

# Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

1 • 2020



**Endringer i fødsler og aborter  
i Nord-Norge 1980-2018** s. 16

**"Ein vitskap for mordarar"** s. 22

**Kaptein Hald – tøffere enn de fleste** s. 26



Norsk gynekologisk  
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

# See more in life



HM70A - HS50 - HS70A - RS85 - WS80A - RS80A - HS60 - HS40 - PT60A

## Inter-Medical – Oslo

Grini Næringspark 3

1361 Østerås, Norge

Telefon: [+47] 952 73 527

Email: [post@inter-medical.com](mailto:post@inter-medical.com)

## Inter-Medical – Gjøvik

Baldersvei 3

2816 Gjøvik, Norge

Telefon: [+47] 406 17 940

Epost: [nils@inter-medical.com](mailto:nils@inter-medical.com)

INTER-MEDICAL AS  
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

# SAMSUNG MEDISON



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

## Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

### Ansvarlig redaktør

Jenny Alvirovic  
Overlege, Oslo universitetssykehus  
[jennyalvirovic@hotmail.com](mailto:jennyalvirovic@hotmail.com)

### Redaksjonsmedlemmer

Irina Eide  
PSL, Bodø  
[irina.eide@gmail.com](mailto:irina.eide@gmail.com)

Liva Helleland  
LiS, Haukeland universitetssykehus  
[liva.helleland@gmail.com](mailto:liva.helleland@gmail.com)

Cecilie Fredvik Torkildsen  
Klinisk stipendiat UiB, Overlege SUS  
[cecilie.torkildsen@gmail.com](mailto:cecilie.torkildsen@gmail.com)

### Nettredaktør

Inga Thorsen Vengen  
MD, PhD, LiS Oslo universitetssykehus  
[inga.vengen@gmail.com](mailto:inga.vengen@gmail.com)

### Layout, annonsesalg og produksjon

Cox Oslo AS  
[www.cox.no](http://www.cox.no)  
Kongensgate 6, 0153 Oslo

### GYNEKOLOGEN på internett

[www.legeforeningen.no/ngf](http://www.legeforeningen.no/ngf)

### Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2020

Nr. 2	2/5
Nr. 3	9/9
Nr. 4	4/11

Opplag: 1300



# INNHOOLD

REDAKTØR ..... 5

LEDER ..... 7

## NGF-STYRET

Styret i Norsk gynekologisk forening ..... 10

Nytt fra NGF-styret ..... 12

## FAGLIG PÅFYLL

Endringer i fødsler og aborter i Nord-Norge i årene 1980-2018 ..... 16

Oppdatert ..... 20

"Ein vitskap for mordarar" ..... 22

## INTERVJU

Kaptein Hald – tøffere enn de fleste ..... 26

SPESIALITETSKOMITÉEN ..... 28

## PhD

Tina Tellum: Adenomyosis. Diagnosis and steps towards a molecular analysis ..... 30

## FUGO

Leder ..... 32

Heider til ferske spesialistar ..... 32

## REISER/KURS

Referat fra NUGG formøte i Bodø 23/10 2019 ..... 34

## NORGE RUNDT

Elverum sykehus ..... 36

## GYNEKOLOGEN ANBEFALER

Siddharta Mukherjee – Keiseren over alle sykdommer. .... 40

## ABSTRACTS

Utvalgte abstracts fra AOGS ..... 45

### GYNEKOLOGEN

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

Forsidefoto: GettyImage



# Angusta® (misoprostol)



# Angusta®

## Den eneste godkjente orale preparatet for induksjon av fødsel

- ☀ Klar til bruk 25 µg tablett<sup>1</sup> - riktig dose for riktig behandling
- ☀ Dosering i henhold til internasjonale anbefalinger WHO<sup>2</sup> og FIGO<sup>3</sup>
- ☀ Oral induksjon foretrekkes av fødende<sup>4,5,6</sup>

## Azanta

info.no@azanta.com  
www.azanta.com

**Prostaglandin.** ATC-nr.: G02A D06 **TABLETTER 25 µg:** Hver tablett inneh.: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av Angusta. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp, på sykehus der utstyr for kontinuerlig overvåking av foster og uterus er tilgjengelig. Cervix skal undersøkes nøye før bruk av legemidlet. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men Cmax kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/bevis på at barnets liv er i fare før induksjon (f.eks. unormal non-stresstest 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 m<sup>2</sup>). **Forsiktighetsregler:** Skal kun brukes dersom fødselsinduksjon er klinisk indisert. Kan føre til overdreven stimulering av uterus. Ved svært kraftige/langvarige uteruskontraksjoner eller ved klinisk bekymring for mor/barn, skal det ikke gis flere tabletter. Ved vedvarende kraftige uteruskontraksjoner, bør behandling iht. lokale retningslinjer igangsettes. Ved preeklampsi bør bevis på/mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved alvorlig preeklampsi. Ved korioamnioitt kan det være nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fosterhinnen >48 timer før administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødslar, 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). **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotonisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes før uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger, pyreksi. Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal føtal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal føtal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale krampes. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentalsøsning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av Angusta. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. **Basert på SPC godkjent av SLV: 18.07.2019. Reseptgruppe: C. Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1137,10 (September 2019).

**Ref. 1:** Angusta SmPC 2: WHO recommendations for Induction of labour, 2011. ISBN 978 92 4 150115 6 3: [https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/MisoFIGO\\_Dosage\\_Chart%20EN\\_0.pdf](https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/MisoFIGO_Dosage_Chart%20EN_0.pdf) 4: Dodd et al 2006. Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial. BMJ, doi:10.1136/bmj.38729.513819.63 5: S Mundle et al Lancet 2017;390:669-80 6: ten Eikelder et al Am J Perinatol 2017;34:138-146



## Takk for meg!

Da er det på tide å gi seg! Tusen takk til styret i NGF med Marit Lieng, Nils-Halvdan Morken og nå Kirsten Hald i spissen. For et reisefølge. Det har vært spennende, lærerikt og utrolig trivelig å bli kjent med så mange flotte kollegaer. Tusen takk til alle dere som har bidratt til å gjøre Gynekologen til et bra tidsskrift for vår forening. Det har vært kjekt å få vise frem arbeidet som gjøres i vårt langstrakte land og det er så mye mer å skrive om!

Det bidras fra hjerteroten i denne foreningen og jeg vil oppfordre alle til å hive seg på karusellen - det gjør jobben som gynekolog enda mer interessant!

På vegne av NGF og Gynekologen vil jeg rette en stor takk til Mette Moen for alle år med sin faste spalte "Hormonhjørnet". Et viktig bidrag i vår hverdag som gynekologer. Dessverre gir hun seg.

Takk for samarbeidet så langt. Nå er det min tur til å heie på den neste redaktøren for Gynekologen!

Jenny



## REDAKTØR

Styret i norsk gynekologisk forening  
søker ny redaktør til Gynekologen

Ble du nysgjerrig? Er du interessert?

Ta kontakt med Nils-Halvdan.Morken@uib.no





# Tørre og såre slimhinner i underlivet?

Ovesterin  
østriol  
vaginalkrem/vagitorier



Ovesterin krem og vagitorier er et reseptfritt legemiddel til behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner.<sup>1</sup>

Les mer på  
mittunderliv.no



## Utvalgt sikkerhetsinformasjon for reseptfri bruk:

Skal ikke brukes dersom pasienten har eller har hatt brystkreft, østrogenfølsom kreft, udiagnostisert underlivsblødning, ubehandlet endometriehyperplasi, arteriell eller venøs tromboembolisk sykdom, trombofil forstyrrelse, akutt leversykdom, porfyri, hypersensitivitet overfor østriol. Lege kontaktes ved manglende bedring etter 3-4 uker, underlivsblødning, samt regelmessig (minst en gang i året) for kontroll ved langvarig bruk.<sup>2,3</sup>



Aspen Nordic, Branch of Aspen Pharma Ireland Limited, Ireland, Borupvang 3, 2750 Ballerup, Danmark

F Ovesterin «Aspen Pharma Trading Ltd» ATC-nr.: G03C A04  
**Ovesterin (østriol). Indikasjon, reseptfri bruk:** Behandling av symptomer på vaginal atrofi på grunn av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. **Dosering:** Ved oppstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. **Urogenital atrofi:** 1 applikatordose krem/1 vagitorie hver kveld de første ukene (maks. 4 uker), deretter gradvis reduksjon basert på symptomlindring, til vedlikeholdsdose: (f.eks. 1 applikatordose krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke) nås. Ved bruk av vaginalkrem og vagitorier, der systemisk eksponering for østriol forblir nær det normale postmenopausale området ved bruk 2 ganger per uke, anbefales det ikke å bruke et progestogen i tillegg. **Administrering, Vaginalkrem:** Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden vha. kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til den røde streken) er 0,5 g vaginalkrem og inneholder østriol 0,5 mg. **Vagitorier:** Brukes ved sengetid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kjente tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Hormonell substitusjonsbehandling (HRT) bør kun initieres for behandling av symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familleanamnese tas opp, og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas før behandlingsstart. Tilstander som krever oppfølging: Leiomyomer (uterine myomer), endometriose, risikofaktorer for tromboemboliske forstyrrelser, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelighet for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten vaskulære symptomer, gallesten, migræne eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, endometriehyperplasi i anamnesen, epilepsi, astma, otosklerose. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved gulsott, nedsatt leverfunksjon, signifikant blodtryksstigning, nye anfall av migrenelignende hodepine eller graviditet. Hos kvinner med intakt livmor øker risikoen for endometriehyperplasi og endometriekreft når systemisk østrogen administreres alene over lengre perioder. Endometriesikkerhet ved langtids (> ett år) eller gjentatt bruk av lokalt administrert vaginalt østrogen er ikke kjent. Hvis behandlingen gjentas, bør den derfor evalueres minst årlig. Uavbrutt østrogenstimulering kan føre til premalign eller malign transformasjon av gjenværende foci etter endometriose. Det anbefales forsiktighet ved bruk av legemidlet hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, særlig ved kjent restendometriose. Dersom blødninger eller sporblødninger oppstår når som helst under behandlingen, bør årsaken undersøkes, og dette kan medføre endometriebiopsi for å utelukke endometriemalignitet. For å unngå stimulering av endometriet skal daglig dose ikke overstige 1 applikasjon og maks.dose skal ikke brukes lenger enn maks. 4 uker. For tilstander, der sannsynlighet for og alvorlighetsgrad antas å være betydelig lavere ved lokal behandling enn systemisk, se SPC. Tilstandene bør vurderes ved langvarig eller gjentatt bruk av legemidlet. **Interaksjoner:** Interaksjoner lite sannsynlig pga. minimal systemisk absorpsjon. Interaksjoner med andre lokalt administrerte vaginale behandlinger bør vurderes. Samtidig bruk av kombinasjonen ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, med eller uten dasabuvir, krever forsiktighet pga. fare for ALAT-økning. **Graviditet, amming og fertilitet:** Skal ikke brukes under graviditet og amming. Fertilitet: Ikke aktuelt da preparatet er indisert til postmenopausale kvinner. **Bivirkninger:** Ofte forbigående og kan være tegn på for høye doser. Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsorganer/bryst: Ømhet/smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer, iritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. For klasseeffekter sett ved bruk av systemisk østrogen, se SPC. **Overdosering:** Usannsynlig ved lokal administrering. **Pakninger uten resept:** Vaginalkrem 15 g og vagitorier 15 stk. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 26.08.2019.

Referanser: 1. Ovesterin SPC (26.08.2019), pkt. 4.1. 2. Ovesterin SPC (26.08.2019), pkt. 4.3. 3. Ovesterin PIL (26.08.2019). Meld bivirkninger på [www.legemiddelverket.no/meldeskjema](http://www.legemiddelverket.no/meldeskjema).

## Kjære medlemmer i Norsk Gynekologisk Forening!

Da jeg var på mitt første årsmøte i NGF, i Ålesund 1995, ble jeg begeistret over å oppdage hvilket morsomt og hyggelig miljø det var i foreningen til spesialiteten jeg hadde valgt. Jeg hadde under de tre første årsmøtene i løpet av min gryende gynekologiske karriere måttet være hjemme og passe «huset». Hjemme var den gang sentralsykehuset i Kristiansand, en svært hyggelig avdeling hvor jeg lærte alt det grunnleggende i obstetikk og gynekologi som jeg fremdeles bygger på. Jeg hadde ingen imidlertid anelse om hva som rørte seg i faget andre steder. Ålesund viste seg fra sin beste side, det var yngre og eldre kolleger, samhold, humor, dans og fest langt ut i de små timer. Jeg hadde da ingen tanker om at jeg mange år senere skulle sitte som leder av den samme foreningen. Men plutselig er det der jeg er. Det er med ærefrykt og glede jeg har takket ja til vervet.

Norsk gynekologisk forening er en aktiv og arbeidsom forening, med mange engasjerte og dyktige medlemmer over hele landet, både innenfor og utenfor NGFs mange undergrupper. Jeg kjenner mange, men håper å bli kjent med enda flere. Etter to år som vitenskapelig sekretær vet jeg at jeg har uvurderlig støtte i et solid og velfungerende styre. Vi har måttet si farvel til Stine Andreassen som har hatt en sentral rolle i 8 år, men til gjengjeld fått et nytt friskt pust i form av Ragnar Sande som ny vitenskapelig sekretær. Det er mange oppgaver å fortsette med og å gå i gang med. Ny organisering av spesialistutdanningen krever mye både av spesialistkomiteen og de enkelte sykehusavdelinger. Oppdateringen av veilederen i obstetikk er i ferd med å ferdigstilles og arbeidet med tilsvarende oppdatering av veilederen i gynekologi er nylig startet. Disse veilederne er svært viktige for kvaliteten av fødselshjelp- og gynekologitjenester som tilbys pasientene våre. En stor takk sendes til de mange kolleger over hele landet som bruker av dyrebar fritid til dette.

Kloke valg kampanjen initiert av legeföreningen er viktig. Vi har startet med lite kontroversielle emner, og håper at denne kampanjen blir starten på en kontinuerlig prosess hvor vi stadig minner hverandre på å ta kloke valg både i utformingen av veilederne våre og i møte med pasientene. Slik kan vi unngå både over- og underbehandling og bruke de ressurser vi har til rådighet på best mulig måte.

Denne kampanjen gir også en fin innfallsvinkel til samarbeid med andre fagmedisinske foreninger, både gjennom faglandsrådet,



der alle medisinske spesialiteter er representert, og i ad-hoc samarbeid i konkrete saker.

Av natur er jeg vel mer en «only rider» enn en lagspiller. Jeg har imidlertid lært at det meste blir bedre ved samarbeid og teamwork og har etterhvert utviklet stor tro på dette. Jeg mener at en av mine viktigste oppgaver som leder vil være å legge til rette for fruktbart samarbeid mellom de riktige personer og instanser.

I tillegg til samarbeid med andre spesialiteter, er forholdet til helsemyndighetene viktig. Som fagmedisinsk forening har vi hatt våre konflikter med Helsedirektoratet. Det kan være fristende å gå i krig med den ansiktsløse store kolossen når vi får nye retningslinjer tredd ned over hodet på oss uten at vi som forening er tatt med på råd. Men ved hjelp av direkte kontakt og aktiv dialog- og ikke minst ved hjelp av den nye fagaksen i legeföreningen- tror jeg at samarbeid er mulig.

Samarbeid om fag utenfor Norges grenser er også en sentral oppgave for foreningen. Vi skal fortsette vårt nære samarbeid med de andre nordiske landene gjennom arbeidet i NFOG. Vi er 5 små land, men ganske like når det gjelder populasjon og økonomiske og politiske forutsetninger. Ved samarbeid kan vi få til mye, både innen fagutvikling, utdanning og forskning. Akkurat nå er det store dugnadsarbeidet med en nordisk lærebok for medisinstudenter i ferd med å sluttføres.

Mange medlemmer av foreningen har også utstrakt faglig samarbeid med kolleger både i Europa og resten av verden. Dette gjelder både i forskning, aktiv deltagelse i konferanser og i undervisningsopplegg hvor man både lærer selv og formidler sine egne kunnskaper, alt ettersom. Dette skal vi fortsette å oppmuntre til. Husk at man kan søke støtte til noe av dette både via NFOG og Norsk gynekologisk forenings solidaritetsfond for global kvinnehelse. Vi gleder oss nå til EBCOG i Bergen 14-16. mai 2020!

Ha en god vår!

Kirsten



## 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 sykluser (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 anvist på kalenderpakningen. 2 mg/10 mg: 1 rødbrun tablett daglig de første 14 dagene, deretter 1 gul tablett daglig de neste 14 dagene, som anvist på kalenderpakningen. **Glemt dose:** Glemt tablett 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-/sporbledning 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 sykluser. 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 menstraasjon. 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. **Glemt dose:** Glemt tablett 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-/sporbledning 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. **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 innholdsstoffene. 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/oppfølging:** Før HRT startes eller gjenoppnas bør en komplett anamnese (inkl. familieanamnese) foretas. Medisisk 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 billeddiagnostikk, 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 migrenelignende 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 syklus eller kontinuerlig kombinert østrogen-progestogenbehandling hos kvinner med intakt uterus, kan redusere den økte risikoen forbundet med HRT med østrogen alene. Gjennombrudds-/sporbledning kan forekomme i løpet av de første behandlingsmånedene. Hvis dette oppstår etter en tids behandling eller vedværer 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-varigheten. Økt risiko vises etter ca. 3 års bruk, men normaliseres i løpet av få år etter seponering (maks. 5 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 østrogener, 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 gjenoppnas før kvinnen er fullstendig mobilisert. HRT er kontraindisert ved familier 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):** Relativt risiko for CAD øker noe ved kombinert HRT med østrogen-progestogen. Absolutt risiko for CAD ved baseline 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 opptil 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativ risiko endres ikke med alder eller tid siden menopause. Risiko for slag ved baseline er imidlertid sterkt aldersavhengig, og total risiko for slag ved HRT vil øke med alderen. **Andre tilstander:** Østrogen kan gi væskeretensjon, 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 tyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt tyreoiddeahormonivå. Opptak av T<sub>2</sub>-resin reduseres, noe som reflekterer økt TGB. Konsentrasjon av fritt T<sub>4</sub> og T<sub>3</sub> er uendret. Andre bindende proteiner, som kortikoidbindende globulin (CBG) og kjønnshormonbindende globulin (SHBG), kan være økt i serum, og gi økte nivåer av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnshormoner. Konsentrasjon av frie eller biologisk aktive hormoner er uendret. Andre plasmaproteiner kan være økt (angiotensinogen-/reninsubstrat, α<sub>1</sub>-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 induserer legemiddelmetaboliserende enzymer (spesielt CYP450), slik som antiepileptika, antiinfektiver og johannesurt (prikkerikum). Ritonavir og nelfinavir 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 blødningsprofil.

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

**Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Abdominalsmerte. Kjønnsganer/bryst: Smerter/ømhet i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmertor. Nevrologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppblåsthet (inkl. flatulens), oppkast. Generelle: Astenitilstander (asteni, fatigue, malaise), perifert ødem. Hud: Allergisk hudreaksjon (f.eks. utslett, urticaria, pruritus) Infeksjoner: Vaginal candidiasis. Kjønnsganer/bryst: Bekkensmerte, cervical utflod, menstruasjonsforstyrrelse (inkl. postmenopausal sporblødning, 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. Kjønnsganer/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. Hjerte: Hjerteinfarkt. Hud: Angioødem, erythema nodosum, kloasma (som kan vedvare etter seponering av legemidlet), vaskulær purpura. Kar: Hjerneslag. Muskel-skjelettsystemet: Kramper i bena. Nevrologiske: Meningeom. Øye: Intoleranse mot kontaktilinser, 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. Fibrosystisk brystsykdom, cervixerosjon. Forverret porfyri. Økt nivå av totalt tyreoiddeahormon. 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:** Erstatter 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, Tmax 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.

**Mylan Healthcare Norge AS**

PB 194, 1371 Asker

Telefon: 66 75 33 00

infororge@mylan.com

**Mylan**  
Better Health  
for a Better World



#### Utvalgt sikkerhetsinformasjon: 1

**Indikasjoner Femoston®:** 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:** Hormomsbustitusjonsbehandling (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:** 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:** 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.

- Femoston og Femostonconti SPC (28.08.2019 og 07.08.2019) avsnitt 4.1, 4.3 og 4.4
- Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R, Huber J, et al. Classification and pharmacology of progestins. Maturitas. 2003 Dec 10;46 Suppl 1:S7-S16
- https://en.wikipedia.org/wiki/Dydrogesterone

**Mylan Healthcare Norge AS**

PB 194, 1371 Asker

Telefon: 66 75 33 00

infororge@mylan.com

**Mylan**  
Better Health  
for a Better World

## Dydrogesteron- et unikt og selektivt progestogen<sup>2,3</sup>

- Kombinasjonsbehandling ved symptomer på østrogenmangel<sup>3</sup>

- Flere styrker, individuell behandling<sup>1</sup>



# Styret i Norsk gynekologisk forening

Årsmøtet i oktober vedtok valgkomiteens innstilling til nytt NGF-styre som skal sitte i perioden 2019-2021. Styret bærer preg av kontinuitet, men også nye krefter som skal videreføre arbeidet de neste to årene.

Kirsten Hald tiltrer som ny leder etter to år som vitenskapelig sekretær. Til daglig jobber hun på OUS Ullevål som overlege i gynekologi og leder for Forsknings- og utviklingsavdelingen.

Nils-Halvdan Morken overtar vervet som nestleder, etter to år som henholdsvis vitenskapelig sekretær og leder, og har dermed lang erfaring med styrearbeid i NGF. Nils-Halvdan jobber til daglig som professor ved UIB og overlege ved Kvinneklinikken i Bergen.

Ragnar Kvie Sande er overlege på fødeseksjonen på Stavanger Universitetssykehus. Han har på tross av fire barn og en kone som går vakter i samme avdeling takket ja til vervet som vitenskapelig sekretær, og styret er svært glade for å ha Ragnar med på laget i neste periode.



#### Kirsten Hald.

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



#### Nils-Halvdan Morken.

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



#### Ragnar Kvie Sande

Vitenskapelig sekretær.  
Fødd 1973 i Trondheim, oppvaksen på nordvestlandet og utdannet i Bergen. Han vart spesialist i gynekologi og obstetrikk i 2009 og PhD i ultralyd i 2013. Han arbeider for tida som seksjonsoverlege på fostermedisin ved Stavanger Universitetssjukehus og 1. amanuensis ved Universitetet i Bergen. På fritida spelar han gitar og les bøker.

Hans Kristian Opøien fortsetter som kasserer for to nye år, et arbeid som har vært med å bedre foreningens økonomi. På fritiden jobber han som overlege på Fødeavdelingen på Akershus universitetssykehus.

Yngvild Hannestad fortsetter som PSL-representant for neste valgperiode. Hun sitter i styret for EBCOG 2020 i Bergen og medlem i spesialitetskomiteen, og har til daglig sin praksis på Bergen Spesialistsenter.

Anders Einum er LiS på Kvinneklinikken i Bergen, og fortsetter som sekretær og FUGO-representant i nytt styre. Han er glad for at kjønn og alder veier tilstrekkelig tungt til å kvalifisere for en plass i styret, på tross av mangelfulle akademiske meritter.

Bergen februar 2020  
Anders Einum



#### Hans Kristian Opøien.

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



#### 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.



#### Anders Einum

Sekretær NGF, styremedlem FUGO.  
LiS Haukeland Universitetssykehus, for tiden i utlendighet på kirurgen.



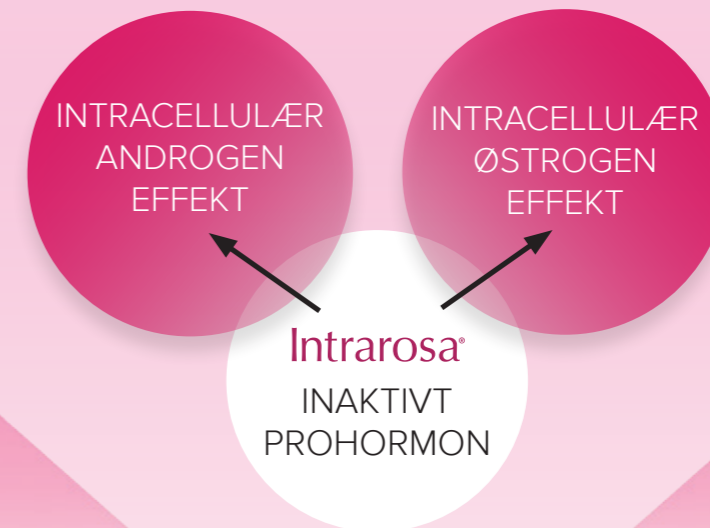
# Intrarosa®

Prasteron 6,5 mg (DHEA)  
vagitorie



## Et vagitorie med dobbeltvirkende effekt

- Over 50% av alle postmenopausale kvinner plages med tørre slimhinner etter menopause<sup>1</sup>
- Intrarosa® (DHEA) er i seg selv inaktivt, men tas opp intravaginalt og omdannes intracellulært til østrogen og androgener<sup>2</sup>



<sup>1</sup> Kim et al., J Menopausal Med. 2015 Aug; 21(2): 65-71. <sup>2</sup> Intrarosa® SPC, dec 2019.

#### Intrarosa «Endoceutics»

ATC-nr.: G03XX01

**VAGITORIE, 6,5 mg:** Hver vagitorie inneh.: 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 28 timer til neste dose. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig. **Barn og ungdom:** Bruk ikke relevant i noen aldersgrupper ved vulvovaginal atrofi grunnet menopause. Eldre: Ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** Føres inn i vagina med finger eller vedlagt applikator, se pakningsvedlegg.

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

**Forsiktighetsregler:** Bør bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. Nyttel/risiko bør vurderes grundig minst hver 6. måned. Før behandling bør det oppnås 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 blodtrykksmåling, 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 østrogen har ikke blitt undersøkt og er derfor ikke anbefalt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ikke indisert til premenopausale kvinner i fertil alder, inkl. graviditet. Amming: Ikke indisert ved amming. Fertilitet: Ikke indisert til fertile kvinner.

**Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Kjønnsganer/bryst: Unormalt Pap-utstryk (hovedsakelig ASCUS eller LGSIL). Undersøkelser: Vektendringer. Øvrige: Vaginal utflod. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Kjønnsganer/bryst: Cervix-/uteruspolypyper, 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 androgener. Effekt på vulvovaginal atrofi via aktivering av vaginale østrogen- og androgenreseptorer. Østrogenmediert økning i antall overflate- og intermedieære 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



# Nytt fra NGF-styret

Siste styremøte før jul ble holdt 28. november hos avtroppende leder Nils-Halvdan Morken med påfølgende hjemmelaget pinnekjøttmiddag..

Under styremøtet ble forslaget fra generalforsamlingen om fortløpende revisjon av veilederne diskutert. Det ble også laget et utkast til nye retningslinjer for revisjon av veiledere i gynekologi og obstetrikk som styret skal arbeide videre med.

Mulige komiteemedlemmer til arbeidet med en konsensusstekst om NGFs holdning til selvbestemt abort ble diskutert og forespørsler til aktuelle medlemmer ble besluttet sent ut. Helsedirektoratet orienteres om at vi arbeider med dette.

Det ble også diskutert hvordan NGF kan bli mer synlig via nettsiden og app. Det er viktig at både redaktøren av Gynekologen og nettsiden er orientert om alle aktuelle saker. Det ble derfor besluttet møteplikt for redaktørene på alle styremøter.

Forbrukerrådet har tatt kontakt både med styreleder NGF og styreleder i Norsk forening for Almenmedisinsk angående angivelig dårlig tilgang til gynekologiske undersøkelser for norske kvinner, særlig i Oslo. Dette ifølge en spørreundersøkelse i regi av Helsepolitisk barometer, der 57% av de spurte svarte at de ikke fikk utført GU hos fastlegen. Det spørres om man skal se på andre løsninger for å tilby gynekologisk undersøkelse, hvor blant annet celleprøve tatt

av jordmor eller mulighet til å oppsøke gynekolog direkte uten henvisning foreslås.

Både styret i NGF og leder av Norsk forening for allmennmedisin, Marte Kvittum Tangen mener at fokus bør være på å øke andelen fastleger som gjør gynekologisk undersøkelse.

Andre aktiviteter:

Nils Halvdan Morken deltar i helsedirektoratets arbeidsgruppe om bemanning og finansiering av fødselsomsorgen.

Påtroppende leder Kirsten Hald har deltatt på legeforeningens ledersamling i Oslo 14-14.januar. Tema for samlingen var blant annet forslag til ny finansieringsordning for RHF ene, krisen i fastlegeordningen og hvordan få helsepolitikk til å bli et viktig tema i den kommende valgkampen.

NFOG har søkt om å få være vertskap for FIGO kongressen 2027 med lokalisasjon i København: alle de nordiske foreningene har støttet søknaden.

NGF i media: Nils-Halvdan Morken har kommentert SWEPIs studien på Forskning.no og TV2, Kirsten Hald har vært i NRK Ekko om uterustransplantasjon.

Ny nettrektor Inga Thorsen Vengen er ansatt og vi ønsker henne hjertelig velkommen!

**SEUD CONGRESS 2020**

6<sup>TH</sup> CONGRESS OF THE SOCIETY OF ENDOMETRIOSIS AND UTERINE DISORDERS

MAY, 27-30  
Stockholm, Sweden

**UPDATE ON ENDOMETRIOSIS AND UTERINE DISORDERS: DISPELLING MYTHS, REMOVING STIGMA**



WWW.SEUD.ORG FOLLOW US @Official\_SEUD

Location:  
Waterfront Congress Centre,  
Stockholm, Sweden

Congress Presidents:  
Pr Kristina Gemzell Danielsson, Sweden  
Pr Oskari Heikinheimo, Finland

SEUD President:  
Pr Felice Petraglia, Italy

# OLYMPUS

## Let's put colorectal cancer in the history books.

### Join us in our vision.

**WIDESPREAD DEADLY DISEASES**

Medical History

**14<sup>th</sup> Century** **The Plague** [bub] **DEFEATED**  
Deaths from the plague in Europe: Nearly 25 million between 1346 and 1353. During that time, one out of every three people in Europe died of the "Black Death." More than 500 years later in 1894, a new outbreak of the plague was prevented in London. People had drawn conclusions from their experiences and jointly implemented countermeasures. In 1897, the International Hygiene Conference took place in Venice. The disease was defeated through a joint effort and international cooperation.

**18<sup>th</sup> Century** **Smallpox** [ambt, paks] **DEFEATED**  
Deaths from smallpox in Europe: Estimated 80 million in the 18<sup>th</sup> century. In the 18<sup>th</sup> century, hardly anyone in Europe was spared from smallpox. On average, one in two affected people died. The physician Edward Jenner developed a vaccine in 1796. Physicians, politicians and the general population worked together to enforce the vaccination. International alliances were formed to reach everyone. The WHO's smallpox Eradication Programme — SEP finally succeeded in eradicating smallpox worldwide.

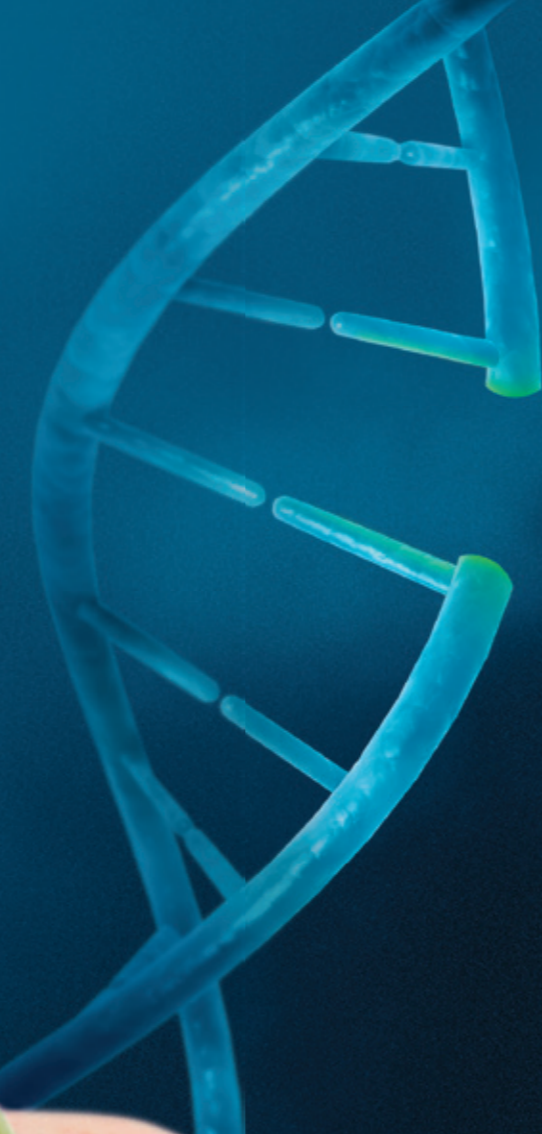
**21<sup>st</sup> Century** **Colorectal Cancer** [k0-10- rek-eti kan(t)-sar] **DEFEATED**  
Deaths from CRC worldwide: Estimated 880 thousand in 2018. In the early 21<sup>st</sup> century, CRC mortality is steadily increasing. The medical device company OLYMPUS aims to bring together all the stakeholders involved to form an alliance against CRC with a clear vision in mind: defeating CRC.

#LetsFightCRC



Olympus Medical Systems EMEA





# Lynparza® tabletter

## Ny indikasjon:

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 peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter fullført forstelinje platinabasert kjemoterapi<sup>1</sup>

De hyppigste bivirkningene ved bruk av Lynparza er: kvalme, oppkast, diare, dyspepsi, tretthet (fatigue), hodepine, dysgeusi, nedsatt appetitt, svimmelhet og anemi.

Fullstendig blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, anbefales de første 12 måneder og deretter periodevis.

Ref.: 1. Lynparza SPC sec 4.1 Jun 12th 2019, 2. Lynparza SPC sec 4.4

## ▼ Lynparza «AstraZeneca»

**C Antineoplastisk middel.** **ATC-nr.: L01X X46**

**H KAPSLER, harde 50 mg:** Hver kapsel inneholdt: Olaparib 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Skjellakk, sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

**H TABLETTER, filmdrasjerte 100 mg og 150 mg:** Hver tablett inneholdt: Olaparib 100 mg, resp. 150 mg, mannitol. Fargestoff: Gult jernoksid (E172), svart jernoksid (E172) (kun 150 mg). **Indikasjoner: Kapsler: Ovarialkreft:** Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, BRCA-mutert (kimbanen og/eller somatisk), høygradig, seras kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi. **Tabletter: Ovarialkreft:** 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 peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi. **Brystkreft:** Monoterapi for behandling av voksne med kimmelle BRCA1/2mutasjoner som har HER2negativ lokalavansert eller metastatisk brystkreft. Pasienter bør ha fått tidligere behandling med et antrasyklin og et taksan i (neo)adjuvant eller metastatisk setting, med mindre pasientene ikke var egnet for disse behandlingene. Pasienter med hormonreseptor (HR)positiv brystkreft skal i tillegg ha progrediert under eller etter tidligere endokrin behandling, eller blitt vurdert til å være uegnet for endokrin behandling. **Dosering:** Behandling bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i bruk av legemidler til kreftbehandling. **NB! Viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter:** Kapsler (50 mg) skal ikke erstattes med tabletter (100 mg og 150 mg) på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet for hver formulering. Tabletter skal heller ikke erstattes med kapsler på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet for hver formulering. De spesielle doseringsanbefalingene for hver formulering skal derfor følges. **Kapsler, behandling av ovarialkreft:** NB! Kapsler er IKKE byttbar med tabletter på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet, se viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter ovenfor. **Påvisning av mutasjon før behandlingsoppstart:** Pasienten må ha påvist skadelig eller mistenkt skadelig mutasjon (enten i kimmelle eller i svulst) i brystkreftgenene (BRCA) før behandling igangsettes. BRCA mutasjonsstatus bør undersøkes i et kvalifisert laboratorium id å benytte en validert testmetode. Genetisk rådgivning til pasienter med BRCA1/2-mutasjoner bør utføres iht. lokalt regelverk. **Anbefalt dose av kapsler:** 400 mg (8 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose 800 mg). Behandlingen bør startes senest 8 uker etter at siste dose med platinabasert regime er avsluttet. Behandlingen bør fortsette til progresjon av underliggende sykdom eller uakseptabel toksisitet oppstår. Data på gjentatt olaparibbehandling ved etterfølgende tilbakefall finnes ikke. **Dosejusteringer av kapsler ved bivirkninger:** Behandlingen kan avbrytes for å håndtere bivirkninger som kvalme, oppkast, diaré og anemi. Dosereduksjon kan vurderes. Anbefalt dosereduksjon er til 200 mg 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose 400 mg). Er ytterligere dosereduksjon nødvendig, anbefales reduksjon til 100 mg 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose 200 mg). **Dosejusteringer av kapsler ved samtidig bruk av CYP3A-hemmere:** Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, og alternative midler bør vurderes. Ved samtidig bruk av svak CYP3A-hemmer reduseres kapseldosen til 150 mg (3 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig (tilsv. en total daglig kapseldose på 300 mg). Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres kapseldosen til 200 mg (4 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig (tilsv. en total daglig kapseldose på 400 mg). **Tabletter, behandling av ovarialkreft og brystkreft:** NB! Tabletter er IKKE byttbar med kapsler på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet, se viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter ovenfor. **Påvisning av BRCA1/2-mutasjoner før oppstart til vedlikeholdsbehandling i førstelinje av høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritoneal kreft:** Pasienten må få påvist skadelig eller mistenkt skadelig kimbane eller somatiske mutasjoner i brystkreftgenene (BRCA) 1 eller 2 vha. en validert test. Det er ikke noe krav til testing av BRCA1/2 før oppstart til vedlikeholdsbehandling av

tilbakevendende EOC, FTC eller PPC som har fullstendig eller delvis respons på platinabasert behandling. For kimmelle brystkreftgen (gBRCA1/2)-mutert, HER2negativ metastatisk brystkreft må skadelig/mistenkt skadelig gBRCA1/2-mutasjon bekrefte før oppstart av olaparibbehandling. gBRCA1/2-mutasjonsstatus skal undersøkes i et kvalifisert laboratorium med en validert testmetode. Data som viser klinisk validering av tumor BRCA1/2tester ved brystkreft er ikke tilgjengelig på nåværende tidspunkt. Hos pasienter som er testet for BRCA1/2genmutasjoner bør genetisk rådgivning gis iht. lokale retningslinjer. **Anbefalt dose av tabletter:** 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. Det anbefales at behandlingen fortsetter til progresjon av underliggende sykdom, eller til uakseptabel toksisitet oppstår. Pasienter med platinasensitiv tilbakevendende (PSR) høygradig ovarialkreft, egglederkreft eller primær peritonealkreft som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi, bør starte behandling senest 8 uker etter at siste dose med platinabasert regime er avsluttet. **Behandlingsvarighet ved førstelinje vedlikeholdsbehandling av BRCA-mutert avansert ovarialkreft:** Pasienten kan fortsette behandlingen inntil radiologisk progresjon av sykdommen, uakseptabel toksisitet oppstår 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 utover 2 år. **Behandlingsvarighet ved vedlikeholdsbehandling av platinasensitiv tilbakevendende ovarialkreft:** For pasienter med platinasensitiv tilbakevendende (PSR) høygradig ovarialkreft, egglederkreft eller primær peritoneal kreft er det anbefalt at behandlingen fortsetter til progresjon av underliggende sykdom, eller til uakseptabel toksisitet oppstår. **Behandlingsvarighet ved gBRCA1/2-mutert HER2-negativ metastatisk brystkreft:** Det er anbefalt at behandlingen fortsetter til progresjon av underliggende sykdom, eller til uakseptabel toksisitet oppstår. Det finnes ingen data på effekt eller sikkerhet på gjentatt vedlikeholdsbehandling med olaparib ved første eller etterfølgende tilbakefall hos pasienter med ovarialkreft eller ved gjentatt behandling av brystkreftpasienter. **Dosejusteringer av tabletter ved bivirkninger:** Behandlingen kan avbrytes for å håndtere bivirkninger som kvalme, oppkast, diaré og anemi. Dosereduksjon kan vurderes. Anbefalt dose-reduksjon er til 250 mg (1 tablett à 150 mg + 1 tablett à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende daglig totaldose på 500 mg). Dersom en ytterligere dosereduksjon er nødvendig, anbefales en reduksjon til 200 mg (2 tabletter à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende en daglig totaldose på 400 mg). **Dosejusteringer av tabletter ved samtidig bruk av CYP3A-hemmere:** Samtidig bruk av kraftige eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, og alternative midler bør vurderes. Ved samtidig bruk av sterk CYP3A-hemmer reduseres tablettedosen til 100 mg (1 tablett à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsv. en total daglig tablettedose på 200 mg). Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres tablettedosen til 150 mg (1 tablett à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsv. en total daglig tablettedose på 300 mg). **Glemt dose:** Ved glemt dose, ta neste normale dose til planlagt tid. Dobbel dose skal ikke tas. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A eller B). Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh C, da sikkerhet og farmakokinetikk ikke er undersøkt). **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt nyrefunksjon (ClCr 51-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (ClCr 31-50 ml/minutt) er anbefalt dose for kapsler 300 mg 2 x daglig (tilsv. daglig totaldose 600 mg) og anbefalt dose for tabletter 200 mg (2 tabletter à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose på 400 mg). Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresvikt (ClCr ≤30 ml/minutt). Kan brukes hvis fordel oppveier potensiell risiko. Pasienten bør overvåkes nøye mht. nyrefunksjon og bivirkninger. **Barn og ungdom:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått, ingen data. **Eldre:** Ingen justering av startdose. Begrensede kliniske data hos eldre >75 år. **Ikke-kaukasiske pasienter:** Ikke nødvendig med dosejustering på grunnlag av etnisitet. **Administrering:** Inntak av grapefruktjuice skal unngås under behandlingen. **Kapsler:** Bør tas minst 1 time etter mat, og inntak av mat bør avstås fra i 2 timer etterpå. **Tabletter:** Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele. Skal ikke tygges. Skal ikke knuses, oppløses eller deles. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Amming under behandling og i 1 måned etter siste dose. **Forsiktighetsregler: Hematologisk toksisitet:** Er rapportert, inkl. kliniske diagnoser og/eller laboratoriefunn av generelt mildt eller moderat (CTCAE grad 1 eller 2) anemi, nøytropeni, trombocytopeni og lymfopeni. Behandling bør ikke startes før restitusjon fra

hematologisk toksisitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og nøytrofilverdier bør være CTCAE grad ≤1). Fullstendig blodtelling ved baseline og deretter månedlig, anbefales de første 12 månedene og deretter periodevis. Behandlingen skal avbrytes og hensiktsmessig hematologisk testing igangssettes, ved alvorlig hematologisk toksisitet eller behov for blodtransfusjon. Forblir blodparametrene klinisk normale etter 4 ukers behandlingsavbrudd, anbefales benmargsanalyse og/eller cytogenetisk blodanalyse. **Myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML):** Rapportert hos et lite antall pasienter (<1,5%) ved monoterapi eller i kombinasjon med annen kreftbehandling (de fleste tilfellene var fatale). Behandlingsvarighet hos pasienter som utviklet MDS/AML varierte fra <6 måneder til >2 år. Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert, anbefales det at behandlingen seponeres og at pasienten får egnet behandling. **Pneumoni:** Rapportert hos <1% av pasientene (inkl. fatale tilfeller). Behandlingen bør avbrytes og utredes raskt, ved nye eller forverrede respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller ved unormalt radiologisk funn i brystet. Ved bekreftet pneumoniit avbrytes behandlingen, og pasienten behandles hensiktsmessig. **Innholdsstoffer:** Tabletter: Inneholder 0,24 og 0,35 mg natrium pr. tablett à hhv. 100 mg og 150 mg, dvs. praktisk talt natriumfritt. **Bilkjøring og bruk av maskiner:** Moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter kan oppleve fatigue, asteni eller svimmelhet. Pasienter som opplever disse symptomene bør utvise forsiktighet ved bilkjøring eller ved bruk av maskiner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Kombinasjon med andre legemidler mot kreft, inkl. DNA-skadelige midler, viser forsterket og forlenget myelosuppressiv toksisitet. Kombinasjon med vaksiner eller immunsuppressiver er ikke undersøkt, og forsiktighet bør utvises. Pasienten bør overvåkes nøye. **Effekt av andre legemidler på olaparib:** Olaparib metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4/5. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-induktorer er ikke anbefalt, da effekten kan bli betydelig redusert (se SPC). Effekten av moderate induktorer er ikke fastslått, samtidig bruk er ikke anbefalt. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, se Dosering og SPC. Grapefruktjuice skal unngås. Samtidig bruk av rifampicin, en CYP3A-induktor reduserer olaparib gjennomsnittlig C<sub>max</sub> AUC. Kjente kraftige CYP3A-induktorer er derfor ikke anbefalt, siden det er mulig at effekten av olaparib kan bli betydelig redusert. Effekten av moderate til kraftige CYP3A-induktorer på olaparibeksponering er ikke fastslått. Samtidig bruk med disse er derfor heller ikke anbefalt. Tamoksifen reduserer olaparibeksponeringen med 27% (klinisk relevans ukjent). **Effekt av olaparib på andre legemidler:** Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av CYP3A-substrater som er sensitive eller som har smalt terapeutisk vindu. Hensiktsmessig klinisk overvåking anbefales. Olaparib kan redusere eksponeringen for substrater av enzymerne CYP1A2, CYP2B6, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 og P-gp. Effekten av noen hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres. Olaparib hemmer effluksportøren Pgp in vitro. Legemiddelinteraksjoner med P-gp-substrater kan derfor ikke utelukkes. Hensiktsmessig klinisk overvåking anbefales ved kombinasjon. Det kan ikke utelukkes at olaparib kan øke eksponeringen av substrater for BCRP, OATP1B1, OCT1, OCT2, OAT3, MATE1 og MATE2K. Forsiktighet bør særlig utvises ved kombinasjon med statiner. **Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Ingen data fra bruk hos gravide, men pga. virkningsmekanismen (PARP-hemming) kan olaparib gi fosterskader og skal derfor ikke brukes under graviditet. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksisitet inkl. alvorlige teratogene effekter og effekter på embryoføtal overlevelse. Fertile kvinner skal unngå graviditet og skal ikke være gravide ved behandlingsoppstart. Graviditetstesting bør utføres før behandlingsoppstart og deretter regelmessig under behandling hos alle fertile kvinner. 2 former for sikker prevensjon skal brukes for behandlingsoppstart, under behandlingen, og i 1 måned etter siste dose, unntatt dersom avholdenhet fra samleie velges som prevensjonsmetode. 2 svært effektive og komplementære former for prevensjon anbefales. Siden det ikke kan utelukkes at olaparib kan redusere effekten av hormonelle prevensjonsmidler, bør en ekstra ikke-hormonell prevensjonsmetode vurderes under behandling. Hos kvinner med hormonavhengig kreft bør det vurderes 2 ikke-hormonelle prevensjonsmetoder. Mannlige pasienter må bruke sikker kondom under behandling og i 3 måneder etter å ha fått siste olaparibdose ved samleie med og gravid eller fertill kvinne, pga. ukjent om olaparib eller dets metabolitter finnes i sædvæske. Kvinnelige partnere til mannlige pasienter må også bruke svært sikker prevensjon dersom de er fertile. Mannlige pasienter skal ikke donere sæd under behandling og i 3 måneder etter siste

olaparibdose. **Amming:** Ukjent om olaparib eller metabolitter utskilles i human morsmelk. Ingen dyrestudier er utført. Kontraindisert under amming og i 1 måned etter siste dose. **Fertilitet:** I dyrestudier er det ikke observert effekt på befruktning, men negative effekter på embryoføtal overlevelse. **Bivirkninger:** Olaparib-monoterapi er forbundet med bivirkninger, vanligvis av mild eller moderat alvorlighetsgrad (CTCAE grad 1 eller 2). **Svært vanlige (≥1/10):** Blod/lymf: Anemi (inkl. makrocytær anemi, erytropeni, hematokritsenkning, hemoglobinreduksjon, normokrom anemi, normokrom normocytisk anemi, normocytisk anemi, redusert antall røde blodceller, leukocytopeni (inkl. redusert antall hvite blodceller)<sup>1</sup>, nøytropeni (inkl. agranulocytose, febril nøytropeni, redusert granulocytall, granulocytopeni, idiopatisk nøytropeni, nøytropen infeksjon, nøytropen sepsis og redusert nøytrofilital)<sup>1</sup>, trombocytopeni (inkl. redusert trombocytall, redusert produksjon av blodplater, redusert blodplatekritt)<sup>1</sup>. Gastrointestinale: Diaré<sup>1</sup>, dyspepsi, kvalme<sup>1</sup>, oppkast<sup>1</sup>, øvre abdominalsmerter<sup>2</sup>. Generelle: Fatigue/asteni<sup>1</sup>. Lufteveier: Dyspné (inkl. anstrængelsesdyspné)<sup>1</sup>, hoste (inkl. slimhoste)<sup>2</sup>. Neurologiske: Dysgeusi, hodepine<sup>2</sup>, svimmelhet<sup>2</sup>. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt<sup>2</sup>. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Blod/lymf: Lymfopeni (inkl. redusert B-lymfocytall, redusert lymfocytall, redusert T-lymfocytall)<sup>1</sup>. Gastrointestinale: Stomatitt (omfatter også aftas stomatitt, sår i munnen)<sup>2</sup>. Immunsystemet: Utslett (inkl. eksofoliativ utslett, generalisert erytem, erytematøst utslett, generalisert utslett, makulært utslett, makulopapuløst utslett, papuløst utslett, kløende utslett). Undersøkelser: Økt CK<sup>2</sup>. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Immunsystemet: Dermatitt (inkl. allergisk dermatitt, eksofoliativ dermatitt), overfølsomhet (omfatter også legemiddeloverfølsomhet). Undersøkelser: Økt gjennomsnittlig celle-volum.

<sup>1</sup>Samlet frekvens sett for alle grader. Sett med frekvens vanlig for grad 3-4  
<sup>2</sup>Samlet frekvens sett for alle grader. Sett med frekvens mindre vanlig for grad 3-4  
**Overdosering/Forgiftning: Behandling:** Generelle støttende tiltak og symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger L01X X46 på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper: Virkningsmekanisme:** Potent hemmer av humane poly (ADP-ribose) polymerase (PARP-1, PARP-2 og PARP-3)-enzymer. Hemmer veksten av selekterte tumorceller i vitro og tumorvekst in vivo, enten som eneste behandling eller i kombinasjon med etablerte kjemoterapi-er. **Absorpsjon:** Kapsler: C<sub>max</sub> nås etter 1-3 timer. Ingen markant akkumulering ved gjentatt dosering. Steady state nås innen ~3-4 dager. Samtidig matinntak reduserer absorpsjonshastigheten (T<sub>max</sub> forsinkes med 2 timer), og absorpsjonsgraden øker marginalt (AUC øker ca. 20%). Tabletter: C<sub>max</sub> nås etter 1,5 time. Samtidig matinntak reduserer absorpsjonshastigheten (T<sub>max</sub> forsinkes med 2,5 timer og C<sub>max</sub> redusert med ca. 21%). **Proteinbinding:** Kapsler: Ca. 82% ved klinisk relevante konsentrasjoner på 10 µg/ml. Tabletter: Ca 82%. **Fordeling:** Kapsler: Tilsynelatende Vd: ~167 liter. Tabletter: Tilsynelatende Vd: Ca. 158 liter. **Halveringstid:** Kapsler: Terminal t1/2: 11,9 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~8,6 liter/time. Tabletter: Terminal t1/2: 15 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~7 liter/time. **Metabolisme:** CYP3A4 er vist, in vitro, å være primært ansvarlig for metabolismen. Omfattende. Hovedsakelig oksidasjonsreaksjoner. **Utskillelse:** Ca. 44% via urin, ca. 42% via feces. Hovedsakelig som metabolitter. **Oppbevaring og holdbarhet: Kapsler:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Alle kapsler som har vært fryst må kastes. Kapsler kan oppbevares ved høyst 30°C i inntil 3 måneder; etter dette må kapslene returneres til apotek for destruksjon. **Tabletter:** Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot fuktighet. Krever ingen spesielle oppbevaringsbetingelser vedvarende temperatur. **Pakninger og priser: Kapsler:** 4 × 112 stk.<sup>1</sup> (plastflasker) kr 55781,00. **Tabletter: 100 mg:** 56 stk.<sup>1</sup> (blister) kr 27754,60. **150 mg:** 56 stk.<sup>1</sup> (blister) kr 27754,60. **Refusjon:** **! H-resept: L01X X46. 12. 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.

Sist endret: 28.06.2019. Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 12.06.2019



# Endringer i fødsler og aborter i Nord-Norge i årene 1980-2018

## Sammendrag

**Bakgrunn:** I de siste åra har fødselsraten vært fallende. Det har vært liten interesse for geografiske forskjeller i endringer i reproduksjonsmønsteret.

**Mål:** Å presentere endringer fra 1980 til 2018 i antall fødsler og fødselsrater (antall per 1000 kvinner 15-49 år) i Nordland, Troms og Finnmark sammenliknet med hele Norge, samt å presentere tilsvarende tall for aborter.

**Metode:** Vi brukte fylkesvise data fra Statistisk sentralbyrå om fødsler og aborter.

**Resultater:** *Fødsler:* Antall fødsler i Nord-Norge har falt fra 6 313 i 1980 til 4 576 i 2018 (28%). Antall fødsler var høyest midt på 1990-tallet, og nedgangen i Finnmark etter 1996 har vært på 46%. Nedgangen i fødselsrater i Nord-Norge var fra 59,7 til 43,6 per 1000 kvinner (27 %, i årene 1980-2018). I Norge som helhet falt fødselsraten fra 55,1 til 45,8 (17%).

*Aborter:* Antall aborter i Nord-Norge falt fra 1281 (34% i årene 1980-2018). Den prosentvise nedgangen i antall aborter var størst i Nordland fylke (45%). Abortratene i Nord-Norge har falt gradvis fra 18,3 til 12,2 (34%). Nedgangen i landet som helhet var fra 14,6 til 10,3 (29%).

**Fortolkning:** Fødselsratene har falt betydelig fra 1980 til 2018, og mer i Nord-Norge enn i Norge som helhet.

**Nøkkelord:** Fødsel, abort, befolkningsstudier, fødselsrater, abortrater, helseregistre, fylker.

**Anne Eskild<sup>1,2</sup>  
Ingvild Lohne Frøyen<sup>3</sup>  
Margit Steinholt<sup>3,4</sup>**

<sup>1</sup> Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus

<sup>2</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

<sup>3</sup> Gynekologisk avdeling, Helgelandssykehuset, Sandnessjøen.

<sup>4</sup> Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

e-post: anne.eskild@medisin.uio.no

## Innledning

Befolkningen er hva vi har og hvem vi er. Demografiske endringer har stor betydning for befolknings-, nærings- og helsepolitikk.

Fødselsratene Nord-Norge har vært høyere enn i Norge som helhet. I de siste årene har fødselsraten i Norge falt. I 2018 var det samlede fruktbarhetstallet 1,56 (1). Dette var det laveste fruktbarhetstallet i Norge noen sinne, lavere enn det europeiske gjennomsnittet og lavest i Skandinavia. Det har vært relativt liten interesse for mulige geografiske forskjeller i reproduksjonsmønsteret. I Nord-Norge vil en nedgang i antall fødsler kunne få særlig stor betydning fordi folk bor spredt, og de er få.

Rundt 20 prosent av påbegynte svangerskap ender i provosert abort (2,3). Vi har lite kunnskap om sammenhengen mellom aborter og fødsler. Går fødselsratene ned fordi flere tar abort? Eller går både abortratene og fødselsratene ned fordi færre blir gravide? Kunnskap om sammenhengen mellom aborter og fødsler er viktig for å forebygge aborter, men også for å kunne utvikle en familierpolitikk som fremmer fødsler.

Målet med denne studien var å beskrive endingene i antall fødsler og i antall aborter i perioden 1980-2018 i Nordland, Troms og Finnmark sammenliknet med Norge som helhet. Vi presenterer også endringene i fødselsrater, abortrater og i totalt antall bosatte personer.

## Materiale og metode

Vi brukte fylkesvise data fra Statistisk sentralbyrå ([www.ssb.no/](http://www.ssb.no/) befolkning/faktaside/befolkningen). Tallene er basert på Det sentrale personregisteret (Skatteregisteret), samt Medisinsk fødselsregister ([www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/](http://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/)) og Abortregisteret (3). Dataene er tilgjengelige for alle. Fødsler og aborter i Norge er meldepliktige.

Vi presenterer prosentvise endringer per år fra og med 1980 (referanseår) til og med 2018 i totalt antall kvinner i alderen 15-49 år i Nordland, Troms og Finnmark og i Norge som helhet. På samme måte presenterer vi prosentvise endringer i antall fødsler per år. Vi presenterer også fødselsrater (antall fødsler per 1000 kvinner i alderen 15-49 år) per år, fra 1980 til og med 2018 i de tre nordligste fylkene og i Norge som helhet. Endringer i antall aborter og i abortrater presenteres på samme måte som for fødslene.

## Resultater

Antall kvinner i Norge i alderen 15-49 år har økt med nesten 280 000 i årene 1980 til 2018 (fra 926 489 til 1 204 008 kvinner, 30% økning) (Figur 1, Tabell 1). I Nordland og Finnmark er antallet kvinner 15-49 år gått ned (henholdsvis 5% og 9%), mens i Troms har antallet økt med 9%. I 2018 bodde det til sammen 104 846 kvinner 15-49 år i Nord-Norge. De utgjør 9% av kvinnene i reproduktiv alder i Norge.

## Fødsler

I løpet av årene 1980-2018 falt det totale antallet fødsler i Nord-Norge fra 6 313 til 4 576 (28%) (Figur 2 Tabell 1). Den prosentvise nedgangen i antall fødsler har vært størst i Finnmark, med 33% nedgang. Det var flest fødsler i Norge på 1990-tallet. Etter 1995 har antall fødsler i Finnmark falt med 46% (fra 1323 til 710 fødsler). I Norge som helhet falt antall fødsler med 9% fra 1995 til 2018 (fra 60 292 til 55120 fødsler). Færrest fødsler var det i 1983 (49 937 fødsler).

I Nord-Norge falt antall fødsler per 1000 kvinner i alderen 15-49 år (fødselsrater) fra 59,7 til 43,6 (27%), fra 1980 til 2018 (Figur 3). Nedgangen var størst i Nordland og Finnmark. Særlig etter 1995 og særlig i Finnmark har nedgangen i fødselsratene vært stor (39%). I 2018 hadde både Nordland og Finnmark lavere fødselsrater enn Norge som helhet. Men også i Norge som helhet

Antall kvinner 15-49 år	Antall fødsler			Nordland			Troms			Finnmark		
			Antall aborter	Antall kvinner 15-49 år	Antall fødsler	Antall aborter	Antall kvinner 15-49 år	Antall fødsler	Antall aborter	Antall kvinner 15-49 år	Antall fødsler	Antall aborter
1980	926849	51039	13532	53548	3183	996	33916	2058	563	18276	1072	371
1981	940068	50708	13819	54186	3167	932	34514	2040	604	18372	1086	395
1982	948944	51245	13475	54713	3088	859	35034	2029	515	18469	1023	362
1983	967447	49937	13641	55570	3044	828	35438	1924	567	18646	1112	358
1984	977222	50274	14072	55960	3005	845	35951	1968	586	18804	1062	346
1985	993061	51134	14598	56358	2994	851	36250	1991	609	18883	1154	355
1986	1013427	52514	15474	56337	3071	884	36376	1994	648	18813	1062	363
1987	1023381	54027	15422	56450	2997	922	36699	2064	649	18794	1079	382
1988	1038134	57526	15852	56715	3255	844	37039	2101	658	18797	1141	376
1989	1047733	59303	16208	56846	3331	889	37322	2107	647	18917	1220	351
1990	1060017	60939	15552	57027	3309	904	37495	2247	653	19045	1224	372
1991	1065620	60808	15528	57224	3281	931	37563	2301	658	19206	1230	360
1992	1069943	60109	15164	57432	3362	891	37842	2296	682	19362	1288	316
1993	1074647	59678	14909	57402	3282	825	37824	2229	605	19416	1291	387
1994	1078575	60092	14533	57454	3360	873	37915	2326	612	19472	1257	337
1995	1077562	60292	13874	57360	3387	787	37939	2332	640	19414	1323	371
1996	1071390	60927	14329	56852	3293	856	37782	2212	640	19219	1230	375
1997	1070838	59801	14001	55995	3244	838	37442	2120	581	18753	1225	336
1998	1065393	58352	14036	55328	3035	786	36714	2070	562	18224	1121	344
1999	1070942	59298	14323	54602	3041	777	36284	2078	595	17841	1120	324
2000	1073235	59234	14675	54220	2833	817	36155	2098	627	17686	1120	360
2001	1070987	56696	13896	53622	2741	786	36000	1907	611	17530	970	314
2002	1069700	55434	13559	53210	2614	707	35861	1841	599	17272	999	296
2003	1078808	56458	13890	52885	2638	711	35765	1768	582	17065	900	309
2004	1076188	56951	14071	52692	2583	737	35712	1811	589	16950	880	307
2005	1086639	56756	13991	52517	2562	630	35478	1870	594	16858	885	315
2006	1093278	58545	14404	52104	2452	677	35618	1946	596	16742	908	285
2007	1101855	58459	15177	51474	2580	776	35556	1948	671	16581	850	292
2008	1115106	60497	16139	51260	2553	766	35547	1942	601	16470	886	290
2009	1121928	61807	15790	51179	2609	763	35706	1903	598	16429	918	252
2010	1142727	61442	15741	51245	2521	760	35819	1930	643	16435	845	297
2011	1157337	60220	15365	51511	2545	708	36060	1760	591	16619	821	323
2012	1164591	60255	15229	51744	2486	709	36430	1784	567	16583	783	301
2013	1184312	58995	14778	52013	2451	696	36742	1769	540	16788	822	303
2014	1194186	59084	14067	52003	2388	660	37059	1744	518	16884	757	247
2015	1201385	59058	14032	51729	2433	676	37153	1768	504	16892	800	260
2016	1201611	58890	13195	51454	2340	643	37149	1737	455	16809	799	236
2017	1204331	56633	12744	51289	2285	602	37248	1633	502	16790	751	229
2018	1204008	55120	12380	50904	2191	543	37234	1675	504	16708	710	234

Tabell 1. Antall kvinner 15-49 år, antall fødsler og antall aborter i Nordland, Troms og Finnmark, samt i hele Norge i årene 1980 til og med 2018.

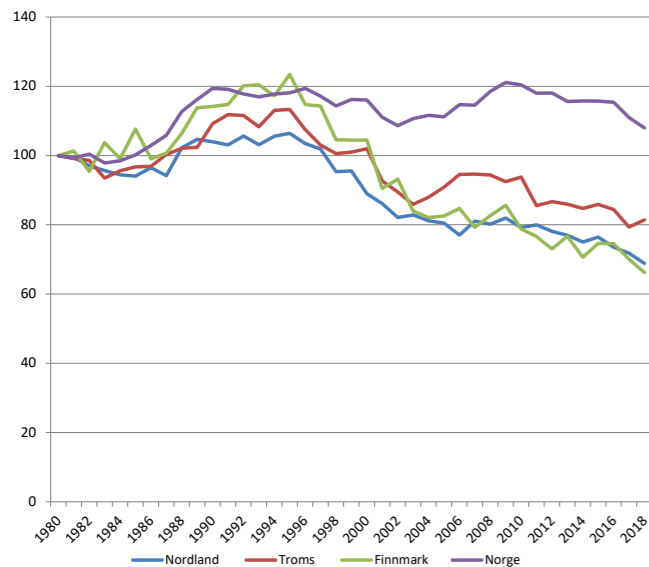
har fødselsraten falt betydelig, fra 55,1 i 1980 til 45,8 i 2018 (17% nedgang).

## Aborter

I årene 1980-2018 falt antall aborter i de tre nordligste fylkene fra 1930 til 1281 (34% reduksjon) (Tabell 1). Nedgangen var større i Finnmark (37%) og Nordland (45%) enn i Troms (10%) (Figur 4). I samme periode falt antall aborter i Norge som helhet fra 13 532 til 12 380 (9% reduksjon).

Abortratene i Nord-Norge har falt gradvis fra 18,3 til 12,2 (34%) i årene 1980-2018. Nedgangen i abortratene var fra 18,6 til 10,7 i Nordland (42%), fra 16,6 til 13,5 per i Troms (19%) og fra 20,3 til 14,1 i Finnmark (31%) I landet som helhet falt abortratene fra 14,6 til 10,6 (27%) fra 1980 til 2018.

Til tross for en betydelig reduksjon, var abortratene i Nord-Norge i 2018 likevel noe høyere enn i Norge som helhet. Det var færre påbegynte svangerskap per 1000 kvinner i Nord-Norge enn i



Figur 2. Prosentvis endring i antall fødsler i Nordland, Troms, Finnmark og i hele Norge fra 1980 (referanse) til og med 2018.

Norge som helhet (55,8 versus 56,4. Spontanaborter ikke medregnet). Likevel endte en større andel av de påbegynte svangerskapene i Nord-Norge i provosert abort (Tabell 1).

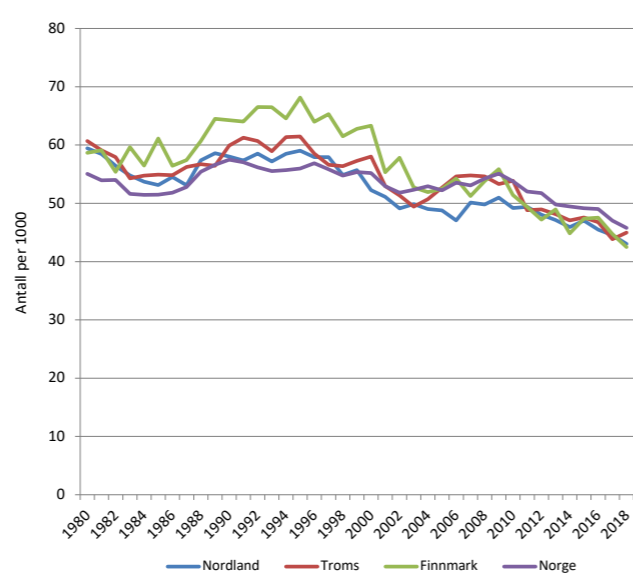
#### Diskusjon

I Nord-Norge har både antall fødsler og fødselsratene falt dramatisk. Særlig har nedgangen vært stor siden midten av 1990-tallet. I Finnmark er antall fødsler per år nesten halvert i løpet av vel 20 år. Nedgangen i antall fødsler skyldes ikke flere aborter. Også antall aborter har falt betydelig.

Vi har brukt offentlig tilgjengelige tall, og resultatene våre kan etterprøves av alle. I studien sammenliknet vi de tre nordligste fylkene med hele Norge. Forskjellene ville blitt noe mer uttalt, hvis vi hadde sammenliknet med Norge unntatt Nord-Norge. Fødsleene i Nordland, Troms og Finnmark utgjør mindre enn 10 prosent alle fødsleene i Norge. Forskjellene mellom Nord-Norge og resten av Norge er derfor ikke mye større enn forskjellene mellom Nord-Norge og hele Norge.

Statistisk sentralbyrå publiserer tall om befolkningenes størrelse, og om fødsler og aborter (<https://www.ssb.no/befolkning/fakta-side/befolkningen>). Endringer i befolkningen størrelse og sammenhengning har stor betydning også for helsetjenesten (4). Statistisk sentralbyrå beregner derfor også regionale framskrivninger av befolkningsstørrelsen etter observert fruktbarhet, tilflytting, fraflytting og antall forventede leveår (5,6). Resultatene fra slike modeller er usikre fordi framtidens fruktbarhet og flyttemønster ikke er godt kjent (7,8,9), og forandringer kan skje relativt raskt. Det var vel få som kunne ha forutsett de store endringer i reproduksjonsmønsteret som har skjedd i Nord-Norge. Vi er ikke kjent med tidligere framstillinger av regionale endringer i både fødsler og aborter.

Det relativt stabile antallet fødsler i Norge som helhet, til tross for nedgangen i fødselsrater, skyldes at det bor mange flere kvinner i fruktbar alder i Norge i dag enn for 40 år siden. Til sammen bor det mer enn 750 000 førstegenerasjons innvandrere i Norge (<https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/fakta-side/innvandring>). Nesten 280 000 av disse er kvinner i fruktbar alder.



Figur 3. Antall fødsler per 1000 kvinner i alderen 15-49 år (fødselsrater) i Nordland, Troms, Finnmark og i helen Norge, 1980-2018.

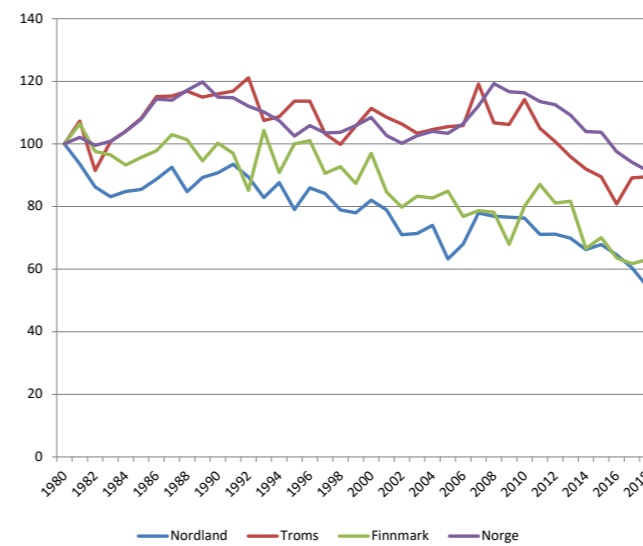
I 2017 hadde 28 prosent av alle barna som ble født i Norge en mor som ikke selv ble født her (10). Nord-Norge har ikke hatt samme befolkningsøkning som landet for øvrig. Derfor vil en nedgang i fødselsratene få stor betydning for antallet fødsler, og nedgangen i fødselsratene i Nord-Norge har vært større enn i landet for øvrig.

Fruktbarheten til innvandrerkvinner har gått ned de siste årene (11). Denne nedgangen kan være med på å forklare de rekordlave fruktbarhetstallene i Norge de siste par årene. I tillegg har døtre av innvandrere lavere fruktbarhet enn døtre av norskfødte foreldre (11). Vel 30 prosent av 40-årige kvinner i Norge har ingen eller ett barn, og bare rundt seks prosent av har fire barn eller mer. Trebarns-mødre blir det også færre av (11). Siden stadig færre kvinner får flere enn to barn, går fødselsratene ned.

Det har vært mer enn 70 prosent nedgang i fødselsratene for 20- 24 år gamle kvinner i Norge siden 1970 (12). Dermed har gjennomsnittsalderen for førstegangs fødende kvinner økt. Den var 29,5 år i 2018 (11). Det er godt kjent at kvinners fruktbarhet reduseres fra fylte 35 år (13). Med dette korte tidsintervallet i kvinners liv for barnefødsler er det lite trolig at fødselsraten vil øke.

Nedgangen i fødselsratene skyldes ikke en økning i aborter. Resultatene våre tyder på at når færre kvinner blir gravide, synker både fødselsratene og abortratene. Det har vært en økning i bruken av alle typer prevensjonsmidler i Nord-Norge i perioden 2004-2018 (12%) (<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/reseptregisteret/om-reseptregisteret/>). Selv om færre kvinner blir gravide, blir likevel ikke andelen graviditeter som ender i provosert abort lavere. Hos kvinner 20-25 år, har fødselsratene falt mye mer enn abortratene (12), og man kan lure på om økt prevensjonsbruk forebygger fødsler bedre enn aborter (14).

Nord-Norge har nå lavere fødselsrater og høyere abortrater enn Norge som helhet. Tidligere var fødselsratene i Nord-Norge høyere enn i landet som helhet. Nedgangen i fødselsrater og antall fødsler har vært mest uttalt for Finnmark fylke. Hvorfor har det vært så stor nedgang? Sikre svar finnes vel ikke. Vi kan bare spekulere. Offentlig støtte til kvinner for eget reproduksjons- og omsorgsarbeid - uten samtidig lønnsarbeid - er vesentlig redusert.



Figur 4. Prosentvis endring i antall aborter i Nordland, Troms, Finnmark og i hele Norge fra 1980 (referanse) til og med 2018.

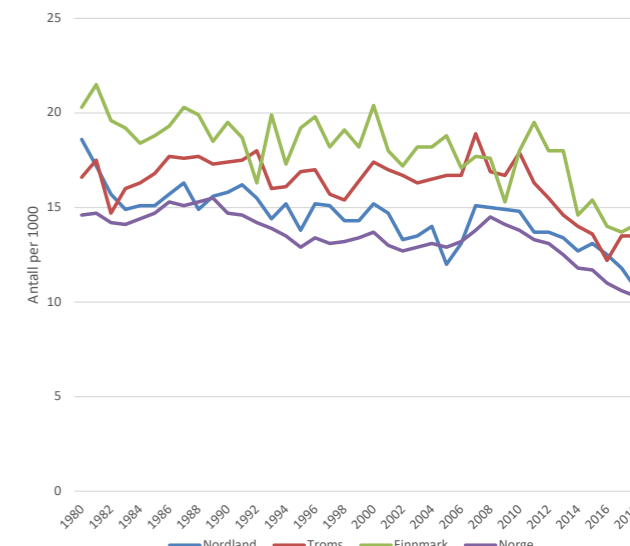
Inntil midt på 1990-tallet fantes nedkomststønning, barnetrygd og støtte til enslig forsørger som monnet i et husholdningsbudsjett. Særlig monnet slik støtte i Nord-Norge. Bo- og levekostnadene er lavere i utkantstrøk enn i sentrale strøk.

Det er påfallende at den store nedgangen i antall fødsler i Nord-Norge skjer samtidig som retten til overgangsstønning til enslige forsørgere ble vesentlig redusert. I dag kreves det at kvinnen aktivt søker arbeid eller at hun er under utdanning for å få overgangsstønning. På 1990-tallet ble også annen støtte til barneomsorg sterkere knyttet til lønnsarbeid. Betalt svangerskapspermisjon økte fra fire måneder til nesten ett år, men bare for kvinner med lønnsarbeid.

Mulighetene for fast lønnet arbeid eller utdanning kan være begrenset på mindre steder. Men uten lønnsarbeid taper kvinnen en årsinntekt ved en barnefødsel. I takt med økende lønnsinntekt blant kvinner har fødselsraten falt (15). Denne endringen er særlig uttalt for kvinner i Nord-Norge, muligens fordi fødselsratene var høyere og andelen med fast lønnsarbeid var lavere i Nord-Norge sammenliknet med i Norge som helhet ([https://www.kommuneprofilen.no/Profil/Inntekt/DinRegion/innt\\_inntekt\\_kjonn\\_region.aspx](https://www.kommuneprofilen.no/Profil/Inntekt/DinRegion/innt_inntekt_kjonn_region.aspx)) Arbeidet som var vanligst for kvinner på mindre steder i

#### Litteratur

- Sønstebø A. Fruktbarheten fortsetter å synke. Statistisk sentralbyrå 2019. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/fruktbarheten-fortsetter-a-synke>
- Vigran Å, Lappegård T. 25 år med selvbestemt abort i Norge. Samfunnspeilet no 3. 2003. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/25-aar-med-selvbestemt-abort-i-norge>
- Stai ML. Fakta om abort. Folkehelseinstituttet 2019. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abort---fakta-med-statistikk/>
- Leknes S, Hjemås G, Holmøy E, Stølen NM. Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017-2035. SSB Rapport 2019/26. Statistisk sentralbyrå 2019. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/regionale-framskrivninger-av-etterspørsel-etter-helse-og-omsorgstjenester-2017-2035>
- Andersen E, Dommermuth L, Syse A, Sønstebø A, Tønnessen M. Færre fødte og flere eldre gir sterkere aldring. SSB analyse 2019/15: Befolkningsutviklingen i Norge. Statistisk sentralbyrå 2019. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/faerre-fodte-og-flere-eldre-gir-sterkere-aldring>
- Stambøl LS. Bosettings- og flyttemønster blant innvandrere og deres norskfødte barn, SSB Rapport 2013/46. Statistisk sentralbyrå 2013. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/bosettings-og-flyttemonster-blant-innvandrere-og-deres-norskfodte-barn>
- Tønnessen M, Rogne AF. Hvor godt treffer befolkningsframskrivningene for kommunene? SSB Økonomiske analyser 4/2014. Statistisk sentralbyrå 2014. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/lavere-befolkningsvekst-framover>
- Leknes S, Syse A and Tønnessen M. Befolkningsframskrivningene 2016 - Dokumentasjon av modellene BEFINN og BEFREG. Notater 2016/14, Statistisk sentralbyrå 2016. <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivningene-2016>



Figur 5. Antall aborter per 1000 kvinner i alderen 15-49 år (abortrater) i Nordland, Troms, Finnmark og i Norge, 1980-2018.

Nord-Norge; omsorgsarbeid for unger, hjem og bruk, gir begrenset rett til omsorgsstøtte. Nå må mora ha fast lønnsarbeid, og ungene må gå i barnehage for å få full tilgang til offentlige overføringer til barnefamilier. Gravide kvinner som ikke har fast lønnsarbeid, har fire ganger økt risiko to å ta abort (16).

I 2018 ble engangsstøtten ved nedkomst til kvinner uten lønnsinntekt endret fra vel 63 000 kroner til 83 000 kroner. Etter tiår med stillstand skal barnetrygden etter planen økes betydelig. Mulige effekter av disse tiltakene vil ikke synes før om noen år. I enkelte land i Europa, er den relative overføringen fra statsbudsjettet til barnefamilier større enn i Norge. Reproduksjons- og omsorgsarbeid belønnes selv om moren ikke også har lønnsarbeid. Slike ordninger krever en forståelse hos politiske myndigheter av at reproduksjonsarbeid har verdi i seg selv (17), og at kvinners levekår ikke er like, særlig ikke i et land som Norge..

I denne studien fant vi at antallet fødsler i Nord-Norge har falt dramatisk, særlig siden midten av 1990-tallet. Fødselstallet i landet som helhet holdes oppe fordi Norge har hatt stor tilflytting av kvinner som får barn.

- Leknes S, Løkken SA, Syse A, Tønnessen M. Rapport 2018/21. Befolkningsframskrivningene 2018 Modeller, forutsetninger og resultater. Statistisk sentralbyrå 2018. [https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/354129?ts=1643ab45088](https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/354129?ts=1643ab45088)
- Dzamarija MT. Stadig flere som fødes i Norge har innvandrerbakgrunn. Statistisk sentralbyrå 2017. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/stadig-flere-som-fodes-i-norge-har-innvandrerbakgrunn>
- Andersen E. Fruktbarheten til innvandrerkvinner går ned. Statistisk sentralbyrå 2019. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/fruktbarheten-til-innvandrerkvinner-gar-ned>
- Vlietman M, Sarfraz AA, Eskild A. Induced abortion: a means of postponing childbirth? Changes in maternal age at induced abortion and childbirth in Norway during 1979-2007. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010 Dec;89(12):1564-70. doi: 10.1111/j.1365-3113.2010.04618.x
- Broekmans FJ, Knauff EA, te Velde ER, Macklon NS, Fauser BC. Female reproductive ageing: current knowledge and future trends. Trends Endocrinol Metab 2007;18: 58-65.
- Eskild A. Forebygger vi fødsler? Debatt. Aftenposten 2009. <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/QmQ7R/forebygger-vi-foedsler1>
- Camilla Sundt Færre barn, flere i heltidsjobb. SSB analyse 2019/19: Arbeid og omsorgsforpliktelse. Statistisk sentralbyrå 2019. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/faerre-barn-flere-i-heltidsjobb>
- Eskild A, Herdlevaer IE, Strøm-Roum EM, Monkerud L, Grytten J. Childbirth or termination of pregnancy: does paid employment matter? A population study of women in reproductive age in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016 May;95(5):513-8. doi: 10.1111/aogs.12867. Epub 2016 Mar 8.
- Fossum HL. Frykten for husmorspøkkelse. Fett. Feministisk tidsskrift 1/2019.



# Oppdatert

Av Øystein Bergoy



Me som er praktiserande legar i dag har tilsynelatande uendelege moglegheiter for å halda oss oppdaterte og å få inspirasjon. Helsebiblioteket og våre lokale medisinske bibliotek gjev oss elektronisk tilgang til ein imponerende katalog med tidsskrift og søkjeressursar. Nokre av oss er glade i videostraumetenester som websurge og youtube. Dei av oss som liker betre å lytta enn å lesa sverger til podcastar. Tilbodet er gjerne til og med så stort at nokon av oss ikkje har orka å setja seg inn i det som finns og sverger til bøkene. Framover vil dokker få nokre anbefalingar i kvart nummer av gynekologen på ulike gratis nettressursar som forhåpentlegvis vil vera til nytte for dokker både fagleg og som inspirasjon. Det blir nok nokså tungt på podcastsida i starten sidan underteikna er mest bevandra i den verda. Har dokker forslag til podcastar, youtubefilmar, twitterkontoar, bloggar eller anna av interesse som finns gratis på nettet mottek eg det gjerne med takk. Send forslaga til [oystein.bergoy@gmail.com](mailto:oystein.bergoy@gmail.com).

Me starter med tre podcastar. Desse er dei beste podcastane eg har funne som omhandler kun obstetrikk og gynekologi, og som fortsatt leggjer ut nye episodar.

The ob/gyn podcast - ein amerikansk podcast som har litt forskjellige typer episoder. Oftast er det eit tema som blir teke opp og greidd ut om av programleiarane, Dr Joe Chapelle, eller andre. Eksempel på desse er PCOS, ICP, fosterdiagnostikk og ferilitetspreservering ved kreftbehandling. Andre format som podcasten bruker er bl.a. "the monthly checkup" der Chapelle og ein eller to gjester diskuterer nye studier eller nyheiter innan faget. Dei har også artikkelklubbar der ein studie blir meir grundig ettergått i saumane. Dekninga er balansert mtp gynekologi versus obstetrikk. Episodane varer ca 30-60 min. Dei kjem ut litt i rykk og napp, men stort sett publiserast det 2-3 episodar per mnd. Passer for både ferske og erfarne. Interessekonflikt: underteikna har bidrege til podcasten ved enkelte høve

CREOGs over coffee - amerikansk podcast mynta mest på ferske og erfarne legar i spesialisering. CREOG er namnet på ein

eksamen alle LiSar innan obstetrikk og gynekologi i USA må ta. Formatet er stort sett ein diskusjon mellom dei to programleiarane og LiSane, Fei og Nick, om eit tema som ein får på denne eksamenen. Sjølv om podcasten vender seg til LiSar vil eg tru mange meir erfarne også vil ha glede av enkelte av episodane. Spesielt interessante er kanskje dei der programleiarane intervjuer kjente fagfolk om deira bidrag til faga våre. Bl.a. har dei i episode 15 eit intervju med Dr Coustan som har vore sentral i vår moderane forståing av svangerskapsdiabetes. Episodane varer stort sett rundt 30 min, og kjem ut imponerende regelmessig ca 1 gong per veke.

Conversations in obstetrics and gynecology - australsk podcast som tek for seg eit tema for kvar episode som diskuterast enten mellom programleiarane eller med ein gjest. Kvar episode avsluttast med ein gjennomgang av nokre relativt ferske artiklar i same tema. Episodane varer ca 1 time. Det siste året har det vore nokså få episodar publisert frå denne podcasten. Det er dermed litt uvisst om denne podcasten fortsatt er aktiv eller ei. Passar for alle erfaringsnivå. Godt balansert mellom obstetrikk og gynekologi.

## NY GYNEKOLOGISK VEILEDER OM URININKONTINENS

UTREDNING OG BEHANDLING  
AV URININKONTINENS MED ANTATT  
GYNEKOLOGISK ÅRSÅK

for allmennpraktikere  
og privatpraktiserende gynekologer

Utarbeidet av Norsk Urogynekologisk Gruppe NUGG - juni 2019.  
Red. Rune Svenningsen



# "Ein vitenskap for mordarar"

Av Øystein Bergøy

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

Medisinens historie er full av snodige behandlingar. Nokre av dei er så merkelege at det kan vera utfordrande for oss som praktiserer moderane medisin å eingong forstå rasjonalet bak dei. Ta årelating som eit eksempel. Koss kunne ein tenkja at det var bra å la dødssjuke folk med alvorlege infeksjonar blø litervis? Såg ein ikkje at pasientane sine blei skada av denne behandlinga? Det var ikkje før opplysningstida kom og introduserte den vitenskaplege metoden at ein fekk innsikt i at ein måtte samanlikna ei behandling med ei kontrollgruppe for å oppdaga om denne var verknadsfull eller ei. Sjølv om det er lenge sidan (men ikkje så lenge som du trur) me gav opp årelating, er det fortsatt mange dårleg fundamenterte behandlingar me bruker i vårt daglege virke. Nokre av dei er beint fram skadelege for pasientane våre. Desse kan vera like vanskelege for oss å oppdaga som det det var for tidlegare legar å innsjå at årelating var farleg. Den beste moglegheiten me har for å unngå å gjera same feil som våre forgjengarar er å driva kunnskapsbasert praksis.

Evidence based medicine blei først brukt som omgrep på starten av 90-talet <sup>(1)</sup>. På norsk brukast kunnskapsbasert praksis (KBP) av helsebiblioteket <sup>(2)</sup>. Sentralt for KBP er å gjera ein medviten om at me alle tek avgjersler basert kunnskap som kan vera meir eller mindre solid <sup>(2)</sup>. Vidare meiner tilhengjarar av KBP at det er mogleg å danna seg strategiar for å gjera denne kunnskapen så solid som mogleg, og at det finns objektive mål på kva som gjer den meir eller mindre solid. Av dette slutter dei at den beste måten å tileigna seg kunnskap på er å bruka klinisk forskning av høg kvalitet <sup>(1)</sup>. Dette skil den frå andre store strategiar som erfaringsbasert praksis og patofysiologisk praksis <sup>(1)</sup>. Dei som støtter seg til erfaringsbasert praksis vil vektleggja råd frå ekspertar og egne erfaringar mest. Tilhengjarar av patofysiologisk praksis vil på si side tenkja at dersom ein berre har nok kunnskap om kroppens anatomi og fysiologi vil ein kunna forutsjå koss ein gjeven behandling vil påverka kroppen til pasienten ein skal behandla. Det er ikkje tette skott mellom desse strategiane, og eg vil tru at me alle bruker litt av alle desse måtane å tenkja på i vår kliniske kvardag.

Likevel høyrer me stadig at KBP er så mykje betre enn desse to andre strategiane <sup>(2)</sup>. Kvifor kan ein seia det så sikkert? Årelating er eit veilegna eksempel for å illustrera dette. Før den moderne medisinen utvikla seg i løpet av 1800- og 1900-talet forstod ein sjukdom i vesten som i stor grad forårsaka av for mykje eller for lite av dei fire viktige kroppsvæskene gul galle, svart galle, slim og blod. Tanken bak årelating var at ein brukte dette til å behandla sjukdommar som ein tenkte at var forårsaka av for mykje blod, eller der ting som fantes i blodet var skadeleg og måtte ut. Men årelating har var også i bruk i store delar av verda der ein ikkje hadde denne forståinga av kroppens fysiologi <sup>(3)</sup>.

Kvifor er dette ekspepet relevant i dag? Det er ikkje rart om ein synest det er spesielt at ei behandling frå antikken basert på ei feilaktig forståing av kroppen skal brukast som motargument mot å gje moderne medisinsk behandling. Behandlingsformer som kanskje ikkje er støtta av solide randomiserte kontrollerte studiar (heretter RCTar), men som me jo ser at verkar. Dei kan også vera funderte på detaljert kunnskap om cellebiologi og farmakologisk kjemi. Ordtaket «absence of evidence is not evidence of absence» brukast ofte som argument mot forkjemparar for KBP. Er ein i riktig fandanivoldsk humør, kan ein i tillegg slenga fram ein berømt oversiktsartikkel publisert i BMJ i 2003 for å understreke dette <sup>(4)</sup>. Den leita etter RCTar som hadde sett på bruk av fallskjerm under fritt fall for å sjå om desse kunne hindra «major trauma related to gravitational challenge» utan å finna nokre slike. Sjølv om dette er fiffige argument, er dei nok ikkje heilt treffande. Det er nok få som er ueinige i at det er naudsynt å gjera ein RCT for å sjå om fallskjermar er bra når ein hopper frå eit fly (sjølv om det er i ettertid gjort nettopp ein slik studie <sup>(5)</sup>). Men å gå frå dette eksempelet til dei fleste andre kliniske problemstillingar er å ta ein noko kreativ snarveg. Årelating viser viktigheita av KBP nettopp fordi det er så openbart for oss at det er ei toskete behandling. Samtidig har historia bak behandlinga skummelt mange likskapar med moderne medisinsk behandling. Berre les vidare.

I 1835 kom den første vitenskaplege studien som viste at årelating var farleg <sup>(3)</sup>. Likevel fortsette praksisen. Til og med i den nesten kanoniserte Osler si lærebok på 40-talet og i første utgåva av Davidson's «Principles and Practice of Medicine» publisert i 1952 stod årelating oppført som akseptert behandlingsform for enkelte sjukdommar <sup>(3)</sup>. Me snakkar heller ikkje behandling for

polycytemi eller hemokromatose, men pneumoni og «pulmonary congestion» <sup>(3)</sup>. Ekspertar meinte altså dette framleis var god behandling <sup>(3)</sup>. Moderne medisin er full av eksempel der ein har god evidens for at noko ikkje verkar, men at ein fortsett med det. Arytmibehandling etter hjartefarkt, meniskoperasjonar, stenting av koronararteriane ved asymptomatisk koronarsjukdom og østrogenstatning som primærprofylakse for hjartekarsjukdom hjå postmenopausale, berre for å nemna nokre.

Eg vil seinare i denne artikkelserien koma tilbake til fleire eksempel frå vårt eige fag på både praksis basert på syltynn og dårleg forskning, og på at me ikkje slutter med ting me burde vita er farlege. I onkologien brukast det for eksempel stadig nye medikament som me ikkje veit om gjev reelle fordelar for pasienten, men som iallfall har biverknadar <sup>(6)</sup>. Det kan godt henda mange av desse har ein reell effekt på utfall som betyr noko for pasientane, men før me veit det må me tenkja oss godt om før me tek i bruk slike behandlingar (var det nokon som sa niraparib som førstelinjebehandling for avansert ovarialkreft? <sup>(7)</sup>).

Det lett å vera etterpåklok og arrogant ovanfor dei som levde før oss. Me skal ikkje tru at me er smartare enn dei, eller at me ikkje kan gjera liknande feil som dei. Tvert om, me gjer slike i dag. KBP er ein viktig strategi for å gjera det mindre sannsynleg å gje pasientane våre skadeleg behandling eller påføra dei ein unødig diagnose. Me får ei betre emne til å tilpassa behandling til den enkelte pasient. Informasjonen me gjev pasientane våre kan også bli betre sidan me for eksempel kan talfesta risiko. Denne må sjølv sagt tilpassast den som mottok informasjonen. Kjennskapen til pasienten og hennar ønskjer er difor også ein essensiell del av KBP.



Til slutt må det understrekast at KBP er meir enn berre forskingsbasert kunnskap. Like viktig er klinisk erfaring, inkludert grundig kjennskap til anatomi og patofysiologi, og brukarmedverknad <sup>(1,2)</sup>. Det nyttar lite å vita kva som er beste behandling for ein tilstand dersom du ikkje skjønar kva som er pasienten din si tilstand. Like fullt er heller ikkje dette tilstrekkeleg dersom du ikkje veit om pasienten din ønskjer behandlinga du vil gje. Desse tre områda er ikkje uavhengige av kvarandre. Ein kan for eksempel fint byggja opp sin kommunikasjon og emne til å engasjera pasienten i samval ved å ta i bruk forskning om desse dugleikane.

Napoleon, som sjølv overlevde ei årelating, skal ha sagt at «medisin er vitenskapen til mordarar». Om han meinte uaktsame eller medvitne kriminelle, vitast ikkje. Likevel er det vanskeleg å seia at han ikkje iallfall hadde eit ørlite poeng når ein les historia til faget vårt. Viktige endringar i forskingsmetodar har gradvis gjeve oss betre og oftare verknadsfulle behandlingar for pasientane våre. KBP er den føreløpige kulmineringa av dette. Det burde gjennomsyra vår praksis.

#### Referansar:

- Guyatt et al, "Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.", JAMA. 1992;268(17):2420-2425.
- <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Parapia et al, «History of bloodletting by phlebotomy», British journal of haematology, 22. Oct 2008
- Smith GCS og Pell JP, "Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized controlled trials", BMJ 2003;327:1459
- Yeh et al, "Parachute use to prevent death and major trauma when jumping from aircraft: randomized controlled trial", BMJ 2018;363:k5094
- Davis et al, "Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13", BMJ 2017;359:j4530
- González-Martín et al, "Niraparib in patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer", N Eng J Med 2019;381:2391-2402







Kirsten til rors på sin Avalon 2



# Kaptein Hald – tøffere enn de fleste

## En myomdronning med Lakenskrekk

Kirsten Hald beskrives som en kjekk, arbeidsom og grei kollega. Hun er smidig, fleksibel og enkel å samarbeide med, men ikke redd for å si fra om det trengs. De som ikke kjenner Kirsten godt, kan forledes til å tro hun med sin milde framtoning er en «push over». For å forstå hvem Kirsten er, må man vite sørlendinger ikke er spesielt høylytte eller bruker store ord når de har sterke meninger. Et eksempel på kraftuttrykk på Sørlandsk: «æ' ble så sint at æ' sa det nesten te 'an».

Den nye lederen i Norsk gynekologisk forening ble født 17. August 1960 ved St Elisabeth Hospital i Tromsø. Moren Ragnhild Sofie Johnsen var av de første kvinnelige deltakerne på Lands-skytterstevnet. Det er litt uklart om hun «traff» sin tilkommende på skytebanen; men de ville ikke ha vært unaturlig siden Bjørn Hald var kommandørkaptein i Sjøforsvaret.

Kirsten vokste opp sammen med foreldre og søsteren, Ragnhild, som er 1.5 år yngre. Familien bodde først i Tromsø til Kirsten var 8 år, deretter ett år i Harstad før de landet i Kristiansand. Ragnhild dy. begynte like godt ett år for tidlig på skolen og hoppet deretter over ett år til, slik at de to endte opp i samme klasse på skolen. Oppveksten var mest preget av sportslige aktiviteter; med hovedfokus på langrenn og orientering. Kirsten hadde et utpreget konkurranseinstinkt. Hennes rekord på det 28 km lange skogsløpet Svallandsgubben og som arrangeres hver oktober i Agder-heiene stod i 20 år.

Søstrene Hald gjorde mer enn å gå på skole sammen; de hadde mange felles venner og utviklet raskt talenter som festløvinner. Det fortelles at kommandørkaptein Hald som vert for et stort flåtebesøk ble noe overrasket da han så sine 16 og 18 år gamle døtre kommen trippende opp lederen i korte kjoler. Siden anledningen var et cocktailparty han selv arrangerte ble imidlertid intet sagt før de kom hjem. Dette ble ikke Kirstens siste cocktailparty.

Artium ble avlagt i 1979 ved Kristiansand Katedralskole. Deretter arbeidet Kirsten ett halvt år som pleiemedhjelper i Kristiansand sentralsykehus om dagen, og danset disco til Saturday Night Fever om nettene. I 1980 begynte hun på biokjemikerskolen ved Rikshospitalet, men karrieren ble kortvarig. Slutten ble «short and sweet» da lederen for skolen hevdet at biokjemikerstudentene måtte lære å innordne seg da det var LEGENE som bestemte på sykehus. Dessuten hadde Kirsten fått lyst å bli dyrlege. På grunn det fulgte ett år som gårdsjente på Ime gård utenfor Mandal, samtidig som hun tok utvidet fysikk og matte. Hun forløste sin første kalv og begynte på gammeldans.

I 1981 begynte hun ved MatNat ved Universitetet i Oslo, samtidig som hun fikk studieplass i medisin ved universitetet i Bochum i Vest-Tyskland. Ifølge Kirsten selv var det på grunn av at hennes særdeles dårlige tyskknnskaper måtte oppgraderes at hun startet å studere medisin for fullt først i 1982. Planen var å skifte til veterinærstudiet etter to år, men fascinasjonen for «Human-medisin» i løpet av anatomisemesteret gjorde at utdanningsplanen endret seg igjen. Fra 1985 ble hun studieplass ved NTNU. I Trondheim var Kirsten særdeles aktiv i studentmiljøet både som President i medisinstudentforeningen og som souschef i ordensvernet ved Uka87 (studenter uka). Som souschef hadde hun mange undersatser og sier selv at «hun holdt orden på det hele».



Libanon 1989



Min første seilbåt. Utenfor Kristiansand (ny Hellesund) 1993

Medisinstudiet ble avsluttet i 1989, men like før siste eksamen reiste Kirsten til Libanon for Norwegian Aid Committee, Norwac, hvor hun jobbet 6 mnd. som lege under siste del av borgerkrigen. Turnus hadde hun ved Hammerfest sykehus og var i Loppa i distrikts-turnus. Deretter fulgte 6 mnd. som kommunelege i Karasjok.

I 1991 startet hun med kirurgi ved Kristiansand Sentralsykehus; dette etter råd fra en dansk gynekolog, Anette Peen, som hun jobbet sammen med i Hammerfest: «ta kirurgi først om du vil bli gynekolog». Fra 1992-95 jobbet hun med gynekologi i Kristiansand. Kirsten forteller siden hun kom rett fra kirurgen, lærte de henne sectio første uken slik at bakvaken kunne gå hjem om natten. Dette var ikke uvanlig praksis på den tiden. Fra 1995-97 gjorde hun seg ferdig som spesialist ved Skejby sykehus i Århus; en spesialitet som ble overført til Norge. Siden 1998 har hun hatt fast stilling som overlege ved Aker og etter hvert Oslo universitetssykehus Ullevål. Hun jobbet i mange år som utpreget generalist (dvs. både obstetrikk og gynekologi), men konsentrerte seg etter hvert mer om laparoskopi, hysteroskopi og i de senere årene også om behandling av urogenitale misdannelser.

26.03.10 forsvarte Kirsten sin PhD "Uterine sparing treatment of leiomyomas by central or peripheral occlusion of the arterial supply". Hun er fremdeles superinteressert i myomer, har forskningsaktivitet på nettopp dette feltet og blir ofte invitert til å holde foredrag ved internasjonale konferanser.



Medisinerforeningens styre 1986



På vei til fest. I Tyskland 1983

I perioden 2009 til d.d. har Kirsten sammen med kolleger fra Oslo universitetssykehus drevet et prosjekt for Norwac med opplæring i laparoskopi for palestinske gynekologer i Palestina (Øst-Jerusalem og Gaza) og i Libanon (Beirut).

Fra 2017 har Kirsten vært leder for avdeling for Forskning og Utvikling ved Kvinneklinikken Oslo universitetssykehus, og vært medlem av styret i Norsk Gynekologisk forening.

Det aller viktigste i Kirstens liv har ingen ting med hennes fag og karriere å gjøre. I 2003 giftet Kirsten seg med sin Kalle, og i 2006 hentet datteren Sofie Ling hjem fra Guangzhou i Kina sammen med 9 andre adoptivfamilier. Mange av foreldrene og døtrene har forblitt nære venner. Kirsten, Kalle og Sofie og sjæferen Milla lever et aktivt familieliv med stort vennetettverk som «extended family».

Kirsten er seiler og kaptein med stor K. En av Kirstens første seilturer til Skagen ble svært dramatisk. Hun ble fortalt følgende: «enten seiler du aldri mer eller så er du hekta»; Kirsten ble hekta. Kirsten tåler en trøkk, og står «og seiler til seila går i filler». Hun lager gjerne jenteteam når det skal seiles regatta – enten det er snakk om Færder, Skagen eller Hollendern. Som venn er hun kjent for å være en minst like godt motvindseiler som medvindseiler. Det sies om sørlendinger generelt «*har du en sørlending som venn så har du han for livet, har en sørlending som fiende så vet du ikke om det*». Om dette stemmer for Kirsten skal være usagt.



# Nytt fra spesialitetskomiteen

Først og fremst vil vi i komiteen rose mange av våre utdanningsansvarlige leger og ledere som har jobbet hardt med godkjenning av sykehusene som utdanningsinstitusjoner. Spesialitetskomiteen har bistått HDir og Legeforeningen med å gå gjennom disse, og mye ser veldig bra ut. Det gjenstår å se hvordan disse planene vil bli utført i praksis, og det presiseres at den endelige godkjenningen kommer fra HDir.

Jeg får jevnlig spørsmål til min personlige e-post vedrørende både det praktiske og teoretiske opplegget omkring ny spesialist-utdanning. Spørsmål stilles også til medlemmer av FUGO og Spesialitetskomiteen på Facebook, i lukkede og åpne grupper. Dessverre må vi ofte må vi skuffe med at vi ikke har helt sikre svar. Dette skyldes at hverken HDir, Legeforeningen eller Regionale Utdanningsutvalg har svar, fordi det er så mye gjenstående arbeid i denne prosessen. Det er til syvende og sist HDir som er beslutningstaker, Legeforeningen er kun rådgivende organ. Flere faktorer påvirker hvordan det vil bli til slutt, blant annet betydningen av faste LIS stillinger, kursporteføljens endelige format, og ikke minst etterutdanningens endelige utforming. Vi forstår at dette kan være frustrerende når man er i gang med spesialist-utdanning, og trenger å planlegge måneder eller kanskje år fremover. Legeforeningens sekretariat bruker veldig mye ressurser på å få dette arbeidet ferdig nå, innen alle fagfelt, og det tar tid med 50 ulike spesialiteter. Vi oppfordrer deg som er engasjert til å ta del i arbeidet til utdanningsutvalgene lokalt, og bidra til at utdanningen av LIS blir så god som mulig der du er!



**Marte Myhre Reigstad**  
leder spesialitetskomiteen

Forslag til ny kursstruktur er sendt til Legeforeningens sekretariat som videregiver til HDir og RegUt'ene. Vi har foreslått en kurspakke som vi mener er nødvendig for å opprettholde en nasjonal standard i utdanningen. I tillegg anses kursene som en uerstattelig arena for læring og utdanning. Vi venter fortsatt på tilbakemelding fra HDir fra dette. NGF og spesialitetskomiteen har også nedsatt en gruppe som jobber med en plan for obligatorisk etterutdanning. Denne planlegges lagt frem for medlemmene på neste årsmøte.

Med ønske om en fin vår, og så gleder vi oss til et flott EBCOG møte i Bergen i mai!

*På vegne av komiteen,  
Marte Reigstad*

## SØKE OM MIDLER TIL HOSPITERING ELLER KURS I UTLANDET I 2020?

**Søknadsfrist NFOG Fondet er:**

**1. mars og 1. oktober.**

Informasjon om søknadsrutiner ligger tilgjengelig på [www.nfog.org](http://www.nfog.org).

Følg søknadsrutinene nøye, flere søknader blir ofte avvist på grunn av feil i søknad. Ved å følge nøyaktig instruks på søknad er det stor mulighet for å få støtte for fremtidige samarbeidsprosjekter, kurs i utlandet, besøk i utlandet for vitenskapelige formål eller øke klinisk kompetanse og arbeid i utviklingsland. Fondet er med dette meget anvendelig med tanke på støtte til kurs og hospitering i utlandet under overlegepermisjoner.

# BULKAMID®

## For the treatment of Stress Urinary Incontinence

**≥80% subjective success rates  
when Bulkamid is offered as a  
1st line treatment<sup>1,2,3</sup>**

**Is it time to think about Bulkamid  
as a first line treatment for  
stress urinary incontinence?**

**For more information visit [www.bulkamid.com](http://www.bulkamid.com)  
or contact us at [info@bulkamid.com](mailto:info@bulkamid.com)**

contura

1. Pai A, Al-Singary W. Durability, safety and efficacy of polyacrylamide hydrogel (Bulkamid®) in the management of stress and mixed urinary incontinence: three year follow up outcome. Cent European J Urol. 2015; 68(4):428-433. 2. Lobodasch K & Brosche T. Long-term effectiveness and durability of Bulkamid® as primary treatment of stress urinary incontinence - a longitudinal study. ICS 2015 abstract. 3. Andrews et al. Bulkamid® - does the volume injected affect outcome? IUGA 2015 Poster.

BULK/2019/091



Philosophiae doctor (PhD)  
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

## Tina Tellum disputerte 21.11.19 ved Univeristetet i Oslo.

### Adenomyosis. Diagnosis and steps towards a molecular analysis

I doktorgradprosjektet har Tina utviklet et diagnostisk prediksjonsmodell for adenomyose, som baserer seg på ultralyd og en klinisk undersøkelse. Algoritmen i modellen som vektet åtte forskjellige tegn etter hvor spesifiske de er, og kan bidra til at adenomyose diagnostiseres enkelt med ultralyd- forhåpentligvis også av mindre erfarne undersøkere. Modellen viste en god diagnostisk nøyaktighet som var bedre enn det tidligere publiserte diagnostiske studier har vist. Modellen må valideres på en ny studiepopulasjon før det kan tas i klinisk bruk, og dette er Tina i gang med i sitt post-doc prosjekt, med støtte fra flere sykehus: Tønsberg, A-Hus, St. Olavs og Turku (Finland).

Tina og medarbeidere har videre sammenlignet ultralyd og MR som diagnostisk verktøy. De fant nye diagnostiske markører

for adenomyose i MR, som kan erstatte de som ble hittil brukt, men baserte seg på en stor andel med postmenopausale kvinner.

En utfordring med adenomyose er at man vet lite om patogenesen. Samtidig som diagnostiske studier er viktig for pasientbehandling, bidrar de bare i kun begrenset omfang til å oppklare årsakene bak adenomyose. Dette er imidlertid viktig for å kunne utvikle behandlinger og forebygge sykdomsutvikling. Molekulære undersøkelser er bedre egnet for dette. I sitt arbeid har Tina derfor undersøkt om det er mulig og trygt å ta ultralydveilede biopsier fra myometri, uten behov for hysterektomi. Videre bekreftet Tina at det var mulig å utvinne RNA fra disse prøvene, noe som gir muligheten å kartlegge sykdomsutviklingen også hos kvinner som ikke blir hysterektomert.

DOKTORAND: Tina Tellum  
GRAD: Philosophiae doctor  
FAKULTET: Univeristetet i Oslo  
DISPUTASDATO: 21.11.19



Marit Lieng, stolt veileder



Komiteen med Pepe Salvesen, Gaby Moawad, Marie Ellström-Eng, nervøse kandidat Tina og disputasleder Anne Flem-Jacobsen

NYHET!

## Utrogestan®

Bioidentisk, mikronisert progesteron

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



Utrogestan® har alle egenskapene  
til endogent progesteron

med induksjon av et endometrium i  
full sekresjon, og særlig gestagene,  
antiøstrogene, svakt antiandrogene  
og antialdosteroneffekter.<sup>1</sup>

#### Referanse: 1. Utrogestan® SPC

**Utrogestan (progesteron, mikronisert) 200 mg vaginalkapsler, myke. G03DA04.** Hjelpstoff med kjent effekt: Soyalecitin. **Indikasjoner:** Utrogestan er indisert til kvinner som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART). **Dosering:** 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. **Administrasjonsmåte:** Vaginal bruk. Utrogestan-kapselen skal føres dypt inn i skjeden. **Bivirkninger:** Informasjonen gitt nedenfor er basert på omfattende erfaring etter markedsføring fra vaginal bruk av progesteron.

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

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene: **Kapselinnhold:** Solsikkeolje, raffinert, soyalecitin, **Kapselskall:** Gelatin, glyserol, titandioksid (E171), Vann, rensed. Alvorlig nedsatt leverfunksjon, Udiagnostisert vaginalblødning, Karsinom i bryster eller genitalier, Tromboflebitt, Tromboemboltilstander, Hjerneblødning, Porfyri, "Missed abortion". **Advarsel:** Utrogestan skal kun brukes de første tre månedene av graviditeten og skal kun administreres vaginalt. Forskrivning av progesteron etter første trimester av gravi-

diteten 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<sub>50</sub> < 0,1 mikromol). 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 progesteron, 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 antialdosteroneffekter. **Pakning og pris:** 15stk vaginalkapsler, 180,20 kr (godkjent utsalgpris 2019-12-11). **Reseptgruppe C. SPC OPPDATERINGSDATO:** 21.08.2019. **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



# Kjære alle LIS!

Av Hilde Bastøe Sellevoll (leder FUGO) og Marianne Omtvedt (nestleder FUGO)

2020 er allerede godt i gang. Nytt år og nye muligheter sier man ofte. Dette gjelder kanskje jobb også? Et godt råd til alle LIS: Sett deg noen konkrete mål for det kommende året! Ofte kan det være smart å lage en skriftlig plan for seg selv. Den nye spesialistutdanningen fører med seg spesifikke læringsmål, og dette krever at du som LIS setter deg inn i disse og tar ansvar for egen læring. Mye kan skje i løpet av et år og du vil mest sannsynlig lære litt mer og forhåpentligvis kunne huke av noen flere læringsmål i Dossier. Ikke minst vil du også bli tryggere på deg selv i rollen som blivende gynekolog. Men kanskje aller viktigst; innimellom alt du skal gjøre kan det også vært lurt å kjenne etter hva du ønsker å gjøre, og hva du har lyst til å fokusere litt ekstra på.

FUGO-styret har siden sist fått to nye medlemmer, Mark Barbero fra Bergen og Øystein Bergøy fra Stavanger. Det vil si at vi nå faktisk kan presentere et likestilt styre! For oss i FUGO-styret er det spennende, utfordrende og iblant også krevende å jobbe for at LIS skal ha det best mulig. Men det er vel nettopp på denne måten; ved å brette opp ermene og å ta et lite steg ut av komfortsonen, at ting kan skje. Og med utdanningsprisen 2019 i bagasjen, er FUGO-styret mer klar enn noen gang!

I år er det Bergen som er vertskap for EBCOG-kongressen som arrangeres 14.-16. mai. Hit kommer mange av våre felles europeiske kollegaer for en 3-dagers kongress proppet med faglig innhold og mye sosialt. I forkant av kongressen arrangeres også den årlige

ENTOG-utvekslingen. 53 LIS fra andre europeiske land kommer til Norge for å hospitere og se hvordan vi jobber. Flere norske LIS og nå overleger har selv deltatt på ENTOG-utveksling tidligere og vet hvor artig denne erfaringen kan være. For mange av de som kommer på årets ENTOG-utveksling er dette kanskje også et steg ut av komfortsonen – nemlig å oppsøke en ny læringsarena. Så la oss ta dem godt imot og gi dem en inspirerende opplevelse mens de er på besøk!

I mellomtiden anbefaler vi at du tar en pust i bakken for å tenke gjennom hva du selv ønsker å fokusere på i det kommende året. Faget er vidt og mulighetene mange. Spør deg selv: Hva engasjerer deg mest? Og hva brenner du for? Vi i FUGO-styret heier på deg!

## Heider til ferske spesialistar

Av LIVA HELLELAND

Nytt innslag under fjorårets årsmøte i Bodø var utdeling av diplom til årets ferske spesialistar i fødselshjelp og kvinnesjukdomar. Det er på høg tid at det å oppnå spesialistgodkjenning medfører noko meir enn ein tørr mail i innboksen.

I forkant av årsmøtet vart liste over nye spesialistar innhenta frå helsedirektoratet, deretter tok FUGO kontakt med dei aktuelle og forespurde planlagt oppmøte på årsmøtet eller ikkje. Dei oppmøte vart heidra med utdeling av diplom og applaus. Dei som ikkje

deltok på møtet vart presentert med namn og bilete, og diplom tilsendt i posten.

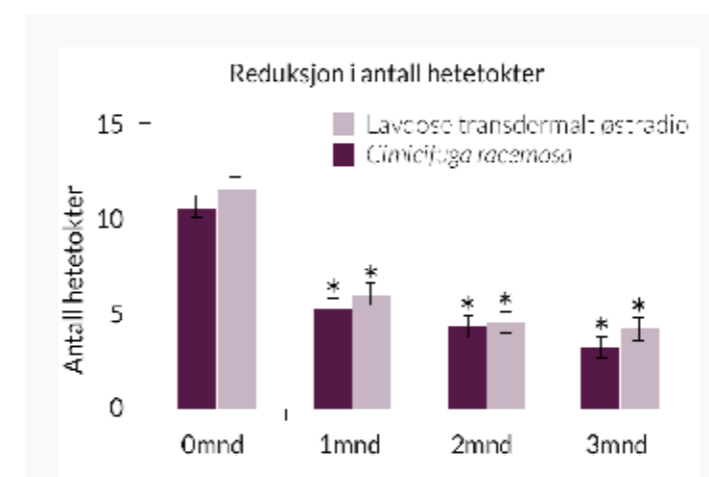
Dette ritualet vil framover inngå som fast innslag på årsmøtet. FUGO hentar inn liste over nye spesialistar i slutten av september kvart år, og tek med seg alle som har fått godkjenning sidan forrige årsmøte. Det er sjølvsagt mogleg å reservere seg mot å verte nemnt, men me håpar de vil nytte høvet til å motta velfortent merksemd for oppnådd spesialistgodkjenning.



## Remifemin®

### Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter og svetting

Opptil 80 % av kvinner i klimakteriet opplever hetetokter og svette<sup>1,2</sup>. Mange av disse kvinnene kan eller ønsker ikke å motta hormonbehandling for plagene sine. Remifemin (*Cimicifuga racemosa*) er uten østrogen, og gir en effektiv og trygg behandling av plager i klimakteriet<sup>4</sup>.



**Figur:** Antall hetetokter per dag hos kvinner behandlet med *Cimicifuga racemosa*. I en prospektiv studie ble 64 kvinner (45 – 55 år) med plager i overgangsalder (inkl hetetokter) behandlet med enten *Cimicifuga racemosa* eller lavdose transdermalt østradiol (TTSE2) i 3 måneder. Egenrapportering ble brukt for å måle antall hetetokter. Figuren viser gjennomsnittlig antall hetetokter ± standard avvik, \* = p<0,001 versus studiestart. Figuren er modifisert fra Nappi et al<sup>5</sup>. av Sana Pharma Medical



### Godt dokumentert effekt og sikkerhet

De siste 15 årene er det utført mer enn 29 kliniske studier<sup>3</sup> der mer enn 12 000 pasienter har deltatt<sup>1</sup>. Remifemin gir god lindring og sikkerheten er godt dokumentert<sup>4,5</sup>.

Fås på alle apotek

#### Remifemin

Middel mot overgangsplager.

F

**Reseptfritt legemiddel.** Tablett, 2,5 mg: Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av rotstokk av klaseormedue (*Cimicifuga racemosa*) 2,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. Dosering: 1 tablett 2 ganger daglig (morgen og kveld). De første effektene sees tidligst etter 2 ukers behandling. Det anbefales å bruke preparatet i flere måneder, men ikke >6 måneder uten medisinsk tilsyn. **Administrering:** Tas med eller uten mat, og med rikelig væske. Bør svelges hele. Skal ikke suges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet utvises ved eksisterende/tidligere leversykdom. Ved tegn og symptomer på leverskade (trettthet, appetittapp, gulning av hud og øyne, kraftige øvre magesmerter med kvalme, brekninger, mørk urin) skal preparatet seponeres. Ved vaginalblødning eller nye/uklare symptomer bør lege kontaktes. Skal ikke kombineres med østrogen uten etter samråd med lege. Pasienter som er behandlet eller undergår behandling for brystkreft eller andre hormonavhengige tumorer, skal ikke bruke preparatet uten medisinsk tilsyn. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Ingen rapporterte. **Graviditet, amming og fertilitet:** I fravær av tilstrekkelig data anbefales ikke bruk under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Tilfeller av levertoksitet (inkl. hepatitt, gulsott, forstyrrelser av leverfunksjonstester) er rapportert ved bruk av preparater som inneholder *Cimicifuga*. Hudreaksjoner (urticaria, kløe, eksantem), ansiktssødem, perifer ødem, gastrointestinale symptomer (f.eks. dyspeptiske forstyrrelser, diaré) og vektøkning er rapportert i sjeldne tilfeller. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** Klassifisering: Plantebasert legemiddel. **Virkningsmekanisme:** Ukjent. Kliniske data motviser systemisk østrogenagonistisk virkningsmekanisme. Det er ikke sett effekt på hormonelle parametere (LH, FSH, østradiol og prolaktin), i tetthet av bryst, proliferering av brystepitel eller endometriell tykkelse. Pakning: 100 stk., blisterpakning. **Sist endret:** 24.03.2015

**Referanser:** 1. WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. World Health Organ Tech Rep Ser. 1996;866:1–107. 2. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: A comprehensive review. Health Qual Life Outcomes. 2005;3:47. 3. Henneicke-von Zepelin, HH. Wien Med Wochenschr (2017) 167: 147. 4. Briese V, Stammwitz U, Friede M. Black cohosh with or without St. John's wort for symptom-specific climacteric treatment. Maturitas 57 (2007) 405-414. 5. Nappi R, Malavasi B, Brundu B. Efficacy of Cimicifuga racemosa on climacteric complaints: A randomized study versus low-dose transdermal estradiol. Gynecological Endocrinology, January 2005; 20(1): 30 – 35.



# Referat fra NUGG formøte

## Bodø 23/10 2019

Av Ingvill Lyslo og Mariann Eidet

I år var det Stavanger som hadde ansvar for faglig program, og vi takker for alle innlegg.

### «Veileder for utredning og behandling av urininkontinens med antatt gynekologisk årsak»

I løpet av våren er det gjort et godt stykke arbeid med å utarbeide en veileder for utredning og behandling av urininkontinens med antatt gynekologisk årsak, for allmenpraktikere og privatpraktiserende gynekologer. Kirurgi er ikke førstevalg for behandling. Det er ønskelig at flest mulig pasienter har forsøkt primærbehandling før de kommer til time på gyn pol, slik at riktige pasienter raskere får tilbud om kirurgisk behandling. Gjennomgang av veilederen ved Anny Spydslaug.

«Erfaringer med bulking fra Trondheim» v Maria Ø Nyhus  
St Olav er et av sykehusene som bruker Bulkamid til en del pasienter, og andelen som tilbys denne behandlingen er økende siste 3 år. En gjennomgang av hvilke pasienter – hvordan prosedyren utføres praktisk, og hvilke resultater de har i denne pasientgruppen. Høyakult tema nå når slyngene for tiden har et frynsete rykte. Et enkelt inngrep med lite komplikasjoner, men vesentlig dyrere enn MUS og dessverre ikke med overbevisende effekt. «Konklusjon: er vi fornøyde med resultatene? Tja...»

### «Uterusruptur med blæreskade – hvordan unngå komplikasjoner» v Marit H Christiansen

For et par år siden fikk vi på NUGGmøtet en kasuistikk om behandling av blærefistel etter et komplisert sectio. Vi fikk nå presentert en ny kasuistikk, der en kvinne fikk uterusruptur med svær blæreskade. En gjennomgang av hva man kunne vært gjort annerledes for å unngå skaden, men ikke minst hva som ble gjort for å hindre senskader i tiden etter keisersnittet. Kvinnen har nå normal blærefunksjon.

### «En uvanlig Prolift komplikasjon» v Astrid Rygh

Prolift er ikke lenger i bruk, men vi treffer innimellom kvinner som er operert med denne typen nett. En kasuistikk med CT- og MR bilder av hvordan nettet over tid har endret anatomien i bekkenet, og der denne anatomiske endringen førte til ny vaginaloperasjon på feil indikasjon. Man startet reseksjon av en antatt vaginal cyste. Underveis i operasjonen oppdages at man er i fri bukhuile. Ytterligere komplisert av alvorlig infeksjon postoperativt.

### Opprettelse av Urogynekologisk faggruppe v Mariann Eidet

Mariann Eidet ble tidligere kontaktet av Nils-Halvdan Morken på vegne av styret i NGF. Styret i NGF spør om NUGG gjengen ønsker å bli registrert som en faggruppe i NGF. Mariann har hatt

en høringsrunde blant kollegaer på NUGG sin mailliste, og hun fikk mange positive tilbakemeldinger. Hun har derfor forberedt saken til formøtet.

#### Vedtak:

Deltakerne ved NUGG-formøtet 23.10.2019 ønsker at det opprettes en Urogynekologisk-faggruppe i Norsk gynekologisk forening.

Deltakerne ved NUGG-formøtet 23.10.2019 foreslår følgende mandat til gruppen:

- Fremme kompetanse om urogynekologi blant norske gynekologer
- Ansvarlig for NUGG-formøtet til årsmøtet i NGF
- Samarbeide med nasjonale og internasjonale foreninger
- Være rådgiver for høringsuttalelser for norsk gynekologisk forening
- Arrangere møter/kurs om urogynekologi
- Ansvarlig for aktuelle kapitler i veileder
- Være referansegruppe for NGF

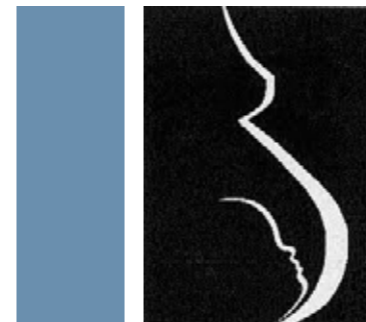
Valg av medlemmer til gruppen ved aklamasjon:

- Cathrine Reimers, OUS
- Maria Nyhus, St.Olav
- Kjersti Rimstad, Ahus
- Kristine Amundsen, KK Tromsø
- Siv Svennevik Myhr; Kvinneseksjonen Vestfold
- Madeleine Engen, Vestreviken
- Mariann Eidet, KK SSK
- Helse Vest har sagt de stiller med en person, men har ikke kommet med navn ennå.

Faggruppen konstituerer seg selv. En av faggruppens medlemmer velges som leder og eventuelt 2 som vararepresentanter. Foreslår at varapersonene fungerer som valgkomite. Gruppen er valgt for 4 år, med mulighet til å fortsette. Mariann Eidet skal ta initiativ til første møte.

Ansvarlig for neste års program er Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Referat v Ingvill Lyslo og Mariann Eidet



## NPF TRENGER DEG!

### Kjære alle perinatalere!

Ja, for det er det vi er! Vi er ikke bare obstetrikere eller barneleger, svært mange av oss er også Perinatalere, dvs leger som driver med perinatalomsorg! Vi ser ikke bare barnet eller moren, vi behandler og har omsorg for barn OG mor.

Dere kjenner helt sikkert til Norsk Perinatalmedisinsk Forening (NPF). Dette er en fagforening som ble stiftet i 1987 og som omfatter yrkesgruppene jordmødre, nyfødtsykepleiere, barneleger og obstetrikere. Foreningen arbeider for å fremme perinatalmedisin i Norge og den viktigste oppgaven er å arrangere Perinataldagene i november hvert år. Til disse dagene inviterer vi forelesere fra inn- og utland slik at vi alle kan holde oss oppdatert på forskning og ny kunnskap innen perinatologi.

NPF-styret omfatter åtte fagpersoner (to av hver av yrkesgruppene i foreningen) som er ansvarlige for å sette sammen det faglige programmet for Perinataldagene og for å holde kontakt med nasjonale og internasjonale fagmiljøer og organisasjoner.

I år arrangeres Perinataldagene den 12. og 13. november i Oslo og noen av temaene er:

- » Perinatal asfyksi
- » Perinatalkomiteenes arbeid i Norge
- » Neonatal transisjon og optimalt avnavlingstidspunkt hos syke og premature
- » Global helse
- » Varighet av fullamming, pro/contra
- » Føtal og postnatal vekst
- » Frie foredrag
- » Kloke valg i perinatologien
- » Flerlingsvangerskap; risiko og utfall

Hold av disse to dagene i november og møt opp i Oslo til Perinataldagene! Bli kjent med kolleger fra andre perinatal-profesjoner og lær av hverandre. Vi kan garantere et program på høyt faglig nivå med mange profilerte forelesere fra inn og utland! Påmeldingsinformasjon vil bli lagt ut på våre nettsider og via e-post til alle barneavdelinger i landet (ved avdelingsoverlege) snarlig.

Til Perinataldagene kan du sende inn abstrakt hvor du presenterer din forskning eller en klinisk sykehistorie. Bidragsyttere til frie foredrag konkurrerer om to priser for beste foredrag på NOK 5000, én til obstetrikk og én til nyfødt

NPF deler også ut NPF-stipendet på NOK 25 000. Du kan sende søknad hvor du beskriver et forskningsprosjekt som er i gang eller under planlegging. Se våre nettsider for mer informasjon.

[www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barnelegeforening/interessegrupper/norsk-perinatalmedisinsk-forening/](http://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barnelegeforening/interessegrupper/norsk-perinatalmedisinsk-forening/)

Mange fagforeningen har opplevd synkende medlemstall de siste årene. Dette gjelder dessverre også for NPF, selv om vi har svært mange trofaste tilhengere som har vært medlem i hele sitt yrkesaktive liv. Tusen takk til alle dem!!

Vi behøver likevel at DU er aktiv i norsk perinatologi og at nettopp DU er medlem i NPF. Medlemskap vil gi stor reduksjon i kongressavgiften ved perinataldagene. Det viktigste er likevel å bidra til at perinatalmedisinen er synlig og har kraft til å løfte dette fagfeltet i Norge. Økt medlemsmasse og fokus på perinatologi vil gi effekter for samarbeidet mellom våre fagfelter og dermed føre til bedre behandling av mor og barn. NPF og Perinataldagene er det eneste nasjonale forumet hvor alle perinatale yrkesgrupper kan treffes og utveksle erfaringer tverrfaglig.

Medlemskap koster 300,- pr år og kontingenten har ikke økt på 10 år.

Meld deg inn ved å gå inn på nettadressen under. Vi trenger DEG!

<https://app.rubic.no/Account/Signup?organizationID=9277>





## Norge Rundt

# Elverum sykehus



**Henrik Michelsen-Wahl**  
Overlege

Elverum sykehus tilhører Sykehuset innlandet HF, og vår avdeling for gynekologi og fødsels-hjelp er fordelt mellom Sykehusene i Elverum og Hamar. Vårt formelle navn er Sykehuset innlandet, divisjon Elverum-Hamar. Disse to innlandsmetropolene ligger 33 km fra hverandre, og en halvannen times kjøring nord for Oslo.

I Elverum er gynekologisk sengepost, fødeavdelingen og barsel-posten samt gynekologisk- og fødepoliklinikk, onkologisk poliklinikk, de fleste elektive inngrep inkl. dagkirurgi. I Hamar er det gynekologiske og obstetriske poliklinikker, samt robotkirurgi én dag i uken. Avdelingen har sitt nedslagsfelt i sørøstlige del av nye Innlandet fylke, og det sogner ca. 145 000 mennesker til vår avdeling. Det er seks overleger og seks LIS ansatt i avdelingen. Overlegene har tilstedevakt på dagtid frem til kl. 19, og deretter hjemmevakt med 15 minutters utrykningstid.

### Føden

Fødeavdelingen håndterer ca. 850 fødsler per år, og dette innebærer at vi er den nest største fødeavdelingen i Innlandet på

«Vi har et godt fagmiljø med en ung overlegestab, hvor hver av overlegene har sine spesielle interesseområder»

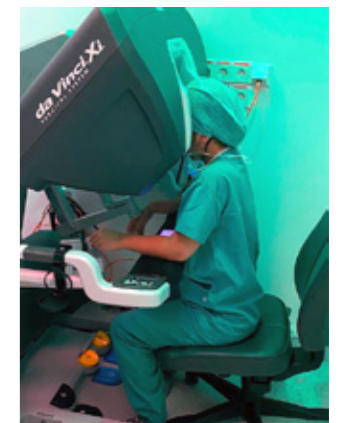
andre plass etter Lillehammer (ca. 1150). Vi har et godt samarbeid med barneavdelingen på sykehuset, og vi tar imot fødsler fra uke 32+0. Fødende med tilleggspatologi som høy BMI, alvorlig preeklampsi, LAR-pasienter eller prematuritet < uke 32+0 selekteres til andre avdelinger i helse SØR-ØST. Vi tar imot setefødsler og duplex, og vi tilbyr vannfødsler. Vi har fire fødestuer og 27 jordmødre ansatt, i tillegg en del faste vikarer. Det jobber 10 barnepleiere i avdelingen. Det er tilbud om lystgass i alle fødestuene. I 2019 hadde vi sectiofrekvens på 15,8% (elektive og akutte) og 27,5% induksjoner. Vi tok imot 7 tvillingfødsler og 13 setefødsler, hvorav 6 seter gikk vaginalt. Sfinkterrupturer grad 3A eller mer var på 1,4%. Vi registrerte 7% postpartumbledninger > 1000ml. Vi bruker STAN på indikasjon, og kan supplere med skalplaktat ved behov.

### Barsel

Barsel-posten er velutstyrt, og vi har god kapasitet for veiledning og pleie av barselkvinnene. Det er også tilbud om innleggelse i forkant av fødsel på sykehushotellet, for pasienter med lang reisevei.

### Gyn

Gynekologisk sengepost har tre formelle sengeplasser, men kan håndtere overbelegg. Det er fast ansatt seks sykepleiere på posten. Vi har behandlingsansvar og utredningsansvar i regi av lokal-sykehusfunksjon for gynekologiske kreftsykdommer, og opererer lavgradige endometriecancere. Annen onkologisk gynekologisk



### Tidligere besøk:

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



# FORBEDRING AV OAB-SYMPTOMER

kirurgi selekteres til DNR. Vi gjør det meste av benign gynekologisk kirurgi. Forventet vanskelige hysterektomier selekteres til robotkirurgi i Hamar, hvor to av overlegene opererer en fast dag i uken. Det gjøres omtrent 125 hysterektomier per år i vår avdeling. Urogynekologisk tilbys TVT, TVT-O, vaginale hysterektomier og vaginalplastikker.

## Poliklinikkene

Vi har bred poliklinisk virksomhet med totalt ca. 13600 konsultasjoner årlig. LIS-poliklinikk er vegg-i-vegg med overlegepoliklinikk, som muliggjør god veiledning ved behov. Urogynekologiske utredninger foregår i Hamar, og vi har egen gyn. onkologisk poliklinikk.

## Avdelingen

Vi har et godt fagmiljø med en ung overlegestab, hvor hver av overlegene har sine spesielle interesseområder. Til sammen utgjør interesseområdene obstettrikk, endoskopisk gynekologisk kirurgi inkl. robotkirurgi, gynekologisk onkologi og urogynekologi på en god og dekkende måte. Sykehuset Elverum er en svært hyggelig arbeidsplass, med et ukomplisert og vennlig tverrfaglig samarbeid. Vi har en motivert LIS-gjeng, som bretter opp ermene og ikke er redde for stadig nye utfordringer. LIS har fast inkludert fordypnings-tid i tjenesteplanen som overholdes. De får reise på minst et kurs i

halvåret om de ønsker det, og det er god fleksibilitet i avdelingens drift m.t.p. utdanning, også for overlegene.

Ta turen til søndre innlandet for en flott skitur, en seiltur på Mjøsa eller en hyggelig prat – velkommen!



For alle aktuelle OAB pasienter

Reduksjon av urgepisoder<sup>(2)\*</sup>  
-45,5%  
(n=2417, P<0,05)

Færre UUI-episoder<sup>(3)\*\*</sup>  
-80%  
(n=1955, P<0,05)

Reduksjon av vannlating-frekvens<sup>(4)\*\*\*</sup>  
-19%  
(n=1135, P<0,05)

2 av 3<sup>†</sup> Pasienter er "tørre" (5)\*\*\*\*  
(n=1590, P=0,015)

## Viktig sikkerhetsinformasjon<sup>1</sup>

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

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffet, peanatter 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-hemmere hos pasienter med moderat til kraftig nedsatt lever eller nyrefunksjon.

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

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

\* Færre toalettbesøk med Toviaz 8 mg vs baseline ved uke 12.

\*\* Med Toviaz 8 mg vs baseline.

\*\*\* 18,6% (19%) færre toalettbesøk med Toviaz 8 mg og 16,7% (17%) færre toalettbesøk med Toviaz 4 mg.

\*\*\*\* Med Toviaz 8 mg ved uke 12.

† 2 av 3 pasienter tilsvarer 64% av pasientene som var 'tørre' med Toviaz 8 mg i uke 12.

‡ Tarrfrekvens i dagbok: Andel pasienter med > 0 UUI-episoder i baseline 3-dagers blæredagbok som rapporterte 0 UUI-episoder i post-baseline dagbok.

1. Toviaz SPC 13.11.2019; pkt. 4.1-4.9
2. Kaplan S.A., Schneider T., Faote J.E., et al. Superior efficacy of fesoterodine over tolterodine extended release with rapid onset: a prospective, head-to-head, placebo-controlled trial. *BJU Int.* 2010;107:1432-1440.
3. Chapple C., Schneider T., Haab F. et al. Superiority of fesoterodine 8 mg vs 4 mg in reducing urgency urinary incontinence episodes in patients with overactive bladder: results of the randomised, double-blind, placebo-controlled EIGHT trial. *BJU Int.* 2014;114(3):418-26.
4. Chapple C., Kerrebroeck PV., Tubaro A. et al. Clinical Efficacy, Safety, and Tolerability of Once-Daily Fesoterodine in Subjects with Overactive Bladder. *Eur Urol.* 2007; 52(4):1204-12.
5. Herschom S., Swift S., Guan Z. et al. Comparison of fesoterodine and tolterodine extended release for the treatment of overactive bladder: a head-to-head placebo-controlled trial. *BJU Int.* 2010;105(1):58-66.

  
Pierre Fabre

 **Toviaz**  
fesoterodine fumarate

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

DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver depottablett inneholder: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: ndigotin (E 132), titandioksid (E 171).

**Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med overaktiv blære.

**Dosering:** Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. Daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potent CYP 3A4-hemmer, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2-8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Nedsatt nyre- eller leverfunksjon under fravær og nærvær av moderate og potente CYP 3A4-hemmere: Dosejustering iht. Tabell ved nedsatt nyrefunksjon,

		CYP 3A4-hemmer		
		Ingen	Moderat	Potent
Nedsatt nyrefunksjon <sup>1</sup>	Mild	4-8 mg	2-4 mg	Bør unngås
	Moderat	4-8 mg	4 mg	Kontraindisert
	Alvorlig	4 mg	Bør unngås	Kontraindisert
Nedsatt leverfunksjon <sup>1</sup>	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 innholdsstoffene, peanatter eller soya. Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksik megakolon. Ukontrollert trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» C). Samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon (f.eks. klinisk signifikant forstørret prostata pga. benign prostatahyperplasi). Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroesofagealrefluks 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 opptitreres 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 UVI må egnet behandling igangsettes. Angioødem er rapportert med fesoterodin, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Hvis angioødem forekommer, skal fesoterodin seponeres og egnet behandling igangsettes umiddelbart. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QT-forlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (f.eks. myokardial iskemi, arytmier, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukosegalaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskariner eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiver, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mage-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks.fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, nefazodon, nefli avir, ritanavir (og alle ritanavirforsterkede PI-regimer) saknavir 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 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. **Musoiditet/Amming:** Fertilitet: Ikke vurdert. Fesoterodin har ingen effekt på mannlig eller kvinnelig fertilitet eller andre effekter på reproduksjonsfunksjonen hos mus, eller på tidlig utvikling av embryo hos musfoster. 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 amning bør unngås. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Munntørhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmerter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Tørr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørre øyne. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Abdominalt ubehag, flatulens, gastroesofageal refluks. Hjerne/ kar: Takykardi, palpitasjoner. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, sømnløshet. Nyre/urin-veier: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinhesitasjon. Øre: Vertigo. Øye: Uklart syn. Øvrige: Utmattelse. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/10000): Hud: Angioødem, urticaria. Psykiske: Forvirringstilstand. Etter markedsføring: Tilfelle av urinretensjon hvor kateterisering har vært nødvendig, vanligvis i løpet av den 1. behandlingsuken. Primært sett hos eldre mannlige pasienter (>65 år) som tidligere har hatt benign prostatahyperplasi. **Overdosering/Forgifting:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opptil 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 uspesifikke plasmasteraser til 5-hydroksymetylderivatet, dens primære aktive metabolitt, som er det dominante aktive farmakologiske prinsippet ifesoterodin. Absorpsjon: Maks. plasmanivå nås etter ca. 5 timer. Terapeutiske plasmanivåer oppnås etter 1. administrering. Proteinbinding: Aktiv metabolitt er ca. 50% bundet til albumin og alfa-1-surt glykoprotein. Fordeling: Distribusjonsvolum: 169 liter etter i.v. administrering. Halveringstid: Terminal halveringstid for aktiv metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktiv metabolitt. Gjennomsnittlig Cmax og AUC for aktiv metabolitt, øker opptil hhv. 1,7 ganger og 2 ganger hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme. Utskillelse: Ca. 70% i urin og 7% i feces. Levermetabolisme og nyreutskillelse bidrar i betydelig grad til å utskille den aktive metabolitten.

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

Refusjon: 1G04B D11\_1. Fesoterodin.

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

Refusjonskode: ICPC Vilkår nr ICD Vilkår nr

U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 13.11.2019



Gynekologen anbefaler lesestoff med faglig relevans

## Denne gangen:

# Siddharta Mukherjee – Keiseren over alle sykdommer.

Originaltittel: The Emperor of all Maladies: A Biography of Cancer. © 2010.

Av Cecilie Fredvik Torkildsen. Overlege / Stipendiat

Gjennom denne mursteinen av en bok på 760 sider får vi en historisk oversikt over en sykdom som har eksistert like lenge som menneskene. Forfatteren beskriver reisen mot dagens moderne kreftbehandling med gjennombrudd og feilslåtte strategier. Mukherjee er født og oppvokst i India og er ansatt som professor ved universitetet i Columbia. Boken er populærvitenskapelig og ikke faglitteratur.

Selv om målgruppen er pasienter og pårørende vil de fleste som er interessert i medisinsk historie generelt og onkologi spesielt ha glede av å lese boken. Mye er knyttet opp til amerikanske forhold, og den bærer derfor preg av at forfatteren har tatt medisinstudiet og har fullført spesialiseringen i USA. Imidlertid har mange av de store medisinske fremskrittene hatt god drahjelp av Donald Trumps fødeland. Krigen mot kreft ble for alvor iverksatt av daværende president Richard Nixon i 1971 med the National Cancer Act: «I hope in the years ahead we will look back on this action today as the most significant action taken during my administration».

Kreft har som kjent eksistert fra tidens morgen. Imidlertid satte infeksjonssykdommer og dårlig levestandard et større preg på sykdomsbildet. For 100 år siden var tuberkulose den vanligste dødsårsaken i USA. Etter dette kom lungebetennelse og diaré. Kreft lå fremdeles på en beskjeden 7. plass. Tidlig på 1940-tallet hadde kreft avansert til 2. plass på listen, rett bak hjerte og karsykdommer. Levealderen hadde i samme periode økt med 26 år. «Det var ikke slik at sivilisasjonen skapte kreften, den gjorde bare at folk levde lenger. Sivilisasjonen avdekket kreften».

Forfatteren følger historien fra ingen behandling til ekstrem kirurgi, cellegiftregimer og stråleterapi uten tanker om

bivirkninger og seneffekter og deretter til nåtiden: inngrep som avhenger av sykdom, utbredelse og prognose med fokus på livskvalitet etter behandling. Revolusjonerende oppdagelser som strålebehandling og stamcellebehandling ble innført som kurative behandlingsmåter for det meste uten vitenskapelig evidens. Forfatteren gir et godt bilde på hvorfor Helsinkideklarasjonen og etiske retningslinjer for utprøving av eksperimentell behandling er viktig. Den gir også et innblikk i hvordan cellegiftens historie har utviklet seg og hvordan ulike cellegifttyper har blitt oppdaget.

For gynekologer er det kanskje spesielt viktig å trekke frem våre bidrag til utviklingen: Den første kjente epidemiologen Ramazzini oppdaget på 1700-tallet at nonner hadde mer brystkreft og mindre livmorhalskreft. Trofoblastsvulster (Choriocarcinom) var den første kreftformen der man fant en kurativ behandling. Bruken av HCG som biomarkør har både høy sensitivitet og spesifisitet til å både styre behandlingen og kontrollere for tilbakefall. Bruk av denne biomarkøren i behandlingen førte også til oppdagelsen av at repetitiv behandling er nødvendig for kurasjon. Selvfølgelig var denne suksesshistorien også ganske eksperimentell og medførte underveis både oppsigelse og reprimander før suksesshistorien var et faktum.

Mot slutten tar forfatteren oss med til oppdagelsen av «brystkreftgenet» (BRCA) og arbeidet med å sekvensere hele det normale menneskelige genom som ble fullført i 2003, og videre sekvenseringen av en rekke menneskelige krefttyper. Boken viser sykdommens kompleksitet og gir et innblikk i hvorfor krigen mot kreft er så vanskelig: «Den beste måten å «vinne» krigen mot kreft på er at vi omdefinierer seieren.»

Boken er også filmatisert i en tv-serie fra 2015.

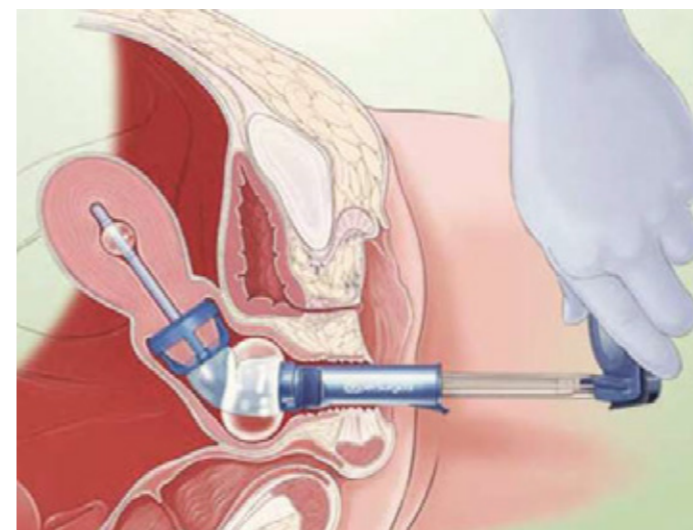


# Jan Bye a.s

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 røykavsug
- For diatermi og laser kirurgi



## Amnioskop med lys

- Amnioskop med lys som gir klar, uhindret og godt opplyst innsyn ved undersøkelser og prøvetaking



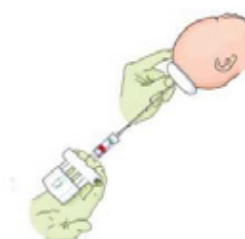
## Kiwi vakuumpopp

For vaginal forløsning og keisersnitt



Kiwi OmniCup® with Traction Force Indicator

Complete Vacuum Delivery System with PalmPump™



For mer info og flere produkter, se vår hjemmeside [www.janbye.no](http://www.janbye.no)  
Kontakt oss gjerne på e-post [post@janbye.no](mailto:post@janbye.no) eller telefon 64959377  
Adresse Brevikbråteveien 9, 1555 Son



Jan Bye a.s  
MEDISINSK TEKNIKK



## Kolposkopikurs 31. mars - 2. april 2020

Kursets hovedforedragsholder blir  
**Albert Singer, som er en av verdens mest anerkjente kolposkopører**



Detaljert kursprogram og påmelding kommer i DNLf's kurskatalog. Kurset vil omfatte teori rundt HPV screening, cervixdysplasi og -cancer, kolposkopi, behandling og oppfølging av cervix dysplasi, samt praktisk trening.

**Kurset er godkjent av European Federation for Colposcopy (EFC)  
Godkjent kurs i Fødselshjelp og Kvinnesykdommer, både som valgfritt kurs i utdanning og etterutdanning**

Kurset holdes i regi av Oslo Universitetssykehus, Sørlandet Sykehus og Baasland klinikken.



Sted: Soria Moria (anbefaler at man bestiller hotell).  
Spørsmål om kurset kan sendes til [Ameli.Trope@krefregisteret.no](mailto:Ameli.Trope@krefregisteret.no)

Ameli Tropé, Ingrid Baasland og Ane Cecilie Munk

**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:** Én applikatordose gir en dose på 1 g vaginalgel. Behandlingsoppstart: 1 applikatordose daglig i 3 uker. Vedlikeholdsbehandling: 1 applikatordose 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 innholdsstoffene. 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: Før 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 føtotoxiske effekter. Amming: Ikke indisert ved amming.

**Bivirkninger:** Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $<1/10$ ): Hud: Pruritus. Kjønnsganer/bryst: Genital pruritus. Øvrige: Pruritus på påføringsstedet. Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $<1/100$ ): Hud: Prurigo. Infeksiøse: Candidiasis. Kjønnsganer/bryst: Bekkensmerter, genitalt utslett. Nevrologiske: Hodpine. Øvrige: Irritasjon på påføringsstedet.

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 11.04.2017. Gelisse, VAGINALGEL: Styrke: 50 µg/g. Pakning: 30 g (tube). For aktuell utsalgspris se [www.legemiddelsok.no](http://www.legemiddelsok.no). Refusjon/Byttegruppe: -/- . Reseptgruppe C.

**Referenser:**  
1. SPC Gelisse®, 04.2017, [www.legemiddelverket.no](http://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.

**Ny behandling ved vaginal atrofi**

**Gelisse®** (50 mikrogram østriol/g vaginalgel) er et nytt legemiddel for lokal behandling av vaginal atrofi.<sup>1</sup>

**EFFEKT**  
Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne<sup>1-4</sup>

**SIKKERHET**  
Ubetydelig systempåvirkning takket være lav dose<sup>1,4</sup>

**VAGINALGEL**  
Adhesiv, smørende og lindrende<sup>1</sup>

**NYTT RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL**

**Gelisse®**  
50 µg østriol/g vaginalgel

**CampusPharma**  
CampusPharma AB, Karl Gustavsg. 1 A, 411 25 Göteborg, Sverige | Tel: +46 (0)31 20 50 20 | [www.campuspharma.se](http://www.campuspharma.se)

C2111-2 06/2019





# 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 info eller bestilling av prøver, kontakt oss på: [post@sanapharma.no](mailto:post@sanapharma.no)

Remisoft® 50 g krem (med applikator). Reseptfri, pleiende vaginal fuktighetskrem uten hormoner. Medisinsk utstyr, klasse IIa. Til behandling av ubehag pga. tørrhet i skjede og ytre 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.



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

Alle medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening har tilgang til AOGS som fra 2013 kun publiseres på nett. Gynekologen har fått lov til å trykke de abstracts AOGS redaksjonen selv plukker ut til sin Journal Club. På siden [http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ISSN1600-0412/AOGS\\_Journal\\_Club.html](http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ISSN1600-0412/AOGS_Journal_Club.html) finner du fulltekst av artiklene samt presentasjoner i PowerPoint format. Vi håper dette vil vekke din faglige nysgjerrighet!

### Management and monitoring of opioid use in pregnancy

Nete Lundager Klokke Rausgaard, Inge Olga Ibsen, Jan Stener Jørgensen, Ronald Francis Lamont, Pernille Ravn

Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Jan;99(1):7-15. doi: 10.1111/aogs.13677. Epub 2019 Jul 5.

Opioid use during pregnancy has serious consequences for mother and baby. The true extent of the problem is unknown and there is a need for better screening. Existing guidelines with respect to the management of pregnant women with opioid use are based on limited evidence. To improve recommendations for optimal identification, management, and treatment, publications on opioids in pregnancy were reviewed. Published literature from 2007 to 2017 was searched in PubMed, Cochrane and Embase databases. The review employed 60 publications from 210 studies identified, that were of varying quality and included randomized controlled trials, systematic reviews, meta-analyses, and Cochrane reviews. The prevalence of opioid use in pregnancy is underestimated. Screening by urine testing and self-reporting is acceptable to identify fetal exposure. To minimize risk, opioid agonist pharmacotherapy should replace the continued use of opioids or detoxification. Current guidelines recommend methadone and buprenorphine equally. However, recent studies indicate that buprenorphine has advantages over methadone. Accordingly, we suggest buprenorphine as first-line therapy. Future studies should elaborate on better objective screening methods to prevent the consequences of fetomaternal opioid exposure.

17 (16-18) years in Norway, and 17 (15-18) years in Sweden. Women in the most recent birth cohort had sexual debut at the lowest age, and were most likely to have sexual debut before the legal age of consent. Proportions with debut age  $\leq 14$  years among women born 1989-1994 vs 1971-1976, odds ratio (95% confidence interval) were: 18.4% vs 10.9%, 1.95 (1.74-2.18) in Denmark, 12.9% vs 6.3%, 2.38 (2.01-2.82) in Norway, 17.8% vs 11.4%, 1.75 (1.55-1.98) in Sweden. Median (interquartile range) number of lifetime sexual partners was 6 (3-10) in Denmark, 5 (2-10) in Norway, and 6 (3-11) in Sweden. The proportion of women reporting >10 sexual partners was also highest in the most recent survey. The percentage with odds ratio (95% confidence interval) in 2012 vs 2005 surveys were: 24.9% vs 22.8%, 1.13 (1.07-1.18) for Denmark; 23.8% vs 19.8%, 1.27 (1.19-1.34) for Norway; and 28.3% vs 23.8%, 1.31 (1.24-1.38) for Sweden. Similarly, the proportion of women reporting ever having had a sexually transmitted infection among women age <30 years were: 29.4% vs 26.4%, 1.21 (1.13-1.31) in Denmark, 28.9% vs 25.0%, 1.20 (1.10-1.31) in Norway, and 29.4% vs 22.2%, 1.45 (1.33-1.58) in Sweden. Conclusions: Scandinavian women reported lower age at first intercourse in younger birth cohorts. Moreover, they reported more lifetime sexual partners and a higher prevalence of ever having a sexually transmitted infection in 2012 than in 2005. Our findings may inform the interpretation of trends in outcomes associated with sexual health, and public health policies.

### Maternal age and risk of cesarean section in women with induced labor at term—A Nordic register-based study

Thomas Bergholt, Finn E. Skjeldestad, Aura Pyykönen, Steen C. Rasmussen, Anna-Maija Tapper, Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Alexander Smáráson, Birna B. Másdóttir, Kari Klungsoyr, Susanne Albrechtsen, Karin Källén, Mika Gissler, Ellen C. L. Lokkegaard

Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Feb;99(2):283-289. doi: 10.1111/aogs.13743. Epub 2019 Nov 25.

Introduction: Over the last decades, induction of labor has increased in many countries along with increasing maternal age. We assessed the effects of maternal age and labor induction on cesarean section at term among nulliparous and multiparous women without previous cesarean section. Material and methods: We performed a retrospective national registry-based study from Denmark, Finland, Iceland, Norway, and Sweden including 3 398 586 deliveries between 2000 and 2011. We investigated the impact of age on cesarean section among 196 220 nulliparous and 188 158 multiparous women whose labor was induced, had single cephalic presentation at term, and no previous cesarean section. Confounders comprised country, time-period, and gestational age. Results: In nulliparous women with induced labor the rate of cesarean section increased from 14.0% in women less than 20 years

### Age at first intercourse, number of partners and sexually transmitted infection prevalence among Danish, Norwegian and Swedish women: estimates and trends from nationally representative cross-sectional surveys of more than 100 000 women

Bo T. Hansen, Susanne K. Kjær, Lisen Arnheim-Dahlström, Kai-Li Liaw, Kirsten E. Juul, Louise T. Thomsen, Kirsten Frederiksen, K. Miriam Elfström, Christian Munk, Mari Nygård

Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Feb;99(2):175-185. doi: 10.1111/aogs.13732. Epub 2019 Oct 19.

Introduction: Sexual behavior at the population level impacts on public health. Recent representative sexual behavior data are lacking. Material and methods: Cross-sectional surveys in 2005 and 2012 on women age 18-45 years randomly selected from the general population in Denmark (n = 40 804), Norway (n = 30 331) and Sweden (n = 32 114). Results: Median (interquartile range) age at first intercourse was 16 (15-18) years in Denmark,



of age to 39.9% in women 40 years and older. Compared with women aged 25–29 years, the corresponding relative risks were 0.60 (95% confidence interval [95% CI] 0.57 to 0.64) and 1.72 (95% CI 1.66 to 1.79). In multiparous induced women the risk of cesarean section was 3.9% in women less than 20 years rising to 9.1% in women 40 years and older. Compared with women aged 25–29 years, the relative risks were 0.86 (95% CI 0.54 to 1.37) and 1.98 (95% CI 1.84 to 2.12), respectively. There were minimal confounding effects of country, time-period, and gestational age on risk for cesarean section. Conclusions: Advanced maternal age is associated with increased risk of cesarean section in women undergoing labor induction with a single cephalic presentation at term without a previous cesarean section. The absolute risk of cesarean section is 3–5 times higher across 5-year age groups in nulliparous relative to multiparous women having induced labor.

## The added benefit of transvaginal sonography in the clinical staging of cervical carcinoma

Yael Goldberg, Yoav Siegler, Yakir Segev, Rachel Mandel, Efraim Siegler, Ron Auslander, Ofer Lavie

Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Oct 19. doi: 10.1111/aogs.13750. [Epub ahead of print]

Introduction: Patients diagnosed with cervical cancer face several treatment options, depending on the physical examination and the imaging modality results. Transvaginal sonography (TVS) was proposed as an imaging option to determine local spread of cervical tumors, along with magnetic resonance imaging, also by recently released International Federation of Gynecology and Obstetrics recommendations. We examined whether combined data from physical examination, high-detail TVS, and positron emission tomography with 18F-labeled fluoro-2-deoxyglucose and computed tomography (18F-FDG PET/CT) may contribute to triage efficiency of cervical cancer patients. Material and methods: This is a retrospective study of consecutive women diagnosed with cervical cancer at the Carmel Health Center, Haifa, Israel, during 2010–2015. Inclusion criteria were histology of cervical cancer and the availability of three modalities—a thorough physical examination, a high-detail TVS, and positron emission tomography (PET) with 18F-FDG and computed tomography (18F-FDG PET/CT). End points were the possibility to predict local invasion to the parametrium and distant lymph node metastasis at the time of triage to surgery or chemoradiation. Results: Seventy-three patients with cervical cancer were evaluated. TVS correctly predicted no involvement of the parametrium for the 25 who had a postoperative pathological report. TVS measurement of tumor dimension was also matched by the pathological report in these cases. Only three patients were referred for adjuvant therapy according to postoperative pathology criteria. Among 43 women treated with a combination of chemotherapy and radiotherapy due to advanced disease, and with complete data, at least two modalities were congruent with chemoradiation for 33 (77%). Three patients (7%) were referred to chemoradiation due to TVS result alone. Conclusions: The combination of high-detail TVS, directed to predict tumor dimensions and local spread, performed by a trained operator, combined with 18F-FDG PET/CT and physical examination, can assist in selecting optimal treatment for cervical cancer patients, thus avoiding unnecessary operations.

## Target populations to reduce cesarean rates after induced labor: A national population-based cohort study

Pauline Blanc-Petitjean, Thomas Schmitz, Marina Salomé, François Goffinet, Camille Le Ray, for the MEDIP Study Group

Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Oct 19. doi: 10.1111/aogs.13751. [Epub ahead of print]

Introduction: Great variations in cesarean rates after induction of labor exist and reasons for these disparities remain unclear. They may be explained by individual characteristics or obstetric practices. Ten-group classification systems have proved their utility to monitor cesarean rates in general population. We aimed to identify groups of women that account for most cesareans after induction of labor using the Nippita reproducible 10-group classification, specifically designed for induced population. Material and methods: A prospective population-based cohort study was performed in 94 French maternity units, including 3042 women undergoing induction of labor. Women were sorted according to 10 mutually exclusive groups based on parity, weeks of gestation, number of fetuses, fetal presentation and previous cesarean delivery. Relative size, cesarean delivery rate and contribution to the overall cesarean rate were described for each group. Cesarean rates were compared according to the Bishop score at the onset of labor induction. Indications for cesarean delivery were also described in the groups that contributed most to the overall cesarean rate. The MEDIP protocol was registered in ClinicalTrials (NCT02477085). Results: The overall cesarean rate was 21.0% among this population of induced women. Nulliparous women with a term singleton cephalic fetus (groups 1, 2 and 3; at 37–38, 39–40 and ≥41 weeks of gestation, respectively) accounted for two-thirds of the overall cesarean rate because they were the largest group (relative size of 10.6, 16.6 and 18.1%, respectively) and had higher cesarean rates (27.2, 30.9 and 33.0%, respectively). When the Bishop score was <6 (n = 2270/3042), cesarean delivery rates were higher (24.1 vs 10.7% if Bishop score ≥6, P < 0.01), in particular for group 1 (29.1 vs 12.5%, P = 0.02), and group 2 (33.3 vs 19.3%, P = 0.01). In groups 1, 2 and 3, which contributed most to the overall cesarean rate, a significant part of the cesareans were performed before 6 cm of cervical dilation for dystocia only (40.0, 16.7 and 17.6%, respectively). Conclusions: Nulliparous women with a term singleton cephalic fetus and an unfavorable cervix represent the population to target for auditing induction practices. Specific actions could be implemented among this population to weigh the benefits and risks of induction and improve the management of labor induction.

## Vagifem® 10 µg: Utvalgt sikkerhetsinformasjon<sup>4</sup>

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

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-Kierepa, (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 05.09.2018) 5. 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 6. 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. 7. Hoesseinadeh, 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 Research in Medical Sciences, 2015 Dec; 20(12) 1160–1165

**Vagifem 10 µg 1«Novo Nordisk»1**  
**Østrogen.**  
 ATC-nr.: G03C A03  
**VAGINALTABLETTER 10 µg:** Hver vaginaltablett inneholder 10 µg østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 10 µg, laktose, hjelpestoffer. Filmrasierte.  
**Indikasjoner:** Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.  
**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 postmenopausal 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. Kjent, tidligere eller mistenkt østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjent trombofile sykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel eller antitrombinmangel). 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 innsettes 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, kolelitiasis, migræne 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 blodtrykksøkning, nye anfall av migrenealignende 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 behandlingssopptatt. Langtidsbehandling med systemiske østrogener alene ved intakt uterus øker risikoen for endometriehyperplasi og karsinom. Siden systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausal 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. Endometriessikkerhet ved langtidsbruk (>1 år) eller gjenopptatt bruk av lokal vaginalt administrert østrogen er uklart. Derfor bør behandlingen, hvis den gjenopptas, 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 ny legendeundersøkelse foretas, inkl. gynekologisk 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 postmenopausal nivå, risikoen bør imidlertid vurderes ved langtidsbruk eller ved gjentatt bruk av dette preparatet:** **Brystkreft:** Bevis tyder på økt risiko for brystkreft ved inntak av kombinert østrogen-gestagen, og muligens også systemisk østrogen gitt alene ved HRT, og at risikoen er avhengig av varigheten av HRT. Den økte risikoen blir tydelig innenfor få år bruk, men går tilbake til baselinene innen få år (maks. 5 år) etter avsluttet behandling. **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 gjenopptas 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 baselinene er likevel svært aldersavhengig, og total risiko for slag ved bruk av HRT vil øke med alderen. **Andre tilstander:** Østrogener 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. Østrogener øker tyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt tyreoidhormon. 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 kjønnshormonbindende globulin (SHBG), kan være forhøyet i serum, og gi økte konsentrasjoner av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnshormoner. Andre plasmaproteiner kan økes (angiotensinogen/renin substrat, alfa-1-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 midlertidig vurderes. **Graviditet, amning og fertilitet:** Ikke indisert ved graviditet eller amning. Blir kvinnen gravid skal behandlingen avsluttes umiddelbart. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter. Kjønnsgorganer/bryst: Vaginal blødning, utflod, vaginalt ubehag. Nevrologiske: Hodepine. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Kvalme. Hjerte/kar: Hetetokter, hypertensjon. Hud: Utslett. Infeksiøse: Vulvovaginal mykotisk infeksjon. Undersøkelser: Økt vekt. Etter markedsføring: Spontanrapportert med Vagifem 25 µg og som har mulig sammenheng med behandlingen: **Svært sjeldne (<1/10 000):** Gastrointestinale: Diaré. Hjerte/kar: Dyp venetrombose. Hud: Urticaria, erytematøst utslett, kløende utslett, genital pruritus. Immunsystemet: Systemisk hypersensitivitetsreaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon/sjokk). Kjønnsgorganer/bryst: Endometriehyperplasi, vaginal irritasjon, vaginal smerte, vaginisme, vaginal ulcerasjon. Nevrologiske: Forverret migræne. Psykiske: Insomni. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Svalster/cyster: Brystkreft, endometriekreft. Undersøkelser: Vektøkning, økt østrogennivå i blod. Øvrige: Uvirkosomt legemiddel. **Bivirkninger ved systemisk østrogen/gestagen-behandling (ukjent om disse gjelder lokal behandling):** Galleblæresykdom, chloasma, 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 postmenopausal nivå):** Se SPC vedrørende risikoestimer for brystkreft, ovariekreft, venøs tromboembolisme og iskemisk slag. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er ikke sannsynlig pga. lav østradioldose. **Behandling:** Symptomatisk. Se Giftinformasjonsansambefalinger for østrogener G03C på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk 17- 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. Steroidreseptorkompleks bindes til cellenes DNA og inducerer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er østrogenavhengig. Østrogener øker antall overflateceller og intermedieære celler og reduserer antall basalceller i vaginalt utstryk. Østrogener opprettholder vaginal pH på normalnivå (ca. 4,5), noe som fremmer normal bakterieflora. **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 og priser:** 24 stk. (blister) kr 286,60.  
**Sist endret:** 28.01.2019  
**Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 05.09.2018  
 Pris per oktober 2019



Novo Nordisk Scandinavia AS  
 Nydalsveien 28  
 Postboks 4814 Nydalen  
 0484 Oslo  
 NO 918 229 353 MVA

Kundeservice tel.: 22 18 50 51  
 kundeservice-norge@novonordisk.com  
 www.nvonordisk.no





# SNAKK MED KVINNER I MENOPAUSAL ALDER OM SYMPTOMER PÅ OVERGANGSALDER

Vaginal atrofi rammer omtrent halvparten av alle postmenopausale kvinner, som følge av at østrogenproduksjonen avtar<sup>1,2</sup>

30% av norske kvinner med vaginal atrofi har ikke vært hos legen med sine problemer<sup>3</sup>



NO19VCG00020 Oktober 2019

## Vagifem® 10 µg

**Indikasjon:** Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset.<sup>4</sup>



Lokalbehandling med lav systemisk absorpsjon<sup>\*4</sup>

Lindrer plagsomme symptomer som tørrhet, kløe, sårhet, smertefull vannlatning og smerter ved samleie<sup>6</sup>

Gir mindre lekkasje enn vagitorier<sup>\*\*</sup> og er mer hygienisk i bruk enn kremer<sup>\*\*\*5,7</sup>

\* 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%,  $P \leq 0.0001$ . \*\*\* Andel kvinner som rapporterte hygieniske problemer i en studie: 0% versus 23%,  $P < 0.001$ .