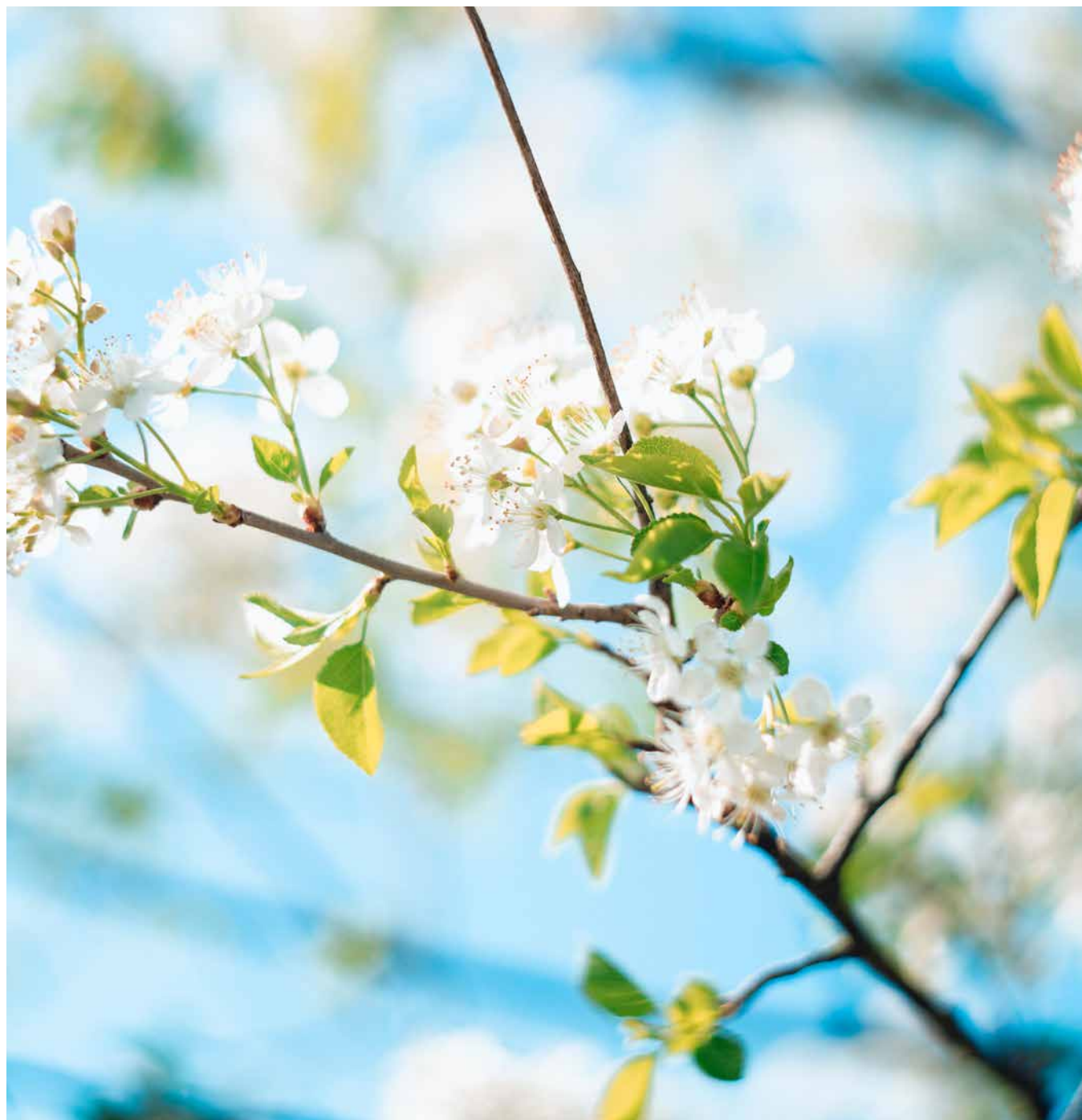


Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

1 • 2019



**PARP-hemming i behandling
av eggstokkreft** s. 16

Helseatlas i gynekologi og obstetrikk s. 20

D-skår ved endometriehyperplasier s. 23



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



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.

Remisoft vaginalkrem

Den beskyttende fysiske barrieren bidrar til:

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



Medisinsk utstyr klasse IIa

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.



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Jenny Alvirovic
Overlege, Oslo universitetssykehus
jennyalvirovic@hotmail.com

Redaksjonsmedlemmer

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

Johanne Kolvik Iversen
Klinisk stipendiat UiO, overlege HUS
johanne.iversen@gmail.com

Liva Helleland
LiS, Haukeland universitetssykehus
Nettredaktør
Tina Tellum
LiS Oslo universitetssykehus
tina.tellum@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 2019

Nr. 1	5/2
Nr. 2	2/5
Nr. 3	9/9
Nr. 4	4/11

Opplag: 1300



GYNEKOLOGEN

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

INNHOOLD

REDAKTØREN	5
LEDER	5
NGF-STYRET	
Styret i Norsk gynekologisk forening	6
Nytt fra NGF-styret	6
FUGO	
Rapport fra FUGO	9
PORTRETT:	
En av oss: Thea Falkenberg Mikkelsen	10
Ny veileder-APP lanseres!	13
FAGLIG PÅFYLL	
PARP-hemming i behandling av eggstokkreft?	16
Helseatlas i gynekologi og obstetrikk	20
D-skår ved endometriehyperplasier uten atypi	23
Kroniske smerter – hva er det og hva kan vi gjøre for pasientene våre?	29
SPESIALITETSKOMITÉEN	
En ideell spesialistutdanning	30
GYNEKOLOGER IMELLOM	
Helse Norge og behandlingstekster - hvem sikrer det faglige innholdet?	32
NORGE RUNDT	
Kvinneklubben, Sykehuset Østfold	34
KICK-OFF	
Kickoff møte Veilederen i fødselshjelp 2019	41
HORMONHJØRNET	
Kilder til informasjon	42
GYNEKOLOGEN ANBEFALER	
«On the shoulders of Giants»	44
KURS OG KONGRESSER	
Invitasjoner	45
FIGO 2018: 10 tusen gynekologer inntar Rio	46

Kjære Kollega!

Velkommen til første utgave av Gynekologen i 2019! I disse dager lanserer NGF en «veileder-APP» som gjør det lett å finne frem til anbefalte behandling. Kikk også innom helseatlas.no. Følg med !

Ønsker deg en lærerik vår.

Beste hilsen Jenny Alvirovic



Plagene det ikke snakkes om¹

- Residiverende UVler²
- Atrofisk vaginitt²
- Vulvitt og kolpitt²
- Dyspareuni²

Kvinner opplever det ofte vanskelig å ta opp disse plagene som oppstår i og etter overgangsalder.¹

Ovesterin inneholder østriol som er spesielt effektivt ved urogenitale symptomer. Slimhinner normaliseres og menopausale plager lettes.²

Ovesterin
vaginalkrem/vagitorier
– ved urogenital atrofi
som følge av
østrogenmangel



Fås uten resept på apotek



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

Hormonell substitusjonsbehandling (HRT) bør kun initieres for behandling av symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familieranamnese tas opp, og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas før behandlingsstart.

Ovesterin «Aspen Pharma Trading Ltd»
ATC-nr.: G03C A04

Ovesterin (østriol) **vaginalkrem 0,1 %** og **vagitorier 0,5 mg**. **Indikasjoner:** Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel i tilknytning til menopausen eller ovariektomi. Atrofisk vaginitt og vulvitt, kolpitt, kraurosis og pruritus vulvae, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Profylakse ved kronisk residiverende cystouretritt ved østrogenmangel. **Reseptfri bruk:** Behandling av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen. **Dosering:** Ved opstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. Ved langtidsbehandling hos kvinner med intakt uterus anbefales samtidig bruk av et progestogen. **Urogenitale plager:** 1 applikatordose krem/1 vagitorie hver kveld i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikatordose krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke. **Administrering:** Vaginalkrem: Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden vha. kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til den røde streken) er 0,5 g vaginalkrem og inneholder østriol 0,5 mg. **Vagitorier:** Brukes ved sengetid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Kjent tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjent eller mistenkte østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjent trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Hormonell substitusjonsbehandling (HRT) bør kun initieres for behandling av symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familieranamnese tas opp, og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas før behandlingsstart. **Graviditet, amming og fertilitet:** Skal ikke brukes under graviditet og amming. Fertilitet: Ikke aktuelt da preparatet er indisert til postmenopausale kvinner. **Bivirkninger:** Ofte forbigående og kan være tegn på for høye doser. Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsgener/bryst: Ømhet/smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer, irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. **Pakninger:** Vaginalkrem 15 g (0,1 %) og vagitorier 15 stk. (0,5 mg), er unntatt fra reseptplikt. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 12.12.2017. **Referanser:** 1. Nappi R.E., Palacios S., Panay N. et al. *Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey.* Climacteric. 2016; Vol. 19, No. 2:188–197 2. Basert på SPC pkt. 4.1 sist oppdatert 12.12.2017



«Det hviler et ansvar på hver og en av oss at vi holder oss faglig oppdatert og velger den beste behandling til våre pasienter»

Kjære kolleger!

Sjelden er vårt fag så dagsaktuelt som når det forhandles om regjeringensmakt. Både NIPT, abort, tidlig ultralyd, eggdonasjon og tvillinger ble omtalt da regjeringensplattformen ble presentert. Vi avsluttet 2018 med usikkerhet og stor diskusjon rundt abortloven. Det forelå begrunnet bekymring for at KrFs inntreden i regjering ville bringe omfattende forandringer i loven. Jeg mener vi skal være meget glad for at paragraf 2c blir som den har vært. Det er en stor seier. Når det gjelder spørsmålet om fosterreduksjon mener jeg det er helt greit. Jeg er uenig med de som mener at dette er en innskrenkning av kvinners rettigheter. Slik jeg forstår saken skal vi nå gå tilbake til å praktisere loven slik den ble praktisert før 2016. Det er imidlertid flere andre momenter i regjeringensplattformen som gjør meg mer urolig. Det er nok å nevne eggdonasjon. Våren 2018 voterte Stortinget over om eggdonasjon skulle tillates i Norge. På forhånd var det klart at det forelå et flertall for, men grunnet stemmesurr i landets nasjonalforsamling endte man likevel med å stemme forsølet ned. Med Krf i regjering er tillatelse av eggdonasjon satt på vent i de neste 2-3 år. Når vi nå også har tydelige tall på en sterk sammenheng mellom fosterreduksjon og fertilitetsbehandling utenfor landets grenser kvalifiserer kongeriket virkelig til betegnelsen annerledes landet. Men sann går det når disse viktige og vanskelige spørsmålene blir gjenstand for politisk hestehandel på et gjestgiveri på Hadeland.

Det har forundret meg i diskusjonen om abort gjennom høsten hvor steil frontene er. Jeg skal innrømme at jeg har sett og hørt det jeg vil kalle grums fra begge parter. For meg er kvinnens og parets rett til å velge tungtveiende. Jeg er således ikke i tvil om hva jeg mener. Abort finnes, og da er det ingen vei utenom å ha en velfundert og god abortlov som sikrer kvinner den rett de har krav på. Samtidig vet jeg at abort er et stort dilemma for mange. Jeg kjenner mange som ikke deler min mening om abort, men

jeg tror ikke ett sekund at de mener som de gjør fordi de vil innskrenke kvinners rettigheter. Det må gå an å være tydelig med hva man mener, men man trenger ikke tillegge sin motpart meninger de ikke har. Det kan i vanskelige diskusjoner lønne seg å lytte og å prøve å forstå. De som hevder at abortspørsmålet er enkelt bør kanskje gå en runde til med seg selv eller med noen de kjenner som mener det motsatte. Vi trenger meningsutveksling med gjensidig respekt og uten mistro og hatske kommentarer i alle spørsmål som omhandler abort. Lavt refleksjonsnivå tjener ikke saken.

Nylig ble helseatlas i gynekologi presentert. NGF tok i 2017 initiativ overfor SKDE om at vi ønsket et slikt atlas for vårt fagområde. SKDE nappet på ideen og vi har vært meget godt fornøyd med samarbeidet. Foreningen har vært en foregangsforening hva gjelder utarbeidelse av veiledere. Veiledere eller guidelines er imidlertid ingen garanti for at de medisinske tjenestene vi yter er likeverdige og i tråd med gjeldende anbefalinger. Helseatlas i gynekologi viste nemlig store forskjeller i behandling gitt av spesialisthelsetjenesten. Det hviler et ansvar på hver og en av oss at vi holder oss faglig oppdatert og velger den beste behandling til våre pasienter, men avdelingsledere, sykehuseiere og hele kollektivet i gynekologi, inkludert NGF har et ansvar. Har du ikke tittet på helseatlasen anbefales du herved å gjøre det.

Styret begynner planleggingen av årsmøtet nå på vårparten. Skulle du ha et forslag til tema som du mener vi bør ta opp vil vi gjerne ha det på mail til noen i styret så raskt som mulig.

Med vennlig hilsen
Nils-Hakvudan Morken, Leder NGF

Zidoval™ gel

metronidazol 0,75%

Mylan Healthcare Norge AS
Postboks 194 | 1371 Asker | Tlf 66 75 33 00 | infonorge@mylan.com



Aldara™

krem, 5%
Imiquimod

Mylan Healthcare Norge AS
Postboks 194 | 1371 Asker | Tlf 66 75 33 00 | infonorge@mylan.com



Kjære alle LiS og FUGOister!

Av Hilde Bastøe Sellevoll, leder FUGO

Et nytt år er godt i gang og FUGO har gått inn i sitt 23. aktive år. Det er med litt skrekk og gru jeg nå har overtatt roret etter Thea Falkenberg Mikkelsen. Hun har styrt skuta i tre år og gjort en formidabel innsats, kanskje spesielt i forhold til å fremme LiS sitt perspektiv på ny spesialistutdanning. Nå er fjorårets mannskap overlatt til seg selv og vi har fått med oss en ekte vestlending videre på ferden. Vi kaster loss, nye krefter hentes frem, det kiler i magen og jeg gleder meg!

FUGO sitt mandat er å fremme LiS sine interesser. Så er det noe du grubler over eller er frustrert over, ta kontakt! Kanskje det er noe vi kan gi deg svar på eller få til sammen? Vi vet jo inderlig vel at det er mange utrolig dyktige, ressurssterke og engasjerte LiS der ute, og vi i FUGO-styret vil gjerne høre mer fra dere. Vi er jo her nettopp for dere!

Alle fra fjorårets styre har ønsket å fortsette. I tillegg er vi så heldige å ha fått med oss Liva Helleland fra Bergen. Vi er ellers representert fra Levanger, Trondheim, Tromsø, Tønsberg, Skien/Akershus og Oslo. Marianne fortsetter som nestleder og leder for «Boksen går»-kampanjen, samt som LiS-representant i endoskopi-utvalget. Anders er fremdeles FUGO-representant i NGF. Eirin forlenger sitt varaverv og har kontrollen over økonomien. Ane fortsetter som sekretær, og vil også bidra til et godt samarbeid med NFYOG og ENTOG. Mathias sjonglerer nettsidene våre og Facebook-gruppa vår. (Anbefaler et lite besøk der!) Liva er blitt kursansvarlig og medredaktør i Gynekologen.

Det vi nok er aller mest spent på i den nærmeste tiden er oppstarten av den nye spesialistutdanningen. Læringsmålene er som kjent forskriftsfestet, men kursstrukturen er i endring. Det er planlagt et introduksjonskurs og «spesielle emner» utgår. I tillegg får vi obligatorisk kurs i kirurgisk teknikk og praktisk obstetikk. Det er foreløpig ikke satt noe krav til antall valgfrie kurstimer, og det er usikkert hvordan LiS kommer til å bli prioritert til kurs som ALSO, infertilitetskurs, kolposkopikurs osv. Det er også et uklart hvordan man skal få til omfattende veiledning og supervisjon av LiS i en travel klinisk hverdag. Foreløpig er det heller ikke satt av ekstra økonomiske ressurser til dette. Vi i FUGO-styret følger prosessen videre og fortsetter selvfølgelig det gode samarbeidet med spesialitetskomiteen.

«Boksen går» så det suser og det rapporteres om rekordbesøk på nettsidene våre. Dette lover godt for den nasjonale konkurransen i Bodø i oktober - så hold tunga rett i munnen og fortsett med treningen!

Fremover kommer vi i FUGO-styret også til å jobbe med ENTOG-utvekslingen som skal arrangeres i Norge i forbindelse med EBCOG-konferansen i Bergen i mai 2020. Vi vil trenge hjelp fra flere LiS rundt omkring i Norge, og dette kan du lese mer om her i Gynekologen. Dette er en mulighet for oss alle til å bli kjent med kollegaer fra andre europeiske land. Så ikke vær sjenert, men kast deg på!



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



Marianne Omtvedt Arbeidssted
Nestleder i FUGO styret, leder for «Boksen går», representant Endoskopiutvalget
Arbeidssted: Sykehuset i Vestfold 2015–dd.
Oslo Universitetssykehus 2018–2019.
E-post: momtvedt@yahoo.no



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



Eirin Haugli Falch
Kasserer, vara.
Arbeidssted: Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø 2013–dd.
E-post: eirinhf@gmail.com



Ane Bergquist
Sekretær, NFYOG, ENTOG
Arbeidssted:
Sykehuset i Levanger 2014–dd.
E-post: ane.bergquist@gmail.com



Liva Helleland
Kursansvarlig, medredaktør i Gynekologen
Arbeidssted:
Haukeland Universitetssykehus 2014–dd
E-post: liva.helleland@gmail.com



Mathias Sonstad
Web- og facebookansvarlig, kursansvarlig sammen med Liva Helleland
Arbeidssted:
Sykehuset i Telemark 2015–2018,
Akershus Universitetssykehus 2018–dd.
E-post: mathias.sonstad+fugo@gmail.com

En av oss: Thea Falkenberg Mikkelsen

Av Ane Bergquist, FUGO, medredaktør

Thea har vært leder i FUGO siden 2016. Hun er et kjent ansikt for FUGO utad, men det er nok flere av våre nyeste FUGO-medlemmer som ikke kjenner til Thea på samme måte som oss som har vært i faget i noen år. Hun høster stor respekt for sitt arbeid som leder – alltid mild og blid, men med stor gjennomføringskraft og gjennomføringsevne. Nå har hun gått ut av FUGO-styret etter 4 år, men utfordringene står i kø på andre arenaer.

Kan du fortelle litt om hvor du studerte og hadde turnustjenesten?

– Jeg studerte medisin ved Universitetet i Oslo og ble uteksaminert i 2008. Jeg startet rett i turnustjeneste ved Sørlandet sykehus i Kristiansand, distriktstjeneste hadde jeg i Lindesnes.

Hva var det som gjorde at du ville bli gynekolog? Var det planen hele tida, eller var det tilfeldig at du havnet i faget?

– Jeg var ferdig med turnus i 2010, og etter et kort opphold på indremedisin på Bærum sykehus, førte tilfeldighetene med til Bodø og indremedisin hvor jeg startet som LIS. Jeg jobbet videre som medisiner i 18 måneder uten at jeg ble helfrelst av faget. Jeg hadde en venninne som var lege på kvinneklinikken. Hun fikk meg på andre tanker. Jeg fikk meg etterhvert stilling på KK i Bodø, og følte meg med en gang hjemme i faget.

Etter 1,5 år var det på tide å bevege seg videre, og planen var å dra til Oslo. Imidlertid syntes hun det var en perfekt anledning til å reise utenlands for å jobbe før hun skulle "slå seg til ro" i Oslo og i faget. Hun kom i kontakt med Prof. Jon Øyvind Odland som hadde flere kontakter og prosjekter i Malawi. Hun bodde og jobbet i 6 mnd i Blantyre. Det var svært utfordrende, både på godt og vondt. Med 11 000 fødsler og for lite personell så hun de ekstreme forskjellene mellom den vestlige medisinen og den Afrikanske. Det var høy dødelighet, og de vanligste dødsårsakene var preeklampsi, blødninger og infeksjoner. Det fikk henne til å sette umåtelig stor pris på livet og helsevesenet i Norge.

– Jeg var lykkelig for å komme hjem til Oslo og en LIS-stilling i fødselshjelp- og kvinnesykdommer ved Oslo Universitetssykehus hvor alle yrkesgrupper har gode arbeidsvilkår og overskudd og kunnskap til å behandle pasientene på en fantastisk måte.

Hvordan havnet du i FUGO-styret?

– Jeg var på ENTOG-utveksling i 2014. I forbindelse med utvekslingen ble jeg forspurt om å stille til valg for en plass i styret. Jeg ble valgt inn i 2015 og startet som kurs-ansvarlig.

Da startet du som leder ganske raskt etter at du ble valgt inn?

– Ja, i 2015/2016 var det et generasjonsskifte i styret. Det var mange av de erfarne som gikk ut av styret, og vi satt igjen en gjeng som var ganske ferske. Det var ingen andre som var spesielt gira på å ta på seg leder-vervet, så det ble jeg som tok det på meg.

Hva har vært mest utfordrende med å være leder?

– Jeg synes for det meste det har vært gøy og givende, men det var en utfordring å ta over ledervervet når jeg selv var så fersk i styret. Hvis jeg må trekke fram noe, så må det være at det er litt vanskelig å be om så mye fri til møtevirksomhet og reising, men jeg har hatt veldig greie sjefer, så det har som regel ordnet seg.

Hva har vært mest gøy med å være FUGO-leder?

– Jeg har hatt det gøy hele veien! Det har vært lærerikt å se faget fra et annet perspektiv. Jeg har fått inngående kunnskap om utdanning og spesialisering via samarbeid med spes.kom, og jeg har blitt kjent med mange folk jeg ellers ikke ville ha blitt kjent med. Jeg føler jeg har fått sett "det store bildet" og jeg har fått jobbet med utrolig mange engasjerte folk! Jeg synes også det har vært gøy å jobbe med utveksling og å ha kontakt med søsterorganisasjoner i andre land.

Har det vært vanskelig å rekruttere folk til å sitte i styret?

– Det har aldri vært vanskelig, engasjementet har vært stort – spesielt de siste par årene, og jeg har jobbet med bare flinke folk rundt meg.



«Jeg oppfordrer alle FUGOs medlemmer til å engasjere seg.»

Hva er din største bragd som FUGO-leder?

– Det må være samarbeidet med andre FUGOs foreninger i prosessen med å få stadfestet at prosedyrelistene fortsatt skal gjelde i den nye spesialistutdanningen. Det er jeg utrolig fornøyd med, og det var stor oppslutning rundt mediekampanjen vi satte i gang for å få fokus på det. Jeg er også veldig stolt av FUGO-kursene og at den interne kampanjegruppa har vært så engasjert og lagt ned så mye arbeid i "Boksen går!" – kampanjen. Jeg har klart å knytte til meg veldig flinke folk til samtlige styrever og det har gjort lederjobben til å føles som et privilegium!

I 2013 var Thea på tropemedisinkurs i København. På T-banen der traff hun en mann hun kom i prat med, Kasper. 6 år senere er hun gift med Kasper og de er foreldre til lille Helene som ble født i september 2017 (ryktene skal ha det til at hun holdt styremøte via Skype fra barselsenga). I sommer skal Helene bli storesøster. Derfor føles det naturlig og rett å gi fra seg sin plass i FUGO-styret til noen andre.

Du er vel ikke helt ferdig med organisasjonsarbeid?

– Nei, som FUGO-leder ble jeg valgt inn i Faglandsrådet, og fra Faglandsrådet ble jeg valgt inn i Fagstyret som er nytt i år, og som

heretter skal lede det fagmedisinske arbeidet i Legeforeningen. Der sitter jeg fram til september i år når det blir nytt valg. Jeg synes det er interessant å være med på å bygge opp den nye fagaksen i Legeforeningen og se på nært hold hvilket stort engasjement det er for det faglige i Legeforeningen.

Hva er planen videre?

– Nå har jeg en stipendiatstilling i OUS hvor jeg forsker på myomreseksjon og fertilitet. Stillinga består av 50 % forskning og 50 % klinisk arbeid. Jeg trives med det, og er spent på hva vi kommer fram til i forskninga.

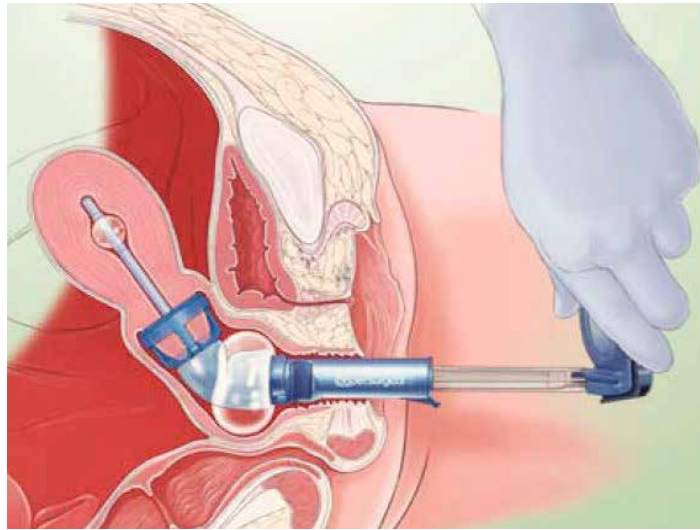
Hva vil du si til FUGOs medlemmer sånn helt på tampen?

– Jeg vil oppfordre til å engasjere seg. Det er så utrolig gøy, man blir kjent med dyktige og interessante mennesker og man får mye kunnskap gratis!

FUGO-styret ønsker å takke Thea for alt arbeidet hun har gjort, og for å være en engasjerende, tilgjengelig og inspirerende leder for medlemmene våre. Vi ønsker henne lykke til med forskning og det som venter på hjemmebane.



Leverandør av utstyr til: Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetrikk - Gynekologi



RUMI® II SYSTEM

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

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



Fischer Cone Biopsy Excisor™

- Enkel å bruke
- Gir full kontroll ved konisk biopsi
- Flere forskjellige størrelser
- Biopsi i et stykke
- Lettere for patologen å stille diagnose

Isolerte spekler og instrumenter for konisering

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



BIPOLAR DISSECTING FORCEPS

- Engangs med fast ledning og 2 pin kontakt
- Stort bitt med god gripeevne
- Roterbar 360°
- Ergonomisk håndtak øker komforten under bruk

UNIMAX
UNIMAX MEDICAL SYSTEMS INC

Kiwi Sugekopp

Complete Vacuum Delivery System with **PalmPump™**

Kiwi OmniCup® with Traction Force Indicator

Ny veileder-APP lanseres!

Av Tina Tellum, nettredaktør

En APP med gyn, obstetrikk og gyn onkologi. Utviklet for NGF og endelig lansert.

Endelig har vi en veileder-APP som forener gynekologi, obstetrikk og gynekologisk kreft i samme funksjon! Det var ikke lett å få dette til. Som nettredaktør er jeg visst ansvarlig for APPen, og det var faktisk litt overraskende å plutselig få den i fanget! Den var nemlig ikke en del av jobbeskrivelsen som nettredaktør (men så må det jo også sies at jobbeskrivelsen ikke var særlig detaljert, heller).

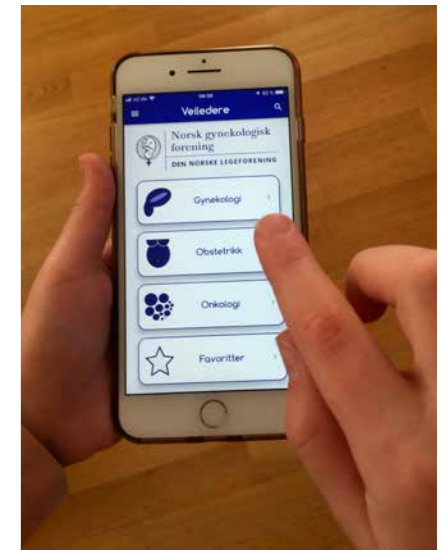
Helt siden jeg startet som nettredaktør i januar 2017 og plutselig skulle fikse den gamle APPen, har jeg begynt å snakke om en ny APP. Jeg irriterte meg nemlig ganske ofte over at det var helt umulig å finne det jeg var ute etter (søkefunksjon, hallo?), og i tillegg skjønte jeg ikke helt poenget med to forskjellige APPer, en for obstetrikk og en for gynekologi, og hvor var egentlig gyn-kreft? Så motivasjonen for å finne en bedre løsning var absolutt til stede.

Det viste seg å ikke være mulig å endre den gamle APPen. Så etter mange runder i NGF-styret ble vi enige om å utvikle en ny APP. Man gjør jo mye rart

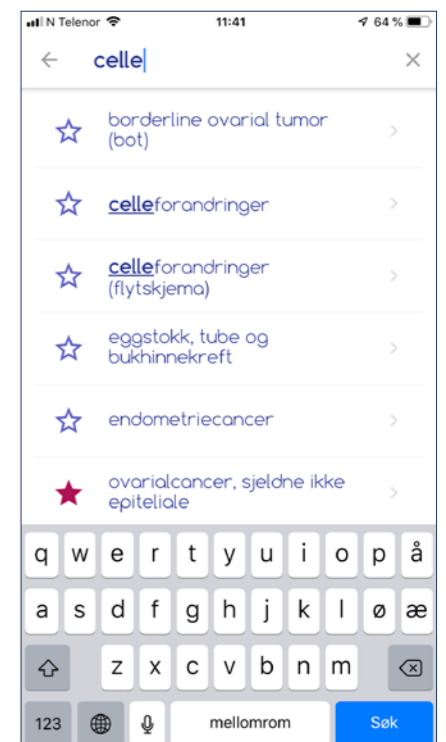
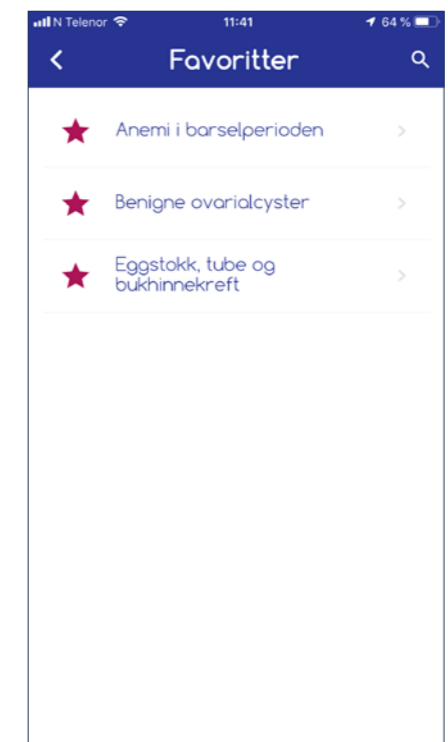
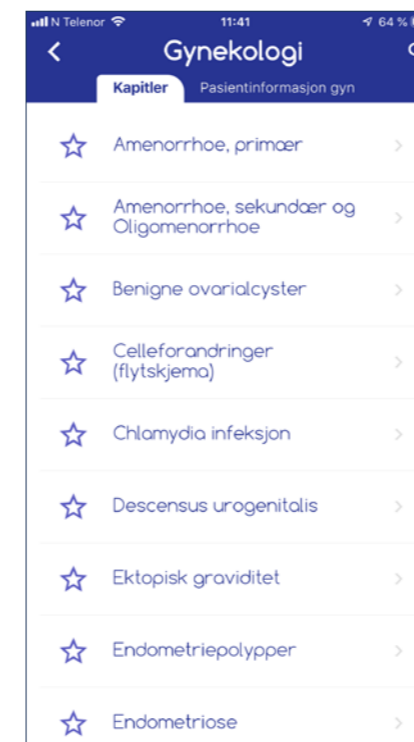
ved siden av jobben som gynekolog, men APP-programmering er definitivt ikke en av tingene jeg hadde tenkt å sette meg inn i. Derfor ble det anbuds-runder og flere møter med potensielle utviklere. De så veldig rart på meg når jeg prøvde å forklare hva vi trengte- vanlige ord skjønner de nemlig ikke. Det må være teknikk-snakke! Slitsomt. Men til slutt fant vi gutta fra OXY, en morsom gjeng som sitter et sted på Balkan, og jobben kunne begynne.

Denne APPen ble altså utviklet eksklusivt for oss, Norsk Gynekologisk Forening! Layouten ble mitt ansvar, så ikke vær for streng, jeg er flinkere gynekolog enn grafiker- og hvis noen synes at den ene ikonet har for store pupper: hun ammer!! Jeg innrømmer likevel at jeg kjenner et fornøyd kribling i epigastriet når jeg holder den i hånda- og jeg håper det snart gjelder alle som bruker den i hverdagen!

Legeforeningen støttet prosjektet finansielt via kvalitetsfondet, og det er vi veldig glade for- NGFs finansielle muligheter er nemlig ikke akkurat å skryte av.



Selve innholdet veilederen er skrevet av flinke gynekologer og obstetrikere som et dugnadsprosjekt, som dere sikkert vet. Alle kapitler kvalitetssikres i flere runder og godkjennes av hovedredaktøren før den legges ut. Hvert femte år oppdateres alle kapitler i en stor revisjon, men mindre endringer og oppdateringer foretas fortløpende. Fra 1.1.2017 er alle mindre endringer alltid indikert i kapittel, mens gamle versjoner av kapitlene ligger i arkivet på nettsiden. Hvis dere har spørsmål om innholdet eller endringsforslag, så skal da altså kapittelforfattere kontaktes- ikke nettredaktøren! Dette gjelder også inndelingen av kapitlene og titler. Tilbakemeldinger angående tekniske funksjoner, layout og brukervennlighet tas gjerne imot av nettredaktøren. God fornøyelse med vår nye APP!



▼ Gardasil 9

MSD Vaccins

Vaksine mot humant papillomavirus.

Står ikke på WADAs dopingliste

ATC-nr.: J07B M03

C INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 30 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 60 µg, type 18 L1-protein ca. 40 µg, type 31 L1-protein ca. 20 µg, type 33 L1-protein ca. 20 µg, type 45 L1-protein ca. 20 µg, type 52 L1-protein ca. 20 µg, type 58 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatadjuvans) 0,5 mg, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥9 år mot følgende HPV-sykdommer: Premaligne lesjoner og kreft i livmorhals, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typene som vaksinen dekker. Kjønnsvorter (condyloma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typene. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Skal brukes iht. offisielle anbefalinger.

Dosering: Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Personer 9-14 år:** Gis iht. en 2-dose plan eller som en 3-dose plan. Vaksinasjonsplan med 2 doser (måned 0 og 6-12 måneder): 0,5 ml gis ved måned 0 og måned 5-13. Dersom 2. dose gis tidligere enn 5 måneder etter 1. dose skal det alltid gis en 3. dose. Alternativt følg vaksinasjonsplan med 3 doser hvor 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. **Personer ≥15 år:** Vaksinasjonsplan med 3 doser: 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. Personer som tidligere er vaksinert med kvadrivalent HPV-vaksine kan få 3 doser med Gardasil 9. Sikkerhet og effekt for kvinner ≥27 år er ikke studert. Effekt av Gardasil er vist hos kvinner 27-45 år. Basert på sammenlignbar immunogenitet forventes det at Gardasil 9 også har effekt i denne aldersgruppen. **Spesielle pasientgrupper:** Barn <9 år: Sikkerhet og effekt er ukjent, ingen tilgjengelige data. **Tilberedning/Håndtering:** Ferdigfylt sprøyte klar til bruk. Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging for bruk. Kast vaksinen dersom partikler eller misfarging oppdages. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Fest kanylen til sprøyten ved å vri den med klokken. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel og avfallsmateriale skal destrueres iht. lokale krav. **Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Skal ikke injiseres intravaskulært, s.c. eller intradermalt.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine. **Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktiske reaksjoner. Synkope, iblant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinasjon, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke neurologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parese og tonisk-kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Vaksinasjon bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, f.eks. en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer bør fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert for behandling av livmorhals-, vulva-, vaginal- og analkreft, høygradige livmorhals-,

vulva-, vaginale- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virustyper i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screening av livmorhals. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinens sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsviktivirus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Bør gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenitets- eller effektivitetsdata støtter bytte til andre HPV-vaksiner, derfor er det viktig at samme vaksine forskrives for hele doseregimet.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B M03. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt, uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Tilgjengelige data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Anbefales imidlertid ikke pga. utilstrekkelige data. Bør utsettes til etter fullført graviditet. *Amming:* Kan gis til ammende. *Fertilitet:* Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonstoksicitet i dyrestudier.

Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Neurologiske: Hodepine. *Øvrige:* Smerte, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme. Neurologiske: Svimmelhet. *Øvrige:* Pruritus og blåmerker på injeksjonsstedet, feber, tretthet. *Ukjent frekvens:* Blod/lymf: Idiopatisk trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner, bronkospasme og urticaria. Infeksiøse: Cellulitt ved injeksjonsstedet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Neurologiske: Akutt disseminert encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. *Øvrige:* Asteni, frysninger, uvelhet.

Overdosering/Forgiftning: Ingen tilfeller rapportert.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-infeksiøs, rekombinant 9-valent vaksine med adjuvans, laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de 9 HPV-typene i vaksinen. Basert på epidemiologiske studier, forventes beskyttelse mot HPV-typene som forårsaker ca. 90% av tilfellene av livmorhalskreft, >95% av tilfellene av AIS, 75-85% av CIN 2/3, 85-90% av HPV-relatert vulvakreft, 90-95% av VIN 2/3, 80-85% av HPV-relatert vaginalkreft, 75-85% av ValN 2/3, 90-95% av HPV-relatert analkreft, 85-90% av AIN 2/3 og 90% av tilfellene av kjønnsvorter. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinasjonstidspunktet. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke fastslått. 99,6-100% var seropositive for antistoffer mot alle 9 vaksinetypene i 7. måned i alle testgrupper. GMT var høyere hos jenter og gutter 9-15 år enn hos kvinner 16-26 år, og høyere hos gutter enn hos jenter og kvinner. Eksakt varighet av immunitet etter primæraksinasjon er ikke fastslått. Hos gutter og jenter 9-15 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 5 år, og avhengig av HPV-type er 90-99% seropositive. Hos kvinner 16-26 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 5 år, og avhengig av HPV-type er 78-100% seropositive.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Gis så snart som mulig etter uttak fra kjøleskap.

Pakninger og priser: INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) kr. 1381,60.

Sist endret: 11.09.2018

Referanser:

1. Regjeringen.no <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/gutter-far-tilbud-om-gratis-hpv-vaksine/id2552726/> (sist lest 10.09.18).
2. Gardasil 9 SPC juli 2018, avsnitt 5.1.
3. Juvet L K, Sæterdal I, Couto E, et al. Effect of HPV-vaccination of boys. Report from Kunnskapsenteret (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services) No 1-2015.



GARDASIL 9 ▼
[Humant Papillomavirus
9-valent vaksine, Rekombinant]

HPV-vaksine, også for gutter. Har du vaksinert deg/sønnen din?

Fra høsten 2018 fikk også alle gutter i sjuende klasse tilbud om HPV-vaksine i skolevaksinasjonsprogrammet¹. Men hva med resten? Også gutter i andre aldersgrupper kan ha nytte av HPV-vaksine^{2,3}.

Gardasil 9 kan forskrives på hvit resept til gutter/menn som ønsker å vaksinere seg.



Lær mer om Gardasil 9 på vår hjemmeside

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR GARDASIL 9

KONTRAINDIKASJONER:

Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene. Personer med overfølsomhet etter tidligere administrering av Gardasil 9 eller Gardasil/Silgard skal ikke få Gardasil 9.

FORSIKTIGHET:

Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Gardasil 9 skal brukes i henhold til offisielle anbefalinger.

Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen



PARP-hemming i behandling av eggstokkreft

Av Liv Cecilie Vestrheim Thomsen og Line Bjørge

Søndag 21. oktober 2018 kl. 17.45 ble data fra den kliniske studien SOLO-1 presentert ved konferansen ESMO 2018 i München. Vi var der. I sann samtid ble resultatene også publisert online i New England Journal of Medicine. Studien har undersøkt effekt av vedlikeholdsbehandling med PARP-hemmeren olaparib i primærsituasjonen hos eggstokkreftpasienter med BRCA-mutasjon. Selv om det allerede sommeren 2018 var offentlig at studien var positiv kan vi rapportere om en forsamling som knapt kunne tro de data som ble presentert, samtidig som en nærmest euforisk glede spredte seg.

Kreft i eggstokkene

Eggstokkreft er den nest hyppigste formen for underlivskreft i den vestlige del av verden. Årlig diagnostiseres det rundt 500 nye tilfeller i Norge, de fleste av epitelial type. Av disse har 75 - 100 kvinner en arvelig mutasjon i ett av BRCA-genene. Standard behandling som tilbys pasienter i primærsituasjonen er en kombinasjon av kirurgi og kjemoterapi (platinaforbindinger og taxaner). Pasienter med høy risiko for å utvikle tilbakefall får i tillegg tilbud om 15 måneders vedlikeholdsbehandling med angiogenese-hemmeren bevacizumab. Prognosen for pasientgruppen er fortsatt dårlig, og mindre enn 50 % av kvinnene med eggstokkreft blir kurerte. Den relativt lave kurasjonsraten skyldes hovedsakelig at sykdommen alt har spredt seg på diagnosetidspunktet, samt at kreftsvulsten ofte utvikler medikamentresistens i behandlingsforløpet. Utvikling av nye behandlingsstrategier er derfor nødvendig.

Patogenesen ved epitelial eggstokkreft er fortsatt ikke fullt ut forstått. Først nylig har man vist at sykdommen består av en heterogen tumorgruppe der de forskjellige typer av epitelial eggstokkreft som kan klassifiseres på basis av bestemte morfologiske og genetiske karaktertrekk som igjen dikterer terapierespons. Man har forhåpninger til at de identifiserte biologiske signaturer vil kunne bli retningsgivende for behandlingsvalg, og at ytterligere karakterisering av sykdommen vil danne basis grunnlag for påvisning av nye biomarkører som kan anvendes klinisk.



Liv Cecilie Vestrheim Thomsen
postdoktor, overlege, PhD
Centre for Cancer Biomarkers CCBIO,
Klinisk institutt 2 UiB og Kvinneklinikken
Haukeland Universitetssykehus



Line Bjørge
seksjonsoverlege, professor, dr.med., MBA
Kvinneklinikken Haukeland Universitetssykehus
og Centre for Cancer Biomarkers CCBIO,
Klinisk institutt 2 UiB

BRCA genes betydning for utvikling av epitelial eggstokkreft Høygradig serøst ovarialkarsinom er den mest vanlige histopatologiske type av eggstokkreft og utgjør vel 70% av tilfellene. I svulstene finnes ofte spesifikke genmutasjoner. Det er påvist hyppig forekommende genendringer som fører til at cellene ikke kan reparere skade på eget arvemateriale, både i genene som enten koder for p53 eller for BRCA1/BRCA2, og i andre gener som er ansvarlig for reparasjonsmekanismen homolog rekombinasjon (HR) som celler benytter ved DNA-skader. Genmutasjonene resulterer i ustabilitet svulstenes arvestoff, som derved danner celler med et høyt antall kopitallsendringer (både delesjoner og amplifikasjoner). Feilene i BRCA genene er oftest oppstått i kimceller, men også somatiske mutasjoner og epigenetiske reguleringsdefekter forekommer. Selv om ca. 15% av alle pasienter med ny-diagnostisert eggstokkreft i Norge bærer en arvelig BRCA-mutasjon, varierer forekomsten mellom regioner. Helseregion Vest, som er høyendemisk, har en forekomst på 22%.¹

Rasjonale for valgt av PARP som angrepspunkt

Platinumbehandling fører til skade på tumor-DNA. Et ikke-fungerende reparasjonssystem kan være avgjørende for om platinumbehandling har effekt eller ikke på svulsten.

Prinsipielt oppstår det to former for DNA-skade, enkeltråds- og dobbeltrådsbrudd. Disse repareres med ulike mekanismer.

Enkeltrådsbrudd repareres ved baseutkuttingsreparasjon, og poly (ADP-ribose) polymerase (PARP)-enzymene er nødvendige for at denne skal være effektiv. I normale celler vil rekombinasjonsreparasjon, som krever funksjonelle BRCA1- og BRCA-2 gener gjenopprette dobbeltrådsbrudd.

PARP-hemmere er en gruppe legemidler som målrettet påvirker en celledens evne til å reparere enkeltrådsbrudd. Normale celler vil ved hjelp av HR i all hovedsak reparere de dobbeltrådsbrudd som induseres ved PARP-hemming. Mange kreftceller har allerede kompromitterte reparasjonsevner av dobbeltrådsbrudd og introduksjon av PARP-hemmere gjør at disse cellene ikke kan reparere skadet DNA og at cellene vil dø. Kreftceller med defekter i BRCA 1/2 har vist seg å være å være spesielt følsomme for PARP-hemmere.

Tidligere studier

Det har vært gjennomført et stort antall kliniske studier hvor effekten av PARP-hemmere har vært evaluert i pasienter med residiv av eggstokkreft. Entusiasmen har vært stor, og betydelige positive effekter på progresjonsfri overlevelse har vært identifisert. Dessverre har få eller ingen studier frem til nå påvist at bruk av PARP-hemmere medfører forbedret totaloverlevelse, noe som trolig skyldes både at medikamentet introduseres for sent i behandlingsalgoritmen, og såkalt overkryssing ("cross-over") som gjøres i mange kliniske studier der deltakerne tilbys å skifte behandling ved sykdomsutvikling. Olaparib, niraparib og rucaparib er de PARP-hemmerne som har vært grundigst undersøkt. Til nå har de kliniske effektene av disse tre medikamentene vist seg å være relativt like, mens bivirkningsprofilen varierer noe.

SOLO-1 studien

Olaparib er den første PARP-hemmeren som ble identifisert og senere godkjent til bruk ved behandling av eggstokkreft. Medikamentet inntas peroralt. Inicialt var medikamentet kun tilgjengelig som kapsler. Heldigvis har en tablettform med bedre biologisk tilgjengelighet og bedre tilpassede doser blitt utviklet, og denne har vært på markedet i Norge siden 2018.

Som vanlig for nye medikamenter ble PARP-hemmere også først undersøkt i pasienter med tilbakefall, både som behandling og som vedlikeholdsbehandling. Resultatene var gode, og ulike PARP-hemmere har derfor de siste årene blitt godkjent for pasienter i residivsituasjon både av det amerikanske (Food and Drug Administration (FDA)) og europeiske (European Medicines Agency (EMA)) legemiddelverket. Basert på lovende data

fra en placebokontrollert fase II studie (Study 19) i pasienter med tilbakefall hvor olaparib ble gitt som vedlikeholdsbehandling etter avsluttet kjemoterapi,² ble protokollen for SOLO-1- studien* utarbeidet. SOLO-1-studien er en randomisert, placebokontrollert fase III studie for pasienter med eggstokkreft av epitelial type. Kvinnene som ble inkludert var i primærsituasjonen, hadde kreft i stadium III eller IV, og hadde mutasjon i BRCA1 og/eller BRCA2-genet, og hadde respondert partielt eller komplett på platinumbasert kjemoterapi. Deltagerne kunne både ha gjennomgått kirurgi før påfølgende kjemoterapi, eller ha fått utført kreftoperasjonen underveis i kjemoterapibehandlingen (såkalt interval debulking), mens bruk av bevacizumab ikke var tillatt. Pasientene ble randomisert etter avsluttet kjemoterapibehandling og mottok deretter olaparib 300 mg x 2 daglig (behandlingsgruppen) eller placebo (kontrollgruppen) som vedlikeholdsbehandling i opptil 2 år dersom kreftsykdommen ikke utviklet seg. Pasienter med partiell respons etter standard primærbehandling kunne fortsette med medikamentet de var allokert til ut over to år dersom de ønsket det. Deltakere og behandlere var blindet for hvilken behandlingsarm kvinnene var allokert til. Ved progresjon av sykdommen, uakseptable bivirkninger, eller tilbaketrekking av samtykke ble behandlingen avsluttet tidligere.

Pasientene ble randomisert 2:1 til behandlings- versus kontrollgruppen. Under randomiseringen ble deltagerne stratifisert basert på grad av platinumrespons (partiell eller komplett). Det primære endepunktet var progresjonsfri overlevelse (PFS), som var definert som tidsrommet fra tidspunkt for randomisering til progresjon eller død. Sekundære endepunkt inkluderte total overlevelse, livskvalitet, og PFS2, som er tiden fra randomisering ble utført til pasienten utviklet sitt andre residiv eller døde. Studien ble publisert i New England Journal of Medicine i desember 2018.³

Resultater

Totalt 391 pasienter ble randomiserte: 260 ble plassert i behandlingsgruppen, mens de resterende 131 mottok placebotabletter. En pasient i placebogruppen trakk seg før behandlingsstart. Behandlingssentre i ulike land i Europa, Israel, Australia og USA deltok. Ingen pasienter fra de nordiske land ble inkludert.

Karakteristika for gruppene var sammenlignbare ved inklusjon. De fleste pasientene utrykte kimcellemutasjoner og ikke kun somatiske svulstmutasjoner. Median oppfølgingstid var på 41 måneder. Det var 123 (47%) av pasientene i olaparibgruppen og 35 (27%) av pasientene i placebogruppen som fullførte behandlingsperioden på to år. Av disse fortsatte 26 (10%) kvinner i

olaparibgruppen og 3 (2%) i placebogruppen med studiemedisinen ut over to år. Median behandlingstid i behandlingsgruppen var 24,6 måneder (variasjonsbredde 0,0 – 52,0), mens den i placebogruppen var 13,9 måneder (variasjonsbredde 0,2 – 45,6).

Studien var positiv, og på analysetidspunktet var sannsynligheten for å ha erfart tilbakefall eller død 70 % lavere i behandlingsgruppen enn i placebogruppen. Dette er basert på utregninger av PFS-data. Selv om man på analysetidspunkt kunne beregne PFS for placebogruppen (18,3 måneder), så hadde ikke nok pasienter i behandlingsgruppen fått tilbakefall slik at PFS for gruppen kunne beregnes endelig, men foreløpige analyser av PFS viste at denne var 3 år lengre for dem som mottok olaparib enn for placebogruppen (pressemeldingen som ble presentert på ESMO 2018 beskrev en forskjell på minst 54 måneder) [hazard ratio 0,30 med 95% konfidensintervall: 0,23 – 0,41, $p < 0,0001$].⁴ Subgruppeanalyser viste at effekten var mer uttalt hos dem som hadde resttumor ved inklusjon og bærer av BRCA2-mutasjoner, mens man hos eldre pasienter, pasienter med sykdom i stadium IV, og pasienter med resttumor etter kirurgi, men før fullført kjemoterapiregime, ikke kunne vise samme gunstige virkning.

PFS2, som er en surrogatmarkør for overlevelse, var også betydelig bedre hos pasienter som hadde fått vedlikeholdsbehandling med olaparib. Placebogruppen hadde median PFS2 på 41,9 måneder. Siden en stor andel av pasientene i behandlingsgruppen ikke hadde fått sitt andre tilbakefall på analysetidspunkt, kunne endelige medianverdier ikke beregnes for denne gruppen. En foreløpig sammenligning av median PFS2 mellom gruppene viste signifikant lengre PFS2 for behandlingsgruppen med hazard ratio 0,50 (95% konfidensintervall: 0,35 – 0,72, $p = 0,0002$). Overlevelseshdata fra studien er enda ikke tilgjengelige.

De bivirkningene, både av type, grad og hyppighet, som ble registrerte, sammenfaller med dem som er beskrevet for medikamentet tidligere. Livskvalitetsmålene fra de ulike studiegruppene er relativt ensartet.

Klinisk bruk i dag

I 2015 ble olaparib godkjent av Beslutningsforum som monoterapi til vedlikeholdsbehandling av pasienter med tilbakefall av platinasensitiv BRCA-mutert høygradig serøs eggstokkkræft.

Det norske gynekologisk-onkologiske miljøet har erfaring med bruken av PARP-hemmere både fra vanlig klinisk praksis (olaparib), i "compassionate use program" (olaparib og niraparib), og i

kliniske studier (olaparib og niraparib). Indikasjonen og bivirkningsprofilene er kjent og rutiner for håndtering og eventuelle dosejusteringer er utarbeidet.

Status for godkjenning av olaparib for SOLO-1-populasjonen Basert på data fra SOLO-1-studien er det søkt om utvidet godkjenning både i Europa og USA. FDA-godkjenningen kom alt den 19. desember 2018. I EMA er arbeidet med godkjenningen gitt prioritet og man forventer en avgjørelse i løpet av våren 2019. Oslo Universitetssykehus stilte primo november 2018 forslag om hurtig metodevurdering for bruk av olaparib i førstelinjebehandling, og søknaden ble akseptert i et møte i Bestillerforum RHF 19. desember 2018.⁵ Metodevurdering er dermed påbegynt.

Behovet for endret indikasjon for bruk av olaparib i Norge Ovarialcancer er fortsatt en sykdom med høy dødelighet. SOLO-1-studien viser en type langtidsrespons som vi ikke har sett ved konvensjonell behandling tidligere og som vurderes som klinisk relevant selv om overlevelseshdata enda ikke foreligger. Samtidig vet vi at det i residivstudier på PARP-hemmere er beskrevet et verdifullt antall langtidsrepondere, og at verdiene for surrogatmarkører for overlevelse i den aktuelle studien er lovende.

SOLO-1-studien illustrer også viktigheten av valg av persontilpasset behandling basert på etablerte biomarkører for behandlingseffekt. Introduksjon av PARP-hemmere til pasienter med BRCA-mutasjoner i en primærsituasjon vil spesielt ha betydning for pasienter fra Helseregion Vest hvor forekomsten av funder-mutasjoner i BRCA-genene er spesielt høy.

Note:

*Studiens originale tittel: Olaparib Maintenance Monotherapy in Patients With BRCA Mutated Ovarian Cancer Following First Line Platinum Based Chemotherapy (SOLO-1) (ClinicalTrials.gov number, NCT01844986)

Interessekonflikter:

Liv Cecilie Vestrheim Thomsen og Line Bjørge mottar prosjektstøtte fra AstraZeneca til den egeninitierte fase 0 studien IMPACT (ClinicalTrials.gov ID: 2017/1168).

Liv Cecilie Vestrheim Thomsen har mottatt foredragshonorar fra AstraZeneca.

Line Bjørge er medlem av ulike Nordiske ekspertpanel for ovarial cancer (TAKEDA, Clovis og AstraZeneca).

Referanser

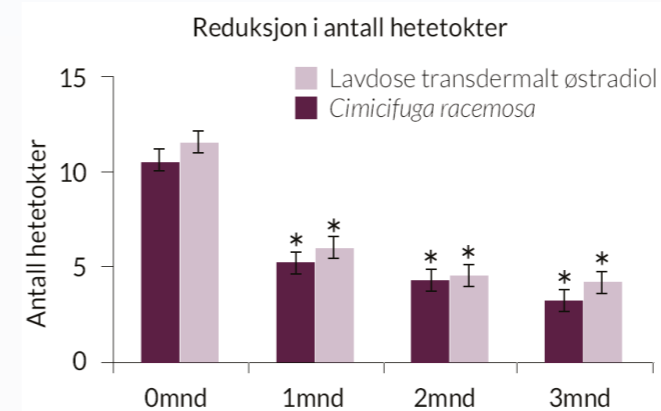
- Høberg-Vetti H, Bjorvatn C, Fiane B, et al. *BRCA1/2 testing in newly diagnosed breast and ovarian cancer patients without prior genetic counselling: the DNA-BONUS study*. Eur J Hum Genet 2016; 6:881-8
- Ledermann J, Harter P, Gourley C, et al. *Olaparib maintenance therapy in platinum-sensitive relapsed ovarian cancer*. N Engl J Med 2012; 366:1382-92
- Moore K, Colombo N, Scambia G, et al. *Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer*. N Engl J Med 2018; 379:2495-505
- <https://www.esmo.org/Press-Office/Press-Releases/SOLO-FIGO-olaparib-ovarian-cancer-brca-moore>
- <https://nyemetoder.no/metoder/olaparib-lynparza-indikasjon-iv>



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 al. 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 deltatt¹. Remifemin gir god lindring og sikkerheten er godt dokumentert^{4,5}.

Fås på alle apotek

Remifemin

Middel mot overgangsplager.

Reseptfritt legemiddel. Tabletter, 2,5 mg. Hver tablett inneholder: Tøret ekstrakt av rotstokk av klaseormedruer (*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, appetittap, 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, perifert 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.

Helseatlas i gynekologi og obstetikk

Av Stine Andreassen og Yngvild Hannestad, Referansegruppen for Helseatlas i gynekologi

Etter ønske fra styret i Norsk Gynekologisk Forening begynte Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) ved Helse Nord RHF jobben med å lage et helseatlas innen gynekologi og obstetikk i 2017. NGF hadde et ønske om å kartlegge tilbudet av helsetjenester innen vårt fagfelt for å se på mulige geografiske ulikheter. Arbeidet med atlasen er et samarbeid mellom SKDE og fagmiljøet. Atlasen skal presenteres på en folkelig måte, men samtidig være faglig relevant.

Av praktiske årsaker valgte man først å lage et atlas innen gynekologi. Man definerte relevante fagområder som man ønsket å undersøke. De fleste analysene er basert på aktivitetsdata fra NPR og kun undersøkelse og behandling i det offentlige helsevesen er tilgjengelig, men materialet er hentet både fra offentlige sykehus og avtalespesialister. En viss grad av variasjon er naturlig, og man er derfor kun interessert i å finne en eventuell uberettiget variasjon. Tallene er hentet fra perioden 2015–2017.

For kolposkopi og cervixbiopsier fant man en betydelig geografisk uberettiget variasjon i helsetjeneste. Videre fant man at bruken av kolposkopi var mye høyere hos avtalespesialister enn på sykehus. I enkelte opptaksområder ble kolposkopi utført hos 60 % av kontaktene hos avtalespesialist. Også hyppigheten av cervixbiopsi viste stor variasjon, hvor opptaksområdene i Helse Nord hadde betydelig høyere bruk i forhold til resten av landet.

Videre fant man at den geografiske variasjonen av kirurgisk inngrep ved selvbestemt abort var betydelig. Her lå opptaksområdene på Østlandet klart høyest, uten at man kunne finne noen klinisk eller praktisk årsak til dette.

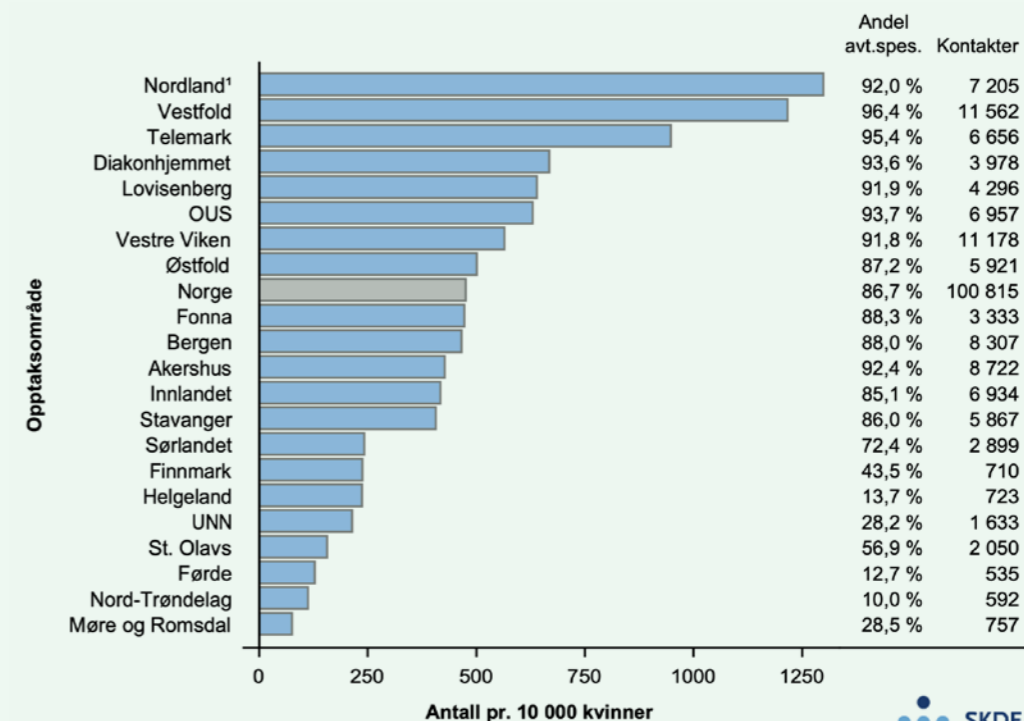
Ved vurdering av kirurgisk versus medikamentell behandling for endometriose, myomer og blødningsforstyrrelser fant man også uberettiget stor variasjon. Man fant også stor variasjon i den kirurgiske behandlingen, samt i valg av metode ved hysterektomi. Hysterektomi per laparotomi var nesten tre ganger hyppigere i områder med høyest versus lavest rate. Gledelig er det imidlertid at denne raten er synkende i alle opptaksområdene.

Tallene for behandling av inkontinens og decens viste også en uberettiget variasjon med fem til ti ganger hyppigere bruk av kirurgi for pasienter i Finnmark enn på Østlandet. Dette er heller ikke en variasjon man kan forklare ut fra geografisk variasjon av sykdom, og må derfor skyldes ulikheter i helsetilbudet.

Gjennomgang av lokal og nasjonal klinisk praksis er alltid lærerik, og man anbefaler derfor alle medlemmer å lese den fullstendige rapporten på <https://helseatlas.no/>. Helseatlasen kan bidra til en diskusjon, slik at vi felles kan komme frem til god klinisk praksis.

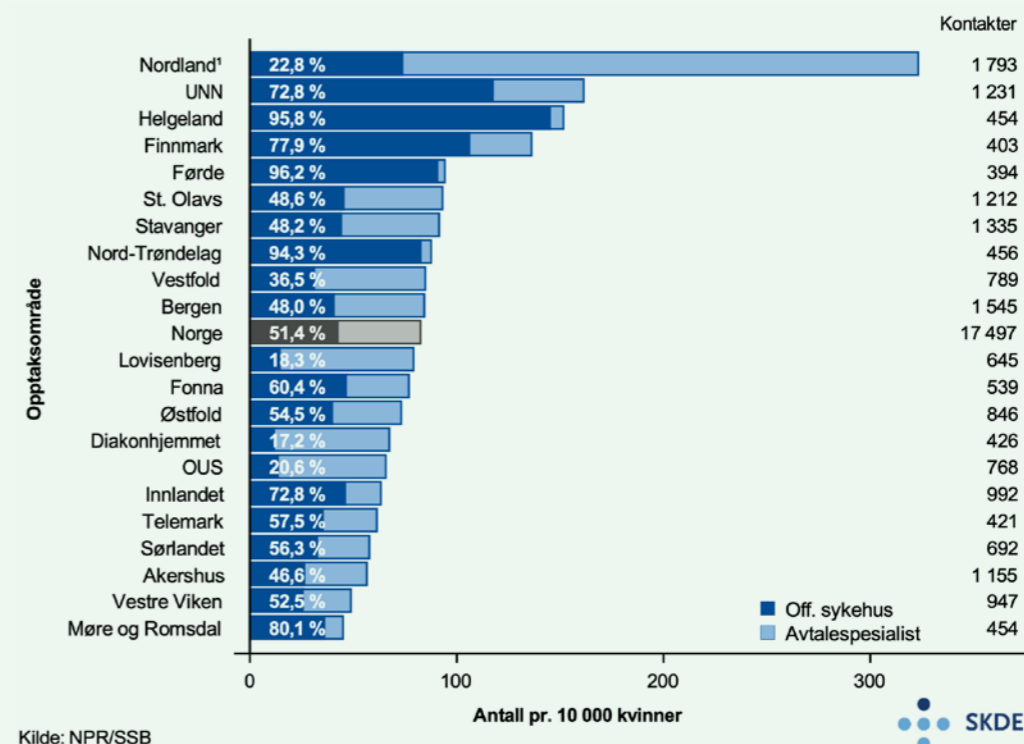
Hva er et Helseatlas?

- I Norge er det et mål at hele befolkningen skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester på tvers av geografi og sosiale grupper. Helseatlas er et verktøy for å sammenlikne befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder, uavhengig av hvilket sted pasientene behandles.
- De regionale helseforetakene har et «sørge-for-ansvar» for at befolkningen i deres opptaksområde tilbys forsvarlig spesialisthelsetjeneste. Dette «sørge-for-ansvaret» ligger til grunn for helseatlasenes analyser av variasjon i bruk av helsetjenester. Uberettiget variasjon kan bety at «sørge-for-ansvaret» ikke er tilstrekkelig ivarettatt.
- Formålet med atlasen er å bidra til å skape likeverdige tjenester av god kvalitet. Riktig tilbud skal bli tilbudt riktig pasient, og man skal hindre overforbruk, underforbruk og unødige ressursforbruk.
- Helse Nord og Helse Vest fikk i 2015 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle et nasjonalt helseatlas i samarbeid med Helsedirektoratet.
- Tidligere publiserte helseatlas er innen dagkirurgi, eldrehelsetjenester, barnehelse og KOLS <https://helseatlas.no/>



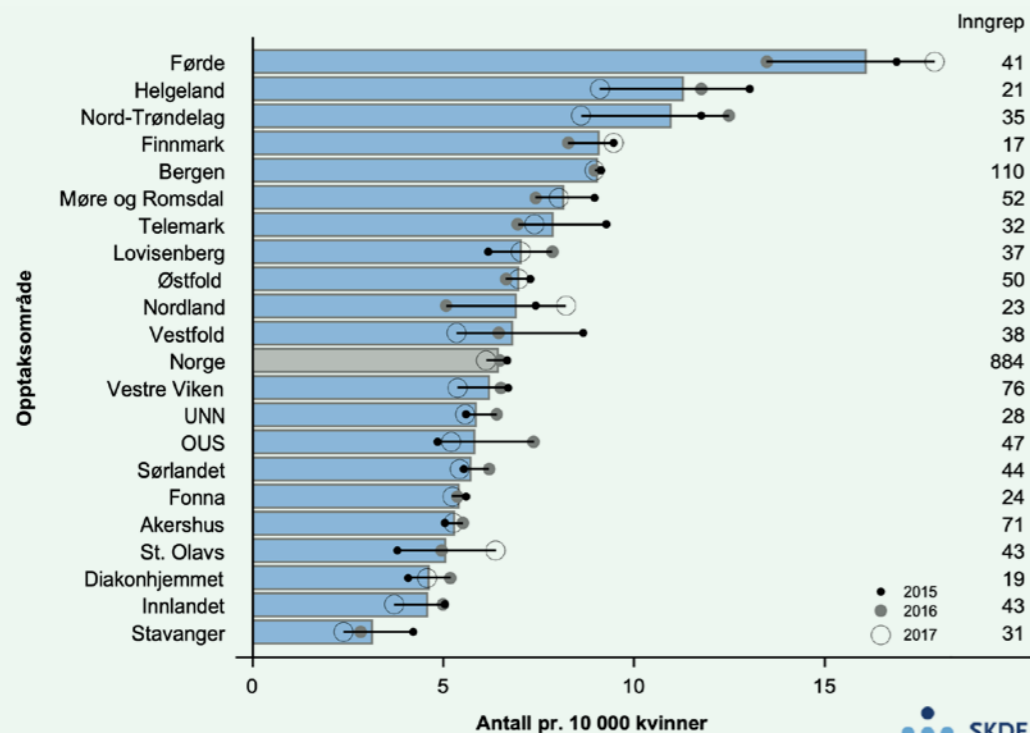
Kilde: NPR/SSB

Antall polikliniske kontakter hvor det er foretatt kolposkopi og/eller cervixbiopsi pr. 10 000 kvinner, aldersjustert, gjennomsnitt pr. år for 2015–2017 fordelt på opptaksområde. Andel utført av privat behandler og gjennomsnittlig antall kontakter til høyre. ¹se rapport.



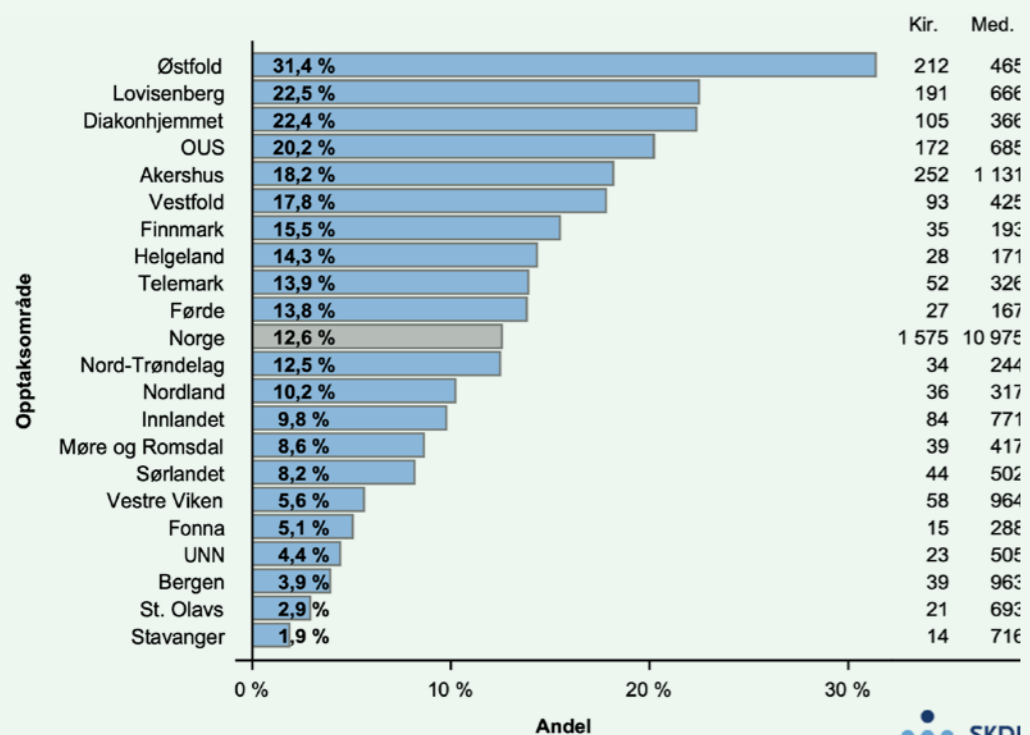
Kilde: NPR/SSB

Antall cervixbiopsier pr. 10 000 kvinner, aldersjustert, gjennomsnitt pr. år for 2015–2017 fordelt på opptaksområde og offentlig sykehus eller avtalespesialist. Gjennomsnittlig antall kontakter til høyre. ¹se rapport.



Kilde: NPR/SSB

Antall inngrep etter spontanabort pr. 10 000 kvinner, aldersjustert, gjennomsnitt pr. år for 2015–2017 fordelt på opptaksområde. Utvalget er begrenset til kvinner i aldersgruppen 16–55 år.



Kilde: Abortreg./SSB

Andel selvbestemte aborter gjennomført kirurgisk i perioden 2015–2017. Utvalget er begrenset til kvinner i aldersgruppen 16–55 år.

D-skår ved endometrie-hyperplasier uten atypi

Av Kjersti Rimstad, Franziska Siafarikas, Jannicke Berland og G. Cecilie Alfsen

Erfaringer etter innføring av D-skår metoden i diagnostisk praksis ved Akershus universitetssykehus.

Hvert år får mer enn 700 kvinner i Norge livmorkreft. 80 % av tilfellene er endometrioid karsinomer ("type 1") som utvikles via hyperplastiske forstadier. Årlig insidens av endometriehyperplasier i Norge er angitt til rundt 3000, men tallet er usikkert da hyperplasiene utgjør en heterogen gruppe forandringer som spenner fra proliferativt endometrium til høyt differensiert karsinomer. Studier viser mindre enn 5 % langtidsrisiko for malignitet utvikling ved hyperplasier uten atypi, men økning til opp mot 30 % ved funn av atypi. Tradisjonelt anbefales hysterektomi når cytologisk atypi er påvist, mens lesjoner med arkitektoniske forandringer uten cytologisk atypi kan behandles med hormoner eller ekspektans og etterfølgende kontroll. Vurderingen av atypi er imidlertid basert på subjektive kriterier fra den enkelte patolog og beheftet med dårlig reproducerbarhet. For å hindre unødige hysterektomier har man forsøkt både alternative klassifikasjonssystemer (se ramme 1) og utviklet mer objektive kriterier for vurdering av risikoen for kreft.

D-skår metoden: et mer objektivt kriterium

"Discriminant score" (D-skår) metoden ble utviklet av Jan M Baak og medarbeidere på 80-tallet. D-skåring gjøres ved hjelp av en formel basert på mål av kjernediameter, kjerteltetthet og volumprosent stroma. Risikoen for malignitet inndeles i tre kategorier, avhengig av skåringsverdi (se ramme 2). D-skår metoden

anses som en mer sensitiv og spesifikk markør for malign utvikling enn WHO klassifiseringen. I Norsk Gynekologisk Forenings (NGF) veileder i gynekologisk onkologi fra 2009 ble D-skår-metoden derfor anbefalt i utredningen av endometriehyperplasier. I de nye versjonene av Veileder i gynekologi og Veileder i Gynekologisk onkologi fra 2015 er kapitlene om endometriehyperplasier utelatt helt. Basert på flere års erfaring med D-skår metoden som rutine ved Ahus, vil vi anbefale at kapitlene snarest mulig tas inn igjen. D-skår-metoden er et viktig hjelpemiddel i vurderingen av endometriehyperplasier uten atypi.

D-skår på hyperplasier uten atypi
Fra 2013 har snitt fra alle pipeller eller corpus-skrap med diagnosene kompleks hyperplasi uten atypi ved Ahus blitt D-skåret. Skåringen, som bare gjøres ved to patologiavdelinger i Norge (Tromsø og Stavanger), rekvireres av patolog, som avmerker området som skal undersøkes på snittet og sender dette med tilhørende parafinblokk til patologiavdelingen i Stavanger. Svar mottas innen 2-3 uker og benyttes i vurderingen av den videre behandling.

En nylig gjennomgang viste 48 kasus med vellykket D-skår undersøkelse mellom mai 2013 og desember 2016 ved Ahus, alle med histologisk bekreftet endometriehyperplasi av kompleks type og uten mistanke om atypi (tabell 1). Ti av prøvene var innsendt fra privatpraktiserende gynekologer, de øvrige fra egen



Kontaktperson

Kjersti Rimstad

Avdeling for gynekologi, Akershus Universitetssykehus

**Franziska Siafarikas**

Avdeling for gynekologi, Akershus Universitetssykehus

**Jannicke Berland**

Avdeling for patologi, Stavanger universitetssykehus

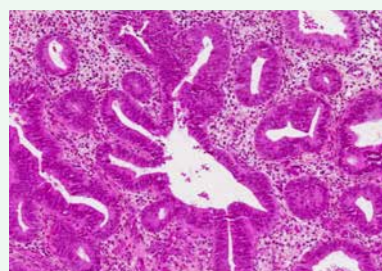
**G. Cecilie Alfsen**

Avdeling for patologi, Akershus Universitetssykehus og Det medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo.

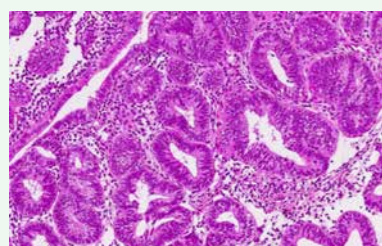
Figur 1

Eksempler på utskrap med diagnosen kompleks endometriehyperplasi uten atypi og lavrisiko D-skår +1,2 (A), usikker D-skår 0,8 (B) og høyrisiko D-skår -1,8 (C). Forholdet mellom kjertler og stroma er av betydning for D-skår-verdien, som fanger opp nyanser som kan overses av patologene.

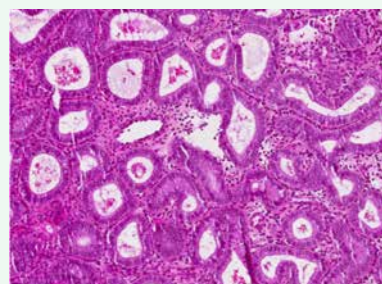
A



B



C



poliklinikk. Aldersfordelingen var jevn, men en dominerende andel var overvektige (73 % med BMI >25). Kvinner med grav overvekt hadde oftere funn av lavrisiko D-skår. Det var ingen signifikant forskjell mellom BMI-klasse og funn av høyrisiko D-skår. Eksempler på kasus med samme histologiske diagnose, men forskjellig D-skår sees i figur 1.

Høyrisiko D-skår fører oftere til hysterektomi

Ved ellers like histologiske diagnoser, blir hysterektomi signifikant oftere utført hos kvinner med høyrisiko D-skår (14 av 22, $p=0.006$). D-skår benyttes således aktivt av gynekologene ved Ahus som veiledning i valg av behandling. Fire av de i alt åtte med høyrisiko D-skår som ikke ble hysterektomert hadde grav overvekt (fedmeklasse II og III) som kan forklare alternativ behandling. Alder syntes ikke å være av betydning for valg av behandling i høyrisiko-gruppen, men tallene er små.

Tre pasienter med høyrisiko D-skår fikk påvist adenokarsinom (figur 2). Samlet ble det funnet atypi eller fullt utviklet malignitet i endometriet i 9 av 17 (53 %) av operasjonspreparatene med høyrisiko eller usikker risiko D-skår. Sju hadde benigne funn i endometriet ved hysterektomi, hvorav fem hadde fått preoperativ behandling i form av transcervikal endometrie reseksjon (TCER) (4 kvinner) eller hormonspiral (1 kvinne). Ingen av kvinnene som fikk påvist atypisk hyperplasi eller endometriekreft hadde lavrisiko D-skår ved første undersøkelse.

Atypi ikke påvist ved lavrisiko D-skår D-skår er minst like viktig for å hindre overbehandling. Ingen kvinner med lavrisiko D-skår ble hysterektomert på grunn av hyperplasi-diagnose, men behandlet med hormonspiral, gestagen tablettbehandling eller TCER. Ingen av disse kvinnene har fått påvist atypi i senere pipelle-kontroller.

Seks kvinner med lavrisiko D-skår får fortsatt oppfølging, enten ved poliklinikken på Ahus (3) eller hos privatpraktiserende gynekolog (3). Årsaken til at disse pasientene fortsatt følges er ukjent. D-skår vil imidlertid kunne vurderes som veileder i forhold til hvilke kvinner som ikke lenger har behov for histologisk oppfølging ved kontroll, eller hvilke kontrollforløp som skal avsluttes.

Hvilke diagnoser bør velges for D-skåring?

Baak og medarbeidere publiserte i 2001 at D-skår metoden etter 10 års oppfølging hadde en sensitivitet på 100 % og spesifisitet på 82 % for påvisning av endometriekreft, men inkluderte også simpel hyperplasi og kasus med atypi i sitt materiale. Senere studier inneholder også et blandet materiale, men bekrefter at D-skår verdi <1 er den beste indikator for malign progresjon. Ikke i noen av disse studiene er det rapportert om funn av endometriekreft hos pasienter med D-skår verdier >1.

Praksis ved Ahus skiller seg fra det som er anbefalt i Veileder i gynekologisk onkologi fra 2009 og øvrige publikasjoner ved kun å omfatte D-skåring ved histologi-diagnoser av kompleks type uten atypi. Diagnosen kompleks hyperplasi benyttes fortsatt for å kunne skille ut gruppen der man antar at muligheten for å overse atypi er størst. Avgrensningen mellom hyperplasi og proliferativt endometrium på den ene side, og hyperplasi med og uten atypi er imidlertid vanskelig og kan medføre unøyaktighet ved inklusjon av kasus. Den grovere WHO-inndelingen fra 2014 i hyperplasi med eller uten atypi gjør ikke avgrensningen lettere. Den lave reproduserbarheten ved den histologiske vurderingen kan være et argument for at D-skår bør gjøres ved alle typer hyperplasier, men her vil man kunne få et problem med kapasitet og kostnader.

Anbefaling

Funn av atypi eller malignitet i endometriet hos hhv 36 % og 21 % av hysterektomerte ved Ahus med benign preoperativ histologi og høyrisiko D-skår er en sterk indikator på at D-skår gir verdifull tilleggsinformasjon. At det foreløpig ikke er påvist atypi eller malignitet ved oppfølgingen av kvinnene med lavrisiko D-skår understøtter ytterligere nytten av D-skår for valg av behandling.

D-skår utføres i dag bare ved to patologiavdelinger i Norge (Stavanger og

Tromsø) og muligheten for rekvirering av analysen synes lite kjent blant patologer. Med unntak for Ahus, mottas bare sporadisk prøver fra andre patologiavdelinger, og da ofte etter påtrykk fra klinikere. NGFs veileder bør derfor oppdateres med hensyn til D-skår-undersøkelse. Vi anbefaler at D-skår undersøkelse inkluderes i det diagnostiske forløpet av alle endometriehyperplasier av kompleks type uten atypi. Gynekologer bør etterspørre D-skår fra sine respektive patologiavdelinger.

Hovedbudskap:

Resultatene av D-skår-undersøkelse ved komplekse endometriehyperplasier uten atypi gir verdifull tilleggsinformasjon og benyttes aktivt i planlegging av behandling ved Ahus.

D-skår-undersøkelse bør fortsatt inkluderes som diagnostisk hjelpemiddel ved endometriehyperplasier i NGFs veiledere.

Retningslinjer for oppfølging av kvinner med lavrisiko D-skår bør utarbeides.

Ramme 1:

Inndeling av endometriehyperplasier

WHO 1975	Cystisk hyperplasi Adenomatøs hyperplasi Atypisk hyperplasi
WHO 1994	Simpel hyperplasi Kompleks hyperplasi Simpel atypisk hyperplasi Kompleks atypisk hyperplasi
WHO 2014	Hyperplasi uten atypi Hyperplasi med atypi / Endometriell intraepitall neoplasi (EIN)

Ramme 2:

D-skår ved endometriehyperplasier, basert på forhold mellom stroma, kjerteloverflate og kjernestørrelse:

D-skår >1	lav risiko for malign utvikling
D-skår 0-1	usikker risiko for malign utvikling
D-skår <1	høy risiko for malign utvikling

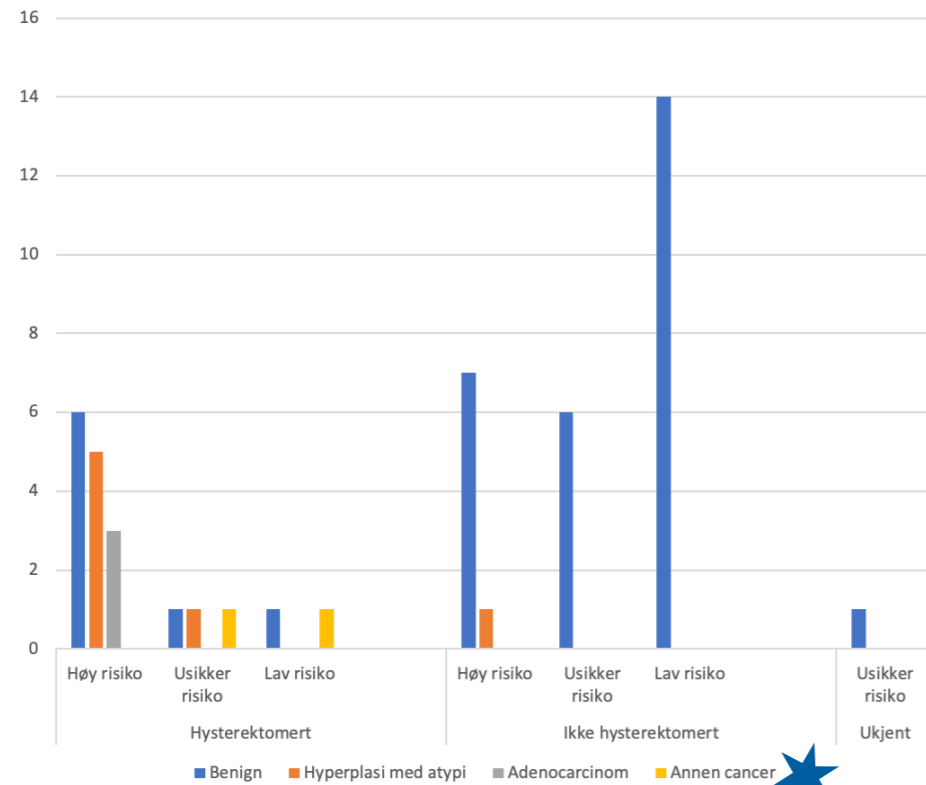
Tabell 1.

Kliniske parametere hos kvinner med kompleks endometriehyperplasi uten atypi og D-skår-undersøkelse.

	Høyrisiko	Usikker risiko	Lavrisiko	Samlet
	D-skår <1	D-skår 0-1	D-skår >1	
Kasus	22	10	16	48
Aldersfordeling, år				
<45	5	2	4	11
45 - 54	9	3	7	19
55 - 65	4	2	2	8
>65	4	3	3	10
BMI				
Normalvektig, 18.5 - 24	6	2	1	9
Overvekt og				
Fedmeklasse I, 25 - 35	8	5	6	19
Fedmeklasse II og III > 35	7	1	8	16
Ukjent BMI	1	2	1	4
Behandling ved siste kontroll				
Medikamentell behandling	5	4	8	17
TCER	1	1	3	5
Hysterektomi	14	3	2	19
Ingen behandling	2	1	3	6
Ukjent	0	1	0	1

Figur 2

Siste histologi i oppfølging av kvinner med kompleks endometriehyperplasi uten atypi ved Ahus, relatert til D-skår ved primær diagnose og hysterektomi. N = 48.



★ Cancer i tube (1) og myometrium (1).

¹Krefregisteret. Krefregisterets statistikkbank. (Nettutgave). <https://sb.krefregisteret.no/insidens/> (21.01.2019)

²Clement PB, Young RH. Endometrioid carcinoma of the uterine corpus: a review of its pathology with emphasis on recent advances and problematic aspects. *Adv Anat Pathol* 2002; 9: 145-84.

³Kurman RJ, Kaminski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia. A long-term study of "untreated" hyperplasia in 170 patients. *Cancer* 1985; 56: 403-12.

⁴Vereide AB, Ørbo A, Kirste U. Endometriehyperplasier, Veileder i gynekologisk onkologi 2009. [https://legeforeningen.no/PageFiles/2424/Endometriehyperplasier%20\(pdf\).pdf](https://legeforeningen.no/PageFiles/2424/Endometriehyperplasier%20(pdf).pdf) (26.06.2017)

⁵Lacey JV, Chia VM. Endometrial hyperplasia and the risk of progression to carcinoma. *Review. Maturitas* 2009; 63: 39-44.

⁶Kendall BS, Ronett BM, Isacson C et al. Reproducibility of the diagnosis of endometrial hyperplasia, atypical hyperplasia and well-differentiated carcinoma. *Am J Surg Pathol* 1998; 22: 1012 - 19.

⁷Zaino RJ, Kauderer J, Trimble CL et al. Reproducibility of the diagnosis of atypical endometrial hyperplasia. A gynecologic oncology group study. *Cancer* 2006; 106: 804-11.

⁸Bergeron C, Nogales FF, Masseroli M et al. A multicentric European study testing the reproducibility of the WHO classification of endometrial hyperplasia with a proposal of a simplified working classification for biopsy and curettage specimens. *Am J Surg Pathol* 1999; 23: 1102-8 *PubMed*.

⁹Mutter G L. Endometrial Intraepithelial Neoplasia (EIN): Will It Bring Order to Chaos? *Gynecol Oncol* 2000; 76: 287-90.

¹⁰Ordi J, Bergeron C, Hardisson D et al. Reproducibility of current classification of endometrial endometrioid glandular proliferations: further evidence supporting a simplified classification. *Histopathology* 2014; 64: 284-92 *PubMed*.

¹¹Baak JPA, Nauta JJP, Wisse-Brekelmans ECM et al. Architectural and nuclear morphometrical features together are more important prognosticators in endometrial hyperplasias than nuclear features alone. *J Pathol* 1988; 154: 335 - 41.

¹²Ørbo A, Baak JPA. Databasert morfometrisk bildeanalyse ved endometriehyperplasi. *Tidsskr Nor Legeforen* 2000; 120: 496-9.

¹³Dunton CJ, Baak JP, Palazzo JP et al. Use of computerized morphometric analyses of endometrial hyperplasias in the prediction of coexistent cancer. *Am J Obstet Gynecol*; 5: 1518-21.

¹⁴Baak JP, Ørbo A, van Diest PJ et al. Prospective multicenter evaluation of the morphometric D-score for prediction of the outcome of endometrial hyperplasias. *Am J Surg Pathol* 2001; 25: 930-5.

¹⁵Hagen B (red.): Veileder i gynekologisk onkologi 2009. Norsk gynekologisk forening, 2009. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veileder-arkiv--utgatte-versjoner/veileder-i-gynekologisk-onkologi-2009/> (31.1.2019)

¹⁶Spydslaug A, Engelsen IB, Schjønby P (red): Veileder i gynekologi 2015. Norsk gynekologisk forening 2015. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/?index=true> (31.1.2019)

¹⁷Dørum A (red). Livmorkreft. Veileder i gynekologisk onkologi NFGO. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-gynekologisk-onkologi/> (31.1.2019)

¹⁸Steinbakk A, Gudlaugsson E, Aasprong G et al. Molecular biomarkers in endometrial hyperplasias predict cancer progression. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204: 357.

¹⁹Ørbo A, Arnes M, Hancke C et al. Treatment results of endometrial hyperplasia after prospective D-score classification: A follow-up study comparing effect of LNG-IUD and oral progestins versus observation only. *Gynecol Oncol* 2008; 111: 68-73.

²⁰Poulsen HE, Taylor CW, Sobin LH. Histological typing of female genital tract tumours. WHO, Geneva 1975

²¹Silverberg SG, Kurman RJ, Nogales F et al. Tumours of the uterine corpus. In Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH (Eds). WHO classification of tumours of the breast and female genital organs. Tavassoli FA, Devilee P (eds). IARC press, Lyon 2003

²²Zaino R, Carinelli SG, Ellenson LH et al. Tumours of the uterine corpus. In Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH (Eds). WHO classification of tumours of female reproductive organs. IARC press, Lyon, 2014

Angusta®
(misoprostol)

Angusta® misoprostol

godkjent for induksjon av fødsel

☀ Det eneste godkjente orale misoprostol preparatet for induksjon av fødsel

☀ Klar til bruk 25 mcg tablet



Azanta AS | Tvetenveien 152 | Postboks 39 Tveita | 0617 Oslo | Tel: +47 21 555 990 | www.azanta.com

Azanta

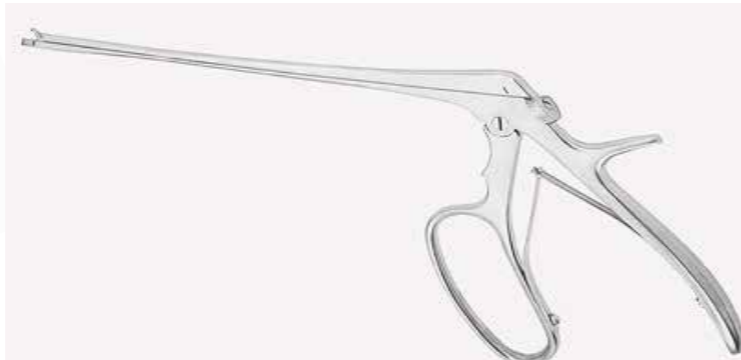
Prostaglandin. ATC-nr.: G02A D06 **TABLETTER 25 µg:** Hver tablett inneholder: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av Angusta. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp. 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 non-stresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsetilstand ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arveavhengig 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 fosterhinnen >48 timer før administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødsler, Bishops score >6 eller bruk for uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). **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. Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal føtal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal føtal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale kramper. 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: 28.02.2017. Reseptgruppe: C. Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1144,00 (Mai 2017).



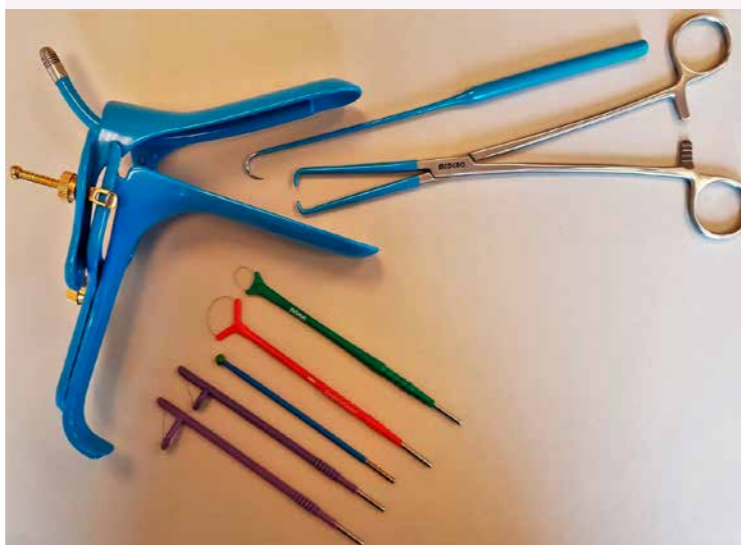
Gynstoler med integrert HD kolposkop, setevarme og forhåndsprogrammerte innstillinger, til stoler som i noen håndgrep kan endres til undersøkelsesbenk. Også disse med elektrisk løft, tilt og rygg.



Neo Safe T CU 380 og CU 380 mini Kobberspiral. Enkel å sette inn og meget prisgunstig!



Gynekologiske instrumenter



medero
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no

Kroniske smerter – hva er det og kan vi gjøre noe for pasientene våre?

Av Unni Kirste

Smerte er en hovedårsak til å oppsøke helsehjelp. Og vedvarende smerte med funksjonstap ligger bak de største gruppene sykmeldte og uføretrygdede både i Norge og ellers i verden. Mao. utgjør smerter en svær belastning på samfunnet som helsevesenet tradisjonelt har fått ansvar for å gjøre noe med.

Et godt prinsipp i medisinen er å vite HVA man behandler før en setter i gang. Når det gjelder smerte kan det være vanskelig. Selv om vi alle har erfaring med smerter og har en klar forståelse av hva vi selv mener med begrepet vet vi ikke nødvendigvis hva det er i medisinsk forstand. Smerte defineres som en opplevelse og nærmer seg det filosofiske problemet med bevissthet. Vi kan registrere aktivitet i CNS, kjenner til ionekanaler og impulshastighet i nervefibre, men derfra og til tanker, følelser, erfaring, kreativitet er det et langt sprang.

Likevel har vi mye erfaring med akutt smerte – også med å behandle det vil si å lindre, redusere, fjerne den. Vi forstår ofte sammenhengen med vevskaden Ofte kan vi fjerne årsaken – eller legge til rette for at kroppen selv kan lege seg så smerten blir borte. Resultatene er ikke så verst – bivirkningene som regel akseptable.

Kronisk smerte har vart 3 måneder eller lengre og ført til funksjonsnedsettelse. Noen vil hevde at varighet utover det forventede tilhelingsforløp for den underliggende tilstand er relevant.

Sammenhengen med vevskade er uklar eller kan mangle. Det kan påvises endringer i CNS ved for eksempel funksjonell MRI, men om det er årsak eller virkning er ukjent.

Psykososiale forhold har sammenheng med risiko for å utvikle vedvarende smerte sammen med summen av smertefulle erfaringer.

Ved langvarig, vedvarende, kronisk smerte er det annerledes. Ved kroniske smerter vil man, i større grad enn ved akutte smerter, mangle avklart sammenheng mellom vevskade, anatomisk/funksjonell forstyrrelse og smerteopplevelsen. De senere års forskning har klarlagt at de henger nøye sammen med tidligere erfaringer, emosjonelle som konkrete. Det er påvist endringer i perifert og sentralt nervesystem og «samhandling» med både endokrinologisk og immunologisk balanse som gir det vi kaller sensitisering. Det er viktig å huske at disse forandringene kan reduseres/gå til-



Unni Kirste
pensjonert gynekolog

bake ved hensiktsmessig behandling. Sensitisering kan både redusere smerteterskel, øke smerteintensitet og forlenge smerteopplevelse. Begreper som allodyni (smerte utløst av et stimulus som ikke er i nærheten av å skade kroppen - for eksempel lett berøring) og hypersensitivitet (at et stimulus som normalt skulle gi en svak smerte fører til sterke smerte) brukes i denne forbindelse.

Hvis årsaken er ukjent eller vi ikke kan tilby effektiv behandling står vi igjen med å hjelpe pasienten med å mestre livet med smerte. Det forutsetter kunnskap om vedlikeholds faktorer.

Kjente og viktige elementer her er:

- bekymring for alvorlig underliggende sykdom,
- opplevd mistro fra familie, arbeidsgiver, helsevesen og samfunnet for øvrig/sosiale støtteordninger
- uhensiktsmessige mestringsstrategier som medfører inaktivitet, feilbruk/overforbruk av medikamenter, feilbelastninger
- mangel på aksept for at selv moderne medisin ikke kan fikse alt og en evig jakt på «forklaring og helbredelse».

Helsevesenet understøtter noen ganger denne adferden i redsel for å overse noe som kan behandles og derved bli utsatt for kritikk. Forhold som vi kan gjøre lite med er personens historie, personlighet og evner, men hjelpen må tilpasses denne type premisser. I vårt fag er det i flere studier påvist at omtrent 1 av 5 pasienter ved en gynekologisk poliklinikk oppgir langvarige smerter som går ut over deres funksjonsnivå. De vanligste 3 kategorier pasienter med vedvarende smerter vi treffer:

Endometriose

Her vet vi om eller kan finne ut av et viktig grunnleggende forhold – den inflammatoriske tilstanden endometriose – som vi kan og skal behandle. Når god kirurgisk og medikamentell behandling av grunnlidelsen ikke er nok må vi søke etter tilleggsfaktorer – veldig ofte sekundære muskulære smerter pga. avverge. Frykt for infertilitet, angst for smerte osv. vil vedlikeholde dette. Kvinnen vil trenge gode positive forklaringer og forsikring om hjelp. Kunnskap om smertefysiologi og sammenhenger hjelper mange, mens opioider vil redusere kroppens egne smertelindrende evne og skal unngås.

Vulvodyni

Her vet vi mindre om grunnårsaken, noe om risikofaktorer og lite om effektiv behandling og står igjen med å legge til rette for god mestring. Sekundære muskulære smerter, seksuelle problemer og sensitisering er vanlig også her.

CPP – «chronic pelvic pain» – kroniske bekkenmerter

Som kjennes som indre smerter, ofte følges av irritabel tarm eller smertefulle urologiske plager og kan komme som følge av en rekke tilstander og/eller opplevelser. Vedvarende smerter etter endometriose faller ofte i denne kategorien, men mange kvinner kan ha en sterk tro på at de har denne sykdommen uten at den påvises. I noen tilfelle kan man finne karforandringer som bekkenvaricer eller karanomalier som kan behandles av radiologene, noen har nerveavklemmings tilstander der blokader og evt. kirurgi reduserer smerten betydelig, men oftere er den utløsende faktor borte, uklar eller ikke påviselig.

Etter hvert får vi også en økende pasientgruppe med post cancer smerter. Både kirurgi, stråling og cytostatica kan gi vevsskade med langvarige smerter som resultat. Bekymring for tilbakefall og de

vanlige avvergemekanismer forsterker plagene.

Angst og depresjon følger smerte og kan forsterke både passivitet og uhensiktsmessige mestringsstrategier, men er sjelden årsak i seg selv. Da står vi igjen med å søke etter vedlikeholds faktorer og behandle symptomer. Gynekologens viktigste rolle er nok å gjøre en adekvat utredning som stopper i tide og følges av god saklig informasjon, unngå fäefengt kirurgi, unngå opioider og generelt behandle kvinnen med respekt og aksept for at smertene ikke er innbilte selv om vi ikke finner årsaken.

De vanskeligste og alvorligste tilfellene kan henvises til tverrfaglige smerteklinikker der spesialisert fysioterapi og psykologer med spesiell kompetanse i ulike kognitive teknikker og søvn problemer er deler av behandlingsteamet

ICD-10 mangler gode koder for smerte. Det kommende diagnoseverket ICD-11 vil inneholde et kapittel om smerte der man skiller mellom akutte og vedvarende smerte med kjent og ukjent årsak. Det ligger et håp i at en bedret systematikk kan bidra til å øke kunnskapen til pasientenes beste.

En ideell spesialistutdanning

Av Marte Myhre Reigstad

Jeg fylte nylig 40 år, og ble i forkant grepet av noe jeg tror var en form for midtlivs-krise. Min bror som er skuespiller er ofte god å prate med, som han selv sier: «jeg får betalt for å tenke de tankene ingen andre har tid til å tenke». Ganske underbetalt er han forresten, spør du meg. Problemet var altså, at å fylle 40 var litt vanskelig, fordi livet mitt ved 40 år ikke stemmer helt med det livet jeg hadde sett for meg (overraskende nok!). Min bror trakk parallellen til Platon og hans ide-verden. Mitt 40 årige liv, tenkte jeg, var en skygge av skyggen til ideen om 40 år. Broren min syntes jeg overdrev.

Så kom jeg til å tenke på hvordan en ideell spesialistutdanning burde være: Inspirerende og pedagogiske overleger, LiS som leser seg opp på fritiden, og ledelse som prioriterer opplæring, simulatortrening og kursing (foran alt annet). Tema på internundervisning som alltid er i tråd med læringsmål, og satt opp i en systematisk rekkefølge. En systematisk og praktisk opplæringsplan, vaktfri de første 3 måneder. LiS får god veiledning (både faglig og personlig) og en konstant strøm av tilbakemeldinger på hva de gjør bra, og hva som må forbedres. Jeg kan fortsette i det uendelige...

Gjennom besøk på avdelingene landet rundt, ser spesialitetskomiteen eksempler på løsninger som gir svært god utdanning, og samtidig observerer vi, gjerne i samme avdeling, det motsatte. Noen aspekter av utdanning er bare en skygge av hva det egentlig burde vært. Og da gir spesialitetskomiteen noen velmenende råd eller advarsler, alt ettersom. Poenget er, at ingen avdeling fungerer ideelt. Men i en tid der vi er spesielt opptatte av utdanning, kan man jo prøve å se sin egen avdeling litt på avstand: Hva fungerer? Hva går dårlig? Hva kan vi gjøre noe med? Selv om avdelingen er skyggen av en ideell avdeling, er det mulig å få til lenda mer. Jeg tenker nå hvert fall på det, og ser frem mot min 50 års dag.

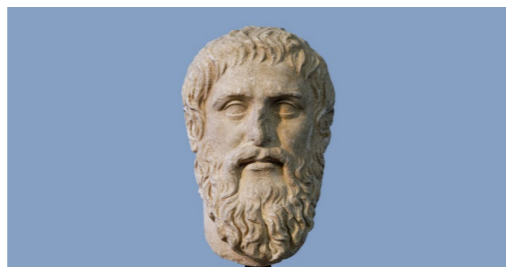


Marte Myhre Reigstad
leder spesialitetskomiteen

I 2019 skal spesialitetskomiteens arbeid bestå i å jobbe med kursene og deres innhold. Vi skal bistå Helsedirektoratet i vurdering av sykehusenes søknader om å bli godkjente utdanningsinstitusjoner. Videre skal læringsmål åpnes for «rettelser» våren 2019, så disse skal korrekturleses. Vi håper derfor at alle som har innspill til kurs eller læringsmål henvender seg til oss, FUGO eller NGF. Jeg er uansett optimistisk, fordi å runde 40 slett ikke var så ille som jeg trodde. Og jeg tror at vi kan få til å komme nokså nærme en ideell utdanningsverden!

*På vegne av komiteen,
Marte Reigstad*

Platon, slik jeg husker ham



“Har du pasienter som trenger fertilitetsbehandling? Når du kontakter våre leger direkte, kan behandlingen starte innen noen dager.”

Dr. Jon W. Hausken

Fertilitetssjekken | IVF & IUI med og uten donorsperm
ICSI | TESE/PESA | micro-TESE



Dr. Jon W. Hausken
jon@klinikkhausken.no



Dr. Kirsten Hope
kirsten@klinikkhausken.no



Dr. Arne Schwennicke
arne@klinikkhausken.no



Dr. Caroline Backer
caroline@klinikkhausken.no



Dr. Torolf Holst-Larsen
torolf@klinikkhausken.no



Klinikk Hausken Oslo

Lysaker Torg 5, 1366 Lysaker



Klinikk Hausken Stavanger

Eiganesveien 10-12, 4008 Stavanger



Klinikk Hausken Bergen

Espehaugen 32, 5258 Blomsterdalen



Klinikk Hausken Haugesund

Karmsundsgt. 59, 5531 Haugesund

Klinikk Hausken

www.klinikkhausken.no

Helse Norge og behandlingstekster – hvem sikrer det faglige innholdet?

Av Knut Hordnes

God skriftlig pasientinformasjon er viktig, ikke minst for våre kirurgiske prosedyrer. I første rekke for at pasienten skal vite mest mulig om operasjonen, mulige komplikasjoner, hva som kan forventes etterpå, sykemeldingstid, osv. Det har også en juridisk side, nemlig at vi kan dokumentere at informasjon om komplikasjoner er gitt.



Knut Hordnes
Klinikkoverlege
Dagkirurgisk Senter Betanien Sykehus
knuthordnes@gmail.com

I likhet med mange andre har vi ved vår avdeling lagt ned et betydelig arbeid for at denne informasjonen skal være best mulig, med informasjon om alle våre prosedyrer: vaginal hysterektomi, TCER, laparoskopiske inngrep, TVT osv. Vi har valgt å lage to skriv for hvert inngrep, et som blir sendt ut før operasjonen med preoperativ informasjon, og et som gis under oppholdet med postoperativ informasjon. Det meste av informasjonen er så generell at den kunne vært brukt på alle avdelinger, noe er lokal (sånn gjør vi det).

Helsemyndighetene har bestemt at i fremtiden skal all pasientinformasjon ligge på Helse Norge plattformen. Dette er en del av såkalt «Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten», som er en felles teknisk løsning for produksjon og publisering av de åpne nettsidene til alle foretak i de fire helseregionenes foretaksgrupper. Dette er en viktig endring. Likevel ser det ut til at fagmiljøene ikke har vært involvert i dette og kollegene virker lite kjent med det. Etter min oppfatning er pasientinformasjon like viktig som våre Veiledere og skulle vært gjenstand for samme faglige vurdering.

For vår del var etablering på den nye plattformen et krav til vårt sykehus som en del av bestillingen fra Helse Vest. Slik er det trolig for mange sykehus.

Endring og flytting av pasientinformasjonen var utfordrende av flere grunner:

Først det prinsipielle, nemlig at beslutningen kom via foretaket uten at fagmiljøet vårt var involvert.

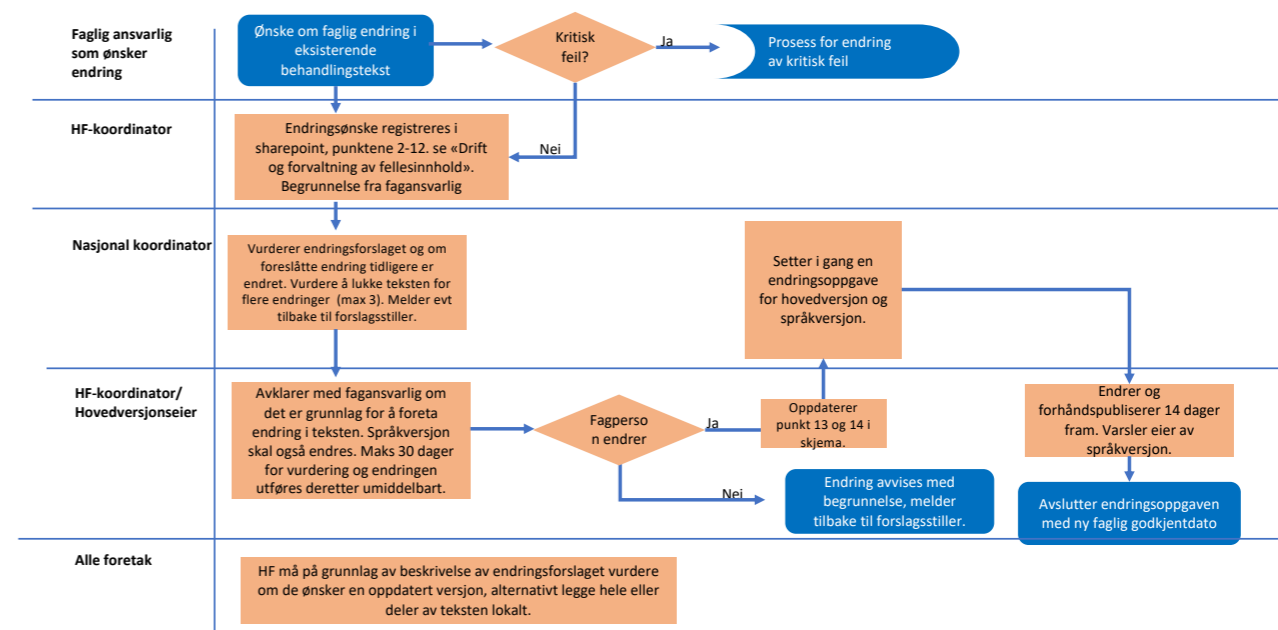
Proessen er arbeidskrevende: Det var ikke bare å sende eksisterende informasjon til Helse Norge. Prinsippet var nemlig at tekstene i utgangspunktet skulle være felles nasjonale, med mulighet for å lage lokale varianter. Pasientinformasjon hadde fått et nytt navn nemlig behandlingstekster, og det fantes en mal. Det betydde at tekstene måtte skrives om for å tilpasses malen. Dersom det allerede fantes en nasjonal tekst så skulle den i minst mulig grad endres – prinsippet var at det som kunne være likt, skulle være likt.

Det innebar mye arbeid med å skrive om allerede godt bearbejdede tekster. Den største utfordringen kom likevel der det allerede forelå godkjente nasjonale tekster, som en skulle forsøke å tilpasse seg. Noen av disse lå ganske langt fra tekster som jeg ville brukt. Et par var ganske dårlige. Hva gjør man da?

Med bakgrunn i arbeid med NGFs Veiledere er jeg vant til at retningslinjer utarbeides av de fagfolk i landet som kjenner best til emnet. Navnene deres står på Veilederkapittelet, og de kan kontaktes. Det finnes en redaksjonskomite, med navngitte medlemmer. Åpenhet, og kort vei til forfatter om en vil komme med innspill.

Helse Norges behandlingstekster er ikke merket med forfatter-

Endring av faglig/medisinsk innhold – kontinuerlig endring



Flytskjema for endring av behandlingstekst

navn. Redaksjonsansvar er gitt til en koordinator gjerne kommunikasjonsansvarlig ved sykehuset, som utarbeider tekster i samråd med fagansvarlig. Tanken er å gjøre tekstene bedre og mer forståelige for pasientene enn om bare leger skriver. Det er bra at en vektlegger godt språk, men jeg mener ansvaret for teksten skal ligge hos en navngitt kompetent fagperson dvs som regel en spesialist i faget.

Produksjon av nasjonale tekster er tilfeldig: Det første sykehuset som velger et emne sender det inn via sykehusets kommunikasjonskanaler til Helse Norge, som har en redaksjon som dekker alle fag både somatikk og psykiatri. Redaksjonen besitter dermed neppe spesialkompetanse i det enkelte felt. Emnet blir godkjent og legges ut uten forfatternavn. Dette sykehuset «eier» nå teksten.

Dersom for eksempel jeg synes den bør endres, må egen koordinator på eget sykehus være enig og melde inn at vi ønsker ny eller endret tekst til redaksjonen i Helse Norge, som melder forslaget videre til koordinator på «eiersykehuset», som da avgjør om endring er akseptabel eller ikke (se flytskjema). Svaret bør være forankret i kompetent fagperson men det er ikke gitt at det skjer. Jeg opplevde å få avslag til endring uten begrunnelse og uten å få vite hvem som sto bak svaret. Det kan dermed være en tung prosess å få endret en tekst selv når det opplagt er behov for det.

Denne måten å gjøre det på har vist seg effektiv i den forstand at det raskt er produsert mange behandlingstekster (for tiden rundt

1200). De jeg har vurdert viser varierende kvalitet. Ofte ser det ut som man har klippet og limt fra lokale tekster, og kan bære litt preg av det.

Den faglige kvaliteten av behandlingstekstene skulle vært bedre sikret. Det kan gjøres på to måter:

Endre systemet: At Helse Norge, i stedet for å la tilfeldige sykehus melde inn tekster, heller samarbeider med fagmiljøene sentralt og om å lage gode tekster slik det lages veilederkapitler. Kanskje er det naturlig forfatter av Veilederkapitler også skriver pasientinformasjon i samme emne. Noe for Kvalitetsutvalget å ta opp med Helse Norge? At forfatter er fagperson og navngitt, burde være selvsagt.

Bruk systemet: Vær bevisst på hvilken pasientinformasjon som ligger ute for ditt sykehus. Lag god lokal variant ved behov. Ønsker du endring av nasjonal versjon, bruk Helse Norge sin saksgang, men ta i tillegg direkte kontakt med kollegaen din på sykehuset som er ansvarlig for teksten. Da unngår du de anonymiserende mellomleddene og kan finne en løsning. Min erfaring er positiv. Jeg har selv laget fem nye nasjonale tekster, og kan kontaktes om det er noe.

Pasientinformasjon via Helse Norge blir det vi skal leve med fremover. Jeg vil derfor oppfordre til at vi bidrar til at tekstene blir best mulig – det er viktig for pasientene våre og oss leger.

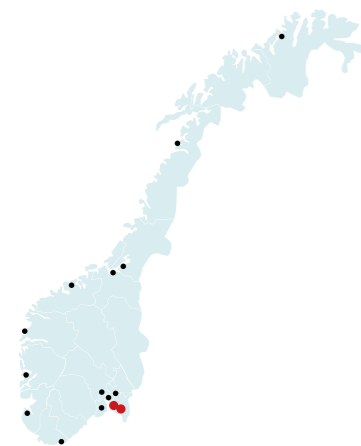


Norge Rundt

Kvinneklubben – Sykehuset Østfold

Av LIS Helene Lyngstad og overlege Espen Erno, Kvinneklubben SØ

Faglig bredde, godt samarbeid og høyt tempo er beskrivende for Kvinneklubben ved Sykehuset Østfold. I en hektisk hverdag jobber leger, jordmødre, sykepleiere og barnepleiere for å tilby pasienten den beste behandlingen innen fødselshjelp og kvinnesykdommer.



Tidligere besøkt:

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

Ved Kvinneklubben ved Sykehuset Østfold er vi i dag 16 overleger og 10 leger i spesialisering. Vi driver virksomhet både på Kalnes og i Moss. Avstanden mellom de to sykehusene er knapt 30 km. Befolkningsgrunnlaget er ca. 300.000, med nedslagsfelt i Østfold og Søndre Akershus. I tillegg har vi avtale om fødselshjelp for befolkningen i Nordre Bohuslän – så på Kalnes blir det også født svensker!

Gynekologisk avdeling, føde- og barselavdelingen flyttet for drøyt 3 år siden fra Fredrikstad til «high-tech» sykehuset på Kalnes, Norges nyeste sykehus. Avdelingen er utstyrt med ni velutstyrte føderom, videre barselrom og vanlige sengerom. Fødeavdelingen er delt i normalenhet og spesialenhet og vi har strenge selekteringskrav. Hver fødestue er utstyrt med Milou, hvilket innebærer at CTG-data lagres elektronisk og kan enkelt slås opp på en hvilken som helst PC tilknyttet sykehus-nettet (tertiærvakt kan også slå opp hjemme). Det stilles krav til STAN-sertifisering for både leger og jordmødre. Det er kort distanse mellom fødeavdelingen, nyfødtintensiv og operasjonsavdelingen, dette bidrar til rask transport av pasienter i akutt situasjoner. Alle KK's sengeavdelinger og operasjonsavdelingen ligger i 3. etasje. Fødepoliklinikken ved Kalnes har stor pasienttilstrømning der det daglig er minimum to leger satt av til planlagte konsultasjoner.



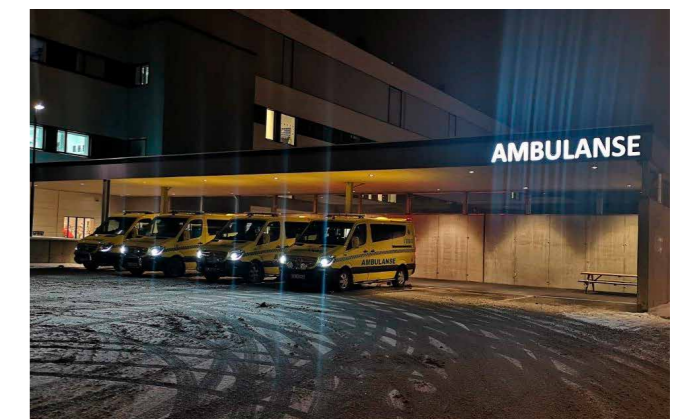
Føderom KK-SØK med et lite utvalg av gynekologene (avd-sjef Nina til venstre).



Vakthavende gynekolog Johanna Plith - KK-SØK



Øvelse i vakuu (KIWI-kopp) - Charlotte, Helene og Else



Ambulanse-inngangen SØK

Gynekologi på to sykehus

Innen gynekologi er det daglig poliklinisk virksomhet både på Kalnes og i Moss. Urodynamisk poliklinikk og ø.hj. poliklinikk er lokalisert på Kalnes. Dagkirurgen ligger i Moss og har drift 4-5 dager pr uke. Her gjøres laparoskopi inkl. adnexkirurgi, TCR, laseroperasjoner, mindre vaginalplastikker, TVT og diverse andre inngrep. En dag i uken gjøres det koniseringer på eget operasjonsrom ved gyn-pol i Moss. Her finnes også dagenhet for medisinske aborter. Større operasjoner og akutte operasjoner gjøres på Kalnes, derav bl.a. adnexkirurgi, hysterektomi og vaginalplastikk.

Gynekologisk sengepost ligger på Kalnes og har ni senger. Sengeposten er moderpost for pasienter med primær gynekologisk kreftsykdom som er i behov av innleggelse. Innen gynekologisk kreftsykdom opereres lavgradig endometri- og ovarialcarcinom. Øvrig kreftrrettet kirurgi henvises til OUS/DNR for behandling.

Høyt tempo

I 2018 hadde Kvinneklubben ved SØ 2.780 fødsler, total sectiofrekvens var på 16,5 %. Av vaginale forløsninger var 11,4 % operative. Tallene i seg selv taler for en hektisk hverdag både på dagtid og på vakt. LIS jobber i 10-delt vaktplan, overlegene jobber i 10-delt og 5-delt vaktplan. Vaktteamet består av tilstedeværende

LIS og overlege. I tillegg er overlege i tertiærvakt tilstede deler av døgnet, på natt samt på søndager tilgjengelig på telefon med 30 min beredskapstid. Teamarbeid er essensielt, og det å ha tilgang på tilstedeværende bakvakt er bidragsytende til læring og det å skape trygge LIS-leger i fremtiden.

Gode læringsforhold

Kvinneklubben ved Sykehuset Østfold er godkjent utdanningsinstitusjon for spesialisering innen fødselshjelp og kvinnesykdommer. Når dette skrives jobbes det med å implementere ny spesialistutdanning som trer i kraft 1. mars 2019. Flere av våre overleger har deltatt på veilederkurs, og vi har så vidt iverksatt strukturert gruppeveiledning som står sentralt i den nye spesialistordningen. Undervisning foregår på daglig basis, både i klinikken og som en del av våre morgenmøter. Hver uke holdes internundervisning enten av LIS eller overlege. Klinikken er delaktig i klinisk fellesundervisning som foregår på tvers av avdelinger ved sykehuset, og vi har regelmessig tverrfaglige møter med avdeling for onkologi, radiologi og patologi. Vi holder årlig fagdag («KK-forum») med både egne og innleide foredragsholdere. På disse dagene stenges all drift utenom akuttvirksomhet for å sikre at flest mulig skal kunne delta.

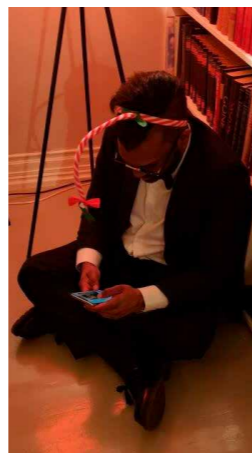
VILLA FREDLØS hjemme hos KS lør 15.12.2018



Martine & Teroy - SUPRE LIS-leger



QUIZ-ansvarlige Martine & Charlotte



Teroy goooogler.



Lovende gjeng LIS + en «voksen» (KK-SØ)

Den 10. Oktober 2018 hadde klinikken besøk av spesialistkomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer. I rapporten ble «god faglig bredde» og «høyt pasienttall» trukket frem som særlig bra. Folkehelseprofilen for Østfold fra 2018 utgitt av folkehelseinstituttet viser at fylket ligger signifikant dårligere enn landet som helhet hva gjelder blant annet forventet levealder, sosioøkonomisk status, fedme og overvekt. Økt morbiditet gir økt tilgang på varierte medisinske problemstillinger.

Høsten 2018 ble kampanjen «Boksen går» introdusert i regi av FUGO, og fra oktober i fjor ble kampanjen implementert i vår hverdag. Vi holder veiledet laparoskopitrening og har stor tro på at avdelingen ved hjelp av kampanjen vil kunne bidra til å fremme laparo-skopikyndige LIS i fremtiden. I forbindelse med oppstart av kampanjen fikk vi tildelt et eget simuleringsrom som ligger på fødeavdelingen i nærheten av vaktrommet. Her kan man i tillegg til laparoskopi trene på operativ vaginalforløsning og suturering. Nødvendig utstyr ligger klart på rommet og kan enkelt tas i bruk dersom en skulle ha noen minutter til overs på vakt...

Forskning

Forskningsgruppen ved Kvinneklinikken har per i dag tre stipendiater/PhD-studenter Avdelingen har to overleger med doktorgrad derav én postdoc. Forskningsgruppen publiserte nylig en studie med 7.277 førstegangsfødende kvinner, The Labour Progression study, LaPS", som ble publisert i det anerkjente tidsskriftet – The Lancet.

Det meste er blitt bedre, men noe var bedre i «gamle» Fredrikstad Vi opplever det som en ulempe at 3-4 leger daglig roterer til SØ-Moss og ikke deltar på felles morgenmøte. Selv om vi på mange måter har et svært moderne og flott sykehus, så er ikke alle like fornøyd med «kontorlandskap» (16 overleger på ett kontor...) og vaktrom (uten dusj-mulighet...).

Det nye SØ har til nå kun hatt enkeltrom – totalt sett har sykehuset for få sengeplasser og det er for dårlig kapasitet i akuttrom-taket. Dette er en nå i ferd med å rette på.

Vi er en stabil arbeidsgruppe med et hyggelig arbeidsmiljø

Vi jobber under høyt arbeidspress med til tider dårlig bemanning, til tross for dette går alle på jobb med en positiv innstilling. Trenger man en hjelpende hånd er det alltid noen som trår til, uansett når på døgnet det skulle være.

Vi invaderer med jevne intervaller huset til en av overlegene (i det siste «Villa Fredløs») – der diskuterer LIS-legene opp og organiserer mat & drikke, konkurranser & quiz, musikk & underholdning!

Også vi her i Østfold trenger sosialt samvær og gode fester for å bli skikkelig sammensveiset!

VISERA ELITE II

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



16211

3D OG THUNDERBEAT

- Den perfekte kombinasjonen.

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

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

- Plug & Play
- Autoklaverbart 3D videolaparoskop
- Autofokus

THUNDERBEAT er verdens første fullintegreerte bipolar- og ultralydsinstrument.

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

OLYMPUS NORGE AS

Drengsrudbekken 12, 1383 Asker | www.olympus.no



Intrarosa®

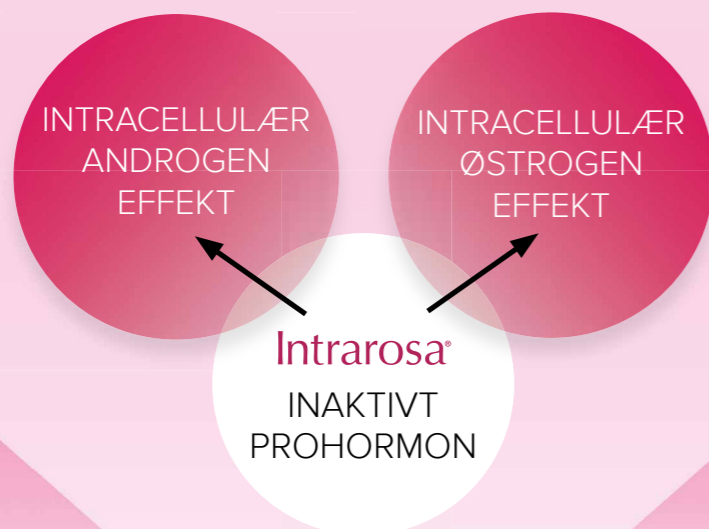
Prasteron 6,5 mg (DHEA)
vagitorie

Nyhet!



Ny behandling ved vulvovaginal atrofi

- 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



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

Intrarosa «Endoceutics»

ATC-nr.: G03XX01

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

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

Dosering: 1 vagitorie 1 gang daglig, ved leggetid. **Glemt dose:** Tas kun hvis det er ≥8 timer til neste dose. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig.

Barn og ungdom: Bruk ikke relevant i noen aldersgrupper ved vulvovaginal atrofi grunnet menopause. Eldre: Ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** Føres inn i vagina med finger eller vedlagt applikator, se pakningsvedlegg.

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

Forsiktighetsregler: Bør bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. Nytte/risiko bør vurderes grundig minst hver 6. måned. Før behandling bør det opptas 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 blodtrykkmåling, 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: Vaginalskylning.

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

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

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

Pakninger og priser: 28 stk. (blister med appl) nok 392,90, varenr 098502.

Basert på SPC sist endret 01/2019

AVIA PHARMA

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

Kick-off møte Veilederen i fødselshjelp 2019

Av Katrine Sjøborg, Seksjonsoverlege Phd, Kvinnekliviken Sykehuset Østfold

Arbeidet med en omfattende revisjon av veilederen i obstetikk har startet! Bak revisjonen står en engasjert redaksjonskomite og en rekke kompetente forfattere. Hovedforfatterne med redaksjonskomiteen i spissen var samlet til Kick-off møte på Gardermoen 8. januar. Programmet var tettpakket med aktuelle foredrag og faglige diskusjoner.

Dr. David Williams, som nå har overtatt Michael de Swiets stilling ved Institute for Women's Health, University College London, foreleste først om hvordan lage nasjonale retningslinjer i obstetikk. Han har lang erfaring fra arbeid med NICE guidelines og gav oss et godt innblikk i hvordan NICE utarbeider guidelines. De bruker både PICO systemet og GRADE, så her har vi noe å strekke oss etter. Nasjonale retningslinjer skal være en veileder for optimal klinisk praksis og må revideres med jevne mellomrom. Selv om ny evidensbasert viten er på plass og nye retningslinjer blir utarbeidet, er det ikke en selvfølge at nye retningslinjene automatisk blir tatt i bruk i vår kliniske hverdag. David holdt en inspirerende forelesning om «How to speed up change in clinical practice when new evidence emerges». Implementering av nye retningslinjer tar tid: etter en av de første dokumenterte randomiserte studier ble utført i 1601, brukte sjøforsvaret i Storbritannia 264 år på å innføre sitronsaft i kosten, som sjøbukkforebyggende tiltak. I vårt fagområde bør vi ikke glemme at det tok 80 år etter at Semmelweis viste at håndvask kunne forebygge barsel feber, før dette ble akseptert som god klinisk praksis. Multinasjonalt samarbeid og kommunikasjon mellom forskningsmiljøer, lettete retningslinjer og anbefalinger til klinikere, samt aksept for at man kan lære av feil, er måter å få ny kunnskap formidlet og implementert på en bedre måte.



Professor Atle Fretheim – Folkehelseinstituttet.

Professor Atle Fretheim, Fagdirektør i Folkehelseinstituttet, holdt et entusiastisk foredrag om hvordan finne og bruke systematiske oversikter som grunnlag for anbefalinger. De færreste klarer å gjøre dette temaet engasjerende og spennende, men det klarte Atle. Han gav en grundig innføring i den kunnskapsbaserte pyramiden med gode tips om litteratursøk og hvordan vi kan søke uten å bruke uforholdsmessig mye tid.

Veilederen i obstetikk blir mye brukt, både i direkte pasientbehandling, som utgangspunkt i intern opplæring og når avdelingen skal utarbeide egne lokalt tilpassede rutiner. Men også andre instanser bruker veilederen vår flittig, deriblant Helsetilsynet. Lars T. Johansen, seniorrådgiver i Statens helsetilsyn foreleste om



Redaktørgruppen. Fra venstre: Professor Jørg Kessler (Haukeland), Seksjonsoverlege Katrine Dønvold Sjøborg (Sykehuset Østfold), Overlege Kevin Sunde Oppegaard (Hammerfest), Professor Anne Flem Jacobsen (OUS).

betydningen av nasjonale retningslinjer, både for helsepersonell og virksomheten. Gode retningslinjer i fødselsomsorgen kan medføre færre uønskede hendelser.

Ansvarlig redaktør, Anne Flem Jacobsen, informerte om planer for den reviderte veilederen og videre arbeidsprosess. Noen nye kapitler kommer til og noen kapitler blir slått sammen (bla Lite liv, Nevrologiske sykdommer i graviditet (Epilepsi, Migrene og MS), Invasiv placenta, Komplikasjoner i barseltid (urinretensjon, smertelindring, infeksjon, kort liggetid, resuturering, anemi), Maternell sykdom og svangerskap (PCOS, GI lidelser, Astma), Kreft i graviditet). Innholdsfortegnelsen til veilederen skal også revideres og de ulike kapitlene vil stå i alfabetisk rekkefølge. Forhåpentligvis blir det lettere å finne fram til rett kapittel i innholdsfortegnelsen. Endelig versjon av de ulike kapitlene skal være ferdig rundt 1. oktober 2019, og det er planlagt publisering av hele den reviderte veilederen i desember 2019. Vi har valgt å angi nivå for dokumentasjon fra I-IV og gradering som anbefaler (evt. sterkt), anbefaler ikke, foreslår eller foreslår ikke, etter råd fra Kunnskapssenteret. GRADE systemet blir for ambisiøst, særlig med tanke på at revisjonsarbeidet er dugnadsbasert.

Vi i redaksjonskomiteen er imponert over entusiasmen, engasjementet og kompetansen hovedforfatterne har vist. Det har vært en fantastisk respons fra alle de forespurte hovedforfatterne.

Vi gleder oss til ny revidert veileder.

Lykke til med arbeidet!

Kilder til informasjon om gynekologisk endokrinologi, endometriose og hormonelle legemidler

Det kommer mange spørsmål til gruppen HORMONER OG ENDOMETRIOSE, og jeg forsøker å besvare alle spørsmål etter beste evne; med kombinasjon av kunnskap, erfaring og en god del sunn fornuft. Svarene ristes ikke alltid ut av ermet, jeg må søke til ulike kilder, og her gir jeg en liten oversikt over noen kilder jeg har god nytte av.

Felleskatalogen

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/>
Denne publikasjon har et dårligt rykte og anses å være mer aktuell for jurister enn for leger og pasienter, men den inneholder absolutt nyttig informasjon.



Fra felleskatalogen

Av fanene fremgår at man kan se FK-tekst, felleskatalogteksten. Her finnes nyttig informasjon om interaksjon og metabolisme, f.eks. halveringstiden. Husk tommelfingerregelen om at et legemiddel anses å være ute av kroppen etter 5 x halveringstiden. Foto viser bilde av legemidlet, det kan være nyttig å se om en tablett kan deles. Neste fane åpner for *pasientinformasjon*

masjon som er lagt i pakken. Det kan være nyttig å se hvilken informasjon som gis pasienten, spesielt å være i forkant når det dreier seg om nye legemidler. Sist kommer fanen med SPC med lenke til Legemiddelverkets nettside. Her er en grundig produktbeskrivelse med gjennomgang av grunnleggende studier vedrørende og relatert til produktet. Interessant er å se når legemidlet første gangen er registrert i Norge.

Relis

<https://relis.no/>
Produsentuavhengig legemiddelinformasjon for helsepersonell hvor man kan stille spørsmål om legemidler, og hvor man med enkel søkemekanisme kan finne tidligere spørsmål og svar. Spesielt nyttig er kategorien legemidler til gravide. Det er oppdatering med gode referanser.

Wikipedia

<https://www.wikipedia.org/>
Er et oppslagsverk jeg ofte bruker. Det kommer høyt opp som lenke når man



Mette Haase Moen
professor emerita,
NTNU

søker informasjon, f.eks. om en sjelden medisinsk tilstand. Her får man en grei oversikt over emnet med referanser. Noen ganger er informasjonen begrenset, men det markeres med en advarsel. Jeg vil ikke anbefale nettstedet som vitenskapelig referanse, men for rask orientering fungerer det bra, for meg i all fall.

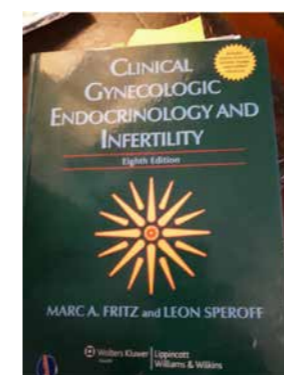
Endometriose guidelines

ESHRES (europeisk guideline) gir en grei oversikt med evidensnivå for anbefalinger om endometriose. Dessverre har det ikke vært oppdatering siden 2013, men kanskje det ikke har vært ansett som nødvendig? <https://www.esbre.eu/guidelines-and-legal/guidelines/endometriosis-guideline.aspx>

NICE guideline (NG 73) fra 2017: Endometriosis: diagnosis and management med nyttig algoritme.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng73/chapter/Recommendations#pharmacological-pain-management>

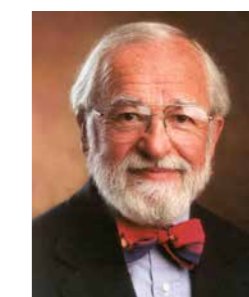
'Speroff': Bibelen innen gynekologisk endokrinologi



'Speroff', 8. utgave
Clinical gynecological endocrinology and infertility er den beste og mest pedagogiske

bok jeg har lest innen de områder av gynekologien som interesserer meg mest. Det er et 'must' for enhver avdeling å innkjøpe den som et meget nyttig oppslagsverk og også som lærebok. Den er uhyre pedagogisk med enkle utredningsplaner, nyttige tabeller (med omregningsfaktorer til SI-enheter) og greie behandlingsoversikter. For de som er spesielt interessert i gynekologisk endokrinologi, er det en god investering å kjøpe den til privat eiendom, den koster ca. 200 USD. Og pass på å få den tilbake, hvis du låner den ut! Jeg har gjennom tiden kjøpt tre utgaver, men 8. utgaven blir den siste. Første utgaven kom i 1973, og siden den er utgitt i totalt 300.000 eksemplarer og dessuten oversatt til en rekke språk. Nye medforfattere er kommet til, men navnet på boken vil alltid bli 'Speroff'. Vi som har frekventert de årlige NAMS-møtene (North American Menopause Society) har

hatt gleden av å oppleve Leon Speroff med hans klare foredrag, og -ikke minst- som en varm fortaler for HRT. En stor mann med en beskjedne fremtreden og alltid med tversoversløyfe.



Leon Speroff
(født 1935 i
Makedonia)

'Speroff' kan varmt anbefales.

Mette Haase Moen
Trondheim 26.02.2019

ONEWS erfaringskonferanse 6. mai 2019, Ahus

Den nasjonale arbeidsgruppa for ONEWS og SIM Ahus har gleden av å invitere til erfaringskonferanse mandag 6. mai 2019 på Ahus.

For flere opplysninger og påmelding følg denne lenken: www.kompetansebroen.no/kurs/onews-erfaringskonferanse/

Kurset inkludert lunsj er gratis. Vi betaler reiseutgifter over kr 400 for en jordmor og en lege fra hver deltakende føde-barsel avdeling. Det er god plass i auditoriet vårt så fødeavdelingene kan sende flere deltakere, men dere må da dekke reiseutgiftene for ytterligere deltakere.

Vi arbeider med programmet, og når det er klart sender vi det ut og det vil også bli lagt inn på www.kompetansebroen.no

De irske innledere har sendt oss foreløpige titler for sine innlegg:

- Karen Power** - *The origins of IMEWS and developing the national clinical guideline*
- Michael Turner** - *Clinical consideration for an obstetric early warning system*
- Triona Cowman** - *IMEWS training and implementation*



Foto: Sigbjørn Kristiansen

Send gjerne inn forslag til tema du vil ha belyst i innlegg eller i gruppearbeid i løpet av dagen.

Vennlig hilsen kurskomite:
Eva Øverland (Ahus), Helene Heide (Vestre Viken/Bærum), Ingvild Nordhagen (OUS/Ullevål), Elisabeth Einarson (Ahus), Eli Aaby (Ahus).

Gynekologen anbefaler lesestoff med mer eller mindre faglig relevans

«On the Shoulders of Giants. Eponyms and Names in Obstetrics and Gynaecology»

Av Irina Eide, medredaktør

Eponym (av gresk "oppkalling") er et ord som er konstruert etter et personnavn. Legenes navn ble benyttet som betegnelse på et bestemt objekt eller begrep helt fra verdens historiske vugge og ofte på godt og vond. For eksempel, både Hippokrates og Dr Guillotine har gitt sitt navn til henholdsvis til Den hippokratiske ed og giljotinen.

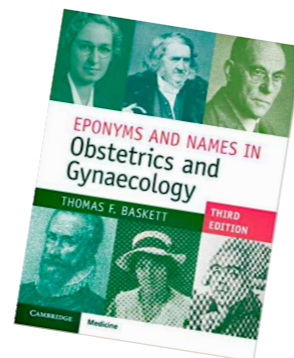
«Eponyms and Names in Obstetrics and Gynaecology» er tredje utgave av boken som kommer ut i år i Cambridge University Press.

Få spesialiteter har en lengre eller rikere bakgrunn i eponymbruk enn obstetrikk og gynekologi. Selv om man prøver nå å komme bort fra eponymbetegnelse og over til mer beskrivende begrep, må vi innrømme at eponymer gjør vår hverdag rikere og avspeiler den historiske tradisjonen i spesialiteten.

Boken tar sikte på å videreføre pionerens navn og bidrag til faget vårt. Den rommer biografiske data til 391 foregangspersoner fra 34 land, som reflekterer feltets bredde opprinnelse. Her kan man lese om Janos Veres, Ernst Wertheim, Virginia Apgar, Franz Carl Naegele, Caspar Bartholin, Edvard Bishop, James Simpson og mange mange andre.

Forfatteren Tomas F. Baskett er opprinnelig fra Belfast og har jobbet som gynekolog og obstetriker både i Irland og Canada. I tillegg til embete som president i Canadian Gynaecological Society og som hovedredaktør i Journal of Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, har Tomas Baskett fått Diploma in the History of Medicine. Boken er lett leselig, underholdende og rikelig illustrert. Den passer for alle som er interessert i historien og utviklingen av obstetrisk og gynekologisk behandling.

I det moderne «papirløse samfunnet» er den boken kanskje en av de få som er verd til å ha på bokhylla både hjemme og på kontoret. Kan kjøpes via Amazon.



Boken Eponyms and Names in Obstetrics and Gynaecology



EUROPEAN
FEDERATION
FOR COLPOSCOPY



EFC2019
EUROPEAN
CONGRESS

25-28 September 2019 | Rome, Italy

Angelicum
The Pontifical University of St. Thomas Aquinas
Largo Angelicum 1



Triumph Group
THE PEOPLE NETWORK

CONTACT

Organizing Secretariat efc2019@thetriumph.com

Sponsors efcsponsor@thetriumph.com

Website www.efcolposcopy.eu/efc-congress-2019

NETTSIDEN VULVA.NO

Vulva.no er endelig ferdig og legges nå ut på nett i løpet av kort tid! *Følg med!*

Denne nettsiden er laget som en uavhengig informasjonsside for både leger og pasienter. Håper dere kan få nytte av den.

Vi legger bl.a. opp til at man på nettsiden kan finne navn og adresse på aktuelle spesialister (gynekologer, hudleger) sammen med sexologer og fysioterapeuter fra hele landet som er interessert i å behandle og ta imot pasienter med vulvalidelser.

Vi trenger derfor **flere GYNEKOLOGER til nettsiden**, både med og uten driftsavtale. Man trenger ikke spesialkompetanse -, kun interesse for pasienter med de vanligste idelsene i vulva, som ulike former for vulvodynier og andre smertetilstander.

Jeg oppfordrer dere til å være engasjert i pasienter med vulvasykdommer, og legger opp til mer samarbeid med vulvapoliklinikkene.

Send en mail til anne.lise.helgesen@ous-hf.no

FIGO 2018: 11 tusen gynekologer invaderer Rio

Av, Irina Eide, medredaktør

FIGO kongress 2018 i Rio de Janeiro i oktober var et enormt stort arrangement med 11 000 deltakere fra 148 land og 257 sessions med 1162 foredragsholdere. Kongressen startet like etter den kongolesiske gynekologen Denis Mukwege fikk Nobels fredspris for sin kamp mot seksualisert vold i krig og væpnede konflikter. FIGOs visjon er at verdens kvinner oppnår høyest mulig standard av fysisk, mental, reproduktiv og seksuell helse og velvære, - proklamerte FIGOs president prof. Purandare under åpningsseremonien. Han også nevnte følgende FIGO 2018 Declarations: global FIGO erklæring om HIP; lansering av Lancet serier om optimalisering av keisersnitt bruk; erklæring om bruk av vold mot kvinner; markering av 50-års jubileum av RhD-profylakse; erklæring om livmorhalskreft og til slutt, FIGO og WHO felles uttalelse om varme-stabil oxytocin.

Keisersnitt epidemi

Bruk av keisersnitt er alarmerende høy verden over. Antallet har nesten doblet seg fra 2000 til 2015 og nådd 44% i Latin Amerika sammenlignet med uakseptabelt lav frekvens på 4% i Vest og sentral Afrika. Leger og jordmødre alene kan ikke snu den trenden og det er et alarmerende behov på felles innsats fra de offentlige makter, helsevesenet og kvinnelige organisasjoner for å stoppe unødvendig bruk av keisersnitt.

Genetiske mekanismer bak prematur fødsel

Siste årene har det skjedd gjennombrudd i forståelse av mekanismer som ligger bak prematur fødsel. Prof. Simpson JL (USA) presenterte resultater av de nye studier på det feltet. Gener styrer gestasjonslengde og forklarer minst en tredjedel av premature fødsler. Noen av disse gener er allerede identifisert. Matrilineær arvegang av prematur fødsel antyder at svangerskapslengde styres av mitokondriale og nukleære maternelle gener. Studier viser at genekspresjon ved for tidlig og fullgatte fødsler er forskjellige. Dette gjør det mulig å forutsi prematur fødsel ved hjelp av transkriptom. I en studie klarte forskere å forutsi for tidlig fødsel minst 2 måneder i forveien ved hjelp av analyser av celle-frie RNA i mors blod (Ngo et al, Science. 2018;360:1133-36). Og det er sikkert flere spennende forskningsresultater å vente nærmeste årene!

Screening og HPV-vaksinering

Den sesjonen ble organisert av NFOG og har gitt veldig bra oppdatering på det feltet. Pekka Nieminen har gitt oss oversikt over 10 års erfaring med vaksinen. På verdensbasis ble det gitt over 200 millioner doser i 129 land. Resultater er oppsummert i 58 rapporter fra 9 land. Det rapporteres om maksimal reduksjon på ca 90 % for anogenitale vorter, på ca 60 % for lavgradig og på ca 90% for høygradig cervikale lesjoner. Det begynner også å komme rapporter om reduksjon av HPV-relatert kreft i vaksinert populasjon. Vaksinen er trygg å bruke. Vaksinering og screening komplimenterer hverandre. Samtidig ble det vist lavere PPV av cytologi og

at CIN2-forandringer kan se annerledes ut hos de immuniserte. Slik at screening programmer og diagnostiske kriterier kommer sannsynligvis til å bli justert i fremtiden.

Endometriose:

ikke bare endometrium-lignende vev utenfor livmor

Den kan også ha komorbiditet med andre alvorlige tilstander ifølge G. David Adamson fra Stanford University og World endometriosis society. Det har vært kjent i flere år at kvinner med endometriose har noe høyere risiko for ovarial cancer (RR på 1,4). I senere tid ble det påvist assosiasjon med østrogen reseptor positiv brystkreft (HR 1,7), hud kreft (HR 1,3), thyrioid cancer, non-Hodgkin's lymfom, CVD, astma og allergi, RA og Lupus. Disse funn viser at endometriose er enda mer kompleks tilstand enn vi hadde trodd. Den deler patofysiologiske mekanismer og/eller trigger andre potensielt alvorlige sykdommer. Kvinner med endometriose trenger langvarig tverrfaglig oppfølging.

Tabu =menstruasjon

Prof. em. Bitzer fra Basel har gitt oss en spennende oversikt over antropologiske studier om menstruasjon. Ord tabu betyr menstruasjon på polynesiske. I mange kulturer regnes menstruasjonsblod som uren og farlig. I gammel Persia ble kvinnen som blødde i flere en 4 dager pisket, da man trodde at hun ble besatt av onde krefter. Plinius den eldre skrev i sitt Naturalis Historia at menstruasjonsblod er en kraftig gift og den som har samleie med menstruerende kvinne i midsommernatten kommer til å dø. Men Hyppokrates mente, at menstruasjonen rensr kvinnens kropp fra dårlige væsker. Til og med på 1800-tallet mente den fremtredende engelske gynekologen Isaac Baker Brown at «the menstrual process has to be considered as a mark of constantly recurring debility» som han relaterte til galskap og hysteri og behandlet med hyster-, oofor- og clitorisektomi!

Heldigvis er den tiden forbi. Prof. Bitzer foreslår sin definisjon på menstruasjon som «progesterone withdrawal induced inflammatory process» som kan forverre astma, diabetes, revmatoid artritt og andre inflammatoriske tilstander, samt migrener, depresjoner, bipolar lidelse og schizofreni. Det er bra at det ikke er nødvendig til å blø i moderne dager ved hjelp av hormonspiral og andre hormonelle prevensjonsmidler!

Mange andre spennende foredrag og møter kunne man oppleve i Rio. FIGO 2018 var en livlig og fargerik kongress med utmerkede sosiale events både før og etter kongressen. Men noen møterom var så overfylte, at vi ikke bestandig fikk plass på de sesjonene vi ønsket å bli med. Brasilianere har en imponerende kø-kultur. De har ventet i fred og ro på sin tur til å komme inn foran stengte dører.



FIGO 2018



Fargerikt i korridorene



Lange køer for å komme inn på møterom

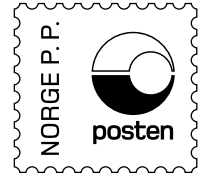


Mange deltakere kom for å høre på foredragene



Iqbal Al-Zirqi fra UiO presenterte sine forsknings resultater

Avs.: Polinor pluss



Returadresse:
Den Norske Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo

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