

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

2 • 2020



GYNEKOLOGLIVET OG COVID-19

Veilederrevisjon i rekordfart s. 16

Kjærlighet og fødsler i Koronaens tid
- Et reisebrev fra Lombardia s. 24

Norsk Gynekologisk Endoskopiregister
- Nyttig for oss alle s. 28



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



NYHET

Diveen® reduserer stressinkontinens. Nå tilgjengelig i prøvepakke.



DIVEEN®

KJENN PÅ FRIHETSFØLELSEN!

Klinisk dokumentert effekt ved stressinkontinens hos kvinner.⁽¹⁾

Godkjent i Blåreseptordningen

For mer informasjon, les på vår hjemmeside:
www.bbraun.no eller scan qr-koden:



B. Braun Medical AS | Kjernåsveien 13 B | 3142 Vestskogen | Norge
Tlf. 33 35 18 00 | www.bbraun.no | E-post: kundeservice.no@bbraun.com

⁽¹⁾Comu J.N et al. 75NCO07 device for noninvasive stress urinary incontinence management in women: a randomized control trial. International Urogynecology Journal 2012, 23 (12): 1727-34



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Tale Meinich
Stud.med., UiB
tmeinich@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

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

Liva Helleland
LiS, Haukeland universitetssykehus
liva.helleland@gmail.com

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

Nettredaktør

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

Layout, annonsesalg og produksjon

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

GYNEKOLOGEN på internett
www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2020
Nr. 3 9/9
Nr. 4 4/11

Opplag: 1300



INNHOOLD

REDAKTØR	5
LEDER	7

NGF-STYRET

Årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening 2020 er avlyst	10
Styret i Norsk gynekologisk forening	10
Nytt fra NGF-styret	12

GYNEKOLOGILIVET OG COVID-19

Veilederrevisjon i koronaens tid	16
Etableringen av utvidet overvåking og rapportering for gravide med COVID-19 i Norge	18
COVID-19 på Kvinneklubben i Stavanger	20
Koronakongresskrøll; EBCOG Bergen 2020 transformeres til EBCOG 2021	22

REISER/KURS

Kjærlighet og fødsler i Koronaens tid – Et reisebrev fra NOR-EMT i Lombardia	24
--	----

FAGLIG PÅFYLL

Norsk Gynekologisk Endoskopiregister – Nyttig for oss alle!	28
Oppdatert	31
Kunnskapsbasert praksis: Medisinsk reversering – Rykk tilbake til start	32

INTERVJU

Johan T. Hazekamp	36
-------------------------	----

FUGO

Kjære alle LIS	38
Presentasjon av styret	38

PhD

Sandra Larsen: Sammenhenger mellom placentavekt og mors hemoglobinkonsentrasjoner, mors røyking og preeklampsi	40
--	----

SPESIALITETSKOMITÉEN

.....	42
-------	----

GYNEKOLOGEN ANBEFALER

Edvard Hoem: Jordmor på jorda. Huset under blåhammaren	43
--	----

NORGE RUNDT

Drømmen om Drammen	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: Hilde Sellevoll

Topp 5 grunner for å velge Angusta®

Angusta®
(misoprostol)

Den eneste godkjente orale behandlingen for induksjon av fødsel¹

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



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

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

Azanta
Because life matters



Gynekologen i 2020 – Fornyet potensial?

Mye har endret seg siden sist du satt med en rykende fersk utgave av Gynekologen i hånden. COVID-19 har satt tilpasningsdyktigheten på prøve både privat og på jobb. Morgenmøter, disputaser og konsultasjoner har vært avholdt på video. Beredningsplaner er trappet opp og ned igjen, Gynekologen har fått ny redaktør og årsmøtet for Norsk gynekologisk forening i 2020 er avlyst.

Vårens unntakstilstand har kastet nytt lys over potensialet og verdien ved et godt, gammeldags medlemsblad i Norsk gynekologisk forening. Etter en tid med begrensede reise-muligheter, og ikke minst avlysning av både EBCOG og Årsmøtet i 2020, kan Gynekologen fylle noe av det kollegiale tomrommet pandemien har forårsaket.

Det er lenge til neste gang norske gynekologer igjen kan samles fysisk, og jeg er overbevist om at mange sitter inne med forskningsresultater, meninger og erfaringer som bør deles lenge før den tid. Jeg vil derfor oppfordre til å sende inn både debatt-innlegg, vitenskapelige artikler og andre faglige tekster i året som kommer! Hverken klinikk eller forskningsaktivitet stopper opp på grunn av pandemien, men vi må finne nye måter å kommunisere på tvers av landets ulike fagmiljøer.

Bladet du holder mellom hendene inneholder en vesentlig andel COVID-relatert stoff – av naturlige årsaker. Et fysisk magasin som publiseres fire ganger årlig egner seg imidlertid ikke så godt til å gjengi oppdaterte retningslinjer og anbefalinger. Sommerens utgave bærer derfor preg av refleksjon, erfaringsutveksling og en liten dose etterpåklokskap. Heldigvis har Norsk Gynekologisk Forening gode og oppdaterte nettsider dersom man er i tvil om hvilke anbefalinger som gjelder.

Gynekologen på sin side håper jeg du vil nyte med en kaffekopp i sommervind for mer lystbetont lesing. Velvillige skribenter deler sine erfaringer i denne utgaven, blant annet om hvordan man lager et helt nytt veilederkapittel eller nasjonalt overvåkingssystem i rekordfart. I tillegg kan du lese om møter med COVID-19 på kvinneklinikker i både Norge og Italia. Heldigvis får du også en dose faglig påfyll som på ingen måte er relatert til pandemien. Det tror jeg vi alle er klare for nå.

Avslutningsvis vil jeg takke for tilliten fra NGF til å utføre dette vervet. Et raskt tilbakeblikk på rekken av tidligere redaktører gir liten tvil om at jeg har store sko og fylle. Jenny Alvirovic har gjort en strålende jobb, og jeg vil takke både henne og styret i NGF for god hjelp i oppstartfasen. Tusen takk til skribentene, som alle har sagt velvillig ja til å levere tekster.

Jeg håper og tror at Gynekologens potensial nå er større enn på lenge, og lover å gjøre mitt beste for å utnytte dette maksimalt i året som kommer.

Med vennlig hilsen

Tale Meinich
Redaktør

Styret i Norsk gynekologisk forening

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

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

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

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

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

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

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

Inter-Medical – Gjøvik

Baldersvei 3

2816 Gjøvik, Norge

Telefon: [+47] 406 17 940

Epost: nils@inter-medical.com



SAMSUNG

INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG MEDISON



Kjære medlemmer i Norsk Gynekologisk Forening!

Alt har blitt annerledes enn vi hadde tenkt oss i 2020. En viruspandemi har satt agendaen for livene våre. For de fleste av oss kom det overraskende, selv om epidemiologer har advart oss lenge om at dette kunne skje når som helst. Situasjonen endrer seg raskt, nærmest fra dag til dag. I skrivende stund er det 1.mai, og det er uvisst hvordan situasjonen vil være når dere leser dette. Det har vært behov for raske og store omstillinger, særlig arbeidsmessig. De fleste av oss liker nok akutte situasjoner, ellers hadde vi vel valgt en annen spesialitet. Men, dette krever noe annet enn det vi er vant til. Mitt inntrykk er at det gynekologiske miljøet i de ukene som nå har gått har taklet situasjonen med stor handlekraft og arbeidvilje. Sykehusavdelinger, universitet og privatpraktiserende har reorganisert, omprioritert og bygget om i rekordfart for å tilpasse seg smittesituasjonen og ta hånd om pasientene på tryggest og best mulig måte. Det har vært behov for samarbeid med hverandre, med Legeforeningen, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Ny forskning har blitt igangsatt, også i rekordfart.

Dessverre har også alle arrangementer, møter og konferanser måttet avlyses. For NGF-styret har det tyngste vært beslutningen om å avlyse årsmøtet for 2020 og forskyve alt ett år slik at årsmøtet 2021 blir i Tønsberg og 2022 blir i Kristiansand.

Mange andre viktige saker har kommet litt i bakgrunnen, men en gledelig nyhet er at vi har fått ny redaktør til Gynekologen med debut i dette nummer! Vi får et friskt ungt pust i form av Tale Meinich, siste års medisinstudent på UiB med usedvanlig stor interesse for gynekologi. Vi ønsker henne hjertelig velkommen!

Samtidig takker vi av Jenny Alvirovic som de siste 3 årene har gjort en storartet jobb med å videreutvikle et flott blad. Det har vært en fornøyelse å samarbeide med henne - Jenny er arbeidsom, nøyaktig og alltid positiv med et vennlig ord, uansett hvor nært deadline det leveres! Vi er lei oss for å miste Jenny, men regner med henne i andre sammenhenger ved senere anledninger.

Hva som skjer fremover er usikkert. Det vi iallfall vet er at når vi kommer ut på den andre siden av dette vil vi ha lært mye nytt. Vi har satt oss inn i andre fagområder, lært mer om infeksjonssykdommer og smittevern og er forhåpentligvis blitt bedre forberedt på neste pandemi.

Kanskje vil vi endre på noe i måten vi jobber på. Kanskje kommer vi til å følge basale smittevernsrutiner i større grad enn før pandemien. Kanskje arrangerer vi web-møter oftere når det er hensiktsmessig. Det vil være tids- og kostnadsbesparende og gunstig for miljøet. Det er mye vanskelig og krevende i situasjonen vi er i nå. Men, jeg tror at det vi lærer vil øke vår kompetanse slik at vi kan gjøre en enda bedre jobb med å sørge for friske pasienter og fødende fremover.

God og helsebringende sommer ønskes dere alle!

Vennlig hilsen

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 induert 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. Medisinsk undersøkelse (inkl. underliv og bryst) bør foretas mht. anamnese, kontraindikasjoner og advarsler for bruk. Rutinemessig kontroll under behandling anbefales. Kvinnen bør opplæres i hvilke endringer i brystene som bør rapporteres til lege/sykepleier. Undersøkelser, inkl. egnet billediagnostikk, f.eks. mammografi, bør utføres iht. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. **Tilstander som krever tilsyn:** Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller ble forverret under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør kvinnen overvåkes nøye (disse tilstandene kan komme tilbake eller forverres under behandling): Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, gallestein, migrene eller kraftig hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose, meningeom. Behandling bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk, nye anfall av 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 vedvarer etter seponering, bør årsaken undersøkes (kan omfatte endometriebiopsi for å utelukke malignitet). **Brystkreft:** Økt risiko ved kombinert østrogen-progestogenbehandling, muligens også ved østrogen alene. Risiko avhenger av HRT-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 eller 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, dyspné). **Koronar arteriell sykdom (CAD):** Relativ 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 thyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt thyreoideahormonivå. Opptak av T₂-resin reduseres, noe som reflekterer økt TGB. Konsentrasjon av fritt T₄ og T₃ 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, α₁-antitrypsin, ceruloplasmin). HRT forbedrer ikke kognitiv funksjon. Kvinner ≥65 år som har startet behandling med kontinuerlig kombinert HRT eller HRT med østrogen alene, kan ha økt risiko for demens. **Hjelpestoffer:** Inneholder laktose og bør ikke tas ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Metabolismen av østrogen og progestogen kan økes ved samtidig bruk av substanser som induserer legemiddelmetaboliserende enzymer (spesielt CYP450), slik som antiepileptika, antiinfektiver og johannesurt (prikiperikum). 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: Skal seponeres umiddelbart hvis graviditet oppdages under behandling.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmerte. Kjønnsgener/bryst: Smerter/ømhet i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerten. Nevrologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppblåsthet (inkl. flatulens), oppkast. Generelle: Astenitilstander (asteni, fatigue, malaise), perifer ødem. Hud: Allergisk hudreaksjon (f.eks. utslett, urticaria, pruritus) Infeksjoner: Vaginal candidiasis. Kjønnsgener/bryst: Bekkensmerte, cervical utflod, menstruasjonsforstyrrelse (inkl. postmenopausal sporbledning, 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. Infeksjoner: Cystittlignende symptomer Kar: Hypertensjon, perifer vaskulær sykdom, varicer, venøs tromboembolisme. Kjønnsgener/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: Vektap. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymfé: Hemolytisk anemi. Hjerte: Hjerteinfarkt. Hud: Angioødem, erythema nodosum, kloasma (som kan vedvare etter seponering av legemidlet), vaskulær purpura. Kar: Hjerneslag. Muskel-skjelettsystemet: Krampet i bena. Nevrologiske: Meningeom. Øye: Intoleranse mot kontaktlinser, økt krumming av hornhinnen. **Klasseeffekter:** Andre bivirkninger sett ved østrogen-progestogenbehandling: Østrogenavhengige neoplasmer, både benigne og maligne, f.eks. endometriekreft, ovarialkreft. Økt størrelse av meningeomer. Systemisk lupus erythematosus. Hypertriglyseridemi. Mulig demens, chorea, forverret epilepsi. Arteriell tromboembolisme. Pankreatitt ved preeksisterende hypertriglyseridemi. Erythema multiforme. Urininkontinens. Fibrosytisk brystsykdom, cervixerosjon. Forverret porfyri. Økt nivå av totalt thyreoideahormon. Om økning i risiko for brystkreft, endometriekreft, ovariekreft, VTE, CAD og iskemisk slag, se Forsik-tighetsregler og SPC.

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

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

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

Kontraindikasjoner: 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

Årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening 2020 er avlyst

Koronapandemien har påvirket oss alle, blant annet gjennom myndighetenes pålagte begrensninger for reise- og møteaktivitet. Med bakgrunn i dette har styret i Norsk Gynekologisk Forening med tungt hjerte besluttet å avlyse NGFs årsmøte i Tønsberg 21-23/10 2020.

Grunnet usikkerhet knyttet til varighet av restriksjonene og et fullpakket kurs- og kongressprogram våren 2021 har vi valgt å avlyse møtet helt. Vi kan imidlertid forsikre om at årsmøtet vil avholdes i sin tradisjonelle form i oktober 2021, da også med Sykehuset i Vestfold som arrangør. Det planlegges deretter årsmøte i Kristiansand i 2022, ett år forskjøvet.

Som et substitutt for det avlyste årsmøtet vil styret avholde et seminar som kan følges på web med påfølgende general-

forsamling torsdag 22/10 kl 18-21. Webinaret vil ha fokus på problemstillinger og erfaringer knyttet til Covid-19, og program vil bli publisert over sommeren.

Vi ber om forståelse for avgjørelsen og håper at så mange som mulig har anledning til å delta på webinar og generalforsamling i oktober!

Hilsen
Styret NGF

Styret i Norsk gynekologisk forening



Kirsten Hald

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



Hans Kristian Opøien

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



Nils-Halvdan Morken

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



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



Ragnar Kvie Sande

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



Anders Einum

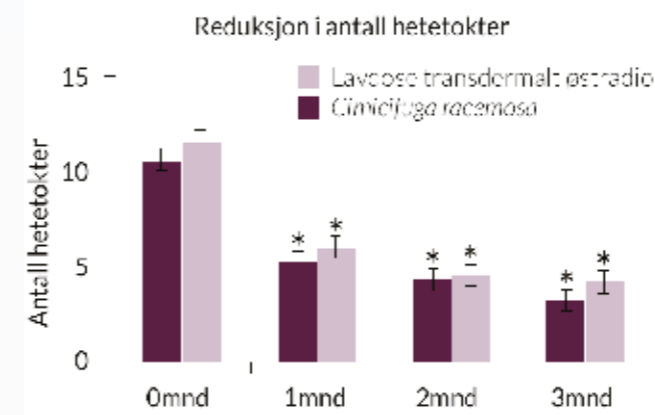
Sekretær NGF, styremedlem FUGO.
LiS Haukeland Universitetssjukehus. På fritiden spiller han gitar og rydder i garasjen.



Remifemin®

Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter og svetting

Opptil 80 % av kvinner i klimakteriet opplever hetetokter og svette^{1,2}. 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 klimakteriet⁴.



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 al⁵. av Sana Pharma Medical



Godt dokumentert effekt og sikkerhet

De siste 15 årene er det utført mer enn 29 kliniske studier³ der mer enn 12 000 pasienter har deltatt⁴. Remifemin gir god lindring og sikkerheten er godt dokumentert^{4,5}.

Fås på alle apotek

Remifemin

Middel mot overgangsplager.

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 (tretthet, 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.

Nytt fra NGF-styret

I 2020 er det til nå avholdt 2 ordinære styremøter: 5/2 i Oslo og 20/4 (web-møte). I tillegg et ekstraordinært web møte den 15/3.

Gynekologen: Jenny Alvirovic er gått av som redaktør. Tale Meinich er engasjert som ny redaktør.

Nettsiden: Veileder i obstetikk har vært ute til høring. Koronanyheter og andre nyheter publiseres fortløpende.

HDIR: Henvendelse til helsedirektoratet om å unngå sommerstengning av små fødeavdelinger i år sammen med Jordmorforbundet og Sykepleierforbundet.

Samarbeid med FHI:

Henvendelse fra Folkehelseinstituttet til styret i NGF 10. mars med spørsmål vi kunne samarbeide med dem om retningslinjer for håndtering av- og råd til gravide under Corona pandemien. Anne Flem Jacobsen sa ja til oppdraget og organiserte en tverrfaglig gruppe som raskt fikk dette på plass. Se egen sak i dette nummeret av Gynekologen.

NGF styret ved leder Kirsten Hald har senere sendt en forespørsel til FHI og bedt om presisering av hvilke tiltak som anbefales som smittevern under fødsel og ved ultralyd-undersøkelser av gravide. Dette ble besvart den 11.05.2020, og oppdatert informasjon finnes på NGF sine nettsider.

NGF ved Nils-Halvdan Morken skal være brukerrepresentant for prosjektet utvidet datainnsamling for COVID-19 i graviditet. Dette prosjektet utgår fra FHI og det er etablert samarbeid med norske, nordiske og internasjonale forskningsgrupper. Se egen sak i dette nummeret av Gynekologen.

Samarbeid med Legeforeningen:

Fredag 13.mars henvendte legeforeningen seg på vegne av HDIR og ba om en oversikt over hva slags øhjelpstilstander innen føde-gyn faget som måtte prioriteres i tilfelle kapasitetsproblemer ved sykehusene. Frist var mandag 16.mars før

kl 12. En slik liste ble utarbeidet og vedtatt i et ekstraordinært styremøte (via Zoom) søndag 15.mars og sendt legeforeningen innen fristen.

Legeforeningen har deretter dannet en rådgivningsgruppe som skal bistå HDIR med råd under Covid-pandemien, med representanter fra alle fagmedisinske foreninger. Jone Trovik er oppnevnt som NGF's representant til denne gruppen. Gruppen har blant annet utarbeidet prioriteringsråd for håndtering av pasienter under ulike faser av pandemien.

Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER)

Det er fremdeles problemer med dekningsgraden til registeret. Interregional styringsgruppe for medisinske kvalitetsregistre krever økning av dekningsgraden dersom registeret skal fortsette. Styret i NGF støtter registeret og oppfordrer til at registerledelsen arbeider med tiltak for å øke dekningsgraden.

NGF i media:

Debattinnlegg/kronikk i Aftenposten 30.04 om at det er trygt å føde på norske sykehus i samarbeid med Jordmorforeningen, Barnelegeforeningen og FHI.

Debattinnlegg sammen med Jordmorforbundet og Sykepleierforbundet antatt av Dagens medisin med oppfordring om å unngå å sommerstenge små fødeavdelinger under Corona pandemien.

Utsettelse og avlysninger på grunn av Covid-19 pandemien:

- EBCOG kongressen og ENTOG-utvekslingen i Bergen 2020 er avlyst.
- NGF Årsmøtet i Tønsberg utsatt ett år til oktober 2021.
- Faglandsrådet i legeforeningen (NGF representanter er Thea Falkenberg Mikkelsen og Nils- Halvdan Morken) er flyttet til 3-5 november.
- Veileder i obstetikk: Høringsfrist for kapitlene ble utsatt til 13.04.20.
- Veileder i gynekologi: Frist for innlevering av kapitler utsatt til 1. juni.

Viktige frister i året som kommer:

Frist for å melde inn saker til generalforsamlingen:

15. August 2020

Sendes til Kirsten Hald, khalda@online.no

Frist for å søke NGFs Solidaritetsfond for Kvinnehelse:

15. August 2020

Informasjon om fondet finnes på NGF sine nettsider.

Sendes til Kirsten Hald, khalda@online.no

Frist for å sende inn årsrapporter for 2019:

9. September 2020

Sendes til Tale Meinich, tmeinich@gmail.com

Materialfrist for tredje utgave av Gynekologen:

9. september 2020

Sendes til Tale Meinich, tmeinich@gmail.com

OLYMPUS



Effektiv arbeidsflyt og høy datasikkerhet med ny dokumentasjonsløsning for hele sykehuset

Olympus introduserer nCare - en klientbasert serverløsning (Full HD)

Med nCare får du et system som:

- Har høy brukervennlighet og et intuitivt brukergrensesnitt
- Har sikker og fleksibel mobil og ekstern pc tilgang
- Har en kombinasjon av mange funksjoner, bl.a. prosedyreopptak, informasjons integrasjon, videoredigering og medisinsk innholds-håndtering
- Er kompatibel med stort sett alle former for videokilder
- Er i overensstemmelse med sykehusenes it-sikkerhet & GDPR-bestemmelser
- Har automatisk installasjon av sikkerhetsoppdateringer og virusoppdateringer
- Har mulighet for side-by-side sammenligning og stemmeroverlegg





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 primar peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter fullfort forstelinje platinabasert kjemoterapi¹

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.

KONTRAINDIKASJONER:

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

FORSIKTIGHET UTVISES VED:

Hematologisk toksisitet

Fullstendig blodtelling ved baseline og deretter månedlig, er anbefalt de første 12 månedene av behandlingen og periodevis etter dette tidspunktet for å overvåke klinisk signifikante endringer av parametre under behandling.

etter siste dose. **Forsiktighetsregler:** *Hematologisk toksisitet:* Er rapportert, inkl. kliniske diagnoser og/eller laboratoriefunn av generelt mild 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 igangsettes, ved alvorlig hematologisk toksisitet eller behov for blodtransfusjon. Forblir blodparametrene klinisk unormale etter 4 ukers behandlingssvbrudd, 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). B-handlingsvarighet 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. *Pneumonitt:* 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 pneumonitt avbrytes behandlingen, og pasienten behandles hensiktsmessig. *Innholdstoffer:* Tabletter: Inneholder 0,24 og 0,35 mg natrium pr. tablett å hhv. 100 mg og 150 mg, dvs. praktisk talt natriumfritt. *Biljøring 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_{max} 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 overvåkning anbefales. Olaparib kan redusere eksponeringen for substrater av enzymene CYP1A2, CYP2B6, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 og P-gp. Effekten av noen hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres. Olaparib hemmer effluksustransportøren P-gp in vitro. Legemiddelinteraksjoner med P-gp-substrater kan derfor ikke utelukkes. Hensiktsmessig klinisk overvåkning anbefales ved kombinasjon. Det kan ikke utelukkes at olaparib kan øke eksponeringen av substrater for BCRP, OATP1B1, OCT1, OCT2, DAT3, 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 embryofotal 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 før 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

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, HER2-negativ 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 BRCA1/2-tester ved brystkreft er ikke tilgjengelig på nåværende tidspunkt. Hos pasienter som er testet for BRCA1/2-gemmutasjoner bør genetisk rådgivning gis iht. lokale retningslinjer. *Anbefalt dose av tabletter:* 300 mg (2 tabletter å 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 dosereduksjon er til 250 mg (1 tablett å 150 mg + 1 tablett å 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 å 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 tablett dosen til 100 mg (1 tablett å 100 mg) 2 ganger daglig (tilsv. en total daglig tablett dose på 200 mg). Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres tablett dosen til 150 mg (1 tablett å 150 mg) 2 ganger daglig (tilsv. en total daglig tablett dose på 300 mg). **Gleit dose:** Ved gleit dose, ta neste normale dose til planlagt tid. Doppel 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 (Cl_{CR} 51–80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (Cl_{CR} 31–50 ml/minutt) er anbefalt dose for kapsler 300 mg 2 × daglig (tilsv. daglig totaldose 600 mg) og anbefalt dose for tabletter 200 mg (2 tabletter å 100 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose på 400 mg). Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresvikt (Cl_{CR} ≤30 ml/minutt). Kan brukes hvis fordel oppveier potensielt 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. *Pasienter uten europeisk avstamning:* 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 innholdststoffene. Amming under behandling og i 1 måned

Lynparza «AstraZeneca»

Antineoplastisk middel.

ATC-nr.: L01X X46

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

H TABLETTER, filmdrasjerte 100 mg og 150 mg: *Hver tablett inneh.:* 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, serøs 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) etter avsluttet førstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv høygradig kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi. *Brystkreft:* Monoterapi for behandling av voksne med kimmelle BRCA1/2-mutasjoner som har HER2-negativ 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 ved 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 å 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 kraftige eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, og alternative midler bør vurderes. Ved samtidig bruk av sterk CYP3A-hemmer reduseres kapseldosen til 150 mg (3 kapsler å 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 å 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*

en gravid eller fertil 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. *Amning:* 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 embryofotal overlevelse. **Bivirkninger:** Olaparib-monerapi er forbundet med bivirkninger, vanligvis av mild eller moderat alvorlighetsgrad (CTCAE grad 1 eller 2). *Svært vanlige (≥1/10):* Blod/lymfe: Anemi (inkl. makrocytær anemi, erytropeni, hematokritsenkning, hemoglobinneduksjon, normokrom anemi, normokrom normocytisk anemi, normocytisk anemi, redusert antall røde blodceller), leukocytopeni (inkl. redusert antall hvite blodceller)¹, nøytropeni (inkl. agranulocytose, febril nøytropeni, redusert granulocytall, granulocytopeni, idiopatisk nøytropeni, nøytropen infeksjon, nøytropen sepsis og redusert neutrofilfall)¹, trombocytopeni (inkl. redusert trombocytall, redusert produksjon av blodplater, redusert blodplatekrit)¹. Gastrointestinale: Diaré¹, dyspepsi, kvalme¹, oppkast¹, øvre abdominalsmerte². Generelle: Fatigue/asteni¹. Luftveier: Dyspné (inkl. anstrengelsesdyspné)¹, hoste (inkl. slimhoste)². Nevrologiske: Dysgeusi, hodepine², svimmelhet². Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt². *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Blod/lymfe: Lymfopeni (inkl. redusert B-lymfocytall, redusert lymfocytall, redusert T-lymfocytall)². Gastrointestinale: Stomatitt (omfatter også aftas stomatitt, sår i munnen)². Immunsystemet: Utslett (inkl. eksfoliativt utslett, generalisert erytem, erytematøst utslett, generalisert utslett, makuløst utslett, makulopapuløst utslett, papuløst utslett, kløende utslett). Undersøkelser: Økt CK². *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Immunsystemet: Dermatitt (inkl. allergisk dermatitt, eksfoliativ dermatitt), overfølsomhet (omfatter også legemiddeloverfølsomhet). Undersøkelser: Økt gjennomsnittlig cellevolum.

- Samlet frekvens sett for alle grader. Sett med frekvens vanlig for grad 3-4
- 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)-enzym. Hemmer veksten av selekterte tumorcellerlinjer in vitro og tumorvekst in vivo, enten som eneste behandling eller i kombinasjon med etablerte kjemoterapier. *Absorpsjon:* Kapsler: C_{max} nås etter 1-3 timer. Ingen markant akkumulering ved gjentatt dosering. Steady state nås innen ~3-4 dager. Samtidig matinntak reduserer absorpsjonshastigheten (T_{max} forsinkes med 2 timer), og absorpsjonsgraden øker marginalt (AUC øker ca. 20%). Tabletter: C_{max} nås etter 1,5 time. Samtidig matinntak reduserer absorpsjonshastigheten (T_{max} forsinkes med 2,5 timer og C_{max} 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 t_{1/2}: 11,9 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~8,6 liter/time. Tabletter: Terminal t_{1/2}: 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 vedrørende temperatur. **Pakninger og priser:** **Kapsler:** 4 × 112 stk.¹ (plastflasker) kr 55781,00. **Tabletter: 100 mg:** 56 stk.¹ (blistar) kr 27754,60. **150 mg:** 56 stk.¹ (blistar) kr 27754,60. **Refusjon:** ¹ **H-resept: L01X X46 1 Olaparib Refusjonsberettiget bruk:** Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe.

Wikidr: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist.

Sist endret: 23.10.2019. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 01.10.2019

Veilederrevisjon i koronaens tid

Veileder i fødselshjelp er revidert siste året. Den ble lagt ut til ekstern høring på legeföreningens hjemmeside den 24.02 og høringsrunden ble avsluttet den 13.04 etter forlenget høringsfrist på grunn av koronasituasjonen.



Anne Flem Jacobsen

Overlege ved OUS og professor ved UiO
Hovedredaktør for Veileder i fødselshjelp 2020



Gry Findal

Overlege, PhD, Drammen sykehus
Kapittelredaktør for koronakapittelet

Vi har blitt oppfordret til å skrive litt om arbeidet rundt veilederrevisjonen, med fokus på det nye kapittelet om koronavirus ved svangerskap og fødsel.

Veilederrevisjon er for de fleste involverte ulønnet og fritidsbasert dugnadsarbeid. Arbeidet er spennende, tidkrevende, noen ganger utfordrende, men det er også svært lærerikt. Det er imponerende hvor mange positive medlemmer som deltar i prosessen. NGFs veiledere har hittil blitt revidert ca. hvert femte år og redaksjonen, som blir oppnevnt av styret i NGF, har ansvaret for gjennomføring og kvalitet på arbeidet. De setter også standard for revisjonen basert på kunnskapsgrunnlag tilpasset formen i tidligere retningslinjer. Redaksjonen utpeker en kapittelansvarlig for hvert kapittel, samt forslag til medarbeidere, ofte basert på publikasjoner, doktorgrader og fagkunnskap blant foreningens medlemmer. Grunntanken er å involvere både spesialister og LISer fra alle helseforetak i veilederarbeidet. Medlemmer i foreningen blir også oppfordret via sosiale medier og mail til å bidra. Kapittelansvarlig avgjør endelig hvilke medarbeidere de ønsker med i gruppen, kontakter disse og arbeidet startes deretter. Revidert kapittel sendes til redaksjonen for innspill vedrørende form og innhold, og videre returneres utkastet til kapittelredaktør. Hele revisjonsprosessen tar ca. ett år. Deretter legges retningslinjene ut til høring. Høringsinnspillene vurderes og endelig revidert veileder publiseres på legeföreningens hjemmesider.

Det har kommet forslag om endring og modernisering av revisjonsprosessen. Flere kapitler er fortløpende revidert i tråd med viktige faglige endringer og nye studier som medfører endret praksis. Revisjon av kommende veiledere diskuteres blant medlemmene og på NGFs årsmøte i høst. Et forslag er å gjøre som danskene; revidere noen kapitler hvert år og invitere alle medlemmene til et åpent diskusjonsmøte en gang i året.

Årets revisjon er i enda større grad enn tidligere preget av tverrfaglighet. Flere nye kapitler er lagt til og de fleste «gamle» kapitler er revidert. Endelig publisering planlegges juni 2020.

Med avsluttet veilederhøring, og et overkommelig antall forslag til revisjoner, så vi for oss en fredelig vår: En vår som skulle «toppes» med et sosialt- og faglig bonanza i Bergen i mai, EBCOG kongressen.

Slik skulle det ikke gå; I februar feide koronavinden fra Wuhan via afterski-turister i Østerrike til vinternorge. Kursvåren, påsken og forventningene om en sosial, glad og lysere tid «fält i grus».

10. mars fikk NGF forespørsel fra FHI om å utarbeide råd for gravide i korona-relatert isolasjon/hjemmekarantene og for håndtering av gravide med påvist/mulig koronainfeksjon. Leder av NGF, Kirsten Hald, henvendte seg til redaksjonsansvarlig, Anne Flem Jacobsen, som nedsatte en tverrfaglig hurtigarbeidende gruppe. Gruppen besto av obstetrikere, mikrobiolog og fostermedisinere, der de fleste var involvert i revisjonen av veilederkapittelet «virale infeksjoner i graviditet». I tillegg ble en barnelege og en representant fra FHI involvert/inkludert. Mens befolkningen fant fram hagehansker og hang slalomdressen tilbake i skapet, satt vi oss nok en gang foran flimrende skjermer. Sammen utarbeidet og publiserte gruppen «Råd for håndtering av gravide med påvist/mulig Covid-19-infeksjon (koronavirus)» den 16 mars på NGF's hjemmesider lenket til FHI sine hjemmesider. Gruppen så raskt behovet for en mer detaljert prosedyre til eget fagmiljø om SARS-CoV-2-smitte ved svangerskap og fødsel. Gry Findal, overlege i Drammen med PhD innen toxoplasmose, som har ansvaret for kapittelet «virale infeksjoner» i nasjonal veileder og som var medforfatter av rådene 16.03, påtok seg kapittelredaktørjobben. Forfattergruppen bestod av de samme medforfatterne som rådene av 16 mars med tillegg av Annetine Staff. NGFs egen korona-kontakt Jone Trøvik kom med i andre revisjon.

Arbeidet ble utfordrende på grunn av svært begrenset kunnskapsgrunnlag. Folkehelseråd, rapporter basert på små tall, tabloide nyheter og fake news ble publisert i rekordfart. Det har vært mange ekte og enda flere selvoppnevnte «spesialister», og vi har navigert i et uoversiktlig landskap av «unknown unknowns» (Tim Draycott). Skriveprosessen kan best beskrives som å løpe etter toget med fanden i helene med litt for store gummistøvler. Arbeidet med kapittelet har i stor grad vært tverrfaglig med nyfødteleger, FHI og gynekologer i fortløpende to-veis kommunikasjon. Målet var å gi best mulig råd basert på svakt kunnskapsgrunnlag og med likelydende ordlyd på tvers av fagfelt.

Det første utkastet var resultat av en omfattende mailkorrespondanse. I løpet av 14 dager hadde vi et utkast som ble sendt på høring til ledere for alle universitetsklinikker i Norge, nyfødtemedisin-representant og redaksjonskomité av veileder i fødselshjelp. Etter mange gode innspill ble den første retningslinjen om «Koronavirus ved graviditet og fødsel» publisert 24.03.20. Tre uker senere kom første revisjon, publisert 14.04.20. Tredje revisjon er under utarbeidelse.

Dette arbeidet har vært og er utrolig spennende å være med på. Det viser hvilken fantastisk dugnadsånd vi har i NGF, hvor alle bidrar til det beste for pasientene og kollegene. Korona-pandemien angår oss alle, og det er stort engasjement blant våre egne, barneleger og jordmødre. Vi har mottatt en rekke henvendelser med spørsmål og artikkel- og webinar-tips fra flere; fortsett med det!

Mye er fortsatt usikkert, men i skrivende stund finnes det over 1000 fagfellelurver publiserte om SARS-CoV-2 generelt. Pr i dag er over 100 artikler publisert om covid-19 i svangerskapet, i hovedsak fra Kina, men data fra Italia og USA er også publisert. Det ser ut til å være relativt sikker evidens for at gravide som

gruppe ikke er spesielt utsatt denne gangen, slik de var under SARS-, MERS- og svineinfluensaepidemiene. Det har imidlertid vært stor usikkerhet rundt hvorvidt det forekommer transplantat smitte, samt om viruset kan smitte under fødsel eller ikke. Vi vet uansett at både gravide og nyfødte kan smittes og bli syke, slik at det er behov for grundige og oppdaterte retningslinjer.

Smittevernradene har vært diskutert fortløpende med FHI's smittevernspesialister. Spesielt type ansiktsbeskyttelse under fødsel har vært gjenstand for stort engasjement. Vi har derfor, via NGFs leder Kirsten Hald, sendt en ny forespørsel til FHI om type beskyttelse under fødsel ved koronasmittet. Vi har i tillegg bedt FHI drøfte bruk av beskyttelsesutstyr ved alle fødsler pga. en viss andel asymptomatisk smittede og risiko for dråpesmitte. Vi ønsker også råd vedrørende bruk av munnbind der vi ikke klarer å holde 2 meters avstand fra pasienten i 15 min (som ved ultralydundersøkelse). Neste revisjon vil forhåpentligvis inkludere disse rådene fra FHI.

Anne Flem Jacobsen, på vegne av redaksjonskomiteen og Gry Findal kapittelredaktør for koronakapittelet

Inkontinens? Det fine er at det finnes løsninger.



Efemia urinstopper for kvinner med stressinkontinens. Enkel, effektiv og gjenbrukbar.



NeuroTrac MyoPlus Pro Kombinert EMG biofeedbackapparat og elektrostimulator.

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

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

Etableringen av utvidet overvåking og rapportering for gravide med COVID-19 i Norge

Følger av infeksjon med SARS-CoV2 hos gravide er kun beskrevet i relativt små materialer. Samtidig har gravide vist seg å være en sårbar gruppe ved tidligere pandemier og utbrudd av virale pneumonier. Erfaringer fra pandemien med H1N1-influensa viste at det var viktig med særskilt overvåking av gravide for å forebygge alvorlig sykdom. Det var imidlertid ikke etablert noe slikt overvåkingssystem i Norge da COVID-19-pandemien ble et faktum våren 2020.



Hilde Engjom, Overlege ved Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling

I god tid for dette bladet går i trykk har Folkehelseinstituttet (FHI) likevel planene klare for en utvidet overvåking og datainnsamling til Medisinsk fødselsregister (MFR) om gravide som trenger sykehusinnleggelse på grunn av COVID-19. Dette er et resultat av samarbeid med flere norske fagmiljøer og et godt internasjonalt samarbeid.

Det er Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling ved FHI som står ansvarlig for den utvidede datainnsamlingen i Norge. Datainnsamling ved FHI er regulert av forskriftene for de ulike registrene. Den planlagte kartleggingen av gravide med COVID-19 er hjemlet i medisinsk fødselsregisterforskriften, og journalopplysninger kan innhentes uten kvinnens samtykke. I tillegg har personvernombudet ved FHI vurdert prosjektet og at interessene til de registrerte ivaretas på en god måte.

«Vi håper alle institusjoner som behandler gravide med COVID-19 vil støtte opp om dette arbeidet», sier Petur B. Juliusson, avdelingsdirektør ved Avdeling for Helseregisterforskning og -utvikling. Han har bedt om at fødeinstitusjonene oppnevner en ansvarlig lege eller jordmor i avdelingen og at vedkommende sender navn, telefonnummer og e-postadresse til FHI. Den ansvarlige legen eller jordmoren vil være Folkehelseinstituttets kontaktperson og melde fra om gravide med COVID-19 som trenger sykehusinnleggelse. Overlege Hilde Engjom er koordinator for prosjektet ved FHI, og vil deretter ta kontakt for å innhente utfyllende informasjon.

I første omgang er målet med den utvidede datainnsamlingen å finne gravide med COVID-19 som blir så syke at de trenger innleggelse og eventuelt intensivbehandling. Deretter brukes andre nasjonale helseregistre, som Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS), til å finne de gravide med COVID-19 som ikke hadde behov for sykehusinnleggelse. Resultatene fra overvåkingen kan være til hjelp gjennom både innværende og eventuelt kommende viruspandemier. Nytteverdien forsetter imidlertid at fødeinstitusjoner over hele landet bidrar til registreringer slik det er tiltenkt.

«Det har vært et mål for oss å planlegge en datainnsamling som raskt gir informasjon om behov for støttende behandling hos gravide, og med minst mulig rapporterings-byrde for klinikerne.

På sikt vil datainnsamlingen gi bedre kunnskap om hvordan gravide rammes av COVID-19», sier Hilde Engjom.

Hilde Engjom er overlege ved Haukeland Universitetssykehus og ved FHI. Hun har koordinert planleggingen i Norge sammen med Lill Trine Nyfløt og Iqbal Al-Zirqi fra Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning ved Oslo Universitetssykehus (OUS). De er alle tre medlemmer av International Network of Obstetric Survey Systems (INOSS). Dette åpnet for rask tilgang til internasjonalt etablerte protokoller, med mulighet for tilpasse til bruk i Norge. Den utvidede overvåkingen av gravide med COVID-19 i Norge er dermed en del av et større internasjonalt samarbeid i regi av INOSS. INOSS-landene samarbeider om overvåking av mødredødsfall og alvorlige komplikasjoner ved svangerskap og fødsel. National Perinatal Epidemiology Unit ved Universitetet i Oxford har sammen med den britiske foreningen for gynekologi og obstetikk (RCOG) utformet det britiske overvåkingsprogrammet (UKOSS), som den aktuelle kartleggingen bygger på. Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning ved Oslo Universitetssykehus (OUS) har bidratt til planleggingsarbeidet og tilpassing til norske forhold.

Gynekologer fra alle medlemsforeningene i NFOG har også etablert et nordisk samarbeid. «Samarbeidet legger til rette for at vi kan overvåke sjeldne tilstander, og vurdere om det har vært ulike følger av folkehelsestrategien som ble valgt i hvert land», forklarer Hilde. Hvorvidt Norge har landet på ideelle strategier for håndtering av Covid-smittede gravide vil kun tiden vise. Forhåpentligvis vil arbeidet som er nedlagt denne våren, både nasjonalt og internasjonalt, kunne bidra til tydeligst mulig svar på dette i fremtiden.

Mer informasjon for den interesserte:

RCOG: <https://www.rcog.org.uk/>
 UKOSS: <https://www.npeu.ox.ac.uk/ukoss>
 NPEU: <https://www.npeu.ox.ac.uk/>
 NOSS: <https://nfog.org/noss-nordic-obstetric-surveillance-study/>
 INOSS: <https://www.npeu.ox.ac.uk/inoss>
 Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-senter-for-kvinnehelseforskning>

MyoSure®
Tissue Removal Simplified

A complete tissue removal solution

For intrauterine procedures

The MyoSure® Tissue Removal collection

FIBROIDS ≤ 5 cm and ALL POLYPS

FIBROIDS ≤ 3 cm and ALL POLYPS

DIRECTED BIOPSY and POLYPS ≤ 3 cm

DIRECTED BIOPSY and POLYPS < 1 CM

MyoSure®
XL
device

MyoSure®
REACH
device

MyoSure®
LITE
device

MyoSure®
MANUAL
device

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



For all your intrauterine pathology tissue removal needs

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

NovaSure®
Endometrial Ablation



PROVEN OUTCOMES
IN OVER 80 PEER REVIEWED PUBLICATIONS

97%
Patient satisfaction¹

62%
Amenorrhea rate at
5 years²

87%
Patients avoided
hysterectomy at
10 years³

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

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

normedi
NORDIC

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

COVID-19 på Kvinnekliviken i Stavanger

Søndag 08.03.20: På kvinnedagen - ganske nøyaktig 1 uke etter endt vinterferie – havnet 35 medarbeidere på kvinnekliviken i Stavanger i karantene.



Cecilie Fredvik Torkildsen
PhD stipendiat UiB og overlege KK SUS

Som vi på kvinnekliviken vet, medfører alt arbeid på en fødeavdeling tett kontakt med andre ansatte i samme klivikk, andre yrkesgrupper og ikke minst pasienter og pårørende. Vi er på mange måter svært utsatt dersom smitte påvises. Vi beveger oss mellom operasjonsheten, nyfødt og fødeavdelingen. Vi møter pasienter, pårørende, anestesipersonell, operasjonspersonell og bioingeniører. Den omfattende smittesporingen som måtte gjennomføres i ettertid av det første tilfellet på klivikken avdekket at totalt 35 medarbeidere måtte ut i to ukers karantene. I tillegg gjaldt dette flere pasienter og pårørende.

Smitteoppsporingen var som sagt omfattende. Ledelsen jobbet målrettet og var helt konsekvent på karantene-reglene. Flere ansatte ble sendt hjem, og ekstra personell ble ringt inn. De fleste hadde allerede fått med seg hva som stod på, og det var ikke vanskelig å få personal inn for å overta vaktene. Det ble også besluttet at hele fødeavdelingen måtte vaskes ned med tanke på mulig smitte. I løpet av 4-6 timer ble derfor hele fødeavdelingen med 11 rom stengt ned. Alle fødende ble flyttet opp til fødeloftet, som er en fødeenhet for såkalte ukompliserte – eller «grønne» – fødsler. Vanligvis er denne avdelingen delt i en observasjonspost for gravide og en fødeavdeling. Nå ble observasjonsposten omgjort til fødeavdeling og observasjonsposten flyttet. I løpet av epidemien har dette igjen blitt endret og utbedret. I skrivende stund vil uforløste gravide fortrinnsvis ligge på gynekologisk sengepost.

Denne første vaktene, da vi virkelig fikk en oppvåkning angående koronaeidemien, hadde selvfølgelig sine utfordringer. Til tross for dette var det en unik stå-på-vilje hos alle, og det var en samlet forståelse for at små avvik fra rutiner og anbefalinger skyldtes denne store omrokkeringen. Ikke minst gjaldt dette fra pasienter og pårørende. Det hele gikk veldig uproblematisk for seg, med innstillingen om at «Dette fikser vi!» som et motto for kvinnekliviken.

Vi må også berømme medarbeidere fra resten av landet. Ryktene gikk fort om at fødeavdelingen i Stavanger var hardt rammet. Flere tok kontakt med oss for å bidra, og både private lokalt og andre sykehus regionalt ville hjelpe med personell og avlastning på ulike måter. Det er utrolig fint at støtten i fagmiljøet er såpass sterk når det dukker opp uvanlige utfordringer.

Det er nå gått over en måned siden denne første vaktene. Pandemien har stengt ned Norge, og i skrivende stund har en gradvis begynt oppmykingen av tiltakene som ble innført. For to uker siden var de fleste tilbake fra karantene. Imidlertid har det selvfølgelig oppstått nye episoder og nye omrokkeringer i denne fasen. Fødeavdelingen har hatt nye positive koronatilfeller. Fødeavdelingen var en periode definert som såkalt «potensiell smitteavdeling» der ansatte måtte ikke seg munnbind og smittefrakk ved pasientkontakt – først og fremst for å beskytte pasientene for potensiell smitte. Det er nå opprettet et mottak og foderom for potensiell COVID-19 smitte (med symptomer i påvente av testresultat). Kvinner med påvist korona behandles på pandemiavdelingen – av gynekologer og på egne rom. Det gjøres regelmessig simuleringstrening på ulike scenario i disse sonene for å avdekke rutineproblemer og for å drille ansatte på viktigheten av smitteregimer.

Vi har aldri hatt mer håndsprit i korridorene, renere arbeidstøy og kortere negler. Vi har aldri før sett så mange videoer av korrekt munnbind- og hanskebruk, og vi har heller aldri sittet så mange timer på kontoret og hatt så mange skype-møter. Det er en annerledes hverdag. Vi har fått en forsmak på den utrolige dugnadsinnsatsen både ansatte og fagmiljø ønsker å bidra med dersom dette øker på eller oppstår igjen på et annet tidspunkt. Utfordringene er selvfølgelig mange og krevende i hele helse-sektoren. Frem mot publisering av denne artikkelen er situasjonen sannsynligvis endret igjen. På kvinnekliviken har vi fått en forsmak på hva som kan vente oss, og nedstengingen har vært nødvendig for å forberede helsevesenet på en pandemi.



Intrarosa®

Prasteron 6,5 mg (DHEA)
vagitorie



Et vagitorie med dobbeltvirkende effekt

- Over 50% av alle postmenopausale kvinner plages med tørre slimhinner etter menopause¹
- Intrarosa® (DHEA) er i seg selv inaktivt, men tas opp intravaginalt og omdannes intracellulært til østrogen og androgener²

INTRACELLULÆR
ANDROGEN
EFFEKT

INTRACELLULÆR
ØSTROGEN
EFFEKT

Intrarosa®
INAKTIVT
PROHORMON

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

Intrarosa «Endoestrics»

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

Interaksjoner: Samtidig bruk av systemisk HRT (østrogen, østrogen-progestogenkombinasjon eller androgenbehandling) eller vaginale 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-/uteruspolypper, kuler i brystet (benigne).

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Vaginalskylling.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Prasteron, dvs. dehydroepiandrosteron (DHEA), er biokjemisk og biologisk identisk med endogent humant DHEA, et forløpersteroid som er inaktivt og omdannes intracellulært i vaginalceller til 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

AVIA-IR-2020-FEB-001

Koronakongresskrøll;

EBCOG Bergen 2020 transformeres til EBCOG 2021



Jone Trovik
(ex)Kongresspresident

Kjære alle gode kolleger som har stilt opp og bidradd inn mot EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) 2020, kongressen som skulle vært i Bergen 14.-16. mai! Vi i lokal komite (som inkluderer på tvers av Langfjella med Rolf Kirschner som selsagt primus motor!) hadde gledet oss til å se alle dere norske kolleger i form av

- 12 inviterte foredragsholdere
- 59 aksepterte abstrakter for muntlig presentasjon
- 119 aktive påmeldte deltagere
- LISer som skulle huse Europeiske FUGOer på prekongress avdelingshospitering
- Velvillige norske industrirepresentanter som skulle bidra med utstyr/veiledning i HandsOn sesjoner

Tre dager med faglig og sosialt påfyll for 17.maifeiring i Bergen med Prosesjon, Buekorps og Strålende Sol!

Men, så kom koronanedstenging av Norge og vi måtte innse at vi ikke fikk lov til å avholde kongressen i mai. Det var lite realistisk å

replanlegge til høsten, selv NGFs årsmøte i oktober jo ble avlyst! Derfor blir det EBCOG kongress en gang til våren 2021.

NFOG (Nordisk Forening for Obstetikk og Gynekologi) flyttet sin kongress i Reykjavik fra 2020 til juni 2021, for ikke å kollideres med EBCOG Bergen. I respekt for dette legges derfor EBCOG 2021 ikke i Norden, men i Athen i september 2021. Vi ser også på muligheten av å holde en EBCOG-sesjon i Reykjavik, tilsvarende at det skulle vært NFOG-sesjon i Bergen.

Både inviterte foredragsholdere og de med innsendte abstrakt/påmeldte til Bergen 2020 blir forespurt om de ønsker å delta på den transformerte kongress. Vi håper selvfølgelig at mange vil gjøre det! Vel er vi blitt gode på internettkommunikasjon/virtuelle møter, men jeg vil tro at det er flere enn meg som savner de fysiske møtene; reise vekk fra hverdagen, å kunne kommentere foredragsinnhold med sidemannen og etterpå ta en kaffe i pausen. Treffe nye kolleger på middagen om kvelden og dele erfaringer på tvers.

Så velkommen til EBCOG 2021, jeg håper riktig mange norske gynekologer vil komme dit! Dersom tid ikke passer så er NFOG i Reykjavik 13-16 juni 2021 et godt alternativ! På vegne av EBCOG Bergen 2020

Jone Trovik
(ex)Kongresspresident



Behandling ved vaginal atrofi

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

EFFEKT
Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹⁻⁴

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

VAGINALGEL
Adhesiv, smørende og lindrende¹

RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL

Gelisse®
50 µg østriol/g vaginalgel

Gelisse
Østrogen
ATC-nr.: G03CA04.

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

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

Dosering: En applikatordose gir en dose på 1 g vaginalgel. Behandlingsoppstart: 1 applikatordose daglig i 3 uker. Vedlikeholdsbehandling: 1 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: For innledning eller gjenopptagelse av østriolbehandling bør fullstendig anamnese og familieanamnese foretas. Fysisk undersøkelse, inkl. bekken- og brystundersøkelse, bør foretas. Regelmessige kontroller anbefales. Kvinnen bør gis råd angående hvilke endringer i brystene som skal rapporteres til lege eller sykepleier. Evt. vaginalinfeksjoner skal behandles før behandlingsstart. Ved gjennombrudds- eller småblødninger når som helst under behandlingen, skal årsaken undersøkes. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

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

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

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

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



Kjærlighet og fødsler i Koronaens tid

– Et reisebrev fra NOR-EMT i Lombardia

Den 8. april 2020 reiste NOR-EMT til Bergamo i Lombardiaregionen i Nord-Italia for å bistå i forbindelse med Koronapandemien. Lombardiaregionen har vært episent for pandemien i Italia. Totalt i Italia er det i skrivende stund nesten 200 000 smittede og over 23 000 dødsfall.



Tone Shetelig Løvnik
Overlege, PhD ved Kvinneklinikken
St. Olavs hospital

Retten før påske kom signaler om at Norge vurderte å sende NOR-EMT til Nord-Italia, som respons på forespørsel fra EU/Italia om bistand i forbindelse med Koronapandemien. Forhåndsvarsel om mulig utsendelse ble sendt ut fredag 3.april. Søndag 5. april ble bekreftet oppdrag sendt, med beskjed om oppmøte påfølgende dag for forberedelse av teamet. Her ble det gitt ekstra opplæring i f. eks. bruk av PPE (Personal Protective Equipment). Samtidig ble arbeidsgiver varslet og avreise iverksatt.

Raskest mulig ankomst til et sykehus i unntakstilstand

Den 8. april reiste vi til Bergamo og dro rett fra flyplassen til sykehuset der vi skulle arbeide. Ospedale Bolognini di Seriate er et middels stort sykehus i Seriate, som er naboby til Bergamo. Sykehuset har til vanlig ca 400-500 senger og et bredt utvalg av avdelinger, med spesialfelt innen bl. a. hjertemedisin, kirurgiske avdelinger og nevrologi. I tillegg har de en full gynekologisk avdeling der de utfører de fleste former for kirurgi, inkludert

cancerkirurgi. Sykehuset er «hovedsykehus» av 6 sykehus i området, men leverer noen pasienter til Ospedale di Papa San Giovanni i Bergamo. Normalt har sykehuset én intensivavdeling med 6 plasser.

I forbindelse med Koronautbruddet er all vanlig aktivitet ved sykehuset stanset. Hele sykehuset er omgjort til såkalt «Covid-sykehus», bortsett fra fødeavdelingen som er såkalt «Covid-free». Da vi ankom var koronar-overvåkningsavdelingen og hele operasjonsenheten omgjort til intensivavdeling. På dette tidspunktet lå det ca 400 pasienter på sykehuset, hvorav 23 pasienter lå på respirator. Det maksimale tallet har vært 29. På de medisinske sengepostene lå mange med pustestøtte, f. eks. CPAP. Alle hadde mistenkt eller kjent Covid sykdom, bortsett fra de som var innlagt på føde-/barselavdelingen. I likhet med vårt vertskap har vi gått kontinuerlig i smittsfrakk med hette, hansker og munnbind. Alle pasienter, i tillegg til andre mennesker vi har sett, går med munnbind når de er blant folk. Mange går også med hansker.

«Covid-free» fødeavdeling. Eller ikke?

Fødeavdelingen ved sykehuset har ca 1500 fødsler/år. Sectiofrekvensen er på ca 25 %, noe som er relativt lavt i italiensk målestokk. Til tross for at fødeavdelingen i liten grad er direkte rammet med Covid-syke pasienter har de måttet gjøre betydelige omorganiseringer. Mange av de ansatte har vært eller er hjemme



«Det italienske folket imponerer. De har virkelig vært i «krigen»»

pga Covid. En jordmor er død. Per nå er tre leger og fem jordmødre ute pga. egen sykdom, og flere har vært ute av jobb i 6-8 uker. Noen av de ansatte er flyttet til andre avdelinger for å bistå. Så og si all gynekologisk aktivitet er satt på vent, og vi har sett pasienter med ex.u og aborter som ligger på samme post som de fødende.

Alle gravide testes for Covid like før termin eller i forkant av planlagte innleggelses som f. eks. sectio. Pasienter med kjent Covid-smitte flyttes til et større sykehus i Bergamo. Vi har imidlertid likevel vært med på både fødsler og sectio med mistenkt Covid-smitte og at det har blitt diagnostisert Covid i barsel. Det er innredet et eget rom på avdelingen for undersøkelse av pasienter med kjent eller mistenkt Covid-smitte. Dette benyttes i påvente av overflytning eller dersom det ikke er plass ved det andre sykehuset. Det er ikke helt som våre isolat, men i det minste et adskilt rom i en egen del av avdelingen.

Økt aktivitet på fødeavdelingen

På føden er bemanningen økt med både leger og jordmødre. Noen av dem kommer fra eget sykehus, andre fra et annet sykehus der fødeavdelingen har måttet stenge i denne perioden. Fra NOR-EMT var jeg utsendt som gynekolog, i tillegg til to jordmødre, for å styrke bemanningen på fødeavdelingen. En av årsakene til dette var at all operativ aktivitet nå må gjøres på fødegangen, der en ombygget fødestue nå fungerer som operasjonssal for både planlagte og akutte sectio, samt alle andre

Hva er NOR-EMT?

- NOR-EMT- Norwegian Emergency Medical Team - driftes via Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap og Helsedirektoratet.
- NOR-EMT er sertifisert av WHO og EU som EMT-nivå 1.
- Teamet er selvforsynt i inntil 6 uker og kan behandle 100 pasienter per dag.
- Teamet er tverrfaglig med opplæring for oppgaven de skal utføre.
- I utgangspunktet er det tenkt at teamet reiser på oppdrag med egen klinikk, men i løpet av det siste året har teamet vært på to oppdrag inkludert oppdraget til Lombardia som støtte under Koronapandemien. Ved begge oppdragene har de gått inn som arbeidskraft i allerede eksisterende helseforetak. Det første oppdraget var i forbindelse med meslingutbruddet på Samoa vinteren 2019.
- Teamet skal kunne aktiviseres og være på «bakken» ila 48 timer.



«Kun ved sectio gis spinal eller narkose. Dette finner de italienske kvinnene seg i uten et pip.»

ø-hjelp gyn-operasjoner. Laparoskopi gjøres ikke, og man har måttet gå tilbake til mini-laparotomi ved f.eks. ex.u. Ved behov for sectio tilkommer anestesilege, og jordmor assisterer både sterilt som operasjonssykepleier og som løsgjenger for å ta vare på pasient. Samtidig assisterer hun anestesilegen. Det er med andre ord ingen operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere eller overvåkningsavdeling. Videre tas alt hånd om av jordmor på et lite observasjonsrom med tre senger. Man må kunne fastslå at det monitoreres en del mindre enn hva vi er vant til, men det går VELDIG bra!

Konservativt hierarki med god funksjon?

De italienske jordmødrene jobber også selvstendig med de normale fødsle, med mye ansvar. Det går legevist flere ganger daglig på alle i fødsel og visitt på alle i barsel, noe vi opplevde som litt gammeldags. Rutinen gir imidlertid god oversikt over hvem som er i fødsel og situasjonen på barsel. Systemet er langt mer hierarkisk enn hva vi er vant til, men de har en aktiv og fin tilnærming til håndtering av kvinnene.

Den italienske fødeavdelingen imponerer med gode systemer og ryddighet. Alle skuffer og skap er merket, og det er nesten likt over alt, slik at det er lett å finne frem. De har gode prosedyrer for mye og er genuint opptatt av den gode fødselen.

Ikke et pip

I forbindelse med Covid-pandemien er all form for smertelindring i fødsel stoppet, med unntak av varme omslag og omsorg. Kun ved sectio gis spinal eller narkose. Dette finner de italienske kvinnene seg i, og det uten et pip. Avdelingene er stengt for alt besøk, med unntak av at far får komme inn når kvinnen er i erkjent fødsel. Det er ingen piping over det heller. Har barnet behov for overflytting til nyfødt får foreldrene heller ikke følge med før barnet kan skrives ut. Dette er vondt å se på og tenke på, men det er fortsatt ingen klaging. Ved vanlige fødsler er mor og barn sammen på barsel.

Gjestfrihet i en nasjonal krise

Det italienske folket imponerer. De har virkelig vært i «krigen». Av 2500 ansatte på sykehuset har 500 enten hatt eller har Covid-smitte. «Alle» har mistet noen av sine. Italienerne sitter tålmodige i sine respektive hjem og venter, i både lockdown og husarrest. Når vi spør om dette blir øynene deres blanke. De er redde for hva som vil skje når den italienske regjeringen planlegger å gradvis lette på noen av de strenge tiltakene.

Italienerne har tatt imot oss med de åpne armer og en rørende takknemlighet. Vi føler at vi i økende grad også gjør rent medisinsk nytte for oss, samtidig som vi lærer italiensk - på et vis.

Gryende vår-optimisme

Våren har kommet til Lombardia. Den er grønt og fint i bakhagen til vårt hotell, men lenger kommer vi ikke. Her finner vi roen etter lange dager på jobb mens vi trener, leser og prater. Vi har til og med spist der. Det har vært hyggeligere enn å sitte ved hver våre bord i spisesalen. Med våren har det også kommet en gryende optimisme blant våre nye italienske venner om at de kanskje er på vei gjennom krisen. Belegget på sykehuset er mindre enn da vi kom. Flere er tilbake fra egen sykdom. Pasientene fra operasjonsavdelingen flyttes over til de andre overvåkningsavdelingene, og avdelingen er ferd med å desinifiseres og klargjøres for å kunne brukes til operasjonspasienter igjen.

Med redusert belegg er det definitive behovet for oss mindre. Oppdraget vårt er således «løst». Krisen er ikke over, men Italia har kommet seg et lite steg videre. Det har vært fint å være med på som fagperson, men kanskje aller mest som medmenneske.

Vi er alle litt triste når vi nå vender nesen hjemover. Samtidig er vi glade for å ha vært her, for det vi har fått gjort, oppdraget som er utført og at vi tror det er utført godt. Vi gleder oss til å komme tilbake til våre nye, gode venner og til å oppleve alt det fantastiske denne regionen egentlig har å by på.

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 antiandrosteroeffekter.¹

Referanse: 1. Utrogestan® SPC

Utrogestan (progesteron, mikronisert) 200 mg vaginalcapsler, myke. G03DA04. Hjelpstoffene 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.

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

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene: *Kapselinnhold:* Solsikkeolje, raffinert, soyalecitin, *Kapselskall:* Gelatin, glyserol, titandioksid (E171), Vann, rensed. Alvorlig nedsatt leverfunksjon, Udiagnostisert vaginalblødning, Karsinom i bryster eller genitalier, Tromboflebitt, Tromboembolilister, Hjerneblødning, Porfyri, "Missed abortion". **Advarsler:** Utrogestan skal kun brukes de første tre månedene av graviditeten og skal kun administreres vaginalt. Forskrivning av progesteron etter første trimester av 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 ($IC_{50} < 0,1$ mikroM). Ketokonazol er en kjent hemmer av cytokrom P450 3A4. Disse data indikerer derfor at ketokonazol kan øke progesterons biotilgjengelighet. Den kliniske relevansen av *in vitro*-funnene er ikke kjent. **Virkningsmekanisme:** Progesteron er et naturlig progestogen, det viktigste hormonet i corpus luteum og placenta. Det virker på endometriet ved å endre proliferasjonsfasen til sekretorisk fase. Utrogestan har alle egenskapene til endogent progesteron med induksjon av et endometrium i full sekresjon, og særlig gestagene, antiøstrogene, svakt antiandrogene og antiandrosteroeffekter. **Pakning og pris:** 15stk vaginalcapsler, 180,20 kr (godkjent utsalgpris 2019-12-11). **Reseptgruppe C. SPC OPPDATERINGS DATO:** 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

Norsk Gynekologisk Endoskopiregister – Nyttig for oss alle!

Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER) er et av 53 nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Norge. Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å bidra til bedre kvalitet for pasienten og minske uønsket variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. Resultater fra registrene skal brukes til kvalitetsforbedring og være kilde til kvalitetssikring og forskning.



Steinar Holmsen
Faglig leder for Norsk Gynekologisk Endoskopiregister



Toril Råknes
Daglig leder for Norsk Gynekologisk Endoskopiregister

NGER ble etablert i 2013. Daglig leder og administrasjonen har sitt kontor ved Sykehuset i Vestfold, men alle sykehus i Norge har samme tilgang til registeret og resultater. Dette gir like muligheter for kvalitetssikring og forskning på alle sykehusene som registrerer. Registerets fagråd består av en fagperson fra hver helseregion i Norge, og er representativt for det endoskopiske miljøet i Norge. Fagrådet er aktivt deltagende i alle avgjørelser som tas i registeret.

Registeret har en robust struktur og plattform. Dekningsgraden har imidlertid vært og er den største utfordringen for å øke verdien av registeret. Det er viktig at dekningsgraden er høy slik at resultatene som presenteres er representative.

Registeret har jobbet målrettet siste årene for å øke dekningsgraden. Dette har resultert i en positiv tendens. I 2019 kom insentivordningen der et beløp i ISF (Innsatsstyrt finansiering) holdes tilbake for så å fordeles til helseforetakene ved et fast beløp, omtrent 200 kroner, per registrering. I tillegg har man fått «Forskning om medisinske kvalitetsregistre» der helsepersonell pålegges å registrere i relevante nasjonale kvalitetsregistre. Men, hovednøkkelens for at NGER skal kunne nå en dekningsgrad på over

80% er likevel at alle gynekologer som jobber innen endoskopi har et personlig eierskap til og en interesse for registeret.

For å komme dit er det viktig å kommunisere de muligheter som ligger i registerets database, både med tanke på forskning og kvalitetsforbedringsarbeid. Alle data ligger i dag lett tilgjengelig via Rapporteket, en webbasert database der alle brukere av registeret kan få tilgang. Her kan man hente ut data og enkelt få frem grafiske fremstillinger av resultater for eget sykehus sammenlignet med gjennomsnittet for landet. I samråd med NGER kan man også hente ut større tallmaterialer for hele landet.

Det har vært flere mindre prosjekter siste årene med NGER-data som har vært presentert nasjonalt og internasjonalt. Ved St. Olavs hospital planlegger Silje Eilertsen Denstad en Phd. med PROM (Patient Reported Outcome Measures)-data fra registeret i et materiale fra hysterektomier med benign indikasjon ved 5 ulike sykehus i Norge.

NGER og Servicemiljøet for medisinske kvalitetsregistre kan bistå og veilede i både planlegging og gjennomføring av forsknings- og kvalitetsforbedringsprosjekter. Servicemiljøet kan også tildele økonomiske midler til slikt arbeid, og NGER bistår gjerne i søknader om slike midler. I 2019 ser registeret en positiv tendens til bruk av registerdata ved flere sykehus i landet. Sykehusene kontakter gjerne registeret for gjennomgang av lokale rapporter, og i 2019 har fire sykehus gjennomført kvalitetskontroll av registrerte komplikasjoner i NGER sammenlignet med pasientjournal. En slik gjennomgang gir en god oversikt over konkrete kvalitetsforbedringsområder, og registeret håper at flere i fremtiden ønsker å dra nytte av en slik gjennomgang.

Vi har spurt tre av sykehusene som aktivt bruker registeret i sitt kvalitetsarbeid om å bidra med sine erfaringer, og gleder oss over at de har valgt å dele informasjon med Gynekologens lesere om hvordan de har dratt nytte av registeret.



Sigrid Vingerhagen Pethick
Overlege Gyn.avd. Drammen sykehus og kontaktperson for NGER

Erfaringer fra Drammen sykehus

I Drammen ble NGER implementert i 2013. Vår erfaring er at det kreves et kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid for å øke og vedlikeholde god dekningsgrad. Dette har vi løst ved å utpeke en kontaktperson mot registeret som også har hovedansvaret for den overordnede logistikken i avdelingen. Fra 2019 innførte vi dekningsgrad i NGER som eget punkt på gyn.avdelingens måltavle, og vi har gledet oss over økende dekningsgrad til 70% i 2019. Målet er å komme over 80%.

Et kjennetegn ved våre endoskopiske prosedyrer er at pasientene vanligvis har kort liggetid og få blir etterkontrollert. Dette betyr i praksis at vi har lite kunnskap om pasientenes postoperative forløp og opplevelser av kontakten med sykehuset. I en travelt klinisk hverdag opplever vi derfor NGER sitt tilbud om sentral oppfølging av alle registrerte pasienter en måned postoperativt som meget verdifullt. Vi får fortløpende informasjon om bl.a. komplikasjonsfrekvenser og pasientopplevelser.

Med økende dekningsgrad får vi dermed rask tilgang til validerte og etter hvert mer og mer representative data til vårt kvalitetsforbedringsarbeid gjennom hele det perioperative forløpet. Siden mai 2019 har vi hatt fokus på pasientenes tilbakemeldinger. Dataene fra NGER har gitt oss mange gode og konkrete angrepspunkt å jobbe videre med. Med Rapportekets fortløpende tilbakemeldingsfunksjon ser vi frem til at vi enkelt vil kunne følge med på effekten av tiltakene våre.



Guillermo Rebollo
Med. Overlege ved Kvinneklinikken UNN

Erfaringer fra Universitetssykehuset Nord-Norge

Jeg begynte å jobbe som overlege ved gynekologisk avdeling i 2015.

På den tiden hadde vi ikke noe register over utførte endoskopiske operasjoner. Jeg husker veldig godt min tid som assistentlege ved avdelingen. Overlegene som utførte de endoskopiske operasjoner registrerte de ulike inngrepene manuelt i en grønn operasjonsprotokoll. Det var lite eller ingen registrering over komplikasjonene etter inngrepene.

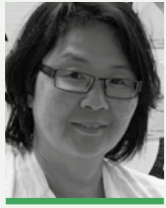
Heldigvis har dette endret seg. Siden 2016 har vi benyttet oss av Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER). Det er en

annen verden nå. Nå er det obligatorisk, og nå registreres alle de endoskopiske inngrep som vi utfører via laparoskopi, robot eller hysteroskopisk. Dette gir oss god oversikt over vår aktivitet.

Vi har årlig presentasjon fra registeret der vi gjennomgår resultatene av våre endoskopiske operasjoner. Da demonstreres antall pasienter som er operert, hvilken metode som er benyttet og effekten av den kirurgiske behandlingen. Ikke mist gir dette en bedre oversikt over komplikasjonene ved inngrepene, noe som er viktig for oss i det videre kvalitetsforbedrende arbeidet i avdelingen. Dette gir oss økt kunnskap om vår aktivitet, og den formidles til gynekologene i avdelingen og våre leger i spesialisering (LIS) som utdannes her ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

Nytt i år er at vi får kunnskap om pasientenes opplevelse gjennom NGER. Det gjelder pasienter som er behandlet i tidsrommet 2016–2018. Dette er nyttig informasjon for gynekologene, anestesilegene og sykepleierne som arbeidet med disse pasientene, og det bidrar til bedre pasientbehandling.

Jeg vil med dette bare takke NGER for den kunnskap det gir i vårt kvalitetsforbedringsarbeid.



Liv Einmo
Seksjonsoverlege på Føde/gyn avd. ved
Helgelandssjukehuset Sandnessjøen

Erfaringer fra Sandnessjøen sykehus

Vi startet å registrere i Norsk gynekologisk endoskopiregister i 2014. Vår erfaring er at vi gjennom registeret får økt fokus på kvaliteten.

I 2014 startet vi med totale laparoskopiske hysterektomier etter at vi i 2-3 år hadde gjort supravaginal uterusamputasjon. Til tross for en dårlig dekningsgrad så vi ut fra registrets tall at vi hadde en høyere komplikasjonsrate enn sykehus vi kunne sammenligne oss med. Gjennomgang av tallene viste at blødning gikk igjen som komplikasjon, og vi fikk vi mistanke om at dårlig suturering over vaginaltoppen var årsaken. Vi satte i gang tiltak ved å lære oss bedre sutureringsteknikk, og etter dette falt komplikasjonsraten.

I fjor fikk vi igjen en høyere komplikasjonsrate postoperativt. Vi inviterte da Toril Råknes til oss, og vi gikk gjennom tallene sammen og så at infeksjoner var hovedårsak. Vi holder nå på å kartlegge årsak til dette, og kateter fjernes f.eks. nå på stue.

Registeret har hjulpet oss til å få oversikt over komplikasjoner samt starte forbedringsarbeid. Dette forbedringsarbeidet hadde vært vanskeligere å utføre hvis man ikke hadde hatt tilgang til opplysningene fra registeret.

Vi er en liten avdeling, slik at antall registrerte pasienter og dekningsgrad er spesielt viktig for at statistikk skal bli korrekt. Vi har derfor hatt fokus på å øke dekningsgraden vår. Dette har vi klart ved at det kun er én person som har ansvar for registrering og innsending av skjema til registeret.

Til slutt vil jeg gi honnør til Toril Råknes. Hun er svært hjelpsom. Hun har guidet oss flere ganger gjennom registerets tall og gjør all statistikk mer leselig.

Hvordan kan du og din avdeling få tilgang til NGER og Rapporteket?

Du søker enkelt om tilgang via helseregister.no. Følg instruksene, så er du raskt inne.

Det er også enkelt å få tilgang til *Rapporteket* når du er innlogget i Helseregister.no, via fanen *Søk ny tilgang*. Når dette er gjort vil tilgangen til *Rapporteket* legge seg under fanen «Prosjektoversikt».

I *Rapporteket* kan du laste ned lister over pasienter som ditt sykehus har registrert i gitt periode, samt laste ned datadump av all data registrert ved ditt sykehus. Du kan få rask oversikt over utvalgte kvalitetsindikatorer og sammenligne ditt sykehus med resten av landet med hensyn på disse.

Kontakt gjerne Toril Råknes ved spørsmål eller behov for hjelp.

The screenshot shows the website Helseregister.no with the following elements:

- Navigation menu: Forside, Tjenesteoversikt, Om helseregister, Ofte stilte spørsmål, Br
- Section: Driftsmeldinger
- Date: Torsdag 12.03.2020 kl 12.00
- Alert: Helse Nord IKT: Oppdatert kl 16:00: Probi Berørt: Alle
- Login form: Brukernavn, Passord, Logg inn, Ny bruker, Glem passord, Glem brukernavn
- Grid of circles representing data points
- Buttons: Søk ny tilgang, Prosjektoversikt
- Footer: Velkommen til Rapporteket - Norsk Gynekologisk Endoskopiregister!

Oppdatert

Sist gong anbefala eg tre uavhengige podcastar som er utelukkande dedikert til gynekologi og obstetrikk. Denne gongen vil eg ta føre meg dei beste podcastane som våre fagtidsskrift publiserer. Dessverre har ikkje podcastrevolusjonen heilt slått gjennom her ennå. For eksempel har ikkje viktige tidsskrift som the Gray journal (AJOG) eller the White journal (UOG) sine egne podcastar. Heldigvis finns det heiderlege unnatak der spesielt eitt stort tidsskrift skil seg svært positivt ut. Har dokker forslag til podcastar, youtubefilmar, twitterkontoar, bloggar eller anna av interesse som finns gratis på nettet mottok eg det gjerne med takk. Send forslaga til oystein.bergoy@gmail.com.



Øystein Bergøy
LiS ved Stavanger Universitetssykehus og
nestleder i FUGO

medan dei to andre diskuterast av redaktørane aleine. Kjemien dei mellom gjer det enkelt å lytta til podcasten. Chescheir er veldig god til å få fram diskusjonane ein har hatt bak utvelgjinga av artikkane, og let oss få innblikk i redaktørprosessen. Ho kjem med mange gode tips til forskarar som ønskjer å publisera i tidsskriftet hennar. Podcasten kjem ut månadleg og varer ca 30 min.

BJOG – Kjem ut månadleg og varer stort sett ca 5 min. Her les ein av redaktørane opp leiaren for den komande utgåva. Ved å abonnere på denne podcasten får du dermed ein grei måte å vita kva som publiserast i BJOG, men du får heller ikkje noko meir. Lydkvaliteten er ofte dårleg.

Obstetrics & Gynecology: Editor's Picks and Perspectives – Den klart beste podcasten frå eit ob/gyn-tidsskrift. Vertane er hovudredaktør Nancy Chescheir og webredaktør John Fischer. Her diskuterast tre utvalgte artiklar frå komande månads utgåva av the Green journal. Éin av dei er med intervju av ein av forfatarane,

American Journal of Perinatology – Inneheld ei blanding av pediatri og obstetrikk. Episodane kjem ut litt uregelmessig, men ca ein gong i månaden. Dei består stort sett av intervju av forfatarar av ein studie publisert i tidsskriftet eller oppdateringar frå kongressar. Der ein forfatar blir intervjuet, går podcastverten først gjennom hovudtrekka til studien i abstractformat, slik at ein treng ikkje ha lest studien før ein høyrer podcasten. Episodane som kjem ut under kongressar og oppsummerer dagens høgdepunkt er ein stilig bruk av podcastmediumet. Eg sakner likevel litt refleksjon i desse episodane. Dei blir gjerne litt oppramsande, og det er av og til litt vanskeleg å vurdere kor viktige funna som har blitt presentert er. Episodane varer ca 15 - 30 min.



Kunnskapsbasert praksis

Medisinsk reversering – Rykk tilbake til start

Dette er andre 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.

I mange år blei kvinner anbefala å ta hormontilskot då dei kom i overgangsalderen, uavhengig av om dei hadde symptomar eller ei. Me fortalde dei at det ville redusera risikoen deira for å få hjarte- og karsjukdom då dei blei eldre. For 15-20 år sidan snudde denne praksisen totalt, då det viste seg at anbefalinga sannsynlegvis auka risikoen for hjarte- og karsjukdom. Kva hadde skjedd? Korfor kunne ein praksis som var fundert på så mykje tilsynelatande eintydig forskning plutselig bli snudd på hovudet? Eit større spørsmål kan også stillast ut frå dette eksempelet: Kor stor del av vår praksis er egentleg kunnskapsbasert?



Øystein Bergøy

LiS ved Stavanger Universitetssykehus og nestleder i FUGO

Mykje av det me legar gjer i vår daglege praksis er ineffektivt eller til og med skadeleg. Dette argumenterer dei amerikanske legane Adam Cifu og Vinay Prasad for i boka *Ending Medical Reversals* frå 2015. Dei kallar det ei medisinsk reversering (mitt halv hjarta forsøk på å oversetja omgrepet deira “medical reversal”) når nye bevis gjer at me forkaster ein praksis som blei innført utan å ha godt kunnskapsgrunnlag bak seg. I eit forsøk på å seia noko om kor vanleg slike reverseringar er omtaler dei eit par studier som har hatt litt ulike innfallsvinklar til emnet (1). Desse studiane inkluderer ein utført av bokforfattarane sjølve (2). Her gjennomgikk dei alle studier publisert i *New England Journal of Medicine* i ein tiårsperiode der ein hadde testa eksisterande praksis opp mot placebo eller ein mindre omfattande praksis. Med praksis meinast alt me gjer av pasientretta arbeid som helsepersonell. Dette inkluderer behandling og diagnostikk. 40% av studiane som såg på slik etablert praksis viste at denne enten var dårlegare, eller iallfall ikkje betre enn placebo eller den mindre omfattande praksisen. Kun i 38% av tilfella kunne ein slå fast at eksisterande praksis hadde best utfall. I boka blir også eit prosjekt av BMJ clinical evidence sitert. Her blei det gjort ein gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget bak 3000 kliniske praksisar. 35% av desse hadde solid evidens for at dei var nyttige. For halvparten av praksisane kunne ein ikkje finna evidens korkje for eller mot om praksisen var nyttig eller ei. Hjå dei resterande 15% fann ein solid evidens for at dei enten var ineffektive eller direkte skadelege. Dette siste stemmer godt overens med poenget me diskuterte i førre nummer av *Gynekologen*, nemleg at det tek lang tid før ein endrer på ein ineffektiv etablert praksis sjølv om denne har vist seg å vera skadeleg.

Dei to studiane som er omtala over stiller ulike spørsmål, og dannar saman eit klarare bilete av staa til kunnskapsbasert praksis. BMJ-prosjektet forsøker å seia noko om evidensgraden til heile medisinen. Det er den som nok svarer mest direkte på spørsmålet om kor mykje av det me gjer som ikkje er kunnskapsbasert. Svaret synast å vera “ein god del”.

Studien til Prasad og Cifu forsøker på si side å svara på kor mange av praksisane som tidlegare ikkje er testa skikkeleg, og som viser seg å vera ineffektive eller utrygge, med andre ord ei medisinsk reversering. Grunnen til at eg vil omtala dette konseptet er fordi eg meiner det er heilt essensielt for å forstå kvifor kunnskapsbasert praksis er så viktig. Merk at å svara på *kor mykje av det me gjer har godt kunnskapsgrunnlag* ikkje er det same som å spørja *kor mykje av det me gjer er riktig eller bra*. Å få vita at kanskje ein tredjedel av det me gjer er kunnskapsbasert, og at halvparten ikkje har særleg bevis bak seg, er ikkje så lett å forhalda seg til. Er det overraskande bra, dårleg eller som venta? Me forstår alle at det at 15% av det me gjer er ineffektivt, eller skadeleg, ikkje er bra. At halvparten er ukjent seier oss derimot ikkje stort. Dersom alt dette som er ukjent berre er sjølsagde ting som ikkje trengs bevisast, er det jo ikkje så farleg. Ein treng som kjent ikkje ein studie for å seia om ein bør bruka fallskjerm når ein skal hoppa ut for eit fly for å unngå alvorleg traume og død (3). Dessverre er dei færreste ting i medisinen fallskjermar. Dette er elegant vist i ein nokså kjent studie som gjennomgikk over 80000 medisinske praksisar. Den fann at kun ein av desse var udiskutabelt effektiv (4). Me kan med andre ord ikkje rekna med at den utesta halvparten av praksisen vår er berre sjølsagde saker. Det er her studien til Prasad og Cifu kjem inn. Riktignok har den sine svakheiter og usikkerheitsmoment. Blant anna var det fleire studier som omtala same praksis. Vidare tok dei kun omsyn til om studiane var positive eller negative. Dei tok ikkje omsyn til om det var andre studier som såg på det same med andre resultat, eller om det var sannsynleg at ny informasjon ville kunna endra desse resultat. Kva som var definert som etablert praksis var heller ikkje klart definert. Desse inkluderte

praksisar som ikkje var nasjonal standard i Norge. Trass dette fortel resultat oss likevel at viss me innfører praksisar utan skikkeleg utprøving først, vil sannsynlegvis ein betydeleg del av desse visa seg å vera medisinske reverseringar.

Me har fleire eksempel på medisinsk reversering frå vårt fag. Eksempelet frå ingressen er kanskje av dei meir kjente. Grunnen til at ein anbefala hormonerstatning (HRT) for å førebyggja kardiovaskulær sjukdom var basert på ei mengd med forskingsresultat. Blant desse var studier som viste betra “lipidprofil” hjå dei som fekk østrogenstatning etter menopausen (5), og observasjonsstudier som antyda at HRT var vernande mot å utvikla hjarte- og karsjukdom (6). Nokre artiklar i anarkjente tidsskrift gjekk langt i å anbefala praksisen pga dette (7). HRT var som kjent gjeldande praksis fram til ein stor randomisert kontrollert studie frå Women’s Health Initiative (WHI) blei gjennomført. Dei første resultat kom i 2002 frå dei som blei behandla med østrogen og gestagen (8). Denne artikkelen viste blant anna ein auke i risiko for kardiovaskulær sjukdom, slag og lungeemboli, men utan signifikant auke i alle typer dødelegheit. To år etter kom også resultat frå dei som blei behandla med østrogen aleine etter hysterektomi (9). Denne blei stoppa tidleg pga auka hyppigheit av slag i østrogengruppa. Resultata frå WHI førte etterkvart til at ein gjekk bort frå å anbefala HRT som primærprofylakse mot kardiovaskulær sjukdom (10). I ettertid har dei første lesingane av resultat frå WHI endra seg noko, men det er ein annan skål. Hovudpoenget er at ein innførte ei behandling basert på svak kunnskap som så i ettertid blei reversert då det førelåg meir eigna studier til å svara på det ein egentleg lurte på.

Kvifor oppstår medisinsk reversering? Dette er vanskeleg å svara eintydig på. Ved å lesa kva praksisar som blei funne å vera reverseringar i studiane som er omtalt over, kan me likevel seia noko. Desse praksisane var ofte basert på forskingsresultat, men ikkje på studier av god kvalitet eller fornuftig studiedesign. Eksempelet med HRT viser at det å støtta seg til ikkje-randomiserte studier

som beste grunnlag for å leggja om ein praksis er ein vanleg årsak til medisinsk reversering. Det finns mange spørsmål ein kan svara på ved hjelp av observasjonsstudier. At røykjing forårsaker lungekreft er eit slikt eksempel. Dessverre blir ikkje-randomiserte studier ofte også brukt til å svara på kliniske spørsmål som dei ikkje er eigna å svara på. Surrogatutfall er ein annan hyppig årsak. Med dette meinast utfall som skal vera samsvarande med dei utfalla ein egentleg er interesserte i. APGAR-skår er eit eksempel på eit surrogatutfall. Det er lite interessant å vita APGAR-skåren i seg sjølv viss den ikkje var tenkt å vera eit mål på koss det går med det nyfødde barnet. Det er mange gode grunnar til å bruka surrogatutfall i ein studie, men risikoen er at det utfallet ein velgjer viser seg å ha dårleg samsvar med utfall som egentleg betyr noko. Dette har vist seg å ha ført til medisinske reverseringar mange gonger. Me skal ta betre føre oss kvifor evidensen bak ein del av praksisane våre er så dårleg seinare i denne artikkelserien. Også evaluering av riktig studiedesign, tolking av studier, surrogatendepunkt og andre aspekt relatert til å lesa forskingslitteraturen vil me koma tilbake til.

Kjelder

- AS Cifu, V Prasad. 2015. *Ending Medical Reversals* (1. utg), kapittel 7 s 81-87. Johns Hopkins University Press
- Prasad, Vinay et al. A Decade of Reversal: An Analysis of 146 Contradicted Medical Practices *Mayo Clinic Proceedings*, Volume 88, Issue 8, 790 - 798
- Smith GCS, Pell JP. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 2003;327:1459
- Pereira TV, Horwitz RJ, Ioannidis JPA. Empirical Evaluation of Very Large Treatment Effects of Medical Interventions. *JAMA*. 2012;308(16):1676-1684.
- A.H.M. Rijkema, A.A. van der Sanden, A.H.C. Ruijs. Effects of post-menopausal oestrogen-progestogen replacement therapy on serum lipids and lipoproteins: a review. *Maturitas*. 1990; Volume 12, Issue 3, Pages 259-285
- Stampfer MJ, Colditz GA. Estrogen replacement therapy and coronary heart disease: a quantitative assessment of the epidemiologic evidence. *Prev Med*. 1991 Jan;20(1):47-63.
- Grady D, Rubin SM, Petitti DB, et al. Hormone Therapy To Prevent Disease and Prolong Life in Postmenopausal Women. *Ann Intern Med*. 1992;117:1016-1037.
- Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women’s Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2002;288(3):321-333.
- The Women’s Health Initiative Steering Committee*. Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women With Hysterectomy: The Women’s Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2004;291(14):1701-1712.
- Rossouw JE, Manson JE, Kaunitz AM, Anderson GL. Lessons learned from the Women’s Health Initiative trials of menopausal hormone therapy. *Obstet Gynecol*. 2013;121(1):172-176.

Transdermal østrogenbehandling i sprayform¹

Usynlig^{1,2} | Nøyaktig dosering^{1,2} | Tørker på 2 minutter^{1,2}



Lenzetto[®]

Østradiol 1,53 mg/spray

Lenzetto[®] transdermal østrogenbehandling i sprayform til behandling av symptomer som følger menopausen. Sprayen tørker på 2 minutter, er usynlig og har en nøyaktig dosering som kan tilpasses etter individuelle behov.^{1,2} Gir en stabil plasmakonsentrasjon i 24 timer.¹

Ref: 1. Lenzetto SPC 12.06.2018 (felleskatalogen.no) 2. John E. Buster, MD, William D. Koltun, MD, Maria Luz G. Pascual, MD, et al. Low-dose estradiol spray to treat vasomotor symptoms. *Obstet Gynecol* 2008;111:1343–51

Lenzetto «Gedeon Richter» Østrogen. ATC-nr.: G03C A03. Reseptgruppe C. Reseptbelagt preparat. Kan forskrives på blå resept. **TRANSDERMALSPRAY, oppløsning 1,53 mg/spraydose:** Hver spraydose (90 µl) inneholder: Østradiolhemihydrat 1,58 mg tilsv. østradiol 1,53 mg, oktisalal, etanol.

Indikasjoner: Hormonsubstitusjonsterapi (HRT) ved symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner (hos kvinner med minst 6 måneder siden siste menstruasjon eller kirurgisk menopause, med eller uten intakt uterus). Begrenset erfaring hos kvinner >65 år.

Dosering: Gis 1 gang daglig, enten som monoterapi eller som kontinuerlig sekvensiell behandling (i kombinasjon med progestogen). 1 spraydose gis på underarmen 1 gang daglig på tørr og frisk hud. Dosen kan ved behov økes til 2 daglige spraydoser. Doseøkning bør baseres på grad av menopausale symptomer etter minst 4 uker kontinuerlig behandling. Maks. daglig dose er 3 spraydoser (4,59 mg/dag). Laveste effektive dose med kortest mulig varighet bør benyttes. Hvis graden av menopausale symptomer ikke reduseres etter en doseøkning, skal pasienten titreres tilbake til foregående dose. Behov for fortsatt behandling skal evalueres regelmessig etter klinisk behov (med 3–6 måneders intervaller). **Kvinner med intakt uterus:** Preparatet skal kombineres med et gestagen for å redusere risikoen for endometriskreft. Bare gestagen godkjent som tillegg ved østrogenbehandling bør gis. Østrogenet doseres kontinuerlig. Gestagenet gis sekvensielt i minst 12–14 dager i hver 28-dagers syklus. Råd om hvordan behandlingen startes skal gis til behandlingsnaive pasienter og pasienter som bytter fra andre HRT (sykliske, sekvensielle eller kontinuerlige kombinerte). I perioden hvor østrogen kombineres med gestagen kan det forekomme en bortfallsblødning. En ny 28-dagers syklus påbegynnes uten opphold. **Kvinner uten uterus:** Med mindre det foreligger en tidligere endometriosed diagnose, anbefales ikke gestagentilskudd. **Glemt dose:** Tas så snart den huskes. Hvis det nesten er tid for neste dose tas dosen til vanlig tid. Hvis 1 eller flere doser glemmes, må pumpen klargjøres ved å spraye en gang med hetten på. Glemt dose kan øke muligheten for gjennombruddsblødning og spotting. **Spesielle pasientgrupper:** **Overvekt:** Begrensede data tyder på at absorpsjonsgrad og -hastighet kan reduseres ved overvekt. Dosejustering kan være nødvendig i løpet av behandlingen. **Administrering:** Appliseres på innsiden av underarmen. Sprayboksen skal holdes rett opp og vertikalt ved spraying. Ved førstegangsbruk skal pumpen klargjøres ved å spraye 3 ganger med hetten på. Dersom foreskrevet daglig dose er 2 eller 3 spraydoser, skal disse påføres nærliggende ikke-overlappende (side ved side) 20 cm² områder på innsiden av armen mellom albuen og vristen. Ved plasmangel kan preparatet også appliseres på den andre underarmen, eller på innsiden av låret. Hudområdene lufttørkes deretter i ca. 2 minutter. Absorpsjonen av østradiol ved applikasjon på innsiden av underarmen er tilsvarende applikasjon på huden på låret, men er lavere ved applikasjon på huden på abdomen. Etter 56 spraydoser, skal beholderen kasseres selv om det skulle være gjenværende oppløsning i den. Antall brukte spraydoser markeres i tabellen på esken. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriskreft). Genital blødning av ukjent årsak. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller nåværende venos tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile lidelser (f.eks. protein C-, protein S-, eller antitrombinmangel. Aktiv eller ny arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom, eller tidligere leversykdom, så lenge leverfunksjonstestene ikke har gått tilbake til normalt nivå. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Behandling av postmenopausale symptomer bør kun initieres når symptomene har negativ effekt på livskvaliteten. Grundig nytte-/risikovurdering bør foretas minst 1 gang årlig, og behandlingen bør bare fortsette så lenge fordelene oppveier risikoen. Data ved behandling av premenstruell menopause er begrenset, men risiko hos yngre kvinner er lavere enn hos eldre. **Medisinsk undersøkelse/opfølging:** Før innledning eller gjenopptagelse av behandling bør en fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas. Klinisk undersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas på grunnlag av anamnese, kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Under behandlingen anbefales regelmessige kontroller som tilpasses hver enkelt mht. frekvens og hva som bør undersøkes. Kvinnen bør få råd angående hvilke endringer i brystene som skal rapporteres til lege eller sykepleier. Undersøkelser, inkl. egnede bildediagnostiske metoder, f.eks. mammografi, bør utføres iht. gjeldende aksepterte screeningpraksis, tilpasset den enkeltes kliniske behov. **Tilstander som trenger oppfølging:** Dersom noen av følgende tilstander er til stede, nylig har forekommet og/eller er forverret under graviditet eller ved tidligere hormonbehandling, bør pasienten følges opp nøye (det bør tas i betraktning at disse tilstandene kan komme tilbake eller forverres under behandlingen): Leiomyomer (uterine fibromyomer) eller endometriose. Risikofaktorer for tromboemboliske sykdommer. Risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer, f.eks. arvelig brystkreft i direkte nedstigende linje. Hypertensjon. Leversykdom (f.eks. leveradenom). Diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner. Gallestesykdom. Migrene eller (alvorlig) hodepine. Systemisk lupus erythematosus. Tidligere endometriehyperplasi. Epilepsi. Astma. Otosklerose. **Årsaker til umiddelbar seponering av behandlingen:** Seponeres dersom en kontraindikasjon oppdages, samt ved gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant blodtrykkstigning, nye anfall av migrene lignende hodepine eller graviditet. **Endometriehyperplasi og karsinom:** Hos kvinner med intakt uterus øker risikoen for endometriehyperplasi og karsinom 2–12 ganger (avhengig av behandlingsvarighet og østrogendose) når østrogen blir gitt alene over

lenge perioder. Etter avsluttet behandling kan risikoen forblir forhøyet i minst 10 år. Tillegg av et gestagen syklisk i minst 12 dager pr. 28-dagers syklus, eller kontinuerlig kombinert østrogen-gestagenbehandling hos ikke-hysterektomerte kvinner, forebygger den økte risikoen. Sikkerhet for endometriet ved tilleggsbehandling med gestagen er ikke studert. Gjennombruddsblødning og spotting kan forekomme i løpet av de første behandlingsmånedene. Dersom gjennombruddsblødning eller spotting oppstår etter en viss behandlingstid, eller vedvarer etter at behandlingen er avsluttet, bør årsaken undersøkes, noe som kan inkludere en endometriebiopsi for å utelukke malignitet i endometriet. Østrogenstimulering alene kan gi premenale eller maligne endringer i gjenværende endometriosevev. Tilleggsbehandling med gestagener bør derfor vurderes ved østrogensubstitusjonsbehandling hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, hvis det er kjent at de har residual endometriose. **Brystkreft:** HRT med kombinert østrogen-gestagen, og muligens også ved østrogen alene, øker risikoen for brystkreft, avhengig av HRT-behandlingens varighet. Kombinert østrogen-gestagenbehandling: Økt risiko for brystkreft viser seg etter ca. 3 år. Behandling med østrogen alene: Ingen økt risiko for brystkreft hos hysterektomerte kvinner som brukte HRT-behandling med østrogen alene. En liten økning i risiko for brystkreft; vesentlig lavere enn ved bruk med østrogen-gestagenkombinasjoner. Den økte risikoen viser seg etter få års bruk, men går tilbake til utgangspunktet innen få (maks. 5) år etter avsluttet behandling. HRT, spesielt behandling med kombinasjoner av østrogen-gestagen, øker tettheten på mammografiske bilder, noe som kan virke negativt ved radiologisk påvisning av brystkreft. **Ovarialkreft:** Epidemiologiske funn antyder noe økt risiko for ovarialkreft ved HRT med østrogen alene eller østrogen-progestogen i kombinasjon. Økt risiko vises innen 5 år, og avtar over tid etter avsluttet bruk. Noen studier tyder på at bruk av kombinerte former for HRT kan være forbundet med lik eller noe lavere risiko. **Venos tromboembolisme:** HRT er assosiert med 1,3–3 ganger økt risiko for utvikling av venos tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Det er høyest risiko det første året. Risikofaktorer for VTE omfatter kjent trombofili, høy alder, omfattende kirurgi, langvarig immobilitet, fedme (BMI >30 kg/m²), graviditet/postpartum periode, systemisk lupus erythematosus (SLE) og kreft. Hos postoperative pasienter bør profylaktiske tiltak vurderes for å hindre VTE etter inngrepet. Dersom langvarig immobilisering vil etterfølge planlagt kirurgi, anbefales det å seponere HRT imidlertid 4–6 uker i forveien. Behandlingen bør ikke gjeninnsettes før kvinnen er fullstendig mobilisert. Hos kvinner uten VTE i anamnesen, men med førstegradslektning med trombose i ung alder i anamnesen, kan screening tilbys etter nøye rådgivning vedrørende begrensninger (bare en andel av trombofile defekter identifiseres ved screening). Hvis en trombofil defekt identifiseres og samsvarer med trombose hos familiemedlemmer, eller hvis defekten er alvorlig (f.eks. antitrombin-, protein S- eller protein C-mangel eller en kombinasjon av defekter), er HRT kontraindisert. Kvinner som allerede får kronisk antikoagulasjonsbehandling trenger nøye nytte-/risikovurdering ved bruk av HRT. Hvis VTE utvikles etter at behandlingen er startet, skal legemidlet seponeres. Pasienten skal rådes til å kontakte lege umiddelbart, ved potensielt tromboembolisk symptom (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselige smerter i brystet, pustebesvær). **Koronar arteriell sykdom (CAD):** Risiko for CAD er noe økt ved bruk av kombinert HRT med østrogen-gestagen. Risiko for CAD øker med høyere alder. Ingen økt risiko for CAD hos hysterektomerte kvinner som får behandling med østrogen alene. **Iskemisk slag:** Behandling med kombinert østrogen-gestagen og østrogen alene er forbundet med opptil 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativt risiko endres ikke med alder eller tid etter menopausen. Siden risikoen for slag ved baseline er sterkt aldersavhengig, vil imidlertid den samlede risikoen for slag hos kvinner som bruker HRT øke med alder. **Visuelle forstyrrelser:** Vaskulær trombose i retina er sett hos kvinner som får østrogen. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart, og det skal avventes undersøkelse for å se om det er et plutselig partielt eller fullstendig synstap, eller en plutselig oppstått proptose, diplopi eller migrene. Hvis undersøkelse påviser papilleødem eller vaskulære lesjoner i retina, skal østrogen seponeres permanent. **Andre tilstander:** Østrogen kan forårsake vaskeretensjon. Pasienter med nedsatt hjerte- eller nyrefunksjon bør derfor observeres nøye. Kvinner med tidligere hypertriglyseridemi bør følges nøye under behandlingen, da sjeldne tilfeller av pankreatitt som skyldes kraftig økning av triglyserider i plasma ved bruk av østrogenbehandling ved denne tilstanden er rapportert. Østrogen øker thyreoideabindende globulin (TBG) og gir økt totalkonsentrasjon av sirkulerende thyreoideahormon. Konsentrasjon av fritt T₄ og fritt T₃ er uforandret. Andre bindingsproteiner, som kortikosteroidbindende globulin (CBG) og kjønnehormonbindende globulin (SHBG), kan være økt i serum, noe som gir økte nivåer av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnssteroide. Konsentrasjon av fritt eller biologisk aktivt hormon forblir uforandret. Andre plasmaproteiner kan bli forhøyet (angiotensinogen/reninsubstrat, alfa-1-antitrypsin, ceruloplamin). Det er sett økt risiko for demens hos kvinner som starter kontinuerlig behandling med kombinert HRT eller HRT med østrogen alene etter fylte 65 år. **Brennbar alkohobasert produkt:** Unngå ild, flamme og røyking inntil sprayen har tørket. **Påføring av solkrem:** Når solkrem påføres ca. 1 time etter Lenzetto, kan østradiolabsorpsjonen reduseres med 10%. Når solkrem påføres ca. 1 time for Lenzetto, er det ikke sett effekt på absorpsjonen. **Forhøyet hudtemperatur:** Økt temperatur i omgivelsene gir ca. 10% forskjell i østradiolabsorpsjonen. Denne effekten anses ikke å være klinisk relevant for daglig bruk. Forsiktighet utvises ved ekstreme temperaturbetingelser, som f.eks. solbading eller sauna. **Barn og ungdom:** Brystutvikling hos prepubertale jenter og tidlig utviklet pubertet og gynekomasti og brystvev hos prepubertale gutter er sett etter utilsikket sekundæreksposering for preparatet. I de fleste tilfellene gikk tilstanden

tilbake etter at eksponeringen var fjernet. Lege bør kontaktes ved mistanke om eksponering for preparatet og ev. forholdsregler tas for å forhindre dette. **Eksponeringsbeskyttelse:** Applikasjonsstedet må dekkes med tøy hvis en annen person kan komme i kontakt med hudområdet etter at sprayen har tørket. Applikasjonsstedet skal ikke vaskes på 60 minutter. Ikke la en annen person røre applikasjonsstedet i 60 minutter etter applikasjonen. Ikke la barn komme i kontakt med applikasjonsstedet. Hvis et barn kommer i kontakt med applikasjonsstedet, må barnets hud vaskes med såpe og vann så snart som mulig. Ikke tillat kjæledyr å slikke eller berøre applikasjonsstedet. Små kjæledyr kan være spesielt sensitive. Kontakt veterinær hvis kjæledyret viser tegn på forstørret bryst/brystvorte og/eller vulvahevelse, eller andre tegn på sykdom. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ingen interaksjonsstudier er utført. Metabolisering av østrogen kan øke ved samtidig bruk av legemidler kjent for å indukere legemiddelmetaboliserende enzymer, spesielt CYP450-enzymene, som antiepileptika og antimikrobielle midler. Ritonavir og nefinavir kan også, selv om de er kjent som kraftige hemmere, i motsetning vis induserende egenskaper når de brukes samtidig med steroidhormoner. Naturlegemidler som inneholder johannesurt (prickperikum) kan indukere metabolismen til østrogen (og gestagener). Ved transdermal tilførsel unngås effekten av førstepassasjemetabolismen i leveren. Transdermal tilførsel østrogen påvirkes derfor mindre av enzyminduserende preparater. Økt metabolisme av østrogen og gestagener gir redusert effekt og endringer i vaginal blødningsprofil. **Graviditet, amning og fertilitet:** *Graviditet:* Hvis graviditet oppstår skal behandlingen seponeres umiddelbart. Epidemiologiske studier mht. utilsikket føtal eksponering for østrogen, indikerer ingen teratogene eller fosterskadelige effekter. *Amning:* Skal ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Abdominalmerter, kvalme. Hud: Utslett, kløe. Kjønnsganer/bryst: Smerter/ømhøet i brystene, uterin/vaginal blødning inkl. spotting, metrorragi. Neurologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning, vektreduksjon. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi. Hjerte/kar: Palpitasjoner, hypertensjon. Hud: Erythema nodosum, urticaria, hudirritasjon. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjon. Kjønnsganer/bryst: Misfarging av brystene, utflod fra brystene, cervikale polyper, endometriehyperplasi, ovariecyste, vaginitt. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Neurologiske: Svimmelhet, vertigo. Psykiske: Nedsatt stemningsleie, insomni. Undersøkelser: Økt GGT, økt kolesterol i blodet. *Øre:* Vertigo. *Øye:* Synsforstyrrelser. *Øvrige:* Ødem, smerter i armløven. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Oppblåsthet, oppkast. Hud: Hirsutisme, akne. Kjønnsganer/bryst: Dysmenoré, premenstruell-lignende syndrom, brystforstørrelse. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer. Neurologiske: Migrene. Psykiske: Angst, redusert libido, økt libido. *Øye:* Intoleranse overfor kontaktlinser. *Øvrige:* Fatigue. *Ukjent frekvens:* Hud: Alopeci, klosaime, hudmisfarging. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Kvalme og brekninger, ømhøet i brystene, svimmelhet, smerter i abdomen, tretthet/fatigue og seponeringsblødning. *Behandling:* Seponering og relevant symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogen G03C side c. **Oppbevaring og holdbarhet:** Skal ikke oppbevares i kjøleskap eller fryses. Må brukes innen 56 dager etter første ganges åpning. Oppbevares ved høyst 25°C. Inneholder etanol som er brennbar. Skal ikke oppbevares i nærheten av varmekilder, åpne flammer eller andre antenneseksilder. **Pakninger og priser (pr. 22.08.2018):** 56 spraydoser (sprayboks) kr 120,40. 3 × 56 spraydoser (sprayboks) kr 288,80. **Refusjon:** G03C A03.1 Østradiol. Refusjonsberettiget bruk: Substitusjonsbehandling frem til overgangsalder ved hypofysesvikt, manglende ovarier eller inaktive ovarier. *Refusjonskoder:*

ICPC		Vilkår nr
A87	Eggstokksvikt etter behandling	125
A87	Hypopituitarisme etter behandling	125
A90	Turners syndrom	125
T99	Hypofysesvikt INA	125

ICD		Vilkår nr
E23	Hypofunksjon og andre forstyrrelser i hypofyse	125
E28.3	Primær ovarialsvikt	125
E89.3	Hypopituitarisme etter kirurgiske og medisinske prosedyrer	125
E89.4	Eggstokksvikt etter kirurgiske og medisinske prosedyrer	125
Q96	Turners syndrom	125

Vilkår: 125. Behandlingen skal være instituert i sykehus, i sykehuspoliklinikk eller av spesialist i indremedisin, nevrokirurgi, nevrologi, pediatri eller fødselshjelp og kvinnesykdommer. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 12.06.2018. **MAH:** Gedeon Richter Plc., Ungarn. Repr. Gedeon Richter Nordics AB, Norra Stationsgatan 61, SE-113 43 Stockholm, Sverige. Tel: +47 210 33390. E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu

Johan T. Hazekamp

En pionér innenfor gynekologien som nok er ganske ukjent for mange norske gynekologer – kunnskapsrik og engasjert med sitt ankerpunkt innen fertilitet og assistert befruktning. Dette intervjuet ble til gjennom en hyggelig Zoom-samtale i April og lar Gynekologens lesere bli bedre kjent med en dyktig, pensjonert kollega.



Nan Oldereid
Gynekolog ved Livio, IVF-klinikken Oslo, dr. med.



Kjersti Brenden
Gynekolog ved Livio, IVF-klinikken Oslo

Bakgrunn, familie og oppvekst

Johan T. Hazekamp er født i Nederland, yngst av fire søsken. Familien flyttet til Sør-Afrika da Johan var 5 år gammel. Det var her han vokste opp, og det var her han også startet medisinstudier etter inspirasjon fra sin eldre bror. En annen viktig interesse var film og kultur. Etter endt medisinstudium i Johannesburg ble det filmskole i London. Der traff han scenograf Tine Schwab, og sammen flyttet de til Norge. Johan arbeidet først ved gynekologisk avdeling på Radiumhospitalet et års tid før paret reiste tilbake til London. Der ble det jobb ved en gynekologisk avdeling som var spesielt rettet mot barnløshet og laparoskopisk tubekirurgi. Tine, Johan og deres to små døtre flyttet deretter videre til Cape Town. Etter en spennende periode på universitetssykehuset i denne sør-afrikanske byen gikk kursen nordover, og familien flyttet tilbake til Norge.

Hans svigermor var bekjent av Petter Fylling som den gang var avdelingsoverlege på Kvinneklubben ved Ullevål sykehus, og slik fikk Johan jobb på gynekologisk avdeling der.

Johans gynekologikarriere

Johan hadde tidlig interesse for kvinnens fertilitet. Han introduserte mikrokirurgisk tubeplastikk ved bruk av laparoskopi på Kvinneklubben Ullevål allerede på slutten av 70-tallet. Dette hadde han lært under sitt opphold i London i 1975.

Verdens første prøverørsbarn, Louise Brown, ble født i England i 1978. Det gikk ikke lang tid før Johan gikk i gang med denne nye typen fertilitetsbehandling på Ullevål. «Ullevål-teamet» startet allerede i 1981 med å tilegne seg metodene de hadde lært av og diskutert med sine engelske, svenske og nederlandske kollegaer.

Johan og hans kollegaer på Ullevål var også de første som oppnådde graviditet etter IVF-behandling i Norge, men dessverre endte graviditeten i en spontanabort.

Senere skulle Johan arbeide med assistert befruktning resten av sin yrkeskarriere.

Etter nesten 10 år på Ullevål sykehus etablerte han Norges første private IVF-klinikk på Ring Medisinske Senter, allerede i 1986. Det var suksess fra første stund! Det første barnet blir født senere samme år. Johan startet alene og lærte etter hvert opp to laboratorieassistenter. Dette var biologiingeniørene Anne-Kristin Mauroy og Tove Nakken. Førstnevnte ble hos Johan resten av hans jobbkarriere. I 1991 flyttet klinikken til Volvat. Da var også den svenske gynekologen Karin Hallman blitt en del av teamet. Sammen bidro de til introduksjon av nye teknikker innenfor assistert befruktning her i landet, og de var de første som fikk suksess med mikroinjeksjon (ICSI). Andre milepæler som kan nevnes er:

- Norges første «ICSI-barn» i 1995
- Startet med langstidsdyrking av embryoer med tilbakeplassering på dag 4 og 5
- I 2009 var de den første klinikken i Norge med behandlingstilbud til lesbiske par. Senere samme år ble det første barnet etter inseminasjon med donorsæd født.
- De dret nedfrysingsmetoden for lagring av embryo fra «slowfreeze-metoden» til vitrifisering av blastocyster. Første barnet etter vitrifisering av blastocyst i Norge ble født i 2010 etter behandling hos Johan og Karin.

Johan var også opptatt av det faglige foreningslivet, og i to perioder satt han som president for Nordic Fertility Society (NFS) og bidro med å opprettholde et nyttig og viktig samarbeid mellom de nordiske landene.

Johan og Karin avsluttet samarbeidet med Volvat i 2010 og startet den selvstendige private IVF-klinikken Oslo i nye lokaler på Majorstuen. Få år senere ble IVF-klinikken del av IVF-Sverige, som senere fikk navnet LIVIO og er Nordens største aktør innen assistert befruktning. Livio-gruppen består av 7 svenske og en islandsk klinikk i tillegg til nettopp klinikken på Majorstuen som Johan startet for mer enn 30 år siden.

Siden Johan startet opp med fertilitetsbehandling på Ring medisinske senter i 1986, kan klinikken han var drivkraften bak se tilbake på å ha hjulpet flere enn 3000 barn til verden. For Johan var det imidlertid tid for å sette punktum bak hans IVF-karriere.



Konsentrert filmskaper



Johan hilser til alle IVF-barn i Norge



På årsmøte i Nordic Fertility Society, Island 2000



IVF-teamet på Volvat

Tiden som pensjonist

Parallelt med assistert befruktning har Johan alltid hatt en forkjærlighet for kultur og film, og dette har han nå endelig fått mer tid til. Således savner han ikke hverdagen på klinikken som pensjonist, men ser tilbake på en fantastisk karriere der han var heldig å få være med på å skape og etablere IVF som et nytt fagfelt i Norge.

Etter hvert som faget IVF tok form kom også lovgivningen der Norge, i motsetning til våre naboland, har vist en restriktiv holdning til hva som kan tillates. Johans fot har alltid vært tidlig fremme og ikke overraskende var det nettopp teamet til Johan og Karin som først introduserte inseminasjon til likekjønnede par straks godkjenning forelå. Med tiden øynes mulighet for

åpning av flere felt, som eggdonasjon og behandling av enslige. Johans kampsak for altruistisk surrogati er også ett av disse.

Johan følger fortsatt aktivt med i utviklingen innen IVF, men er nok fornøyd med egen innsats og glad andre har tatt over hans engasjement. Han er fortsatt en travel mann med mye fore. Han lager film og studerer fransk sammen med sin kone Tine. Han har god kontakt med sine døtre (som også begge arbeider innen filmbransjen) og barnebarn som har etablert seg i Danmark og Nederland, samt annen familie spredt over store deler av verden. I disse coronatider, der diverse nettfora er blitt en viktig kommunikasjonsmåte i hverdagen, er han allerede godt bevandret. Dagens samtale med Johan var også mulig takket være internett, der vi satt ved hver vår PC en fin vårdag i april.



Kjære alle LTS



Hilde Sellevoll
FUGO-leder

Det har vært en annerledes vår for de fleste av oss. Vi er i krig mot en usynlig inntrenger, og som helsearbeidere står vi i frontlinjen. Selv hadde jeg akkurat rukket å bli ferdig med opplæringsvaktene mine ved gastrokirurgisk avdeling ved Ullevål sykehus, før jeg sto midt i kaoset. I løpet av noen dager ble arbeidshverdagen endret med nye vaktplaner, møterutiner og strenge smitteverntiltak. Frykten for å bidra til spredningen av viruset ved å utvide smitte pasienter, kollegaer, familie og andre sårbare, var påtrengende. Og kanskje ikke uventet, en søndag i slutten av mars fikk jeg telefon fra en kollega om at jeg måtte i 14 dager karantene fordi jeg, uten smittevernutstyr, hadde tatt imot en pasient som senere viste seg å være positiv for koronavirus. Min første tanke var at jeg hadde gjort en feilvurdering, men heldigvis, noen timer senere fikk jeg en beroligende telefon fra den nye sjefen min – dette var helt uventet og jeg måtte ikke klandre meg selv. Jeg pustet lettet ut. Hendelsen medførte etter hvert endringer av smittevernrutiner, og det har senere ballet på seg med publiseringer i Tidsskriftet og BJS. Fra livet i hjemmekarantene kunne jeg bidra bitte litt i hvert fall.

Mens jeg satt i hjemmekarantene fikk jeg også muligheten til å filosofere litt rundt livet som helsearbeider, som sikkert mange andre også har gjort. Det er tydeligere enn noen gang at vi gjennom jobben vår utsetter ikke bare oss selv, men også våre familier og våre nære for risiko, spesielt nå i forbindelse et potensielt dødelig virus. Desto viktigere er det at vi står sammen som kollegaer – og kanskje spesielt for oss yngre leger som ofte står fremst i behandlingen av pasienter – at vi snakker med hverandre om hvordan vi har det og de utfordringene vi står oppe i. Samtidig kreves det at vi er oppdatert på siste nytt, og da er det trygt å ha et godt fagmiljø med erfarne kollegaer i bakhånd som skriver gode retningslinjer vi kan støtte oss til. Takk for det! Heldigvis ble jeg selv ikke smittet i denne omgang, og frykten og usikkerheten rundt smitterisiko har etter hvert roet seg.

For oss i FUGO-styret var det spesielt tungt å måtte avlyse årets ENTOG-utveksling, som vi har brukt mye tid på å planlegge sammen med kollegaer fra Europa. Dette arbeidet er muligens ikke bortkastet likevel, da vi er forespurt om å arrangere ENTOG-utveksling i 2022 i stedet – planene ligger jo allerede klare. Koronakrisen har også endret forutsetningene for FUGOs aktiviteter utover høsten. Ettersom årsmøtet nå er avlyst, legger vi opp til at FUGOs generalforsamling kan avholdes virtuelt – forhåpentligvis også med et spennende faglig innlegg – så følg med på våre facebook-sider! Her skal det også velges nye styremedlemmer, og dersom du er interessert i FUGO-styrets arbeid så ikke nøl med å ta kontakt (spesielt dersom du jobber i Midt- eller Nord-Norge).

Den digitale arenaen har i denne tiden vist seg å være nyttigere enn noen gang, og allerede før pandemien brøt ut hadde vi i FUGO-styret planlagt å lansere et «FUGOtek» på nettsidene våre. Som en smakebit vil jeg anbefale å sjekke ut podkastene som Øystein Bergøy anbefaler i forrige og inneværende nummer av Gynekologen. I samarbeid med de andre nordiske landene planlegger vi også å sende ut en spørreundersøkelse til nyutdannede spesialister, for å se hva som kan gjøres bedre i spesialistutdanningen på tvers av landegrensene.

Planene for sommerferien ser også annerledes ut. Utenlandsreiser er uaktuelt, og festivaler og bryllup avlyses fortløpende. Personlig har jeg hevet meg på hengekøyetrenden og håper på å kunne nyte vårt vakre land svingende mellom to trær.

Presentasjon av styret



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



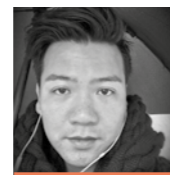
Anders Einum
Representant Norsk Gynekologisk Forening (NGF)
Arbeidssted: Haukeland Universitetssykehus 2019–dd.
St. Olavs Hospital 2017–2019.
Stavanger Universitetssykehus 2015–2017
E-post: aeinum@gmail.com



Øystein Bergøy
Nestleder
Arbeidssted: Stavanger Universitetssykehus 2018–dd.
Sørlandet Sykehus 2015–2017.
E-post: oystein.bergoy@gmail.com



Marianne Omtvedt
Leder for «Boksen går», representant
Endoskopiutvalget
Arbeidssted: Oslo Universitetssykehus 2018–dd.
Sykehuset i Vestfold 2015–2020.
E-post: momtvedt@yahoo.no



Mark Barbero
Sekretær, NFYOG, ENTOG
Arbeidssted: Haukeland universitetssykehus 2016–dd.
E-post: ml_barbero@hotmail.com



Liva Helleland
Kasserer, medlem av «Abortkomiteen» for NGF
Arbeidssted: Haukeland Universitetssykehus 2014–dd.
E-post: liva.helleland@gmail.com



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

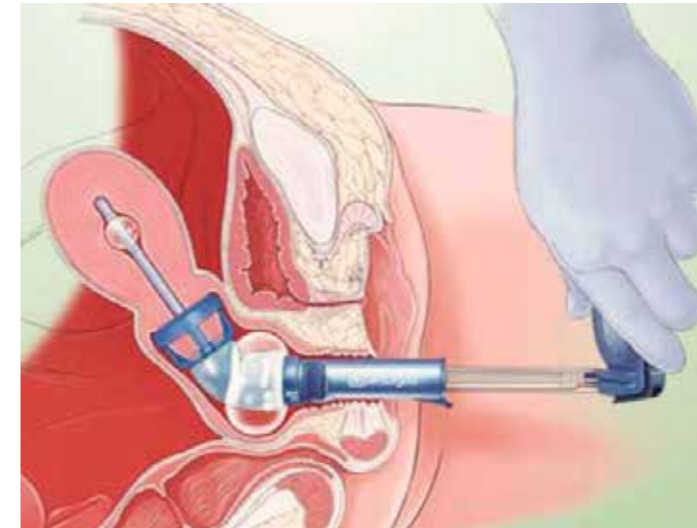


Jan Bye a.s

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 anvendelige 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
Kontakt oss gjerne på e-post post@janbye.no eller telefon 64959377
Adresse Brevikbråteveien 9, 1555 Son



Jan Bye a.s
MEDISINSK TEKNIKK

Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Sandra Larsen disputerte 10.02.2020 ved Univeristetet i Oslo

Sammenhenger mellom placentavekt og mors hemoglobinkonsentrasjoner, mors røyking og preeklampsi

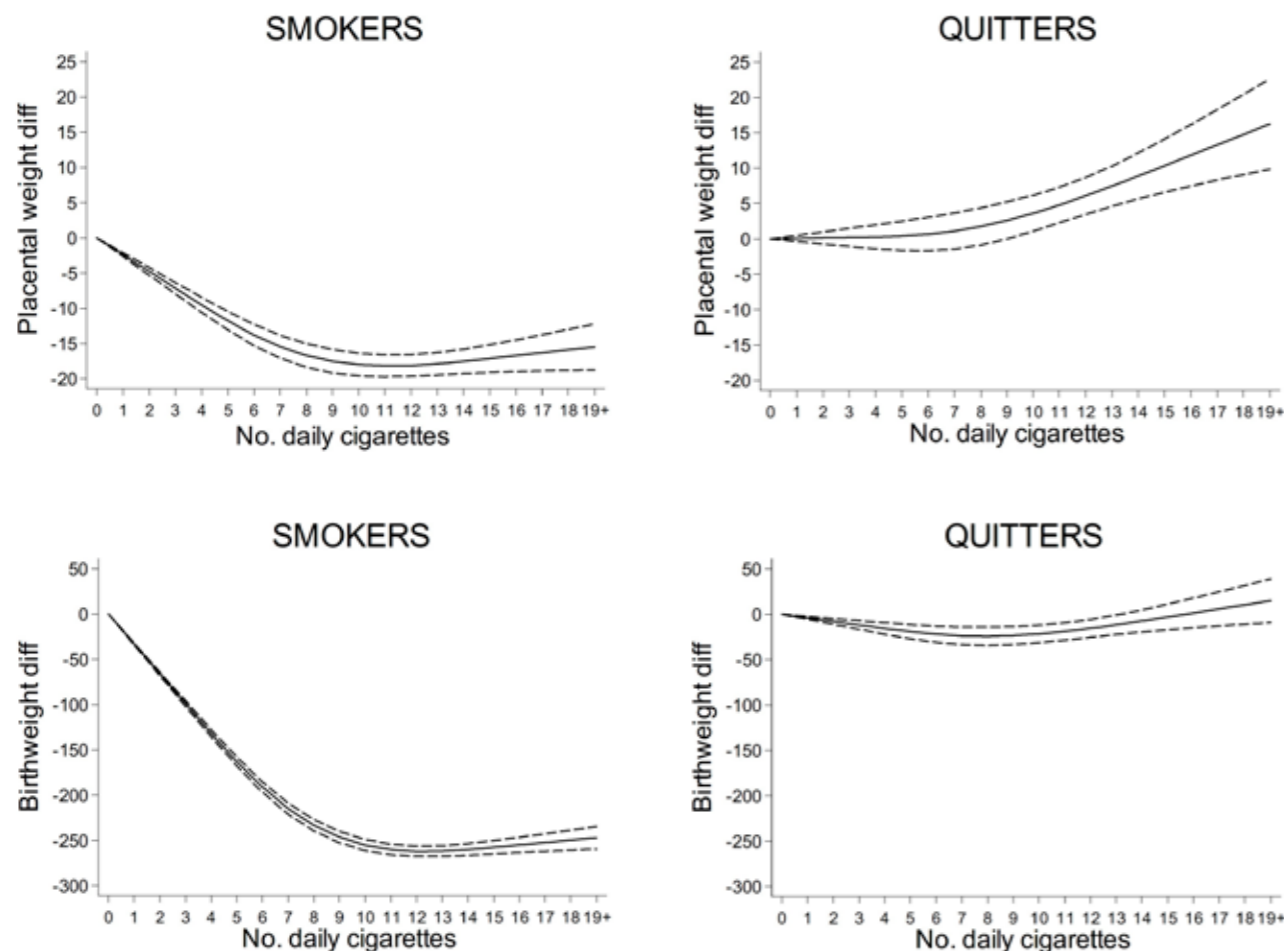
En velfungerende placenta er avgjørende for et vellykket svangerskap. På hvilke måter placentaveksten påvirkes av mors tilstander under svangerskapet kan gi viktig informasjon om det intrauterine miljøet til fosteret, men også om hvilke konsekvenser dette kan ha for fremtidig helse hos mor og barn.

I sin avhandling *Placental weight – associations with maternal factors and preeclampsia* har Sandra Larsen og medarbeidere undersøkt sammenhengene mellom placentavekt og mors hemoglobinkonsentrasjoner, mors røyking og preeklampsi.

De fant at placentavekten var høy ved lave hemoglobin-konsentrasjoner hos mor og avtok med økende hemoglobinkonsentrasjoner.



DOKTORAND: Sandra Larsen
GRAD: Philosophiae doctor
FAKULTET: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
INSTITUTT: Institutt for klinisk medisin
FAGOMRÅDE: Obstetrikk
VEILEDERE: Anne Eskild og Camilla Haavaldsen
DISPUTASDATO: 10.02.2020



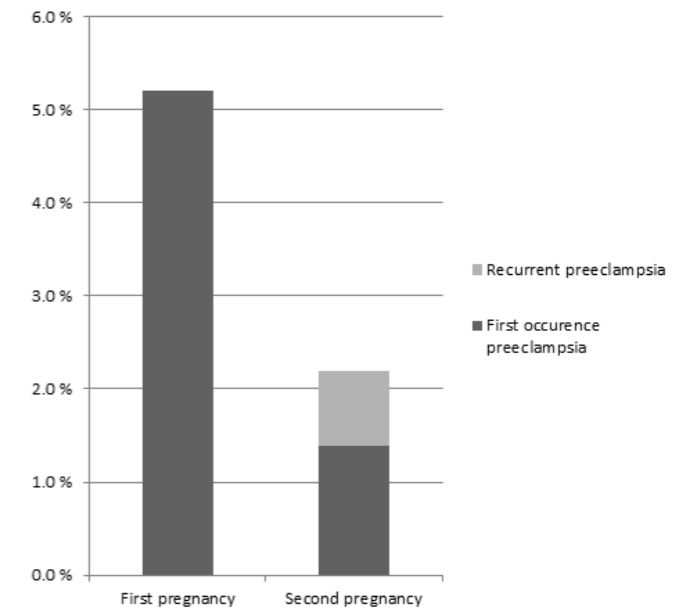
Figur 1-4: Estimerte forskjeller i placentavekt og fødselsvekt i henhold til antall daglige sigaretter i det første trimester av svangerskapet, blant kvinner som røyker gjennom hele svangerskapet og kvinner som slutter å røyke etter første trimester.

Hos kvinner som røykte gjennom hele graviditeten sank både placentavekt og fødselsvekt med økende antall sigaretter daglig. Hos kvinner som sluttet å røyke etter første trimester var placentavekt høyere enn hos ikke-røykere. Barnets fødselsvekt hos disse kvinnene var nesten lik den til ikke-røykere.

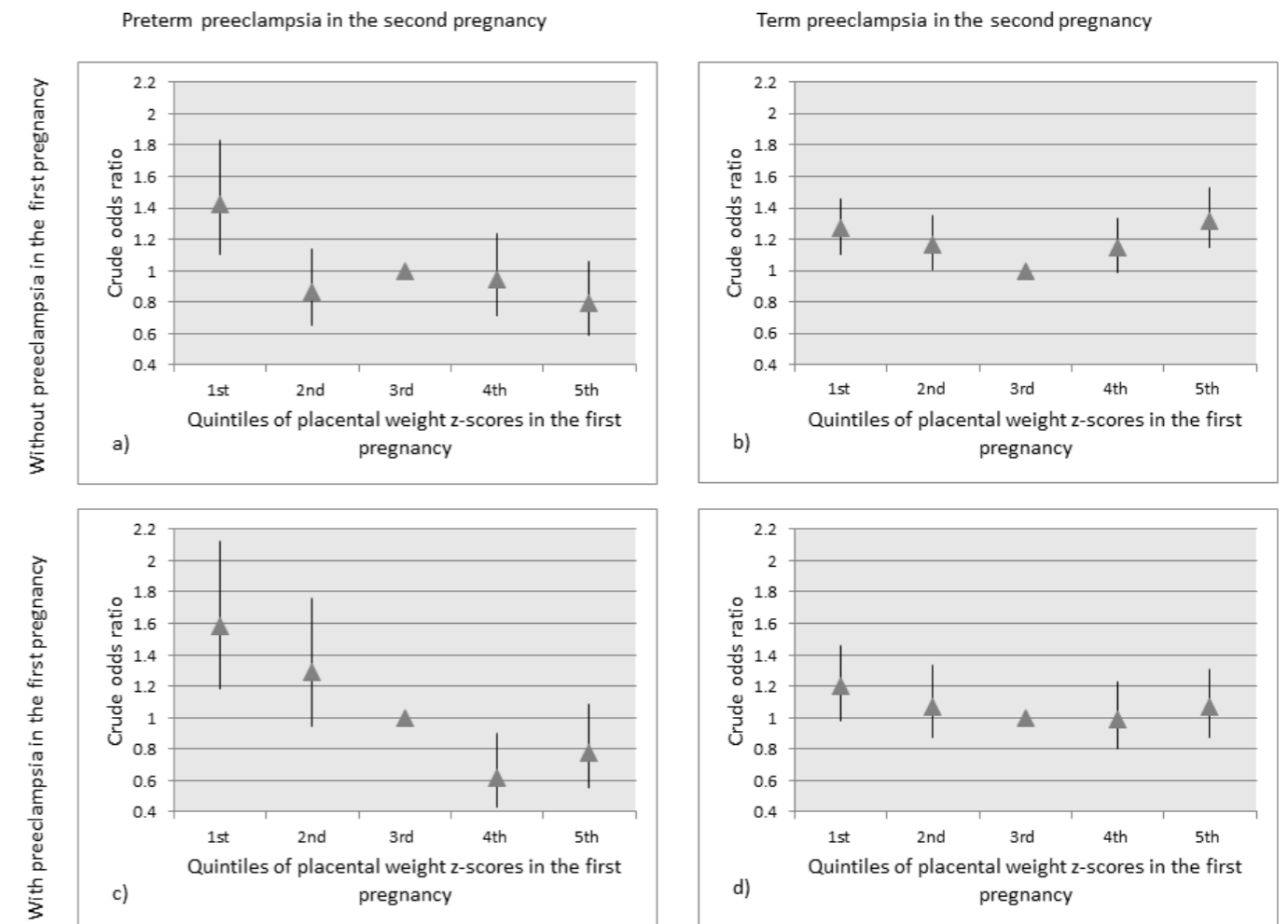
Lave hemoglobinkonsentrasjoner hos mor, antall sigaretter røkt daglig og røykeslutt påvirket placentavekt på forskjellige måter, men placentavekten forble relativt høy i forhold til barnets vekt. En stor morkake i forhold til barnet kan tyde på at barnet har blitt utsatt for et skadelig miljø under graviditeten, og dette kan føre til alvorlige konsekvenser senere i livet.

Årsaken til preeklampsi er ukjent, og det er vanskelig å forutsi hvilke kvinner som vil få preeklampsi. Lav placentavekt i første svangerskap økte risikoen for preeklampsi i neste svangerskap. Hos kvinner som ikke hadde hatt preeklampsi tidligere, økte også høy placentavekt risikoen for term preeklampsi i neste svangerskap.

Resultatene viser at placentavekt i det første svangerskapet kan bidra til å gjenkjenne kvinner med økt risiko for å utvikle preeklampsi i andre svangerskap.



Figur 5: Prevalensen av preeklampsi i første og andre svangerskap blant 186 859 kvinner i Norge med to påfølgende enlignsvangerskap i årene 1999-2012.



Figur 6: Crude odds ratio (OR) med 95% konfidensintervall for preterm (a, c) og term (b, d) preeklampsi i det andre svangerskapet i henhold til kvintiler av placentavekt z-score i det første svangerskapet, blant kvinner uten preeklampsi i det første svangerskapet (n = 177 149) (a, b) og kvinner med preeklampsi i det første svangerskapet (n = 9710) (c, d).

Nytt fra spesialitetskomiteen



Marte Myhre Reigstad
leder spesialitetskomiteen

Vi kan vel trygt si at våren 2020 ble helt annerledes enn noen av oss forventet. Annerledes for oss alle over det ganske land, ja for hele verden. Spesialitetskomiteens arbeid består i møter. Møter med hverandre. Møter med NGFs medlemmer. Arbeidsmøter og møter i hotell-lobbyer i forbindelse med kongresser. Møter i form av vurderingsbesøk på sykehusavdelinger. Denne våren ble vi (med glede og vrede) godt kjent med TEAMS, Skype, «flerpartskonferanse i norsk helsenett» (jeg tror det heter Join?) og Zoom.

Mange av oss har i koronatiden lært at det er mer effektivt når den blivende far ikke deltar på timen. Hvis vi kutter ut noen konsultasjoner, kan både vi og pasienten spare tid. Hjemme hos oss har vi litt bedre tid hjemme om morgenen de dagene vi kan hoppe over morgenmøtet og gå rett på poliklinikken.

Men, det jeg også har fått en gryende anelse om, er hvor viktig

det er å møtes! Hvor utrolig viktig det er for oss mennesker, og for faget vårt, at vi treffes ansikt til ansikt. Det å møtes fremmer samarbeid, felles forståelse og følelsen av fremdrift, entusiasme og samhold! Jeg tror vi kan bruke denne lærdommen til å se viktigheten av å ha en felles møteplass for våre LiS. Det å ha kurs som er nasjonale og felles for alle LiS er viktigere enn noen gang. At LiS får delta på NGFs årsmøte er nødvendig på så mange plan. Derfor håper vi at HDir nå vil ta våre forslag til følge, med en langt mer utfyllende kurspakke med mange flere obligatoriske kurs. Vi venter i spenning på dette (når HDir har overskudd til noe annet en pandemi-arbeid).

Arbeidet med ny spesialiststruktur er satt på vent nå, både hos Legeforeningen og hos HDir. Vi gleder oss veldig til å komme i gang som normalt igjen, til vurderingen av utdanningsinstitusjonenes søknader, videre arbeid med kursportefølje m.m. Mest av alt gleder vi oss til møter med alle dere når besøksordningen til spesialitetskomiteen gjenopptas.

Vi ønsker alt godt for alle LiS (og spesialister) som gjør en jobb de kan være stolte av i denne tiden – og så må vi huske at en viktig del av beredskapen vår er å ha godt utdannede spesialister!

På vegne av komiteen,
Marte Reigstad

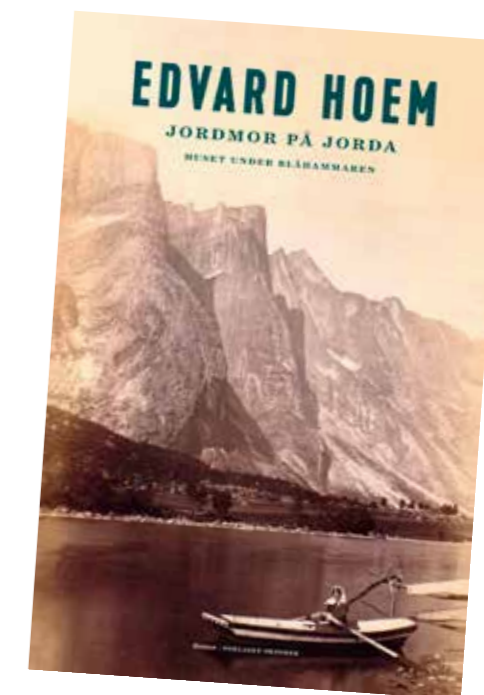


Gynekologen anbefaler litteratur med (varierende grad av) faglig relevans

Denne gangen:

Edvard Hoem Jordmor på jorda. Huset under blåhammaren

Utgitt i 2018 av forlaget Oktober



Lar du deg fascinere av hvordan fødselshjelp ble utøvet av våre forfedre? Synes du det er interessant å vite hvordan kvinner i tidligere århundrer har opplevd fødsel? I så fall kan du bruke sommerferien på å lese det kritikerroste forspillet til Edvard Hoems mye omtalte serie med slektsromaner. Forfatteren vant Brages hederspris i 2019 og ble utnevnt til Kommandør av St. Olavs Orden i 2020 for sin fremragende innsats for norsk litteratur og kulturarv. Denne frittstående romanen beskriver hvordan hans tippoldemor levde og kjempet for sin profesjon som jordmor i Møre og Romsdal for nærmere 200 år siden.

Jordmor på jorda. Huset under blåhammaren beskriver livet til jordmoren Marta Kristine Andersdatter Nesje fra Romsdal. Handlingen utspiller seg i tidsrommet fra 1800-tallets begynnelse til omkring 1880. Vi følger en bestemt og dedikert kvinne gjennom livet fra uredd syvåring til bereist, belest og erfaren jordmor med en hemmeligholdt forløsningstang i vesken.

Selv om du ikke lærer obstetrikke av å lese denne boken, får du en skildring av forholdet bygdefolket i Norge hadde til fødselshjelp på 1800-tallet. Boken beskriver en jordmors kamp for respekt og tillit, utfordret av hard økonomi, overtro og skepsis fra både fødekvinner, bønder og ufaglærte hjelpekoner.

Jordmorreglementet fra 1810 ulovliggjorde bruk av såkalte hjelpekoner i fødsel på steder der det var ansatt profesjonelle jordmødre. Dette ga i praksis jordmødrene rett til å forløse barn hjemme hos familiene mot deres vilje. Da bokens hovedperson startet i jordmorlære foregikk likevel mer enn halvparten av fødslene i distriktet uten jordmor til stede. Fødselslege var det naturligvis ikke snakk om i denne typen områder.

Dette førte i 1820 til i en rettsak der bokens hovedperson anmelder flere familier som har unnlatt å tilkalle jordmor under fødsel. Profesjonskampen mellom tradisjonelle og nye fødselshjelpere er kanskje noe av det mest tankevekkende med boken,

med paralleller til vår egen tid både innenfor og utenfor offentlig helsevesen. Disse historiske skildringene kan være fascinerende lesning for alle med et nært forhold til jordmorprofesjonen, inkludert gynekologer.

Boken er både rørende, lettlest og gripende, samtidig som Hoem er faktabasert i sine gjengivelser. Vi påminnes stadig om at reell slektsforskning, kirkebøker og offentlige registre ligger til grunn for den ellers nokså romantiske og fargemalende romanen.

Historiene vi leser er dramatiske, men ikke en overdrivelse av situasjonen i Norge på 1800-tallet. Tvert i mot var Møre og Romsdal først ute i Norge med å opprette en offentlig jordmortjeneste, med landets høyeste antall jordmødre gjennom hele 1800-tallet.

Romanen er oppfølger til en bok Hoem ga ut forbindelse med Den norske jordmorforeningens 100-årsjubileum i 2008. Nyttgivelsen er absolutt interessant for en gynekolog eller LIS med historisk interesse og ønske om å forstå historien til våre kollegaer litt bedre.

God fornøyelse!

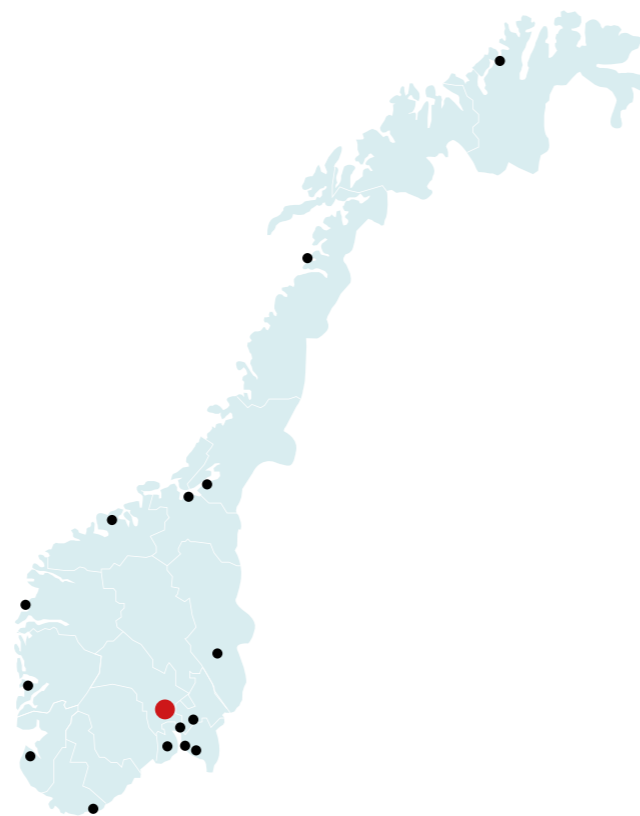
Kilde: Aud Farstad, På liv og død. Distriktsjordmødrenes historie. Samlaget, Oslo 2016, 418 s



Drammen sykehus sett fra Bragernesåsen

Tidligere besøkt:

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



Legegjengen som henger på trappa

Norge Rundt

Drømmen om Drammen



Maja L. Bonnichsen
 Lege i spesialisering



Gry Findal
 Overlege



Wadjaha E. Sheikh
 Lege i spesialisering

“Drammen, byen du kjører gjennom” Så kjære kollegaer, hva fikk oss til å stoppe i denne byen, bli og forbli ansatt på Drammen sykehus?

«Elvebyen» Drammen, byen som ligger 30 minutters togreise fra Oslo, er skapt av industri rundt og på Drammenselven, sjøfart og omgivende jord-og skogbruks områder. Byen har vært gjennom opturer og nedturer, men ikke gitt opp drømmen om noe bedre. Dette har resultert i visjoner som «Drømmen om Drammen», Naturbania og «Look to Strømsø», og resultert i en rekke bypriser på arenaer som integrering, byplanlegging, byutvikling, design og evne til å tiltrekke arbeidskraft.

Tettstedet Drammen er landets femte største, med befolkning på 107 930 per 2019, og er en av de raskest voksende byregionene i Norge. Etter Oslo er Drammen den nest største innvandrersbyen med 25 % innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre.

Drammen sykehus

Drammen fikk sitt første sykehus i 1786 og er i dag byens største arbeidsplass. Etter 137 år på samme plass bygges nytt sykehuset på industriområdet på Brakerøya. Det er med store forventninger og spenning at vi venter på innflytting hit i 2024/2025.



En av de legendariske bursdagsfeiringene, her med Gunnhild Nygaard



En urogynekologisk bursdagskake



Flere superleger på en helt vanlig dag



Drømmen om Drammen



Lill Nyfløt i Afghanistan



Vegard Vartdal på kontrabass

Sykehuset er et klassisk arbeidssykehus med akademiske drømmer og det største av de fire sykehusene i Vestre Viken, som har et pasientgrunnlag på omtrent 500.000 med pasienter fra 22 kommuner. Herav stor variasjon i pasientpopulasjonen med utfordringer som lang reisevei, varierende språkkunnskap og høy andel trygdede, samt med økende grad av barnefattigdom. Sykehuset har avdelinger innen de fleste fagområder, blant annet karkirurgisk avdeling og intervensjonsradiologisk avdeling. Nyfødtavdelingen har utstrakt forskningsaktivitet, og er kjent for kengurumottak og familierom. Vi tar imot selekterte gravide fra de andre tre sykehusene i Vestre Viken, mens vi er lokalsykehus for gynekologisk behandling.

Kvinneklinikken

Zoomer vi videre inn på vår avdeling finner vi en bukett leger med 7 forskjellige nasjonaliteter, med mangfoldige interesser som både utfyller og underholder hverandre. Staben består av 13 overleger og 10 LIS, hvorav fire menn, som tilsammen utgjør et ungt og stabilt legekolegium. Vi utdanner Leger i spesialisering gjennom hele utdanningsløpet og tilbyr variert opplæring innenfor både gynekologi og fødselshjelp.

I vår stab er vi alle helter, men noen utmerker seg ekstra ved å

redde liv i Afghanistan eller fra Drammenselven på fritiden. Videre har vi blant annet filmstjerner, hønsemor, jordomseiler, lettmatroser, flamencodansere, sopransangere, ballettdansere, birøkter, kontrabassist og stisyklist. Avdelingen som vektlegger sosial aktivitet har eget bursdagskor, poet og partyfikser. Vi er kjent for våre legendariske bursdagsfeiringer. Mens koronaen har satt en stopper for årets Holmenkollstafett, legger «Team fitgyn Drammen» seg i hardtrening for å kunne gi alt i 2021. Andre avdelinger er herved utfordret!

Gynekologisk avdeling

Sengeposten har 5 senger med 900 døgnopphold i året. Operasjonene fordeler seg på hovedoperasjon med 400 inngrep i året og dagkirurgi med 221 inngrep i året.

På poliklinikken blir nesten 7000 pasienter utredet og behandlet. Koniseringer og hysteroskopisk diagnostikk og behandling med bruk av versaskopi og myosure gjennomføres poliklinisk i lokalbedøvelse. Så tidlig som i 2013 startet vi med poliklinisk hysteroskopi. To av overlegene har master i laparoskopi, som gir et flott grunnlag for opplæring av LIS. «Boksen går»- kampanjen har blitt godt implementert og alle LIS skal gjennomføre Winner's Project.

Gynekologisk avdeling jobber med kvalitetsforbedringsarbeid om kvinner med genital descens hvor vi etablerer et kvalitetsregister med standardisert oppfølging av pasientforløpet.

Med fokus på intern vekst har vi en overlege som tar en spesiell utdanning i forbedringskunnskap. Utdanningen tilbys i Skottland. Skotske NHS og NES har laget et program kalt «SQSF – Scottish quality and safety fellowship», som tilbyr en praktisk orientert utdanning innen klinisk forbedringsarbeid på egen arbeidsplass. Med dette kan det bare bli bedre!

Fødeavdelingen

Det ble født 1746 barn ved Drammen sykehus i 2019. Som de fleste sykehus har vi opplevd en nedadgående trend i antall fødsler siden 2012, da vi hadde litt over 2000 fødsler i året. Som kvinneklinikk tar vi imot fødsler fra og med uke 28. Fødepoliklinikken har så mye som 11 600 konsultasjoner i året. Her følges blant annet selekterte risikopasienter opp, f.eks. kvinner med diabetes eller høy BMI. Vi har, ved siden av OUS og AHUS, størst andel fremmedspråklige i Norge, samt at våre kvinner ligger på fedmetoppen. Pasientgrunnlaget gir oss derfor en stor andel patologi og utfordringer på tross av moderat fødselstall.

Flere av våre leger er engasjert i forskningsprosjekter knyttet til obstetikk. Fødeavdelingen har to overleger med Phd og ekspertise på postpartumbledninger og infeksjoner i svangerskapet. To LIS har pågående Phd, om hhv. indikasjon for keisersnitt i Afrika og om oppfølging av adipøse gravide. Vi har nylig implementert 200 pasienter i en studie som sammenligner to typer induksjonsballonger. Vi har en overlege og en LIS med videreutdanning innen doppler ultralyd.

Avdelingen har også en engasjert jordmorgruppe som har malt og innredet avdelingen for pantepenger. En gruppe jordmødre har startet et Doula-prosjekt for bedre omsorg og ivaretagelse av våre fremmedspråklige kvinner. Jordmødre og leger har det siste året deltatt på «Gynzone»-kurs for å øke kvalitet på håndtering av fødselsrifter.

Med en avdeling som er travel, levende, underholdende, hyggelig, spennende og givende skjønner vel leseren hvorfor vi stoppet i Drammen.



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

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 innholdstoffer. 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 finner du fulltekst av artiklene samt presentasjoner i PowerPoint format. Vi håper dette vil vekke din faglige nysgjerrighet!

Mehreen Zaigham Ola Andersson. **Maternal and Perinatal Outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies.** Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 First published:07 April 2020 <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>

Introduction: The pandemic caused by the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) has exposed vulnerable populations to an unprecedented global health crisis. The knowledge gained from previous human coronavirus outbreaks suggests that pregnant women and their fetuses are particularly susceptible to poor outcomes. The objective of this study was to summarize the clinical manifestations and maternal and perinatal outcomes of COVID-19 during pregnancy.

Material and methods: We searched databases for all case reports and series from February 12 to April 4, 2020. Multiple terms and combinations were used including COVID-19, pregnancy, maternal mortality, maternal morbidity, complications, clinical manifestations, neonatal morbidity, intrauterine fetal death, neonatal mortality and SARS-CoV-2. Eligibility criteria included peer-reviewed publications written in English or Chinese and quantitative real-time polymerase chain reaction (PCR) or dual fluorescence PCR confirmed SARS-CoV-2 infection. Unpublished reports, unspecified date and location of the study or suspicion of duplicate reporting, cases with suspected COVID-19 that were not confirmed by a laboratory test, and unreported maternal or perinatal outcomes were excluded. Data on clinical manifestations, maternal and perinatal outcomes including vertical transmission were extracted and analyzed.

Results: Eighteen articles reporting data from 108 pregnancies between December 8, 2019 and April 1, 2020 were included in the current study. Most reports described women presenting in the third trimester with fever (68%) and coughing (34%). Lymphocytopenia (59%) with elevated C-reactive protein (70%) was observed and 91% were delivered by cesarean section. Three maternal intensive care unit admissions were noted but no maternal deaths. One neonatal death and one intrauterine death were also reported.

Conclusions: Although the majority of mothers were discharged without any major complications, severe maternal morbidity as a result of COVID-19 and perinatal deaths were reported. Vertical transmission of the COVID-19 could not be ruled out. Careful monitoring of pregnancies with COVID-19 and measures to prevent neonatal infection are warranted.

Mats Brännström Pernilla Dahm-Kähler Niclas Kvarnström Randa Akouri Karin Rova Michael Olausson Klaus Groth Jana Ekberg Anders Enskog Mona Sheikhi Johan Mölne Hans Bokström. **Live-birth after robotic-assisted live donor uterus transplantation.** Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Mar 20. <https://doi.org/10.1111/aogs.13853>.

Introduction: The proof-of-concept of uterus transplantation, as a

treatment for absolute uterine factor infertility, came with the first livebirth after uterus transplantation, which took place in Sweden in 2014. This was after a live donor procedure, with laparotomy in both donor and recipient. In our second, ongoing trial we introduced robotic-assisted laparoscopic surgery of the donor to develop minimal invasive surgery for this procedure. Here, we report the surgery and pregnancy behind the first livebirth from that trial.

Material: and methods: The case of the present study, within a prospective observational study, includes a 62-year-old mother as uterus donor, and a 33 year-old daughter with uterine absence as part of the Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome, as recipient. Donor surgery was mainly done by robotic-assisted laparoscopy, involving dissections of the utero-vaginal fossa, arteries, and ureters. The last part of surgery was by laparotomy. Recipient laparotomy included vascular anastomoses to the external iliac vessels. Data relating to in vitro fertilization, surgery, follow-up, obstetrics and postnatal growth are presented.

Results: Three in vitro fertilization cycles prior to transplantation gave 12 cryopreserved embryos. The surgical time of the donor in the robot was 360 min, according to protocol. The durations for robotic surgery for dissections of the utero-vaginal fossa, arteries, and of ureters were 30, 160 and 84 minutes, respectively. The remainder of donor surgery was by laparotomy. Recipient surgery included preparations of the vaginal vault, three end-to-side anastomoses (one arterial, two venous) on each side to the external iliacs and fixation of the uterus. Ten months after transplantation, one blastocyst was transferred and resulted in pregnancy, which proceeded uneventful until elective cesarean section in week 36+1. A healthy boy (Apgar 9-10-10) was delivered. Follow-up of child has been uneventful for 12 months.

Conclusions: This is the first report of livebirth after use of robotic-assisted laparoscopy in uterus transplantation and is thereby a proof-of-concept of use of minimal invasive surgery in this new type of transplantation.

Kasper Gadsbøll Olav B. Petersen Vincent Gatinois Heather Strange Bo Jacobsson Ronald Wapner Joris R. Vermeesch The NIPT-map Study Group Ida Vogel. **Current use of noninvasive prenatal testing in Europe, Australia and the USA: A graphical presentation.** Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Mar 16. <https://doi.org/10.1111/aogs.13841>

Introduction: Noninvasive prenatal testing (NIPT) using cell-free fetal DNA has increasingly been adopted as a screening tool for fetal aneuploidies. Several studies have discussed benefits and limitations of NIPT compared with both ultrasound and invasive procedures, but in spite of some shortcomings NIPT has become extensively used within the last 5 years. This study aims to describe the current use of NIPT in Europe, Australia and the USA.

Material and methods: We conducted a survey to describe the current use of NIPT. Colleagues filled in a simple email-based questionnaire on NIPT in their own country, providing

information on (a) access to NIPT, (b) NIPT’s chromosomal coverage, (c) financial coverage of NIPT for the patient and (d) the proportion of women using NIPT in pregnancy. Some data are best clinical estimates, due to a lack of national data. **Results:** In Europe, 14 countries have adopted NIPT into a national policy/program. Two countries (Belgium and the Netherlands) offer NIPT for all pregnant women, whereas most other European countries have implemented NIPT as an offer for higher risk women after first trimester screening. In Australia, either combined first trimester screening (cFTS) or NIPT is used as a primary prenatal screening test. In the USA, there are no national consensus policies on the use of NIPT; however, NIPT is widely implemented. In most European countries offering NIPT, the proportion of women using NIPT is well below 25%. In the Netherlands, Austria, Italy, Spain and most Australian and American States, 25%–50% of women have NIPT performed and in Belgium testing is above 75%. In most countries, NIPT reports on trisomy 13, 18 and 21, and often also on sex chromosome aneuploidies. Only in Belgium, the Netherlands, Lithuania, Greece, Cyprus and Italy is NIPT offered predominantly as a genome-wide test (including some microdeletions or a whole genome coverage). **Conclusions:** Noninvasive prenatal testing has been widely adopted throughout Europe, Australia and the USA, but only a few countries/states have a national policy on the use of NIPT. The variation in NIPT utilization is considerable.

Batool Nadim, Mathew Leonardi, Fernando Infante, Ihab Lattouf, Shannon Reid, George Condous. **Rationalizing the management of pregnancies of unknown location: Diagnostic accuracy of human chorionic gonadotropin ratio-based decision tree compared with the risk prediction model M4.** Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Mar;99(3):381-390. <https://doi.org/10.1111/aogs.13752>.

Introduction: The objective was to compare the diagnostic accuracy of the decision tree analysis prediction model P1, which incorporates the human chorionic gonadotropin (hCG) ratio (hCG 48 hours/hCG 0 hour), and risk prediction model M4 in the management of women with pregnancy of unknown location (PUL).

Material and methods: A retrospective diagnostic accuracy study was performed on PUL data collected between August 2011 and September 2018. Women with a PUL were prospectively managed according to the P1 prediction model, which utilizes the hCG ratio and, if necessary, a day (D) 7 hCG. We compared the performance of P1 with the M4 model, a logistic regression mathematical model using initial hCG and hCG ratio, to classify PULs as low risk (failed PUL [failed] or intrauterine pregnancy) or high risk (ectopic pregnancy or persistent PUL). The reference standard was defined as the final PUL outcome.

Results: Transvaginal ultrasound was done in 3847 consecutive women for early pregnancy complications, 437 (11.3%) of whom were classified as PUL. Final analysis comprised 413 cases with complete data. Final PUL clinical outcomes were: 247 (59.8%) failed PUL, 94 (22.7%) intrauterine pregnancy, 49 (11.8%) ectopic pregnancy and 23 (5.5%) persistent PUL. The sensitivity of P1

and M4 in predicting high-risk PUL were 81.9% (95% confidence interval [CI] 71.1-90.0) and 80.6% (95% CI 69.5-88.9), respectively. The specificities were 74.5% (95% CI 69.5-79.1) and 75.6% (95% CI 70.7-80.1), respectively. **Conclusions:** P1 and M4 performed similarly with respect to diagnostic accuracy in predicting PUL outcome. P1 needs to be externally validated.

Mia Schmidt-Hansen, Sharon Cameron, Jonathan Lord, Elise Hasler. **Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses.** Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Apr;99(4):451-458. <https://doi.org/10.1111/aogs.13797>

Introduction: Women are increasingly presenting for abortion at very early gestation. However, providers may be reluctant to conduct abortion at this stage as they may be concerned that they cannot exclude an ectopic pregnancy or that they may terminate a non-viable pregnancy, or may be concerned that both medical and surgical methods may be less effective at this stage of gestation. This provider concern may result in delays in the abortion as additional investigations may be required until an intrauterine pregnancy can be confirmed. Additional unnecessary visits may be distressing for women and waste health service resources. The objective of this systematic review was to determine whether it is safe and effective to initiate abortion before there is ultrasound evidence of an intrauterine pregnancy.

Material and methods: We searched Embase Classic, Embase; Ovid MEDLINE® Epub Ahead-of-Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE® Daily, Ovid MEDLINE®, and Cochrane Library on 25 October 2019. Eligible studies were randomized and non-randomized comparative studies, published in English from 1985, comparing initiation of abortion before there is definitive evidence of an intrauterine pregnancy with initiation afterwards. We assessed risk-of-bias using the Newcastle–Ottawa scale. All outcomes were analyzed as risk ratios (RR) and meta-analyzed using the Mantel-Haenszel method. The quality of the evidence was assessed using GRADE.

Results: Two non-randomized studies (n = 3785) showed no differences in “missed ectopic pregnancy” (RR = 0.26, 95% CI 0.03–2.12), “ongoing pregnancy” (RR = 1.06, 95% CI 0.34–3.34), or “complete abortion without surgical intervention” (RR = 1, 95% CI 0.98–1.02) between initiation of medical abortion before or after ultrasound evidence of an intrauterine pregnancy. A third non-randomized study (n = 1530) showed no differences between initiation of surgical abortion before or after ultrasound evidence of an intrauterine pregnancy in “missed ectopic pregnancy” (no events), “ongoing pregnancy” (RR = 0.56, 95% CI 0.03–11.59) or “complete abortion without repeat surgical intervention” (RR = 1, 95% CI 0.99–1.01). The quality of evidence was very low.

Conclusions: Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of an intrauterine pregnancy in women without signs or symptoms of an ectopic pregnancy should be considered.

Vagifem® 10 µg: Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁴

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. Hoesinzadeh, P. Ghahiri, A. Daneshmand, F. et al. A comparative study of vaginal estrogen cream and sustained-release estradiol vaginal tablet (Vagifem) in the treatment of atrophic vaginitis in Isfahan, Iran in 2010-2012, Journal of Reaserch in Medical Sciences, 2015 Dec; 20(12) 1160-1165

Vagifem 10 µg 1«Novo Nordisk»1

Østrogen.

ATC-nr.: G03C A03

VAGINALTABLETTER 10 µg: Hver vaginaltablett inneholder 10 µg østradiol, laktose, hjelpestoffer. Filmrasierte. 1

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 effektive 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 initieres eller gjeninnsattes. 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 tilstanden nevnt over er mindre sannsynlig enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant blodtrykkstigning, nye anfall av migrene/leddgikt 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 behandling oppstart. Langtidsbehandling med systemiske østrogen 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. Endometriesikkerhet ved langtidsbruk (>1 år) eller gjenopptatt bruk av lokal vaginalt administrert østrogen er uklart. Derfor bør behandlingen, hvis den gjenoppstas, 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 legeundersøkelse 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 med systemisk HRT, og gjelder i mindre grad for Vagifem hvor systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausal nivå, risikoene 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 års 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 gjenoppstas 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 inntak 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 oppptil 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:** Østrogen kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon bør derfor følges opp nøye. Kvinner med pre-eksisterende hypertriglyseridemi bør følges nøye, da sjeldne tilfeller av forhøyede plasmatriglyseridnivåer har ført til pankreatitt. Østrogen øker tyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt 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 plasmaproteinene 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 behandling av premenopausal 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 de 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. Kjønnsganer/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). Kjønnsganer/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 Giftinformasjonens anbefalinger for østrogen G03C på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk 17-β-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol til lokal bruk i vagina. **Virkningsmekanisme:** Substituerer redusert østrogenproduksjon, og lindrer symptomene på vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Steroidreseptorkompleks bindes til cellenes DNA og induserer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er østrogenavhengig. Østrogen øker antall overflateceller og intermediere celler og reduserer antall basalceller i vaginalt utstyr. Østrogen 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
Nydlsvsveien 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^{1,2}

30% av norske kvinner med vaginal atrofi har ikke vært hos legen med sine problemer³



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.⁴



Lokalbehandling med lav systemisk absorpsjon^{*4}

Lindrer plagsomme symptomer som tørrhet, kløe, sårhet, smertefull vannlatning og smerter ved samleie⁶

Gir mindre lekkasje enn vagitorier^{**} og er mer hygienisk i bruk enn kremer^{***5,7}

* 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%, $P < 0.001$.