

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

1 • 2018



Adenomyose - en liten guide s. 10

IOTA - International ovarian tumor analysis s.14

Ny leder i NGF- Nils-Halvdan Morken s. 20



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



Hun har ovariekræft.

TEST HENNE for BRCAm. BEHANDLE HENNE

med Lynparza (olaparib), hvis hun har tilbakefall av platinumsensitiv BRCAm ovariekræft.¹

De hyppigste bivirkninger ved bruk av Lynparza er kvalme, oppkast, diarè, dyspepsi, tretthet, hodepine, dysgeusi, nedsatt appetitt, anemi, svimmelhet, neutropeni, lymfopeni, økt kreatinin i blod og økt gjennomsnittlig cellevolum.²

1. Lynparza (olaparib) SPC AstraZeneca 20.07.2017 pkt. 4.1.
2. Lynparza (olaparib) SPC AstraZeneca 20.07.2017 pkt. 4.8.

▼ Lynparza «AstraZeneca»

C Antineoplastisk middel. ATC-nr.: L01X X46

KAPSLENER, harde 50 mg: Hver kapsel inneholder: Olaparib 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Skjellakk, sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).1

Indikasjoner: Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, BRCA-mutert (kimbanen og/eller somatisk), høygradig, serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritoneal kreft som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi.

Dosering: 400 mg (8 kapsler) 2 x daglig, tilsv. daglig totaldose 800 mg. Behandlingen bør startes senest 8 uker etter at siste dose med platinabasert regime er avsluttet. Behandlingen bør fortsette til progresjon av underliggende sykdom. Anbefalt dosereduksjon for å håndtere bivirkninger til 200 mg 2 x daglig, tilsv. daglig totaldose 400 mg. Er ytterligere, siste dosereduksjon nødvendig, kan reduksjon til 100 mg 2 x daglig, tilsv. daglig totaldose 200 mg, vurderes. **Glemt dose:** Neste normale dose tas til planlagt tid. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A). Anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon, da effekt ikke er undersøkt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt nyrefunksjon (CICR 51-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (CICR 31-50 ml/minutt) er anbefalt dose 300 mg 2 x daglig (tilsv. daglig totaldose 600 mg). Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresvikt (CICR ≤30 ml/minutt). Kan brukes hvis fordel oppveier potensiell risiko. Pasienten bør overvåkes nøye mht. nyrefunksjon og bivirkninger. **Barn og ungdom:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre:** Ingen justering av startdose. **Samtidig administrering med CYP3A-hemmere:** Anbefales ikke, og alternative midler bør vurderes. Ved samtidig bruk av sterk CYP3A-hemmer reduseres dosen til 150 mg 2 x daglig, tilsv. en total daglig dose på 300 mg. Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres dosen til 200 mg 2 x daglig, tilsv. en total daglig dose på 400 mg. **Administrering:** Tas minst 1 time etter mat, og helst 2 timer før mat. Skal svelges hele.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Amning under behandling og i 1 måned etter siste dose.

Forsiktighetsregler: **Hematologisk toksisitet:** Er rapportert, inkl. kliniske diagnoser og/eller laboratoriefunn av generelt mild eller moderat (CTCAE grad 1 eller 2) anemi, nøyropeni, trombocytopeni og lymfopeni. Behandling bør ikke startes før restitusjon fra hematologisk toksisitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og nøytrofilverdier bør være innenfor normalområdet eller CTCAE grad 1). Fullstendig blodtelling ved behandlingsoppstart og deretter månedlig, anbefales de første 12 månedene og deretter periodevis. Behandlingen skal avbrytes og hensiktsmessig hematologisk testing igangsettes, ved alvorlig hematologisk toksisitet eller behov for blodtransfusjon. Forblir blodparametrene klinisk unormale etter 4 ukers behandlingsavbrudd, anbefales benmargsanalyse og/eller cytogenetisk blodanalyse. **MDS/AML:** Rapportert hos et lite antall ved monoterapi eller i kombinasjon med annen kreftbehandling. Behandlingsvarighet hos pasienter som utviklet MDS/AML varierte fra <6 måneder til >2 år. Tilfellene var typiske for sekundær MDS/kreft-terapirelatert AML. Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert, anbefales det at pasienten får egnet behandling mot disse sykdommene. Olaparib bør seponeres, og ikke gis i kombinasjon med annen kreftbehandling. **Pneumonitt:** Ved bekreftet pneumonitt avbrytes behandlingen, og pasienten behandles hensiktsmessig. Behandlingen bør avbrytes og utredes raskt, ved nye eller forverrede respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller radiologisk abnormitet. Bilkjøring og betjening av maskiner: Asteni, tretthet og svimmelhet er rapportert, og pasienter som opplever disse symptomene bør utvise forsiktighet ved bilkjøring eller ved bruk av maskiner.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

Kombinasjon med andre legemidler mot kreft, inkl. DNA-skadelige midler, viser forsterket og forlenget myelosuppressiv toksisitet. Kombinasjon med vaksiner eller immun-suppressiver er ikke undersøkt, og forsiktighet bør utvises. Pasienten bør overvåkes nøye. **Effekt av andre legemidler på olaparib:** Olaparib metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4/5. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-induktorer er ikke anbefalt, da effekten kan bli betydelig redusert (se SPC). Effekten av moderate induktorer er ikke fastslått, samtidig bruk er ikke anbefalt. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke (se SPC). Grapefruktjuice skal unngås. Olaparib er et P-gp-substrat, og P-gp-hemmere kan øke eksponeringen (se SPC). **Effekt av olaparib på andre legemidler:** Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av CYP3A-substrater som er sensitive eller som har smalt terapeutisk vindu. Hensiktsmessig klinisk overvåkning anbefales. Olaparib kan redusere eksponeringen for substrater av enzymene CYP1A2, 2B6, 3A4, 2C9, 2C19 og transportprotein. Effekten av hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres. Legemiddelinteraksjoner med P-gp-substrater kan ikke utelukkes. Hensiktsmessig klinisk overvåkning anbefales ved kombinasjon. Det kan ikke utelukkes at olaparib kan øke eksponeringen av substrater for OATP1B1, OCT1, OCT2, OAT3, MATE1 og MATE2K. Forsiktighet bør særlig utvises ved kombinasjon med statiner.

Graviditet, amning og fertilitet: **Graviditet:** Ingen data fra bruk hos gravide, men pga. virkningsmekanismen (PARP-hemming) kan olaparib gi fosterskader og skal derfor ikke brukes under graviditet. Fertile kvinner skal unngå graviditet, og før behandling bør graviditetstest utføres. Effektiv prevensjon skal brukes under behandlingen og i 1 måned etter siste dose. Siden det ikke kan utelukkes at olaparib kan redusere effekten av hormonelle prevensjonsmidler, bør en ekstra ikke-hormonell prevensjonsmetode og jevnlig graviditetstester vurderes. **Amning:** Ukjent om olaparib eller metabolitter utskilles i morsmelk hos mennesker. Ingen dyrestudier er utført. Kontraindisert under amning og i 1 måned etter siste dose. **Fertilitet:** I dyrestudier er det ikke observert effekt på befruktning, men negative effekter på embryoføtal overlevelse.

Bivirkninger: Olaparib-monerapi er forbundet med bivirkninger, vanligvis av mild eller moderat alvorlighetsgrad (CTCAE 1 eller 2). Frekvens for alle CTCAE-grader er som følger: **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diarè, dyspepsi. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet, dysgeusi. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Anemi, nøyropeni, lymfopeni, økt kreatinin i blod, økt gjennomsnittlig cellevolum. Øvrige: Tretthet/fatigue, inkl. asteni. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smerter i øvre del av abdomen, stomatitt. Immunsystemet: Utslett. Undersøkelser: Trombocytopeni. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Immunsystemet: Overfølsomhet, dermatitt.

Overdosering/Forgiftning: **Behandling:** Generelle støttende tiltak og symptomatisk behandling.

Egenskaper: **Virkningsmekanisme:** Potent hemmer av humane poly (ADP-ribose) polymerase (PARP-1, PARP-2 og PARP-3)-enzymet. Hemmer veksten av selekterte tumorceller i vitro og tumorvekst in vivo, enten som eneste behandling eller i kombinasjon med etablerte kjemoterapier. **Absorpsjon:** C_{max} nås etter 1-3 timer. Ingen markant akkumulering ved gjentatt dosering. Steady state nås innen ~3-4 dager. Samtidig administrering med mat reduserer absorpsjonshastigheten (T_{max} forsinkes med 2 timer), og absorpsjonsgraden øker marginalt (AUC øker ca. 20%). **Proteinbinding:** Ca. 82% (400 mg 2 x daglig). **Fordeling:** Tilsynelatende Vd: ~167 liter. **Halveringstid:** Terminal t_{1/2}: 11,9 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~143 ml/minutt. **Metabolisme:** CYP3A4 er vist, in vitro, å være primært ansvarlig for metabolismen. Omfattende. Hovedsakelig oksidasjonsreaksjoner. **Utskillelse:** Ca. 44% via urin, ca. 42% via feces. Hovedsakelig som metabolitter.

Pakninger og priser: 4 x 112 stk. (plastflasker) kr 55651,90.

Sist endret: 28.08.2017

NO-3820-03-18-ONC



AstraZeneca AS, AstraZeneca Nordic-Baltic, Postboks 6050 Etterstad, 0610 Oslo Norway T: 21 0064 00 astrazeneca.no



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Jenny Alvirovic
Overlege, Oslo universitetssykehus
jennyalvirovic@hotmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Ragnar Sande
Stavanger Universitetsjukehus
E-mail: ragnar.sande@gmail.com

Renee Waage

LIS Bodø
renee.waage@gmail.com

Irina Eide

PSL, Bodø
irina.eide@gmail.com

Magne Halvorsen

Privatprakt, SSA Arendal
magnehalvorsen@hotmail.com

Nettredaktør

Tina Tellum
LIS OUS
tina.tellum@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

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

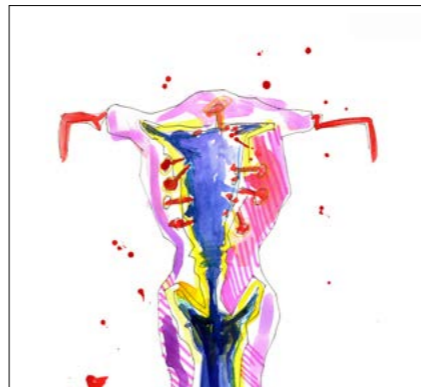
GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2018

nr. 2-2018; 1. mai 2018
nr. 3-2018; 1. september 2018
nr. 4-2018; 1. november 2018

Opplag: 1600



INNHold

REDAKTØR 5
LEDER 7

FAGLIG PÅFYLL

Adenomyose – en liten guide 8
International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) 12

INTERVJU

Nils-Halvdan Morken -Ny leder i NGF 18

NYTT FRA NGF-STYRET

Nytt styre i Norsk gynekologisk forening..... 20

GYNEKOLOGER IMELLOM

Fosterovervåking med STAN- og sorgprosessen 22
Fosterovervåking i Norge – fortid, nåtid og litt fremtid 24

FUGO / NFYOG

Leder 26
Dear trainees and other colleagues 28

SPECIALITETSKOMITÉEN

Ny Spesialistkomitee på plass! 30

REISER/KURS

Endometriosekongress i Napoli 32
Learn from the masters – ISUOG World Congress 33

GYNEKOLOGEN ANBEFALER

60 år med Doktor Zhivago 34

HORMONHJØRNEN

Østrogen 36

NORGE RUNDT

Kvinneklinikken Rikshospitalet 38

PHD

..... 42

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.

Forsideillustrasjon: Anja Schweickert, søster til nettredaktør Tina Tellum

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

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

Prostaglandin. ATC-nr.: G02A D06 TABLETTER 25 µg: Hver tablett inneh.: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av Angusta. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men Cmax kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/ bevis på at barnets liv er i fare før induksjon (f.eks. unormal non-stresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsestatus ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arveavhengig eller tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. uterus bicornis) som forhindrer vaginal fødsel. Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie som forhindrer vaginal fødsel. Nyresvikt (GFR <15 ml/minutt/1,73 m²). **Forsiktighetsregler:** Skal kun brukes dersom fødselsinduksjon er klinisk indisert. Kan føre til overdreven stimulering av uterus. Ved svært kraftige/langvarige uteruskontraksjoner eller ved klinisk bekymring for mor/barn, skal det ikke gis flere tabletter. Ved vedvarende kraftige uteruskontraksjoner, bør behandling iht. lokale retningslinjer igangsettes. Ved preeklampsi bør bevis på/mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved alvorlig preeklampsi. Ved korioamnionitt kan det være nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fosterhinnene >48 timer før administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødsler, Bishops score >6 eller bruk før uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotonisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes før uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger. Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal føtal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal føtal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale krampes. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentalsøsning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av Angusta. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. **Basert på SPC godkjent av SLV: 28.02.2017. Reseptgruppe: C. Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1144,00 (Mai 2017).

008ANG-NO-2017



«Hva gjør gynekologen
når mor til alt liv blir syk?»

Kjære kollega!

Forsiden av dagens Gynekologen er malt av kunstner Anja Schweickert, søsteren til vår egen nettedaktør Tina Tellum. Hun viser oss en liv-mor. Mor til alt liv. Hva gjør Gynekologen når mor til alt liv blir syk? Jo, vi griper til ultralyden. Den kan kanskje gi oss svaret vi leter etter.... Hvor gode er vi egentlig? De fleste av oss har vel ønsket å fordype oss enda mer i verktøyet vi benytter oss av daglig.

Ta deg tid. Start i dag med å lese vårutgaven av gynekologen. Vi gleder oss over at Lil Valentin, professor ved universitetet i Lund og grunnlegger av "International Tumor Ovarian Analysis (IOTA) collaboration" har tatt seg tid til å bidra med sin kunnskap innen gynekologisk ultralyd og gir oss en nyttig gjennomgang av IOTA kriteriene, som gjør at vi kan skille mellom benigne og maligne ovarialcyster. Sjekk ut iotagroup.org og følg med på kurs og kongresser. Vår egen nettedaktør Tina Tellum og spesialist på adenomyose er som vi kjenner henne rik på gode ord og får det til å se lekende lett ut å stille denne diagnosen. Kanskje er det det? Gynekologen kan denne gang bidra med en rekke tips til god bruk av gynekologisk ultralyd.

Vårutgaven. I skrivende stund er brøytekanterne fortsatt høye og vi har hatt den beste vinteren på lenge. Ihvertfall den mest snørike, til glede for skientusiastene, som synes overrepresentert blandt leger. Vi er en sprek yrkesgruppe som trenger friluftslivets gleder for å holde tritt med de fysiske kravene som gynekologens daglige virke

byr på. Stølheden etter en tung vakuump eller skulderdystoci. Man kan lure på hvilke krefter som egentlig var i sving når man er vel ute av situasjonen.

Så når skal vi trå til med disse kreftene? Hva er gode hjelpemidler innen obstetrikken? Debatten omkring STAN er godt igang, og fortsetter i denne utgaven. Les "gynekologer imellom" på side 24-26. Hvorfor enes vi ikke om metode? Les innspill fra Fosterovervåkningsgruppen og professor Pål Øian. Aktuell og viktig diskusjon.

Det er med stor glede Gynekologen kan presentere Norsk gynekologisk forenings nye leder Nils-Halvdan Morken. En flott artikkel skrevet av kollega og venn Ferenc Macsali, med noen overraskelser. Vi er alle er så heldige å bli bedre kjent med Nils-Halvdan i tiden fremover. En stor takk til han og hele det nye styret for at de tar på seg den viktige oppgaven det er å lede Norsk gynekologisk forening.

Husk å melde deg på NFOG i Odense, et av vårens høydepunkt! Eller hva med IOTA sertifisering?

God lesning kjære kollega. Med ønske om en riktig god vår!

Beste hilsen Jenny Alvirovic



- Eneste godkjente vaginale misoprostol-legemiddel ved induksjon av fødsel
- Kontrollert frigivelse: 7 µg/time i løpet av 24 timer
- Behandling kan avbrytes ved å trekke vaginalinnlegget ut

Misodel «Ferring Legemidler AS» Prostaglandin. ATC-kode: G02A D06. **VAGINALINNLEGG 7 µg/time:** Hvert vaginalinnlegg inneholder Misoprostol 200 µg (avgir 7 µg/time i løpet av 24 timer), kryssbundet hydrogelpolymer, butylert hydroksyanisol. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel hos kvinner med umoden cervix, fra uke 36 i svangerskapet, hvor induksjon er klinisk indisert. **Dosering: Voksne:** Maks. anbefalt dose: 1 vaginalinnlegg. Skal tas ut når fødselen er i gang, dersom uteruskontraksjonene er langvarige eller for kraftige, dersom barnets liv er i fare eller det har gått 24 timer siden innsetning. Dersom vaginal innlegg faller ut, skal det ikke erstattes. Ved påfølgende administrering av oksytocin, vent minst 30 minutter etter at vaginalinnlegget er tatt ut. **Spesielle pasientgrupper:** Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med opplæring innen obstetikk på sykehus med tilgjengelig utstyr for kontinuerlig føtal og uterin overvåking. Cervix skal undersøkes nøye før bruk. Uterin aktivitet og føtal tilstand overvåkes nøye etter innsetning. Tas ut av fryseren og ut av folieposen like før innsetning. Opptining er ikke nødvendig. Åpne posen ved å rive ved merket langs toppen. Saks kan ødelegge uttakingsystemet. Plasseres vaginalt i bakre fornix, og vendes 90° slik at det ligger på tvers. Vannløselig glidemiddel kan brukes. Ved innsetning vil det øke i størrelse 2–3 ganger og bli bøyleg. Etter innsetning kan tråden klippes av med saks, men påse at det er tilstrekkelig tråd igjen på utsiden av vagina for fjerning. Pasienten må bli i sengen i 30 minutter. Påse at Misodel ikke fjernes ved toalettbesøk eller undersøkelser. Tas ut ved å dra i tråden. Vaginalinnlegget må aldri fjernes fra uttakingsystemet. Etter uttak, påse at både innsetnings- og uttakingsystemet er fjernet. Se pakningsvedlegg for ytterligere informasjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om eller bevis på at barnets liv er i fare før induksjon. Dersom oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er gitt. Ved mistanke eller bevis på arveav fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. hjerteformet livmor). Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie. Tegn eller symptomer på korioamnioitt, med mindre behandling er gitt. Før uke 36 i svangerskapet. **Forsiktighetsregler:** Kan føre til overdreven uterin stimulering dersom det ikke fjernes før fødselen er i gang. Fjernes ved langvarige eller unormalt kraftige kontraksjoner, eller dersom det foreligger bekymring for mor eller barn. Dersom kraftige kontraksjoner vedvarer etter uttak bør tokolytisk behandling vurderes. Ved preeklampsi bør bevis eller mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen data finnes ved alvorlig preeklampsi eller hull på fosterhinnen >48 timer før innsetning. Ved positiv streptokokk gruppe-B status som krever profylaktisk antibiotikabehandling, bør tidspunkt for antibiotikabehandling vurderes nøye for å oppnå adekvat beskyttelse. Hvis oksytocin gis, skal innlegget først tas ut, og deretter skal en vente minst 30 minutter før oksytocin gis. Misodel er kun undersøkt i svangerskap med 1 foster i hodeleie. Er ikke undersøkt ved multiple svangerskap eller ved >3 tidligere vaginalfødsler etter uke 24 i svangerskapet. Forsiktighet utvises ved modifisert «Bishops score» (mBS) >4. En påfølgende dose utover maks. dose anbefales ikke pga. manglende data. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC) post-partum er beskrevet ved induert fødsel (fysiologisk eller farmakologisk metode). Butylert hydroksyanisol kan forårsake hudreaksjoner eller irritasjon i øyne og slimhinner. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er kontraindisert pga. økt uterotonisk effekt. Andre prostaglandinpreparater ble i en studie gitt ved behov 1 time etter uttak av Misodel uten negative effekter. **Graviditet, amning og fertilitet:** Kontraindisert før uke 36 i svangerskapet. **Amning:** Misoprostolsyre utskilles i kolostrum og i morsmelk (peroral administrering), men bør ikke hindre amning. Ingen negative effekter sett hos diende spedbarn. **Fertilitet:** Ikke relevant. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hjerter/kar: Føtal hjerterytmesykdom (føtale hjerterytmeforstyrrelser, føtal bradykardi, føtal takykardi, fravær av normal variasjon av ukjent årsak, nedsatt føtal hjerterytme, føtal hjerterytmedeselerasjon, tidlige eller sene deselerasjoner, variable deselerasjoner, forlengede deselerasjoner). Svangerskap: Unormal fødsel som påvirker fosteret (uterin takysystole eller uterin hypertonus med føtal hjerterytmesykdom). Mekonium i foster vann. Unormale uteruskontraksjoner (uterin takysystole). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Hud: Utslett. Kjønnsganer/bryst: Genitalkløe. Luftveier: Neonatal respirasjonsdepresjon, neonatal åndenødssyndrom, forbigående takypné hos nyfødte. Nevrologiske: Neonatal hypoksisk-iskemisk encefalopati. Svangerskap: Blødning antepartum, føtal acidose, blødning postpartum, prematur morkakeløsning, uterin hypertonus, uterin ruptur. **Undersøkelser:** Lav Apgar-score, forhøyet blodtrykk hos mor. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen erfaring. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk prostaglandin E1 (PGE1)-analog. **Virkningsmekanisme:** Forårsaker modning av cervix og uterine kontraksjoner. **Absorpsjon:** Kun misoprostolsyre påvises i plasma. Cmax: 45,8 µg/ml. Median Tmax: 4 timer. **Proteinbinding:** Misoprostolsyre <90% i serum (avhengig av terapeutisk dose). **Halveringstid:** Median terminal T1/2 (etter uttak): Ca. 40 minutter. **Metabolisme:** Raskt til aktiv metabolitt, misoprostolsyre, som metaboliseres videre til inaktiv dinor- og tetranorsyrederivater. **Utskillelse:** Renal for dinor- og tetranorsyrederivater. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i fryser (-10 til -25°C). **Pakninger og priser pr.august:** 5 stk. (folieposer) kr 6 489,10.



Ferring Legemidler AS
Postboks 4445 Nydalen
0403 OSLO



MIS/003/05/2017



«God kvinnehelse, svangerskapsomsorg og kvinners rettigheter er viktigere enn noen gang.»

Kjære medlemmer i Norges viktigste forening for god kvinnehelse!

Ny årgang og nye koster. Jeg vil benytte anledningen til å takke Norsk Gynekologisk Forening for tilliten. Listen over tidligere ledere i foreningen får det til å gå kaldt nedover ryggen når jeg sitter og forfatter min første leder for Gynekologen. Takk til Marit Lieng og kollegene fra det avtroppende styret. Det har vært ekstremt givende, lærerikt og gøy å tjenestegjøre på din vakt! Jeg ser allerede frem til saftige innspill om mangler og forglemmelser til det sittende styret fra bakerste rad på neste Generalforsamling. Jeg påtar meg jobben med å manøvrerer NGF-skuta med ydmykhet og i visshet om at jeg har med meg kloke, engasjerte og meningssterke kolleger i det nye styret. Vi vil gjøre vårt beste for foreningen og vet at flokken er stor og engasjert.

Året som ligger bak oss var på mange måter spesielt. Mye rett har kommet fra landet i vest. Vi har lært oss ord som «alternative facts» og «fake news». Det rareste for meg var Trump administrasjonens oppfordring til viktige myndighetsinstitusjoner i USA om å ikke benytte ord som «fetus» og «evidence-based science».

Det er viktigere enn noen gang å stå støtt i faget. Vi må holde den skolemedisinske fanen høyt, argumentere godt, nyansert og faktabasert. Klinisk medisin til beste for den enkelte pasient og fellesskapet må tuftes på dokumentert viten. Alternative facts og fake news har ingen plass i vårt fag! En verdenskjent kollega har

sagt: «A day without randomization is a day without progress». Han kan vi høre på NFOG i Odense i juni. God kvinnehelse, svangerskapsomsorg og kvinners rettigheter er viktigere enn noen gang. Her spiller vi en sentral rolle. Gynekologer landet over har et viktig samfunnsoppdrag! Alle benytter gynekologenes tjenester i livsløpet og alle har noe å tjene på at vår fagkunnskap brukes.

NGFs formål er å fremme utviklingen av faget gynekologi og obstetikk i Norge og virke for internordisk og internasjonalt samarbeid med foreninger som arbeider for gynekologi og obstetikk. Dette tar vi på alvor og vi skal være en god og naturlig samarbeidspartner for politikere, myndigheter og helseforetak til beste for våre pasienter.

Ute er det mørkt og på taket utenfor sildrer vannet, som det ofte gjør i Bergen, men lysere tider er på vei. Forsommerens vakreste eventyr for nordiske gynekologer er den 41. NFOG kongressen i Odense 10. til 13. juni. Jeg håper mange norske kolleger har sendt inn abstract og at vi markerer oss på vår viktigste inter-nordiske arena.

Vennlig hilsen
Nils-Halvdan Morken (nh), Leder NGF

Styret i Norsk gynekologisk forening 2018

Leder: Nils-Halvdan Morken, Haukeland Universitetssykehus
nmo084@uib.no, T: 92257114

Nestleder: Stine Andreassen, Nordlandssykehuset Bodø
stine.andreassen@online.no, T: 99382121

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

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

Vitenskapelig sekretær: Kirsten Hald, Oslo universitetssykehus
khald@online.no, T: 95224181

Sekretær (FUGO): Anders Einum, St. Olavs Hospital
aeinum@gmail.com, T: 48053086

Varamedlem (FUGO): Ane Bergquist, Levanger sykehus
ane.bergquist@gmail.com, T: 90876381

Varamedlem: Maren Baumann, Gynekolog Baumann i Haugesund
maren@gynekologbaumann.no, T: 47012090

Varamedlem: Frida Andræ, Nordlandssykehuset Bodø
frida.andrae@gmail.com, T: 47624879

ADENOMYOSE – EN LITEN GUIDE

Av Tina Tellum, Lis og Phd-kandidat Oslo universitetskehus

Adenomyose betegner ektopt endometrie som ligger i myometriet. Det blir også kalt «intern endometriose» men det er konsensus om at det dreier seg om en adskilt (men nær beslektet) tilstand av endometriose [1].

FOREKOMST

Adenomyose er hyppigst fra 35års-alderen og utover, men forekommer også hos unge jenter helt fra menarche av. En undersøkelse av circa 1000 konsekutive pasienter, som oppsøkte gynekolog for alt fra diverse plager til prevensjonsveiledning og celleprøve, viste at 21% av kvinnene hadde adenomyose[2]. I andre sub-populasjoner, som for eksempel kvinner som blir behandlet på en IVF-avdeling, har omtrent 20-40% adenomyose[3].

HVA ER ÅRSAKEN?

Det finnes forskjellige teorier om hvordan adenomyose oppstår. Hovedteorien er den såkalte «tissue-injury-and-repair»-teorien[4]. Den tilsier at hyperperistaltikk i livmoren skaper mikrotraumata i overgangen mellom livmorslimhinnen og myometriet (den såkalte overgangssonen eller junctional zone, JZ). Via disse små riftene klarer slimhinnen å invadere myometriet, og samtidig prøver kroppen å lege sårene ved å øke lokal østrogen. Dessverre fører østrogen til mer peristaltikk og dermed til videre auto-traumatisering av JZ, som igjen fører til økte reparaturforsøk osv. Dermed er man inne i en ond sirkel for livmoren. Med hver menstruasjon blir problemet større. Årsaken til første traume kan være fødsler, utskrapninger eller en idiopatisk uterin hyperperistaltikk. Men hvordan forklarer man tilfeller hvor adenomyose sitter midt i veggen og junctional zone er helt intakt? Her er teorien at enten myometriet omskapes til endometriet, at stammceller i myometriet differensierer seg til endometrie celler, eller at endometrie celler kanskje flytter seg langs kar eller lymfebaner utover og utvikler seg til adenomyose[5].

SYMPTOMER

Fellestrekk og sentral problemstilling for endometriose og

adenomyose er at de skaper en inflammasjon i bekkenet. Svært kraftige blødninger og intens dysmenorrhoe er hovedplagene for adenomyose, typisk syklusdag to og tre. Andre viktige symptomer: utstråling av smerter til ryggen og nedover langs lårene, dyspareuni (dype støtsmerter) og irritasjon av urinblæren (pollakisuri, dysuri, tenesmer). Også oppblåsthet, syklisk feberfølelse, symptomer som ved irriterbar tarm syndrom, «glutenintoleranse» og hals-smerter under menstruasjonen er beskrevet for både adenomyose og endometriose. Omtrent 30% av kvinnene med adenomyose opplever imidlertid ingen eller kun minimale symptomer[6, 7].

ADENOMYOSE, FERTILITET OG GRAVIDITET

Vi vet at adenomyose skaper sub- og infertilitet, men ingen har undersøkt en normalpopulasjon i en prospektiv studie, så vi vet ikke hvor stor effekten egentlig er. Kvinner med adenomyose har dårligere prognose ved kunstig befruktning og flere komplikasjoner[8]. Det virker som om adenomyose skaper problemer med embryoimplantasjonen via hyperperistaltikk og et generelt fiendtlig, inflammet miljø i livmoren. Dette er antagelig også årsak til at kvinner med adenomyose opplever økt risiko for spontanaborter og andre komplikasjoner i fødsel og svangerskap, som blødninger, prematur vannavgang og preeklampsi[9-11].

Når vi snakker med pasienter, særlig yngre kvinner, er det viktig ikke å dramatisere diagnosen. Det er imidlertid lurt å anbefale en behandling (se lengre ned) for å stoppe utvikling av adenomyose og dermed potensiell forhindre at fertiliteten blir påvirket.

DIAGNOSTIKK

Nå kommer vi til den morsomme delen! Ja, dere kan se adenomyose med ultralyd! Vær oppmerksom på at ikke alle tegn

er like sikre- dette uttrykker seg i en lavere SPESIFITET. Noen tegn er nærmest bombe-sikre, men de er litt mer sjelden, har altså en lav SENSITIVITET. Det gjelder å balansere dette opp mot hverandre. Et minimum av 2 ultralydtegn burde være til stede før man vurderer å stille diagnosen [12, 13].

Små cyster i muskelveggen (Bilde 2 og 3)

Ekkotomme områder, som varierer fra 1-15mm i størrelse. Noen ganger har de en litt tykkere, ekkotett kant. Bruk power doppler (PD) for å sikre at det ikke er kar du ser og blodkar kan også følges med UL. I istmus og cervix ligger ofte små ovula nabothii, så ikke gå i fella her, heller.

Vurdering av diagnostisk verdi: Høy spesifitet (ca 90%)! Men forekommer bare hos 30%, lav sensitivitet.

Radiær ekkoskygge (Bilde 4 og 5)

Ekkotomme «stråler» fra livmoren, noen ganger også hyper-ekkgene. Fenomenet forårsakes av hypertrofe muskelbunter

som ligger sirkulært rundt små kjerteløyer. OBS! Samme effekt forårsakes også av kar og myomer; vær altså oppmerksom på hvor «strålene» kommer fra! I periferien av myometriet ligger stratum vasculare, som nesten alltid skaper «stråler».

Diagnostisk verdi: Høy spesifitet (ca 90%), lav sensitivitet (ca 40%)

Globulær uterus og fortykkede vegger (Bilde 6a og 6b)

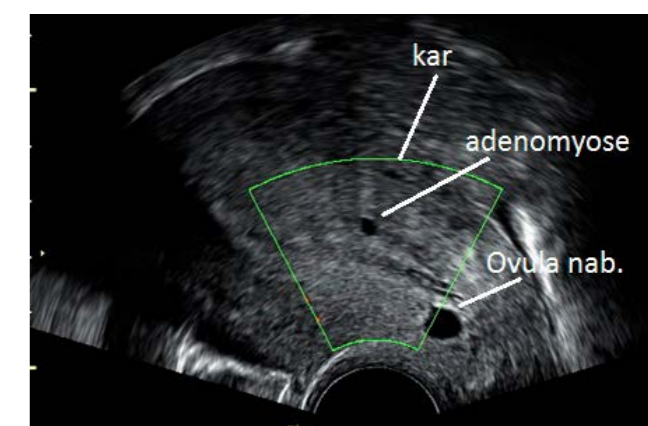
Livmoren kan få ny form og være rund, istedenfor avlang. Adenomyose «blåser» opp livmoren ved å skape muskelhypertrofi. Veggtykkelse over 25mm er også suspekt; let da etter flere tegn (spec. 70%, sens. 40%).

Fallgrube: Myomer eller et høyt oppbygget endometrie kan gi inntrykk av en rund form, uten at det egentlig er til stede. Også kontraksjoner i livmoren (særlig ved ovulasjon) kan føre til at fasongen endres, men dette går da i retur etter ca. 1-2 minutter.

Diagnostisk verdi: God spesifitet (ca 70-80%), særlig hvis utpreget. Sensitivitet varierer (30-70%)



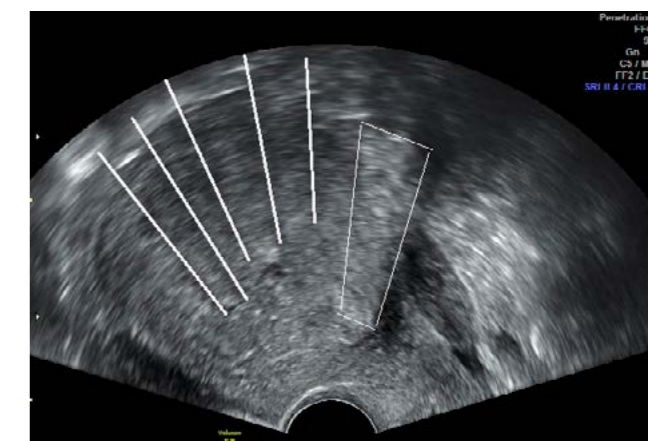
Bilde 2: Ekkotomme cyster i myometriet



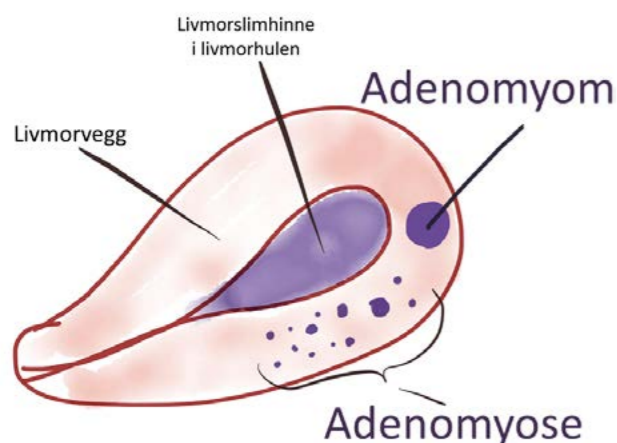
Bilde 3: Mulige feilkilder for cyster er kar eller ovula nabothii.



Bilde 4 og 5: Radiær ekkoskygge, dels med ekko-forsterkning, forårsakes av muskelhypertrofi rundt ektope adenomyose-kjertler.



Bilde 6 a og 6b: Livmoren kan bli deformert («blåst opp») av adenomyose og formen rund



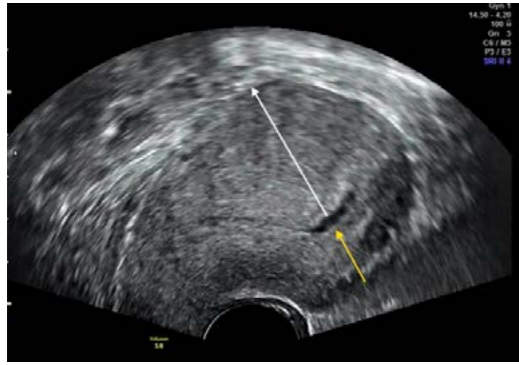
© T Tellum

Bilde 1: Definisjon av adenomyose

«Er det helt sikre tegn?»
spurte jeg.

«Nei,» sa hun. «Du kan
aldri være helt sikker. Men
du kan bli nesten sikker.»

fra 'Heksene' av Roald Dahl



Bilde 7: asymmetri mellom fremre og bakre vegg

Asymmetriske vegger: (Bilde 7)

En av veggene er tydelig tykkere enn den andre vegg. Vi beregnet at det ved en ratio av tykkere : tynnere vegg på ≥ 1.5 er suspekt, men i en klinisk hverdag vil det være like bra å bruke det subjektive inntrykket av asymmetri.

Diagnostisk verdi: moderat spesifitet (60-80%), grei sensitivitet (40-60%)

Hyperekkogene foci i myometriet (Bilde 8, 9 og 10)

Adenomyosevev kan ses som ekkotette (lyse), ofte ujevnt avgrensede foci eller områder i myometriet. Jo nærmere caviteten, desto mer spesifikt er funnet. Denne direkte visualiseringen av adenomyose er vanskelig og krever en del erfaring, så ikke overvurder slike funn og let alltid etter flere, mer spesifikke tegn i tillegg. Den typiske fallgruben er å forveksle det med blodkar eller uspesifikke fortetninger i myometriet.

Diagnostisk verdi: sensitivitet og spesifitet varierer enormt i studier! Ekstrem avhengig av hvem som undersøker.

Irregulær og regulær Junction Zone (JZ) (Bilde 11, 12, 13 og 14)
JZ kan sees både i 2D (sagittal), men aller best i 3D (coronar eller sagittal) ultralyd. 3D påvirkes av artefakter (dårlige scannerforhold, myomer etc) og man burde bruke den edruelig og iht eget ferdighetsnivå. Adenomyose kan visualiseres direkte som ekkotette, invaderende foci, men også indirekte, med en klart breddeøkt og stedvis uregelmessig overgangssone. Man har prøvd å finne absolutte bredde-mål som indikerer adenomyose. Grunnet denne faktorens svake evidens kan jeg ennå ikke anbefale å bruke JZ-målinger i klinisk hverdag.

Vi har funnet at det har en god negativ prediktiv verdi ved **normal JZ!** Det vil si at dersom du ser en normal JZ, er det mye mindre sannsynlig (men utelukker ikke) at du har adenomyose.

Diagnostisk verdi: endringer i JZ har enorm sensitivitet (>90%), men dessverre er disse også uspesifikke, treffsikkerheten øker imidlertid med erfaring (spesifitet 30-80%).

Referanser:

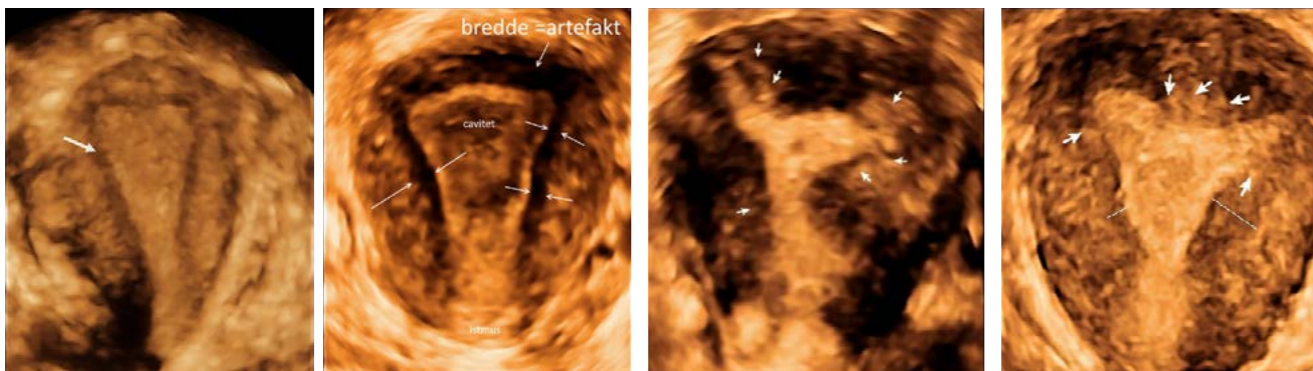


Adenomyose-trivia:

- Man tror at adenomyose-uterus med sin feil-styrte peristaltikk sørger for retrograd menstruasjon og dermed skaper peritoneal endometriose
- adenomyose ble for første gang beskrevet i 1856
- adenomyose kan også forekomme i magen
- patologer beskriver adenomyose noen ganger ikke når det ikke står i rekvisisjonen, fordi de tror at det ikke er relevant
- «adenomyose» er et forferdelig navn som ingen pasient husker



Bilde 8-10: Hyperekkogene foci i myometriet kan representere adenomyose, men ofte også kar eller bare tett muskulatur.



Bilde 11: normal junction zone

Bilde 12: Også her er junctional zone normal og velavgrenset

Bilde 13: Caviteten er T-formet men også forvrengt av adenomyose; hyperekkogene skygger = adenomyoseinfiltrater

Bilde 14: Junction zone er mindre synlig, som er innenfor normal variasjon. Breddeøkt på høyre side, flere runde infiltrater synlig. Disse kunne også sees i dynamisk 2D hos denne pasienten.

BEHANDLING:

Den aktuelle problemstillingen vil avgjøre behandlingsvalget: plager/fremtidig barneønske, plager/avsluttet barneønske, infertilitet.

	Fordeler	Ulemper	kilder
Kirurgisk			
Total hysterectomi	Definitiv løsning, Ofte enorm bedring av multiple problemer skapt av inflammasjon	Ikke aktuell ved barneønske	
Cytoreduksjon (delreseksjon)	Symptombedring	<ul style="list-style-type: none"> • Ofte tidsbegrenset effekt • Bedrer ikke fertilitet • Høy risiko for ruptur i svangerskap/fødsel • Krevende operasjon, lite erfaring i Norge 	[14-16]
TCRE (endometrie-ablasjon)	Dagskirurgi, lite smertefull	<ul style="list-style-type: none"> • Kun effektiv ved overfladisk adenomyose, ellers residiv • Kan gi økte smerter • Burde ikke velges ved sikret adenomyose 	[14, 17]
Intervensjonell			
Embolisering	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre invasiv • Kan unngå hysterectomi 	<ul style="list-style-type: none"> • Virker trygt, men må eventuelt gjentas flere ganger • Ikke vist at øker fertilitet • Derfor ikke ennå anbefalt ved vedvarende barneønske (mulighet for ovarialsvikt til stede 0,1-2%) • Usikker effekt på komplikasjoner i svangerskap/fødsel 	[16, 18, 19]
HIFU (High Intensity Focused Ultrasound)	Symptomlindring Minsker uterin volum Ikke sett økt komplikasjonsfare i svangerskap og fødsel	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke vist at det bedrer fertilitet (men inkonklusive resulater i studier) • Best egnet for visse sub-typer adenomyose (lokalisert) • Ikke ennå tilgjengelig for adenomyosepasienter i Norge (men man er i gang med en studie på OUS) 	[14, 16]
Medikamentell			
Levonorgestrel IUD (hormonspiral med 20µg/24t) Første valgs behandling!	<ul style="list-style-type: none"> • Bedring av dysmenorrhoe, menorrhagi, anemi, dyspareuni, irritasjon i urinveier • Uterint volum minsker • Få bivirkninger • Kan stoppe ond sirkel 	Hos adenomyosepasienter: <ul style="list-style-type: none"> • Større sannsynlighet for å ha mellombødninger, «evig» spotting • Kan ta 6 mnd før effekt inntrer • Kan oppleve bivirkninger 	[20-22]
Kombinasjons p-piller	Dersom amenorrhoe og smertefritt: never change a winning team!	Østrogen kan forverre symptomer/sykdommen, derfor ikke første valg. Men kan prøves, tilstrebe amenorrhoe!	
Dienogest (Visanne)	Kan bidra med smertelindring	<ul style="list-style-type: none"> • Svært hyppige bivirkninger senker akseptans: metrorrhagi, hetetokter • Høy pris, pasienten må betale selv • Lavt evidensnivå (få studier, små tall) 	[23]
GnRHa (f. eks. leuprorelin)	<ul style="list-style-type: none"> • Bedrer fertilisering dersom gitt før IVF-syklus • Temporær symptomlindring • Kan bidra til at hormonspiral virker • Kan hjelpe til å «sortere» symptomer 	<ul style="list-style-type: none"> • Bivirkninger: mange og til dels heftige • Kun midlertidig effekt • Anbefaler ikke som langtidsbehandling, kun i IVF-sammenheng eller utredning 	[24, 25]
Tranexamsyre (Cyklokapron)	Hjelper å behandle anemi (burde alltid gis, særlig i påvente av OP)	Kun blødningskontroll, ikke noe effekt på selve adenomyose	
NSAIDs	<ul style="list-style-type: none"> • Demper inflammasjon + uterin peristaltikk • Smertelindring = livskvalitet + overskudd 	<ul style="list-style-type: none"> • Bivirkninger (OBS mageslimhinne, gi evt PPI i tillegg) • Må gis i relativt store doser for å oppnå antiinflammatorisk effekt 	[25]

International Ovarian Tumor Analysis (IOTA)

methods for discriminating between benign and malignant adnexal masses

Av Lil Valentin, Senior professor in Obstetrics and Gynecology, Lund University, Sweden

Background

The International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) collaboration was started in 1997 by myself, Dirk Timmerman, Tom Bourne, Ignace Vergote and William Collins. Today the IOTA collaboration has coworkers in more than 40 centers all over the world. The aim of the IOTA collaboration is to develop methods to correctly discriminate between benign and malignant adnexal masses and then to prospectively validate these methods. It has been shown in several studies that the best ultrasound method for discriminating between benign and malignant adnexal masses is subjective evaluation of the ultrasound image, i.e. pattern recognition, by a very experienced ultrasound examiner (1-3). However, not all who use gynecological ultrasound in their daily clinical practice are very experienced. Therefore, we, i.e. the five founders of the IOTA collaboration, wanted to develop methods that could help less experienced ultrasound examiners to correctly discriminate between benign and malignant adnexal masses. However, before embarking on any study to develop such methods we needed to agree on a standardized examination technique and measurement technique and on a common terminology to be used when describing ultrasound images adnexal masses. We came to a consensus and published our consensus statement in the year of 2000 (4). The IOTA examination technique, measurement technique and terminology are used in all IOTA studies and are now being introduced into clinical practice all over the world.

The IOTA methods

The IOTA group has developed five methods for discrimination between benign and malignant adnexal masses: Logistic regression model 1 (LR1) (5), Logistic regression model 2 (LR2) (5), the Assessment of Different Neoplasias in the adnexa (ADNEX) model (6), the Simple Rules (7) and the Simple Rules risk calculation model (8). All have been prospectively validated on more than 1000 masses and have been found to have excellent ability to discriminate between benign and malignant adnexal masses (9-30) and to be superior to the Risk of Malignancy Index (RMI) and to the Risk of Ovarian Malignancy Algorithm (ROMA) (11, 13, 19, 31-33). Moreover, the IOTA methods, especially ADNEX are clinically more useful than RMI and ROMA to select patients with adnexal masses for specialized oncology care (34).

LR1 and LR2

LR1 includes three clinical and nine ultrasound variables, LR2 includes one clinical variable (the patient's age) and five ultrasound variables. The variables are entered into a mathematical formula that calculates the risk of malignancy. A risk above 10% classifies the mass as malignant. An "app" for calculation of the risk of malignancy using LR1 and LR2 can be downloaded for free from App-store or Google play, or from the IOTA website (www.iotagroup.org).

ADNEX

The ADNEX model does not only classify a mass as benign or malignant but calculates the likelihood that a mass is benign, borderline malignant, stage 1 primary invasive ovarian cancer, stage 2-4 primary invasive ovarian cancer, or a metastasis in the ovary from another primary tumor. The ADNEX model includes three clinical variables and six ultrasound variables. One of the three clinical variables is serum CA125. CA125 is not needed for discrimination between benign and malignant masses, but adding CA125 to the ADNEX model improves the ability to correctly discriminate between the four types of malignancy. The variables in the ADNEX model are simple and robust: patient's age, type of center in which the ultrasound examination was performed (oncologic referral center or other), largest diameter of the mass (mm), largest diameter of the largest solid component (mm), number of cyst locules > 10 (yes or no), number of papillary projections (0, 1, 2, 3, 4 or more), shadowing (yes or no), ascites (yes or no). The variables are entered into a mathematical formula that calculates the likelihood of each of the five types of tumor. We have shown that the calculated likelihood of a particular type of tumor agrees extremely well with the true prevalence of that type of tumor (6). The ADNEX model is available for free as a web application on the IOTA website. The ADNEX "app" can be bought on App-store or Google Play. The App presents the baseline likelihood of the five types of tumor as well as the likelihood after the ADNEX app has been applied, so that the change in likelihood after ADNEX model has been applied can be calculated (Figure 1).

IOTA Simple Rules

The IOTA Simple Rules have become very popular because they are very easy to use. They do not require access to a computer. Using the IOTA Simple Rules there are five malignant ultrasound features and five benign ultrasound features. The ten features are shown in Figure 2. If only malignant features are present, the mass is classified as malignant. If only benign features are present, the mass is classified as benign. If both benign and malignant features are present, or if none of the ten features is present, the mass cannot be classified using the Simple Rules. On prospective validation between 77% and 96% of all tumors were classifiable using the Simple Rules, and in most studies slightly less than 80% of the tumors could be classified as benign or malignant (10,11, 14-18, 25-29). There are different possibilities to manage masses unclassifiable by the Simple Rules: 1) one can classify all the inconclusive cases as malignant, in which case the of misclassifying a malignant mass as benign is extremely low, but many benign masses will be misclassified as malignant 2) one can refer the patient to an expert in gynecological ultrasound, who will then use pattern recognition to classify the mass, or 3) one can apply one of the IOTA mathematical models, e.g. the ADNEX model, or the Simple Rules Risk Calculation model. The Simple Rules Risk Calculation model uses

the ten ultrasound features in the Simple Rules plus the type of center in which the patient was examined with ultrasound (oncology referral center or other) to calculate the risk of malignancy (8). This requires access to a computer, but one can also read off the risk of malignancy in a table (8).

Which IOTA method to use?

One can choose whichever IOTA method one prefers personally, but one should stick to that method. If one uses the Simple Rules, one also needs choose which strategy to apply on the masses that cannot be classified using the Simple Rules (see above).

The strategy that the IOTA steering committee currently wants to promote is the following: Classify all unilocular cysts with a largest diameter < 10 cm as benign. Virtually all (99-100%) of such mass are benign (35). Then apply the ADNEX model on the remaining masses. The ADNEX model classifies the mass as benign or malignant, and if malignant it provides information on the most likely type of malignancy. If one uses a risk of malignancy >10% to classify a mass as malignant, the risk of misclassifying a malignant mass as benign with the ADNEX model is minimal.

The outcome of the ADNEX-model can be used to help patient counselling and management. For example, if the risk of malignancy is >20% it might be advisable to refer the patient to a referral center for gynecological oncology (high risk group). If the risk of malignancy is < 1% (low risk group), the patient probably does not need surgery (unless she has symptoms related to the mass). If the risk is 1% to 20% (intermediate risk group), surgery might be needed, but not necessarily in a referral center for gynecological oncology (Figure 2). This is just an example. Depending on local conditions (available health care resources, e.g. restricted access to gynecological oncological surgical expertise, local referral patterns and guidelines, and the level of oncological competence in non-oncology centers) other risk cutoffs for referring patients to an oncology center or for managing them expectantly may be suitable. Practical tips on how to use and interpret the results of the ADNEX model in clinical practice can be found in reference 36.

IOTA certification

The IOTA methods work only if one uses the IOTA definitions of the variables in the models and the Simple Rules. For example, for the Simple Rules to work, one must know and use the IOTA definitions of unilocular cyst, multilocular cyst, solid tumor, multilocular solid tumor, solid component, papillary projection, ascites, and shadowing. One must know how to perform a gynecological Doppler ultrasound examination, i.e. how to adjust color Doppler settings to optimize detection of slow velocity blood flow, and one must use the IOTA measurement technique. In other words, one needs to be IOTA certified.

On the IOTA website, there are lectures available for free. One of these lectures (30 min) goes through the definitions of all IOTA variables (the definitions are also presented in the IOTA consensus statement (4)). There are different possibilities to take the IOTA certification test and become IOTA certified: attend an IOTA workshop, attend an IOTA Congress, or attend ultrasound courses that incorporate IOTA certification. Information about workshops, congresses and courses can be found on the IOTA website. Customized IOTA workshops including the certification test can be provided locally after contacting one of the members of the IOTA steering committee. IOTA lectures and training possibilities are also available on www.iota.education

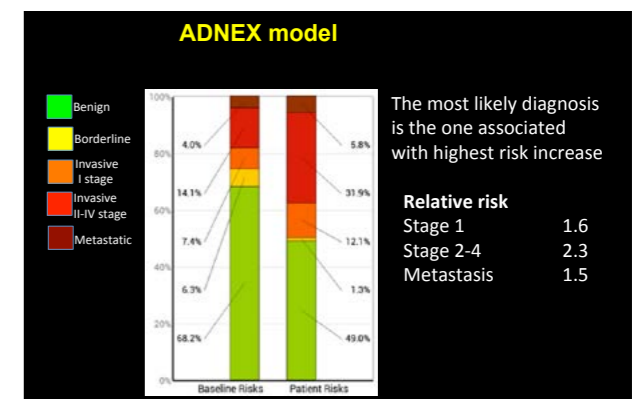


Figure 1. Output of the ADNEX model as shown when using the "app".

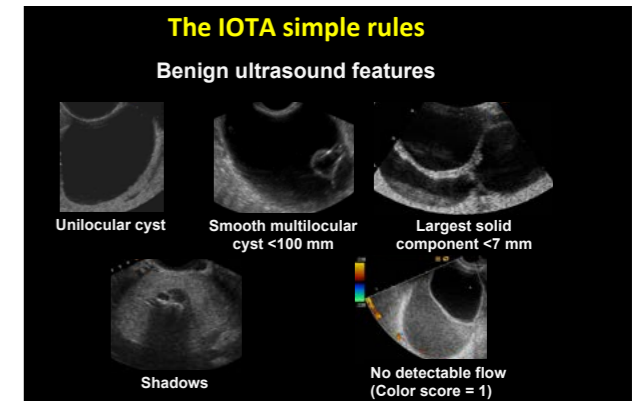
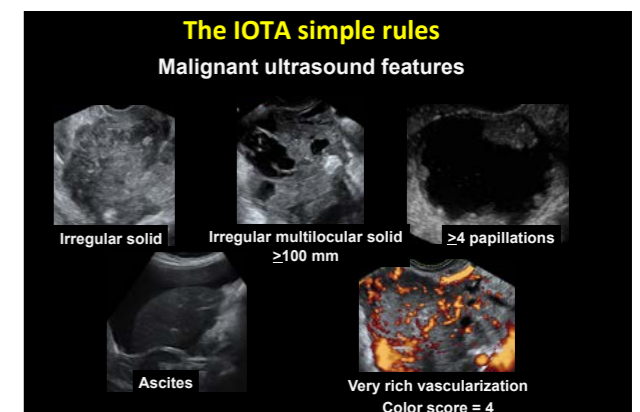


Figure 2. The malignant ultrasound features are shown in a) The benign ultrasound features are shown in b). If only malignant features are present, the mass is classified as malignant. If only benign features are present, the mass is classified as benign. If both benign and malignant features are present, or if none of the ten features is present, the mass cannot be classified using the Simple Rules.

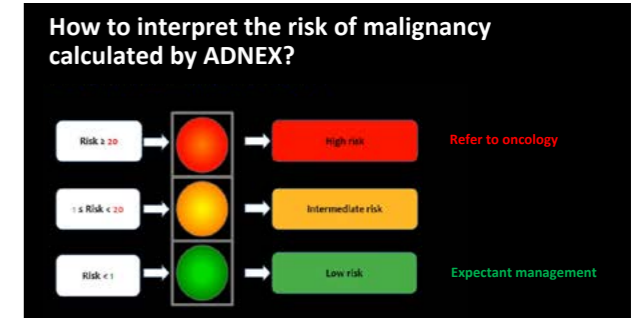


Figure 3. A "traffic light system" showing an example on how one can use the ADNEX model in clinical practise. Depending on local conditions (available health care resources, local referral patterns and guidelines, and the level of oncological competence in non-oncology centers) other risk cutoffs for classifying patients as high risk, intermediate risk or low risk of having an adnexal malignancy may be suitable.

▼ 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 amorft aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 0,5 mg, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥9 år mot følgende HPV-sykdommer: Premaligne lesjoner og kreft i livmor, 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. Bruk av preparatet bør følge offentlige anbefalinger.

Dosering: Brukes iht. offisielle retningslinjer. Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Personer 9-14 år:** Vaksinasjonsplan med 2 doser (0,5 ml 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 (0,5 ml 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 (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 for bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, 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 kanylen 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. Ved symptomer på overfølsomhet skal det ikke gis flere doser. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine. Vaksinasjon utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber.

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, parestesi 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. 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 må 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 cervix-, vulva-, vaginal- og analkreft, høygradige cervix-, vulva-, vaginal- og anal dysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinens sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsvikt virus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Skal 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. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinasjon bør utsettes til etter fullført graviditet. *Amming:* Kan brukes til mødre som ammer. *Fertilitet:* Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonstoksicitet i dyrestudier.

Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme. Nevrologiske: Svimmelhet. Øvrige: Pruritus og blåmerker på injeksjonsstedet, feber, tretthet. *Ukjent frekvens:* Blod/lymfe: Idiopatisk trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner, bronkospasme og urticaria. Infeksiøse: Cellulitt ved injeksjonsstedet. Muskel-skjelett-systemet: Artralgi, myalgi. Nevrologiske: 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 høyrensede 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 fra 16 til og med 26 år, og høyere hos gutter enn hos jenter og kvinner. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaksinasjon er ikke fastslått. Hos gutter og jenter 9-15 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 3 år, og avhengig av HPV-type er 93-99% seropositive. Hos kvinner 16-26 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 3,5 år, og avhengig av HPV-type er 78-98% seropositive.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Administreres 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. 1384,80.

Sist endret: 23.05.2017

Referanser:

1. Castellsagué X, Muñoz N, Pitisuttithum P, et al. End-of-study safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent HPV (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in adult women 24-45 years of age. Br J Cancer. 2011;105(1):28-37. 2. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Human papillomavirus. In Atkins W, Hamborsky J, Stanton A, et al, eds. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 12th rev ed. 2nd printing. Washington DC: Public Health Foundation: 2012:139-150. 3. Gardasil 9 SPC 03.05.2017, seksjon 2, 4.1 og 5.1



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

Har du vaksinert deg?

Voksne kan også ha nytte av å vaksinere seg mot HPV¹

HPV-viruset smitter begge kjønn i alle aldre²

Det er ingen øvre aldersgrense for å vaksinere seg med Gardasil 9³

Gardasil 9 beskytter mot HPV-relatert kreft og kjønnsvorter*³



* Gardasil 9 gir beskyttelse mot Humant Papilloma Virus (HPV) 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58

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 bør 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.

Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen



Nils-Halvdan Morken -Ny leder i NGF

Av Ferenc Macsali, kollega og kst. Klinikoverlege ved Kvinneklubben i Bergen

Norsk gynekologisk forening går spennende år i møte, med Nils-Halvdan Morken som ny leder. Han er et skarpt og vittig hode fra en forblåst plass på Andøya. Han har lite sans for byråkratisk snikksnakk og elsker klar tale. Vi gleder oss.

Nils-Halvdan Morken går øyeblikkelig inn i sitt femtiende leveår, som sittende leder av Norsk Gynekologisk forening.

NHM ble født på frigjøringsdagen 8.mai, i 1969. I Narvik kom han ut, spontant og uten større problemer, skal historien ha det til.

Nils-Halvdan er enebarn og hadde hele sin barndom på Andenes. Andenes er et gammelt fiskevær som historisk har vært et av Norges største. Strekningen utenfor Andenes, er et av de mest fiskerike steder i Europa.

Familien Morken flytta til Andenes pga farens arbeid ved Andøya militære flyplass.

Direkte fra kilden kan det berettes at Nils var en ordentlig og skolefink gutt, som spilte fotball og var med i det lokale skytterlaget. Om han drev med noe fanteri på denne tida, vil ikke de paternelle kilder ut med, eventuelt klarte Nils å holde egne eskapader skjult for opphavet.

Kunsten å vippe på stolen, har Nils perfektionert. Det er ingen andre leger på Kvinneklubben i Bergen som er i stand til å vippe stolen 60 grader ut og fremdeles bli sittende. HMS-ansvarlig verneombud har tidvis vært bekymret for høy risiko og store muligheter for skader. Kan det ha vært den konstante blæsten på Andøya som har utviklet stolvippekunsten? Det forblir et mysterium; men vi lar oss fascinere...

Nils Halvdan kunne ha studert i både Bergen og Tromsø i 1988, men valgte å vente et år i Oslo for å spare noen kroner på studielånet. Dette var sannsynligvis særskilt klokt. Mens han gikk og kjeda seg og slang i Oslo og sløva på Sterilforsyninga, fikk han tips om at de peneste damene befant seg i Ten-sing og gospelkor. Han ble tipsa om dette av en kompis, sannsynligvis av en sørlending? På Sørlandet er dette en kjent sak; det nytter ikke å henge på hjørnet en fredagskveld. Nei, skal en få en få hilst på de fine damene, må en inn og besøke menighetene. Og om mulig late som en både kan

syngje og har troen med seg. Og om Nils kan syngje, så er det holdt godt skjult.

På Grefsen, av alle steder, traff han sin Annichen og allerede i en alder av 24 år, var Nils-Halvdan godt gift. Tre avkom har han skaffet seg, der alle snart er ute av redet.

Morkenslekta kommer fra en liten fjellgård på Stadlandet i Selje kommune. Familien tilbringer mang en sommer der i stiv kuling fra vest.

Etter endte studier juni 1995, dro Nils tilbake der han var født og hadde turnustjenesta si i Narvik og distrikt i Lurøy. Så ventet offiserskurs på Lahaugmoen og ett års verneplikt.

Nils lurte på om han skulle bli kirurg men da han ikke fikk stilling på kirurgen, tok han det nest beste - som kirurgen, tok han det nest beste - som har blitt det beste - nemlig en stilling på Kvinneklubben i Skien/Porsgrunn i oktober 1997.

Han fant seg der godt til rette blant en svært hyggelig legestab. I stedet for å reise til Riket som resten av ass. legene den gang gjorde, tenkte Nils han måtte forsøke en litt mer uortodoks vei til spesialiteten. Han satte derfor seil over Skagerak og dro til Sahlgrenska i Gøteborg for gruppe 1-tjeneste. Nils tok så ut svensk spesialitet som ble overført til Norge i 2003. Med mange svenske vikarer fra Gøteborg i Skien, ble Nils kjent med det vitenskapelige miljøet i Gøteborg og inngikk der et samarbeid med Bo Jacobson om å skrive doktoravhandling om premature fødsler. Dette førte frem til disputas i juni 2008.

Ganske samtidig bestemte Nils seg for å prøve seg på et større sykehus og søkte seg derfor til Kvinneklubben i Bergen med oppstart 1. september 2008.

I Bergen har Nils satt kraftige spor. Han er kjent for å ha meningers mot. Der Nils befinner seg, er det høylutt og artig



konversasjon. Nils liker direkte tale. En av hans mest siterte artikler er fra Dagens Medisin fra 2013, der han under tittelen "Tåkefyrster og Svadaker", raljerer med det moderne helsebyråkratets meningsløse bruk av ord, som absolutt ingen fornuftig person forstår.

Å "kalle en spade for en spade" er kanskje Nils-Halvdan Morkens ordspråk?

Nils har publisert godt. Pubmed gir deg tallet 49. Nils er veileder og medveileder til flere doktorgrader som er rett rundt hjørnet. Han har også bevilget seg et års postdoc-opphold i USA, sammen med Allen Wilcox i North Carolina. Nils-Halvdan har amanuensisstilling ved UiB og er daglig leder for Medisinsk ferdighetssenter. Han er godt likt av studentene og han er de siste årene blitt kåret som semesterets beste «practical teacher» i den engelskspråklige gyn-obstettermen. Alt dette har vært medvirken- de til at han er vurdert professorkompetent og amanuensisstilling vil derfor bli omgjort til professorat.

På årsmøtet i Bergen i 2015, lot Nils seg lure inn i NGF-styret som vitenskapelig sekretær, vel vitende om at denne post som regel betyr at ledervetet i NGF venter to år senere.

Denne stillingen har Nils nå nettopp trådt inn i og vi venter i spenning på klare meldinger om hvor skapet skal stå, fra vår kjære nordlending

Nils liker klinisk arbeid og har jobbet i faget nå i over 20 år. De senere år har Nils dekket en vaktturnus hos oss og hatt universitetsstilling resten av uka. Vi har fått beholde Nils noe i klinikken og Nils har fått beholde klinikken. I likhet med undertegnede, deler Nils oppfatningen av at det ikke finnes et mer spennende øyeblikk enn å få være med og lede en fødsel til mål. Det være seg tvilling-, sete- og vaginale fødsler..

Som andre som jobber med obstettrikk i Bergen, har også Nils tro på at det er lurt å føde som Vår Herre ville vi skulle føde. Det er mulig det har noe med gospelkoret på Grefsen å gjøre, selv om det er heller tvilsomt.

Vi har med stor sorg registrert at Nils har søkt seg over Langfjella til en stor stilling som sjef for Fødeavdelingen ved Riket og Ullevål. Vi vet også at det er andre meget kvalifiserte søkere til stillingen. Men er Oslo heldige, får de Nils; og er vi uheldige, mister vi ham. Samtidig vet vi at Oslo da får en av Norges klokeste og skarpeste hoder som ny sjef.

Norsk gynekologisk forening går to spennende år i møte med Nils-Halvdan Morken som leder.

Referanser:
Mor, far og Nils. Samt løse rykter og søk på nettet.

Nytt styre i Norsk gynekologisk forening

Styret består av leder, nestleder og fire styremedlemmer. Lederen velges ved eget valg og bør ha sittet i styret tidligere. Styrets øvrige medlemmer velges samtidig. Styret skal ha følgende sammensetning: Et medlem er representant for praktiserende spesialister, et medlem er ikke-spesialist i utdanningsstilling, og minst et medlem skal ha akademisk kompetanse. Det velges tre varamedlemmer, hvorav to er personlige varamedlemmer for henholdsvis styrets ikke-spesialist og for den praktiserende spesialist.

Styrets funksjonsperiode er to år fra 1.januar etter styrevalget,

og leder sitter i to eller maksimalt 4 år ved gjenvalg. Styremedlemmene velges for en periode med mulighet for gjenvalg, men maksimalt seks år.

Styret er beslutningsdyktig når minst halvparten av styrets medlemmer er til stede. Leder har ved stemmelikhet dobbeltstemme.

Redaktør for Gynekologen og Nettredaktør har møterett på styremøter, men ikke stemmerett.



Nils-Halvdan Morken.
Leder NGF.
Overlege Haukeland Universitetssjukehus og Professor Universitetet i Bergen. Interessert i obstetikk, reproduktiv epidemiologi, ølbrygging og sykling. Stolt far til drillgardist i HMKG.



Stine Andreassen.
Nestleder NGF, Phd og Seksjonsoverlege generell gynekologi, Nordlandssykehuset Bodø, Amanuensis II Norges Arktiske Universitetet



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



Kirsten Hald.
Vitenskaplig sekretær. Overlege PhD, Gynekologisk Avdeling, OUS. Interessert i hele faget; men mest i minimal invasiv kirurgi, myomer og misdannelser.



Hans Kristian Opøien.
Kasserer NGF. Overlege v/ Kvinneklivnikken AHUS. PhD i reproduksjonsmedisin/endometriose



Anders Einum
Sekretær NGF, styremedlem FUGO. LiS Kvinneklivnikken St Olavs hospital, for tiden i utlendighet på kirurgen

Nytt fra NGF-styret

Siste møte for avtroppende styre i NGF (2016-2017) ble avholdt på Legenes Hus i Oslo mandag 27/11-18. Tradisjonen tro når stafettspinnen skal overleveres var både det nye og det gamle styret tilstede. Vi var fulltallige. I tillegg deltok nettredaktør Tina Tellum etter lunsj. Vi hadde besøk av Ameli Trope som ønsker å danne Norsk Forening for Kolposkopi. Dette er de sentrale sakene som ble behandlet:

Endret ISF-refusjon for Fødselshjelp og Kvinnesykdommer
DRG er foreslått redusert for flere gynekologiske inngrep i 2018. Vi har i brev til Helsedirektoratet bedt om at man snarest mulig gir gynekologiske prosedyrekoder samme ISF-refusjon uavhengig av om prosedyren utføres dagkirurgisk eller ved innleggelse i tråd med ønsket om å stimulere til økt bruk av dagkirurgi.

Valg av HPV-vaksine til screeningprogrammet
Medlemmer av styret har vært i møte med FHI der denne

saken ble diskutert. Forklaring av begrunnelse for valg av vaksine. Vaksinen skal beskytte mot livmorhalskreft, og valget av vaksine i screeningprogrammet ble tatt på bakgrunn av dette. FHI ble bedt om å utdype sitt valg i et innlegg i Gynekologen (publisert i nr 4 2017).

Gjennomgang av erfaringer etter Årsmøte 2017
Muligheter for forbedringer og forslag fra CIC ble diskutert.

Du kan som alltid lese fullstendig referat fra våre møter på vår hjemmeside (innlogging).

Overleveringen ble avsluttet med god mat, mimring og tanker for fremtiden hjemme hos vår nettredaktør. De neste møtene avholdes 6/2-18 og 4/4-18 i Oslo (Legenes Hus), samt 10/6-18 i Odense ifm NFOG kongressen.

På vegne av styret i NGF, Nils-Halvdan Morken

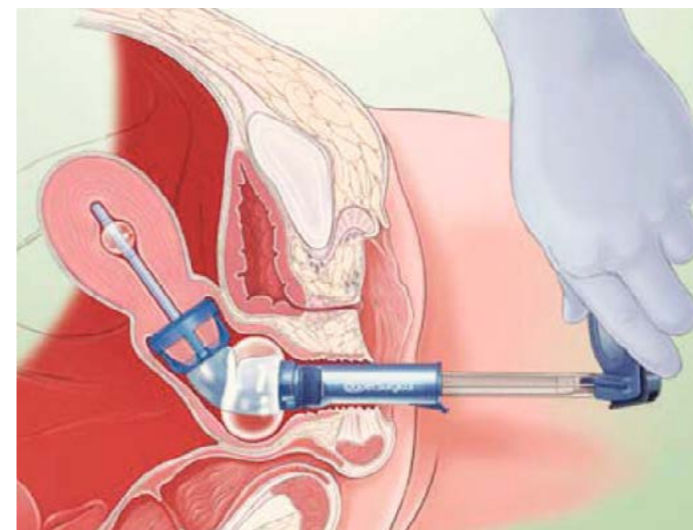


Jan Bye a.s
MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988



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



RUMI® II SYSTEM

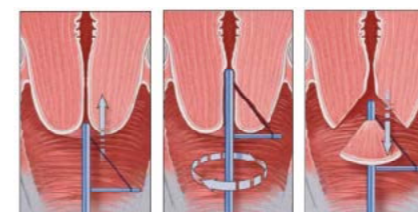
RUMI II uterus manipulator til bruk ved laparoskopisk hysterektomi og diagnostikk. Regnes som den mest komplette, robuste og anvendelig manipulatoren på markedet.

- 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



Kiwi Sugekopp



Complete Vacuum Delivery System
with **PalmPump™**



Kiwi OmniCup® with
Traction Force Indicator

For flere produkter, se vår hjemmeside; www.janbye.no
E-post; post@janbye.no
Telefon; 64959377



Jan Bye a.s
MEDISINSK TEKNIKK

Fosterovervåking med STAN – og sorgprosessen

Av Pål Øian, overlege og professor på Kvinneklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge

Det var store forventninger til STAN teknologien da den ble innført. Dessverre har solide vitenskapelige studier vist at STAN ikke er bedre enn CTG alene. Referansegruppen for foster-overvåking i NGF må få hjelp i sorgprosessen slik at de klarer å ta innover seg at STAN teknologien ikke er en metode for fremtiden, og styret i NGF burde bekymre seg for hvordan referansegruppen agerer, og hva de presenterer på sine nettsider.

I siste nummer av «Gynekologen» har Einar Lande et interessant innlegg der han påpeker at STAN gruppen (Referansegruppen for fosterovervåking) ikke klarer å ta inn over seg oppdatert kunnskap fra systematiske oversikter og meta-analyser. Han påpeker at referansegruppen går til kraftige motangrep og opphever seg selv til dommere for hva som er rett og galt.

Referansegruppen for fosterovervåking er oppnevnt av styret i NGF. På foreningens nettside oppgir gruppen at der finnes nyttig informasjon om fosterovervåking. Jeg er helt uenig. Siste publisering det refereres til er fra 2011, referansene er grovt selektive og ofte publiseringer fra noen av gruppens medlemmer. Man refererer ikke til de siste de tre siste systematiske oversikter og meta-analyser (Blix et al, Saccone et al, Cochrane review) som omhandler de 6 randomiserte studiene som finnes på området der STAN sammenlignes med CTG alene (evt med skalpprøver) med mer enn 26.000 inkluderte pasienter. Ei heller refererer de til debatt som har foregått i Acta Obstet Gynecol Scand der de selv har deltatt. Jeg forstår godt hvorfor.

På referansegruppens nettsider finner man derimot en «vurdering» av den siste og største RCT publisert av Belfort et al i N Engl J Med. Referansegruppen er så ensidig negativ at man ikke kan ta dette alvorlig. Deres «vurdering» er oversatt til engelsk og lagt ut på Neoventas nettsider (produsent av STAN). I denne sammenheng er det grunn til å minne om hva P. Olofs-

son (medical advisor i Neoventa), J. Kessler og B. Yli skrev i en artikkel i 2014: «The results of the ongoing multicenter RCT in the United States are some months away. Certainly the contribution of the USA data will help to determine whether the addition of ST analysis to conventional CTG results in improved perinatal outcomes.» Neoventa sponset denne studien med 3 millioner USD og teknisk utstyr. Jeg tror ikke Neoventa hadde brukt så mye penger om studieprotokollen var helt ubrukelig.

På nettsidene til referansegruppen finner man også en «vurdering» av de nye FIGO guidelines for tolkning av CTG fra 2015 som trolig vil bli brukt over store deler av verden. Referansegruppen anbefaler at vi i Norge skal bruke de gamle retningslinjene (som STAN algoritmen baserer seg på). I Sverige oppnevnte man en bredt sammensatt gruppe som vurderte de nye FIGO guidelines som ble lett justert. Burde man ikke også i Norge hatt en bredere faglig diskusjon om de nye FIGO guidelines? For øvrig har man i Sverige sluttet å bruke STAN pga dagens kunnskapsgrunnlag.

Det foreligger nå god dokumentasjon for at STAN ikke er bedre enn CTG alene når det gjelder kliniske utkomme (perinatal- og neonatal død, kramper; Apgar score < 7 etter 5 minutter, overføring til nyfødtintensiv, keisersnitt pga fetal distress), men en liten reduksjon i metabolsk acidose (0,25%) av usikker klinisk betydning og i operative vaginale fødsler uansett indikasjon.

«Burde man ikke også i Norge hatt en bredere faglig diskusjon om de nye FIGO guidelines?»

Det vi misser mens vi tisser



Les mer om overaktiv blære på www.blæren.no eller last ned **UroLog App** som gir deg oversikt over toalettvanene dine og gjør det enklere å snakke med helsepersonell om problemet



Overaktiv blære forekommer like ofte hos begge kjønn^{1,2}
50/50



17%
av alle nordmenn over 40 år lider sannsynligvis av overaktiv blære¹



Flere enn du tror over 40 år lider av overaktiv blære – omtrent^{1,3}
450.000



Blæren.no

Fosterovervåkning i Norge – fortid, nåtid og litt fremtid

Av Jørg Kessler, Thomas Hahn, Hilde Christin Lie, Helene Normann, Branka M. Yli- Norsk referansegruppe for fosterovervåkning

Einar Lande er veldig tydelig på at han vil kaste CTG i kombinasjon med ST analyse (STAN) på medisinhistoriens skraphaug, men det er uklart hva som er alternativet.

Vi vil i likhet med Lande også memorere litt: det er ikke fryktelig mange år siden fosterovervåkning var noe gynekologer lærte «ved siden av» på vakt ved å samle egne erfaringer, og på bakgrunn av denne erfaringen ha forskjellig nivå av is i magen når CTG ble ”stygg” eller ”dårlig likt”.

Det var først introduksjon av CTG og automatisk ST analyse (STAN) i Norge på 2000 tallet som gjorde noe med dette. Fødselshjelpere fikk obligatorisk basisutdanning i både CTG og fødselsfysiologi. Det faglige innholdet i våre fosterovervåkningskurs over to dager består mest av fosterfysiologi, fødselsfysiologi, CTG fysiologi og spesielle høyrisiko tilstander (f. eks. diabetes, lite liv), mens STAN undervisning er kun 90 min. STAN er like mye en metode som et konsept for å fortløpende forstå fosterets tilpasninger ved hypoksi i fødsel. Utrolig nok har STAN metoden blitt kritisert for å ha satt utdannings- og læringsbehovet innen fosterovervåkning på dagsorden (1).

Det er en komplett usaklig påstand fra Lande at referansegruppen ”indoktrinerer” ”regler og prosedyrer” og at ”ønsket om å forstå bakenforliggende fysiologiske forandringer hos fosteret” er borte. Å lære fødselshjelpere fosterfysiologi i fødsel står i høysete på våre kurs og det årlige nasjonale erfaringsmøtet. Fysiologisk forståelse og regler for CTG tolkning og intervensjon er ingen motsetninger, men snarere tvært om en gjensidig forutsetning. I motsetning til Landes påstand er det faktisk en mening med de kliniske retningslinjer for STAN (2), en forsinket intervensjon forverrer det neonatale utfallet (3, 4).

Det er godt dokumentert at CTG alene er en metode med høy sensitivitet og lav spesifisitet for å oppdage hypoksi i fødsel (5). De fleste fødselshjelpere vil derfor se seg enig i at man trenger tilleggs metoder for å bedre oppdagelsen av hypoksi utsatte fostre. Metabolsk acidose ved fødsel er et objektivt og kvantifiserbart mål for alvorlig hypoksi under fødselen (6).

Alle gjennomførte meta-analyser om nytteverdien av STAN viser en reduksjon av forekomst i metabolsk acidose på 30% (7-12), ved noen statistiske metoder er dette funnet signifikant, ved andre ikke. Gjennomgående finnes en reduksjon i vaginale operative forløsninger (med tilhørende morbiditet for mor og barn) på 9%. Det er publisert en rekke store observasjonsstudier fra hele Europa, som dokumenterer at innføring av STAN bedrer neonatalt utfall uten å øke operativ intervensjon (13-15). Selv om denne evidensen rangerer lavere enn randomiserte studier, er det høyst uvitenskapelig å undersøke dens eksistens. Dette må understrekes spesielt fordi den vitenskapelige dokumentasjonen for bruk av skalplodanalyse (FBS) er mer enn skralt med en liten

randomisert studie gjennomført i 1979 – uten effekt (16). Hvor er store studier som viser at innføring av FBS forbedrer utfallet?

Vi kan berolige Lande med at referansegruppens eksistens ikke er knyttet opp til STAN som metode. Vi er til kollegial hjelp for alle som har spørsmål eller vanskelige kasus om fosterovervåkning både før og under fødsel, med eller uten bruk av STAN. Landes påstand om ”fundamental trygghet hos personalet” på fødeavdelingene får stå for hans regning. Det er kanskje ”kjedelig” med retningslinjer, men de kan også redde liv.

I internasjonal sammenheng er Norge i verdenstoppen når det gjelder synkende perinataldødelighet (reduksjon på 35 % fra 2000-2012) og samtidig en lav intervensjonsfrekvens (stabil sectio rate de siste 10 år på rundt 16%) (17). Dette er selvfølgelig resultat av perinatalomsorgen som helhet, men fosterovervåkning har utvilsomt en stor rolle i dette.

Vi har grundig (18), og ikke – ”kvasivitenskapelig” som Lande påstår, redegjort for hvorfor beholde CTG klassifikasjonen uendret – noe som for øvrig også Danmark, Finland og Nederland har gjort. Til orientering ble basalfrekvensen i de nye FIGO guidelines pga. uenighet blant ekspertene fastsatt etter avstemning. En tredjedel av representantene i FIGO konsensus gruppen (inklusive Sveriges representant) stemte på en øvre grense på 150 slag/min, nettopp fordi flere studier konkluderer entydig med at basalfrekvensen til termin som regel er lavere enn 150 slag/min (19, 20). Vår holdning er således ingen ”norsk soloutspill”, men har vitenskapelig evidens.

Lande mener at referansegruppen ”opphever seg selv til dommere over hva som er rett og gal tolkning av fosterets tilstand.” Referansegruppen var etablert i 2004. Den er sammensatt av valgte representanter fra Den Norske Jordmorforening, Jordmorforbundet NSF og Norsk Gynekologisk Forening med høy klinisk, faglig og vitenskapelig kompetanse på fosterovervåkning og er derfor den som blir spurt og konferert med av kolleger i forskjellige kliniske situasjoner. Vårt mål er å stadig forbedre kvaliteten på fosterovervåkning i Norge. Derfor er også to av medlemmene i referansegruppen initiativtakere til en stor klinisk observasjonsstudiet på OUS Ullevål om FBS med laktatmåling og STAN.

Landes råd: ”La oss også prøve å være litt mer ydmyke i tolkingen av CTG. Det er ikke god vitenskap, og må behandles deretter.”, hjelper fødselshjelperen som står med en patologisk CTG skrekkelig lite i å finne ut noe om fosterets tilstand. Vi ser frem til hans metodeforslag for overvåkning av risikofødsler og dets vitenskapelige dokumentasjon.

Referanser:

- Salmelin A, Wiklund I, Bottinga R, Brorsson B, Ekman-Ordeberg G, Grimfors E, et al. Fetal monitoring with computerized ST analysis during labor: a systematic review and meta-analysis. Health Technology Assessment (HTA) Report 2011:3. 2013 [cited; Available from: <https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=32014000535&UserID=0>]
- Amer-Wählin I, Arulkumaran S, Hagberg H, Maršál K, Visser GH. Fetal electrocardiogram: ST waveform analysis in intrapartum surveillance. BJOG 2007 Oct;114(10):1191-3.
- Kessler J, Moster D, Albrechtsen S. Delay in intervention increases neonatal morbidity in births monitored with cardiotocography and ST-waveform analysis. Acta Obstet Gynecol Scand 2014 Feb;93(2):175-81.
- Norén H, Luttkus AK, Stupin JH, Blad S, Arulkumaran S, Erkkola R, et al. Fetal scalp pH and ST analysis of the fetal ECG as an adjunct to cardiotocography to predict fetal acidosis in labor--a multi-center, case controlled study. J Perinat Med 2007;35(5):408-14.
- Nelson KB, Dambrosia JM, Ting TY, Grether JK. Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy. N Engl J Med 1996 Mar 7;334(10):613-8.
- Low JA, Panagiotopoulos C, Derrick EJ. Newborn complications after intrapartum asphyxia with metabolic acidosis in the term fetus. Am J Obstet Gynecol 1994 Apr;170(4):1081-7.
- Blix E, Brurberg KG, Reiherth E, Reinart LM, Oian P. ST waveform analysis versus cardiotocography alone for intrapartum fetal monitoring: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Acta Obstet Gynecol Scand 2016 Jan;95(1):16-27.
- Olofsson P, Ayres-de-Campos D, Kessler J, Tendal B, Yli BM, Devoe L. A critical appraisal of the evidence for using cardiotocography plus ECG ST interval analysis for fetal surveillance in labor. Part II: the meta-analyses. Acta Obstet Gynecol Scand 2014 Jun;93(6):571-86.
- Saccoccia G, Schuit E, Amer-Wahlin I, Xodo S, Berghella V. Electrocardiogram ST Analysis During Labor: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Obstet Gynecol 2016 Jan;127(1):127-35.
- Schuit E, Amer-Wahlin I, Ojala K, Vayssiére C, Westerhuis ME, Marsal K, et al. Effectiveness of electronic fetal monitoring with additional ST analysis in vertex singleton pregnancies at >36 weeks of gestation: an individual participant data meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2013 Mar;208(3):187 e1- e13.
- Vayssiére C, Ehlinger V, Paret L, Arnaud C. Is STAN monitoring associated with a significant decrease in metabolic acidosis at birth compared with cardiotocography alone? Review of the three meta-analyses that included the recent US trial. Acta Obstet Gynecol Scand 2016 Oct;95(10):1190-1.
- Neilson JP. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. Cochrane Database Syst Rev 2015;12:CD000116.
- Norén H, Carlsson A. Reduced prevalence of metabolic acidosis at birth: an analysis of established STAN usage in the total population of deliveries in a Swedish district hospital. Am J Obstet Gynecol 2010 Jan 1;202:546.e1-7.
- Doret M, Massoud M, Constans A, Gaucherand P. Use of peripartum ST analysis of fetal electrocardiogram without blood sampling: a large prospective cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011 May;156(1):35-40.
- Kessler J, Moster D, Albrechtsen S. Intrapartum monitoring of high-risk deliveries with ST analysis of the fetal electrocardiogram: an observational study of 6010 deliveries. Acta Obstet Gynecol Scand 2013 Jan;92(1):75-84.
- Haverkamp AD, Orleans M, Langendoerfer S, McFee J, Murphy J, Thompson HE. A controlled trial of the differential effects of intrapartum fetal monitoring. Am J Obstet Gynecol 1979 Jun 15;134(4):399-412.
- Medisinsk Fødselsregister, statistikkbank. [cited; Available from: <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>]
- [cited; Available from: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/stan/Nyheter/Uendret-CTG-klaskifikasjon-i-Norge/>]
- Amorim-Costa C, Costa-Santos C, Ayres-de-Campos D, Bernardes J. Longitudinal evaluation of computerized cardiotocographic parameters throughout pregnancy in normal fetuses: a prospective cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand 2016 Oct;95(10):1143-52.
- Serra V, Bellver J, Moulden M, Redman CW. Computerized analysis of normal fetal heart rate pattern throughout gestation. Ultrasound Obstet Gynecol 2009 Jul;34(1):74-9.



Antibiotika **fritt** legemiddel mot bakteriell vaginose

Donaxyl® (dekvaliniumklorid)¹ er det første antiseptiske legemiddelet for behandling av bakteriell vaginose. Behandlingen er like effektiv som klindamycin (vaginalkrem 2%)² og tas som vaginaltablett om kvelden i 6 dager. Donaxyl passer også for de av dine pasienter som er gravide eller ammer.¹

Referanser: 1. Produktresumé Donaxyl. www.felleskatalogen.no 2. Weissenbacher ER, et al. A Comparison of Dequalinium Chloride Vaginal Tablets (Fluomizin®) and Clindamycin Vaginal Cream in the Treatment of Bacterial Vaginosis: A Single-Blind, Randomized Clinical Trial of Efficacy and Safety. Gynecol Obstet Invest 2012; 73: 8-15.

Donaxyl, CampusPharma. Antiseptisk til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A C05. Står ikke på WADAs dopingliste. **VAGINALTABLETTER 10 mg:** Hver vaginaltablett inneholder: Dekvaliniumklorid 10 mg, hjelpe-stoffer. **Indikasjoner:** Bakteriell vaginose. Det skal tas hensyn til offisielle retningslinjer om riktig bruk av antibakterielle midler. **Dosering:** 1 vaginaltablett daglig i 6 dager. Behandlingen skal avbrytes under menstruasjon og gjenopptas etterpå. Behandling skal fortsette selv om symptombedring innen 24-72 timer er vanlig. Behandling som varer i <6 dager kan gi tilbakefall. **Administrering:** Til vaginal bruk. Føres langt inn i skjeden ved leggetid om kvelden. Innføring er lettest i en tilbakelemt stilling med bena litt bøyd. I sjeldne tilfeller når skjeden er svært tørr, kan vaginaltablettet fuktet med en dråpe vann før innføring. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Sår i vaginalt epitel og i skjedeveggen eller livmorhalsen. Skal ikke brukes av unge jenter som ikke har hatt sin første menstruasjon. **Forsiktighetsregler:** For å minimere eksponering hos nyfødte, bør vaginaltabletter ikke brukes senere enn 12 timer før fødsel. Det er ikke innhentet effekt- og sikkerhetsdata knyttet til ny behandling av pasienter som ikke reagerer på eller som har fått tilbakefall umiddelbart etter 1. gangs behandling. Pasienten bør rådføre seg med lege dersom symptomene vedvarer når behandlingen avsluttes, eller hvis symptomene kommer tilbake. Bruk av høyere daglig dose eller økt behandlingstid kan øke risikoen for sår i skjeden. Ingen effekt- og sikkerhetsdata knyttet til behandling av bakteriell vaginose hos kvinner <18 eller >55 år. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner (se G01A C05). Anionaktive stoffer kan redusere antimikrobiell aktivitet. Samtidig intravaginal bruk av såper, sæddrepende midler eller vaginaldusj (vaginalskyling) anbefales ikke. Samtidig bruk av lateksfrie kondomer og annet intravaginalt utstyr (f.eks. pessar) anbefales ikke. Svekker ikke funksjonaliteten til latekskondomer. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Begrensede data viser ingen negativ innvirkning på graviditet eller foster/nyfødte barn. Bør bare brukes under graviditet hvis helt nødvendig. Amming: Systemisk eksponering hos ammende er ubetydelig, og ingen skadelig innvirkning på diende nyfødte/spedbarn forventes. Kan brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Infeksjoner: Vaginal candidiasis. Kjønnsganer/bryst: Vaginalutflod, vulvovaginal pruritus, vulvovaginal sviende følelse. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Infeksjoner: Bakteriell skjedeinfeksjon, soppinfeksjon i huden, vulvitt, vulvovaginit. Kjønnsganer/bryst: Vaginale blødninger, vaginalmerter. Nevrologiske: Hodepine. Ukjent frekvens: Infeksjoner: Blærekatarr. Kjønnsganer/bryst: Sår og masesrasjon i vaginalt epitel, uterusblødning, rodnhet, vaginal tørrhet. Øvrige: Feber, allergiske reaksjoner. **Overdosering/Forgiftning:** Bruk av høyere daglig dose enn angitt kan gi sår i skjeden. Vaginal skyling kan øve utfores. **Egenskaper:** Klassifisering: Kinolinderivat. Overflateaktivt stoff som virker lokalt i skjeden. Virkningsmekanisme: Øker bakteriecellens permeabilitet, og påfølgende tap av enzymaktivitet gir celledød. Bakteriedrepende aktivitet inntreffer innen 30-60 minutter. Vanligvis folsomme arter: Enterococcus faecalis, Lactobacillus spp., Staphylococcus aureus, Streptococcus agalactiae (gruppe B-streptokokker), Streptococcus pyogenes (gruppe A-streptokokker), Enterobacter spp., Escherichia coli, Klebsiella spp., Pseudomonas spp., Serratia spp., Atopobium vaginae, Bacteroides spp., Fusobacteria, Gardnerella vaginalis, Prevotella spp., Peptostreptococci, Porphyromonas spp. Ingen mekanismer for nedadrett resistens er observert. Absorpsjon: Dekvaliniumklorid absorberes i svært små mengder etter innføring i skjeden. Systemisk eksponering regnes som ubetydelig. **Sist endret:** 04.09.2015 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). **Basert på SPC godkjent av SLV:** 12.10.2015. **Donaxyl vaginaltabletter:** Styrke: 10 mg; Pakning: 6 st (blister); Refusjon/Byttegruppe: -/-; Pris (kr): 189,70; R.gr.: C²



Kjære FUGO-medlemmer!

Av Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder



Nytt styre

2018 er i gang og FUGO har nytt styre på plass. Vi er spesielt fornøyd med at vi har økt den mannlige delen av styret med 100 % - fra 1 til 2! Sammen med Anders, har vi nå fått med oss Mathias. Ikke bare er vi glade for at han er mann, han er også drivende god med web, og skal få web-sidene våre opp og gå igjen etter en liten tørkeperiode. I tillegg skal

han ha hovedansvar for Facebookgruppa vår. Anders har tatt på seg det viktige vervet som LIS-representant i NGF, og gjør han en like god jobb der som med kurset i fjor, er vi i gode hender. Ingen grunn til å tro annet! De to andre nykommerne i styret er Ane og Hilde. På tross av manglende y-kromosom, er vi absolutt veldig glade for deres engasjement også! Ane vil virke som sekretær og ha ansvar for saker her i Gynekologen. Hilde tar på seg den store jobben med å være kursansvarlig og vil sammen med meg drive det internasjonale arbeidet vårt som ENTOG kontakt og medlem av NFYOG-styret. Marianne kom inn i styret midt i forrige periode, og er nå valgt inn for 2 nye år. Hun er medlem av endoskopiutvalget og vil ha ansvar for en ny endoskopikampanje. Eirin fortsetter som vara med base i Tromsø og skal styre økonomien vår etter at Tiril har gitt seg etter 6 år i FUGO! Fulle navn, tidligere og nåværende arbeidssteder og kontaktopplysninger finner dere under. Det er en ære å lede en så fin og engasjert gjeng.

Ny spesialiseringsstruktur:

I 2018 vil arbeid med ny spesialiseringsstruktur fortsatt fylle mye. Læringsmålene skulle vært spikret i desember, men arbeidet har trukket ut og i skrivende stund er det fortsatt en del uklarheter. Blant annet er prosedyrelisten trukket ut av læringsmålene i siste sekund, uten at spes.kom ble informert. Sannsynligvis er dette avklart når denne lederen publiseres – jeg skal informere dere på Facebookgruppa når noe er endelig. Sikkert er det at ny ordning skal tre i kraft mars 2019, så mye må på plass kommende år. Spes.

kom sitter ved roret, mens vi i FUGO holdes orientert og kommer med innspill når vi finner det nødvendig. Så langt et veldig fint samarbeid.

Endoskopikampanje

Ellers har vi veldig tro på den nye endoskopikampanjen. Ved Sykehuset i Vestfold har man de siste årene praktisert en utdanningsmodell i endoskopi, som ble presentert på TGED (Tønsberg Gynaecological Endoscopic Days) i september og på formøtet til Endoskopiutvalget på årsmøtet i Stavanger i oktober. Tilbakemeldingene har vært svært gode og mange etterspør hvordan man kan få til noe av det samme på sitt sykehus. I løpet av våren skal vi i samarbeid med endoskopiinteresserte representanter fra alle sykehus som ønsker å være med, utarbeide en generell modell som kan lanseres i løpet av høsten eller tidlig 2019. Vi gleder oss veldig. De som gleder seg med oss, men ikke har fått med seg informasjonen på Facebook, kan ta kontakt med Marianne (momtvedt@yahoo.no) for å hive seg med.

Kurs

Også i år blir det selvfølgelig kurs før årsmøtet. Tidligere kurs har vært omtalt som "Forkurs", men på grunn av mye forvirring og sammenblanding med "formøter" som er noe helt annet, velger vi heretter å omtale kurset vårt som FUGO-kurs. Tema i år vil være kronisk sykdom hos mor under svangerskap og fødsel. Det er et tema vi har hatt oppe som aktuelt flere ganger og som det var stemning for på generalforsamlingen. Vi får med oss både indremedisinere og obstetrikere for å lage et praktisk rettet, matnyttig kurs om temaer som dekkes minimalt i de andre kursene våre. Meld dere på og gled dere til både FUGO-kurs og påfølgende årsmøte.

Masse spennende ligger foran oss i 2018. Ta gjerne kontakt hvis det er andre fagmedisinske områder dere vil FUGO skal engasjere seg i!

FUGO: Forening for utdanningskandidater i gynekologi og obstetikk

NFOG: Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology

NFYOG: Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists

EBCOG: European Board and College of Obstetrics and Gynaecology

ENTOG: European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology

Thea Falkenberg Mikkelsen

Arbeidssted: LIS, Nordlandssykehuset Bodø april 2012 – oktober 2013, Queen Elizabeth Central Hospital, Malawi oktober 2013 – mai 2014, Oslo Universitetssykehus juni 2013 – dd.

Verv i FUGO: Leder, NFYOG, ENTOG
theafm@yahoo.no

Anders Einum

Arbeidssted: LIS, Stavanger Universitetssykehus 2015 – 2017, St. Olavs Hospital 2017 – dd.

Verv i FUGO: Representant Norsk Gynekologisk Forening (NGF)
aeinum@gmail.com

Eirin Haugli Falch

Arbeidssted: LIS, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø 2013 – dd.

Verv i FUGO: Kasserer, vara.
eirinhf@gmail.com

Marianne Omtvedt

Arbeidssted: LIS, Sykehuset i Vestfold 2015 – dd.
Verv i FUGO: Nestleder, representant Endoskopiutvalget
momtvedt@yahoo.no

Ane Bergquist

Arbeidssted: LIS, Sykehuset i Levanger 2014 – dd.
Verv i FUGO: Sekretær, vara for representant i NGF
ane.bergquist@gmail.com

Hilde Bastøe Sellevoll

Arbeidssted: LIS, Haukeland Universitetssykehus 2014 – 2017, Oslo Universitetssykehus 2017 – dd
Verv i FUGO: Kursansvarlig, NFYOG, ENTOG
hilde_sellevoll@hotmail.com

Mathias Sonstad

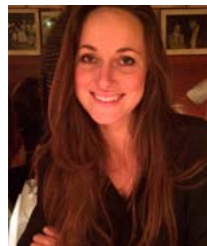
Arbeidssted: LIS, Sykehuset i Telemark 2015 – 2018, Akershus Universitetssykehus 2018 – dd.
Verv i FUGO: Web – og facebookansvarlig
mathias.sonstad+fugo@gmail.com



Bak fra venstre: Mathias Sonstad, Marianne Omtvedt, Anders Einum, Ane Ø. Bergquist
Foran fra venstre: Hilde Sellevoll, Eirin Haugli Falch, Thea Falkenberg Mikkelsen

Dear trainees and other colleagues

Av Elisabeth Fredrika Rosen, leder Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists (NFYOG)



My journey to become a doctor, and to consider myself a Scandinavian, came off to a rocky start. After realizing the hardships of getting admitted to medical school in Sweden, I went to Denmark to attend medical school – like many aspiring doctors at the time. I was skeptic to say the least. My very limited idea of Denmark and Danes consisted of typical stereotypes, such as red sausages, inebriated people and an incomprehensible language. Nevertheless, I packed my bags and decided to give it a try.

To my joy, and initial astonishment, my studies and life in the Danish capital became an amazing adventure. Together with Danish, Finnish, Norwegian and Icelandic students I discovered medicine and life itself. Denmark turned out to be very much like Sweden but with a continental twist. During my years in Copenhagen I did not only become a doctor, I also realized what it means to be Scandinavian and a citizen of the Nordic countries. Our five countries share values, culture and history. Our tradition of collaboration is among the oldest and most extensive in the world and is constantly increasing. As such, we are truly part of a unique structure from which we can derive benefit and perspective medical professionals.

Since last year, I am the president of Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynecologists (“NFYOG”), a subgroup of Nordic Federation of Obstetrics and Gynecology (“NFOG”) focusing on Nordic trainees. Through discussions and the sharing of experiences, we strive towards the improvement of our trainee programs, and to give all Nordic trainees access to national success projects, such as the Danish concept “Pass on the Knife”. On our website, we have collected material from the Nordic trainee programs. We hope it can serve as inspiration and as

a complement to our national trainee education programs.

Last year, we worked on a project aiming to enhance global focus amongst young doctors. By gathering stories from Nordic gynecologists who worked abroad during their trainee period and publishing these on our website, we wish to inspire young colleagues to spend time abroad. In addition, we aim to simplify the overseas placement process, and to contribute to the sharing of knowledge and experiences outside the Nordic countries.

Currently the board is preparing the upcoming NFOG congress in Odense where we will participate in a pre-congress session on global health. We will also arrange a dinner for all participating trainees. This will be a great opportunity to come together, share best practice and be inspired.

Adjacent to the NFOG congress, our Danish colleagues will invite trainees from the Nordic countries to participate in an exchange program. Keen trainees will get the chance to experience work during a two-day long stay a Danish hospital. They will also gain insight as well as receive

hands-on experience from another Nordic health care system.

Throughout the years, I have become convinced that development comes through collaboration and shared experiences. It is my firm belief that most things will improve if we help each other. We, as Nordic medicine professionals, have a unique opportunity to collaborate and build networks early on in our careers. I am confident that NFYOG can play an integral part inspiring young professionals and, just like me, experience the joy and the value of studying and practicing medicine in another Nordic country. I am thrilled that we have reached this far, but I am also convinced that there is enormous potential in an expanded cooperation between our countries in terms of healthcare management, research related and education.

We will continue with our mission to make the Nordic trainee educations the best in the world. Please visit <https://nfog.org/nfyog/> and join us on Facebook for more information, stories and inspiration.

On behalf of the NFYOG board
Yours sincerely
Elisabeth



Thea Falkenberg Mikkelsen (N) Eva Guðjónsdóttir (IS) Malene Skorstengaard (DK) Hugrún Hörn Gudbergsdóttir (IS) Linda Aukia (FIN) Anna Karin Jacobsson (S) Fjóla Jónsdóttir (DK) Elisabeth Rosén (S)

**VISERA
ELITE II**

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



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 fullintegerte 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

Ny Spesialistkomitee på plass!

Av Ingeborg Bøe Engelsen, seksjonsoverlege Gynekologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus

26.januar møttes gammel og ny komite til et arbeidsmøte for statusrapport. Hilde Sundhagen, Knut Kierulf og Jeanne Mette Goderstad takket for seg etter lang og tro tjeneste!

Ny komitee blir nå; Ingeborg Bøe Engelsen (leder), Marte Myhre Reigstad (nestleder), Yngvild Skåtun Hannestad, Camilla Kleiveland, Christine Hancke, Renate Torstensen, Jette Elisabeth Stær-Jensen og Kristine Heien Hansen.

Hovedfokus i 2018 blir som i fjor, den nye spesialiststrukturen. Læringsmålene er på plass etter gode tilbakemeldinger fra våre medlemmer, forskriftsfestet og sendt inn til HDir for godkjenning. Prosedyrelistene var plassert inn i læringsmålene for å forskriftsfestes, men er tatt ut av HDir og lagt til som utdypende tekst, altså ikke forskriftsfestet. Vi har sagt oss uenig i dette og sendt en henvendelse igjen til HDir. Kursene skal fortsatt være nasjonale og obligatoriske. Dette er bekreftet i eget vedlegg. Videre skal det nå jobbes med de ulike læringsaktivitetene vi må gjennom for å nå læringsmålene. Den jobben er lagt til de enkelte regionale helseforetak. Her er det viktig av vi er med på å forme aktivitetene slik at det ikke bremses for mye grunnet trange økonomiske rammer.

Obligatoriske kurs er under revidering. Vi planlegger et introduksjonskurs i fødselshjelp og kvinnesykdommer, for å gjøre LIS vaktkompetente tidlig i spesialistløpet. Dette skal gå to ganger i året slik at alle får plass tidlig i utdanningen. Det planlegges en liten endring av tema i allerede eksisterende kurs samt opprettelse av noen nye, f.eks kurs i kolposkopi og kirurgisk teknikk. Vi jobber med saken, og foreløpig viderføres de "gamle" kursene uendret de neste tre årene.

Jeg vil gjerne minne alle Lis og utdanningsutvalg om å levere gode SERUS rapporter nå til våren. Dette er viktig for at komiteen skal kunne fange opp utdanningsinstitusjoner som ikke oppfølger kravene til god spesialistutdanning i tråd med retningslinjene. Ferdige spesialister bør også levere inn etterutdanningsplan, det mangler fra mange utdanningsinstitusjoner. Dette er viktig nå, når vi ser trange økonomiske rammer, for at også spesialistene får reise på kurs og oppdatere seg.

Det er mulig å finne forslag til forbedring under "utdanningstips" på våre nettsider, samt på formøte før NGF's årsmøte for alle lederne av utdanningsutvalgene (innkalling kommer).

Kom gjerne med spørsmål og råd til oss, men når det gjelder spørsmål om godkjenning til spesialiteten må all korrespondanse gå via HDir. Vi skal gjøre vårt beste for å være med å bedre utdanningen av norske gynekologer.



Laparoskopi på gris! Bra dag på jobben

Sedina Kvalvik og Marit Sandberg som trener på gris.



Ny hormonfri fuktighetskrem mot tørr skjede

Remisoft® er en ny vaginalkrem til bruk ved ubehag på grunn av tørrhet i skjede og ytre intimområder, som følelse av tørrhet, brennende følelse, smerter ved samleie eller kløe.

Remisoft bidrar til å lindre symptomer på tørr skjede på grunn av høyt innhold av vann og lipider, som styrker hudbarrieren. Kremen inneholder *Hamamelis virginiana* som virker på slimhinnens overflate og styrker hudbarrieren, slik at fuktigheten bevares i vevet. Remisofts pH på 4,2 - 4,5 bidrar til å vedlikeholde skjedens normale pH-verdi.

Jevnlig påføring av kremen kan bidra til å forhindre tørrhet og irritasjon i skjeden og intimområder, samt fremme et sunt underliv. Remisoft bidrar fysisk i helingsprosessen ved små skader og kan kombineres med systemisk eller lokal hormonbehandling. Kommer med applikator som er enkel å bruke. Kan brukes ved behandling av tørr skjede før samleie.



Hormonfri vaginalkrem:

- ✓ Lindrer og tilfører fuktighet
- ✓ Mykgjør og bevarer elastisitet
- ✓ Bidrar til heling av småskader

 Kan fås reseptfritt på apotek

Sana Pharma Medical AS | Enebakkveien 117 A, 0680 Oslo | Tlf: 21 95 07 40 | E-post: post@sanapharma.no | www.sanapharma.no



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

Remisoft

Pleieende vaginal fuktighetskrem. **Bruksområder:** Ved ubehag på grunn av tørrhet i skjede og ytre intimområder (følelse av tørrhet, brennende følelse, smerter ved samleie eller kløe) som kan oppstå for eksempel ved overgangsalder. For lindring ved samleie. Remisoft bidrar fysisk i helingsprosessen ved små skader som kan oppstå i sammenheng med at slimhinnen blir tynnere og mer sårbar. **Innhold:** Aqua, octyldecanol, cetearyl alcohol, polysorbate 60, *Hamamelis virginiana* water, cetyl palmitate, sorbitan stearate, sodium lactate, benzyl alcohol, lactic acid. Remisoft inneholder ingen fargestoffer eller parfyme. **Virkning:** Remisoft virker fuktighetsgivende og roer irritert hud. **Dosering:** Kremen bør påføres en gang daglig – helst om kvelden før leggetid. Når symptomene har bedret seg, kan kremen påføres sjeldnere. Etter 30 dagers sammenhengende bruk bør man ta en pause på 2 dager. **Forsiktighetsregler:** Hvis symptomene på skjedetørrhet er svært uttalte eller ved en vaginal infeksjon (f.eks. soppinfeksjon) skal man snakke med lege før man bruker Remisoft. Det mangler data for bruk av Remisoft ved graviditet og amming. Rett etter barnefødsel skal man ikke bruke Remisoft, heller ikke dersom man er allergisk mot noen av innholdsstoffene. Ikke bruk produktet hvis tuben eller applikatoren er skadet, eller hvis kremen har endret utseende. **Bivirkninger:** Små, midlertidige lokale reaksjoner som rødhet, kløe eller en svak brennende følelse kan oppstå etter påføring. Hudirritasjoner eller overfølsomhetsreaksjoner er sjelden intense og varer sjelden lenge. Les bruksanvisningen før bruk.

Salg og distribusjon i Norge: Sana Pharma Medical AS. Produsent: Etol Gesundheitspflege- und Pharmaprodukte GmbH. Salg og distribusjon: Schaper & Brümmer GmbH & Co. KG. Bruksanvisningen er sist endret: februar 2016

Endometriosekongress i Napoli fra diagnose til medisinsk og kirurgisk behandling, 14-16.september 2017

Av Ingeborg Bøe Engelsen, seksjonsoverlege, Gynekologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus

Kongressen var lagt til den gamle borgen Castel dell'Ovo i den idylliske Napolibukta og hadde samlet mer enn 800 gynekologer fra hele Europa, hvorav vel 10 norske.

Arrangementskomiteen med Mario Malzoni fra Malzonigruppen i spissen, hadde hentet inn flere av de fremste endometriose kirurgene i Europa (Wattiez, Keckstein, Malzoni, Ceccaroni) og lagt opp et veldig spennende program bestående av forkurs med workshop for kun italienerne, "to the point" forelesninger og mye spennende "live surgery" med 2D og 3D laparoskopi fra privatklinikken Ruesch. Malzoni klinikken i Napoli er i dag et av Italias største endoskopisenter og utfører mer enn 1200 laparoskopiske operasjoner årlig herav 480 radikale endometrioseoperasjoner og vel 300 endometriom ekstirpasjoner.

Kongressen ble åpnet av legendariske Harry Reich (USA) som snakket om utfordringene knyttet til sykdommen endometriose etterfulgt av en forelesning om bekkenanatom, Resten av dagen satt vi som klistret og fulgte spennende live operasjoner. Hvert enkelt case ble introdusert med en oppsummering av diagnostikk, videooverføring fra den preoperative vaginale ultralydundersøkelsen etterfulgt av radikal endometriosekirurgi. Ulike tilnærmingsteknikker og diverse utstyr ble kommentert av operatør samt et ekspertpanel undervis. De inviterte også til spørsmål fra salen gjennom hele operasjonen. Innimellom operasjonene fikk vi høre om vaginal ultralyd, MR og andre billedteknikker til bruk i utredningen av endometriose/adenomyose. Dagen ble avsluttet med et Cocktail sunset party på "Ramaglietto" i Castel dell'Ovo.

Neste dag var viet endometriose i urinveiene og på tarm. Kirurgisk

tilnærming til endometrioseknuter i blære, ureterolyse og reimplantasjon av ureter samt presentasjon av ulike kirurgiske teknikker som shaving og segmentreseksjon av tarm, igjen ledsaget av live surgery. Man diskuterte også ulike teknikker for best bevaring av ovarialvev ved endometriom og vi fikk se bruk av Plasmajet og laser ved ablasjon på endometriosecyster. Adenomyose, tenåringsendometriose, extragenital endometriose, og preoperative staging var andre viktige tema som trukket frem. Om kvelden var vi invitert til Congress party med besøk for interesserte i Bourbon tunnelen.

3. og siste dag fikk vi høre om risikoen for endometriose og kreft utvikling endometriose og fremtidig fertilitet samt ulike medikamentell behandling. Jan Einarson (USA/ Island) avsluttet det hele med en forelesning om viktigheten av sentralisering av pasienter med avansert endometriose. Endometriose behandling er i dag en av de største utfordringene innen benign gynekologisk sykdom. De fleste eksperter er nå overbevist om at den beste måten å ta hånd om pasientene er å utrede og behandle dem i spesialiserte sentra med tverrfaglig tilnærming og spesial kompetanse. Dette vil medføre økt pasientvolum og gi grunnlag for god kompetansespredning.

Det var lange og innholdsrike dager med mye spennende avansert kirurgi. De fleste av oss hadde mye å lære og vi så også viktigheten av grundig preoperativ utredning og pasientvolum. På tampen av oppholdet klarte de fleste norske deltagerne også å få tid til en aldri så liten sightseeing, noen til Capri, andre til Pompeii!



Learn from the masters – ISUOG World Congress

Av tina Tellum, LIS og PhD-kandidat ved Oslo universitetssykehus

I et mylder at kongresser er det ikke lett å finne den man har mest nytte av. Ofte drar man bare på den samme hvert år. Jeg skal fortelle litt om kongressen til ISUOG (international society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology), kanskje den er noe for deg?

Det er ganske mange kjente fra Norge jeg traff på siste ISUOG World Congress i Wien i september i fjor, og det er en etablert størrelse for mange. Likevel er det like mange som har et stort spørsmålsteget i ansiktet når man forteller hvor man skal: «Ajjsuuuuäääg, super kongress!» Jeg jobber jo på et ganske endoskopi-preget sykehus (ULlevål), kanskje ikke så rart å få den reaksjonen da, der ser man faktisk litt medlidensfullt ned på oss ultralydnerder. Men selve ISUOG-kongressen er faktisk lagt ut for et bredt publikum, ikke bare nerder: Det er mange metode-forelesninger tilrettelagt for leger som må klare seg selv på poliklinikken, og som ikke har en fostermedisiner tilgjengelig på et øyeblikk. Men også super-spesialister finner sine futuristiske temaer i egne sessions.

I «masterclasses» sitter flinke folk som viser deg live hvordan de scanner og får til de mest utrolige bilder. Der har jeg plukket opp mange triks som ikke var så vanskelig å få til hjemme! Ultralyd-folkene er generelt ganske ydmyke, og det er lett å komme i kontakt med de store «stjernene» og diskutere litt med dem. Man har prøvd å finne en god balanse og treffe den generelle interessen i de store Key Note Lectures, og tydeligvis lagt vekt på å ha gode foredragsholdere (som kan engelsk, he he). Nåløyet for å få

akseptert et fritt foredrag er trangt, og det gjenspeiler seg i kvaliteten, som er gjennomgående høy. Abstracts blir enten presentert som «short»- 2 minutter, én eneste powerpoint-slide, eller «long talk»: 5 minutter presentasjon av slides! Alle presentasjonene er sendt inn på forhånd og man har tilgang til slidesene via appen, i tilfelle man går glipp av noe man er interessert i. Og det er mulig å glippe, siden kongressen er svær og mye foregår samtidig. Men organisatorene har klart å legge sessions på en smart måte, slik at man får mye med seg. Den nevnte appen hjelper å legge individuelle planer og guider deg gjennom dagen. Nesten alle foredrag kan sees igjen hjemme; de blir spilt inn på video og er tilgjengelig online.

De fleste gynekologer her til lands jobber ikke som super-subspesialister, de må kunne sin gynekologiske og obstetriske ultralyd selv – det har blitt en av våre viktigste hjelpemidler i hverdagen. Derfor tror jeg de fleste lærer noe nyttig på en av ISUOG-kongressene. Den neste er forresten i oktober 2018 i Singapore. En flybillett fås fra 4500 kroner, men ulempen er at man må regne med å ha jetlag på NGF- årsmøtet som er rett etterpå! Kanskje like lurt å vente til 2019, for da er ISUOG World Congress bare et godt steinkast unna; i Berlin.



Forfatterens egne five minutes of ISUOG-fame



Også utstillere viser innovasjoner- 3D bilder kan lett printes ut på en hvilken som helst 3D printer...



K. Bakke og T. M. Eggebø, som var invited speakers, var blant dem som representerte Norge



En av opening lectures hadde ingenting med ultralyd å gjøre- men skulle lære oss noe viktig, som vi ellers kanskje ikke hadde fått med oss: Tim Spector om mikrobiomet

Gynekologen anbefaler lesestoff med varierende grad av faglig relevanse

Denne gangen: «60 år med Doktor Zhivago»

Av Irina Eide, medredaktør

Roman Doktor Zhivago utkom første gang i Milano i november 1957. På den tiden var det utenkelig at forfatteren Boris Pasternak kunne publisere sitt livsverk i Sovjetunionen fordi den forkaster sovjetstaten og dens ideologi, og romanen ble smuglet fra landet. Pasternak ble tvunget av myndighetene til å sende forlaget Feltrinelli et brev for å stoppe utgivelsen av boka, men klarte å gi beskjed om å se bort ifra dette brevet. Giangiacomo Fentrinelli fikk senere sparken fra italiensk kommunistisk parti for utgivelsen av boka. Romanen vakte stor oppsikt, ble erklært til å være århundrets roman og allerede året etter ble den oversatt til norsk.



Boris Leonidovich Pasternak (1890-1960)

På sin side av jernteppet fikk Boris Pasternak landsomfattende heftig sjikanering dirigert av Nikita Khrusjtsjev. I 1958 fikk Boris Pasternak Nobel pris i litteratur, men igjen ble tvunget av myndighetene til å avslå prisen.

Dokumenter som ble avgradert i 2014 avslørte at CIA brukte roman Doktor Zhivago i antisovjetisk propaganda under den kalde krigen. Hundrevis av romanens eksemplarer ble utgitt av CIA og smuglet til Sovjetunionen.

Disse dramatiske omstendigheter rundt boken er en krimhistorie i seg selv. Men hva betyr romanen for oss i dag - 60 år senere?

Romanen utspiller seg fra begynnelsen av 1900-tallet til andre verdens krig. Mange prøvelser bringer Jurij Zhivago på kryss og tvers av Russland som lege, forfatter og soldat. Han slites mellom sin store kjærlighet Lara og sin egen kone. Han behandler de syke og sårede, kjemper mot flekkyfus. Hans bakgrunn som lege gir ham helhetlig forståelse av livet og former hans livssyn og filosofi. Medisinsk kunnskap gir ham levebrød da familien mister alt og ble drevet på flukt til Sibir, men også setter hans liv i fare da han ble kidnappet av geriljasoldater som trenger en lege for sin hær. Doktor Zhivago har en ønske om å leve sitt eget liv og protesterer mot alle forsøk på å regulere livet og styre historiens gang ved forordninger og propaganda.

Boris Leonidovich Pasternak (1890-1960) er blitt mest populær som lyriker i Russland og hans dikt hører til de beste som noen

ganger ble skrevet. Men han selv plasserte sin episke prosa foran sine dikt.

Hovedpersonen i romanen er antatt for å være basert på forfatteren selv. Eksterne omstendigheter i Dr. Zhivagos liv ligner ikke på poetenes skjebne, men Zhivagos indre verden, hans tanker, følelser, livssyn og filosofi er identiske til forfatterens. Boken stiller Kristi etterfølgelse opp mot sovjetstatens ideologiske avgudsdyrking.

“Zhiv” betyr “levende” og Jurij Zhivago er fylt av en kjærlighet til livet som gir håp gjennom de tunge årene og går som en rød tråd gjennom romanen.

Roman Doktor Zhivago er skrevet av en dikter og det er en lyrisk og annerledes roman. Som episk prosa har romanen sine svakheter, men den har utvilsomt poetisk, moralsk og historisk verdi.

Det er en av de bøkene “you need to read before you die”.



I 1965 ble Doktor Zhivago filmatisert med Omar Sharif og Julie Christie i hovedrollene. Filmen fikk 5 Oscarpriser og 5 Golden Globes.



GYN 82.2.0.01/2018/A-NO

Perfection in Resection – The 15 Fr. office resectoscope

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ SE & Co. KG, Dr.-Karl-Storz-Straße 34, 78532 Tuttlingen/Germany
KARL STORZ ENDOSKOPI NORGE AS, Østensjøveien 15B, 0661 Oslo/Norway
www.karlstorz.com

Østrogener

Av Mette Haase Moen, professor emerita, NTNU, mette.moen@ntnu.no



Definisjon og produksjon

Østrogen er det kvinnelige kjønns-hormonet som er ansvarlig for kjønns-utvikling og fruktbarhet. Ordet østrogen er avledet av det greske ordet 'estrus' som betyr brunst. Det stemmer godt med at østrogennivået er maksimalt i den preovulatoriske fasen, hvor fruktbarheten er størst.

Østrogen er et steroidhormon som er karakteristisk ved å ha dobbelbindinger i A-ringene, en såkalt aromatisk ring (til venstre på tegningen). Dannelse av denne delen av steroidmolekylet er avhengig av enzymet aromatase som finnes i stor mengde i ovariets granulosa-celler. Aromatase finnes dessuten i hjernen, i fettvev, i blodkar, i hud og i beinvev samt i patologisk vev som endometriose, myomer, bryst- og endometrie-cancer. Testosteron er precursor for østradiol (Ø-2), androstendion er for østron (Ø-1).

Reseptorer

Det finnes to intracellulære reseptorer, ERalfa og ERbeta. *ERa* finnes i endometriet, i ovariets stroma, i hypothalamus og i brystkreftceller. *ERβ* er påvist i ovariets granulosa-celler, nyre, hjerne, bein, hjerne, lunger, tarm-mukosa og endothel-celler.

Naturlige østrogener

• Østradiol (Ø-2)

Ø-2 er det dominerende kvinnelige hormonet som er ansvarlig for pubertetsutvikling og fruktbarhet. Det er det mest potente av de naturlige østrogener. Det produseres av granulosa-celler som omgir oocytter i vekst og modning. Nivået hos kvinner i fertil alder svinger mellom 0,1 og 1,0 nmol/L (100-1000 pmol/L) med høyest verdi rett før ovulasjon. Etter menopause blir nivået så lavt at det ofte ikke kan måles. Vær oppmerksom på at det i perimenopausen kan være meget store svingninger med verdier på godt over 2,0 nmol/L (2000 pmol/L). Østradiol binder seg både til alfa og beta-reseptorer

• Østriol (Ø-3) og estretol (Ø-4)

Disse to østrogener er svangerskaps-østrogener som produseres i placenta. I 'gamle dager' før vi fikk ultralyd og andre hjelpemidler til å vurdere fosterets tilstand, var måling av østriol i døgurnin en vanlig rutine. Den gravide samlet i løpet av et døgn all urin som deretter ble levert til analyse på et hormonlaboratorium. Det var store mengder av bøtter og spann som samlet seg i laboratoriets ekspedisjon! Østriol binder seg hovedsakelig til beta reseptoren.

• Østron (Ø-1)

Etter menopause er Ø-1 det dominerende østrogen, men det er langt svakere og kan ikke kompensere tapet av østradiol. Østron binder seg hovedsakelig til alfa-reseptoren.

Konjugerte østrogener

Det østrogenet som hovedsakelig har vært brukt i USA i forbindelse med klimakteriebehandling er konjugert, ekvint østrogen (CEE) som består av nedbrytningsprodukter av østrogen som er utvunnet av gravide hoppers urin. Det er markedsført som Premarin (uten eller med gestagen som har vært MPA, medroxyprogesteron acetat). Det består av en rekke østrogen derivater som: østron sulfat (49.3%), ekvilin sulfat (22.4%), og dihydroekvilin sulfat (13.8%) samt flere andre nedbrytningsprodukter. I Europa har CEE vært lite brukt, og det har ikke vært på det norske markedet.

Kunstige østrogener

• Etinylostradiol

Etinylostradiol (EE) er et syntetisk østrogen som ble utviklet allerede på 1930-tallet og som har vært det dominerende østrogenet i p-piller, i kombinasjon med ulike gestagener. EE har høy biotilgjengelighet og lang halveringstid som gjør det velegnet til peroral bruk. I p-pille har dosen av EE vært redusert fra 100 mikrogram til 15 mikrogram. Det har også vært bruk som hormonsubstitusjon i dose på 5 mikrogram.

• Mestranol

Er et syntetisk østrogen som før ble brukt

i p-piller i en dose på 150 mikrogram. Det spaltes i leveren til EE. Når det beskrives at de eldste p-piller inneholdt 150 mikrogram østrogen, så gjelder det for mestranol og det svarer til 100 mikrogram EE. Det er ikke lenger i bruk.

• Diethylstilbestrol

Dette syntetiske østrogenet (DES) ble fra 1940 til 1970 brukt av millioner av gravide som et forsøk på å forebygge abort. Det har senere vist seg ikke å være gunstig for svangerskapsutfallet, men viste seg tvert imot å ha alvorlige effekter på kvinnelige og mannlige fostre med øket forekomst av genitale utviklingsavvik og senere i livet øket risiko for vaginalkreft (klarcellet adenocarcinom) i ung alder og lett øket risiko for cervixcancer og brystkreft. DES har heldigvis ikke vært brukt i Norge på denne indikasjonen.

Phytoøstrogener

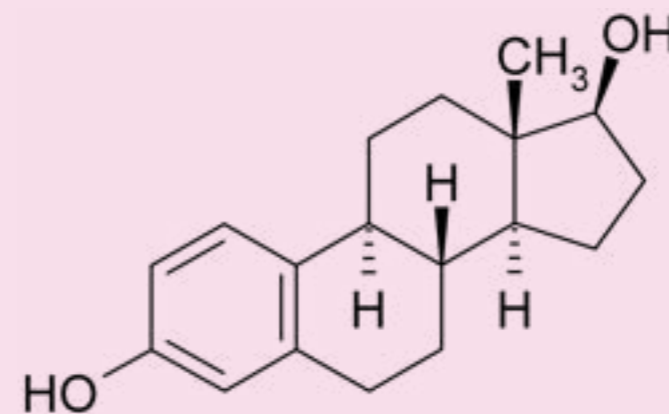
De naturlige østrogener finnes ikke i naturen, men planter kan ha østrogen effekt. De betegnes som phytoøstrogener. ('Fyto' beskriver relasjon til planteriket). De har affinitet til beta-reseptoren. Effekt, sikkerhet og kvalitetskontroll av produkter er omdiskutert.

• Flavonider

finnes i frukt og grønt

• Isoflavonider

inneholder genistin og daidezin som f.eks. er i soja-produkter som sojamelk og tofu. Effekten av soja på brystet har vært omdiskutert. Inntak av soja hos unge jenter hvor brystet er under utvikling, kan medføre beskyttelse mot senere brystkreft. Det kan forklare at forekomst av brystkreft er lavere i land med stort inntak av soja (tofu). Soja-inntak senere i livet kan ha motsatt effekt hvor høyt inntak muligens kan svekke behandling med antiøstrogener ved brystkreft. Sojas mulige effekt på klimakterielle plager er også debattert, og kontrollerte studier divergerer. At noen kvinner merker effekt ved hetetokter kan forklares ved at daidezin i tarmen kan omdannes



Vi ser at dette er et steroid (karakteristisk skjelett), og et østrogen på grunn av dobbel-bindingene i A-ringene (til venstre). Det er to OH-grupper, altså er det østradiol



Østrogener som legemidler og som kosttilskudd.

til equol som har østrogen effekt. I Vesten har bare 20-30% en tarmflora som gir denne mulighet, mens 50-60% i Asia har en tarmflora som kan konvertere daidezin til equol. Det kan være forklaring på at asiatiske kvinner har mindre hetetokter.

• Rød kløver

Inneholder coumestan som fortrinsvist binder seg til beta-reseptoren. Det selges som kosttilskudd under navnene Promensil eller Rimosil.

• Lignaner

Finnes i nøtter, korn og linser

Xenoøstrogener

Xenoøstrogener er kjemikalier som inngår i gruppen endocrine-disrupting chemicals (EDCs) som enten etterligner eller blokkerer de endogene hormoner og derved forstyrrer den normale hormonbalansen. Det kan dreie seg om pesticider (inkl. insektisider), kjemikalier som brukes ved fremstilling av plast, konserveringsmidler (butylhydroxyanisol), parabener i hudkremer og 4-MBC (4-methylbenzylidene-camphor) i solkrem og mye annet. Disse 'slemme østrogner' er gjort ansvarlige for endring i kjønnsmodning, redusert sæd-kvalitet, genitale utviklingsavvik og øking av kreft som testis- og brystcancer, øket forekomst av endometriose og mye annen 'djevlskap'. Ved økologisk landbruk og økologisk hushold kan man redusere påvirkningen av disse 'hormonhermere'.

SERMer og antiøstrogener

SERMer eller Selektive Estrogen Receptor Modulator kan virke som østrogen agonister eller antagonist, avhengig av type av vev de påvirker. De kan f.eks.

stimulere østrogenreseptoren i lever, beinvev og kardiovaskulært, men blokkere østrogenreseptor i brystvev og i uterus. Første SERM var **clomifen** (pergotime) som virket som antiøstrogen på hypothalamus/hypofyse og derved økte utskillelse av FSH. **Tamoxifen** er en SERM som binder seg til østrogenreseptorer i brystkreftceller og blokkerer østrogenets effekt. Brukes som adjuvant behandling ved brystkreft. Tamoxifen kan også virke som østrogenagonist og øke risikoen for endometrie-cancer, slag og trombose. **Raloxifen** er en SERM som virker som østrogenagonist på beinvev, men som antagonist på bryst og uterus. Det har vært brukt for å redusere risiko for osteoporotiske brudd. De tre nevnte SERMer har ikke effekt på hetetokter, men kombinasjon av CEE og SERMen bazedoxifen er markedsført for menopauseplager.

Gestagener er indirekte antiøstrogener ved at de hemmer FSH og derved reduserer ovariets aktivitet. **GnRH-agonister** er omtrent like effektive til å stoppe østrogenproduksjonen, som ooforektomi, men behandlingen er reversibel. **Aromatasehemmere** (anastrozol og letrozol) brukes til behandling av postmenopausale kvinner med østrogenreseptorfølsom brystkreft, ved at de nesten totalt hindrer at androgen omdannes til østrogen.

Bruksområder for østrogener

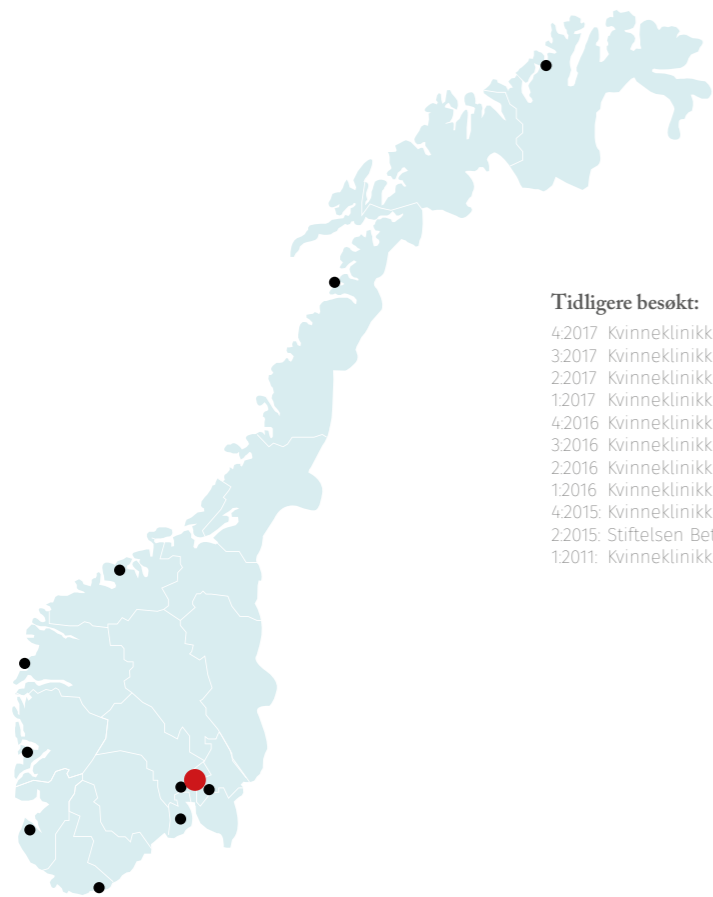
• **Generell behandling med østradiol**

- Hvis ovariene hos en kvinne i fertil alder ikke produserer østrogen, er erstatning med østradiol (og evt. gestagen) aktuelt. Behandlingen betegnes **HRT**, 'hormone replacement therapy', altså erstatning for det som skulle ha vært til stede.

- Østradiol for klimakterieplager betegnes som **HT** (hormone therapy) eller **MHT** (menopausal hormone therapy). Det er behandling for plager relatert til østrogenmangel.
- Østradiol kan doseres oralt eller transdermalt (plaster eller spray)
- Lokalbehandling**
- Østradiol som vaginaltablett eller vaginalring (på registreringsfritak).
- Østriol som vagitorie eller vaginalkrem (peroral østriol anbefales ikke på grunn av risiko for endometriestimulering)
- Prevensjon**
- Ethinyløstradiol og gestagen som tablett, vaginalring eller plaster
- Østradiol og gestagen
- Cancer prostatae**
- Diethylstilboestrol (DES) ble tidligere brukt, men er nå erstattet av GnRH-analoger

Sluttbemerkning

Hensikten med dette innlegget er å vise de ulike former for østrogen og deres bruksområde. Østrogener er viktig for mange funksjoner, og det er ikke tvil om at tidlig ovariesvikt bør kompenseres med tilførsel av østrogen. Østrogenbehandling i og etter overgangsalderen har vært sterkt diskutert, ikke minst divergerende resultater angående effekt på hjertekarsykdommer og brystkreft. Dessverre oppfatter mange kvinner østrogen som farlig og vegrer seg for behandling. Det er vår oppgave å gi en balansert og evidensbasert informasjon om de positive og negative effekter av østrogen. Vi bør også ha kjennskap til alternative 'østrogen-behandlinger' som pasientene ofte har stor tro på. Det er litt av en utfordring.



Tidligere besøkt:

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 - Bøddø
 1.2016 Kvinneklubben i Hammerfest
 4.2015 Kvinneklubben i Stavanger
 2.2015 Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen
 1.2011 Kvinneklubben i Hammerfest

Norge Rundt

Kvinneklubben Rikshospitalet

Av Vasilis Sitras, Overlege, Fostermedisin, Oslo universitetssykehus

Kvinneklubben på Rikshospitalet har en lang og spennende historie. Utviklingen innen mikrobiologi, hygiene, fødselshjelp og gynekologi har satt sine spor i klubben opp gjennom årene. Men det er mennesker som lager historie og klubben eksisterer fordi leger og annet helsepersonell har dedikert sitt liv til arbeidsplassen. Her er min historie om min arbeidsplass: Kvinneklubben på Rikshospitalet.

Tromsø, vinteren 2007: jeg har primærvakt på kvinneklubben på UNN og får en telefon fra Harstad sykehus om en afrikansk kvinne i svangerskapsuke 30 som må overflyttes pga akutt leversvikt etter antibiotikabehandling for nyoppdaget tuberkulose. Ved innkomst har hun høy INR. Et keisersnitt vil være katastrofalt pga blødningsfare. Vakthavende anestesileger har nylig disputert på temaet leversvikt og forteller at pasientens eneste sjanse for å overleve er levertransplantasjon. Jeg konfererer med «lever-bakvakt» på Rikshospitalet og vi får en oppskrift på behandling med koagulasjonsfaktorer for å kunne forløse med keisersnitt. Barnet blir innlagt på nyfødt intensiv på UNN, mens mor overflyttes i narkose til Rikshospitalet. Noen uker senere kommer hun tilbake med ny lever og nytt liv. Jeg ble imponert. Rikshospitalet, der vil jeg jobbe en dag!

Gaustad, våren 2014: jeg har min første sekundærvakt på Rikshospitalet. Jeg får en telefon fra vakthavende transplantasjonskirurg: «en ung kvinne ligger i koma med leversvikt. CT abdomen viser noe «uryddig» på en eggleder, mulig ektopisk svangerskap i følge radiolog. Jeg skal transplantere ny lever på henne rundt midnatt. Finn ut hva du skal gjøre ... og vennligst ikke vekke meg før midnatt». Ikke vekke meg før midnatt! OK, hva gjør jeg nå? Jeg ser først på kvinnen på intensiv, hun ligger i koma ... det er ikke mye informasjon å få. Jeg ser på CT bildene sammen med radiolog, ikke noe sikker exu. Hun har normal hemoglobin og et hav med unormale blodprøver, som jeg ikke vet hva betyr. Har noen bestilt serum hCG? Nei. OK, så tar vi det. Inntil jeg får svaret tenker jeg på hvordan jeg skal operere bort egglederen: laparoskopisk eller bruke samme snitt som transplantasjonkirurgene? Men hvor legger



Rikshospitalet, Pilestredet 32, Anno 1914. Fotograf: Wilse Anders Beer (1865-1949). Kilde: Oslo Museum, med tillatelse

de snittet? Jeg får vel ikke vekke kirurgen. Det er ikke gynekologisk avdeling på Rikshospitalet. Det er flere år siden noen har gjort gynekologisk laparoskopi her. Mange tanker i hodet... Endelig kommer svar fra blodprøven: negativ hCG. Heldigvis.

Disse to kasuistikken illustrerer godt hvordan det er å jobbe på Rikshospitalet. Eller «Risiko-hospitalet» som mine barn kaller det, og det med god grunn! Her fødes de fleste barn i Norge med medfødte misdannelser. De aller yngste og de aller minste. Her skal alle barn med medfødte hjertefeil fødes og behandles. Det er derfor godt og tett samarbeid her mellom gynekologer, dyktige neonatologer, genetikere, barnekardiologer og barnekirurger. Kvinner med høyrisiko svangerskap med alle mulige medisinske tilstander følges også opp og forløses her. Fødeavdelingen på Rikshospitalet ble nylig oppnevnt som Nasjonal behandlingstjeneste for hjertesyke gravide. Hjerteteamet består av obstetrikere, anestesileger, kardiologer, og dedikerte sykepleiere og jordmødre. En spesifikk fødeplan lages for hver enkelt kvinne slik at vakthavende leger og jordmødre har riktig oppskrift for en vellykket og trygg fødsel. Det finnes også en reproduksjonsavdeling/IVF på Rikshospitalet, men våre kollegaer der inngår

ikke i vaktturnusen på føden og de har eget morgenmøte (Bildet viser kollegaer ved kvinneklubben på Rikshospitalet).

Rikshospitalet har en lang historie. Det ble grunnlagt i 1826 som et statlig somatisk sykehus gjennom en ominnredning av det tidligere Militærhospitalet. I 1883 flyttet Rikshospitalet til nye bygninger i Pilestredet, og i 2000 flyttet det inn i nytt bygg på Gaustad. Kvinneklubben på Rikshospitalet har tilsvarende lang og spennende historie. Direkte sitat fra Jon Røyne Kyllingstad, forsker ved Forum for universitetshistorie: «Omkring 1880 var fire femdel av klientellet ugift, fattige kvinner som skulle føde illegitime barn. Mellom 1851 og 1866 døde 4,5 prosent av kvinnene på Fødselsstiftelsen, det var skyhøyt over gjennomsnittet i Kristiania, og førte til at de fleste foretrakk hjemmefødsler. Bedre kunnskap om hygiene førte til at dødstillene sank kraftig, og fra 1870-tallet var det ikke lenger farligere å føde på Fødselsstiftelsen enn hjemme. Ny innsikt i bakteriologi og hygiene muliggjorde også økt bruk av medisinske intervensjoner ved vanskelige fødsler, og i forlengelsen av selve fødselsmedisinen ble det også utviklet ny medisinsk kunnskap om svangerskap, barsel og barnesykdommer. Den etablerte kunnskapen om behandling av fødselsskader ble

«En spesifikk fødeplan lages for hver enkelt kvinne slik at vakthavende leger og jordmødre har riktig oppskrift for en vellykket og trygg fødsel.»



Kolleger på Kvinneklubben, Anno 2017, foran inngangen "Barn-Kvinner", Rikshospitalet, Gaustad

utvidet til det nye og ambisiøse feltet operativ gynekologi.» (www.apollon.uio.no/artikler/2011/4-rikshospitalet.html). Mye har altså forandret seg innen obstetikk i årenes løp, i tabellen finner man de medisinske utfall for Rikshospitalet for 2016.

Kvinneklubben på Rikshospitalet ble tilknyttet Det Medisinske Fakultetet ved Universitetet i Oslo av professor Kristian Brandt og var inntil 1946 Norges eneste universitetsklinikk innen Obstetikk og Gynekologi (Fødselshjelp gjennom 175 år, 1993, Knut Bjøro og Per E. Børdal). Forskning og utdanning av medisinske studenter, jordmødre og gynekologer har siden da gått hånd i hånd. I 2006 ble Nasjonal kompetansetjeneste for Kvinnehelse opprettet på Rikshospitalet. Her jobber forskere med kunnskapsformidling, kompetansebygging og studier om kvinners helse i et livsløps-perspektiv. Alt fra osteoporose, maternell helse, placentas fysiologi, kjønnsforskjeller ved ischemisk hjertesykdom og fysisk aktivitet hos eldre kvinner blir kastet lys på. Med så mange forskere tilknyttet Kvinneklubben og så stort kontaktnettverk er det ikke rart at det er daglige undervisningsmøter i avdelingen. **Alle «risikerer» å lære noe nytt her ... hver dag.**

«Omkring 1880 var fire femdel av klientellet ugifte, fattige kvinner som skulle føde illegitime barn»

Medisinske utfall for Rikshospitalet for 2016	
Antall fødsler	2603
Antall barn	2627
Paritet (P0/P1+)	46% / 54%
Andel P1+ med tidl.sectio	25,7 %
Duplex	90 (3,45%)
Induksjoner	22,3 %
Totalt antall sectio	552 (21,8 %)
Operativ vaginal forløsning	(15,6%)
Seteleier totalt	118 (4,8%)
Sete vaginalt	36 (30,5%)
Sete elektiv sectio	45 (38,1%)
Sete akutt sectio	37 (31,45%)
Blødning over 1000 ml	160 (6,3%)
Uterus rupturer	3
Perineal ruptur grad 3 og 4 b	1,4 % av PN 4,1 % av operative 1,8 % av totalt
Epidural	55%
Maternelle dødsfall	1
Apgar < 7 ved 5 min	88(1,2%)
Antall barn med metabolsk acidose	2 (0,08 %)
Hypotermibehandlede barn	0 (0 %)

AVA Clinic Scanfert — en seriøs fertilitetsklinikk ved ufrivillig barnløshet

AVA Clinic Scanfert har gjennom årene hjulpet flere hundre norske par og kvinner til å få sitt høyeste ønske oppfylt. Klinikken ligger i vakre St. Petersburg i Russland, også kjent som Nordens Venezia.

Siden oppstarten i 1996 er Ava Clinic Scanfert etablert som en anerkjent klinikk, kjent for sine gode resultater innen fertilitetsbehandling. Klinikken tilbyr IVF, ICSI, PGS, eggdonasjon og embryodonasjon. Vi tilbyr hjelp til de som har slitt i flere år for å få barn, og som har 3, 5 eller 15 forsøk bak seg.

AVA Clinic Scanfert er kjent for sitt høyteknologiske laboratorium, sine svært kompetente embryologer og sitt faglige team av leger. Par og kvinner fra hele verden, med mange mislykkede IVF/ICSI forsøk bak seg, med utfordrende diagnoser og feildiagnoser, kommer til oss for individuelt tilpasset fertilitetsbehandling — og lykkes.

AVA Clinic Scanfert er også kjent for sitt unike eggdonasjonsprogram, basert på en høy medisinsk og etisk standard. Våre donorer går gjennom et svært strengt screening-program hvor kun 10% kvalifiserer seg. De har fysiske og psykiske evalueringer, og får personlig veiledning. Et absolutt krav er at de må ha født selv – det sikrer at kvinnene som donerer forstår rekkevidden av å donere, og det øker suksessraten hos våre pasienter. Vi er den eneste klinikken i Europa som tilbyr pasientene en så omfattende og kvalitetsbasert donordatabase, og som gir pasientene muligheten til å velge selv. De får tilgang til 150 personlige opplysninger og bilder av hver enkelt eggdonor opp til 12-årsalderen. Noen vektlegger donorens verdigrunnlag for å donere – hver donor har skrevet et personlig brev om sin motivasjon og beveggrunn for å donere, andre vektlegger utdanning, musikk talent, sport osv, mens atter andre er opptatt av fysiske trekk, likhet osv. De fleste velger donor basert på en miks av disse faktorene.

Trenger du rådgivning eller har spørsmål til fertilitetsbehandling så ta kontakt med oss

→ For leger og pasienter

Rådgiver
Ingvild Berrefjord
ingvild.berrefjord@scanfert.com
Telefon: 90 09 83 51

→ Informasjonsseminar for pasienter

For pasienter som sliter med å få barn, tilbyr vi informasjonsseminar hvor de kan stille spørsmål, få kunnskap og bearbeide følelsene de bærer på. De får møte tidligere pasienter og kan snakke individuelt med en fra teamet vårt.
Tirsdag 20. mars 2018 kl. 18.00. Kjelleren, Litteraturhuset, Wergelandsvaien 29, Oslo
Registrer online på: www.scanfert.com/seminar-oslo eller ta kontakt med Ingvild Berrefjord

AVA Clinic Scanfert er en fertilitetsklinikk med fokus på faglig utvikling og kompetanse. Blant AVA Clinic Scanferts team er noen av Nord-Europas fremste kirurger, hormoneksperter og fertilitetsleger. Vi vektlegger å:

- 1 Utvikle kvalitet og ha de beste metoder i laboratorieprosessen.
- 2 Være langt framme på diagnostisering og identifisere hvilke utfordringer hver individuelle pasient har.
- 3 Tilby de beste spesialister innen diagnostisering, hormonterapi, kirurgi og generell fertilitetsbehandling.
- 4 Kontinuerlig være oppdatert på det siste innen forskning og fertilitetsbehandling.
- 5 Tilby pasienter som velger å komme til oss realistiske muligheter og vektlegge en åpen og ærlig kommunikasjon om hva som er mulig, og hva som ikke er mulig.
- 6 Tilby våre pasienter medisinsk, etisk og psykologisk bistand, slik at prosessen blir best mulig for hver enkelt.

Som et resultat av vårt fokus på å utvikle kompetanse og hjelpe de utfordrende tilfellene, har vi svært god suksess med "vanlige" IVF-pasienter også, og kan garantere et kvalitetsfokuset forløp med noen av de beste resultatene i bransjen.

Statistikk

Det er ingen standardisert metode for å presentere suksesskriterier innen den globale fertilitetsindustrien.

Derfor er det viktig å se etter kvalitetskriterier som skiller de gode fra de mindre gode klinikkene. Generelt kan man si:

- Anerkjente, erfarne klinikker har generelt høyere suksessrate enn IVF klinikker med kort historikk/lite erfaring. Vi har over 20 års erfaring.
- Suksessraten avhenger aller mest av donors eggkvalitet og screening av donorene. Ingen europeiske land har så god donorbase som AVA Clinic Scanfert.
- AVA Clinic Scanfert har en klinisk graviditetsrate på 74,2% pr ferskt innsatt donoregg (2017).
- Anerkjente, seriøse klinikker setter inn 1, maks 2 egg. Ava Clinic Scanfert oppnår sine gode resultater pga. kvalitet i hele prosessen, ikke ved å sette inn flereembryo.
- God kommunikasjon, pasientomsorg og individuelt tilpasset behandling er viktig for å lykkes, i tillegg til god statistikk. Hos Ava Clinic Scanfert får hver pasient sin egen pasientkoordinator, som følger dem hele veien. Et team av sykepleiere, jordmødre og leger er tilgjengelig underveis i prosessen.
- Vi har 98% overlevelsrate ved opptining av frosne embryo og 58,8% klinisk graviditetsrate pr innsatt (2015).
- En erfaren klinikk har minst 3-400 IVF behandlingssykluser med donoregg pr år. Vi utfører 450-500 sykluser på våre internasjonale pasienter alene.
- For IVF med ferske egne egg er suksessraten 52,47% (2017). Vi utførte 3725 innsatt.

Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Guri Bårdstu Majak med graden Philosophiae doctor, 24 januar 2018

Med avhandlingen "Pregnancy in kidney transplanted women: outcomes and effects on long-term maternal health and graft survival"

For alvorlig nyresyke pasienter er nyretransplantasjon ofte det beste behandlingsalternativet. Flere av pasientene med alvorlig nyresvikt er kvinner i fertil alder, og i snart 50 år har nyretransplanterte kvinner blitt gravide og fått barn i Norge. For disse kvinnene er risikoen for alvorlige svangerskapskomplikasjoner høy, mens langtidrisikoen synes å være lite påvirket.

I sin avhandling *Pregnancy in kidney transplanted women: outcomes and effects on long-term maternal health and graft survival* har Guri Majak og medarbeidere sett på svangerskap hos nyretransplanterte kvinner i Norge, og også svangerskapets effekt på risikoen for tap av den transplanterte nyren, hjerte-kar sykdom og død.

I Norge har de fleste svangerskap etter nyretransplantasjon resultert i levende fødte barn. Imidlertid fant forfatterne også en høy risiko for alvorlige komplikasjoner i disse svangerskapene. Særlig uttalt var risikoen for alvorlig svangerskapsforgiftning, keisersnitt og for tidlig fødsel.

Langtids data hos de samme kvinnene viste en lav risiko for både tap av den transplanterte nyren og død. Risikoen for senere hjerte-kar sykdom virket uendret sammenlignet med nyretransplanterte kvinner som ikke hadde hatt svangerskap.

Budskapet fra studien er at selv om svangerskap hos nyretransplanterte kvinner i Norge oftest ender godt, må disse



DOKTORAND: Guri Bårdstu Majak
GRAD: Philosophiae doctor
FAKULTET: Det medisinske fakultet
INSTITUTT: Kvinnekliviken OUS
FAGOMRÅDE: Gynekologi og Fødselshjelp
VEILEDERE: Trond Melbye Michelsen
Tore Henriksen
Björg Lorentzen
DISPUTASDATO: 24 januar 2018

kvinnene følges tett med tanke på svangerskapskomplikasjoner og risikoen for uheldige utfall for mor og barn. Den lave langtids risikoen for skade av egen helse og den transplanterte nyren vist i dette studiet understøtter de retningslinjene som er i dag med tanke på hvilke kvinner som anbefales svangerskap etter nyretransplantasjon.

DOKUMENTERT EFFEKT VED OAB^{1,2,3}

Forbedring av OAB symptomer^{1,2,3}



Toviaz® (fesoterodin)

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



Færre UUI* episoder^(2**)

-80%

Reduksjon av urge-episoder^(3***)

-45,5%

Må man... så må man!

Plutselig innsettende og intens vannlatingstrang samt ufrivillig urinlekkasje eller urininkontinens er de mest dominerende faktorer ved OAB****. Både Toviaz® (fesoterodin) 4 og 8 mg kan gi en signifikant forbedring i forhold til placebo^{2,3}

** Med Toviaz® 4 mg og Toviaz® 8 mg vs placebo ved uge 12
*** Med Toviaz® 8 mg vs placebo og tolterodin ER 4mg ved uge 12
*UUI = Urinary Urge Incontinence
****OAB = Overactive Bladder.

- SpC, pkt 5.1
- Chapple C, Schneider T, Haab F et al. Superiority of fesoterodine 8 mg vs 4 mg in reducing urgency urinary incontinence episodes in patients with overactive bladder: results of the randomised, double-blind, placebo-controlled EIGHT trial. BJU Int. 2014;114:418-26.
- Kaplan SA, Schneider T, Foote JE et al. Superior efficacy of fesoterodine over tolterodine extended release with rapid onset: a prospective, head-to-head, placebo-controlled trial BJU Int. 2010;107:1432-1440.

Pierre Fabre

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

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

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

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

		CYP 3A4-hemmer		
		Ingen	Moderat	Potent
Nedsatt nyrefunksjon1	Mild	4-8 mg	2-4 mg	Bør unngås
	Moderat	4-8 mg	4 mg	Kontraindisert
	Alvorlig	4 mg	Bør unngås	Kontraindisert
Nedsatt leverfunksjon1	Mild	4-8 mg	4 mg	Bør unngås
	Moderat	4 mg	Bør unngås	Kontraindisert

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

2 Forsiktig doseøkning.

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

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

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

Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiver, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mage-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks.fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, nefazodon, nefli avir, ritonavir (og alle ritonavirforsterkede PI-regimer) sakonavir og telitromycin). Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-induktører (f.eks. karbamazepin, rifampicin, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger og dosereduksjon til 4 mg kan være nødvendig. Hos friske har fesoterodin 8 mg 1 gang daglig ingen signifikant effekt på farmakokinetikk eller antikoagulerende effekt av en enkelt dose warfarin.

Graviditet/Amming: Fertilitet: Ikke vurdert. Fesoterodin har ingen effekt på mannlig eller kvinnelig fertilitet eller andre effekter på reproduksjonsfunksjonen hos mus, eller på tidlig utvikling av embryo hos musefoster. Kvinner i fertil alder bør gjøres oppmerksom på manglende fertilitetsdata, og fesoterodin bør bare gis etter en individuell nytte-/risikovurdering. Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Munntørhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominalmerter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Tørr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørr øyne. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Abdominal ubehag, flatulens, gastroesofageal refluks. Hjerne/kar: Takykardi, palpitasjoner. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, somnolens. Nyre/urinveier: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinhestitasjon. Øre: Vertigo. Øye: Uklart syn. Øvrige: Utmattelse. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Angioødem, urticaria. Psykiske: Forvirringstilstand. Etter markedsføring: Tilfeller av urinretensjon hvor kateterisering har vært nødvendig, vanligvis i løpet av den 1. behandlingssuken. Primært sett hos eldre mannlige pasienter (>65 år) som tidligere har hatt benign prostatahyperplasi. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opp til 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge bivirkninger. Behandling: Ev. ventrikelskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. Se Gittinformasjonens anbefalinger G04B D11 side 65 d i Felleskatalogen 2012.

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

Pakninger og priser: 4 mg: 28 stk. (blister) kr. 352,80. 84 stk. (blister) kr. 973,40. 8 mg: 28 stk. (blister) kr. 370,20. 84 stk. (blister) kr. 1025,50.

Refusjon: 1G04B D11. 1. Fesoterodin.

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

Refusjonskode: ICPC Vilkår nr ICD Vilkår nr

U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert

Sist endret: 14.09.2017

Pierre Fabre

Toviaz®
fesoterodin fumarat

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE

Returadresse:
Den Norske Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo

posten
DISTRIBUERT AV POSTEN
NORGE P.P. PORTO BETALT

See more in life



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

Inter-Medical – Oslo
Grini Næringspark 3
1361 Østerås, Norge
Telefon: [+47] 975 60 172
Email: post@inter-medical.com

Inter-Medical – Gjøvik
Baldersvei 3
2816 Gjøvik, Norge
Telefon: [+47] 406 17 940
Epost: nils@inter-medical.com

INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG

SAMSUNG MEDISON