. All other product names and trademarks are the property of their respective owners.

Vagifem® 10 µg: Utvalgt sikkerhetsinformasjon^{4,5}

Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset.

Reseptfri bruk: Til kvinner etter overgangsalderen (etter siste regelmessige menstruasjonsperiode): Behandling av plager i skjeden som skyldes mangel på østrogen.

Ved oppstart og ved fortsatt behandling av postmenopausale symptomer bør den laveste effektive dose brukes over kortest mulig tid.

Bivirkninger:

- Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hodepine, magesmerter, vaginal blødning, utflod og vaginalt ubehag.
- Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Kvalme, hetetokter, hypertensjon, utslett, vulvovaginal mykotisk infeksjon, økt vekt.

Se SPC vedrørende risikoestimer for brystkreft, ovariekreft, venøs tromboembolisme, koronar arteriell sykdom og iskemisk slag.

Advarsler og forsiktighetsregler:

Risiko kontra nytte vurderes grundig minst en gang pr. år og hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bør bare forsettes så lenge nytten oppveier risikoen.

Referanser: 1. Sturdee DW & Panay N, Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. Climacteric 2010;13(6):509–522 2. DiBonaventura M, Luo X, Moffatt M, et al.The Association Between Vulvovaginal Atrophy Symptoms and Quality of Life Among Postmenopausal Women in the United States and Western Europe. Journal of women's health 2015;24(9):713–722 3. R.E. Nappi & M. M Kokot-Kierpa, (2012) Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (ViVA) –results from an international survey.Climacteric, 15(1): 36-44, DOI: 10.3109/13697137.2011.647840 4. Vagifem® 10 µg SPC avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.8 og 5.2 (sist oppdatert 04.09.2020) 5. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/vagifem-10-ug-no-nordisk-568216> (lest 08.feb.2021) 6. Dugal R, Hesla K, Sordal T, et al. Comparison of usefulness of estradiol vaginal tablets and estriol vagitories for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79(4):293–297 7. Simon J, Nachtigall L, Gut R, et al. Effective treatment of vaginal atrophy with an ultra-low-dose estradiol vaginal tablet. Obstet Gynecol. 2008;112(5):1053–1060. 8. Hosseinzadeh, P. Ghahiri, A.Daneshmand,F. et al. A comparative study of vaginal estrogen cream and sustained-release estradiol vaginal tablet (Vagifem) in the treatment of atrophic vaginitis in Isfahan, Iran in 2010-2012, Journal of Reaserch in Medical Sciences, 2015 Dec; 20(12) 1160-1165

Vagifem 10 µg «Novo Nordisk»

CF Østrogen. ATC-nr.: G03C A03

VAGINALTABLETTER 10 µg: Hver vaginaltablett inneh.: Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 10 µg, laktose, hjelpestoffer. Filmrasje.

Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset. **Reseptfri bruk:** Til kvinner etter overgangsalderen (etter siste regelmessige menstruasjonsperiode): Behandling av plager i skjeden som skyldes mangel på østrogen.

Dosering: Lokal østrogenbehandling. **Startdose:** 1 vaginaltablett daglig i 2 uker. Behandlingen kan startes på en hvilken som helst passende dag. **Vedlikeholdsdose:** 1 vaginaltablett 2 ganger i uken.

Generelt: Ved oppstart og ved fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør lavest effektiv dose brukes over kortest mulig tid. Siden systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå, anbefales ikke tillegg av gestagen. Preparatet kan brukes av kvinner med eller uten intakt uterus. Vaginale infeksjoner bør behandles før behandling med Vagifem startes. **Glemt dose:** Bør tas så snart pasienten husker det. Dobbel dose bør unngås. **Administrering:** Føres inn i skjeden vha. applikator. Følg nøye bruksanvisning som beskrevet i pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente, tidligere eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjente trombofile sykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel eller antriotrombinmangel). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Ved behandling av postmenopausale symptomer bør hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. I alle tilfeller bør nytte/risiko vurderes grundig minst 1 gang pr. år, og HRT bør bare forsettes så lenge nytten oppveier risikoen. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og en nøye generell klinisk undersøkelse (inkl. underliv og bryst) bør foretas før behandling initieres eller gjeninnsettes. Under behandlingen bør pasienten følges opp rutinemessig. Kvinnen bør rådes om hva slags forandringer i brystene som bør rapporteres til legen. Undersøkelser, inkl. egnet billeddiagnostikk, f.eks. mammografi, bør foretas iht. gjeldende screeningpraksis og tilpasses den enkelte. Data viser at det er svært lav systemisk absorpsjon av østradiol under behandling, men siden Vagifem er et HRT-preparat er det imidlertid nødvendig å ta følgende tilstander i betraktning, spesielt ved langtidsbehandling eller ved gjenopptatt behandling. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller forverret seg under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør pasienten følges nøye opp: Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer, f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft, hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, kolelitiatis, migrene eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Residiv eller forverring av tilstandene nevnt over er mindre sannsynlige enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant blodtrykkssøkning, nye anfall av migrenelignende hodepine og graviditet. **Endometriehyperplasi og karsinom:** Kvinner med intakt uterus med unormale blødninger av ukjent etiologi eller kvinner med intakt uterus som tidligere er behandlet med østrogen alene, bør undersøkes spesielt nøye for å utelukke mulig hyperstimulering/malignitet av endometriet før behandlingsoppstart. Langtidsbehandling med systemiske østrogen er alene ved intakt uterus øker risikoen for endometriehyperplasi og karsinom. Siden systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå ved bruk av Vagifem, anbefales ikke tillegg av gestagen. Under behandling kan det hos noen pasienter forekomme en liten grad av systemisk absorpsjon, spesielt i løpet av de første 2 ukene med administrering 1 gang daglig. Endometriesikkerhet ved langtidsbruk (>1 år) eller gjenopptatt bruk av lokal vaginalt administrert østrogen er uklart. Derfor bør behandlingen, hvis den gjenoppas, evalueres minst 1 gang pr. år, spesielt med henblikk på alle mulige symptomer på endometriehyperplasi eller karsinom.

Østrogensubstitusjonsbehandling bør ikke forskrives i >1 år uten at nyligeundersøkelse foretas, inkl. gynecologisk undersøkelse. Ved blødning eller sporblødning under behandlingen bør årsaken utredes. Dette kan inkludere endometriebiopsi for å utelukke endometriemalignitet. Kvinnen bør rådes til å kontakte legen ved blødning eller sporblødning. Stimulering med østrogen alene kan føre til premalign eller malign transformasjon i gjenværende endometriosevev. Det anbefales derfor å utvise forsiktighet ved bruk hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, spesielt hvis det er kjent at de har rester igjen av endometriosen. **Risiko for følgende er forbundet ved systemisk HRT, og gjelder i mindre grad for Vagifem hvor systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå, risikoene bør imidlertid vurderes ved langtidsbruk eller ved gjentatt bruk av dette preparatet: Brystkreft:** Epidemiologiske data antyder ingen økning av brystkreftisiko hos kvinner uten brystkreft i anamnesen og som tar lavdose vaginalt østrogen. Det er uklart om lavdose vaginalt østrogen stimulerer tilbakefall av brystkreft. **Ovariekreft:** Epidemiologiske funn fra en stor metaanalyse antyder noe økt risiko hos kvinner som bruker systemisk HRT med østrogen alene. Økt risiko vises innen 5 års bruk, og avtar over tid etter at behandlingen er avsluttet. **Venøs tromboembolisme:** Systemisk HRT er forbundet med en høyere risiko (1,3-3 ganger høyere risiko) for å utvikle venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Forekomsten av et slikt tilfelle er mer sannsynlig i det 1. året av behandlingen. Pasienter med kjente trombofile tilstander har en økt risiko for VTE, og HRT kan øke denne risikoen ytterligere, HRT er derfor kontraindisert hos disse. Hvis pasienten må immobiliseres i lengre tid etter elektiv kirurgi, anbefales det å stoppe HRT-behandlingen midlertidig i 4-6 uker før inngrepet. Behandling bør ikke gjenoppas før kvinnen er fullstendig mobilisert igjen. HRT er kontraindisert ved familier trombofil tilstand som har gitt seg utslag i trombose hos et familiemedlem, eller hvis det foreligger en alvorlig koagulasjonsdefekt (f.eks. antitrombin-mangel, protein S-mangel, protein C-mangel eller en kombinasjon av defekter). For kvinner som allerede får kronisk antikoagulasjonsbehandling kreves det grundig vurdering av nytte/risiko ved bruk av HRT. Pasienten bør informeres om å kontakte lege umiddelbart ved mulige symptomer på tromboemboli (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselig brystsmerte, dyspné). **Koronar arteriesykdom:** Data har ikke vist noen økt risiko for koronar arteriell sykdom hos hysterektomerte kvinner som behandles med systemisk østrogen alene. **Iskemisk slag:** Systemisk behandling med østrogen alene er forbundet med en opp til 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativ risiko forandres ikke med alder eller tid siden menopause. Risiko for slag ved baseline er likevel svært aldersavhengig, og total risiko for slag ved bruk av HRT vil øke med alderen. **Andre tilstander:** Østrogen kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon bør derfor følges opp nøye. Kvinner med pre-eksisterende hypertriglyseridemi bør følges nøye, da sjeldne tilfeller av forhøyede plasmatriglyseridnivåer har ført til pankreatitt. Østrogen øker tyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt thyreoideahormon. Opptak av T3 resin reduseres, noe som reflekterer forhøyet TBG. Konsentrasjonene av fritt T4 og fritt T3 er uforandret. Andre bindende proteiner, som kortikoidbindende globulin (CBG) og kjønnsormonbindende globulin (SHBG), kan være forhøyet i serum, og gi økte konsentrasjoner av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnsormoner. Andre plasmaproteiner kan økes (angiotensinogen/renin substrat, alfa-I-antitrypsin, ceruloplasmin). Den minimale systemiske absorpsjonen av østradiol ved lokal vaginal administrering resulterer sannsynligvis i mindre uttalt effekt på plasmabindende proteiner enn systemiske hormoner. Bruk av HRT forbedrer ikke kognitiv funksjon. Det er noe evidens for økt risiko for sannsynlig demens hos kvinner som starter behandling med kontinuerlig kombinert HRT eller HRT med østrogen alene etter fylte 65 år. Intravaginal applikator kan forårsake et mindre alvorlig lokalt traume, spesielt hos kvinner med sterk uttalt vaginal atrofi. Det er begrenset med evidens vedrørende risikoen knyttet til HRT i behandlingen av prematur menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan likevel balansen av nytte og risiko være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre kvinner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Pga. vaginal administrering og minimal systemisk absorpsjon er klinisk relevante interaksjoner usannsynlig. Interaksjoner med annen lokal vaginal tilført behandling bør i midlertid vurderes. **Graviditet, amming og fertilitet:** Ikke indisert ved graviditet eller amming. Blir kvinnen gravid skal behandlingen avsluttes umiddelbart. **Bivirkninger. Fra kliniske studier:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmerte. Kjønnsganer/bryst: Vaginal utflod, vaginalblødning, vaginalt ubehag. Nevrologiske: Hodepine. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Utslett. Infeksiøse: Vulvovaginal soppinfeksjon. Kar: Hetetokter, hypertensjon. Undersøkelser: Økt vekt. **Etter markedsføring:** Spontanrapportert med Vagifem 25 µg og som har mulig sammenheng med behandling: Svært sjeldne (<1/10 000): Gastrointestinale: Diaré. Generelle: Ineffektiv legemiddel. Hud: Erytematøst utslett, genital kløe, kløende utslett, urticaria. Immunsystemet: Systemisk hypersensitivitetsreaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon/sjokk). Kar: Dyp venetrombose. Kjønnsganer/bryst: Endometriehyperplasi, vaginal irritasjon, vaginal ulcerasjon, vaginalsmerte, vaginisme. Nevrologiske: Forverret migrene. Psykiske: Insomni. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Svulster/cyster: Brystkreft, endometriekreft. Undersøkelser: Økt vekt, økt østrogennivå i blod. **Bivirkninger ved systemisk østrogen/gestagen-behandling (ukjent om disse gjelder lokal behandling):** Galleblæresykdom, kloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura. Mulig demens >65 år. **Klasseeffekter forbundet med systemisk HRT (gjelder i mindre grad Vagifem hvor systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå):** Se SPC vedrørende risikoestimer for ovarialkreft, venøs tromboembolisme og iskemisk slag. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er ikke sannsynlig pga. lav østradioldose. **Behandling:** Symptomatisk. Se Giftnormasjonens anbefalinger for østrogen G03C på www.felleskatalogen.no.

Egenskaper: **Klassifisering:** Syntetisk 17-β-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol til lokal bruk i vagina. **Virkningsmekanisme:** Substituerer redusert østrogenproduksjon, og lindrer symptomene på vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Steroidreseptorkomplekser bindes til cellenes DNA og induserer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er østrogenavhengig. Østrogen øker antall overflateceller og intermediære celler og reduserer antall basalceller i vaginalt uttrykk. Østrogen opprettholder vaginal pH på normalnivå (ca. 4,5), noe som fremmer normal bakteriefloora. **Absorpsjon:** Absorberes godt gjennom hud, slimhinner og mage-tarmkanal. First pass-metabolisme unngås ved vaginal administrering. **Metabolisme:** Hovedsakelig i leveren til sulfat- og glukuronidkonjugater. **Utskillelse:** Via urin.

Pakninger uten resept: 18 vaginaltabletter er unntatt fra reseptplikt. **Pakninger og priser:** 18 stk. (blister) kr *. 24 stk. (blister) kr 249,80 (trinnspris 148,60).

Sist endret: 09.12.2020 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 04.09.2020 **Pris per** september 2021

*Denne pakningen selges uten resept, maksimal utsalgspris kan derfor ikke angis.

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

NO21VG00014 Aug 2021

Vagifem® 10 mikrogram – nå også reseptfritt[□]



Vaginal atrofi rammer omtrent halvparten av alle postmenopausale kvinner, som følge av at østrogenproduksjonen avtar^{1,2}

Smerter og ubehag i vagina som følge av vaginal atrofi påvirker kvinners sexliv negativt³

Vagifem® 10 µg

Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset.⁴

Reseptfri bruk: Til kvinner etter overgangsalderen (etter siste regelmessige menstruasjonsperiode): Behandling av plager i skjeden som skyldes mangel på østrogen.⁵



Lokalbehandling med lav systemisk absorpsjon*⁵

Gir mindre lekkasje enn vagitorier**⁶ og er mer hygienisk i bruk enn kremer***⁸

Lindrer plagsomme symptomer som tørrhet, kløe, sårhet, smertefull vannlatning og smerter ved samleie⁷

□ Vagifem® 10 mikrogram vaginaltabletter 18 stk. er tilgjengelig som reseptfritt legemiddel på apotek. Les mer på www.vagifem.no

* I en 12 ukers studie så man at gjennomsnittlig plasma konsentrasjoner av østradiol forble innenfor normalt postmenopausalt nivå for alle personer behandlet med Vagifem® 10 µg.

** Andel kvinner som rapporterte lekkasje i en studie: 6% versus 65%, P ≤ 0,0001. *** Andel kvinner som rapporterte hygieniske problemer i en studie: 0% versus 23%, P < 0,001.



Edvard Munch: Den døde mor, 1900

Hvorfor dør kvinner av graviditet i Norge i dag? – Rapport maternelle dødsfall 2012-2018

Vedlagt denne utgaven av Gynekologen finner du en rapport fra *Norsk auditgruppe ved maternelle dødsfall*. I denne rapporten presenteres kasesistikker og læringspunkter fra audit gjort på maternelle dødsfall i Norge i årene 2012-2018.



Lill Trine Nyfløt
Postdoktor, Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning og seksjons- overlege, føde- og barselavdelingen, Drammen Sykehus



Liv Ellingsen
Overlege, Oslo universitets- sykehus, Rikshospitalet



Siri Vangen
Professor, Universitetet i Oslo og leder Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

En audit av en uønsket hendelse innebærer en systematisk gjennomgang eller revisjon av hendelsesforløpet for å avdekke tilfredsstillende eller utilfredsstillende forhold. Hensikten med en slik audit er å forstå hvorfor hendelsen oppsto og dra lærdom av den, slik at man kan unngå at lignende hendelser skjer igjen. Audit er derfor et viktig verktøy innen kvalitetsforbedringsarbeid.

Et maternelt dødsfall er det verst tenkelige utfallet når en mor blir syk i svangerskap eller i forbindelse med fødselen. Maternelle dødsfall er heldigvis sjeldne i Norge, men hvert år dør kvinner i forbindelse med svangerskap og fødsel også her i landet. Vi har i dag intet offentlig system for registrering og gjennomgang av maternelle dødsfall, noe som har medført en betydelig under- rapportering hvor mer enn halvparten av dødsfallene relatert til graviditet og fødsel mangler i offisielle statistikker.

Arbeidet med de norske mødredødsfallene ble startet som forskningsprosjektet «Dør kvinner av graviditet i Norge i dag?» i 2010, tilknyttet Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning ved Oslo universitetssykehus. I 2019 ble den norske auditgruppen en faggruppe innunder Norsk Gynekologisk Forening (NGF). Helt fra oppstarten har vi samarbeidet tett med de andre nordiske landene i *Nordic Maternal Mortality Collaboration*. Dette samarbeidet gir oss en unik mulighet til å kunne studere maternelle dødsfall basert på et mye høyere antall fødsler og dødsfall. Det nordiske samarbeidet mottar støtte fra Nordisk Forening for Obstetrik og Gynekologi (NFOG).

Den norske auditgruppen består av gynekologer fra alle helseforetakene, en fastlege, en jordmor og en anestesilege.



Identifisering av mødredødsfall

Gruppens faste medlemmer pr. 01.01. 2021:

- Liv Ellingsen, leder av gruppen og overlege, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
- Lill Trine Nyfløt, postdoktor ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning og seksjonsoverlege Vestre Viken, Drammen Sykehus. Koordinator for det nordiske samarbeidet.
- Siri Vangen, professor og leder for Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus.
- Anne Flem Jacobsen, professor og overlege, Oslo universitetssykehus, Ullevål.
- Astrid Betten Rygh, avdelingsoverlege, Stavanger universitetssykehus.
- Christian Tappert, overlege, St. Olavs hospital.
- Ferenc Macsali, overlege, Haukeland universitetssykehus og overlege FHI.
- Eva Astrid Øverland, overlege, Akershus universitetssykehus.
- Kristin Skogøy, overlege, Nordlandssykehuset Bodø.
- Sedina Atic Kvalvik, overlege, Haukeland universitetssykehus.
- Hilde Beate Gudim, fastlege, Skui legekonsult, Bærum.
- Lilly Kleppa, jordmor, Stavanger universitetssykehus.
- Eldrid Langesæter, overlege anestesi, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet.
- Guro Kristine Barnes, LIS, Sykehuset Innlandet Gjøvik.

I tillegg involveres kardiolog Mette Elise Estensen ved Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet, ved hjerte-relaterte dødsfall og Christian Lycke Ellingsen, patolog og rettsmedisiner ved Stavanger universitetssykehus, ved nødvendige avklaringer på obduksjons- eller rettsmedisinske rapporter.

Mødredødsfall er dødsfall hos en gravid kvinne i eller inntil 42 dager etter svangerskapets avslutning, uavhengig av svangerskapets varighet og lokalisering, av alle årsaker relatert til (direkte mødredødsfall) eller forverret av svangerskapet eller svangerskapets håndtering (indirekte mødredødsfall), men ikke av ulykker eller tilfeldige årsaker.

Maternelle dødsfall er betydelig underrapportert i offisielle registre. Identifiseringen av kvinner som dør under graviditet, i fødsel eller etter fødsel skjer derfor gjennom registerkoblinger og direkte rapporteringer fra sykehusene (figur). Auditgruppen innhenter journaldokumenter inkludert obduksjonsrapporter/ rettsmedisinske rapporter og lokale hendelsesanalyser. Gruppen foretar deretter en systematisk gjennomgang av hendelsesforløpet, tildeler en dødsårsak og vurderer behandlingen som er gitt etter et internasjonalt klassifikasjonssystem for maternelle dødsfall.

Fødselshjelpen som tilbys i Norge er meget god, noe som gjenspeiles i en lav forekomst av mødredødsfall sammenlignet med land utenfor Norden. Allikevel har våre systematiske gjennomgang av dødsfallene avdekket at liv kunne vært spart, eller at forløpet kunne vært mer skånsomt med annen behandling. Registrering av fødsel og død er et grunnleggende folkehelseanliggende og bør være en prioritert offentlig helseoppgave. I Norge bør vi vite hvor mange kvinner som dør i relasjon til svangerskap og fødsel gjennom overvåking av egne tall for mødredødelighet. I Storbritannia har de brukt dette som et av mange parameter på folkehelsen helt siden 1952, og slik audit brukes aktivt i arbeidet med å oppdatere nasjonale retningslinjer for fødselshjelpen.

I årene som dekkes i denne rapporten (2012-2018) identifiserte gruppen 13 maternelle dødsfall i Norge. Kun fire av disse var registrert som maternelle dødsfall i de offisielle statistikkene (31%). Det ble videre påvist mangler i behandlingen i 69 % av dødsfallene som ble gjennomgått i denne perioden. I 31 % av hendelsene ble det konkludert med at forbedringer i behandlingen kunne ha påvirket utfallet, dvs. at kvinnens liv kunne ha vært reddet. I ytterligere 38 % ble det påvist mangler i behandlingen, men uten at annen behandling ville påvirket utfallet.



Logoen til organisasjonen som gjør audit på maternelle dødsfall i UK.



A mother dies and is taken by angels as her new-born child is taken away. A grave from 1863 in Striesener Friedhof in Dresden.

«Det er menneskelig å feile, det er uakseptabelt å dekke over – og helt utilgivelig ikke å lære av hendelsen»

Sir Liam Donaldson,
Britisk lege og nestor i kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

I den forrige rapporten avdekket vi flest direkte maternelle dødsfall, dvs. dødsfall som skyldes graviditet eller fødsel. I denne nye rapporten påviste vi derimot flest indirekte maternelle dødsfall, dvs. dødsfall hos kvinner med preeksisterende sykdommer som forverres under graviditeten eller etter fødsel. Hjertekarsykdom har nå blitt den hyppigste årsaken til maternelle dødsfall i Norge, en lignende utvikling som i mange andre vestlige land, inkludert Sverige, UK og USA.

For å kunne tilby en enda bedre behandling og oppfølging til de mest utsatte gravide i Norge i fremtiden, trenger vi å vite hvorfor kvinner dør i forbindelse med svangerskap og fødsel, hvilken behandling som ble gitt, og om noe kunne vært gjort annerledes for å forhindre at de døde. Som eksempel påpekte vi i den forrige rapporten at antallet kvinner som døde av hypertensive svangerskapskomplikasjoner i Norge var uakseptabelt høyt sammenlignet med andre land. I denne rapporten ser vi at disse

dødsfallene er nesten borte, men at de kardielle dødsfallene har fått en større plass enn tidligere. Den norske fødepopulasjonen er i endring og mer kompleks enn tidligere. For hver kvinne som dør, er det minst 100 kvinner som erfarer alvorlige komplikasjoner i svangerskapet eller barseltiden. Erfaringer fra auditer av maternelle dødsfall kan bidra til å redusere antall kvinner som får alvorlige komplikasjoner i forbindelse med graviditet og fødsel, komplikasjoner som ofte påvirker kvinners helse i betydelig grad. Det er derfor viktig at man fortsetter å overvåke maternelle dødsfall i Norge.

Forskningsprosjektet, som i dag finansierer hoveddelen av dette arbeidet, har midler fra Helse Sør-Øst frem til 2025. Dette arbeidet bør inn som en del av de offentlige helseoppgavene for å sikre at maternelle dødsfall registreres og analyseres også etter 2025, fordi dette er en viktig del av den kontinuerlige forbedringen av norsk fødselshjelp.

Zejula
niraparib

gsk



Zejula (niraparib) er nå rangert som 1. valg i LIS-anbefalingen for ovarialkreftpasienter med tilbakefall, uavhengig av BRCA-status¹

Zejula fikk ja fra Beslutningsforum (30.08.2021) og innføres som monoterapi til vedlikeholdsbehandling av platinasensitive BRCA-muterte ovarialkreftpasienter med tilbakefall (2.linje og senere)². Zejula er fra tidligere godkjent for offentlig finansiering ved behandling av platinasensitiv BRCA-villtype pasienter med tilbakefall (2.linje og senere)³ og fra 01.08.2021 ble Zejula også godkjent for offentlig finansiering av monoterapi til vedlikeholdsbehandling av platinasensitive BRCA-muterte pasienter (1.linje)⁴

Indikasjoner: Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO stadium III eller IV) høygradig ovariekreft, kreft 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 kreft i ovarieepitel eller eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi.

Dosering: Behandling bør igangsettes og overvåkes av lege med erfaring med kreftlegemidler. Anbefalt dosering ved førstelinjebehandling er en startdose på 2 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For pasienter ≥ 77 kg og med trombocytverdier ved baseline $\geq 150\ 000/\mu\text{l}$, er anbefalt startdose 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For andrelinjebehandling, er startdosen 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. Dosereduksjon er anbefalt ved tilbakevendende bivirkninger. Den vanligste vedlikeholdsdosen ved andrelinjebehandling er 200 mg. Hos pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon (ASAT og/eller total bilirubin $> 1,5 \times - 3 \times$ ULN), er den anbefalte startdosen med Zejula 200 mg én gang daglig.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Kontraindikasjon: Amming. **Forsiktighetsregler:** Hematologiske bivirkninger (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave trombocytverdier ved baseline kan ha økt risiko for trombocytopeni av grad 3+. Ukentlig overvåking av komplett blodstatus 1. behandlingsmåned er anbefalt, deretter månedlig i 10 måneder, og deretter regelmessig. Grunnet risikoen for trombocytopeni, bør antikoagulantia og legemidler som er vist å redusere trombocytverdiene brukes med forsiktighet. 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. Blodtrykket bør overvåkes minst ukentlig i to måneder, etterfulgt av månedlig overvåking i det første året og deretter regelmessig under behandling med 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. **Bivirkninger:** $\geq 10\%$ av studiepasientene fikk følgende bivirkninger: Kvalme, anemi, trombocytopeni, fatigue, konstipasjon, oppkast, hodepine, insomni, redusert trombocytverdi, nøytropeni, abdominalsmerter, redusert appetitt, diaré, dyspné, hypertensjon, asteni, svimmelhet, redusert nøytrofilverdi, hoste, artralgi, ryggmerter, redusert leukocytverdi og hetetokter. De vanligste alvorlige bivirkningene $> 1\%$ (behandlingsrelaterte frekvenser) var trombocytopeni og anemi.

Se preparatomtalen om bivirknings håndtering og full informasjon før forskrivning av Zejula. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Pakninger og priser: Maksimalpriser: 56 stk. (bliester) kr 71703,20. 84 stk. (bliester) kr 107536,70. Rabattert pris er gjeldende i Norge. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. Zejula er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved førstelinjebehandling av BRCA-positive pasienter og andrelinjebehandling av BRCA-negative og BRCA-positive pasienter. Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Referanser: 1. LIS anbefalinger for onkologiske og kolonstimulerende legemidler, effektive fra 01.07.2021. (<https://sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi#anbefalinger-avtaleprodukter>)
2. Beslutningsforum møte, 30.08.2021 (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii-revurdering>)
3. Beslutningsforum møte, 25.05.20. (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iii>)
4. Beslutningsforum møte, 21.06.21. (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iv>)
PM-NO-NRP-JRNA-210001, september 2021

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

gsk

IVF-gravid med ovarieelt hyperstimuleringsyndrom og sterk kløe i 1. trimester



Nina Therese Berg

Gynekolog og overlege ved Fertilitetsavdelingen Sør, STHF



Arild Smith Pedersen

Spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Porsgrunn legesenter

Anerkjennelse til avdelingsoverlege Stig Hill ved gynekologisk avdeling, STHF, samt overlege Halvor Henriksen ved gynekologisk avdeling, STHF

Innledning:

En 39 år gammel kvinne ble gravid etter IVF-behandling. Hun utviklet alvorlig grad av ovarieelt hyperstimuleringsyndrom med behov for innleggelse og ascitestapping. Tilstanden avtok, men transaminaser og trombocytter steg til høye nivåer. Hun debuterte med kraftig kløe i svangerskapsuke 6. Pasienten fikk oppfølging av gynekolog med støtte av gastroenterolog og hematolog, der man først mistenkte reaktiv hepatitt. Hun hadde imidlertid tidlig utvikling av en svangerskapskomplikasjon oftest sett mye senere i graviditet, i tredje trimester (2).

Hoveddel:

En 39 år gammel kvinne kom med mannen sin til fertilitetsbehandling høsten 2018. Indikasjonen var mannlig infertilitet. Hun hadde ett svangerskap bak seg etter frysebehandling ved samme avdeling og med samme mann, der hun ble indusert i svangerskapsuke 41+2 på indikasjon oligohydramnion. Det resulterte i ei datter, vakuumborn i svangerskapsuke 41+4, fødselsvekt 3490g.

Tidligere sykdommer hos denne pasienten var hypertensjon, idiopatisk glucosuri og arvelig sferocytose. For sistnevnte ble hun splenektomert som 10-åring. Hennes datter har også sferocytose.

I oktober 2018 startet ICSI-behandling, hvorpå hun ved egguttak fikk ut 14 egg. Det ble tilbakeført ett fem dager gammelt embryo den 7. november, og hun brukte progesteronvagitorier (Lutinus) og hCG-støtte (Ovitrelle-injeksjoner) etter det.

Tre dager etter tilbakeføring av embryo ble hun lagt inn på gynekologisk avdeling med moderat ovarieelt hyperstimuleringsyndrom (OHSS)(1). Blodprøver bekreftet hemokonsentrasjon (hb 16,4), lett stigning i transaminaser (ASAT 69, ALAT 97), høye trombocytter (701), leukocytose (17,7). Hun hadde moderat ascites og forstørrede ovarier, der høyre målte 9,5 cm og venstre 7,2 cm i diameter.

Hun fikk væskebehandling i.v. og Fragmin 5000 IE x 1 for OHSS og Selexid for UVI. Ovitrelle-støtte ble seponert. Dagen etter ble hun skrevet ut med stabile blodprøveresultater, foruten økende fibrinogen til 4,7, økende D-dimer til 3,2 og fallende albumin til 32.

Den 12. november hadde trombocyttenes steget til 770. Hun ble reinnlagt med alvorlig grad av OHSS 13. november. Ved Fertilitetsavdelingen SØR ascitestappet man ultrasonografisk transvaginalt 400 ml. Ovariene hadde økt i diameter til 10x7 cm bilateralt. Ved gynekologisk avdeling fikk hun NEWS-skår 7, RF 24 og SpO₂ 89%. Derfor fikk hun 2L O₂ på nesekateter, som ga 94% i SpO₂ og lavere RF. I.v.væskebehandling ble startet, og med pigtail-ascitesdren ble det tappet ytterligere 3 L ascitesvæske. Rtg. thorax viste små mengder høyresidig pleuravæske og atelektaser. Hun hadde normale blodgassverdier og D-dimer 2,0. Ingen endring i blodprøveresultater forøvrig.

Andre innleggelsesdager var NEWS 4, blodprøver stabile med fibrinogen 4,9, D-dimer 2,0, albumin 29 og hCG 21. Tredje liggedøgn var hun klinisk bedre, NEWS 1. Det var imidlertid stigning i transaminaser med ASAT 77 og ALAT 78. Fjerde liggedøgn bekreftes denne stigende tendensen med ASAT 94 og ALAT 93. Pågående kjemisk graviditet bekreftes med hCG 48. Trombocyttenes hadde økt til 818, og albumin falt til 26. Fragmin ble økt til 10.000 IE x 1. Femte liggedøgn ble abdominalt ascitesdren seponert etter at det totalt hadde kommet 7,7 L. Hun forble innlagt med i.v. væske. Sjettedøgn så man at transaminasene fortsatte å stige, med ASAT 174, ALAT 190 og trombocytter i økning på 825. Albumin var stabilt på 28, og hun var pågående gravid med hCG 101. Sjuende liggedøgn hadde hun bukromfang 112,5 cm og ble på nytt tappet transvaginalt for 1,2 L ascitesvæske. Ovariene var vedvarende forstørret til 9 cm bilateralt. Nå rapporterte hun dump smerte i begge lår og legger, mest på høyre side.

Dagen etter beskrev lege bilateralt pittingødem i legger, med negativ rubor-calor-dolor, negativt Homans tegn og klinisk liten mistanke om DVT. Det var stadig utvikling i ASAT til 218, ALAT til 268, trombocytter til 853 og albumin til 25, samt pågående graviditet med hCG 237.

Table 2. Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) classification by Golan *et al.* (1989).

Category	Description
Mild OHSS	
Grade 1	Abdominal distension and discomfort
Grade 2	Features of grade 1 plus nausea, vomiting, and/or diarrhea. Ovaries are enlarged to 5–12 cm
Moderate OHSS	
Grade 3	Features of mild OHSS plus ultrasonic evidence of ascites
Severe OHSS	
Grade 4	Features of moderate OHSS plus clinical evidence of ascites and/or hydrothorax or breathing difficulties
Grade 5	All of the above plus change in blood volume, increased blood viscosity due to haemoconcentration, coagulation abnormalities, and diminished renal perfusion and function

Tabell: Det finnes flere klassifikasjoner av OHSS, klassifikasjon etter Golan *et al* fra 1989 er en av disse.

Hun hadde vektøkning på 13,5 kg fra pregravid vekt 84 kg til aktuell vekt 97,5kg. Bukromfanget økte til 115 cm. Dagen etter ble hun tappet transvaginalt for 1,6 L ascitesvæske. Da viste blodprøver samme tendens til økning i ASAT til 232, ALAT til 299 og trombocytter til 959. Albumin var stabil på 26. Kreatinin var 42 og GFR >90.

Den 23. november ble hun skrevet ut fra gynekologisk avdeling etter 11 liggedøgn. Samme dag ble hun igjen tappet for 1,7 L ascitesvæske transvaginalt (totalt 5 L under innleggelsen). Det var da tappet totalt 12,7 L ascitesvæske abdominalt og vaginalt fra 13.-23.11. Blodprøvene viste ytterligere økende transaminaser med ASAT 259 og ALAT 333. Trombocyttenes var 981 og albumin 26.

Hun kom til planlagt kontroll ved Fertilitetsavdelingen SØR tre dager senere. Da veide hun 90 kg. Drikke- og vannlatingliste siste døgn viste 1,5 L inntak og 2,5 L urin. Det var fravær av ascites, lite endring i transaminaser med ASAT 266 og ALAT 382, hCG 1920 og økende trombocytter til 1107. Man kontinuerte fragmin.

Oppfølgingstime to dager senere viste videre vektnedgang til 88,5 kg. Drikke- og vannlatingliste viste inntak 1,5 L og urin 1,5 L. Nå økende ASAT til 354 og ALAT til 459, samt stigende trombocytter til 1170.

30. november bekreftes klinisk graviditet i uke 6+0 med vaginal ultralyd, hvor en ser plommesekk og gestasjonssekk. Drikke- og vannlatingliste viste 2850 ml inntak og 2250 ml urin. Det var fortsatt stigende transaminaser med ASAT 436 og ALAT 562. Trombocytter var stabile på 1146.

Gynekolog ved fertilitetsavdelingen kontaktet 3. desember hematolog, som rekvirerte blodprøver for BRC-ABL 1,t(9;22) og JAK 2. Dette med tanke på MPN (myeloproliferative sykdommer). Hb 14,3 og Hct 0,41. Fragmin ble redusert til 7500 IE pga. mulighet for paradoksal økning av blødningstendens ved trombocytose.

Samme dag rapporterte pasienten utvikling av uttalt og søvnforstyrrende palmar og plantar kløe. Hun fikk phenergan for kløen. Varicella-zoster IgG ble rekvirert og var negativ. De genetiske testene for MNP viste seg også å være negative.

Pasienten ble henvisst til abdominal ultralyd og undersøkt 6. desember, med følgende funn:

Små mengder ascites. Cholelithiasis 4,5 cm stort konkrement i gallegang. Ingen funn på cholecystitt. Normale intrahepatiske galleganger og leverparenchym. 3 cm væskebrem h.s. hemithorax (pleuravæske). Største ovariale diameter 6 cm med bløtdelsmettede lesjoner, delvis cystiske delvis solide bilat. Ovarialfunn samsvarer med gjennomgått stimulering av ovarier.

Pasienten møtte til konsultasjon samme dag ved fertilitetsavdelingen. Det forelå klinisk og biokjemisk ikterus med gul sclera, generalisert kløe og bilirubin 40. Blodprøver viste forverring med ASAT 528, ALAT 674, trombocytter 1177, ALP 256, LD 219. CRP var 19. Gynekolog diskuterte med gastromedisiner, som tolket tilstand og funn som medikamentelt utløst reaktiv hepatitt. Man kontinuerte phenergan, fragmin og ga i tillegg zopiklone for forstyrret søvn.

Ved neste kontroll 11. desember var pasienten pågående gravid i uke 7+4. Hun presenterte med fortsatt stigende leverprøver, der ASAT var 553, ALAT 695 og LD 239. Natrium var 133. Hun hadde vedvarende generalisert kløe palmart og plantart, med kun forbigående lindring av phenergan og zopiklone, ingen effekt av hvitvask og med eksoriasjoner. Det ble rekvirert gallesyrer, og hun kontinuerte fragmin og drikkeeregime med inntak av 1,5 L daglig og instruksjon om å salte maten.

13. desember rapporterte pasienten at hun hadde spontant oppståtte ecchymoser. Da ble fragmin redusert til 5000 IE x 1. Trombocytter og leverprøver holdt seg høye.

Gallesyrer besvart 14. desember var forhøyet til 104. Etter Norsk gynekologisk forenings (NGF) veileder for intrahepatisk cholestase i svangerskap ble hun satt på ursofalk 1000 mg x 1 til kvelden.

Orienterende blodprøver på anbefaling fra gastroenterolog og hematolog ble besvart 17. desember: INR 1 (N), APTT 34 sek (N), antithrombintid Quick 10,3 sek (N). Koagulasjonsfaktor VIII og IX aktivitet, von Willebrand-faktor antigen og aktivitet over øvre referanse områder. Disse siste prøvene ble satt i sammenheng med akutt fase. CRP var 16. Trombocytter var nå lett fallende til 1054, hb 13,7, fibrinogen 5,6, d-Dimer 2,5, kreatinin 40, GFR >90, natrium 134, kalium 4,4, ASAT 302, ALAT 459, bilirubin 26, ALP 237, GT 9 og LG 176.

Nå så man leverstatus i bedring. Hematolog avvirket Albyl-E for å unngå dobbel blodfortynnende nå, tross trombocytose.

18. desember fikk pasienten funksjonsdyspnø uten thoraxsmerter. Hun ble henvist til medisinsk avdeling for utredning av mulig lungeemboli. Der var klinisk undersøkelse, POCUS (Point-of-Care Ultrasound), EKG, ABG (arteriell blodgass) og røntgen thorax upåfallende. Hun fortsatte med Fragmin 5000 IE og skulle ta kontakt på nytt ved forverring av dyspnø og tilkommede thoraxsmerter.

Henviing til fosterdiagnostikk på aldersindikasjon ble sendt til OUS.

31. desember etterbestilte hematolog CALR-/mpl-mutasjonsprøve.

2. januar 2019, i svangerskapsuke 10+5, var hun til graviditets-UL og oppfølging ved fertilitetsavdelinga. Hun hadde mindre kløe etter oppstart av ursofalk 1000 mg x 1. Leverfunksjonsprøvene hadde falt betraktelig, og nå var ASAT 55, ALAT 91 og ALP 142. D-dimer var 1,1 og fibrinogen 4,9. Trombocytter var vedvarende høye på 1146. Etter full sykemelding startet hun opp igjen på jobb med 50% sykemelding.

10. januar, i svangerskapsuke 11+6, tas ny gallesyreprøve etter konferering med Dr. Williamson (ressurs på intrahepatisk cholestase i 1. trimester) ved King's College i London. Ved normal gallesyreverdi rådet hun til seponering av ursofalk. Ved ny kløe skulle man ha lav terskel for å gjeninnsette ursofalk.

15. januar viste prøva gallesyrer på 8, og pasienten seponerte ursofalk.

16. januar var pasienten til fosterdiagnostikk ved Oslo Universitetssykehus i uke 12+3. Det var normale verdier av duotest, det vil si fritt beta-hCG (57,70 IU/L/1,678MoM) og PAPP-A 1,156 IU/L/ 0,502 MoM), samt normale funn på ultralyd. Konklusjon var endelig risiko ikke forøkt. 99,6% sjans for at fosteret er UTEN kromosomfeil.

23. januar ble det gjort ny hematologisk vurdering med tanke på KML (kronisk myelogen leukemi) med negativ BCR-ABL. Calretikulummutasjon- og MPL-mutasjonsprøver ble bestilt med tanke på essensiell trombocytomi eller myelofibrose. Det at hun var splenektomert og har sferocytose forklarte trombocytosen og gjorde at man avventet beinmargsbiopsi. Nå så man biokjemisk bedring hos pasienten med normaliserte leverprøver og jevnt fallende trombocytter til 825. Lett leukocytose var kjent tilbake til april 2017. Planen var nå kontroll av blodprøver fire uker fram i tid. Tromboseprofylakse med Fragmin 5000 IE ble kontinuert til 6 uker postpartum.

21. januar hadde hun svangerskapskontroll hos fastlegen. Normal cervixcytologi. Blodtrykk 115/75.

25. januar var hun gravid i uke 14+0. Ultralyd samsvarte med pågående svangerskap, og kontroll ble avtalt til 2 uker senere.

5. februar var hun i svangerskapsuke 15+3. Hun ble henvist fra fertilitetsavdelinga til fødepoliklinikken ved STHF for videre oppfølging i svangerskapet.

25. februar gjengis følgende i telefonnotat fra hematolog: Trombocytter 871, Hb 13,1, leukocytter 16,0, neutrofile 11,2, lymfocytter 2,7, monocytter 1,4, eosinofile 0,5, basofile 0,1, umodne granulocytter 0,13. Dette oppfattes som trombocytose forårsaket av manglende milt og graviditet. Før svangerskapet var trombocytene 500-600. Kontroll ble planlagt fire uker fram i tid.

28. februar viste rutine-UL i svangerskap normale funn, og termin IVF ble satt til 28.07.19.

3. april gjengis følgende etter ny telefonkonsultasjon fra hematologisk poliklinikk: Trombocytter 735 (fallende), Hb 12,7, hct 0,36, leukocytter 13,3, neutrofile 8,9, lymfocytter 2,8, monocytter 1,0, eosinofile 0,4, basofile 0,1, umodne granulocytter 0,07. Man konkluderte nå med at kvinnens høye blodverdier var forårsaket av splenectomi og graviditet. Kontrollene ble avsluttet.

4. april viste kontroll på fødepoliklinikken i svangerskapsuke 23+4 normale funn.

8. april hadde pasienten jordmorkonsultasjon med bakgrunn i tidligere traumatisk fødselopplevelse og komplisert 1. trimester i aktuelt svangerskap.

6. mai var pasienten på fødepoliklinikktime i svangerskapsuke 28+3, med normale funn på UL. Gallesyrer var 3. Ønske om elektivt sectio ble fremmet. Etter diskusjon i legeplenum ved gynekologisk avdeling fikk pasienten avslag.

22. mai fikk pasienten på nytt avslag på ønske om sectio. Det ble lagt plan for fødselsinduksjon én uke over termin på aldersindikasjon (passerte 40 år).

4. juni var det normale funn ved UL svangerskapsuke 32+4.

11. juni ble hun undersøkt for lite liv i svangerskapsuke 33+4. Det var normal CTG (cardiotocografi) og UL.

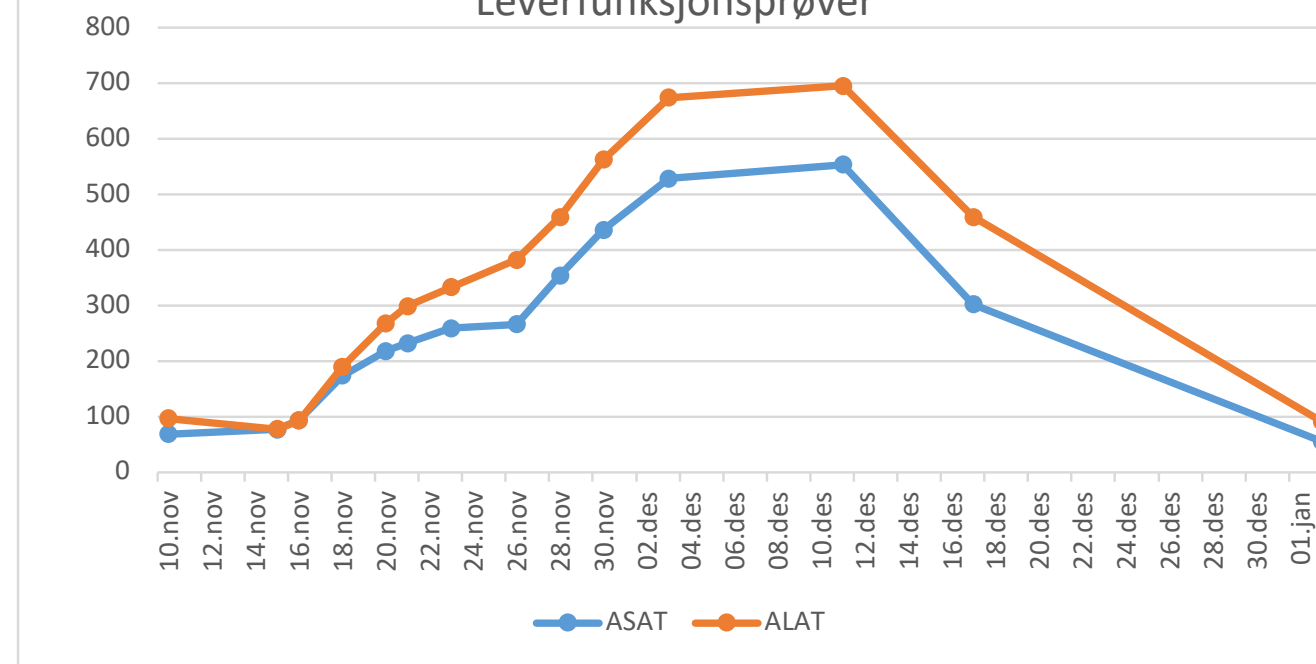
28. juni var pasienten til fødepoliklinikktime i svangerskapsuke 36+0. Pasienten kjente mindre bevegelser fra fosteret. UL-mål viste avflatende vekst i MAD og BPD, -18% vekstavvik. CTG viste redusert variasjon, variabilitet på 5,1. Hun ble lagt inn på fødeavdelinga til observasjon med CTG. Urinstix viste 2+ blod, 3+ glukose og spor av proteiner (kjent idiopatisk glukosuri). Etter to normale CTG-registreringer og etter å ha kjent bra med liv fra fosteret, ble hun skrevet ut samme dag.

4. juli tok hun ny kontakt med fødeavdelinga og ble undersøkt for lite liv i svangerskapsuke 36+3. Blodtrykket var 128/83, og det var normal CTG. Ultralyd viste vekstavvik -17%, normale dynamiske dopplerundersøkelser, samt normal biofysisk profil.

5. juli var pasienten til tilvekstkontroll hos jordmor ved fødepoliklinikken, i uke 37+0. Man fant normal CTG, BT 120/75 og spor av proteiner på U-stix. Ultralydundersøkelsen viste vekstavvik -21%, samt normal fostervannsmengde og biofysisk profil.

10. juli var hun til fødepoliklinikktime ved lege i svangerskapsuke 37+5, som viste UL med vekstavvik -17%. Trivselskontroll ble avtalt til ei uke senere. Her skulle man ha lav terskel for induksjon.

Leverfunksjonsprøver



Figur: Den 28.11 snudde OHSS klinisk. Den 30.11 begynte pasienten å klø. Fra den 14.12 fikk pasienten ursofalk.

12. juli var gallesyrer 7, og man avventet ursofalk-behandling, da dette er en grenseverdi.

15. juli rapporterte hun kløe i håndflater og fotsåler ved fødepoliklinikktime ved lege i svangerskapsuke 38+3. UL viste vekstavvik -23% og estimert fødselvekt 2311 (Hadlock) - 2500g (E-Snurra). Dypeste fostarvannslomme var 25mm. Man fant indikasjon for og planla induksjon av fødsel dagen etter. IUGR (intrauterin vekstretardasjon), oligohydramnion, trombocytose og svangerskapskløe med lett forhøyede gallesyrer ble lagt til grunn.

17. juli fødte pasienten vaginalt kl. 03.02, ei levende jente med vekt 3545g. Appar skår var 9-10-10. Hun var i aktiv fødsel i 1 time og hadde 250 ml i postpartumbldning. Hun avsluttet amming og startet morsmelkerstatning før hjemreise fra barsel.

5. september var hun til postpartumkontroll ved gynekologisk poliklinikk grunnet langvarig og sterk vaginalblødning. Dette ble tolket som postpartumbldning og deretter 1. menstruasjon.

Diskusjon:

OHSS er den mest alvorlige komplikasjonen til kontrollert stimulering av ovariene for assistert befruktning. Patofysiologien er ikke fullstendig klarlagt, men økt kapillær permeabilitet er en hovedmekanisme i sykdomsbildet. Dette forårsaker intravaskulær hypovolemi og opphopning av ekstravaskulær væske, hovedsakelig i bukhulen som ascites eller som pleuravæske, og i noen tilfeller pericardvæske. Prosessen kan føre til komplikasjoner som tromboembolisme, nyre- eller leversvikt og ARDS. Når ovariene er økt i størrelse er det også økt risiko for ovarietorsjon. Det er sannsynlig at det høye endogene østroget gir en belastning på lever som viser seg som høye transaminaser, og i denne pasientens tilfelle høye gallesyrer i tillegg.

Intrahepatisk cholestase er sjeldent i 1. trimester. Hos pasienter med OHSS og kløe bør den være en tilstand å utelukke. Gallesyreprøve kan repeteres etter ei uke hvis negativ. Denne pasienten fikk den karakteristiske kløen i svangerskapsuke 6. Da var hennes OHSS på retur.

Første gallesyreprøve ble tatt svangerskapsuke 7+4, og var forhøyet og bekreftet intrahepatisk cholestase.

I Gynekologen (medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening) høsten 2018 ble det skrevet om en poster fra NGF sitt årsmøte angående en pasient med ICP (Intrahepatic Cholestasis in Pregnancy) i uke 12. Det finnes få kasuistikker på slik tidlig ICP i internasjonal litteratur, og undertegnede (Nina Th. Berg, Fert.Sør) støttet meg på Dr. Williamson for råd om behandling og oppfølging. Det er verdifullt å dele sjeldne pasientkasus for at vi skal ha sjeldne tilstander som differensialdiagnoser i mente.

Ny NGF-veileder i ICP nevner at tilstanden kan oppstå tidlig i svangerskap. IVF-behandling eller OHSS er ikke nevnt som årsak. Det er tatt egenkritikk på at INR ikke ble tatt før spontant oppstående ecchymoser. Prøven bør tas ved OHSS.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen publiseres.

Referanser

- 1: Klassifiseringer for OHSS: Modified Golan, Golan et al. (1989), Rizk Aboulghar (1999)
- 2: Symposium: Update on prediction and management of OHSS. A modern classification of OHSS (Abraham Golan, Ariel Weissman. Vol.19 no 1. 2009 28-32. Reproductive BioMedicine Online)
- 3: Intrahepatisk svangerskapskolestase (NGF Veileder i fødselshjelp 2020)
- 4: Two cases of first onset intrahepatic cholestasis of pregnancy associated with moderate ovarian hyperstimulation syndrome after IVF treatment and review of the literature, Medline
- 5: Two cases of cholestasis in the first trimester of pregnancy after ovarian hyperstimulation, A.Musa Zamah M.D., Ph.D., Yasser Y. El-Sayed M.D. and Amin A. Milki M.D., Fertility and Sterility 2008-10-1, Vol 90, Issue 4
- 6: Gynekologen 2018



#Sjekkdeg – På seks minutter!

Kvinneklinikken på Haukeland har gjort ekstremsport av #sjekkdeg-kampanjen, med teambuilding og effektivitet i fokus. Etter den første nasjonale #sjekkdeg-kampanjen i 2017, som du kan lese om i Gynekologen nr. 4 fra samme år, videreutvikles kampanjen på gynekologiske avdelinger over hele landet. På Haukeland har gynekolog Grete Iversen ansvar for dagen, med mål om å teste flest mulig, best mulig og mest mulig effektivt på én ettermiddag.



Grete Iversen er ansvarlig gynekolog for #sjekkdeg-kampanjen på Haukeland.

Celleprøve i ekspressfart

Haukeland sykehus var sent ute med #sjekkdeg-kampanjen, og kom i gang først i 2018. Da rådførte de seg med Stavanger, som anbefalte 12 minutter per pasient og forhåndsbooking. 74 Haukeland-ansatte ble testet av syv lege-sykepleier-team (med fire leger på venteliste for å få være med som undersøker!), og konklusjonen var at man kunne testet flere. Året etter gikk man over til dropin-system, men fikk bare testet 69 ansatte på denne måten, også da med leger på reserveliste.

I 2020 bestemte man seg for å skru opp tempoet og ta så mange celleprøver som mulig. Fremdeles stod syv leger for testingen

(begrensning på antall rom, typisk nok), men med kun halve konsultasjonstiden og seks minutter per pasient! Man åpnet for at alle kunne teste seg, ikke bare sykehusansatte, og forhåndsbooket hele 180 konsultasjoner. Etter noen korona-avbestillinger ble intet mindre enn 169 celleprøver tatt.

Hvordan tar man 169 celleprøver på en ettermiddag, inkludert pizzapause?

En komité med en representant fra hver faggruppe planlegger dagen. Selve møtet drar nytte av tidligere erfaringer og tar kun få minutter. Alt som kan gjøres på forhånd blir gjort på forhånd, for eksempel ferdige maler (DIPS-fraser) som ligger klart i journal-systemet. Pasientene skal spørres om tidligere celleforandringer,

for å sikre at nasjonale retningslinjer følges. Lege og sykepleier jobber i team, og alle rekvisisjoner er fylt ut på forhånd. Kommunikasjonsavdelingen har i samarbeid med Iversen informert alle pasienter på forhånd om at det ikke vil gjøres full GU, KUN celleprøve. Sekretærene vet at time kun skal gis til kvinner mellom 25 og 69 år.

I tillegg benytter professor Jone Trovik anledningen til å drive undervisning, i kjent stil. To studenter på gyn/obs-termin rekrutteres enkelt til å dele en liste, og på den måten sikres eminent celleprøvetaking hos et par kollegaer i fremtiden. I år har studentene for første gang ni minutters konsultasjoner.

Går dette bra da?

Alle kvinnene kommer for det samme og er oftest takknemlige for at prøvetakingen er raskt overstått. 169 celleprøver på tre timer er ypperlig teambuilding, og sykepleiere, helsesekretærer og medisinstudenter gleder seg i lang tid. Ikke minst er det stadig ivrige leger på reserveliste, selv om alle celleprøvesvar skal formidles til pasienten med brev. Det gis ingen avspasering eller lønn for økten.

Skeptisk? Kanskje forståelig, men #sjekkdeg-kampanje i ekspressfart er både gøy for ansatte og positivt for pasientene. De vender gjerne tilbake året etterpå - selv om man selvfølgelig hindrer dem fra dette dersom forrige screening var normal og prøven er unødvendig.






thermo scientific

sFit-1
PIGF
PAPP-A


Complete pre-eclampsia portfolio

Reliable first trimester screening and improved diagnosis and short-term prognosis > 20 weeks of gestation

-  **B·R·A·H·M·S biomarkers PAPP-A, PIGF and sFit-1**
Outstanding precision and long-term stability
-  **B·R·A·H·M·S Fast Screen pre I plus**
CE marked software for risk assessments
-  **B·R·A·H·M·S KRYPTOR systems**
Fast, precise and easy biomarker measurements

Your ACCESS to an
interactive e-detail

Get more information on
pre-eclampsia management
throughout pregnancy

 prenatal.world-of-biomarkers.com
Pin code: ratio01



For mer informasjon kontakt Thermo Fisher Diagnostics AS,
Tlf: 23 00 99 00 | eMail: no.cdd@thermofisher.com

Products are CE marked but not 510(k)-cleared and not available for sale in the U.S. Availability of products in each country depends on local regulatory marketing authorization status.

© 2021 Thermo Fisher Scientific Inc. All rights reserved. All trademarks are the property of Thermo Fisher Scientific and its subsidiaries unless otherwise specified. KRYPTOR is a trademark of Cisbio Bioassays, licensed for use by B·R·A·H·M·S, a part of Thermo Fisher Scientific.

ThermoFisher
SCIENTIFIC

NFOG (Nordisk forening for obstetrik og gynekologi) søker hjelp fra unge LIS:

NFOG har laget en elektronisk lærebok for medisinstudenter. Denne er gratis tilgjengelig og du finner den på link *Obstetrics and Gynecology - sundhed.dk*.

For å gjøre boken enda mer aktuell og øke læringsutbytte for medisinstudenter ønsker vi å legge til kasuistikker (engelsk: case) ved hvert kapittel. Dette kan typisk være liten pasienthistorie som utvikler seg skritt for skritt og «fasit» avdekkes gradvis slik at studenten kan tenke litt først hva hen tenker er rett diagnose/videre utredning/behandling.

Vår egen Annetine Staff har laget sin «case» til kapittelet «Preeclampsia and other hypertensive disorders of pregnancy», ved at «pasienten» har ulike spørsmål som hun ønsker besvart.

Vi tror at du som fersk i gamet husker hvordan det var å være medisinstudent; hva var litt kronglete å skjønne? Hvilken kunnskap er viktig når en skal møte gynobstproblemstillinger som LIS1 på sykehus/i primærhelsetjenesten?

Vil du være med å bidra til å utvikle læreboken så velg hvilket

klinisk problem du ønsker å illustrere og ta tastaturet fatt. Kanskje møtte du en typisk kasus på vakt eller poliklinikk i går? Husk å ikke gi personidentifiserbare detaljer. Kunstnerisk frihet er her velkomment. Evt. labverdier må oppgis med normalreferanse fra din lab.

NFOG verdsetter arbeid med læreboken, og de som leverer minimum tre kasuistikker vil få en formell anerkjennelse med et «Certificate of recognition» som vil ta seg flott ut på CVen (og i pedagogisk portfolio for de som tenker på en videre akademisk karriere).

Hvis du vil bidra til lærebokprosjektet kan du sende din(e) kasuistikk(er) til jone.trovik@med.uib.no

Jone Trovik

På vegne av NFOG textbook editorial board

C Toviaz «Pfizer» Muskarinreseptorantagonist. ATC-nr.: G04B D11

T DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver depottablett inneh.: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoff. 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	2-4 mg	Bør unngås
	Moderat	4-8 mg	4 mg	Kontraindisert
	Alvorlig	4 mg	Bør unngås	Kontraindisert
Nedsatt leverfunksjon1	Mild	4-8 mg	4 mg	Bør unngås
	Moderat	4 mg	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. **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 nevropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller opptrères hos 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 antimuskariner 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 UV1 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 iskem, 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 søvnløshet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktase-mangel eller glukosegalaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskariner eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiver, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørrhet, søvnløshet, 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, ritonavir (og alle ritonavirforsterkede PI-regimer) sakinavir 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 og dosereduksjon 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 mannlige eller kvinnelige 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: Munntørrhet. Vanlige (>1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmerte, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Torr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Torre øyne. Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Abdominal ubehag, flatulens, gastroøsofageal refluks. Hjerte/ kar: Takykardi, palpitasjoner. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørrhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, sømnløshet. Nyre/urinveier: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinhesitasjon. Øre: Vertigo. Øye: Uklart syn. Øvrige: Utmattelse. Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): 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 opp til 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge bivirkninger. Behandling: Ev. ventrikkelskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D11 side 65 d i Felleskatalogen 2012. **Egenskaper:** Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolysert av spesifikke plasmaesteraser 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. Gjennomslutning Cmax og AUC for aktiv metabolitt, øker opp til 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. (bliste) kr. 342,00. 8 mg: 28 stk. (bliste) kr. 953,40. 8 mg: 28 stk. (bliste) kr. 398,40. 84 stk. (bliste) kr. 1122,60. Refusjon: IGO4B D11_1. Fesoterodin. Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urgeinkontinens). Refusjonskode: ICPC Villkår nr ICD Villkår nr U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens Villkår: Ingen spesifisert. Sist endret: 13.11.2019

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

PP-TOV-NOR-0062 - Credit Getty Images

1. SpC Toviaz

Viktig sikkerhetsinformasjon

Bivirkninger: Svært vanlige (>1/10): Munntørrhet. Vanlige (>1/100 til <1/10): Abdominalsmerte, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Torr hals. Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Torre øyne.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet, peanøtter eller soya eller overfor hjelpestoffene. Urinretensjon, ventrikkelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megakolon. Alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child Pugh C). Samtidig bruk av potent CYP3A4-hemmer 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 søvnløshet.

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

Gynekologen memorerer er en jubileumsspalte i forbindelse med NGFs 75-årsjubileum i 2021. Den tar for seg historiske temaer og kuriositeter med utgangspunkt i jubileumsboken *Midt i livet*, etter tillatelse fra forfatterne. Boken er formelt omtalt og anbefalt i *Gynekologen* 2-2021.

Det første årsmøtet

Oslo gynekologisk forening ble stiftet allerede i 1940. Først 1. mars 1946 vedtok seksten av deres medlemmer enstemmig å opprette en landsdekkende «Norsk gynekologisk forening». Et styre ble konstituert og holdt sitt første styremøte samme dag. De syv neste månedene ble flere saker behandlet, blant annet godkjenning til å avholde NGFs aller første årsmøte sammen med Norsk kirurgisk forening under bededagshelgen samme høst.

Det første årsmøtet i Norsk gynekologisk forening	
Sted	Oslo
Dato	1. og 2. november 1946, bededagshelgen
Emne	Ileus Ovarialabscesser Bruk av Kiellands tang ved dyp tverrstand

Den første generalforsamlingen

Den første generalforsamlingen ble avholdt på ettermiddagen den 2. november og behandlet blant annet følgende saker:

- 17 spesialister ble tatt opp som Norsk gynekologisk forenings første medlemmer, med både kvinnelige og mannlige navn på listen.
- NGFs lover ble enstemmig vedtatt etter forslag fra styret, og gjelder i stor grad fremdeles.
- Man vedtok enstemmig to forskjellige avlønningsmåter for mindre, respektive store avdelinger.
- Man vedtok å sløyfe spesialiteten «fødselshjelp», slik at det bare ble én spesialitet, nemlig «fødselshjelp og kvinnesykdommer».
- Årskontingenten ble enstemmig fastsatt til kr. 10.- per år.

Fra hovedstaden til resten av landet

Sentralstyret i Den norske lægeförening godkjente dannelsen av Norsk gynekologisk forening den 28. november 1946, og det ble besluttet at man skulle avholde årlige årsmøter i Oslo. Først i 1961 ble årsmøtet holdt utenfor Oslo. Med bakgrunn i tabell 1 kan vi trygt fastslå at NGF har gått fra å være en sentralisert forening med dominerende røtter i hovedstaden, til en mer landsomfattende forening med god forankring over hele landet.

Referanser:

1. Børdal PE, Moen MH, Jerve F. (1996). *Midt i livet*. Tapir forlag.

Tabell 2
Årsmøter i Norsk gynekologisk forening 1946-96.

1946	Oslo	1969	Røros	1984	Lillehammer
1947	Oslo	1970	Stavanger	1985	Skien
1948	Oslo	1971	Trondheim	1986	Stavanger
1949	Oslo	1972	Tromsø	1987	Ringerike
1951	Oslo	1973	Kiel	1988	Trondheim
1953	Oslo	1974	Hovden	1989	Tromsø
1955	Oslo	1975	Sandefjord	1990	Kristiansand
1957	Oslo	1976	Molde	1991	Fredrikstad
1959	Oslo	1977	Fredrikstad	1992	Bergen
1961	Bergen	1978	Bergen	1993	Kiel
1963	Geilo	1979	Kiel	1994	Harstad
1965	Lillehammer	1980	Bodø	1995	Ålesund
1966	Bergen	1981	Førde	1996	Trondheim
1967	Tønsberg	1982	Drammen		
1968	Oslo	1983	Haugesund		



BULKAMID®

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

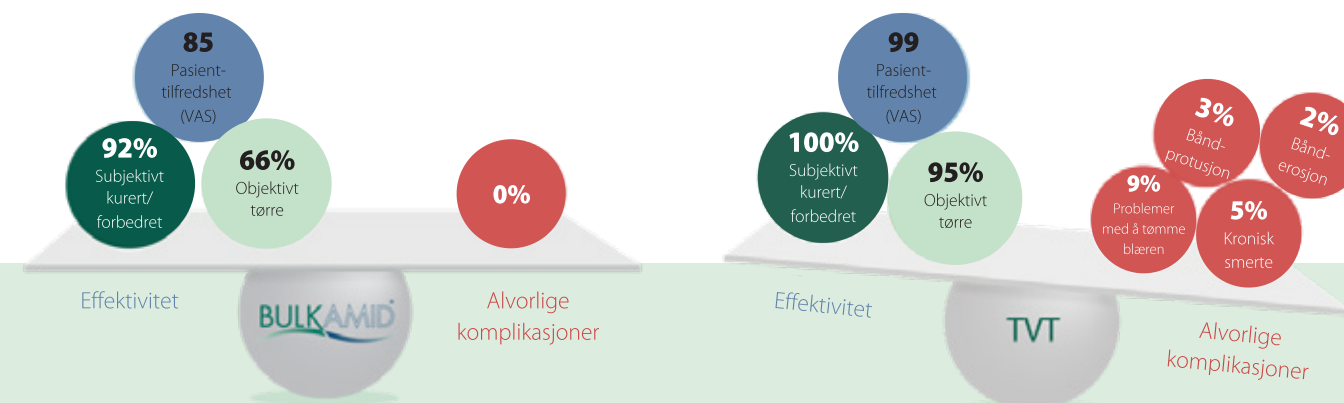


Bulkamid: Kvinners førstevalg for behandling av SUI

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 customersupport@axonics.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

OUS/BULK/2021/113

Femoston «Mylan Healthcare Norge AS»

C Østrogen-progestogen sekvenspreparat

ATC-nr.: G03F B08

TABLETTER, filmdrasjerte 1 mg/10 mg: Hver pakning inneholder 14 hvite og 14 grå tabletter. Hver hvit tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 1 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). Hver grå tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 1 mg, dydrogesteron 10 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

TABLETTER, filmdrasjerte 2 mg/10 mg: Hver pakning inneholder 14 rødbrune og 14 gule tabletter. Hver rødbrun tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 2 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver gul tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 2 mg, dydrogesteron 10 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >6 måneder etter siste menstruasjon. Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose, eller der disse er kontraindisert. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

Dosering: 1 tablett daglig uten opphold i 28 dagers sykkluser (østrogenbehandling i 14 dager etterfulgt av 14 dager med østrogen-/progestogenbehandling). Ved oppstart og fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose brukes, i kortest mulig tid. **Behandlingsstart:** Bør startes med 1 mg/10 mg, dosen kan deretter justeres

avhengig av klinisk respons. Ved overgang fra annet kontinuerlig sekvensielt eller syklisk preparat, bør pågående 28 dagers behandlingssyklus fullføres før byttet. Ved overgang fra annen kontinuerlig kombinasjonsbehandling, kan byttet gjøres når som helst. **Behandlingsregime:** 1 mg/10 mg: 1 hvit tablett daglig de første 14 dagene, deretter 1 grå tablett daglig de neste 14 dagene, som anviset på kalenderpakningen. 2 mg/10 mg: 1 rødbrun tablett daglig de første 14 dagene, deretter 1 gul tablett daglig de neste 14 dagene, som anviset på kalenderpakningen. **Glemte dose:** Glemte tabletter bør tas så snart som mulig innen 12 timer. Hvis det har gått >12 timer, bør behandling fortsettes med neste tablett uten å ta den glemte tableten. Sannsynligheten for gjennombrudds-/sporbldning kan øke. **Administrering:** Bør tas til samme tid hver dag. Tas med eller uten mat. Svelges hele med vann. **Egenskaper:** Klassifisering: Tofasisk kontinuerlig sekvensielt kombinasjonspreparat. Består av 17-beta-østradiol som er kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol, og progestogenet dydrogesteron i behandlingens 2. fase. **Pakninger og priser: 1 mg/10 mg:** 84 stk. (blister) kr 280,40. **2 mg/10 mg:** 84 stk. (blister) kr 280,40.

Femostonconti «Mylan Healthcare Norge AS»

C Østrogen-progestogen kombinasjonspreparat

ATC-nr.: G03F A14

TABLETTER, filmdrasjerte 0,5 mg/2,5 mg: Hver tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 0,5 mg, dydrogesteron 2,5 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult jernoksid (E 172).

TABLETTER, filmdrasjerte 1 mg/5 mg: Hver tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 1 mg, dydrogesteron 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult og rødt jernoksid (E 172).

Indikasjoner: Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset. 0,5 mg/2,5 mg: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >1 år etter siste menstruasjon. 1 mg/5 mg: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >1 år etter siste menstruasjon. Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose, eller der disse er kontraindisert.

Dosering: 1 tablett daglig uten opphold i 28 dagers sykkluser. Ved oppstart og fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose av kortest mulig varighet benyttes. Behandlingsstart avhenger av tid siden menopause og symptomenes alvorlighetsgrad. Ved naturlig menopause bør ikke behandling startes før tidligst 1 år etter siste menstruasjon. Ved kirurgisk indusert menopause kan behandling startes umiddelbart. Dosen kan justeres etter oppstart, avhengig av klinisk respons. Ved overgang fra annet kontinuerlig sekvensielt eller syklisk preparat, bør pågående 28 dagers behandlingssyklus fullføres før byttet. Ved overgang fra annen kontinuerlig kombinasjonsbehandling, kan byttet gjøres når som helst. **Glemte dose:** Glemte tabletter bør tas så snart som mulig innen 12 timer. Hvis det har gått >12 timer

bør behandling fortsettes med neste tablett uten å ta den glemte tableten. Sannsynligheten for gjennombrudds-/sporbldning kan øke. **Administrering:** Bør tas til samme tid hver dag. Tas med eller uten mat. Svelges hele med vann. **Egenskaper:** Klassifisering: Kontinuerlig kombinasjonspreparat. Består av 17-beta-østradiol som er kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol og progestogenet dydrogesteron. **Pakninger og priser: 0,5 mg/2,5 mg:** 84 stk. (blister) kr 356,10. **1 mg/5 mg:** 84 stk. (blister) kr 374,50.

Felles tekst for begge produkter:

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller nåværende venøs tromboemboli (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile sykdommer (f.eks. protein C-, protein S-, eller antitrombinmangel). Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri.

Forsiktighetsregler: HRT ved postmenopausale symptomer bør kun startes hvis symptomer har negativ innvirkning på livskvalitet. Grundig nytte-/risikovurdering bør foretas minst 1 gang pr. år og HRT bør kun fortsettes så lenge nytte oppveier risiko. Begrensede data om risiko ved HRT ved prematur menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan nytte-/risikobalansen være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre. **Medisinsk undersøkelse/opfølging:** Før HRT startes eller gjenopptas bør en komplett anamnese (inkl. familieanamnese) foretas. Medisinsk undersøkelse (inkl. underliv og bryst) bør foretas mht. anamnese, kontraindikasjoner og advarsler for bruk. Rutinemessig kontroll under behandling anbefales. Kvinnen bør opplæres i hvilke endringer i brystene som bør rapporteres til lege/sykepleier. Undersøkelser, inkl. egnet billediagnostikk, f.eks. mammografi, bør utføres iht. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. **Tilstander som krever tilsyn:** Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller ble forverret under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør kvinnen overvåkes nøye (disse tilstandene kan komme tilbake eller forverres under behandling): Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, gallestein, migrene eller kraftig hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose, meningeom. Behandling bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk, nye anfall av migranelignende hodepine eller graviditet. **Endometriehyperplasi og karsinom:** Ved intakt uterus øker risiko for endometriehyperplasi og karsinom (2-12 ganger) hvis østrogen gis alene over tid. Risikonivået kan være økt i minst 10 år etter seponering. Tillegg av et progestogen syklisk i minst 12 dager pr. måned/28 dagers sykklus eller kontinuerlig kombinert østrogen-progestogenbehandling hos kvinner med intakt uterus, kan redusere den økte risikoen forbundet med HRT med østrogen alene. Gjennombrudds-/sporbldning kan forekomme i løpet av de første behandlingsmånedene. Hvis dette oppstår etter en tids behandling eller vedvarer etter seponering, bør årsaken undersøkes (kan omfatte endometriebiopsi for å utelukke malignitet). **Brystkreft:** Økt risiko ved kombinert østrogen-progestogenbehandling, muligens også ved østrogen alene. Risiko avhenger av HRT-varighet. Den økte risikoen reduseres etter avsluttet behandling. Tid til baseligne avhenger av varighet av tidligere HRT. Ved varighet over 5 år kan risikoen vedvare i 10 eller flere år. HRT, spesielt kombinert østrogen-progestogenbehandling, øker tettheten på mammografibilder, noe som kan ha negativ innvirkning på radiologisk påvisning av brystkreft. **Ovariekreft:** Epidemiologiske funn fra en stor metaanalyse antyder noe økt risiko ved bruk av HRT med østrogen alene eller østrogen-progestogen i kombinasjon. Økt risiko vises innen 5 års bruk, og avtar over tid etter seponering. Noen andre studier antyder at bruk av kombinasjons-HRT kan være forbundet med lik eller noe lavere risiko. **Venøs tromboemboli (VTE):** HRT er forbundet med høyere risiko (1,3-3 ganger) for utvikling av dyp venetrombose eller lungeemboli. Sannsynligheten er større 1. behandlingsår. Risikofaktorer for VTE omfatter bruk av østrogen, høy alder, omfattende kirurgi, langvarig immobilisering, overvekt (BMI >30 kg/m²), graviditet/post partumperiode, systemisk lupus erythematosus og kreft. Hos postoperative pasienter bør profylaktiske tiltak vurderes for å forhindre VTE etter kirurgi. Ved forventet langvarig immobilisering etter elektiv kirurgi bør HRT seponeres midlertidig 4-6 uker før inngrepet. Behandling bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobilisert. HRT er kontraindisert ved familær trombofil tilstand som har gitt seg utslag i trombose hos et familiemedlem, eller ved alvorlig koagulasjonsdefekt (f.eks. antitrombin-, protein S-, eller protein C-mangel eller kombinasjon av defekter). For kvinner som får antikoagulasjonsbehandling kreves grundig nytte-/risikovurdering ved bruk av HRT. Hvis VTE oppstår etter behandlingsstart, bør preparatet seponeres. Det bør rådes til umiddelbart å kontakte lege ved symptomer på tromboemboli (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselig brystsmerte, dyspne).

Koronar arteriell sykdom (CAD): Relativ risiko for CAD øker noe ved kombinert HRT med østrogen-progestogen. Absolutt risiko for CAD ved baseligne er sterkt aldersavhengig, og antall tilleggstilfeller av CAD pga. østrogen-progestogenbruk er svært lav hos friske kvinner

nær menopausen, men øker med økende alder. Iskemisk slag: Kombinert østrogen-progestogen og østrogen alene er forbundet med opp til 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativ risiko endres ikke med alder eller tid siden menopause. Risiko for slag ved baseligne er imidlertid sterkt aldersavhengig, og total risiko for slag ved HRT vil øke med alderen. **Andre tilstander:** Østrogen kan gi vaskeretensjon, og kvinner med hjertesvikt eller nedsatt nyrefunksjon bør overvåkes nøye. Kvinner med preeksisterende hypertriglyseridemi bør følges nøye, da østrogenbehandling i sjeldne tilfeller har gitt økte plasmatriglyseridnivåer som har ført til pankreatitt. Østrogen øker thyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt thyreoidhormonnivå. Opptak av T₃-resin reduseres, noe som reflekterer økt TGB. Konsentrasjon av fritt T₄ og T₃ er uendret. Andre bindende proteiner, som kortikoidbindende globulin (CBG) og kjønnsormonbindende globulin (SHBG), kan være økt i serum, og gi økte nivåer av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnsormoner. Konsentrasjon av frie eller biologisk aktive hormoner er uendret. Andre plasmaproteiner kan være økt (angiotensinogen-/reninsubstrat, α₁-antitrypsin, ceruloplasmin). HRT forbedrer ikke kognitiv funksjon. Kvinner >65 år som har startet behandling med kontinuerlig kombinert HRT eller HRT med østrogen alene, kan ha økt risiko for demens. **Hjelpestoffer:** Inneholder laktose og bør ikke tas ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Metabolismen av østrogen og progestogen kan økes ved samtidig bruk av substanser som inducerer legemiddelmetaboliserende enzymer (spesielt CYP450), slik som antiepileptika, antiinfektiver og johannesurt (prickperikum). Ritonavir og neflavinir er sterke hemmere, men kan også ha induserende effekt når de kombineres med steroider. Økt metabolisme av østrogen og progestogen kan gi nedsatt effekt og endringer i uterin blodningsprofil.

Graviditet, amming og fertilitet: Skal seponeres umiddelbart hvis graviditet oppdages under behandling.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmerte. Kjønnsorganer/bryst: Smerteløshet i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmertor. Nevrologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppblåsthet (inkl. flatulens), oppkast. Generelle: Astenitilstander (asteni, fatigue, malaise), perifer ødem. Hud: Allergisk hudreaksjon (f.eks. utslett, urticaria, pruritus) Infeksiøse: Vaginal candidiasis. Kjønnsorganer/bryst: Bekkensmerte, cervikal utflod, menstruasjonsforstyrrelse (inkl. postmenopausal sporbldning, metroragi, menoragi, oligomenoré, amenoré, uregelmessig menstruasjon, dysmenoré).

Nevrologiske: Migrene, svimmelhet. Psykiske: Depresjon, nervøsitet. Undersøkelser: Vektøkning. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi. Immunsystemet: Overfølsomhet. Infeksiøse: Cystittlignende symptomer. Kar: Hypertensjon, perifer vaskulær sykdom, varicer, venøs tromboembolisme. Kjønnsorganer/bryst: Brystforstørrelse, premenstruelt syndrom. Lever/galle: Galleblæresykdom, unormal leverfunksjon (av og til med ikterus, asteni eller malaise og abdominalsmerte). Psykiske: Libidoforstyrrelser. Svulster/cyster: Forstørrelse av uterine leiomyomer. Undersøkelser: Vekttap. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymfe: Hemolytisk anemi. Hjerne: Hjerteinfarkt. Hud: Angioedem, erythema nodosum, kloasma (som kan vedvare etter seponering av legemidlet), vaskulær purpura. Kar: Hjerreslag. Muskel-skjelettsystemet: Kramper i bena. Nevrologiske: Meningeom. Øye: Intoleranse mot kontaktlinser, økt krumming av hornhinnen. **Klasseeffekter:** Andre bivirkninger sett ved østrogen-progestogenbehandling: Østrogenavhengige neoplasmer, både benigne og maligne, f.eks. endometriekreft, ovarialkreft. Økt størrelse av meningeomer. Systemisk lupus erythematosus. Hypertriglyseridemi. Mulig demens, chorea, forverret epilepsi. Arteriell tromboembolisme. Pankreatitt ved preeksisterende hypertriglyseridemi. Erythema multiforme. Urininkontinens. Fibrosytisk brystsykdom, cervixerosjon. Forverret porfyri. Økt nivå av totalt thyreoidhormon. Om økning i risiko for brystkreft, endometriekreft, ovariekreft, VTE, CAD og iskemisk slag, se Forsik-tighetsregler og SPC.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme, oppkast, ømhet i brystene, svimmelhet, abdominalsmerte, tretthet/fatigue og bortfallsblødning kan forekomme. **Behandling:** Ikke sannsynlig at spesifikk eller symptomatisk behandling er nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogener G03C og progestogener G03D på www.felleskatalogen.no.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Erstatte redusert østrogenproduksjon hos postmenopausale kvinner og lindrer menopausale symptomer. Østrogen forebygger tap av benmasse etter menopause eller ovariektomi. Tillegg av progestogen reduserer i stor grad østrogenindusert risiko for endometriehyperplasi hos kvinner med intakt uterus. Lindring av menopausale symptomer oppnås i løpet av få ukers behandling. **Absorpsjon:** Mikronisert østradiol absorberes raskt. Dydrogesteron absorberes raskt, T_{max} 0,5-2 timer. **Proteinbinding:** Østradiol: Ca. 30-52% bindes til albumin, ca. 46-69% til SHBG. Dydrogesteron og metabolitten dihydrodydrogesteron (DHD): >90% bundet til plasmaproteiner. **Halveringstid:** 10-16 timer for østradiol, 5-7 timer for dydrogesteron og 14-17 timer for DHD. **Utskillelse:** Dydrogesteron: Ca. 63% via urin. Basert på SPC (27.11.2020). **Sist endret:** 12.01.2021.

Viatrix
PB 194, 1371 Asker
Telefon: 66 75 33 00
infororge@viatrix.com



VIATRIS

Femoston® Femostonconti

østradiol/dydrogesteron

Dydrogesteron- et unikt
og selektivt progestogen^{2,3}

- Kombinasjonsbehandling ved symptomer på østrogenmangel³
- Flere styrker, individuell behandling¹



MyWay
Viatrix kvinnehelse

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Indikasjoner Femoston®:¹ Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >6 måneder etter siste menstruasjon. Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose, eller der disse er kontraindisert. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

Indikasjoner Femostonconti:¹ Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >1 år etter siste menstruasjon. 1 mg/5 mg: Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose eller der disse er kontraindisert. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

Kontraindikasjoner:⁴ Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne svulster. Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller nåværende venøs tromboemboli. Kjente trombofile sykdommer. Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom. Akutt eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri.

Forsiktighetsregler:⁵ Før HRT startes bør en komplett anamnese foretas. Grundig nytte-/risikovurdering bør foretas 1 gang pr. år og HRT bør kun fortsettes så lenge nytte oppveier risiko. Begrensede data om risiko ved HRT ved prematur menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan nytte-/risikobalansen være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre.

1. Femoston og Femostonconti SPC (27.11.2020) avsnitt 4.1 (indikasjoner)
2. Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R, Huber J, et al. Classification and pharmacology of progestins. Maturitas. 2003 Dec 10;46 Suppl 1:S7-S16
3. <https://en.wikipedia.org/wiki/Dydrogesterone>
4. Femoston og Femostonconti SPC (27.11.2020) avsnitt 4.3 (kontraindikasjoner)
5. Femoston og Femostonconti SPC (27.11.2020) avsnitt 4.4 (advvarsler og forsiktighetsregler)

Viatrix
PB 194, 1371 Asker
Telefon: 66 75 33 00
infororge@viatrix.com



VIATRIS

FRIE FOREDRAG

Obstetrikk

01 Antall induksjoner øker – har det noen betydning for utfallet?

Haavaldsen, Camilla¹, Morken, Nils-Halvdan^{2,3}, Eskild, Anne^{1,4}.

¹Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog.

²Kvinneklivnikken, Haukeland universitetssykehus

³Universitetet i Bergen

⁴Universitetet i Oslo

Bakgrunn: Andel induserte fødsler har økt dramatisk de siste årene. Vi ønsket å studere om dette har hatt noen betydning for mor og barn, og om det har påvirket andel operative forløsninger.

Mål: Å studere endringer i følgende utfall: induksjoner, intrauterin fosterdød, nyfødte med lav Apgarscore, overflytting til nyfødte-intensivavdeling, neonatal død, post partumbødning >500 ml, forløsning med vakuuim/tang, akutte og elektive keisersnitt.

Metode: Data fra Medisinsk fødselsregister ble brukt i denne populasjonsbaserte studien. Vi inkluderte alle enlingfødsler i Norge mellom svangerskapsuke 37⁺⁰ og 42⁺⁶ i perioden 1999–2019 (n=1 127 945).

Resultater: I perioden 1999–2019 økte andel induksjoner fra 9,7% til 25,9%. I samme periode avtok forekomsten av intrauterin fosterdød, men vi fant en reduksjon kun i svangerskapsuke 42 (fra 0,17% til 0,08%). Forekomsten av fosterdød var uendret for de andre svangerskapsukene rundt termin. Det var ingen endring i andel nyfødte med lav Apgarscore, nyfødte som ble overflyttet nyfødte-intensivavdeling eller med neonatal død. Andel kvinner med post partumbødning >500 ml økte fra 11,4% til 30,1%. Det var høyere forekomst av post partumbødning blant kvinner som fikk fødselen indusert, men det var økning i post partumbødninger også blant ikke-induserte kvinner. Det var en liten økning i andel forløsninger med vakuuim/tang og akutte keisersnitt.

Konklusjon: Induksjon av fødsel utføres ofte for å unngå uheldige utfall for mor og barn. I Norge avtok forekomsten av fosterdød i svangerskapsuke 42 i løpet av studieperioden. I de andre ukene rundt termin fant vi ingen positive effekter av den økte andelen induksjoner.

02 Classification of indications for intrapartum Caesarean Section (CS) – the Norwegian experience of a new approach

Kessler Jørg^{1,2}, Robson Michael³

¹Haukeland University Hospital, Bergen,

²University of Bergen

³National Maternity Hospital, Dublin, Ireland

Background: There is no accepted, clinically useful classification of CS indications. This is essential to understanding how childbirth can be made safer. The classification must be simple to implement and universally applicable irrespective of how labour is managed. The ability to improve care should easily follow.

Aim: To validate a classification of CS indications (used within the Robson Ten Group classification) that uses rate of progress of labour (*arbitrarily* chosen as greater or less than 1cm/hour from the diagnosis of labor, to either the time of full dilatation or the time of delivery by CS), the use or not of oxytocin and the terms fetal and dystocia.

Methods: Prospective observational study (Nor-why-caesarean study) on singleton term deliveries in Norway with spontaneous or induced labor, during February–August 2017. Training and testing of clinicians was provided to all units ensuring there was consistency in interpretation of the system. All CS were classified and linked with data collected by the Norwegian Medical Birth Registry.

Results: 25 delivery units, accounting for 82 % of deliveries in Norway took part, including 19062 women 1547 of which were delivered by CS and classified. Specific patterns for indications were found for different groups of women.

Conclusion: The classification system was validated successfully in Norway. We recommend it to be used routinely, a prerequisite being incorporation into electronic maternity systems. If implemented nationally and internationally, learning from each other could improve the experience and safety of the childbirth.

03 Markante immunologiske forandringer i ulike stadier av svangerskapet

Jarmund, Anders H.^{1,2}, Giskeødegård, Guro E.³, Ryssdal, Mariell,^{1,2} Steinkjer, Bjørg,^{1,2} Stokkeland, Live M. T.,^{1,2} Madssen, Torfinn S.,⁴ Stafne, Signe N.,^{3,5} Stridsklev, Solhild,^{1,6} Moholdt, Trine,^{4,6} Heimstad, Runa,¹ Iversen, Ann-Charlotte,^{1,2,6*} Vanky, Eszter^{1,6*}

*Delt sisteforfatterskap

¹Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

²Senter for molekylær inflammasjonsforskning (CEMIR), NTNU.

³Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU.

⁴Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU.

⁵Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim.

⁶Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim.

Bakgrunn: Svangerskapet er en finjustert immunologisk balanse mellom mor og foster hvor maternell kapasitet og føtale behov må ivaretas under stadig skiftende forhold. Immunsystemet spiller en viktig rolle ved utvikling av svangerskapskomplikasjoner. Likevel mangler det kunnskap om hvordan mors immunstatus forandrer seg gjennom ukompliserte svangerskap fram til termin og i overtidige svangerskap, og hvordan immunstatusen påvirkes av ulike faktorer. Slike systemiske, immunologiske forandringer kan undersøkes ved bred cytokinprofilering av maternelt serum.

Mål: Kartlegge longitudinelle, immunologiske forandringer i mors serum gjennom ukompliserte og overtidige svangerskap, og undersøke effekten av maternelle og føtale faktorer.

Metode: Totalt 1149 serumprøver ble samlet på ulike tidspunkt i ukompliserte svangerskap (n=311) og omkring uke 41+2 i overtidige svangerskap (n=396). Serumnivået av 22 cytokiner og CRP ble målt ved multiplex-analyse og benyttet til profilering med univariate og multivariate statistiske metoder.

Resultater: Cytokin-nivåene i mors serum viste karakteristiske forandringer og delte svangerskapet inn i spesifikke immunologiske faser hvor første og tredje trimester var assosiert med sterkest immunaktivisering. Kvinner med overtidig svangerskap viste en markant cytokin-mobilisering som ble ytterligere forsterket når fødselen nærmet seg. Maternelle faktorer som fedme og røyking, men også fosterets kjønn, påvirket mors immunstatus med trimester-spesifikke eller vedvarende effekter.

Konklusjon: Cytokinprofilering er et sensitivt mål på immunologiske forandringer hos mor ved ukompliserte og ved overtidige svangerskap, og kan potensielt identifisere avvikende immunologiske forandringer og dermed økt risiko for svangerskapskomplikasjoner. Cytokinprofilering avslører at maternelle og føtale faktorer har målbare effekter på den immunologiske utviklingen hos mor under svangerskapet.

04 Bruk av antihistaminer før og under svangerskapet og risiko for utvikling av tidlig preeklampsi hos allergiske kvinner i en populasjonsbasert cohort

Sande, Anne K^{1,2}, Torkildsen, Erik A^{1,2}, Sande, Ragnar K^{1,2}, Dalen, Ingvild⁴, Danielsson, Kim C^{2,3}, Morken, Nils H^{2,3}.

¹Kvinneklivnikken, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger, Norge.

²Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen, Norge.

³Kvinneklivnikken, Haukeland universitetssjukehus, Bergen, Norge.

⁴Seksjon for biostatistikk, Forskningsavdelingen, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger, Norge.

Bakgrunn: Pregestasjonell maternell allergi er en isolert risikofaktor for tidlig preeklampsi.

Mål: Å undersøke assosiasjonen mellom allergiske kvinners bruk av antihistaminer i relasjon til svangerskap, og utvikling av tidlig preeklampsi.

Metode: En populasjonsbasert cohortstudie med sammenslåtte data fra Medisinsk fødselsregister og Reseptregisteret 2004–2016. Utlevering av antihistaminer ble delt i tre grupper: Pregestasjonelt (siste seks måneder før konsepsjon), tidlig svangerskap (fra konsepsjon til uke 20) og sent svangerskap (uke 20–uke 36). Vi brukte binomial logistisk regresjon for å estimere odds ratios (OR) med 95% konfidensintervall (KI) for utvikling av tidlig preeklampsi hos allergiske kvinner som bruker antihistaminer i relasjon til svangerskapet, justerte for mors alder og stratifiserte for flerlingesvangerskap og paritet.

Resultater: Vi registrerte 762.399 svangerskap. 3239 (0.42%) hadde tidlig preeklampsi. Kvinner som brukte antihistaminer pregestasjonelt og i tidlig svangerskap hadde ingen økt risiko for å utvikle tidlig preeklampsi sammenliknet med kvinner som ikke fikk forskrevet antihistaminer (OR 1.0, 95% KI 0.8–1.2 and OR 0.9, 95% KI 0.8–1.1). Antihistaminer forskrevet sent i svangerskapet var assosiert med økt risiko for tidlig preeklampsi med OR 1.8 (95% KI 1.5–2.1). En plausibel forklaring er at kvinner som bruker antihistaminer sent i svangerskapet har den økte risikoen for tidlig preeklampsi som er assosiert med allergi; denne risikoen er redusert for kvinner som bruker antihistaminer før og under placentering.

Konklusjon: Bruk av antihistaminer pregestasjonelt eller i løpet av første halvdel av svangerskapet er assosiert med redusert risiko for utvikling av tidlig preeklampsi, sammenliknet med kvinner som brukte antihistaminer kun i siste halvdel av svangerskapet.

05 Intrauterine placental volume and placental volume relative to fetal volume: Percentiles based on magnetic resonance imaging examinations

Peterson, Helene F.¹, Eskild, Anne^{1,2}, Sommerfelt, Silje¹, Gjesdal, Kjell-Inge³, Arne S. Borthne, Arne S.^{2,3} Mørkrid, Lars⁴, og Hillestad, Vigdis^{1,3}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital, P.O. Box 1000, N-1478 Lørenskog, Norway.

²Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, P.O. Box 1171 Blindern, N-0318 Oslo, Norway.

³Department of Diagnostic Imaging, Akershus University Hospital, P.O. Box 1000, N-1478 Lørenskog, Norway.

⁴Department of Medical Biochemistry, Oslo University Hospital, P.O. Box 4950 Nydalen, N-0424 Oslo, Norway.

Aim: To provide normative data about intrauterine placental growth and placental growth relative to fetal growth (placental to fetal ratio) by measuring placental and fetal volumes with magnetic resonance imaging (MRI).

Method: We examined 107 non-selected singleton pregnancies with MRI at gestational week 27 and 37. The MRI images were obtained in the sagittal plane, with 5 millimeter slice thickness. The placenta and the fetus were traced offline, and volumes were calculated based on the measured area and slice thickness. Based on the MRI examination, we estimated percentiles of the placenta and of the placental to fetal ratio (placental volume (cm³)/fetal volume (cm³)).

Results: The median placental volume at gestational week 27 was 513 cm³ (interquartile range (IQR) 182 cm³), and at gestational week 37 the median volume was 831cm³ (IQR 252 cm³). The 10th – 90th percentiles included placental volumes between 392-717 cm³ at gestational week 27, and between 631-1087 cm³ at gestational week 37. The placental to fetal ratio was significantly higher at gestational week 27 than at gestational week 37, with a median ratio of 0.54 (IQR 0.18) and 0.31 (IQR 0.08) respectively (p<0.001). The corresponding 10th-90th percentiles included placental to fetal ratios between 0.43-0.73 and 0.25-0.39.

Conclusion: At gestational week 27, the placental volume was about half the size of the fetal volume, whereas in gestational week 37, the placental volume was about one third of the fetal volume. This finding suggests that placental growth was less pronounced than fetal growth after gestational week 27.

06 The relation of number of childbirths with age at natural menopause: a population study of 310 147 women in Norway

Gottschalk, Marthe S.^{1,2}, Eskild, Anne^{1,2}, Hofvind, Solveig³, Bjelland, Elisabeth K.¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital.

²Institute of Clinical Medicine, University of Oslo.

³Department of Mammography Screening, Cancer Registry of Norway.

Background: Pregnancies interrupt ovulation, and a high number of pregnancies has therefore been assumed to delay menopause. However, beyond two childbirths, the association of number of childbirths with age at natural menopause remains inconclusive. Therefore, we aimed to study if age at natural menopause increases with increasing number of childbirths.

Methods: We performed a retrospective population study of 310 147 women in Norway, aged 50-69 years at data collection. The data was obtained by two self-administered questionnaires from women attending the BreastScreen Norway during the years 2006-2014. The associations of number of childbirths with age at natural menopause were estimated as hazard ratios by applying Cox proportional hazard models. We made adjustments for year and country of birth, smoking, education, oral contraceptive use, and BMI.

Results: Mean age at natural menopause was 51.17 years (95% CI: 51.15-51.19 years). After adjustment, the HR of menopause was 1.24 (95% CI: 1.22-1.27) for women with no childbirth, and HR was 1.10 (95% CI: 1.08-1.12) for women with one childbirth, using three childbirths as the reference. For any number of childbirths beyond three, the adjusted HR of reaching menopause were non-different from the reference group.

Conclusions: Age at natural menopause increased with increasing number of childbirths up to three childbirths, but did not increase beyond three childbirths. If pregnancies truly delay menopause, one would expect that women with the highest number of childbirths had the highest age at menopause. Thus, our results question the assumption that interrupted ovulation during pregnancy delays menopause.

Behandling ved vaginal atrofi

Gelisse® (50 mikrogram østriol/g vaginalgel) er et legemiddel for lokal behandling av vaginal atrofi¹.

EFFEKT
Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹⁻⁴

SIKKERHET
Ubetydelig systempåvirkning takket være lav dose^{1,4}

VAGINALGEL
Adhesiv, smørende og lindrende¹

RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL

Gelisse®
50 µg østriol/g vaginalgel

Gelisse
Østrogen
ATC-nr.: G03CA04.

VAGINALGEL 50 µg/g; 1 g inneh.: Østriol 50 µg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Lokalbehandling av vaginal tørrhet hos postmenopausale kvinner med vaginalatrofi.

Dosering: En applikatordose gir en dose på 1 g vaginalgel. Behandlingsoppstart: 1 applikatordose daglig i 3 uker. Vedlikeholdsbehandling: 1 applikator-dose 2 ganger i uken. Etter 12 uker bør lege vurdere om behandling skal fortsette.

Administrering: Føres dypt inn i vagina vha. applikator. Følg nøye bruksanvisningen i pakningsvedlegget.

Kontraindikasjoner: Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkt østrogenavhengig ondartet svulst (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeemboli). Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom i anamnesen (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Overfølsomhet for innholdstoffene. Porfyri.

Forsiktighetsregler: Til behandling av postmenopausale symptomer bør lokal østrogenbehandling kun innledes ved symptomer som reduserer livskvaliteten. For alle pasienter bør det foretas en grundig nytte-/risikovurdering minst 1 gang i året, og hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bør kun fortsette så lenge fordelene oppveier risikoen. Skal ikke kombineres med østrogenpreparater til systemisk behandling, da sikkerhet og risiko ved kombinasjonsbehandling ikke er studert. Intravaginal applikator kan gi små lokale skader, spesielt ved alvorlig vaginalatrofi. Medisinsk undersøkelse/oppfølging av behandling: For innledning eller gjenopptagelse av østriolbehandling bør fullstendig anamnese og familieanamnese foretas. Fysisk undersøkelse, inkl. bekken- og brystundersøkelse, bør foretas. Regelmessige kontroller anbefales. Kvinnen bør gis råd angående hvilke endringer i brystene som skal rapporteres til lege eller sykepleier. Evt. vaginalinfeksjoner skal behandles før behandlingsstart. Ved gjennombrudds- eller småblødninger når som helst under behandlingen, skal årsaken undersøkes. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

Interaksjoner: Ingen interaksjonsstudier er utført. Da preparatet administreres lokalt i en lav dose, forventes ingen klinisk relevante interaksjoner.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Ikke indisert under graviditet. Dersom graviditet inntreffer, skal behandlingen umiddelbart seponeres. Ingen kliniske data fra bruk under graviditet. Epidemiologiske data indikerer ingen teratogene eller føtotoksiske effekter. Amming: Ikke indisert ved amming.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hud: Pruritus. Kjønnorganer/bryst: Genital pruritus. Øvrige: Pruritus på påføringsstedet. Mindre vanlige (≥ 1/1000 til <1/100): Hud: Prurigo. Infeksiøse: Candidiasis. Kjønnorganer/bryst: Bekkensmerter, genitalt utslett. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Irritasjon på påføringsstedet.

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 31.08.2021. Gelisse, VAGINALGEL: Styrke: 50 µg/g. Pakning: 30 g (tube). For aktuell utsalgspris se www.legemiddelsok.no. Refusjon/Byttegruppe: -/- . Reseptgruppe C.

Referenser:
1. SPC Gelisse®, 04.2017, www.legemiddelverket.no
2. Cano et al. Menopause, 2012; 19 (10): 1130-9.
3. Caruso S et al. Menopause 2016; 23 (1): 47-54.
4. Delgado et al. Climacteric 2011; 14 (1): 66.

07 Intrauterin veksthemming og placentasvikt i tredje trimester: en kasuistikk med et spennende histologisvar

Albretsen, Nina¹, Thesen, Katrine², Johansen, Nora^{1,3}

¹Avdeling for obstetrik og gynekologi, Sorlandet sykehus HF Arendal

²Avdeling for patologi, Sorlandet sykehus HF Kristiansand

³Forskningsenheten, Sorlandet sykehus

Bakgrunn: 10-15% av alle svangerskap utredes for langsom fostervekst. Veksthemming er forbundet med økt risiko for perinatal sykdom og død.

Metode: Kasuistikk

Resultater: En 30 år gammel kvinne tar kontakt i uke 35+6 pga vaginalblødning. Gravida 5, para 2, ett levendefødt barn. Intrauterin fosterdød i uke 23, en provosert abort, en 1.trimester spontanabort og en keisersnittforløsning til termin. Hennes levendefødte barn hadde fødselsvekt < 2.5 percentilen, og årsaken til dette ble ikke funnet. I det aktuelle svangerskapet ble hun fulgt tett med tilfredsstillende tilvekst. Ved innkomst hadde barnet avvikende CTG, og det ble estimert til < 2.5 percentilen med tegn til sentralisering. Etter flere deselerasjoner ble pasienten forløst med keisersnitt i spinalbedøvelse. Ukomplisert operasjon med sprekt barn som veide 1785 gram (< 2.5 p). Placenta ble sendt til histologisk undersøkelse og denne viste kronisk histiocytær intervillusitt (CHI). Trolig har dette vært årsaken til hennes kompliserte obstetriske anamnese, for gjentakelsesrisikoen er 25-100%. CHI kjennetegnes ved maternelle makrofager i det intervilløse rom og er en sjelden tilstand, og diagnosen stilles ved histologisk undersøkelse. CHI er forbundet med spontanabort, veksthemming, preterm fødsel og intrauterin fosterdød. Årsaken er ikke kjent, men det er likheter mellom CHI og akutt avstøtning av organtransplantater. Forslått behandling etter påvist CHI i tidligere svangerskap inkluderer aspirin, lavmolekulært heparin, steroider og immunsuppressiva, men de studiene som finnes er små.

Konklusjon: Hos denne pasienten var funnet av CHI i placentahistologien forklaringen på hele hennes obstetriske anamnese, og man må vurdere forebyggende behandling ved en senere graviditet.

08 Prevalence of antibodies against SARS-CoV-2 in Norway during 2020. A population study of first trimester pregnant women.

Esild, Anne^{1,2}, Mørkrid, Lars^{3,4}, Mortensen, Siri B⁵, Leegaard Truls M^{5,2}

¹Division of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital, Norway

²Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway

³Department of Medical Biochemistry, Oslo University Hospital-Rikshospitalet, Norway

⁴Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway

⁵Department of Microbiology and Infection Control, Akershus University Hospital, Norway

⁶Multidisciplinary Laboratory Medicine and Medical Biochemistry, Akershus University Hospital, Norway

Objectives: The prevalence of antibodies against SARS Cov-2 at different time points during 2020, informs about the spread of the virus. We studied SARS CoV-2 seroprevalence among pregnant women from December 2019 through 2020.

Methods: We included all first trimester pregnant women (n=6 220), from December 2019 through December 2020, who were scheduled to give birth at Akershus University Hospital. We used sera that were frozen stored after compulsory testing for syphilis antibodies. SARS CoV-2 total antibodies (IgG and IgM) against the nucleocapsid antigen were detected by the Elecsys[®] Anti-SARS-CoV-2 immunoassay (Roche Diagnostics). Reactive serum was retested with the Liaison[®] SARS-CoV-2 S1/S2 IgG (DiaSorin), which detects SARS-CoV-2 spike IgG.

Results: The proportion with antibodies against SARS CoV-2, and thus had been infected, increased during the study period from 0.2% (1/448) in December 2019 to 4% (17/ 537) in November, and 5% (21/447) in December 2020. None of the seropositive women had been admitted to hospital with covid-19 in early pregnancy, and for very few the infection was recognized in the patient journal.

Discussion: We tested available serum from an entire defined population from December 2019 through December 2020 for SARS CoV-2 antibodies. Although tests may be falsely positive, our results suggest that the SARS CoV-2 epidemic came to Norway before March 2020. Ski-tourism in another European country is an unlikely source of infection for the women in our study. The relatively low seroprevalence of anti-SARS CoV-2, compared to most other countries, may be explained by implementation of extensive public preventive measures at an early stage of the epidemic.

09 Kroppsmasse mål og karfunksjon 1-3 år etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner

Klepp, Kristina^{1,2}, Staff, Anne C.^{1,2}, Sugulle, Meryam^{1,2}, Moe, Kjartan^{2,3}

¹Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

²Kvinneklivnikken, Ullevål, Oslo universitetssykehus

³Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Bærum sykehus, Vestre Viken helseforetak

Bakgrunn: Kvinner med tidligere hypertensive svangerskapskomplikasjoner (HSK) har økt kardiovaskulær sykdomsrisiko. Overvekt er en risikofaktor for både HSK og kardiovaskulær sykdom og angis oftest ved kroppsmasseindeks (KMI). Sammenlignet med KMI tar «estimated Total Body Fat» (eTBF), et kjønns spesifikt kroppsmasse mål, høyde for kroppsmassefordelingen og assosieres sterkere med kardiovaskulær død.

Mål: Å undersøke om eTBF eller KMI assosierer sterkest til karotis intima-media tykkelse (CIMT), som måler tidlig aterosklerose, og å vurdere assosiasjonen etter hypertensive versus normotensive indekssvangerskap.

Metode: Vi undersøkte CIMT, KMI og eTBF hos 276 kvinner 1-3 år etter fødsel. Gruppevis forskjeller i medianverdier ble analysert ved Mann-Whitney test. Assosiasjoner mellom KMI/eTBF og CIMT ble analysert ved aldersjustert, lineær regresjon. p-verdi < 0.05 ble ansett som statistisk signifikant.

Resultater: Median KMI var signifikant høyere etter HSK enn etter normotensive svangerskap (23.8 vs. 22.8, p=0.044). For eTBF, CIMT og alder var det ingen signifikante forskjeller. Kun KMI viste signifikant sammenheng med CIMT i totalpopulasjonen (KMI: r²=8.5, B=2.7, p=0.019, eTBF: r²=7.4, B=1.2, p=0.130) og i kontrollgruppen (n=108, KMI: r²=7.0, B=3.4, p=0.021, eTBF: r²=4.3, B=1.7, p=0.131). I HSK-gruppen (n=168) var verken KMI eller eTBF signifikant assosiert med CIMT (KMI: r²=10.4, B=1.5, p=0.252, eTBF: r²=10.3, B=1.1, p=0.296).

Konklusjon: Hos fertile kvinner med tidligere normotensive indekssvangerskap er kun KMI, ikke eTBF, assosiert med CIMT.

Verken KMI eller eTBF er assosiert med CIMT 1-3 år etter fødsel hos kvinner med tidligere HSK, og er antagelig mindre egnede risikomarkører for kardiovaskulær sykdom etter HSK. HSK bør derfor betraktes som en selvstendig kardiovaskulær risikofaktor, uansett kroppssammensetning.

010 Immunologiske forandringer under svangerskapet hos kvinner med polycystisk ovariesyndrom

Stokkeland, Live M. T.^{1,2}; Giskeødegård, Guro E.³; Ryssdal, Mariell^{1,2}; Jarmund, Anders H. ^{1,2}; Steinkjer, Bjørg^{1,2}; Madssen, Torfinn S.⁴; Stafne, Signe N.^{3,5}; Stridsklev, Solhild^{1,6}; Løvik, Tone S. ^{1,6}; Iversen, Ann-Charlotte^{1,2,6,*}; Vanky, Eszter^{1,6,*}

***Delt sisteforfatterskap**

¹Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

²Senter for molekylær inflammasjonsforskning (CEMIR), NTNU.

³Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU.

⁴Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU.

⁵Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim.

⁶Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim.

Bakgrunn: Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) er en vanlig endokrin tilstand kjennetegnet av hyperandrogenisme, uregelmessig menstruasjon og polycystiske ovarier. PCOS er assosiert med økt forekomst av svangerskapskomplikasjoner og lavgradig inflammasjon, men lite er kjent om hvordan PCOS påvirker mors immunsystem gjennom graviditeten. Longitudinell profilering av cytokiner i serum gir et sensitivt bilde av immunologisk utvikling og kan gi verdifull innsikt i immunstatus gjennom svangerskapet hos kvinner med PCOS.

Mål: Kartlegge og sammenligne systemiske, immunologiske forandringer hos gravide kvinner med og uten PCOS.

Metode: Longitudinell profilering av 22 ulike cytokiner og CRP i serum ved fire tidspunkt (uke 10, 19, 32 og 36) under svangerskapet hos kvinner med (n = 358) og uten PCOS (n = 258, kontroller).

Resultater: Kvinner med PCOS viste markante og trimester-spesifikke immunologiske forandringer gjennom graviditeten. Hele 17 cytokiner samt CRP var høyere hos kvinner med PCOS sammenliknet med kontroller i første trimester. Senere i svangerskapet fortsatte kvinner med PCOS å skille seg markant fra kontrollene med sterk påvirkning av multifunksjonelle cytokiner som interleukin (IL)-8, tumornekrosefaktor- α , IL1 reseptorantagonist, monocytt kjemoattraktant protein-1 og platederivert vekstfaktor. Den immunologiske utviklingen hos gravide med PCOS ble tydelig påvirket av høy BMI, røyking og fosterets kjønn.

Konklusjon: Kvinner med PCOS viser en markant immunmobilisering fra første trimester og videre gjennom hele svangerskapet. At PCOS bidrar til forhøyet immunaktivitet i svangerskapet danner viktig kunnskap for videre forståelse av hvorfor kvinner med PCOS har økt forekomst av svangerskapskomplikasjoner. Det åpner også for at kartlegging av immunaktivitet kan ha stor klinisk nytteverdi i fremtiden.

011 Doppler-ultralyd av fosterbinyrer

Øystein Bergøy^(1,2), Kristine Moi Økland⁽¹⁾, Ingvild Dalen⁽¹⁾, Jörg Kessler^(2,3), Torvid Kiserud^(2,3), Ragnar Kvie Sande^(1,2)

⁽¹⁾ Stavanger Universitetssjukehus, Stavanger, Norge

⁽²⁾ Klinisk institutt 2, Universitet i Bergen, Bergen, Norge

⁽³⁾ Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, Norge

Bakgrunn: Dyrestudier har vist auka blodtilførsel til fosterbinyrene som respons på fosterstress. Me ønska å sjå om måling av blodstraumsfart med Doppler-ultralyd i fosterbinyrene kunne være nyttig i humane svangerskap. Tilgjengeleg litteratur refererer tre kar som forsyner binyrene; arteria adrenal inferior, arteria adrenal media og arteria phrenica inferior, men peikar òg på betydeleg anatomisk variasjon i blodtilførsel til humane binyrer, og kva kar som er hovudblodforsyninga til organet.

Mål: Me ville utvikla ein metode for å identifisera binyrearterier og måle blodstraumsfart i desse på ein måte som kan vera gjennomførbar i vanleg klinisk praksis.

Metode: Me inkluderte kvinner med lågrisiko einlingesvangerskap i veke 18-28 ved Stavanger Universitetssjukehus. Med ein Voluson E10-ultralydmaskin med SlowFlow-programvare og ein C 2-9-probe (GE Healthcare, 2018) forsøkte me å identifisera dei tre hovudarteriene til begge fosterbinyrene og måle blodstraumsfart i desse.

Resultat: Me inkluderte 75 studiedeltakarar. Pregravid KMI var median 21,2 (variasjonsbreidde 16,79 – 28,36). Me klarte å identifisera arteriell blodstrøm og måle blodstraumsfart oftast på minst éi arteria adrenal inferior hos fosteret (92,3%), som me tenker står for hovudforsyninga til binyra. Høgste målte blodstraumsfart var frå 4,82 til 15,36 cm/s, og pulsatil index frå 0,77 til 1,34. Karet me nest oftast framstilte var arteria phrenica inferior (53,8%). Det var gjennomgåande lettast å framstille binyrearteriene på den probenære sida av fosteret.

Konklusjon: Det er mogleg å identifisera fleire binyrearterier hjå fosteret, og regelmessig utføra Doppler-målingar av desse. Arteria adrenal inferior synast å stå for hovudforsyninga av binyra i svangerskapsvekene me har undersøkt.

012 Omskjæring, tidspunkt for deinfibulering og risiko for sfinkterruptur

Taraldsen, Solvi¹, Vangen, Siri^{1,2}, Øian, Pål³, Sorbye, Ingvil K.^{1,4}

¹Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo Universitetssykehus

²Universitetet i Oslo

³Kvinneklinsen, Universitetssykehuset i Nord-Norge

⁴Fødeavdelingen, Kvinneklinsen, Oslo universitetssykehus

Bakgrunn: Migranter fra Afrika sør for Sahara bosatt i høynntektsland har høgere risiko for sfinkterruptur enn majoritetsbefolkningen. Omskjæring er en foreslått årsak, særlig type 3 (infibulering). Deinfibulering anbefales for å forebygge sfinkterrupturer, men det er uvisst hvorvidt tidspunkt for deinfibulering har betydning.

Mål: Undersøke om risiko for sfinkterruptur er assosiert med omskjæring og tidspunkt for deinfibulering hos førstegangs fødende somaliske kvinner i Norge. Videre å sammenlikne forekomst av sfinkterruptur i denne gruppen med førstegangs fødende i den generelle befolkningen.

Metode: En retrospektiv kohortstudie. Somalisk-fødte førstegangs fødende kvinner i Helse Sør Øst fra 1990 til 2014 ble identifisert av MFR. Omskjærings- og fødselsdata ble innhentet fra journaler. Vi inkluderte kvinner som hadde født vaginalt. Risiko for perinealruptur grad 3-4 ble estimert i logistisk regresjonsmodeller ut fra omskjæringsstatus og tidspunkt for deinfibulering. Forekomsten ble sammenlignet med MFR-data for førstegangs fødende i hele fødepopulasjonen i perioden.

Hovedfunn: Vi inkluderte 1083 kvinner med vaginal fødsel. Av disse var 70% omskåret; de fleste med type 3 (61%). Totalt 10,3% (n=112) hadde fått diagnostisert sfinkterruptur. Vi fant ingen forskjell i risiko mellom ikke-omskårede og type 3- omskårede kvinner (OR:0,65, p =0.32). Deinfibulering under fødsel var assosiert med lavere risiko for sfinkterruptur enn deinfibulering før eller under svangerskap (OR:0,48, p=0,01). Forekomsten av sfinkterruptur blant førstegangs fødende i hele befolkningen var 5,0%.

Konklusjon: Høy forekomst av sfinkterruptur ser ikke ut til å ha sammenheng med omskjæring. Førstegangs fødende somaliske kvinner bør anses som en høyrisikogruppe uansett omskjæringsstatus. Deinfibulering før fødselsstart er assosiert med økt risiko. Gravidene bør anbefales åpning under fødsel.

013 Risk factors for surgical site infection following cesarean delivery: a hospital-based case-control study

Kvalvik, Sedina A.¹, Rasmussen, Svein², Thornhill, Heidi F.¹, Baghestan, Elham^{1,2}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital

²Department of Clinical Science, University of Bergen

Background: Cesarean section is the single most important risk factor for postpartum infection. Where the rest of the world shows increasing trends, cesarean section rates remain low in Norway. Risk factors may differ in high and low cesarean section settings.

Goal: To examine independent risk factors for surgical site infection after cesarean delivery in a setting of low cesarean section rates.

Materials and methods: We conducted a hospital-based case-control study at Haukeland University Hospital. We included women who presented with surgical site infection after cesarean section during the years 2014-2016 (n=75). Controls were selected at a ratio of 2:1 (n=148). Cases and controls were compared with respect to maternal and pregnancy characteristics using uni- and multivariable logistic regression models. Main outcome measures were anticipated risk factors for surgical site infection.

Results: The occurrence of surgical site infection was 0.4% and 5.4% after elective and emergency cesarean section, respectively. 97.3% of the infections resulted from emergency cesarean section. Women with surgical site infection were almost thrice more obese before pregnancy (OR 2.8, 95% CI 1.2-7.0), four times more likely to have preexisting psychiatric conditions (OR 4.4, 95% CI 1.1-17.6), and five times more likely to receive blood transfusion (OR 5.1, 95% CI 1.4-18.8).

Conclusions: Emergency cesarean section, pregestational obesity, preexisting psychiatric conditions, and blood transfusion during or following delivery were independent risk factors for surgical site infection in our population. Women with either of these risk factors should be carefully monitored and evaluated for signs of infection in the postpartum period.

014 Case Report: Uterusinversjon og re-inversjon – laparoskopisk reponering

Michelsen-Wahl, Henrik¹. Majak, Guri B².

¹ Overlege Bærum sykehus VVHF, avdeling for gynekologi og fødselshjelp.

² Overlege PhD seksjonssleder, OUS Ullevål sykehus, Avdeling for gynekologi.

Bakgrunn/Background: Vi presenterer en kasuistikk med post partum uterinversjon reponert umiddelbart på operasjonsstuen.

Det kom til re-inversjon av uterus i barsel, og nytt reponeringsforsøk i narkose lyktes ikke. Pasienten ble overført OUS, hvor uterus ble reponert laparoskopisk med video-dokumentasjon.

Metode/Method: Kasuistikk/Case Report. Kasuistikken presenteres muntlig og illustreres med peroperative videoer.

Resultater/Results: Laparoskopisk reversjon av uterus etter reinversjon (Videoer).

Konklusjon/Conclusion: Invertert uterus lar seg reponere laparoskopisk. Dette er sjeldent beskrevet i litteraturen (1, 2, 3).

Laparoskopisk prosedyre kan spare kvinnen for laparotomi, når konvensjonell reponering ikke lykkes.

1. Acute postpartum uterine inversion with haemorrhagic shock: laparoscopic reduction: a new method of management? Vijayaraghavan R, Sujatha Y. BJOG. 2006;113(9):1100.
2. Laparoscopic correction of chronic uterine inversion. Sardeshpande NS, Sawant RM, Sardeshpande SN, Sabnis SD. J Minim Invasive Gynecol. 2009;16(5):646.
3. Laparoscopic management of uterine inversion. Shepherd LJ, Shenassa H, Singh SS. J Minim Invasive Gynecol. 2010 Mar;17(2):255-7.

Lynparza®
olaparib

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 inkudert 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 for 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 behandling kan behandles i mer enn 2 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 behandling kan behandles i mer enn 2 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

AstraZeneca

AstraZeneca AS
Fredrik Selmers vei 6
Box 6050 Etterstad, 0601 Oslo
21 00 64 00
www.astrazeneca.no

O15 Gestational diabetes mellitus follow-up in Norwegian health care: a qualitative interview study

Toft, Johanne H.^{1,2}, Økland, Inger^{1,3}, Risa, Christina F.³

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital

²Department of Clinical Science, University of Bergen

³Department of Caring and Ethics, University of Stavanger

Background: Women with gestational diabetes mellitus (GDM) have a tenfold increased risk of developing type 2 diabetes mellitus (T2DM) and have a high risk of recurrent GDM. In 2017, a Norwegian GDM-guideline was implemented, recommending follow-up of women with mild GDM in primary health care, whereas women with poor glycemic control should be referred to secondary health care. Women should receive information on the increased risks and get lifestyle advices. After delivery, annual diabetes screening should be offered.

Aim: To elucidate Norwegian women's experiences with follow-up of GDM in pregnancy and after delivery, and to explore their attitudes to future diabetes risk and motivation for lifestyle changes.

Methods: Qualitative study. Semi-structured individual in-depth interviews were conducted 24-30 months after delivery with 14 women aged 28-44 years, with a history of GDM in first pregnancy. Data were analysed by a six step thematic analysis.

Results: Most women were satisfied with the follow-up during pregnancy, however only two women were followed-up according to current guideline after delivery. In most encounters with general practitioners after delivery, GDM was not mentioned. Awareness of future risk was a motivational factor, but women ask for tailored information on individual risk and improved support to proceed the healthy lifestyle adopted in pregnancy. *Uncertainty, stigma and shame*, and *gaining control and finding balance* were the main themes emerging from the analysis.

Conclusion: GDM-women experienced scarce support in Norwegian primary health care after delivery. To maintain the healthy lifestyle, women suggest tailored information and improved support.



FRIE FOREDRAG

Gyneologi

G1 Kan ultralyd brukes til å forutsi hvem som får vedvarende plager etter desenskirurgi?

Volloyhaug, Ingrid^{1,2}, Nyhus, Maria Ø^{1,2}, Mathew, Seema¹

¹Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital

²Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

Bakgrunn: Levatorskade gir risiko for å utvikle descens og residiv etter kirurgi. Analsphincterskade øker risiko for analinkontinens. Descenskirurgi bedrer symptomer på descens og inkontinens, men det er ukjent hva muskelskader betyr for symptomer etter kirurgi.

Mål: Å undersøke assosiasjon mellom levatorskade, analsphincterskade og symptomer på descens og inkontinens før og etter descenskirurgi

Metode: Prospektiv kohortstudie av 151 kvinner undersøkt 3 måneder før og 6 måneder etter descenskirurgi med transperineal ultralyd for diagnose av levatorskade og analsphincterskade. Kvinnene besvarte pelvic floor distress inventory (PFDI) for gradering av symptomer på descens (POPDI) og plager fra colon-rectum-anus (CRADI) og fra urinveiene (UDI).

Resultater: 91 kvinner (60%) hadde muskeldefekt, 75 (50%) levatorskade, 35 (23%) analsphincterdefekt. 19 (13%) hadde skade av begge muskler. Ved inklusjon hadde kvinner med muskelskade ikke signifikant høyere mean PFDI enn kvinner med intakte muskler, 111 vs. 99, (skår 115 ved dobbel defekt). PFDI-skår for hele populasjonen sank fra 106 preoperativt til 42 postoperativt, $p < 0.001$. Postoperativt hadde kvinner med dobbel muskelskade høyere PFDI-skår enn kvinner uten skade: 63 vs. 36, $p = 0.01$. Liknende forskjeller ble funnet for alle delskårer: UDI 24 vs. 15, $p = 0.05$, CRADI 20 vs. 11, $p = 0.02$, POPDI 18 vs. 10, $p = 0.05$. Forskjellen postoperativt mellom kvinner med kun en muskelskade og de med intakte muskler var ikke signifikant (46 vs. 36, $p = 0.16$).

Konklusjon: Kvinner med skade av både levator og analsphincter har mindre symptomlindring etter descenskirurgi. Ultralyd kan brukes til å gi informasjon om hvordan kirurgi forventes å hjelpe mot symptomer på descens og inkontinens.

G2 Self-reported lymphedema and tingling/numbness predicts deteriorated quality of life in endometrial cancer patients.

Forsse, David^{1,2} Woie, Kathrine² Krakstad, Camilla^{1,2} Trovik, Jone^{1,2}

¹ Centre for Cancer Biomarkers CCBIO, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

² Kvinneklivnikken, Haukeland universitetssykehus, Bergen

Background: As most endometrial cancer patients enjoy long survival after primary treatment, knowledge on how treatment affects quality of life is crucial. Lymphedema and neuropathy are known adverse effects of lymphadenectomy and chemotherapy, but the relationship of these symptoms to overall quality of life is unclear.

Aim: To determine the impact of patient-reported symptoms on quality of life.

Methodology: We used prospectively collected patient-reported outcomes from 339 patients enrolled in the MoMaTEC2-study, using validated questionnaires. Quality of life scores were compared between patients reporting different levels of lymphedema or tingling/numbness. The effect of lymphedema and tingling/numbness scores on the change in self-reported quality of life from baseline to year one after treatment was explored in linear regression models.

Results: Patients reporting “Quite a bit” lymphedema or more at year 1 had worse quality of life than those reporting little or no symptoms (mean score 66 vs. 80, $p < 0.001$). The same effect was seen for tingling/numbness (mean score 69 vs. 80, $p < 0.001$). Reporting “Quite a bit” lymphedema predicted moderate (effect estimate -11, 95% CI [-17;-4], $p = 0.001$) and “Very much” predicted moderate-severe (effect estimate -17, 95% CI [-27;-7], $p < 0.001$) deterioration in quality of life. Reporting “a little” lymphedema did not predict quality of life deterioration. Similar results were seen for tingling/numbness.

Conclusions: Reporting “Quite a bit” or “Very much” lymphedema or tingling/numbness at year 1 associates to reduced quality of life. These findings can help in the interpretation of clinical meaningfulness in trial outcomes and when using patient-reported outcomes in clinical follow-up.

G3 Vaginal sacrospinous colpopexy versus laparoscopic sacral colpopexy for the treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse. A randomized controlled trial.

Kjøllesdal M¹, Brännström M¹, Ellström Engh M^{2,3}, Stjern Dahl J-H¹, Marcickiewicz J^{1,4}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Sahlgrenska University hospital

²Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology

³University of Oslo, Faculty division Akershus University Hospital

⁴Department of Obstetrics and Gynecology Hallands Hospital,

Introduction: There are no randomized controlled trials listed in the last Cochrane report comparing vaginal sacrospinous colpopexy (VSC) to laparoscopic sacral colpopexy (LSC) for the treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse.

Aim: The aim was to study the differences between the two surgical procedures using point C/D in the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) and the sum score in the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) as primary outcomes.

Methods: The study was a prospective randomized controlled trial performed at Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg Sweden during the period 2007-2013. Main inclusion criterion was having a symptomatic descent of point C/D in POP-Q equal to grade I or more, with or without concomitant cystocele/rectocele, which needed surgical treatment. Randomization was done using a 1:1 allocation ratio. Linear mixed model estimated differences between the two groups preoperatively and at 3, 12 and 24 months after surgery.

Results: 62 women in the VSC group and 56 women in the LSC group received allocated intervention. For point C/D there was a more pronounced descent in the VSC group at baseline. There was no significant difference between VSC and LSC in the position of point C/D at the three postoperative examinations not explained by the difference at baseline. There was no significant difference between groups at any time point in the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7).

Conclusion: Comparing VSC to LSC, we found no significant differences in postoperative primary outcomes up to 2 years after surgery.

G4 Periurethral injeksjon med Bulkamid® etter tidligere TVT-kirurgi

Myhr, Siv S.¹, Rakovan, Martin¹, Schiøtz, Hjalmar A.¹

¹Kvinneklivnikken, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg.

Bakgrunn: Målet med denne registerstudien var å vurdere den kliniske nytten av å bruke periurethral bulking med polyakrylamid hydrogel (Bulkamid®) hos kvinner med stressinkontinens etter tidligere kirurgi med tensjonsfri vaginal tape (TVT).

Mål: Primært endepunktet var kur av pasientenes stressinkontinens, mens sekundære endepunkter var pasienttilfredshet, grad av urinlekkasje, endring i hastverkslekkasje, flowmetri, residualurin og komplikasjoner.

Metode: Studieperioden var 2007 til og med 2019. Ved hjelp av data fra Norsk kvinnelig inkontinensregister (NKIR) inkluderte vi 57 kvinner som hadde fått Bulkamid® på grunn av utilstrekkelig bedring eller recidiv av stressinkontinens etter tidligere retropubisk TVT-operasjon. Deskriptiv statistikk ble brukt til å karakterisere data og Wilcoxon test for par for å sammenligne pre- og postoperative resultater, med signifikansnivå på $p < 0,05$.

Resultater: Preoperativt hadde 19 (33,3 %) ren stressinkontinens og 38 (66,7 %) hadde blandingsinkontinens. Postoperativt hadde 72,9 % negativ stresstest og 73,7 % var fornøyd med behandlingen. Det var kun 1 komplikasjon etter 65 injeksjoner (1,5 %). Blant pasientene med preoperativ urgencyinkontinens ble 39,5 % kurerert for dette problemet og ytterligere 36,8 % ble bedre. De novo urgencyinkontinens forekom hos 5 pasienter. Dette tilsvarer 8,8 % ttav hele studiegruppen, men 26,3 % blant dem som ikke hadde preoperativ urgencyinkontinens.

Konklusjon: En stor andel (72,9 %) av pasientene ble kurerert for sin stressinkontinens og like mange (73,7 %) var tilfreds med injeksjonsbehandling med Bulkamid® etter tidligere retropubisk TVT. Det var få komplikasjoner. Det kan være en viss risiko for utvikling av symptomer på overaktiv blære hos kvinner uten slike symptomer preoperativt.

G5 Long-term risk of progression following cervical intraepithelial neoplasia grade 1 in Norway: A national cohort study

Baasland, Ingrid^{1,2}, Tropè, Ameli¹, Bjorge, Tone^{1,3}, Engesaeter, Birgit¹, Skare, Gry B.¹, Opdahl, Signe⁴

¹ Cancer Registry of Norway, Oslo, Norway

² Baasland-klinikken, Trondheim, Norway

³ Section for Epidemiology and Medical Statistics, Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Bergen, Norway

⁴ Department of Public Health and Nursing, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

Introduction: Cervical intraepithelial neoplasia grade 1 (CIN1) is often managed conservatively by active surveillance, due to high regression rate and low rate of progression to high-grade lesions or cancer (CIN2+). We estimated risk of progression from CIN1 lesions, in a population-based cohort within the context of a national screening program.

Methods: Individual level data from Norwegian health registries were linked using the national identity number and thereafter deidentified. Women residing in Norway, with a first histologically confirmed CIN1 diagnosis between January 1st, 2002 and December 31st, 2019, were included. The primary outcome was progression of CIN1 to CIN2+. Women diagnosed with CIN2+ within 4 months after their first CIN1 diagnosis, were considered having prevalent disease and were excluded. We used Kaplan-Meier methods to estimate risk of progression according to time since diagnosis of CIN1, age at baseline, human papillomavirus (HPV) status and type, and cytology results before or at baseline.

Results: A total of 26 500 women with a first diagnosis of CIN1 were followed for a mean of 4.7 years (SD 3.9 years). Mean age at baseline was 36.9 years (SD 12.7 years). During follow-up, 4739 women were diagnosed with CIN2+, corresponding to a progression risk of 19.7% by 5 years (95% CI 19.1-20.2). Young age at CIN1 diagnosis was associated with a higher risk of progression, as was having high-grade cytology results or HPV16/18 infection.

Conclusions: The risk of progression from CIN1 to CIN2+ within 5 years was close to 20%. Risk depended on age, cytology history and HPV status.

G6 Reoperasjonsrate etter genital decenskirurgi, tall fra lokalt kvalitetsregister

Halvorsen, Kristina, Flaten, Kristine

Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Drammen sykehus Vestre Viken HF

Bakgrunn: Årlig utføres over 4000 decensoperasjoner i Norge. Det er sprikende tall for resultater av slik kirurgi og valg av operasjonsmetode. Vi så et behov for økt kunnskap om egne resultater og ønsket å tilby et helhetlig pasientforløp, og har gjennomført et kvalitetsforbedringsprosjekt for genital decens.

Mål: Hovedformålet med denne delen av kvalitetsforbedringsprosjektet har vært å få kunnskap om egne resultater i form av kvalitetsindikatoren 1 års reoperasjonsrate. Vi ønsker å sammenligne oss med OUS, hvor et doktorarbeid fra 2014 viste 1 års reoperasjonsrate 1,2% og der andelen total vs parital repair var hhv 65% og 35%.

Metode: Vi har brukt kvalitetsforbedringsmodellen. Utviklingen av kvalitetsregisteret er gjort som en del av et større kvalitetsforbedringsprosjekt. Vi har benyttet Medinsight som digital plattform. Parametre er innhentet før kirurgi, ved operasjon, ved 1 års sykepleierkontroll og ved legekonsultasjon for de med spørsmål om residiv.

Resultater: Registeret ble opprettet september 2018. Vi har 1 års oppfølgingsresultater av 108 pasienter operert sept 2018-des 2019. Det ble i perioden utført 92 vaginale plastikker. I gruppen vaginale plastikker var 29 av operasjonene total repair og 63 partial repair, en andel på hhv 29% og 61%. I løpet av det første året postoperativt ble det utført 2 residivoperasjoner i gruppen total repair og 6 i gruppen partial repair, dette gir en reoperasjonsrate på hhv 6,9% og 9,5% og en total reoperasjonsrate 8,7%.

Konklusjon: Vår residivoperasjonsrate er høyere enn raten fra OUS. Vi ser en tendens til høyere reoperasjonsrate i gruppen partial repair og bør øke andelen total repair-operasjoner.



4DryField® PH

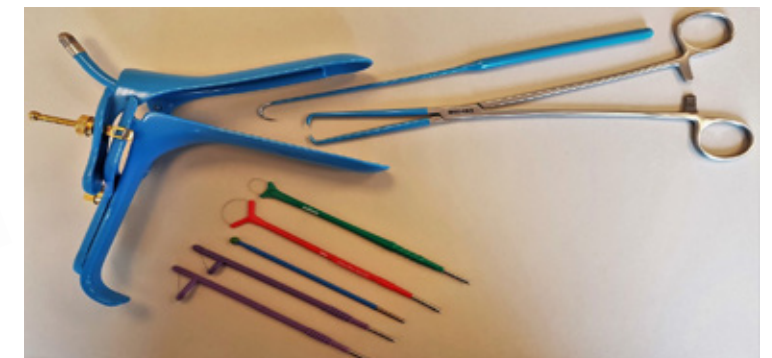
PROVIDES HEMOSTASIS – PREVENTS ADHESIONS

Worldwide unique: CE-certified and clinically proven for

Adhesion prevention & Hemostasis



Neo Safe T CU 380 og CU 380 mini
Kobberspiral, meget prisgunstig!



medero
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no

G7 Risiko for nytt inngrep på grunn av residiv eller stressinkontinens etter fremfallsoperasjon

Andræ, Frida og Holdø, Bjørn
Kvinneklivnikken Nordlandssykehuset i Bodø

Bakgrunn: Det er store variasjoner internasjonalt i rapportert forekomst av residiv, behov for nytt inngrep og behandlingstrengende stressinkontinens etter fremfallsoperasjon. Formålet med studien var å se våre resultater.

Mål: Primære endepunkter var nytt inngrep på indikasjon descens eller TVT-operasjon. Sekundært ønsket man å se på utfallet av de vanligste inngrepene for seg.

Metode: 249 kvinner fikk utført førstegangs fremfallsoperasjon ved Nordlandssykehuset i Bodø i perioden 2011-2015. Medianalderen var 62 år og medianpariteten var 2,8. I mai 2021 har man retrospektivt sett på forekomst av residiv, utførte residivoperasjoner og TVT-operasjoner.

Resultater: De mest forekommende inngrepene var fremre kolporafi 55% (enten alene 33%, eller med portioamputasjon, Fothergills operasjon, 22 %) og bakre kolporafi 25%. Andre forekommende inngrep var vaginal hysterektomi med vaginalplastikk, Manchesterplastikk (3-trinnsoperasjon) og kombinasjon fremre- og bakre plastikk. Under observasjonsperioden frem til mai 2021 fikk 21% påvist fremfall i allerede operert kompartiment og 7% i annet kompartiment. 13% (32/249) gjennomgikk ny fremfallsoperasjon. Reoperasjonsfrekvensen var 17% (14/83) etter ren fremre plastikk, 14% (9/63) etter ren bakre plastikk og 7% (4/55) etter Fothergills operasjon. Forskjellen var ikke statistisk signifikant. 14 (5,6%) fikk utført TVT etter fremfallsoperasjonen. 2 av disse hadde ikke inkontinens før fremfallsoperasjonen (0,8%).

Konklusjon: Forekomsten av residivoperasjoner bør ses i sammenheng med den relativt lange observasjonstiden på 5-10 år. Lokal tradisjon for å begrense inngrep til symptomgivende kompartiment kan også ha betydning. Man ser imidlertid at det var flest residiver i allerede operert kompartiment, og det gjaldt alle de tre vanligste inngrepene. Det var lav forekomst av nyoppstått behandlingstrengende stressinkontinens.

G8 Hysterektomi etter transcervikal reseksjon av endometriet hos kvinner med menoragi

Helle, Marie L.¹, Steinholt, Margit², Andreassen, Stine^{3,4}, Bjørnerem, Åshild^{1,4,5}

¹Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

²Helgelandsykehuset Sandnessjøen

³Kvinneklivnikken, Nordlandssykehuset Bodø

⁴Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo Universitetssykehus, Oslo

⁵Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklivnikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

Bakgrunn: Menoragi behandles med gestagen, transcervikal reseksjon av endometriet (TCRE), ablasjon, eller hysterektomi. Helgelandsykehuset Sandnessjøen (SSJ) hadde høyere hysterektomirater etter TCRE enn landsgjennomsnittet. Dette initierte studien.

Mål: Å identifisere faktorer assosiert med hysterektomi etter TCRE hos kvinner med menoragi ved SSJ og Nordlandssykehuset (NLSH), Bodø, i Nord-Norge

Metode: Kvalitetssikringsstudie med kasus-kontroll design, som inkluderte kvinner behandlet med TCRE ved gynekologisk avdeling på SSJ og NLSH i 2011-20. Kasus var kvinner som gjennomgikk hysterektomi etter TCRE, mens kvinner uten hysterektomi etter TCRE var kontroller. Kasus og kontroller, og sykehusene, ble sammenlignet med kji-kvadrat- og t-tester.

Resultater: Hysterektomiraten var 32,9 % (48/146) ved SSJ og 23,5 % (76/323) ved NLSH (odds ratio 1,59; 95 % CI 1,04 - 2,45, p = 0,034). Av 469 kvinner var 124 (26,5 %) kasus og 345 (73,6 %) kontroller. Flere kasus enn kontroller hadde dysmenoré før TCRE (35,0 % kontra 25,1 %), dysmenoré (20,9 % kontra 7,2 %) og menoragi (48,1 % kontra 18,7 %) etter TCRE, alle p < 0,05. Slynge var den mest brukte teknikken hos både kasus og kontroller (82,3 % kontra 87,2 %, p = 0,174) og ved 55,2 % av prosedyrene ved SSJ kontra 99,7 % ved NLSH. Hysterektomiraten ved slynge-teknikk kontra kule-teknikk var ikke forskjellig ved SSJ (56,3 % kontra 43,8 %, p = 0,854). Åtte gynekologer utførte TCRE ved SSJ kontra fire ved NLSH.

Konklusjon: Vedvarende dysmenoré og blødning var assosiert med hysterektomi etter TCRE. Dobbelte så mange gynekologer og færre pasienter ved SSJ kan delvis forklare høyere hysterektomirater.

bridea
medical

Orchid Spec
the new speculum

MH
MED & HELSE

Hvit eller krystallklar / steril eller rentromspakket

PREMIUM engangsspekler

- Rask og enkel i bruk
- Enhåndsbetjent
- Superglatt overflate
- Kan benyttes uten gel
- God lysrefleksjon
- Sterk konstruksjon
- Uknuselig materiale
- Avrundede kanter
- Skånsom støtte av Cervix



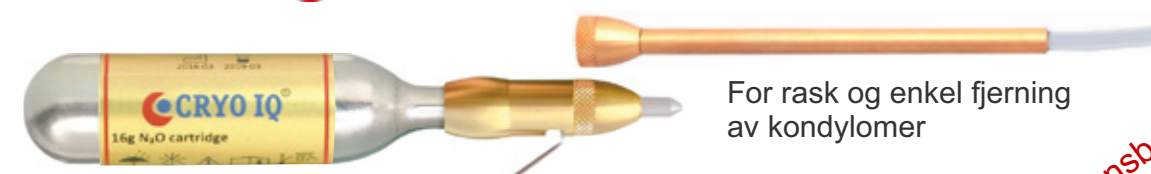
Orchid Spec finnes i fargekodede størrelser: virgo, medium, wide, long
Avanserte spesialmodeller med røykavsug og åpen på en side

Gynekologisk utstyr og forbruksvarer

Kompakt kryokirurgi - Vagitørk - Endometriesamplers - Cervibrush - Skalpeller - Desinfeksjon
Underskelsesgel - Benkepapir - Bandasjemateriell - Curetter - Puncher - Stingfjerner - Sårsalver

Hurtigtester: hCG, Lh, Fsh, pH, Amnio, Glucose, U-Multi stix,
Chlamydia, Mycoplasma, strep B, Toxoplasmosse, Trichomonas, Gonoré, Syfilis.

CRYO IQ PRO GYN frysepenn



MELICARE - medisinske honning produkter



NYHET! for mor og barn

Melicare Helbredende Gel for:

- Søre brystvorter
- Keisersnitt sår
- Sår i perineum

NY:
Cobagin Gel

Fullstendig
Naturlig
Intimpleie

Fri for
parabener
parafin og silikon

cobagin'



Kom innom vår stand på NGF Årsmøte 2021 i Tønsberg for vareprøver

BIO
BIO

G9 Vurdering av kvalitet på henvisninger til poliklinisk gynekologisk undersøkelse

Hannestad, Yngvild S.¹, Engelsen, Ingeborg B.¹, Løkeland, Mette^{2,3}, Ræder, Maria B.¹, Hordnes, Knut T.²

¹Bergen Spesialistsenter, avdeling gynekologi

²Dagkirurgisk Senter, Betanien Sykehus

³Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus

Bakgrunn: Vi ønsket å gjøre en systematisk vurdering av mottatte henvisninger til offentlig finansiert gynekologisk praksis.

Mål: Å undersøke om henvisningene gir tilstrekkelig informasjon til at pasientene kan prioriteres riktig.

Metode: 5 spesialister (3 i avtalepraksis, 2 overleger ved poliklinikk) vurderte fortløpende 100 henvisninger hver i januar 2020 og registrerte bl.a. pasientalder, henvisende leges kjønn, henvisningsdiagnose og om gynekologisk undersøkelse var utført. Gynekologene vurderte om pasienten burde ha vært undersøkt før henvisning, indikasjon for henvisning, om informasjon var tilstrekkelig og hvilken prioritering henvisningen ble gitt. Data ble analysert i SPSS.

Resultater: Vanligste henvisningsdiagnoser var smertetilstander (17%) prevensjonsbehov/spiralinnsetting (16%), blødningsforstyrrelse premenopausal (11%), cervixbiopsier (10%), vulvovaginale plager (7%). Gynekologene mente 73% av pasientene burde vært undersøkt gynekologisk før henvisning, mens 42% faktisk var undersøkt. Blant kvinner med smerter var 29% undersøkt. Færre mannlige enn kvinnelige fastleger hadde undersøkt pasientene før henvisning (28% vs 53%, $p < 0.000$) uten signifikant forskjell i vurdert behov for undersøkelse. Pasientene henvist til avtalepraksis var noe yngre enn i poliklinikken (58% vs 42% under 40) og var sjeldnere undersøkt (35% vs 53%, $p < 0.001$). Gynekologene fant i 74% av henvisningene klar indikasjon for spesialistundersøkelse, Knappe 10% av henvisningene ble prioritert til time innen 2-4 uker, 35% innen 3 mnd, 50% innen 6 mnd, 2% over 6 mnd og 3% ble avvist.

Konklusjon: Et mindretall av kvinnene var undersøkt hos fastlegen før henvisning, også der gynekologen mente det ville vært nyttig med undersøkelse. Mannlige fastleger undersøkte sjeldnere før henvisning. Få henvisninger ble avvist tross manglende undersøkelse eller svak indikasjon.

G10 Enterocole i fremre vaginalvegg etter cystectomi

Volløyhaug, Ingrid^{1,2}; Kjøbli, Eirik³; Færo, Erik¹

¹Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital

²Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

³Kirurgisk Klinikk St. Olavs Hospital

Bakgrunn: Enterocole i fremre vaginalvegg er en sjelden komplikasjon etter cystectomi. Det ble innført ny kirurgisk teknikk som bedrer overlevelsen etter behandling for blærecancer i 2017. I løpet av det siste året har vi hatt inntrykk av økende forekomst av enterocole i fremre vaginalvegg.

Mål: Å undersøke forekomst av enterocole etter cystectomi og hvor lang tid etter primærkirurgi kvinner ble henvist for symptomer og operert for enterocole.

Metode: Vi brukte Opplan og Doculive til å identifisere kvinner henvist og operert for blærecancer og enterocole ved St. Olavs hospital i 10-årsperioden juni 2011 – mai 2021. Vi sammenliknet forekomst av enterocole etter gammel og ny cystectomimetode med Fishers eksakte test.

Resultater: Totalt ble 85 kvinner operert for enterocole i 10-årsperioden, hvorav 6 (7,1%) etter cystectomi. De var i gjennomsnitt 75 år, hadde BMI 22 kg/m² og paritet 2,7. Median (range) tid fra cancerkirurgi til henvisning for symptomer og operasjon for enterocole var 11 (5-19) og 15 (9-50) måneder. 25 kvinner ble cystektomert med ny metode hvorav 5 (20%) utviklet enterocole mot 1 av 42 (2%) operert med gammel metode, $p=0,02$.

Konklusjon: Overlevelsen etter blærecancer har økt betydelig etter innføring av ny kirurgisk teknikk. Samtidig har flere kvinner utviklet symptomer og blitt henvist og operert for enterocole. Symptomer på descens oppstår som regel innen ett år etter cystectomi. Det er teknisk utfordrende å korrigere enterocole i fremre vaginalvegg og derfor behov for å identifisere tiltak som kan redusere risiko for enterocole etter cystectomi og å optimalisere kirurgisk teknikk ved enterocolekirurgi i fremre vaginalvegg.

G11 IVF treatment outcome and embryo quality after unilateral oophorectomy (UO)

Wilkosz, Pawel^{1,2}, Greggains, Gareth², Tanbo, Tom G.^{2,3}, Choudhury, Anamika², Fedorcsak, Peter Z.^{2,3}

¹ Department of Gynaecology and Obstetrics, Ringerike Hospital, Vestre Viken, Norway

² Department of Reproductive Medicine, Oslo University Hospital, Norway

³ Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway

Background: Poorer IVF/ICSI treatment outcome and embryo quality has been reported in women with previous UO as compared to those with two ovaries. A large, multi-centre study suggested that poorer IVF treatment outcome in women with one ovary is caused by reduced embryo quality.

Aim: To study whether UO affects embryo quality and IVF/ICSI treatment outcomes. Furthermore, we aimed to examine morphokinetic parameters of embryos in women after UO and controls.

Method: Retrospective cohort study of 12 478 women undergoing IVF/ICSI between 1996 to 2017, including 143 that had previously undergone UO.

Results: IVF/ICSI treatment outcome and embryo quality in patients with UO was compared with a two ovary control group, with and without matching for patient and treatment characteristics. Treatment outcomes were poorer in UO patients than unmatched controls, with pregnancy rates of 26.6% and 33.2%, and live birth rates of 19.0% and 24.8%, respectively. However, when both groups were matched by age, FSH dose, and number of oocytes there were no significant difference in outcomes. Furthermore, transfer embryo quality did not differ between UO patients and matched controls. For a subset of 15 patients who had undergone UO, embryo morphokinetic parameters were compared to controls. No significance difference was found in the timing of embryo divisions.

Conclusion: Poorer IVF treatment outcome in women with one ovary is caused by fewer oocytes retrieved during treatment and not impaired fertilisation, embryo development or implantation.

G12 Association between mother's sleep during peri-conception and early gestation and embryonic yolk sac size – A pattern of human embryonal development with sexual dimorphism?

Vietheer, Alexander; Kiserud, Torvid; Lie, Rolv T.; Sollien Rita; Cook, Carol; Kessler, Jørg

Department of obstetrics and gynecology, Haukeland University Hospital

Maternal Fetal Neonatal Research Western Norway

Institute for clinical sciences, University of Bergen

Background: Sleep duration is a crucial health factor with significant individual variation. In addition to mental, cardiovascular, and metabolic disorders, sleep deficits are associated with adverse pregnancy outcomes, and reduced fertility. In early pregnancy, the yolk sac provides nutrients to the embryo, and animal studies have demonstrated modifying environmental factors.

Aim: To assess the association between daily sleep duration and human yolk sac size in healthy pregnancies.

Method: The study is embedded in the CONIMPREG-project (REK ref. 2013/856a). Before pregnancy, body composition and actigraphy sleep measurements were performed in 436 healthy, non-smoking women with a regular menstruation cycle. N=190 conceived after median 36 days. The yolk sac was assessed by transvaginal ultrasound at 7±1 (N=180) and 10±1 (N=175) weeks and sleep measurement repeated at week 13±1 (N=178). Linear and quantile regression analyses were performed, and analysis of variance were used to compare the quantile regression models.

Results: At 7±1weeks, the yolk sac size was reduced by 0.12mm per hour of sleep [95%CI (0.22–0.03), P=0.01]. This association was not present for female fetuses (P=0.55), while the reduction was strong for male fetuses [0.22, 95%CI (0.35–0.09), P=0.001]. There was no association with sleep duration for the second yolk sac measurement at 10±1weeks [-0.07, 95%CI (-0.22–0.09), P=0.4]. These results were not significantly different across the yolk sac percentiles (P=0.54).

Conclusion: The current study demonstrates a possible link between sleep duration and early human development in healthy pregnancies. In male fetuses the yolk sac size is negatively associated with daily sleep time before conception.

G13 Assosiasjon mellom levatoravrivning, bekkenbunnskontraksjon og residiv etter descenskirurgi

Nyhus, Maria Ø.^{1,2}, Mathew, Seema^{1,2}, Salvesen, Kjell Å.^{1,2}, Volloyhaug, Ingrid^{1,2}

¹Gynekologisk avdeling, St Olavs hospital

²Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

Bakgrunn: Residivraten etter descenskirurgi er høy. Levatorskade er assosiert med descensutvikling og kan bidra til residiv etter kirurgi. Redusert bekkenbunnskontraksjon er foreslått som en mulig risikofaktor for residiv, men betydningen av bekkenbunnskontraksjon for utkommet etter descenskirurgi trenger ytterligere undersøkelse.

Mål: Undersøke assosiasjonen mellom levatorskade, bekkenbunnskontraksjon og residiv etter descenskirurgi.

Metode: Prospektiv kohortstudie. 200 operasjonspasienter med urogenital descens \geq grad 2 ble undersøkt 3 måneder før og 6 måneder etter descenskirurgi. Descens ble målt med POP-Q. Symptomer ble bedømt med ja/nei-spørsmål om globusfølelse. Levatoravrivning ble diagnostisert med tomografisk ultralyd. Bekkenbunnskontraksjon ble undersøkt med transperineal ultralyd, som prosentvisendring i anteroposterior diameter av levatorhiatus mellom hvile og kontraksjon, og kategorisert i *redusert* (<14%) og *normal* (>15%). Forskjeller mellom gruppene ble undersøkt med multivariat logistisk regresjonsanalyse, justert for alder, paritet, tidligere descenskirurgi, hysterektomi og descensgrad.

Resultater: 183 (92%) gjennomførte studien. 76 (42%) hadde descens \geq grad 2 og 35 (19%) rapporterte globusfølelse 6 måneder etter kirurgi. 92 (50 %) hadde levatoravrivning, som var assosiert med økt risiko for descens med justert OR 2.1 (1.1-4.1), $p=0.022$. Vi fant redusert risiko for globusfølelse hos kvinner med redusert kontraksjon sammenlignet med kvinner med normal kontraksjon med justert OR 0.4 (0.2-0.9), $p=0.031$.

Konklusjon: Levatoravrivning var assosiert med økt risiko for anatomisk residiv 6 måneder etter descenskirurgi. Redusert kontraksjons-eve i bekkenbunnen var derimot assosiert med redusert risiko for globusfølelse etter kirurgi. Dette kan forklares med at kvinner med redusert kontraksjon har mulig skade på både motorisk og sensoriske nerver.

G14 Endringer i antiemetikabehandling til kvinner med hyperemesis gravidarum etter at 5-dagersbegrensning ble innført for metoklopramid

Erdal, Hilde¹, Holst, Lone¹, Trovik, Jone^{2,3}

¹Senter for farmasi/Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

²Kvinnekliviken, Haukeland universitetssjukehus

³Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

Bakgrunn: Retningslinjer for behandling av hyperemesis gravidarum (HG) anbefaler antihistaminer som førstevalg etterfulgt av dopaminantagonister som metoklopramid, proklorperazin og klorperazin. I 2013 innførte det europeiske legemiddelverket (EMA) maksimal behandlingstid på fem dager for metoklopramid for å redusere risikoen for ekstrapyramidale bivirkninger.

Mål: Beskrive hvordan maksimal behandlingstid for metoklopramid fra 2013 påvirket forskrivning av antiemetika til HG-pasienter.

Metode: Retrospektiv kohortstudie av kvinner innlagt for behandling av HG ved Kvinnekliviken, Haukeland universitetssjukehus mellom 2002 og 2019. Informasjon om svangerskapskarakteristika og behandlingsdata ble registrert ved journalgjennomgang. Endring i bruk av antiemetika over tid ble undersøkt ved tidsserieanalyser og statistisk signifikans ble testet ved hjelp av logistisk regresjon/kji-kvadrattest.

Resultater: Totalt 1064 kvinner (1,19 % av fødepopulasjonen) ble innlagt med HG. Bruken av antiemetika før innleggelse var økende i studieperioden ($p<0,001$). Totalt hadde halvparten (50,3 %) fått antiemetika før innleggelse. Før 2013 fikk 64 % av disse metoklopramid, mens fra 2014 var denne andelen 49,5 %. Tidsserieplot viser nedgang i metoklopramid fra 2013 ($p<0,001$), men videre stigende trend mot opprinnelig nivå. Bruk av metoklopramid under innleggelse falt fra 53,5 % før 2013, til 9,9 % fra 2014 ($p<0,001$) med en korresponderende økning i bruk av proklorperazin (89,1 % fra 2014 mot 40,8 % før 2013, $p<0,001$).

Konklusjon: Kun halvparten av kvinnene hadde fått behandling med antiemetika før innleggelse. EMA-advarselen i 2013 medførte en midlertidig nedgang i bruk av metoklopramid prehospitalt som ikke fullt ut ble erstattet med andre antiemetika, mens metoklopramid ble erstattet av proklorperazin under innleggelse.

G15 Risiko for ny stressinkontinenskirurgi etter midt-uretra slynger (MUS) og polyakrylamid hydrogel (Bulkamid®)

Svenningsen, Rune^{1,2,3}, Oversand, Sissel H^{1,3}, Schiøtz, Hjalmar A⁴, Kulseng-Hanssen, Sigurd¹

¹Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus

²Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo

³Norsk Kvinnelig Inkontinensregister (NKIR), Oslo universitetssykehus

⁴Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Bakgrunn: Syntetiske midt-uretra slynger (MUS) er den mest benyttede kirurgiske behandlingen av stress- og blandingsinkontinens i Norge, mens injeksjonsbehandling med polyakrylamid hydrogel (Bulkamid®) har fått økende popularitet. I denne studien har vi benyttet operasjonskoder for å sammenlikne risiko for ny stressinkontinenskirurgi over en 10 års periode for de tre metodene retropubisk MUS, obturator MUS og polyakrylamid hydrogel.

Metode: Operasjonskoder fra Norsk Pasientregister ble hentet ut og 26 240 kvinner ble inkludert. Inklusjonskriteriene var kvinner registrert med operasjonskode for gjennomgått retropubisk MUS (LEG 10), obturator MUS (LEG 13) eller polyakrylamid hydrogel (KDG 96/KDV 22/KDV 20) i perioden 2008 - 2017. Primært endepunkt var tid til ny stressinkontinenskirurgi. Den ujusterte analysen ble gjort med Kaplan-Meier kurve før Cox regresjon ble benyttet til å justere for avdelingsstørrelse (antall årlige stressinkontinensoperasjoner) og pasientalder.

Resultater: Retropubisk MUS hadde lavest risiko for senere stressinkontinenskirurgi ($p < 0.01$). Majoriteten registrert med ny operasjon (63 %) fikk denne utført innen 1 år. Andelen uten senere inkontinensoperasjon ved 1 og 5 år var hhv.: retropubisk MUS: 99.3 % og 97.7 %, obturator MUS: 98.7 % og 96.1 % og for polyakrylamid hydrogel 82.7 % og 72.4 %. Etter justering for operasjonsalder og avdelingsstørrelse var både obturatorslynger (HR 1.8, 95 % CI 1.4 - 2.4) og polyakrylamid hydrogel (HR 23.1, 95 % CI 17.6 - 30.3) assosiert med høyere risiko for ny stressinkontinenskirurgi sammenliknet med retropubisk MUS.

Konklusjon: Både retropubisk og obturator MUS har lav risiko for ny stressinkontinenskirurgi sammenliknet med polyakrylamid hydrogel. Lavest risiko har retropubisk MUS.

nordic
consumer
health

Mykgjørende & fuktighetsbevarende krem for underlivet

92%
fettinnhold



Dr. Warming Critical Care brukes på tørr og irritert hud på kjønnsleppene og kan også brukes som komplement ved behandling av Lichen Sclerosus, Lichen planus og andre hudsykdommer på og rundt vulva. Fettkremen smelter raskt ved påsmøring som gjør den behagelig å bruke.

Innholdsstoffer: Paraffinum Liquidum (mineralolje), Cera Alba (hvit bivoks), Cetyl Palmitate (bløtgjører) og vann.

Alle kjente og gjennomprøvede ingredienser.

Dr. Warming Critical Care er tilgjengelig på Vitusapotek og Apotek1.

POSTERLISTE

Gynekologi

PG1	Klouman-Lybekk, Lene	Intravenøs leiomyomatose – en sjelden, men alvorlig sykdom
PG2	Andresen, Ragnhild Mork	Kortere epikrisetider - et kvalitetsforbedringsprosjekt ved gynekologisk avdeling St. Olavs Hospital
PG3	Hagemann, Cecilie T.	Rusmiddelassisterte seksuelle overgrep – endring over tid i mønsteret av toksikologiske funn
PG4	Huitfeldt, Sophie	Påvisning av anogenitale skader etter seksuelle overgrep – en deskriptiv studie fra Overgrepsmottaket ved St. Olavs hospital i Trondheim
PG5	Mathew, Seema	Kan visuell analog skala brukes i evaluering av bekkenbunnsplager blant kvinner henvist til descenskirurgi?
PG6	Omtvedt, Marianne	Kartlegging av brukers behov ved opprettelse av en nasjonal behandlingstjeneste for endometriose og adenomyose
PG7	Ameli Trope	Self-sampling among long-term non-attenders to cervical cancer screening in Norway: a pragmatic randomized controlled trial
PG8	Ringen, Ingrid M	Vaginal okklusjon ved transplantat- mot-vert-sykdom, en kasuistikk
PG9	Franziska Sifarikas	Development of pelvic floor dysfunction from first pregnancy up to 8 years after first delivery: a longitudinal study
PG10	Klouman-Lybekk	Svangerskap i keisersnitt arr – en kasuistikk å lære av
PG11	Rimstad Kjersti	Kvinneklubben, Akershus universitetssykehus (Ahus) internt elektronisk kvalitetsregister for kvinner med underlivs prolaps (descens urogenitalis)
PG12	Frydenlund K	Ambulant behandling ved hyperemesis gravidarum - hvem får dette og hva blir tilbudt?
PG13	Rosland, Tina E	Kan hysterektomi og ooforektomi gi økt dødelighet?
PG14	Håkedal, S	Spontanbort, hvordan behandler vi det ved Haukeland?
PG15	Bårholm, HMS	Identifikasjon av livskvalitetsmarkører for kvinner med gynekologisk fistel
PG16	Iversen, GA	P16: #sjekke deg ved Haukeland Universitetssjukehus; hva fant vi?
PG17	Ravlo, Merethe	Ureterskader ved hysterektomi i Norge 2009-2019

PG1: Intravenøs leiomyomatose – en sjelden, men alvorlig sykdom

Klouman-Lybekk, Lene¹, Torkildsen Erik A¹

¹Kvinneklubben, Stavanger universitetssjukehus

Bakgrunn: Intravenøs leiomyomatose (IVL) er en sjelden benign neoplastisk tumor av glatt muskulatur, som vokser i livmoren og inn i det ekstrauterine venøse systemet, uten å invadere vevet rundt. Fra uterus kan IVL vokse inn i det venøse systemet og inferior vena cava, og kan nå høyre hjertekammer og pulmonal arterien. For kvinnen kan tilstanden være alvorlig og fatal i ytterste konsekvens. Vi presenterer én kasuistikk med IVL, myoma uteri og menoragi.

Metode: Kasuistikk.

Resultater: 43 år gammel kvinne, med elektiv hysterektomi grunnet myomatøst forstørret uterus og menoragi. Fremreveggsmyom målt til 12,8 cm 6 måneder preoperativt. Hormonspiral (Mirena®) var satt inn et år tidligere, men blødd ut. Sondemål av uterus hadde i løpet av 9 måneder økt i størrelse fra 12 til 19 cm. Operasjonen ble komplisert da det var større oppfylling lateralt for venstre ovarium og leiomyomatøst vev i venene, som igjen førte til dilaterte kar og vanskeliggjorde homeostase. CT postoperativt viste ytterligere intravenøse leiomyomer i bekkenvener og vena ovarica bilateralt. Ved reoperasjon ble også høyre ovarium fjernet.

IVL er en tilstand som kan diagnostiseres med CT/MR preoperativt, men grunnet lite symptomer i tidlige stadier blir den ofte identifisert peroperativt eller ved histologi. Kun omtrent 300 kasuistikker er rapportert i engelsk litteratur.

Konklusjon: Intravenøs leiomyomatose er en sjelden alvorlig tilstand som man bør være klar over hos yngre kvinner med myoma uteri. Behandling er fullstendig fjerning av IVL, sammen med total hysterektomi og bilateral salpingooforektomi. Mellom 16 – 31 % får residiv av sykdom etter behandling og langtidsoppfølging er anbefalt.

PG2: Kortere epikrisetider - et kvalitetsforbedringsprosjekt ved gynekologisk avdeling St. Olavs Hospital

Andresen, Ragnhild Mork¹; Pham, Hong Phi¹; Volloyhaug, Ingrid²; Tappert, Christian¹

¹Kvinneklubben, St. Olav Hospital

² Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

Bakgrunn: Overordnet mål for St. Olavs Hospital er at 70% av epikrisene skal skrives innen 24 timer for å sikre god kommunikasjon med primærhelsetjenesten. I 2019 - 2020 ble bare 37 - 38% av epikrisene ved gynekologisk avdeling skrevet innen 24 timer.

Mål: 70% av epikriser skrives innen 24 timer.

Metode: Forbedring av rutiner ble diskutert og evaluert med legekolleger, sekretærer og sykepleiere. Fra februar 2021 ble det lagd ny plan for epikriserkriving:

- Skjema for koding som tidligere gikk fra lege via postsekretær til sekretær utfases
- Det ble opprettet egen elektronisk postkasse for epikriser
- Visittansvarlig lege skriver eller delegerer epikriser
- Visittansvarlig lege kontraserer LiS sine epikriser
- Beskjed om koding sendes til elektronisk postkasse eller koding utføres av lege
- Vi undersøkte i hvilke situasjoner epikriser blir forsinket

Epikrisetider ble hentet fra epikrisetidsindikator på intranettet og sammenliknet mellom hele 2020 og februar - juni 2021 med X2-test.

Resultater: Andel epikriser innen 24 timer var 352 av 928 (38%) i 2020 og 280 av 399 (70%) i 2021, p<0,001. Epikrise blir oftest forsinket når pasienter reiser på kveld og helg, og vi har iverksatt tiltak for å unngå dette.

Konklusjon: Fokus på mål, definisjon av ansvar og forenkling av epikriseprosessen har gjort at vi i 2021 nådde målet å skrive 70% av epikrisene innen 24 timer, og dette var en signifikant bedring fra året før. Tverrfaglig samarbeid med leger, sykepleiere og sekretær-tjenesten har vært viktig for måloppnåelsen. Kortere epikrisetider gir god kommunikasjon og mulighet for tidlig oppfølging i primærhelsetjenesten og dermed bedre pasientsikkerhet.

PG3: Rusmiddelassisterte seksuelle overgrep – endring over tid i mønsteret av toksikologiske funn

Hagemann, Cecilie T.^{1,2}, Gudmundseth, Runa³, Helland, Arne^{2,4}

¹Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital, Trondheim

²Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

³Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim

⁴Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital, Trondheim

Bakgrunn: Overgrepsmottaket ved Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital tilbyr pasienter medisinsk og rettsmedisinsk undersøkelse.

Toksikologiske prøver utgjør en viktig komponent og gjenspeiler rusmiddelbruken i samfunnet.

Mål: Å undersøke om det hadde skjedd endringer i toksikologiske funn over tid, samt å finne ut om de toksikologiske funnene kunne forklares av selvrapporert frivillig inntak i saker med mistanke om rusmiddelassisterte seksuelle overgrep. I tillegg ønsket vi å undersøke om det var noen sammenhenger mellom overgrepsskarakteristika og positive toksikologiske funn.

Metode: Retrospektiv tverrsnittstudie basert på data innhentet fra medisinske journaler blant kvinnelige pasienter ≥ 12 år som oppsøkte overgrepsmottaket ved St. Olavs hospital mellom 2012 og 2017. Totalt 422 pasienter ble inkludert.

Resultater: Median alder var 21 år, 40 % var studenter. Vi fant toksikologiske funn hos 65 %, kun alkohol hos 39 %. Det var en økende andel positive prøvesvar for flere toksikologiske substansgrupper siden forrige undersøkelse (2003–2010) ved samme overgrepsmottak, i benzodiazepiner/Z-hypnotika fra 12 til 15%, i cannabinoide fra 5 til 11% og i sentralstimulantia fra 6 til 9%. 69 pasienter (16 %) mente seg påført rusmiddel før overgrepet, 28 av disse hadde toksikologiske funn som ikke kunne forklares av selvrapporert frivillig inntak. Gjennomsnittlig alkoholpromille på tid for hendelsen var 1,8. Høye alkoholkonsentrasjoner var assosiert med fremmed overgriper, flere overgripere, offentlig sted og kroppslige skader.

Konklusjon: Alkohol er fortsatt det vanligste toksikologiske funnet på overgrepsmottaket, men vi finner en økning i forekomst av andre rusmidler. Høye konsentrasjoner av alkohol i blodet ser ut til å være forbundet med mer alvorlige overgrep.

PG4: Påvisning av anogenitale skader etter seksuelle overgrep – en deskriptiv studie fra Overgrepsmottaket ved St. Olavs hospital i Trondheim

Huitfeldt, Sophie¹, Schei, Berit^{2,3}, Myhre, Arne K.^{4,5}, Hagemann, Cecilie T.^{3,5}

¹Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim

²Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

³Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital, Trondheim

⁴Barneklivnikken, St. Olavs hospital

⁵Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

Bakgrunn: Overgrepsmottaket på Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital tilbyr pasienter medisinsk undersøkelse med dokumentasjon av anogenitale skader med fotokolposkop. Kunnskap om skadebildet er viktig både for klinisk og rettsmedisinsk oppfølging.

Mål: Å beskrive anogenitale skader, samt undersøke sammenheng mellom påvisning av anogenitale skader og pasient- eller overgrepsskarakteristika.

Metode: Retrospektiv tverrsnittstudie med data fra sykehusjournaler. 408 kvinnelige pasienter ≥ 12 år undersøkt ved St. Olavs hospital innen en uke etter overgrepet (2012–2017) ble inkludert. Logistisk regresjon ble brukt.

Resultater: Vi fant anogenitale skader hos 100 pasienter (25%). De fleste skadene var rifter og lokalisert i vestibulum, mens én krevde kirurgi. Det var lavere odds for anogenital skade blant pasienter som hadde hatt frivillig samleie de siste to ukene før overgrepet (jOR 0.6, 95% KI 0.4–1.0). Det var høyere odds for anogenital skade for pasienter under 16 år (jOR 2.3, 95% KI 1.0–5.4), for de uten samleie-erfaring (jOR 2.2, 95% KI 1.0–4.8) og ved oppgitt penetrasjon av to kroppsapninger i forhold til en (jOR 2.7, 95% KI 1.3–5.6). Genital skade ble dokumentert like hyppig hos pasienter som oppga vaginal penetrasjon som for de som ikke husket om det var penetrasjon (24 og 23% hhv).

Konklusjon: Det er viktig å undersøke alle pasienter for anogenitale skader etter seksuelle overgrep uavhengig av om de husker detaljer fra overgrepet. Pasientene vil føle seg tatt på alvor, få en forklaring på ev. smerter og bli beroliget med at de fleste slike skader tilheler raskt. Anogenitalt skademønster fra denne studien kan refereres til i rettsmedisinske journaler.

Inngå et samarbeid med Norges største fertilitetsklinikk.

“Vi koordinerer med gynekologer slik at fertilitetspasienten gjør monitorering hos sin lokale gynekolog. Det er en god løsning for alle parter. Kontakt oss for et samarbeid der vi anbefaler våre pasienter å bruke sin nærmeste gynekolog til monitorering og oppfølging.”

– Dr. Jon W. Hausken



✓ Samarbeider med gynekologer til fertilitetspasientens beste.

✓ Avdelinger i Oslo, Stavanger, Haugesund og Bergen.

✓ Etablert et kundeforhold til nye kunder i ditt område.

✓ Kontakt Jon direkte: jon@klinikkhausken.no

PG5: Kan visuell analog skala brukes i evaluering av bekkenbunnsplager blant kvinner henvist til descenskirurgi?

Mathew, Seema ^{1,2}, Nyhus, Maria Ø. ^{1,2}, Salvesen Kjell Å. ^{1,2}, Volloyhaug Ingrid ^{1,2}

¹Gynekologisk avdeling, St Olavs hospital

²Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

Bakgrunn: Validerte spørreskjema som Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) korrelerer godt med anatomiske funn. Detaljerte spørreskjema er upraktisk i klinisk setting. Visuelle analog skala (VAS) benyttes for flere medisinske tilstander. Det trengs undersøkelser om VAS kan være et enklere verktøy i evaluering av bekkenbunnsplager.

Mål: Undersøke korrelasjon mellom VAS og PFDI-20 blant kvinner med behandlingstrengende descens.

Metode: Tverrsnittsstudie blant 159 kvinner henvist til descenskirurgi ved St.Olavs Hospital i 2017-2018. Kvinnene besvarte spørsmål (ja/nei) om kulfølelse, urge urininkontinens (UUI), stress urininkontinens (SUI), avførings- og luftinkontinens og graderte plagene på VAS (0-100). De besvarte PFDI-20. Vi brukte delskårene Urinary Distress Inventory (UDI), Colorectal Distress Inventory (CRADI) og Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI), range 0-100. Samsvar mellom VAS og PFDI-20 delskår ble undersøkt ved Spearman's rank order korrelasjonstest.

Resultater: 146 kvinner (94%) hadde kulfølelse, 77 (48%) hadde UUI og 85 (54%) hadde SUI. Henholdsvis 18 (11%) og 81 (51%) kvinner rapporterte avførings- og luftinkontinens (VAS>0).

Gjennomsnitt (SD) VAS skår: kulfølelse 57 (27), UUI 29 (34), SUI 28 (34), avføringsinkontinens 6 (19) og luftinkontinens 27 (33). Gjennomsnitt (SD) delskår: POPDI 46 (22), UDI 36 (24) og CRADI 22 (17). Vi fant god korrelasjon mellom VAS skår for UUI og SUI vs. UDI (begge rs 0.6) og luftinkontinens vs. CRADI (rs 0.6), alle p<0,01. Korrelasjonen var moderat mellom VAS skår for kulfølelse vs. POPDI (rs 0.4), og avføringsinkontinens vs. CRADI (rs 0.4), begge p<0.01.

Konklusjon: Det var moderat til god korrelasjon mellom bekkenbunnsplager vurdert ved VAS og PFDI-20 delskår blant kvinner henvist til descenskirurgi.

PG6: Kartlegging av brukers behov ved opprettelse av en nasjonal behandlingstjeneste for endometriose og adenomyose

Omtvedt, Marianne^{1,2}, Majak, Guri¹, Tellum, Tina^{1,2}

¹Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, ²Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin

Bakgrunn: En nasjonal behandlingstjeneste for endometriose og adenomyose (NBEA) eksisterer foreløpig ikke i Norge. For å kunne bygge opp et relevant tjenestetilbud og prioritere begrensede ressurser ønsket vi å kartlegge brukernes behov.

Mål: Kartlegge brukernes behov og forventninger til en NBEA.

Metode: Vi utviklet et elektronisk spørreskjema i samarbeid med Endometrioseforeningen og dette ble distribuert digitalt til deres medlemmer i mai 2021.

Resultater: 938 personer svarte på spørreskjemaet (93% brukere, 7% pårørende). 49,5% mener at fokuset til en NBEA bør være rettet mot kvinner med høygradig sykdom. Å møte samme lege blir ansett som viktig av 94%, mens 84% er positive til at oppfølgingstimer også gjennomføres av endometrioseykepleier. For 99% er det viktig med en langsiktig plan for behandling. Av tverrfaglig oppfølging angir 86% behov for ernæringsfysiolog, 89% behov for kartleggingssamtale hos psykolog, 78% behov for sexolog og 85% behov for fysioterapeut. 83% ønsker støttegrupper. 98% anser forskning og kvalitetssikring i regi av NBEA som viktig, og 99% er positive til å regelmessig fylle ut spørreskjemaer. I frittekstsvarene ble et stort behov for kvalitetssikring og oppdatert skriftlig informasjon identifisert.

Konklusjon: Kartleggingen viser viktigheten av god informasjon, kontinuitet i oppfølgingen og en langsiktig plan for behandling av pasienter med endometriose og adenomyose. Pasientene ønsker et tverrfaglig tilbud som omfatter ernæringsfysiolog, psykolog, sexolog og fysioterapeut. Forskning og kvalitetssikring hadde meget høy prioritet, med stor vilje til å delta. Resultatene fra kartleggingen bør være sentrale ved utvikling av en NBEA i Norge.

PG7: Self-sampling among long-term non-attenders to cervical cancer screening in Norway: a pragmatic randomized controlled trial

Ameli Trope¹, Terning Hansen Bo¹, Gunvor Aasbo¹

Kreftregisteret, Norge

Introduction: Attendance to the Norwegian cervical cancer screening program is suboptimal, and 1/6 of screening-eligible women have not had a screening test for at least 10 years.

Aim: We test whether vaginal self-sampling for human papillomavirus (HPV) may increase cervical cancer screening attendance among long-term non-attending women in Norway.

Methods: During March-August 2019, we invited 6000 women aged 35-69 who had not attended screening for at least 10 years. They were randomized to either receiving (i) a reminder to attend regular screening (controls), (ii) a self-sampling kit, (iii) an offer to order a self-sampling kit. Women returning a positive self-sample were scheduled for follow-up at their regular general practitioner or a gynaecologist.

Results/Conclusions: Compared to the ordinary reminder letter to order an appointment for screening, direct mailing of a self-sampling kit as well as offering to order a self-sampling kit raised attendance to cervical screening among long-term non-attending women, but to different degrees. Compliance to follow-up after a positive self-sample was high, both for gynecologist and for general practitioner follow-up. The results from this study will aid decisions regarding if and how self-sampling may be offered in the context of organized screening in Norway.

PG8: Vaginal okklusjon ved transplantat-mot-vert-sykdom, en kasuistikk.

Ringen, Ingrid M¹, Quist-Paulsen, Petter ², Lonneè-Hoffmann, Risa ¹

¹Kvinneklubben, St. Olavs hospital

²Avdeling for blodsykdommer, St. Olavs hospital

Bakgrunn: Transplantat-mot-vert-sykdom, (Graft versus host disease, GVHD), er en vanlig komplikasjon etter allogen stamcelletransplantasjon for hematologisk kreftsykdom. Tilstanden kan affisere mange organsystemer, også vaginalslimhinne, og kan føre til ulike grader av vaginal stenose. Mange kvinner som har hatt allogen stamcelletransplantasjon har også prematur ovarialsvikt etter cellegiftbehandling med behov for østrogen substitusjon.

Mål/metode/resultat: Vi vil presentere en kasuistikk om en 17 år gammel kvinne som utviklet vaginal okklusjon på grunn av transplantat-mot-vert-sykdom, og beskrive medisinsk og kirurgisk behandling med resultat etter 1 år.

Konklusjon: Et økende antall pasienter med hematologisk malignitet kan behandles med allogen stamcelletransplantasjon. Mange etterlevere etter hematologisk kreft kan ha behandlingkrevende plager av vaginal transplantat-mot-vert-sykdom. Tidlig oppmerksomhet og intervensjon er viktig.

PG9: Development of pelvic floor dysfunction from first pregnancy up to 8 years after first delivery: a longitudinal study

Tuva Kristine Halle^{1,3}, Jüratė Šaltytė Benth^{PhD²}, Jette Stær-Jensen, PhD³, Kari Bø, PhD^{3,4}, Marie Ellström Engh, PhD^{1,3} Franziska Siafarikas, PhD^{1,3}

¹University of Oslo, Faculty of Medicine, Division Akershus University Hospital, Oslo, Norway

²Institute of Clinical Medicine, Campus Ahus, University of Oslo; Health Services Research Unit, Akershus University Hospital, Norway

³Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Lørenskog, Norway

⁴Norwegian School of Sport Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo, Norway

Background: Vaginal delivery is considered the foremost risk factor for development of pelvic floor dysfunction. However, pregnancy is also likely to influence this development. Therefore, longitudinal studies including women prior delivery are warranted.

Aim: The aim of our study was to describe the development of pelvic floor dysfunction from mid-pregnancy up to 8 years after the first delivery stratified by delivery mode.

Methods: This longitudinal observational cohort study included nulliparous women. Urinary and anal incontinence and vaginal symptoms were assessed using a validated questionnaire during pregnancy (week 21 and 37) and after delivery (6 weeks, 6 and 12 months, 8 years). Study groups were stratified by delivery mode at first delivery: normal vaginal, operative vaginal and cesarean. A linear mixed model was used to assess differences between groups.

Results: A total of 300 women were included, 193 women attended the 8-year follow-up. Women with vaginal delivery had more urinary incontinence and vaginal symptoms than women with cesarean delivery. This was found already during pregnancy. Anal incontinence symptoms were highest in women with operative vaginal delivery throughout the entire study period. Cesarean delivery was associated with fewer pelvic floor symptoms during pregnancy and up to 12 months after delivery. Overall, pelvic floor symptoms were few throughout the entire study period in all delivery groups, without statistically significant differences between groups. Adjustment for parity at 8 years did not change the results.

Conclusion: Nulliparous women delivering vaginally developed more pelvic floor symptoms already during pregnancy. Symptoms were mild in all delivery groups.

PG10: Svangerskap i keisersnitt arr – en kasuistikk å lære av

Klouman-Lybekk, Lene¹, Torkildsen Erik A¹

¹Kvinnekliviken, Stavanger universitetssjukehus

Bakgrunn: Omtrent 12000 kvinner utfører provosert aborter hvert år i Norge, med gradvis fallende tendens. Omtrent 5 % får komplikasjoner i form av blødning, svangerskapsrester og infeksjoner. Ca. 1 % av medikamentelle aborterer ikke. Graviditet i keisersnitt arr er en sjelden form for ektopisk graviditet og utgjør ca. 6 % av alle ekstrauterine graviditeter. Vi presenterer en kasuistikk med stor svangerskapstumor i keisersnitt arr etter provosert abort.

Metode: Kasuistikk

Resultater: 36 år gammel kvinne med tre tidligere keisersnitt hadde vedvarende kraftig vaginalblødning én måned etter selvbestemt medikamentell abort. HCG viste fallende verdi fra 1514 til 847 over 13 dager. Ultralyd påviste 8 x 8 cm stor og vaskularisert tumor i fremre del av uterus. MR bekreftet ultralydfunn, med mistanke om svangerskap i keisersnitt arr eller trofoblastisk tumor. Alternative behandlinger ved ektopisk graviditet er ekspektans, metotreksat eller kirurgi. Trofoblastisk tumor kan behandles medikamentelt og kirurgisk. Det ble vurdert om det skulle utføres preoperativ histologi, men utelukket grunnet blødningsrisiko. På bakgrunn av ukjent etiologi i tidligere keisersnitt arr ble det utført preoperativ innleggelse av aortaballong, embolisering og ukomplisert hysterektomi. Postoperativ histologi bekreftet placenta increta i keisersnitt arr.

Konklusjon: Kvinner med tidligere keisersnitt har risiko for å få nytt svangerskap i tidligere uterotomi. Stor tumor etter provosert abort er uvanlig, og multidisiplinær utredning og vurdering vil være viktig for å gi korrekt diagnostikk og behandling, og for å unngå alvorlig komplikasjoner.

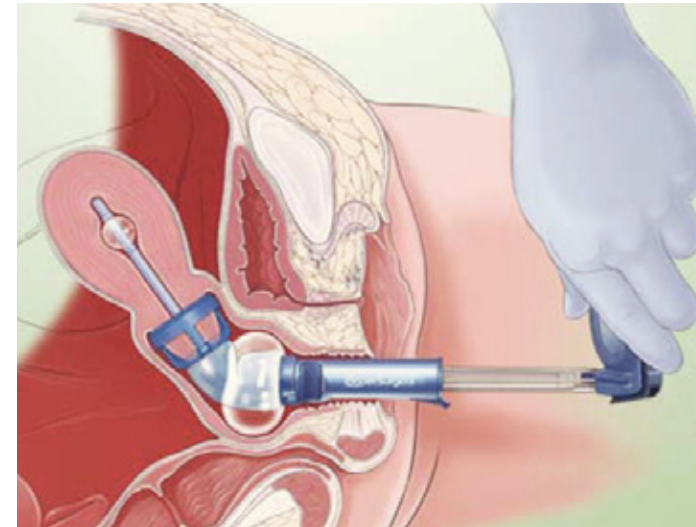


Jan Bye AS

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



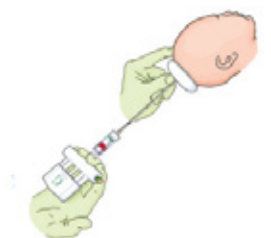
Kiwi vakuumpopp

For vaginal forløsning og keisersnitt



Complete Vacuum Delivery System with PalmPump™

Kiwi OmniCup® with Traction Force Indicator



PG11: Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus (Ahus) internt elektronisk kvalitetsregister for kvinner med underlivs prolaps (descens urogenitalis)

Teig Catherine J¹, Rimstad Kjersti², Engh Marie^{2,3}, Årving Ida³, Schjøsby Pernille²

¹Bekkensenteret, Kirurgisk divisjon, Akershus universitetssykehus, ²Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus, ³Universitet i Oslo

Bakgrunn: Norge har i dag mange gode registre som brukes som grunnlag for helseovervåkning og kvalitetsforbedring. Det finnes imidlertid få interne og ingen nasjonale kvalitetsregistre på sykehusene i Norge for å følge opp kvinner med underlivs prolaps før og etter kirurgi. Før 2020 har Kvinneklivnikken ved Ahus ikke hatt et slik register.

Mål: Mål er å opprette et lokalt elektronisk kvalitetsregister på Kvinneklivnikken ved Ahus som skal bidra til kvalitetsforbedring av helsetjenester rettet mot kvinner som opereres for underlivs prolaps

Metode: Det elektroniske kvalitetsregisteret hadde oppstart i desember 2020, og skal analysere data fra 250-300 pasienter som blir operert for underlivs prolaps på Kvinneklivnikken hvert år. Validerte spørreskjema (PFDI-20, PFIQ-7) og generelle helse-spørreskjema benyttes for å samle inn opplysninger fra pasienter pre- og 6 mnd. post-operativt. I tillegg fyller operatør ut et generelt peri-operativt skjema og et helsespørreskjema. Alle pasientdata lagres elektronisk i RedCap databasen på Ahus.

Videre behandling av pasienten er basert på pasientens generelle helseopplysninger 6 mnd. post-operativt og total poengsum for PFDI-20/PFIQ-7. RedCap har et varslingsystem som informerer raskt om hvilke pasienter som skal innkalles til 6 måneders kontroll.

Resultater: 24 pasienter ble inkludert i kvalitetsregisteret 08.12.2020-01.05.2021, og registeret hadde en dekningsgrad på i overkant av 90%. Resultater i denne studien er forventet i slutten av 2021.

Konklusjon: Vi har vist at implementeringen av et elektronisk kvalitetsregister så langt har vært vellykket. Vi forventer at kvalitetsregisteret ved hjelp av elektroniske spørreskjemaer for pasientrapporterte utfall kommer å gjøre det enklere for legene å vurdere pasient-tilfredshet, komplikasjoner og kirurgiske utfall.

PG12: Ambulant behandling ved hyperemesis gravidarum -hvem får dette og hva blir tilbudt?

Frydenlund, K¹, Kanyinda, S¹, Trovik, J^{1,2}

¹Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

²Gynekologisk avdeling, Haukeland Universitetssjuehus

Bakgrunn: Hyperemesis gravidarum (HG) rammer 1-3% av gravide og medfører redusert allmenntilstand, vekttap, dehydrering/metabolske forstyrrelser. Væske- og/eller ernæringsbehandling administreres oftest under innleggelse mens ambulant behandling er lite beskrevet.

Mål: Vi ønsket å gjennomgå i hvilken grad pasienter med HG mottok væske-/ernæringsbehandling ambulant samt karakteristika ved pasientene og deres behandling.

Metode: Retrospektiv kohortstudie av kvinner innlagt med HG ved Haukeland Universitetssjuehus i perioden 2012-2016. Kliniske karakteristika hos kvinnene som mottok all behandling under innleggelse ble sammenliknet mot dem som også fikk behandling ambulant.

Resultater: Av 334 kvinner innlagt med HG, mottok 48 (14%) ambulant behandling, tydelig økende fra 6/56 (11%) i 2012 til 24/71 (34%) i 2016, p<0,001. Ved første innleggelse var det kun kvinnens alder og gestasjonslengde som skilte: ambulantgruppen median 30 år (95% konfidensintervall (KI) 29-31) mot 28 år (27-29, p=0,017) hos dem som kun var innlagt og gestasjonslengde median 8 uker (95% KI 7-8) versus 9 uker (8-9, p=0,003). Ambulantgruppen hadde median 2 polikliniske konsultasjoner (95% KI 1-3). I alt 37 pasienter mottok væskebehandling via perifer veneffon, mens 12 fikk ernæringsbehandling via sonde (n=11) og/eller sentralt venekateter (n=2). Gruppen med ambulant behandling mottok ernæringstilskudd intravenøst flere døgn; median 2,5 (95%KI 1-8) mot 1 (1-2, p<0,011), hadde flere antall innleggelser; median 2 (95% KI 1-3) mot 1 (1-1, p<0,001) og totalt flere liggedøgn på sykehus; median 7 (95%KI 5-10) mot 3 (3-3, p<0,001) enn dem som fikk all behandling som inneliggende.

Konklusjon: Kvinner med HG mottok ambulant væskebehandling i økende grad. Ernæringsbehandling synes underutnyttet og bør inkorporeres i behandlingsretningslinjer.

PG13: Kan hysterektomi og ooforektomi gi økt dødelighet?

Michelsen, Trond M^{1,2,3}, Rosland, Tina E^{2,3,4}, Liavaag, Astrid H^{3,4}, Åsvold, Bjørn O^{5,6,7}, Pripp, Are H⁸, Johansen, Nora ^{3,4}.

¹Fødeavdelingen Rikshospitalet, Kvinneklivnikken, Oslo universitetssykehus

²Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

³Forskningssenheten, Sørlandet Sykehus HF

⁴Gynekologisk og obstetrisk avdeling, Sørlandet Sykehus Arendal

⁵K.G. Jebsen-senter for genetisk epidemiologi, NTNU

⁶Hunt Forskningscenter, NTNU

⁷Endokrinologisk avdeling, St. Olavs Hospital

⁸Senter for biostatistikk og epidemiologi, Oslo Universitetssykehus

Bakgrunn: Tidligere studier har indikert en sammenheng mellom hysterektomi/ooforektomi og hjerte- og karsykdom og død, men funnene er sprikende og vi vet ikke om det foreligger en årsakssammenheng.

Mål: Å undersøke sammenhengen mellom hysterektomi/ooforektomi og total dødelighet, hjerte- og karrelatert dødelighet og betydningen av kirurgi før menopausealder.

Metode: Kohortstudie med inklusjon via Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT2) og kobling til Dødsårsaksregisteret og Kreftregisteret. Studiepopulasjonen besto av 18.673 kvinner uten hysterektomi/ooforektomi (ikke-opererte), 1.199 med kun hysterektomi og 907 med ooforektomi med/uten hysterektomi (opererte). Utfall var definert som død i studieperioden (1995-2014) (total dødelighet) og død relatert til hjerte- og karsykdom (Minst én kode for hjerte- og karsykdom i dødsmeldingen). Vi sammenlignet dødelighet hos opererte og ikke-opererte. I analysene justerte vi først kun for alder, og deretter for alder, kreft, BMI, diabetes, røykestatus, kolesterol, fysisk inaktivitet og blodtrykk (full justering).

Resultater: Etter full justering hadde kvinner med hysterektomi økt total dødelighet (hasard ratio (HR) 1.35; 95% konfidensintervall 1.14-1.60) og hjerte- og karrelatert dødelighet (HR 1.58, 1.23-2.02) sammenlignet med ikke-opererte. Kvinner under menopause-alder (<53 år) ved inklusjon hadde økt aldersjustert hjerte- og karrelatert dødelighet både etter hysterektomi (HR 2.64; 1.28-5.42) og ooforektomi (HR 3.57; 1.49-9.0).

Konklusjon: Kvinner med hysterektomi eller ooforektomi før menopause hadde mer enn dobbelt så høy hjerte og karrelatert dødelighet som ikke-opererte, men sammenhengen avtok med økende alder. Vanlige gynekologiske inngrep er forbundet med økt risiko for død. Kvinner med hysterektomi og ooforektomi, spesielt i ung alder, kan ha behov for ekstra oppfølging av helsetjenesten på grunn av denne risikoprofilen.

PG14: Spontanbort, hvordan behandler vi det ved Haukeland?

Horgmo, HM¹ Håkedal, S¹ Leikvoll, L¹ Trovik, J^{1,2}

¹ Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

² Gynekologisk avdeling, Haukeland Universitetssjuehus

Bakgrunn: Spontanabort rammer opptil 20% av erkjente svangerskap og Norsk Helseatlas for Gynekologi rapporterer store forskjeller mhp hvordan dette behandles ved gynekologiske avdelinger.

Mål: Vi ønsket å fastslå omfang og behandlingsforløp for spontanabort behandlet ved Haukeland Universitetssjuehus og hvorvidt diagnostikk og rapport behandling (koding) samsvarte med retningslinjer.

Metode: Retrospektiv sykehuskohort av kvinner behandlet for spontanabort ved Haukeland Universitetssjuehus 2015-2017. Kvinnene ble identifisert ved diagnose O02.0 Blighted ovum, O02.1 Missed abortion, O03 Spontanabort og/eller operasjonskode MBA00/03 vakumaspirasjon/utskrapning etter abort eller fødsel. Journalgjennomgang identifiserte korrekt diagnose og faktisk behandling.

Resultater: I alt 1377 kvinner hadde vært behandlet for spontanabort, 6,8% av alle gravide 2015-2017. Totalt 568 tilfeldig utvalgte journaler ble gjennomgått. I alt 32 kvinner (5,6%) hadde en komplett abort, 366 (64,3%) inkomplett og 166 (29,2%) missed abortion/abortus inhibitus. De fleste, 354 (62,2%) trengte kun en konsultasjon, og 301 (52,9%) fikk behandling ambulant. I alt 128 kvinner (22,5%) ble ekspektativt behandlet, 241 (42,4%) kun medikamentelt mens 26 (4,6%) fikk endovak-evakuering (uten anestesi) og 174 (30,6%) evakuering på operasjonsstuen. Hos 192 kvinner (33,7%) var diagnosen feil(kodet); 12/32 (37,5%) av komplette aborter, 111/366 (30,6%) av inkomplette og 69/166 (42,8%) av missed abortion, p<0,001. Ved missed abortion ble medikamentell behandling gitt ved første konsultasjon til 130/166 (78,3%); 12 forbehandlet med mifepriston (Mifegyn), 118 fikk misoprostol (Cytotec) alene. Kirurgisk kode manglet hos 17 (3%) og feilaktig angitt som LCH (provosert abort) hos 30 (5,3%).

Konklusjon: Når 30% ikke klassifiseres/diagnostiseres korrekt vil behandling ikke være samsvarende med retningslinjer. Feil/manglende koding gir unøyaktig rapportering og usikkerhet mhp. nasjonale sammenlikninger.

PG15: Identifikasjon av livskvalitetsmarkører for kvinner med gynekologisk fistel

Bårholm, HMS¹ Kråkenes, EBC² Thornhill, HF² Trovik, J^{1,2}

¹Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

²Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler (NBTGF), KK, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

Bakgrunn: Gynekologiske fistler (mellom uterus, vagina, perineum og tarm eller urinveier) gir betydelige plager med urin-, avførings- og luftlekkasje, ved inflammatorisk genese ofte ledsaget av smerter. Gynekologiske fistler gir betydelig reduksjon av livskvalitet hos pasientene. Ved behandling har ofte resultatmål vært å påvise anatomisk lukning av fistel mens pasientenes symptomer og livskvalitet (pasientrapportert utfall: PROM) sjeldnere er vektlagt. Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler ønsker å inkludere slike data som utfallsmål.

Mål: Vi ønsket å identifisere egnede symptom-/livskvalitetsskjema til bruk ved behandling av kvinner med gynekologisk fistel.

Metode: Utforskende litteraturgjennomgang (scoping study). Litteraturstudie ved primærsøk i PubMed og Google Scholar samt hundsøk av referanselister i primærartikler. Søkeord var relatert til gynekologi, urologi, gastroenterologi, fistel, inkontinens, spørreskjema og livskvalitet.

Utfallsmål: Helserelaterte, sykdomsrelaterte og sykdomsspesifikke livskvalitetsskjema relatert til gynekologisk fistelsykdom.

Resultater: 71 artikler ble gjennomgått, og 19 skjema ble inkludert hvorav fire var generelle, to var sykdomsrelaterte og 13 var sykdomsspesifikke (fem innenfor gastroenterologi, fem fra urologi og tre fra gynekologi). Etter diskusjon med urolog, gastromedisiner og gastrokirurg samt brukerrepresentant fra NBTGF ble det utviklet to ulike symptomdelsskjema; NKIR (norsk kvinnelig inkontinens-registerskjema) for urogenitale fistler og for genitointestinale fistler NRA (norsk register for analinkontinens) sitt kombinerte St. Mark's og Wexner-skjema. Livskvalitetsdelen er felles og vesentlig en lett revidert utgave av NKIR tillagt ett spørsmål om årsak til fistel. Spørreskjemaet må testes ut og validerer opp mot et generelt livskvalitetsskjema som short form 12 (SF-12).

Konklusjon: Vi har utarbeidet symptom-/livskvalitets rapporteringsskjema for kvinner med gynekologisk fistel. Disse vil bli validert i senere studier.

PG16: #sjekkdeg ved Haukeland Universitetssjukehus; hva fant vi?

Iversen, GA¹ Forså, E² Nesse, M² Ramnefjell, MP³ Trovik, J^{1,2}

¹ KK, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

² Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

³ Avd. for patologi, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

Bakgrunn: Livmorrhalsprogrammets årlige #sjekkdegkampanje ønsker å øke bevissthet og deltagelse i cervixscreening. Ved KK, Haukeland Universitetssjukehus har vi fra 2018 gjennomført årlig en ettermiddagspoliklinikk der kvinner kunne møte uten henvisning og få gjennomført gratis cervixprøve.

Mål: Vi ønsket å karakterisere gruppen selvhenviste kvinner mhp kriterier for rutinescreening (alder/intervall/type test/tidligere unormal prøve) samt resultat av aktuell cervixprøve og evt. videre oppfølging/behandling.

Metode: Retrospektiv sykehushokort, kvinner selvhenvist for cervixscreening ved tre #sjekkdegdager, KK, Haukeland 2018-2020.

Resultater: Av 299 kvinner påmeldt fikk 295 tatt prøve; 64, 69 og 166 respektive år. Andel teknisk suboptimal prøve (17/295, 6%) var ikke forskjellig mhp. erfaring hos prøvetaker (medisinstudent, LIS eller overlege, p=0,472). I alt 15 kvinner (5%) var < 25 år, og 9 kvinner (3%) rapporterte forrige cervixprøve som unormal. Av 271 kvinner i screeningpopulasjon hadde 23 (9%) aldri tatt cervixprøve, mens screeningintervall var <3 år hos 31 (11%), 3 år hos 97 (36%) og > 3 år hos 120 (44%). Cervixcytologisk prøve ble utført hos 63 kvinner (21%), HPV-analyse hos 188 (64%) og HPV+Cervixcytologi hos 44 (15%). I alt 33 kvinner (11%) hadde unormal test; 25/107 cytologi og 20/232 HPV-test hvorav 20/250 (8%) ved tidligere normal cervixprøve, 9/36 (25%) uten tidligere prøve og 4/9 (44%) ved tidligere unormal prøve, p<0,001. I alt 17 kvinner måtte retestes hos fastlege, 16 (5%) utredes hos gynekolog hvorav 6 kvinner (2%) ble konisert.

Konklusjon: Lavterskel selvhenvist cervixscreeningstilbud ble overveiende benyttet av kvinner i tråd med retningslinjene. Colposkopi/koniseringsratio på 2,67 er samsvarende med tidligere norske studier og internasjonale anbefalinger.

PG17: Ureterskader ved hysterektomi i Norge 2009-2019

Ravlo, Merethe^{1,2}, Moen, Mette H.¹, Bukholm, Ida K. B.³, Lieng, Marit^{3,4,5} og Vanky, Eszter^{1,2}

¹Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU, Trondheim, ²Kvinneklubben, St. Olavs Hospital, ³Norsk pasientskadeerstatning, ⁴Kvinneklubben, UiO, ⁵Institutt for klinisk medisin, UiO

*Delt sisteforfatterskap

Bakgrunn: Ureterskade ved hysterektomi er en sjelden, men alvorlig iatrogen skade. Risikoen avhenger av indikasjon for operasjon, predisponerende faktorer og peroperative forhold. Vi har undersøkt nasjonalt registrerte ureterskader etter hysterektomi og erstatnings-søknader etter slike skader.

Metode: En retrospektiv, deskriptiv studie av ureterskader etter hysterektomi i tidsperioden 2009-2019. Vi har studert skader rapportert til Norsk pasientregister (NPR) og erstatningskrav til Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

Resultater: NPR registrerte 53 096 hysterektomier og 634 (1,2%) ureterskader i tidsperioden. 10% av skadene ble oppdaget peroperativt. 69 kvinner (11%) søkte erstatning fra NPE, av disse fikk 15% medhold. Kvinner som søkte erstatning var yngre (48.1±8.9 vs 55.1±13.6, p<0.01), hadde oftere en godartet diagnose (89.9% vs 52.1%, p<0.01) og ureterskaden ble oftere oppdaget etter utskrivelse (58.0% vs 33.0%, p<0.001) sammenliknet med kvinner som ikke søkte erstatning.

Fra de 69 NPE-sakene var ytterligere informasjon tilgjengelig: ureters lokalisasjon var dokumentert i 30% av operasjonsbeskrivelsene. Reoperasjon for å behandle ureterskaden var nødvendig hos 77%. De vanligste symptomer på uidentifisert skade var smerter (77%), feber (12%), fistel (13%) og anuri (8%). 17% opplevde langtidsskade etter reparasjon (tap av nyre (10%) eller kroniske smerter (7%)). Ingen døde som følge av ureterskaden.

Konklusjon: Ureterskade oppsto ved 1,2% av alle hysterektomier. Få ureterskader ble erkjent peroperativt. Smerter var det vanligste symptomet på ikke erkjent ureterskade. Vi anbefaler peroperativ identifisering av ureter ved hysterektomi og å mistenke ureterskade ved uttalte postoperative smerter.

Inkontinens? Vi kan bekkenbunnstrening

Finn fysioterapeut med
spesialkompetanse på quintet.no



NeuroTrac MyoPlus Pro Kombinert EMG
biofeedbackapparat og elektrostimulator.

Efemia urinstopper
for kvinner med
stressinkontinens.

- ✓ Enkel
- ✓ Effektiv
- ✓ Gjenbrukbar

På blåresept - \$5.1



QUINTET
quintet.no - 55 98 15 55 - post@quintet.no

Vi har en landsdekkende oversikt over fysioterapeuter som har kompetanse på kvinnehelse og elektrostimulering / biofeedback. Quintet leverer kvalitetsprodukter til alle norske helseforetak!



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 slimhinnenes 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 informasjon, besøk 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 intimområder (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 en 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.

POSTERLISTE

Obstetrikk

P01	T. Finanger	Phosphatidylethanol (PEth) as a biological marker of alcohol intake in early pregnancy: an observational study in 4067 pregnant women
P02	Lars T Johansen	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
P03	Macedo, Marthe D	Introduksjon av et nytt klassifiseringssystem for grad 2 perinealrifter: I hvilken grad er jordmødre enige?
P04	Nilsen, Guro Ø	Antropometri hos nyfødte av mødre med PCOS etter metformin-eksponering i svangerskapet
P05	Sagberg, Kariann	Måling av morkakevolum ved bruk av frihånds ultralydopptak, posisjonssporing, kunstig intelligens og maskinlæring.
P06	Bains, Sukhjeet	Landbakgrunn og botid er assosiert med anal sfinkterruptur: en populasjonsstudie
P07	Bjerkholt, Frøydis F.	Are levator hiatal dimensions in mid-pregnancy associated with mode of delivery?
P8	Ryssdal, Mariell	Metformin mobiliserer immunforsvaret og gir færre infeksjoner hos gravide kvinner med polycystisk ovariesyndrom
P09	Ziesler, Charlotte P. Ø	Forbedrer fysisk aktivitet lipidprofilen hos kvinner med tidligere hypertensiv svangerskapslidelse?
P010	Linde, Lorentz E	Postpartumblødning: Er det lavere risiko ved fødsel av en gutt, uansett blødningsårsak?

PO1: Phosphatidylethanol (PEth) as a biological marker of alcohol intake in early pregnancy: an observational study in 4067 pregnant women

T. Finanger^{1,7}, O. Spigset^{2,7}, R.W. Gråwe^{3,8}, T. N. Andreassen², T. N. Lokken², T. O. Aamo², G. E. Bratt⁴, K. Tømmervik¹, V. Langås⁵, K. Finserås⁵, K. Å. B. Salvesen^{6,7}, R. B. Skråstad^{2,7}

St. Olavs Hospital, Clinic of Substance Use and Addiction Medicine, Trondheim, Norway

¹ St. Olavs Hospital, Clinic of Substance Use and Addiction Medicine, Trondheim, Norway

² St. Olavs Hospital, Department of Clinical Pharmacology, Trondheim, Norway

³ St. Olavs Hospital, Department of Research and Development, Trondheim, Norway

⁴ St. Olavs Hospital, Clinic of Laboratory Medicine, Trondheim, Norway

⁵ St. Olavs Hospital, Department of Immunology and Transfusion Medicine, Trondheim, Norway

⁶ St. Olavs Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Trondheim, Norway

⁷ Norwegian University of Science and Technology, Department of Clinical and Molecular Medicine, Trondheim, Norway

⁸ Norwegian University of Science and Technology, Department of Mental Health, Trondheim, Norway

Background: Alcohol use disorder (AUD) is a common mental disorder and the prevalence is increasing (1). The teratogenic effect of alcohol is well documented, but there is lack of appropriate screening methods to detect alcohol use in pregnancy. We are investigating how many women continue drinking after becoming aware they are pregnant, measured as phosphatidylethanol 16:0/18:1 (PEth) in whole blood. PEth is a specific and sensitive alcohol marker reflecting alcohol intake up to several weeks after consumption. **Aim of study:** To explore the potential usefulness of PEth as a marker of prenatal alcohol exposure in a general pregnant population. **Methods:** A total of 4566 blood samples from 4067 women submitted to St. Olavs Hospital on the indication Rhesus typing in pregnancy between September 2017 and October 2018 were collected. Blood tests for Rhesus typing is performed routinely around gestational week 12 and Rhesus negative women had an additional blood test taken in week 24. All samples were analyzed for PEth. **Results:** A total of 58 women had a positive PEth in pregnancy. 50 women (1.4%) had positive PEth in the end of first trimester, 3 women (0.4%) had positive PEth in the second trimester and for 5 of the cases the time of sampling was unknown. There were no significant difference in proportion of women with positive PEth values related to age or rural versus urban residency. **Conclusion:** PEth assessments of a normal pregnant population found that 1.4 % had a positive sample at the end of the first trimester. This group of women may benefit from further AUD screening and health care services.

(1) Agabio, R., et al. (2017). "Sex Differences in Alcohol Use Disorder." *Curr Med Chem* 24(24): 2661-2670.

PO2: 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. Johansen¹, Geir Sverre Braut^{1,2,3}, Ganesh Acharya^{4,5,6}, Jan Fredrik Andresen¹, Pål Øian⁵

¹ Norwegian Board of Health Supervision, Oslo, Norway

² Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

³ Western Norway University of Applied Sciences, Sogndal, Norway

⁴ Women's Health and Perinatology Research Group, Department of Clinical Medicine, UiT-The Arctic University of Norway, Tromsø, Norway

⁵ Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital of North Norway, Tromsø, Norway

⁶ Division of Obstetrics and Gynecology, Department of Clinical Science, Intervention and Technology, Karolinska Institute and Center for Fetal Medicine, Department of Women's Health, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

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. **Keywords:** adverse events; asphyxia; failure of treatment; maternity units; postpartum hemorrhage; shoulder dystocia; supervision.

PO3: Introduksjon av et nytt klassifiseringssystem for grad 2 perinealrifter: I hvilken grad er jordmødre enige?

Macedo, Marthe D.¹, Engh, Marie E. PhD², Sifarikas, Franziska PhD²

1. Kvinneklivnikken Akershus Universitetssykehus, Lørenskog

2. Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, Divisjon Akershus Universitetssykehus, Oslo

Introduksjon: Fokus på grad 2 perinealrifter og potensielle kliniske konsekvenser har vært økende de siste årene. Disse riftene varierer betraktelig i grad av vevsskade, noe som kan ha betydning for kvinnens bekkenbunnshelse post-partum. Et klassifiseringssystem der grad 2 rifter sub-kategoriseres etter lengde og dybde (2A,B,C) er foreslått, men reliabiliteten er enda ikke undersøkt. **Formål:** Formålet med denne studien var å vurdere inter-rater reliabiliteten til det mer detaljerte klassifiseringssystemet for grad 2 perinealrifter. **Metode:** Studien ble gjennomført på fødeavdelingen ved Akershus Universitetssykehus i oktober og november 2020. Et klassifiseringssystem, som nå er inkludert i det svenske ICD-kodesystemet, ble introdusert til jordmødrene i avdelingen i løpet av én måned. Videre ble det utført en inter-rater reliabilitetsstudie der alle kvinner som fødte vaginalt i løpet av en måned ble undersøkt av to jordmødre etter fødsel. Jordmødrene var blindet for hverandres funn. Inter-rater reliabilitet ble analysert ved bruk av Fleiss multirater kappa og Kendall's coefficient of concordance. **Resultater:** 72 jordmødre deltok i studien. 166 kvinner, 65.9% av alle vaginale fødsler i løpet av måneden, ble klassifisert etter protokoll. Den totale reliabiliteten var god, med Kappa=0.75 (95%CI 0.67-0.83). Kappa for individuelle kategorier var: Ingen rift: 0.93 (95%CI 0.77-1.09), Grad 1: 0.76 (95%CI 0.6-0.91), Grad 2A: 0.7 (95%CI 0.50-0.82), Grad 2B: 0.63 (95%CI 0.47-0.79), Grad 2C: 0.83 (95%CI 0.67-0.99), Grad 3-4: 1.0 (n=1), Kendall's coefficient var veldig god: 0.96 (p<0.001). **Konklusjon:** Etter en måneds introduksjon av det mer detaljerte klassifiseringssystemet for grad 2 rifter er jordmødre i stor grad enige i klassifiseringen av perinealrifter.

PO4: Antropometri hos nyfødte av mødre med PCOS etter metformin-eksponering i svangerskapet

Nilsen, Guro Ø.¹, Hanem, Liv Guro E.², Løvvik, Tone S.^{2,3}, Ødegård, Rønnaug^{2,4}, Juliusson, Petur B.⁵, Simpson, Melanie R.^{6,7}, Vanky, Eszter^{2,3}

¹Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

²Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

³Avdeling for obstetikk og gynekologi, St. Olavs Hospital, Trondheim Universitetssykehus,

⁴Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon (ObeCe), St. Olavs Hospital, Trondheim Universitetssykehus

⁵Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

⁶Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

⁷Klinisk forskningsenhet Midt-Norge, St. Olavs Hospital

Bakgrunn: Metformin brukes i graviditet av kvinner med svangerskapsdiabetes og polycystisk ovariesyndrom (PCOS). Metformin passerer placent og fosteret eksponeres for terapeutiske konsentrasjoner. **Mål:** Å undersøke om 1) metforminbruk under graviditet påvirker antropometrien til barn av kvinner med PCOS. Sekundært, å undersøke effekten av mors BMI, androgenstatus, metforminbruk ved konsepsjon og barnets kjønn på nyfødt antropometrien, og 2) å relatere antropometrien til barn av kvinner med PCOS til referanse populasjonen. **Metode:** Post hoc-analyse av tre randomiserte, placebokontrollerte studier: Pilot-studien, PregMet-studien og PregMet2-studien, der totalt 803 kvinner med PCOS ble inkludert. Kvinnene ble randomiserte til 1,7-2,0 g metformin daglig eller placebo fra første trimester til fødsel. Vi brukte Niklassons referanseverdier, justert for kjønn og gestasjonsalder. **Resultater:** Metformin-eksponerte barn hadde større hodeomkrets sammenlignet med placeboeksponerte (p=0,001; z-score p=0,002). Subgruppeanalyser viste at det primært var barn fra mødre med overvekt (p=0,018; z-score p=0,021) og fedme (p=0,001; z-score p=0,004) som fikk større hodeomkrets, samt de med mødre som hadde hyperandrogen PCOS fenotype (p=<0,001; z-score p=<0,001). Metformin påvirket ikke fødselsvekt eller fødselslengde. Barn av kvinner med PCOS, både i metformin og placebogruppen, hadde lik fødselsvekt og hodeomkrets, men kortere fødselslengde enn referansepopulasjonen. **Konklusjon:** Metformin under graviditet gir økt hodeomkrets hos nyfødte barn av overvektige mødre med PCOS og hyperandrogen fenotype. Sammenlignet med referansepopulasjonen ble barn av kvinner med PCOS født kortere, men like tunge, som betyr at de ble født med en høyere KMI.

PO5: Måling av morkakevolum ved bruk av frihånds ultralydopptak, posisjonssporing, kunstig intelligens og maskinlæring

Sagberg, Karianne^{1,3}, Lie, Torgrim⁴, Peterson, Helene^{1,3}, Bø, Lars E.⁴, Gjesdal, Kjell I.², Hillestad, Vigdis^{1,2}, Eskild, Anne^{1,3}

¹Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus

²Bilediagnostisk avdeling, Akershus universitetssykehus

³Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

⁴SINTEF Digital, avdeling Helse

Bakgrunn: Kunnskap om morkakens størrelse kan være av betydning for å oppdage risikosvangerskap. Ultralydopptak med 3D-probe har begrensninger som metode for å måle morkakens volum, da det er vanskelig å få visualisert hele morkaken i 3D-opptaket.

Mål: Å utvikle en metode for pålitelig måling av morkakevolum ved bruk av ultralyd, kunstig intelligens og maskinlæring.

Metode: Vi gjorde frihånds ultralydopptak med 2D-probe med optisk posisjonssporing av morkaken hos 43 gravide i gestasjonsuke 27. Fra opptakene ble 2583 enkeltbilder manuelt annotert og brukt til maskinlæring. Det ble utviklet en algoritme for automatisk gjenkjenning av morkake i ultralydopptakene. Vi testet maskinlæringsalgoritmen på ultralydopptak av 15 morkaker, og annoterte også de samme opptakene i tette snitt manuelt. Morkakevolumet ble ved hjelp av posisjonssporingen beregnet både ut fra de automatisk og manuelt annoterte bildene. Av de samme 15 morkakene ble det også utført opptak med 3D-ultralydprobe. De tre metodene ble sammenlignet med MR.

Resultat: Maskinlæringsalgoritmen gjenkjente placentavev i bildene med en sensitivitet på 0.83 og positiv prediktiv verdi på 0.87.

Morkakevolum målt ved hjelp av manuell annotering og posisjonssporing viste beste samsvar med MR (Intraclass correlation coefficient (ICC) 0.66 (95% KI 0.24-0.87), bedre enn 3D-ultralyd (ICC 0.63, 95% KI 0.20-0.86) og automatisk annotering (ICC 0.49, 95% KI 0.00-0.80). For 9 av 15 morkaker var morkakevolumet målt ved denne metoden i svært godt samsvar med MR-volumet, 3D-ultralyd målte derimot systematisk et mindre morkakevolum enn MR.

Konklusjon: En maskinlæringsalgoritme kan trenes til å gjenkjenne morkaken i ultralydbilder. Frihånds ultralydopptak kan i større grad enn opptak med 3D-probe visualisere hele morkaken.

PO6: Landbakgrunn og botid er assosiert med anal sfinkterruptur: en populasjonsstudie

Bains, Sukhjeet¹, Sorbye, Ingvil K.¹, Vangen, Siri I., Sundby, Johanne², Lindskog, Benedikte V.³, Owe, Katrine M.¹

¹Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus

²Institutt for helse og samfunn, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

³Institutt for internasjonale studier og tolkeutdanning, OsloMet

Bakgrunn: Anal sfinkterruptur er en alvorlig fødselskomplikasjon som er assosiert med langvarige urogenitale plager. Få studier har studert assosiasjonen mellom sfinkterruptur og migrasjonsrelaterte faktorer.

Mål: Formålet med studien var å utforske assosiasjonen mellom mors landbakgrunn og anal sfinkterruptur, stratifisert for botid i Norge og partners fødeland.

Metode: Dette er en populasjonsbasert kohortstudie med data fra medisinsk fødselsregister. Vi inkluderte alle førstegangsfødende kvinner med vaginal hodefødsel av ett foster mellom 2008 og 2017 (n=188 658). Logistisk regresjon ble brukt for å estimere risiko for sfinkterruptur, rapportert som justert oddsratio (jOR) med 95% konfidensintervall (95% KI).

Resultater: Vi identifiserte 6 373 tilfeller av sfinkterrupturer (3.4%). Sammenlignet med norske kvinner var andelen sfinkterrupturer høyest blant sør-asiatiske kvinner (6.2%; jOR 2.46, 95% KI 2.05-2.95), etterfulgt av sørøst-asiatiske kvinner (5.7%; jOR 1.88, 95% KI 1.64-2.16) og kvinner fra Afrika sør for Sahara (5.2%; jOR 1.95, 95% KI 1.63-2.34). Nyankomne kvinner hadde høyere risiko sammenlignet med kvinner med lenger botid fra samme region. Høyest risiko ble observert blant nyankomne sørsasiatiske kvinner (jOR 3.40, 95% KI 2.55-4.53). Utenlandsfødte partner økte risikoen for sfinkterruptur uavhengig av mors landbakgrunn.

Konklusjon: Risikoen for sfinkterruptur var assosiert med migrasjonsrelaterte faktorer. Førstegangsfødende kvinner fra asiatiske regioner og Afrika sør for Sahara hadde høyere risiko for sfinkterruptur sammenlignet med norske kvinner. I tillegg hadde nyankomne kvinner og de med en utenlandsfødte partner økt risiko. Undergrupper av innvandrerkvinner kan ha nytte av et tilpasset helsetilbud for å redusere graden av komplikasjoner og for å sikre likeverdige helsetjenester.

PO7: Are levator hiatal dimensions in mid-pregnancy associated with mode of delivery?

Bjerkholt, Froydis F.¹, Nyhus, Maria Ø.^{2,3}, Mathew, Seema^{2,3}, Volloyhaug, Ingrid^{2,3}

¹ Faculty of Medicine and Health sciences, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim

² Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim.

³ Department of Obstetrics and Gynecology, St. Olavs University hospital, Trondheim.

Background: Smaller levator hiatal dimensions are possible risk factors for slow progress and consequently operative delivery.

Whether hiatal dimensions are independent risk factors for operative delivery needs further investigation

Aim: To explore associations between hiatal dimensions antenatally, duration of 2nd stage of labour and mode of delivery.

Method: Prospective cohort study of 56 nullipara examined at 20 weeks gestation and six months postpartum. Levator hiatal anteroposterior diameter and area were measured using 2D/3D transperineal ultrasound and compared between women with normal vaginal delivery and operative delivery (cesarean and vacuum) using t-test, and Spearman's rank to explore correlations with duration of 2nd stage. Cut-offs predicting risk of operative delivery were derived from ROC-analysis.

Results: 40 (71.4%) women had normal vaginal delivery and 16 (28.6%) operative delivery. 2D anteroposterior diameter and 3D hiatal area at rest were smaller in women with operative delivery than normal delivery, 5.0 cm vs 5.7 cm, p=0.007 and 18.5 cm² vs 14.9 cm², p<0.001. The cut-off to predict operative delivery was 5.6 cm, (sensitivity=0.94, specificity=0.63) for 2D anteroposterior diameter and 17.6 cm² (sensitivity=0.94, specificity=0.65) for 3D hiatal area. We found an inverse correlation between 2nd stage of labour and anteroposterior diameter at rest, r=-0.330, contraction, r=-0.365, area at rest r=-0.324 and contraction r=-0.521, all p<0.05.

Conclusions: Smaller hiatal dimensions at 20 weeks gestation were associated with longer 2nd stage of labour and increased risk of operative delivery in nullipara. 2D anteroposterior hiatal diameter <5.6 cm and 3D hiatal area <17.6 cm² imply high risk of operative delivery.

PO8: Metformin mobiliserer immunforsvaret og gir færre infeksjoner hos gravide kvinner med polycystisk ovariesyndrom

Rydsdal, Mariell^{1,2}, Giskeødegård, Guro F³, Stokkeland, Live M. T.^{1,2}, Jarmund, Anders H.^{1,2}, Steinkjer, Bjørg², Løvik, Tone S.^{1,4}, Madssen, Torfinn S.⁵, Iversen,

Ann-Charlotte^{1,2,3}, Vanky, Eszter^{1,4}

¹Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

²Senter for molekylær inflammasjonsforskning (CEMIR), NTNU.

³Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU.

⁴Kvinneklinikken, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim.

⁵Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU.

Bakgrunn: Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) er en vanlig endokrin forstyrrelse blant kvinner i fertil alder forbundet med immunaktivering og økt risiko for svangerskapskomplikasjoner. Metformin har anti-inflammatoriske egenskaper og reduserer risikoen for senabort og tidlig fødsel hos kvinner med PCOS. Virkningsmåten for metformins beskyttende effekt mot preterm fødsel er ikke kjent, men kan være mediert via immunologiske mekanismer.

Mål: Undersøke metformins effekt på mors immunologiske status gjennom svangerskapet ved cytokinprofilering av serum,

og sammenlikne forekomsten av infeksjoner i metformin- og kontrollgruppen.

Metode: Serumprøver fra 615 gravide kvinner med PCOS ble inkludert fra to randomiserte studier der kvinner fikk metformin (n=299) eller placebo (n=316) fra første trimester til fødsel. Serum ble samlet inn i svangerskapsuke 10, 19, 32 og 36, 22 cytokiner og CRP ble målt. Forekomst av virale og bakterielle infeksjoner gjennom svangerskapet ble registrert. Data ble analysert med univariate og multivariate statistiske metoder.

Resultater: Metformin-behandling var assosiert med økte nivåer av de fleste cytokiner, inkludert høyere serum-nivåer av kjemokinet eotaxin (p<0.01), det inflammatoriske cytokinet interleukin (IL)-17 (p=0.03) og basisk fibroblastvekstfaktor (FGF-b) (p=0.04) ved alle tidspunkt i svangerskapet. Kvinner behandlet med metformin hadde lavere forekomst av virale og bakterielle infeksjoner (p=0.01).

Konklusjon: Metformin-behandling gjennom svangerskapet hos kvinner med PCOS fører til økte nivåer av flere multifunksjonelle cytokiner. Dette kan gjenspeile en generell mobilisering av immunforsvaret og ikke bare en isolert anti-inflammatorisk effekt som tidligere antatt. Mødrene i metformin-gruppen hadde færre infeksjoner. Sammenholdt tyder resultatene på at metformin-behandling gjennom svangerskapet gir en bred mobilisering av immunforsvaret som er gunstig for å motvirke infeksjoner.

PO9: Forbedrer fysisk aktivitet lipidprofilen hos kvinner med tidligere hypertensiv svangerskapslidelse?

Ziesler, Charlotte P. Ø.^{a,b}, Staff, Anne Cathrine,^b, Moe, Kjartana,^{b,c}

^a Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo, Oslo, Norge

^b Avdeling for gynekologi og obstetikk, Oslo Universitetssykehus, Oslo, Norge

^c Avdeling for gynekologi og obstetikk, Bærum sykehus, Vestre Viken Sykehus, Drammen, Norge

Bakgrunn: Kvinner som har hatt hypertensive svangerskapslidelser (preeklampsi og svangerskaphypertensjon) har økt risiko for kardiovaskulær sykdom. Fysisk aktivitet og sirkulerende lipider er viktige modifierbare risikofaktorer, men sammenhengen mellom disse etter hypertensive svangerskapslidelser er lite belyst.

Metode: Vi inkluderte 155 kvinner ett år postpartum (92 med hypertensive svangerskapslidelser og 63 normotensive kontroller).

Vi målte sirkulerende LDL, HDL, triglyserider og total kolesterol (mmol/L). Fysisk aktivitetsnivå (timer pr uke med høy og middels intensiv fysisk aktivitet) ble målt med akselerometer (ActiGraph-wGT3X-BTTM) over 4-7 dager. Mann-Whitney U test ble brukt til å teste forskjeller i lipidnivåer mellom gruppene og lineær regresjon for å undersøke sammenhengen mellom fysisk aktivitetsnivå og lipidnivåer. Vi justerte for mulige konfunderende faktorer (etnisitet, paritet, utdannelse og tid fra indekssvangerskap). Resultatene er presentert som korrelasjonskoeffisienter (B). P-verdier <0.05 ble regnet som signifikant.

Resultater: Det var ikke signifikante forskjeller i nivåer av lipider og fysisk aktivitetsnivå mellom kvinner med tidligere hypertensive svangerskapslidelser og kontroller. Fysisk aktivitetsnivå var assosiert med høyere HDL (B: 0.04, 95%KI: 0.01-0.07, p=0.001) og lavere triglyserider

(B: -0.05, 95%KI: -0.08-0.02, p=0.001) etter tidligere hypertensive svangerskapslidelser, men ikke hos kontroller. Dette endret seg ikke etter justering for mulige konfunderende faktorer. Vi fant ingen signifikant sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå og total kolesterol eller LDL, verken ujustert eller justert.

Konklusjon: Etter hypertensive svangerskapslidelser er høyere fysisk aktivitetsnivå assosiert med gunstigere lipidprofil. Vi har tidligere vist at mindre enn 50% av disse kvinnene oppnår anbefalt fysisk aktivitetsnivå. Denne studien indikerer at økt fysisk aktivitet er særlig viktig for kvinner med tidligere hypertensiv svangerskapslidelse.

PO10: Postpartumblødning: Er det lavere risiko ved fødsel av en gutt, uansett blødningsårsak?

Linde, Lorentz E.¹, Ebbing, Cathrine^{1,2}, Moster, Dag^{3,4}, Kessler, Jørg^{1,2}, Baghestan, Elham^{1,2}, Gissler, Mika^{5,6}, Rasmussen, Svein¹

¹ Universitetet i Bergen

² Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

³ Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

⁴ Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

⁵ Information Services Department, Finnish Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland.

⁶ Department of Molecular Medicine and Surgery, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Bakgrunn: Det er mange kjønnsforskjeller innen fosterutvikling, også ved egenskaper til navlesnor og morkake. Vi har nylig vist at risiko for postpartumblødning (PPB) er lavere dersom fosteret er en gutt, også etter justering for fødselsvekt.

Mål: Å undersøke om barnets kjønn påvirker risiko for PPB (>500ml under fødsel eller innen 24 timer) ulikt ved forskjellige blødningsårsaker.

Metode: Populasjonsbasert studie med data fra 3 millioner fødsler (1967-2017) fra Medisinsk fødselsregister. Odds ratio (OR) for PPB kategorier (Retinert placenta, atoni, dystoci, placenta previa, placentalløsning, fødselsriff, udefinert blødningsårsak) med 95% konfidensintervall (KI), justert for: alder, paritet og periode ble kalkulert.

Resultater: Kvinner som fødte guttefoster hadde lavere risiko for PPB på grunn av retinert placenta (justert OR: 0,79, 95% KI: 0,78-0,81), atoni (justert OR: 0,91, 0,90-0,93) og udefinert årsak til blødning (justert OR: 0,96, 0,94-0,97). Justering for fødselsvekt ikke signifikant effekt. OR for blødning pga. fødselsriff var lavere der fosteret var gutt, men først etter justering for fødselsvekt (justert OR: 0,88, 0,86-0,91). Det var ikke økt risiko for PPB ved guttefoster grunnet dystoci etter justering for fødselsvekt. Ved placenta previa var OR for PPB uavhengig av fosterets kjønn. OR for blødning assosiert med placentalløsning var økt for kvinner med guttefoster (justert OR: 1,29, 1,19-1,40).

Konklusjon: Å føde en gutt var assosiert med lavere risiko for PPB grunnet retinert placenta, atoni, fødselsriff og udefinert blødningsårsak. Effekten var sterkest ved PPB grunnet retinert placenta, mens svangerskap med gutter hadde høyest risiko for PPB pga. placentalløsning. Det kan spekuleres i om dette skyldes kjønnsforskjeller i placenteringen.

ANGUSTA®
(misoprostol)

ANGUSTA®
- en hjelpende hånd

ANGUSTA® 25 µg misoprostol
tablett er indisert til
induksjon av fødsel¹



Referanse: 1. ANGUSTA® SmPC, 08.02.2021.

ANGUSTA® Hver tablett inneh.: 25 µg Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Prostaglandin**. ATC-nr.: G02A D06 **Tabletter 25 µg**. **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®. Bruk anbefales fra uke 37 i svangerskapet ved tilfeller hvor cervix er umoden (Bishop score <7). **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 C_{max} kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. 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 arrvev 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. Korioamnionitt kan det gjøre det nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fosterhinnen >48 timer for administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødsler, Bishops score >6 eller bruk for uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). ANGUSTA® inneholder 0,874 mg natrium per tablett, og er så godt som "natriumfritt". **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotonisk effekt. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes for uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amning: Amning kan starte 4 timer etter siste dose. Fertilitet: fertilitet og embryoutvikling hos rotter har vist at misoprostol kan påvirke implantasjon og resorpsjon, men er ikke relevant for indisert bruk av ANGUSTA® i slutten av svangerskapet. **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: Diare, 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 fotal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal fotal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale krampet. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentalløsning, 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. Se også felleskatalogen.no. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Norgine B.V., Antonio Vivaldistraat 150, 1083HP Amsterdam, Nederland. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 09.07.2021. **Reseptgruppe:** C. **Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1134,40 (Februar 2021). NO-OBS-ANG-2100013



ANGUSTA, NORGINE and the sail logo are registered trademarks of Norgine group of companies.

Norgine AS | norge@norgine.com | www.norgine.com

Because patients inspire us

Lister over hvem som var medlemmer i NGFs komiteer og utvalg i 2020 var gjengitt i Gynekologen 3 - 2020, som er å finne på NGFs nettsider.

Årsberetning 2020

Norsk gynekologisk forening

Styret har bestått av Kirsten Hald (leder), Nils Halvdan Morken (nestleder), Ragnar Kvie Sande (Vitenskapelig sekretær), Hans Kristian Opøien (kasserer), Yngvild Hannestad (styremedlem, PSL), Anders Einum (sekretær, FUGO), Varamedlemmer: Ane Bergquist (FUGO), Maren Baumann (PSL) og Frida Andræ.

Gynekologen: Jenny Alvirovic gikk av som redaktør og ble erstattet av Tale Meinich i april 2020.

Nettredaktør: Tina Tellum gikk av som redaktør ved årsskiftet og ble erstattet av Inga Vengen.

Foreningen hadde 1169 medlemmer per desember 2020.

STYREMØTER

Det ble avholdt seks ordinære styremøter i 2020: 5. februar (Oslo), 20. april (digitalt på Zoom), 2. juni (Oslo), 1. september (digitalt på Zoom), 22. oktober (Stavanger), 10. desember (digitalt på Zoom). I tillegg ble det avholdt tre ekstraordinære styremøter på Zoom på grunn av hastesaker i forbindelse med Covid-19-pandemien og arbeid med nye tilbud i forbindelse med bioteknologiloven: 15. mars, 10. juni og 6. september. Både redaktøren i Gynekologen og nettredaktøren har deltatt på alle styremøter. Styret har vedtatt at redaktørene har møteplikt, da det er viktig for formidlingen ut til medlemmene at disse er fullt orientert om alle saker.

I løpet av 2020 behandlet styret 40 nye saker.

Styrets arbeid var i stor grad preget av Covid-19-pandemien som brøt ut på nyåret og stortingets vedtak i juni 2020 om endringer i Bioteknologiloven og nye tilbud innenfor reproduksjonsmedisin og graviditetssomsorg. NGF arbeidet på disse områdene tett og i god dialog med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Den norske legeforening.

COVID-19:

FHI henvendte seg den 10. mars med spørsmål om NGF kunne samarbeide med dem om retningslinjer for håndtering av- og råd til gravide under Covid-19-pandemien. Anne Flem Jacobsen sa ja til oppdraget og organiserte en tverrfaglig gruppe som publiserte den første veilederen allerede 24. mars. Hovedforfatteren for denne veilederen var Gry Findal. Hun og resten av gruppen sørget for at veilederen ble oppdatert med nye versjoner så snart det kom ny kunnskap. 13. mars henvendte legeforeningen seg på vegne av HDIR og ba om at vi med frist på tre dager utarbeidet en prioritert liste for pasienter innenfor vårt fagområde i tilfelle overbelastning i helsevesenet. Dette utarbeidet styret innen fristen. Deretter ønsket legeforeningen en representant til et fagråd for slike prioritertinger. Jone Trovik ble spurt og sa ja til å sitte i dette

rådet. FHI startet raskt et prosjekt med utvidet datainnsamling for Covid-19 i graviditet. Her gikk NGF ved Nils-Halvdan Morken inn som brukerrepresentant. 1. desember var Kirsten Hald sammen med de andre lederne av de fagmedisinske foreningene i web-møte med FHI og HDIR om prioritering av Covid-19-vaksine.

BIOTEKNOLOGILOVEN

8. juni 2020 vedtok Stortinget endringer i Bioteknologiloven og ba samtidig regjeringen om å sørge for tilbud om tidlig ultralyd og fosterdiagnostikk til alle gravide. Kirsten Hald og Stine Andreassen stilte som representanter for NGF sammen med andre berørte faggrupper på innspillmøte hos Helsedirektoratet 16. juni. Deretter ble det opprettet en arbeidsgruppe og en referansegruppe som utarbeidet forslag til retningslinjer for implementering av de vedtatte endringer og nye tilbud. NGF hadde to representanter i referansegruppen: Marit Lieng og Ingrid Petrikke Olsen. Forslaget ble oversendt til helsedepartementet 1. november 2020. HDIR opprettet en tilsvarende arbeidsgruppe med referansegruppe til å utarbeide forslag til retningslinjer for eggdonasjon. Her hadde også NGF to representanter i referansegruppen; Hans Ivar Hanevik og Anders Einum. På NGF sitt styremøtet 10. desember ble det nedsatt en arbeidsgruppe som utarbeidet forslag til utdanningsopplegg i tidlig ultralyd og NIPT for LIS og ferdige spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Gruppen ble ledet av Vasilis Sitras, og var sammensatt av representanter fra de fostermedisinske miljøene, spesialitetskomiteen og FUGO.

ANDRE SAKER:

Revidert veileder i obstetrikk ble utgitt 26. juni, med Anne Flem Jacobsen som redaktør.

Revidert veileder i gynekologi, med Pernille Schjøsby som redaktør, ble sendt på høring.

NUGG ble godkjent som faggruppe under NGF.

Arbeidsgruppen nedsatt av NGF og ledet av Yngvild Hannestad ferdigstilte sitt forslag til obligatorisk etterutdanning for spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Forslaget ble godkjent på generalforsamlingen.

HØRINGER:

Styret fikk tilsendt 46 høringer. Av disse vurderte vi 15 som relevante og besvarte disse.

ØVRIGE ARBEIDS- OG REFERANSEGRUPPER I HDIR:

Nils-Halvdan Morken har deltatt i arbeidsgruppe om bemanning og finansiering av fødselsomsorgen.

Ragnar Sande fra Stavanger US og Marit Camilla Haavaldsen fra Akershus US har sittet i referansegruppen for utarbeidelse av en ny nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen.

DELTAGELSE I ANDRE FORA:

Kirsten Hald deltok på Legeforeningens lederseminar i Oslo 14.-15. januar.

Kirsten Hald har sittet i NFOG-styret og deltatt på alle styremøter.

Faglandsrådet 2020 ble holdt digitalt 3.-4. november. Nils-Halvdan Morken og Thea Falkenberg Mikkelsen møtte for NGF.

Aktivitetsregnskap			
Norsk Gynekologisk Forening			
Anskaffede midler	Note	2020	
Kontingenter DNLF	4	1 717 203	1 340 500
Tilskudd	4	241 952	37 545
Sum anskaffede midler		1 959 155	1 378 044
Aktivitet som oppfyller formålet			
Kursinntekter	5	240 091	847 764
Sum aktivitet som oppfyller formålet		240 091	847 764
Aktivitet som skaper inntekter			
Annonser	5	385 200	379 000
Standleie	5	0	663 000
Sum aktiviteter som skaper inntekter		385 200	1 042 000
Finansinntekter	2	64 439	78 398
Sum anskaffede midler		2 648 884	3 346 207
Forbrukte midler			
Kostnader til formålet			
Produksjonskostnader tidsskrift		422 700	408 400
Kurs og konferanser		155 315	1 089 184
Internasjonalt arbeid		658 593	598 459
Faglig arbeid		430 812	264 170
Sum kostnader til formålet	2, 3, 7	1 667 419	2 360 212
Administrasjonskostnader	2, 3, 7	398 591	191 651
Sum forbrukte midler	2	2 066 011	2 551 864
Årets aktivitetsresultat		582 874	794 343
Overføringer til/fra formålskapital (egenkapitalen)			
Avsatt til/fra fri formålskapital		582 874	794 343
Sum overføringer	6	582 874	794 343

Balanse			
Norsk Gynekologisk Forening			
Eiendeler	Note	2020	
Fordringer			
Kundefordringer		0	37 545
Andre kortsiktige fordringer		28 663	1 350 614
Sum fordringer		28 663	1 388 159
Bankinnskudd, kontanter o.l.	9	3 686 288	2 436 698
Sum omløpsmidler		3 714 951	3 824 857
Sum eiendeler		3 714 951	3 824 857
Formålskapital og gjeld			
Formålskapital			
Fri formålskapital	6	3 529 725	2 946 851
Sum oppjent formålskapital		3 529 725	2 946 851
Gjeld			
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld		155 367	87 788
Skyldig offentlige avgifter		0	-3 427
Annen kortsiktig gjeld	8	29 859	793 645
Sum kortsiktig gjeld		185 226	878 005
Sum formålskapital og gjeld		3 714 951	3 824 857
Oslo, 30.06.2021			
Styret i Norsk Gynekologisk Forening			
Nils-Halvdan Morken nestleder	Kirsten Hald styreleder	Yngvild Skåtun Hannestad styremedlem	
Anders Einum styremedlem	Hans Kristian Opøien kasserer	Ragnar Kvie Sande vitenskapelig sekretær	

UAVHENGIG REVISORS BERETNING FOR 2020

Til medlemmene i Norsk Gynekologisk Forening

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

Konklusjon

Vi har revidert Norsk Gynekologisk Forenings årsregnskap som viser et overskudd på kr 582 874. Årsregnskapet består av balanse per 31. desember 2020 og resultatregnskap for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter til årsregnskapet, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening er det medfølgende årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettvisende bilde av foreningens finansielle stilling per 31. desember 2020, og av dets resultater for regnskapsåret avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder de internasjonale revisjonsstandardene (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet i «Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av årsregnskapet». Vi er uavhengige av foreningen slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Styrets ansvar for årsregnskapet

Styret (ledelsen) er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet i samsvar med lov og forskrifter, herunder for at det gir et rettvisende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge. Ledelsen er også ansvarlig for slik intern kontroll som den finner nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil.

Ved utarbeidelsen av årsregnskapet må ledelsen ta standpunkt til foreningens evne til fortsatt drift og opplyse om forhold av betydning for fortsatt drift. Forutsetningen om fortsatt drift skal legges til grunn for årsregnskapet så lenge det ikke er sannsynlig at virksomheten vil bli avvirket.

Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betryggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir vurdert som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på årsregnskapet.

For videre beskrivelse av revisors oppgaver og plikter vises det til <https://www.revisorforeningen.no/revisjonsberetninger>.



Revisorgruppen Oslo AS
Oscars gate 30
Postboks 7154 Majorstuen
N-0307 Oslo

Tlf.: +47 23 20 49 00

E-post: oslo@rg.no

Foretaksregisteret
NO 917 275 254 MVA

www.rg.no

Uttalelse om øvrige lovmessige krav

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foreningens regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringskikk i Norge.

Oslo, 30. juni 2021

Revisorgruppen Oslo AS

Ellen Kristine Munthe-Kaas
statsautorisert revisor

Årsrapport 2020

FUGO

Generelt

Det ble avholdt fem styremøter i 2020, samt generalforsamling. Ett av møtene ble holdt i Bergen i februar, og ett møte ble holdt i Oslo der to styremedlemmer deltok via Messenger. Alle de andre møtene var digitale grunnet koronapandemien. Referat fra styremøtene og generalforsamlingen er publisert på FUGOs nettsider. Som leder av FUGO deltok Hilde som delegat på Faglandsrådet 3. november 2020. Thea Falkenberg Mikkelsen (FUGO-leder 2016-2018) har sittet som LIS-representant i Fagstyret.

Camilla Rørslett Kleveland og Kristine Heien Hansen var LIS-medlemmer i spesialitetskomiteen. Ragnhild Lindelien Schwartz ble innstilt av FUGO-styret som nytt medlem etter at Camilla Rørslett Kleveland gikk ut.

Marianne holdt innlegg om «Livet som LIS i obstetikk og gynekologi» under Introduksjonskurset i november 2020.

Styrets økonomi

FUGOs arbeid finansieres av NGF med en post på 60.000 kr i NGFs budsjett. Dette skal dekke styremøter og annen relevant aktivitet i inn- og utland. Grunnet begrenset aktivitet i 2020, og fordi de fleste av styremøtene ble avholdt digitalt, har det vært få utgifter sammenlignet med tidligere år. I 2020 brukte styret i alt 19.988 kr. Overskuddet på 40.012 kr tilbakefalt NGF. FUGO-styret foreslo for NGF-styret å opprette et reisestipend for en LIS på 20.000 kr til NFOG-konferansen i Reykjavik 2021. Dette ble innvilget, og stipendet skulle utdeles gjennom en abstract-konkurranse vurdert av NGF-styret. Konferansen ble senere avlyst. FUGO-styret vil jobbe for at et slikt reisestipend kan videreføres.

ENTOG og NFYOG

ENTOG-utvekslingen i 2020 var planlagt å foregå i Norge i forbindelse med EBCOG-konferansen i Bergen. Grunnet koronapandemien ble det besluttet å avlyse utvekslingen samtidig som

man avlyste EBCOG-konferansen. Deltakerne hadde da allerede betalt inn deltakeravgiften, og denne ble tilbakeført til deltakerne før sommeren 2020. Grunnet valutakursendringer gikk man i underskudd på 6.201,7 kr. Dette ble dekket av ENTOG/EBCOG sentralt. Hilde og Mathias deltok på ENTOG Council meeting på Zoom 30. mai 2020. Etter avstemming ble det besluttet at ENTOG-utvekslingen i 2022 skal arrangeres i Norge.

Det ble avholdt to digitale styremøter i NFYOG, men det var ellers lite aktivitet grunnet koronapandemien. NFYOG-styret hadde planlagt flere innlegg rettet mot LIS under NFOG-konferansen i Reykjavik, men konferansen ble senere avlyst.

FUGOteket

Arbeidet med FUGOteket startet våren 2020, og FUGOteket ble lansert på vår Facebookgruppe 8. september 2020. Målet er å samle og gjøre podkaster, artikler og annet nettbasert snacks lettere tilgjengelig for LIS. FUGOteket har hatt gode besøkstall siden lanseringen, og arbeidet med å oppdatere og samle materiale fortsetter.

FUGO-kurs

Grunnet koronapandemien besluttet styret å avlyse FUGO-kurset etter at årsmøtet ble avlyst.

FUGOs generalforsamling

Det ble avholdt generalforsamling på Zoom 15.10.2020. Det var 17 stemmeberettigete FUGO-medlemmer tilstede, inkludert 6 styremedlemmer. Referat fra generalforsamlingen kan leses i Gynekologen nr. 4/2020. Møtet ble avsluttet med et spennende innlegg av fysioterapeut og seksolog Jenny Toftner.

Kommunikasjon med medlemmer

FUGO sin webside har blitt driftet av Mathias. Vi har også en velfungerende Facebook-gruppe med mye aktivitet.

Årsrapport 2020

Spesialitetskomiteen

2020 var et stille år for spesialitetskomiteen. Vi fikk ikke gjennomført noen vanlige arbeidsmøter før Korona stengte landet. Vi planla flere, i håp om at samfunnet skulle åpne igjen, men som kjent ble det i stedet det motsatte. Det ble derfor mye kommunikasjon via e-post. Av samme grunn ble det heller ingen avdelingsbesøk.

Vi jobber fortløpende med søknader om spesialistgodkjenning der HDir trenger bistand og godkjenner kurs til utdanning. I tillegg har vi fortsatt arbeidet fra 2019 med å bistå HDir i gjennomgang av søknader fra utdanningsinstitusjonene samt sette opp en solid kursportefølje for LIS.

Årsmøtet i 2020 ble utsatt til i år. Det ble derfor ikke utdelt Utdanningspris og Forbildepris.

VISERA
ELITE II

OLYMPUS



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 videolaparaskop
- Autofokus

THUNDERBEAT er verdens første fullintegrerte bipolar- og ultralydsinstrument.

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

Årsrapport 2020 Endoskopiutvalget

Endoskopiutvalget har som mandat å fremme endoskopisk kompetanse blant norske gynekologer.

- Arrangere kurs i gynekologisk endoskopi
- Være en pådriver for registrering i Laparoskopiregisteret
- Være rådgiver i høringsuttalelser for Norsk Gynekologisk Forening
- Anbefale trening og simulatoropplegg i endoskopiske teknikker
- Samarbeide med nasjonale og internasjonale foreninger (FUGO, ESGE, Nordisk Endoskopiforening, AAGL)

Facebookgruppe: «Norsk gynekologisk endoskopigruppe»
Åpen tilgang for alle kollegaer, teller i dag 147 medlemmer. Interessante linker til web-seminar kan legges inn, ulike problemstillinger innen det endoskopiske fagfeltet, nyttige beskjeder og oppdateringer kan postes her.

Formøte:

Vi har etterhvert etablert en fin tradisjon med formøter i forbindelse med NGF sitt årsmøte. Disse møtene har vært godt besøkt og holdt en høy faglig standard. På grunn av pandemien og endringen i NGFs årsmøterege ble heller ikke formøtet avholdt i 2020. I forbindelse med årets NGF-møte arrangerer vi et svært interessant endoskopi-formøte med intet mindre enn 4 forelesere, 3 «onsite» og en «online» fra London.

Kurs:

Vi har som kjent i vår spesialitet endelig fått godkjenning for 2 kirurgiske kurs: et tredagers kirurgkurs (trinn I) i tillegg til det allerede eksisterende 2-dagers kurset i laparoskopisk adnexkirurgi (trinn II). Sistnevnte, som har blitt avholdt 2 ganger i eksisterende form, inneholder praktisk trening på levende, anestesert gris, og måtte dessverre avlyses i Bergen i 2020 som følge av pandemien. Oppstart av trinn I kurset på Ullevål måtte dessverre også avlyses av samme årsak. 9. og 10. desember kan vi heldigvis for 3. gang avholde trinn II-kurset i Bergen, noe vi gleder oss veldig til. Medlemmene av endoskopiutvalget stiller opp som forelesere og instruktører på kurset i tillegg til lokale krefter. Dette er faglig godt dekkende og kostnadsbesparende.

Styremøter:

I 2020 har kommunikasjonen mellom medlemmene i utvalget for det meste skjedd via mail. Vi planlegger å avholde et styremøte i forbindelse med det kommende NGF-årsmøtet i Tønsberg. Vi ønsker gjerne at kollegaer tar kontakt dersom de vil drøfte problemstillinger med oss i utvalget eller har forslag til nye arbeidsområder.

Anne Veddeng, Leder NGFs Endoskopiutvalg

Årsrapport 2020 European Board and College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG)

Dette var året da man etter mye arbeid skulle avholde EBCOG-kongress på norsk jord, nærmere bestemt i Bergen. Coronapandemien satte en stopper også for dette. Avlysningen var ikke bare en stor skuffelse, men medførte også en komplisert prosess i forhold til kontraktuelle og økonomiske forhold som ikke var avsluttet ved utgangen av 2020. Det ble bestemt at neste EBCOG-kongress skulle legges til Aten i september 2021, der mye av det planlagte programmet for Bergenskongressen, inkludert innsendte frie foredrag, skulle videreføres.

Councilmøter har selvsagt blitt gjennomført elektronisk. Den norske EBCOG-representasjonen i Council har i 2020 vært Jone Trovik og Yngvild Skåtun Hannestad. Tross begrensningene pandemien har lagt, har deler av eksamensprogrammet, som er en viktig del av EBCOGs virksomhet, kunnet bli gjennomført elektronisk. EBCOG er en del av nettverket av Europeiske Spesialistforeninger, UEMS (Union of European Medical Specialists). Det er for tiden 31 medlemsland i EBCOG, og de nordiske landene er medlemmer. Informasjon om kongresser og resten av EBCOGs aktiviteter sees her www.ebcog.eu/.

Yngvild Skåtun Hannestad



Remifemin®

Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter og svetting

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



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

 Fås på alle apotek

En eske er nok til 7 ukers behandling

F Remifemin® (*Cimicifuga racemosa*) 2,5 mg. Reseptfritt. Middel mot overgangsplager. ATC-nr: G02C X04. Plantebasert legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. Dosering: 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. Anbefales ikke for gravide eller ammende. Ved samtidig bruk av østrogen, 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 levertoksisitet er rapportert ved bruk av preparater som inneholder Cimicifuga. Inneholder laktosemonohydrat. Basert på SPC: 24.03.2015

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

Sana Pharma Medical AS | Philip Pedersens vei 20, 1366 Lysaker | Tlf: 21 95 07 40 | E-post: post@sanapharma.no | www.sanapharma.no

Årsrapport 2020

FIGO

Arbeidet i FIGO har sjølsagt vært svært preget av corona og reiserestriksjoner. Det har ikke vært noen fysiske rådmøter (Executive Council) siden april 2019. Til gjengjeld har EC vært samlet digitalt minst en gang hvert tertial for å håndtere aktuelle saker fortløpende. Den store saken høsten 2020 var vedtaket om at FIGOs verdenskongress skal arrangeres annet hvert år istedenfor med tre års intervall. Argumentet for hyppigere verdenskongresser var etter mi mening i hovedsak økonomisk begrunnet, siden disse kongressene tradisjonelt har gitt gode inntekter til FIGO. Saken ble tatt opp på ei ekstraordinær generalforsamling via Zoom seinhøstes 2020. Norge og noen få andre land stemte mot med begrunnelsen om at det faktisk er svært mange kongresser allerede – også regionale – som nå må konkurrere med verdenskongressen.

Den regionale kongressen for Afrika og Midt-Østen i Kigali, Rwanda, i desember 2020, ble en prøveballong mht. et såkalt hybridarrangement. Mange deltakere fra nærliggende områder reiste til Kigali, men enda flere deltok digitalt. Arrangørene rapporterte om gode tilbakemeldinger.

Verdenskongressen i Sydney <https://figo2021.org/> som mange av oss nordboere hadde sett fram til, blir nå et heldigitalt arrangement. Den vitenskaplige komiteen har gjort en fabelaktig jobb for å sy sammen et godt og utrolig variert program, og i skrivende stund blir de fleste foredragene tatt opp på forhånd. Det spørs imidlertid om det er like spennende å høre på faglige innslag mens

man sitter alene på Zoom. Det kan ikke sammenliknes med å være sammen med gode kolleger fra hele verden!

Under kongressen i Sydney skal det velges nye officers, i tillegg til at en del av Executive Council skiftes ut. Det er mange gode kandidater, og det blir spennende å se om kolleger fra Sør får markert seg sterkere!

Jeg går nå ut av Executive Council etter seks år. Jeg takker for at NGF ga meg tilliten, men er noe frustrert over at FIGO er topptung og for lite orientert mot klasse og undertrykking som viktige årsaker til uhelse. Heldigvis har spesielt visepresidenten Faysal El Kak fra Libanon et våkent øye og et hjerte som banker for flyktninger og andre utsatte kvinner. Abortsaken holdes varm, og FIGO er også svært bekymret for hvilke negative effekter coronanedstengninger har hatt for kvinner og barn. Tilgang på nødvendige helsetjenester i forbindelse med svangerskap, fødsel og abort er blitt kraftig redusert i de siste 18 månedene, og forsiktige overslag antyder at minst 100 000 flere kvinner har dødd av svangerskapskomplikasjoner det siste året pga. manglende helsehjelp. Det er ikke bare korona som tar livet av mennesker rundt om i verden.

Takk for meg!

Sandnessjøen 090921

Årsrapport 2020

Kvalitetsutvalget Norsk gynekologisk forening 2021

Kvalitetsutvalget har hatt ett elektronisk møte og ellers kommunisert per mail.

Saker:

1. **Endring av appfunksjonen til veilederne fra dagens løsning til å benytte Helsebibliotekets løsning.** Helsebibliotekets løsning vil redusere arbeidsmengden for webredaktøren betydelig og kan sannsynligvis være en rimeligere løsning enn dagens app. Kvalitetsutvalget mener at kvaliteten på veilederne vil være like brukervennlig og funksjonell i Helsebibliotekets system.

Ny løsning må forberedes til kontrakten med dagens appløsning går ut i 2024/25.

2. **Opprette en pool av spesialister til sakkyndighetsarbeid for Helsetilsynet.** Kvalitetsutvalget har, etter oppdrag fra styret, vurdert at det er hensiktsmessig å bistå Helsetilsynet med å finne 5-6 spesialister som sier seg villige til å utføre sakkyndighetsarbeid. Dette skal være ferdig ila. august 2021 og skal dekke fødselshjelp og generell gynekologi/ onkologi.

Årsrapport 2020

NFOG

Styret NFOG 2020

NFOG President: Heikinheimo Oskari (Finland), NFOG Treasurer: Kristina Renault (Danmark), Secretary General: Espen Berner (Norge). Ledere nasjonale foreninger i NFOG i 2020: Eva Uustal (SFOG), Kirsten Hald (NGF), Hannele Laivuori (SGY), Hanne Brix Westergaard and Annemette W Lykkebo (DSOG), Alexander Smáráson (FÍFK). Øvrige medlemmer NFOG Board: Ganesh Acharya (AOGS Chief Editor), Antti Perheentupa, Finland (Scientific Committee Chair), Mervi Väisänen-Tommiska, Finland (Educational Committee Chair), Niels Ulbjerg, Danmark (Guidelines Committee Chair), Lars Ladfors Sweden (Webmaster), Hanna Lilja Oddgeirsdottir, Island (NFYOG), Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Island (Congress President Reykjavik 2021) og Bjarne Rønde Kristensen, Danmark (rådgiver for Reykjavik 2021)

I 2020 ble det avholdt tre styremøter i NFOG. På grunn av Covid-19-pandemien ble alle styremøtene i 2020 avholdt virtuelt via zoom. NFOG har også i 2020 fasilitert flere samarbeidsmøter mellom de nasjonale foreningene i NFOG om Covid-19-pandemien. Aktiviteten i flere av NFOG sine komiteer gikk betydelig ned i 2020 på grunn av Covid-19 pandemien.

Medlemmer 2020

Alle betalende medlemmer i NGF blir automatisk medlemmer i NFOG. NFOG har ca 5000 betalende medlemmer. I 2020 frembragte styret at det har vært ulik praksis mellom de nasjonale foreningene i NFOG vedrørende rapportere antall betalende medlemmer. Rutinene ble derfor gjennomgått. Sverige og Danmark har overrapportert antall medlemmer og dermed fått for høy medlemsavgift fra NFOG gjennom flere år. Dette ble korrigert i 2020. De to medlemslandene fikk ettergitt tidligere betalt for høy årsavgift. På grunn av endret praksis i rapportering av medlemmer var det derfor en reduksjon i antall betalende medlemmer i NFOG i 2020.

Økonomi

NFOG har 2-årig revisjon av regnskap ved revisor i forbindelse med Generalforsamling hvert 2. år. Regnskapet for 2019 og 2020 ble presentert og godkjent på NFOG Generalforsamling 16. juni 2021. Dette viste et overskudd på 726.442, - DKR for 2019 og 954.295, - DKR for 2020. Resultatet er betydelig høyere enn budsjett og skyldes redusert aktivitet og utgifter under Covid-19-pandemien og en uventet økning i inntekt fra AOGS. Overskuddet fra 2019 og 2020 ble overført NFOG Fond. Styret bevilget i tillegg midler fra Board Reserve i 2020 til å støtte NOSS-studien om Covid-19-pandemien.

AOGS

Ganesh Acharya (Norge) er sjefsredaktør for AOGS. Impact Factor for AOGS i 2020 var 3,69. Dette er betydelig økning fra 2019 og ny rekord for 5. år på rad. NFOG har kontrakt med forlaget Wiley for publisering av AOGS. NFOG og Wiley har gjennom 2020 forhandlet om overgang til full Open Access (OA) for AOGS. (OA-kontrakten ble ferdig forhandlet og undertegnet i februar 2021). NFOG Board tok i 2020 beslutning om å slutte med papirversjonen av AOGS fra 1.1.2021. AOGS fyller 100 år i 2021. NFOG og AOGS Editorial Board forbereder 100-års markering i jubileumsåret.

NFOG kongress 2021 avlyst

Den 42. NFOG nordiske kongressen var planlagt arrangert i Reykjavik 13-16. Juni 2021. På grunn av Covid-19-pandemien var NFOG styret og Organizing Committee i tett dialog gjennom 2020 om det var mulig å arrangere kongressen. Styret tok i november 2020 den endelige beslutningen om å kansellere kongressen i 2021. Utgiftene for å avlyse kongressen er beregnet til 110.000, - DKR. Neste NFOG kongress er planlagt i Trondheim i august 2023. Kjell Å. Salvesen er valgt til kongresspresident for Trondheim 2023.

NFOG Fond

NFOG fond tildeler midler til foreningens medlemmer gjennom søknad til NFOG vitenskapelig komite. Komiteen vurderer og prioriterer søknadene til fondet etter spesifikke kriterier. Søknadsfrist til fondet er 1. mars og 1. oktober hvert år. Medlemmer av NGF oppfordres til å søke midler fra NFOG fondet. Detaljert informasjon om søknadsrutiner: nfog.org/fund/applications.

Nordisk elektronisk tekstbok

I 2019 besluttet NFOG å skape en felles nordisk elektronisk lærebok i gynekologi og obstetikk for medisinstudenter. Tekstboken ble utarbeidet og delvis publisert i 2020 via NFOGs hjemmeside. Tekstboken ferdigstilles i 2021.

NFOG Miljøpolitikk

NFOG utviklet og besluttet i 2020 en intern miljøpolitikk for foreningen. Denne skal gjennomføres i all fremtidig NFOG-aktivitet: <https://nfog.org/nfog-environmental-policy>

Referat

Fullstendige referat fra NFOGs styremøter, årsrapport og generalforsamling er tilgjengelig for nedlasting: nfog.org/about-us/meeting-minutes.

Espen Berner, Oslo 7.9 2021

Årsrapport 2020

NFOG vitenskapelige komité

Den vitenskapelige komiteen i Nordisk Forening for Obstetrik og Gynekologi består av en representant fra hvert av de nordiske landenes nasjonale foreninger.

I 2020 hadde komiteen følgende medlemmer:

Antti Perheentupa, Finland (leder)
Lars Henning Pedersen, Danmark
Hulda Hjartardóttir, Island
Annika Strandell, Sverige
Marit Lieng, Norge

NFOG vitenskapelige komité har to hovedoppgaver:

1. Planleggelse og gjennomføring av det faglige programmet på NFOG-kongressen som arrangeres annenhvert år.
2. Vurdering av søknader til NFOG fond og oppfølging av dette med rapporter.

Som kjent ble den planlagte NFOG-kongressen i 2021 (Island) avlyst på grunn av pandemien, slik at komiteen kun hadde oppgaver i forbindelse med søknadene til NFOG fond i 2020. Det ble avholdt to digitale møter, i mars og november 2020.

Komiteen mottok totalt 31 søknader i 2020 med totalt søknadsbeløp på 889.657 DKK. 23 søknader (74 %) ble helt eller delvis innvilget, og det ble fordelt 350.781 DKK.

13 søknader (42 %) kom fra medlemmer av NGF, og av disse ble 9 (69 %) helt eller delvis innvilget. Innvilget beløp til NGF-medlemmer i 2020 var 158.235 DKK.

Drøyt 45 % av de fordelte midlene fra NFOG fondet gikk følgelig til NGF-medlemmer i 2020.

Ragnar Sande (vitenskapelig sekretær NGF) har overtatt oppgaven som NGF-representant i NFOG vitenskapelige komité i 2021.

Oslo 21.07.21

*Marit Lieng
NGF-representant,
NFOG Scientific Committee*

Årsrapport 2020

Referansegruppe for fødselsovervåking

Mandat:

Bidra til kollegial læring og forbedring mht. bruk av CTG/STAN/skalpblodprøver nasjonalt. Dette innebærer at kollegaer kan sende registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og tilbakemelding. Gruppen er ikke et sakkyndig organ, som betyr at vurderinger og tilbakemeldinger ikke skal brukes som en del av pasientens journal.

Gruppen er også ansvarlig for planleggingen av det årlige, nasjonale erfaringsmøtet som avholdes for jordmødre og leger som bruker CTG/STAN/Skalpblodprøver i fødsel. Gruppen planlegger disse møtene i samarbeid med den lokale gruppen i vertsbyen.

1. Nasjonalt erfaringsmøte

Det planlagte erfaringsmøtet i 2020 på Bærum sykehus kunne ikke holdes pga Covid-19 pandemien. Det neste er planlagt vår 2022.

2. Møter

Gruppen har avholdt ett møte i 2020. Det er gitt skriftlig tilbakemelding på 5 kasuistikker.

3. Kurs i fosterovervåking

Dette to-dagers kurset holdes 1 gang per år. Deltagere er leger og jordmødre.

Temaer det undervises i:

- Grunnleggende fysiologi
- Intrapartum CTG samt fødselsfysiologi og patofysiologi
- CTG-klassifisering
- Antepartum CTG
- Foster-EKG fysiologi/tolkning
- Skalpblodprøve
- Vurdering av barnet, tolkning/feilkilder av syre-base verdier
- Avnavlingsprosedyre
- Overvektige kvinner - fosterovervåking
- Trykktid i fødsel - fosterovervåking
- Diabetes - fosterovervåking
- Lite liv - fosterovervåking
- Intrapartum feber og infeksjon - fosterovervåking

På slutten av hver kursdag er det en bolk med kasusgjennomgang.

Årsrapport 2020

Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

NFGO er et faglig forum der man har som hovedoppgave å diskutere og utarbeide faglige retningslinjer nedfelt i det nasjonale handlingsprogrammet for gynekologisk kreft, og som publiseres av Helsedirektoratet. Dette har vært et svært krevende arbeid utført av kollegiet innen gynekologisk kreft, under ledelse av Kathrine Woie. Arbeidet slutføres i 2021.

Faggruppen er bekymret for dynamikken rundt revisjon av retningslinjene, da direktoratet så langt ikke tillater at man reviderer enkeltkapitler. Dette vil kunne resultere i at nye behandlingsmuligheter ikke vil fremkomme i det nasjonale handlingsprogrammet.

Styret i NFGO har som siktemål at vi gjennom jevnlig møter diskuterer nye behandlingsmuligheter, og således sikter mot en nasjonal enighet i faggruppen for gynekologisk kreft. Dette er

selvsagt av stor betydning for at pasientene får lik behandling uavhengig av bosted.

I 2020 gjennomførte styret 4 telefonmøter samt generalforsamling, men ingen fysiske møter. Det ble ikke avholdt det årlige formøtet for årsmøtet i NGF, og det årlige faggruppemøtet i forbindelse med Onkologisk Forum ble også avlyst grunnet smittesituasjonen for corona. Dette er møter man anser som viktige for den faglige oppdateringen for de som arbeider med pasienter med gynekologisk kreft, og som man tar opp igjen når dette blir mulig.

NFGO representerer en liten faggruppe og har gjennom 2020 arbeidet for at man har en løpende diskusjon rundt faglige retningslinjer, men også rundt organiseringen av behandlingen innen de enkelte foretakene slik at det er konsensus innen fagmiljøet.

Årsrapport 2020

Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER)

Målet for registeret de siste årene har vært å øke dekningsgraden slik at dataene i større grad kan benyttes i forskning og kvalitetsarbeid. Som dere husker fra årsrapporten for 2019 var det en positiv utvikling der dekningsgraden steg til 60,7%. Endelig tall for dekningsgraden i 2020 foreligger ikke på nåværende tidspunkt. Det var i 2020 registrert 10 597 forløp fullstendig i NGER, mens samme tall i 2019 var 9 168. I lys av den påvirkningen pandemien hadde på operasjonsaktiviteten i 2019 er det således forventet en ytterligere positiv utvikling i dekningsgraden for 2020.

Videre er det god oppslutning i det gynekologiske miljøet, der man ser at 40 av 41 institusjoner med gynekologisk endoskopisk virksomhet i Norge registrerer utførte inngrep i NGER. Forutsetningene for videre vekst og utvikling av et robust nasjonalt register med betydning for vitenskapelig arbeid og faglig utvikling er således god.

I resultatanalysen i denne årsrapporten bygger man videre på presentasjonen av resultatene opp mot måltallene for kvalitetsindikatorerne. Det presenteres tall på sykehusnivå som tidligere. Det er flere positive trender i resultatene som vitner om høy kvalitet i den kirurgiske aktiviteten. Forekomsten av de intraoperative komplikasjonene ved laparoskopi gikk ned fra 2,3% i 2019 til 1,3% i 2020. Likeledes ser man en nedgang i de postoperative komplikasjonene av middels og alvorlig karakter ved laparoskopi fra 3,2% i 2019 til 2,2% i 2020. Samtidig er det også en liten nedgang i de mindre alvorlige komplikasjonene ved laparoskopi til like under 5%.

NGER har fortsatt å kartlegge pasientrapporterte utfallsmål (PROM) ved å registrere RAND36 hos pasienter som gjennomgår laparoskopisk hysterektomi med benign indikasjon ved 5 utvalgte sykehus i Norge. Disse dataene benyttes i en pågående studie ved St. Olavs Hospital.

Med intensjonen om et «Pasientens helsevesen» skal de medisinske kvalitetsregistre gi rapporter på pasientens opplevelse av helsevesenet og pasientens medvirkning under behandlingsforløpet. NGER benytter det standardiserte skjemaet «Treatment Satisfaction Scale 2» til innsamling av denne type data. TSS2-skjemaet sendes ut 4 uker etter inngrepet. Generelt er pasientene svært godt fornøyd med de behandelende avdelingene. Andelen med svært positiv oppfatning har økt fra 58,5% i 2019 til 61,1% i 2020.

I takt med en stadig økende dekningsgrad blir det viktig i tiden som kommer å benytte datamaterialet i NGER i forskningsarbeid. Registeret bistår derfor stadig flere grupper med utlevering av data i deres vitenskapelig arbeid. Det er et stort potensiale for ytterligere forskningsaktivitet både nasjonalt og lokalt med utgangspunkt i databasen til NGER.

Vi vil med dette takke alle som bidrar med registrering i NGER og benytter dataene i forskningsprosjekter, og gleder oss til videre samarbeid og utvikling i årene som kommer.

*Toril Råknes, Daglig leder NGER
Steinar Holmsen, Faglig leder NGER*

Norsk kvinnelig inkontinens register inviterer leger, uroterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter og sekretærer som er interessert i utredning og behandling av urininkontinens til

NKIR-FORUM

Norsk kvinnelig inkontinensforum
Fredag 5. november 2021 Oslo universitetssykehus, Ullevål
Rødt Auditorium, Patologibyget

Møteleder Rune Svenningsen

10.55	Rune Svenningsen ønsker velkommen	
11.00	Kan midt-uretrale slynger med polypropylen være kreftfremkallende?	Rune Svenningsen
11.30	Kan midt-uretrale slynger med polypropylen gi autoimmun sykdom?	Nyhus/Volløyhaug
12.00	Urinlekkasje grunnet fistler – utredning og behandling	Jone Trovik
12.30	Pause	
12.45	Den kompliserte pasienten – kasuistikker og diskusjon	Volløyhaug/Oversand
13.15	Produktinformasjon fra Axonics Women's Health	
13.20	Produktinformasjon fra Astellas	
13.25	Produktinformasjon fra Allergan	
13.30	Lunch	

Møteleder Ingrid Volløyhaug

14.30	Bulkamid som «rescue- operasjon» etter TVT	Schiøtz/Svennevik Myhr
15.00	Kan din obstetriske historie påvirke operasjonsresultatet etter TVT?	Ole Dyrkorn
15.15	Ny NKIR 2021 applikasjon og nytt NKIR skjema	Oversand/Dimoski/Svenningsen
15.30	Instillasjonsbehandling ved bladder pain/IC	Harriet Birke/Inger Stokkan
16.00	Kaffepause	

Møteleder Anita Vanvik

16.15	Er det vits i å trene bekkenbunnen før kirurgi hos kvinner med descens? Effekter på anal og urininkontinens hos kvinner som skal opereres prolaps	Seema Mathew
16.40	NKIR satsningsområde 2021	Dimoski/Oversand
16.50	Møteslutt	

Bindende påmelding med navn, e-post og profesjon på deltagerne skjer til Bjørg Tove Johansen, Kvinneklinikken, Bærum sykehus bjorg.tove.johansen@vestreviken.no tlf 67809452. **Frist: 15.10.21**

normedi
NORDIC

RapidfFN^{Test}



NYHET!

Noen ganger er symptomene virkelige, **men ikke risikoen.**

Klinisk veldokumentert test som indikerer risikoen for prematur fødsel.

Rask **fetal fibronektin-test** (fFN) for pasienter som har symptomer eller tilhører en risiko gruppe. Med kvantitativ fFN-test kan du med **stor nøyaktighet måle konsentrasjonen av fetal fibronektin for å bedømme risikoen for fødsel før uke 34**. I løpet av minutter vil du få forståelse for i hvilken grad risiko foreligger og kan planlegge det videre forløpet.

normedi
NORDIC

Baglergaten 16, 3111 Tønsberg
Telefon: 33 32 04 00 / E-post: support@normedico.com

normedi.com
normedicoeducation.com

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening 95

Visste du

– at den totale prevalensen
av overaktiv blære hos personer
i alderen ≥ 40 år er 16,6%

– at Astellas tilbyr symptomatisk
behandling og nyttig materiell til dine
pasienter med overaktiv blære

Kontakt Astellas for mer informasjon