

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

2 • 2018

Årsmøteprogram Oslo 2018



Primær HPV screening - HVEM, HVA HVOR ? s. 8

Intervju med Marit Lieng s. 16

Gynekologer imellom - STAN s. 26



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

See more in life



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

Inter-Medical – Oslo
Grini Næringspark 3
1361 Østerås, Norge
Telefon: [+47] 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 MEDISON



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

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

Nettredaktør

Tina Tellum
LIS OUS
tina.tellum@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

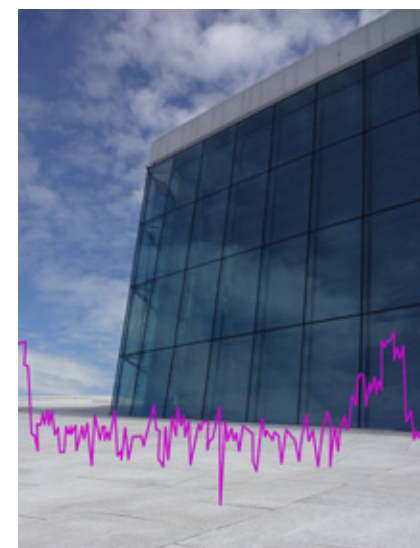
Cox Oslo AS
www.cox.no
Kongensgate 6, 0153 Oslo

GYNEKOLOGEN på internett
www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2018

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

Opplag: 1600



INNHOOLD

REDAKTØR	5
LEDER	7
FAGLIG PÅFYLL	
Primær HPV-screening - HVEM, HVA, HVOR?	8
Stor interesse for mobilspill mot livmorhalskreft	10
HIFU-behandling av uterusmyomer	12
INTERVJU	
Marit Lieng, leder i NGF 2016-2018	16
NYTT FRA NGF-STYRET	
Styret i Norsk gynekologisk forening	18
NGF's ÅRSMØTE 2018	20
GYNEKOLOGER IMELLOM	
Diagnostisering av kolleger i diskusjonen om bruk av STAN	26
Fosterovervåking i Norge – Hva er vi uenige om?	27
Fosterovervåking - skal vi til fremtiden med blikket vendt bakover, for og så risikere å snuble?	28
FUGO / NFOG	
Leder	32
FUGO kurs – Kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet	32
"Boksen går!" – Laparoskopitrening for LIS	33
SPECIALITETSKOMITÉEN	
Aktuelt fra spesialitetskomiteen	34
REISER/KURS	
Reisebrev fra Iran – Endometriosekirurgi i Teheran	36
HORMONHJØRNET	
Hva er 'normale hormonprøver'?	38
NORGE RUNDT	
Kvinneklubben St.Olavs Hospital HF	42
GYNEKOLOGEN ANBEFALER	
Soga om Egil Skallagrímsson	46
Utvalgte abstracts fra AOGS	50

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.

Forside: Anja Schweickert, søster til nettredaktør Tina Tellum



- 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

C Misodel «Ferring Legemidler AS»
Prostaglandin.
VAGINALINNLEGG 7 µg/time: Hvert vaginalinnlegg inneholder Misoprostol 200 µg (avgir 7 µg/time i løpet av 24 timer), kryssbundet hydrogelpolymer, butylert hydroksyanisol. ATC-nr.: G02A D06
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 1) når fødselen er i gang, ved regelmessige (≥3 i løpet av 10 minutter), kraftige kontraksjoner av tilstrekkelig kvalitet til å påvirke cervix og/eller senest ved cervixdilatasjon på 4 cm, 2) dersom uteruskontraksjonene er unormalt kraftige, dvs. ved takysystole (>5 kontraksjoner i løpet av 10 minutter, gjennomsnittlig over 30 minutter), ved langvarige kontraksjoner (enkeltkontraksjoner som varer ≥2 minutter) eller ved hypertensive kontraksjoner (for hyppige kontraksjoner og høy hviletonus i uterus), 3) dersom det er bekymring for den kliniske tilstanden til mor og/eller barn, eller 4) dersom det har gått 24 timer siden innsettning. Dersom vaginalinnlegget 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 tilgjengelige fasiliteter for kontinuerlig føtal og uterin overvåking samt hestekeisersnitt. Cervix skal undersøkes nøye før bruk. Etter innsettning må uterin aktivitet og føtal tilstand overvåkes nøye av personell opplært i tolkning av CTG. Tas ut av fryseren og ut av folieposen like før innsettning. Oppløsing 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 innsettning vil innlegget svulle til 2-3 ganger opprinnelig størrelse og bli bøyeelig. Etter innsettning 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. Polymerinnlegget må aldri fjernes fra uttakingsystemet. Etter uttak, påse at både innlegg og uttakingsystem er fjernet. Se pakningsvedlegg for ytterligere informasjon.
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for 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 arrev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Abnormitet 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 kraftig uterin takysystole som ikke nødvendigvis responderer på tokolytisk behandling, og som ikke nødvendigvis avtar før fødsel. Kan føre til overdreven uterin stimulering dersom det ikke fjernes før fødselen er i gang. Fjernes umiddelbart når fødselen er i gang (dvs. ved regelmessige, kraftige kontraksjoner av tilstrekkelig kvalitet til å påvirke cervix og/eller senest ved cervixdilatasjon på 4 cm), dersom uteruskontraksjonene er unormalt langvarige eller kraftige, dersom det er bekymring for den kliniske tilstanden til mor og/eller barn, eller når det har gått 24 timer siden innsettning. Det anbefales at man er forberedt på å gi tokolytisk behandling, og dersom det skulle bli nødvendig, at slik behandling kan gis straks etter fjerning av innlegget. Ved preeklampsi bør bevis på eller mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen data finnes for alvorlig preeklampsi eller hull på fosterhinnen >48 timer før innsettning. Ved positiv streptokokk gruppe-B status som krever profylaktisk antibiotikabehandling, bør tidspunkt for antibiotikabehandling vurderes nøye for å oppnå adekvat beskyttelse for den nyfødte. 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 >3 tidligere vaginalfødsler etter 24. uke. Forsiktighet utvises ved modifisert «Bishops score» (mBS) >4. En påfølgende 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 slimhinne.
Interaksjoner: Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon, er kontraindisert pga. økt uterotisk effekt. Andre prostaglandinpreparater ble i studie gitt ved behov 1 time etter uttak av Misodel uten negative effekter.
Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Kontraindisert før uke 36 i svangerskapet. **Amming:** Misoprostolsyre utskilles i kolostrum og i morsmelk (peroral administrering), men bør ikke hindre amming. Ingen negative effekter sett hos diende spedbarn.
Bivirkninger: **Svært vanlige (≥1/10):** Hjerte/kar: Føtal hjerterytmesykdom (ulike typer føtale hjerterytmeforstyrrelser). Svangerskap: Barnebek i fostervannet, unormale uteruskontraksjoner, unormal fødsel som påvirker fosteret. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Luftveier: Neonatal respirasjonsdepresjon, forbigående takypné hos nyfødte. Svangerskap: Føtal acidose, postpartum blødninger, uterin hypertonus. Undersøkelser: Lav Apgar-score. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Hud: Utslett. Kjønnsganer/bryst: Genittalkløe. Neurologiske: Hypoksisisk-iskemisk encefalopati. Svangerskap: Antepartum blødning, prematur morkakeløsning, uterusruptur. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk.
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. Median 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 tetranorsyremetabolitter. **Utskillelse:** Renal.
Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i fryser (-10 til -25°C).
Pakninger og priser pr. mai 2018: 5 stk. (folieposer) kr 648,40



Ferring Legemidler AS
 Postboks 4445 Nydalen
 0403 OSLO



MIS/003/05/2018



«I dag er en perfekt dag til å ikke gjøre noe»

Ole Brumm

Kjære kollega!

Håper du snart har sommerferie. Med et rykende ferskt gynekologen i strandbagen er du klar!

I denne utgaven vil du bli oppdatert på retningslinjene innen primær HPV screening av vår engasjerte kollega Ameli Trope. Norge, som et av de første landene i verden til å innføre HPV-basert screening kommer nå med en rykende fersk HPV app! Denne kan trygt anbefales som ferieunderholdning også til venner og bekjente.

I disse dager gjennomføres et høyaktuelt prosjekt med behandling av myomer ved hjelp av High Intensity Focused Ultrasound (HIFU). Det bør du også lese om.

Det har vært tidenes vinter og vår på østlandet. Det har ikke bremsset styret i NGF, tvert i mot, med Kirsten Hald i spissen har de jobbet intenst for å sette sammen et årsmøteprogram som er spennende og vil gi deg et godt faglig utbytte. I år møtes vi i hovedstaden. Vi ved Kvinneklubben på Oslo Universitetssykehus med den lokale organisasjonskomiteén i spissen gleder oss veldig!

I tillegg til faglig påfyll blir det tid til å være sammen med kollegaer.

Glem ikke å bestille reise i tide slik at du rekker formøtene onsdag 24. oktober. Det er mange spennende temaer, og det kan bli vanskelig å velge hvilket man skal være med på. Tradisjonen tro blir det etter formøtene onsdag 24. oktober Get-Together på Kunstneres Hus, som er et populært utested og Norges største kunstnerdrevne utstillingshus.

Til slutt vil jeg rette noen velfortjente hedersord. Først til kollega Ragnar Sande for lang og tro innsats med kreative intervjuer, artikler og bokanmeldelser til Gynekologen. Stafettpinnen taes friskt i mot av Johanne Kolvik Iversen som ny medredaktør i Gynekologen, noe vi gleder oss veldig til.

Sist, men ikke minst, og på vegne av alle medlemmer i NGF – en stor takk til leder av Norsk gynekologisk forening de siste to årene, Marit Lieng. For en dame! Du møter henne på alle viktige gynekologiske arenaer, og vi gleder oss til alt videre samarbeid i ulike fora fremover. Jeg er privilegert som har Marit som sjef og kollega, og gjennom et flott intervju i denne utgaven kan du bli bedre kjent med henne!

Med dette ønsker jeg alle en riktig god sommer og håper vi sees i Oslo i oktober!

Beste hilsen Jenny Alvirovic

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 inneholder: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av Angusta. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men Cmax kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for 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 kramper. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentaløsning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av Angusta. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. **Basert på SPC godkjent av SLV: 28.02.2017. Reseptgruppe: C. Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1144,00 (Mai 2017).

008ANG-NO-2017



«Å innrømme at jeg tok feil er smertefullt.»

Er det noe å lære av Stephen Hawking?

Den engelske teoretiske fysikeren som led av ALS døde natt til 14. mars i år. Nyhetsmorgen på P1 hadde en liten reportasje om hvem han var og hva han har bidratt med. I følge statskanalen var han en av vitenskapens få rockestjerner på linje med Albert Einstein og Isac Newton, men det vitenskapelige bidraget var mye mindre. Hans mest kjente bok «A brief history of time» er beskrevet som en av verdens mest ikke-leste bøker gjennom historien. Millioner har kjøpt den, men få har lest den. Selv kjøpte jeg den på Norli i Universitetsgata i studietiden, men har heller ikke lest den til slutten. Hvorfor ble denne mannen så kjent? I følge vitenskapsjournalist Torkil Jemterud var Hawking en munter og omgjengelig mann som gikk tilbake på det han tidligere hadde ment og sagt og erkjente at han hadde tatt feil.

Å innrømme at jeg tok feil er smertefullt. Det kan være når den kliniske bedømmingen var feil og det fikk fatale konsekvenser for pasienten. Det kan være når den geniale hypotesen er feil og det jeg trodde på ikke var riktig. Alle mine tilsynelatende gode argumenter holdt simpelthen ikke vann. Det kan også være overfor en kollega, familie, venn, partner eller i det offentlige ordskiftet. Kjenn på det: Jeg tok feil! Det er definitivt noe å lære av Stephen Hawking for gynekologer, men kanskje mest som menneske.

Å være munter og omgjengelig hjelper unektelig, men det er når du innrømmer overfor andre at du tok feil at du er stor. I dette nummeret av gynekologen presenteres programmet for høstens årsmøte i Oslo. Styret og spesielt vår vitenskapelige sekretær Kirsten Hald har lagt ned mye arbeid i å skaffe gode foredragsholdere og en variert meny. Vi har mulighet til å lære mer om placenta, HPV og pasientmedvirkning. IVF feirer 40 år siden Louise Browns fødsel i England 25. juli 1978. NGF markerer det med en sesjon om hvor vi er i 2018 og hvor denne vårt fags store revolusjon tar veien videre. Det blir god plass til frie foredrag og posterpresentasjon. LOK legger opp til et minnerikt møte i gode kolleger og venners lag. I år finnes ingen gode argumenter for å bli hjemme. Vi skal nemlig til Ullevål og alle NGFs medlemmer er kvalifisert til årets finale.

Til slutt vil jeg gjerne si takk til alle dere som sier ja når vi ber om hjelp, selv om forespørselen kommer i tillegg til alt annet dere gjør av krevende oppgaver som gynekologer!

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

Styret i Norsk gynekologisk forening 2018

Leder: Nils-Halvdan Morken, Haukeland Universitetssjukehus 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

Primær HPV-screening - HVEM, HVA, HVOR?



Av Ameli Trope

HPV-test til kvinner over 34 år

Livmorhalskreftscreening er i endring, og flere vestlige land har, eller vil i nærmeste fremtid, endre primær screeningstest fra cytologi til HPV-test. Norge er et av de første landene i verden til å innføre HPV-basert screening, og det blir gjort gradvis og kontrollert for å gjøre endringen så trygg som mulig. I 2015 innførte Stavanger universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus og St.Olavs hospital HPV-basert screening for halvparten av kvinnene i aldersgruppen 34-69 år i de fire fylkene Rogaland, Hordaland, Sør- og Nord-Trøndelag. Basert på erfaringer fra de fire fylkene bestemte Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2017 at HPV-test skal benyttes som primær screeningstest for alle kvinner mellom 34 og 69 år som deltar i Livmorhalsprogrammet, og screeningintervallet økes fra tre til fem år. Prøvetaking for HPV-test og cytologi er lik, og en forutsetning er væskebasert livmorhalsprøve.

Når blir det HPV-screening i hele Norge?

HPV-screening innføres for alle kvinner mellom 34-69 år fra 3.april 2018 i Rogaland og Hordaland og fra 1.juli i Trøndelag. Implementering av HPV-screening starter i resten av Norge i 2019 og skal være fullført innen utgangen av 2021. Implementeringen vil skje randomisert og gradvis for å ha mulighet for fortløpende justeringer av prosessen, samtidig som laboratoriene får tid til å tilpasse seg forandringene. En gradvis innføringen vil medføre en bedre prøvefordeling ved overgang fra tre til fem års screeningintervall. Samtidig vil en gradvis innføring også fordele det økte antallet biopsier HPV-screening medfører over en lengre periode, noe som reduserer presset på gynekologer og patologer.

Økt antall henvisninger til kolposkopi og biopsi

Resultatene fra prøvefylkene viser at HPV-screening medfører en økning i antall kvinner som henvises til kolposkopi og biopsi. Denne økningen er forventet og en nødvendighet for å oppdage flere behandlingstrengende celleforandringer. Tall fra en rapport levert til Helsedirektoratet i juli 2017 viser at det en dobling av antall biopsier i første runde [1], men antallet er forventet å stabilisere seg på et lavere nivå ved neste runde med HPV-screening. Tilbakemeldinger fra patologene er at det er veldig mange normale biopsier, og flytskjemaet er derfor revurdert. Målet med utarbeidelse av nytt flytskjema har vært å gi en bedre risikostratifiering med tanke på behandlingstrengende celleforandringer.

Dokumentasjonsgrunnlag for nytt flytskjema

Ved utarbeidelse av nytt flytskjema er resultater fra screeningprøver i både HPV-armen og cytologiarmen med påfølgende kontrollprøver (cytologi og HPV-test), samt histologiske prøver analysert. Videre har vi lagt til grunn funn fra nasjonal og internasjonal forskning. En norsk modell-basert studie angir at den valgte cytologi-baserte algoritmen er den mest kostnadseffektive strategien for cytologi-basert screening for kvinner i alderen 25-33

år i Norge[2]. Tanken er at kvinner med samme risiko skal følges opp med samme intensitet, men med en pragmatisk tilnærming for å tilpasse algoritmen for forhold ved laboratoriene og hos prøvetaker.

Nytt flytskjema

Figur 1 oppsummerer nytt flytskjema for Livmorhalsprogrammet der primær screeningstest for kvinner i alderen 25-33 år er cytologi og for kvinner i alderen 34-69 år HPV-test. I en overgangsperiode frem til utgangen av 2021, vil også kvinner mellom 34 og 60 år screenes med cytologi. Flytskjemaet vil være gjeldende fra 1.juli 2018, og vil ikke ha tilbakevirkende kraft. Det betyr at kvinner som kommer til oppfølging frem til 1.juli 2019 skal følge gammelt flytskjema, mens kvinner som tar en screeningprøve skal følge nytt flytskjema.

I arbeidet med å utvikle den nye algoritmen er det lagt vekt på at lik diagnose skal få samme oppfølging uavhengig av hvilken primær screeningstest som benyttes. Det vil i HPV-screeningen diagnostiseres en gruppe kvinner, HPV positiv/normal cytologi, som ikke vil identifiseres med primær cytologi. Tilsvarende vil det med cytologi-screening kartlegges kvinner som har ASCUS/LSIL, men er HPV negative, som ikke vil plukkes opp med HPV-screening. ASCUS/LSIL og HPV-negative kvinner anses å ha liten risiko for å utvikle alvorlige celleforandringer, og henvises tilbake til rutinescreening.

Genotype-stratifisering - lik oppfølging av HPV16 og HPV18

I den nye flytskjemaet har vi valgt å benytte tilgjengelig genotypinformasjon for bedre risikostratifiering av kvinnene. Data fra prøvefylkene indikerer at kvinner med HPV16 infeksjon har større risiko for alvorlige celleforandringer, noe som også er vist i litteraturen[3]. Samtidig viser studier at rundt 10% av alle livmorhalskrefttilfeller skyldes HPV18, ofte adenocarcinom, som cytologi har vanskelig for å oppdage. Av den grunn skiller vi ikke på oppfølging for HPV16 og HPV18 positive kvinner. På det nåværende tidspunktet foreligger det ikke norske data som forsvarer stratifisering av andre genotyper.

Tidsintervall før oppfølgingsprøve

I foreslåtte flytskjemaet er det både ett og to år før oppfølgingsprøve skal tas. Dette ble valgt for å gi immunforsvaret tilstrekkelig tid til å bekjempe HPV infeksjonen. Modellering viser at kreftrisikoen øker minimalt ved å øke tidsintervallet, mens antall kolposkopier/biopsier reduseres[4].

Type oppfølgingsprøve

Kvinner med unormale funn som ikke henvises direkte til kolposkopi/biopsi, anbefales en oppfølgingsprøve. Mulige alternativer for oppfølgingsprøven er HPV-test alene, cytologi alene eller ko-testing (både celleprøve og HPV-test). For å gjøre algoritmen enklest mulig, falt valget på bare HPV-test i oppfølgingen.

I datamaterialet som er lagt til grunn for vurderingene, er det ikke registrert noen alvorlige celleforandringer (CIN2+) for kvinner som er HPV negative, og har cytologi-diagnose ASCUS+.

Økt fokus på kolposkopi

Det har vært fokus på å gjøre algoritmen så enkel og forståelig som mulig. Pr dags dato er kolposkopi-opplæringen av norske gynekologer basert på frivillig kursing. Det jobbes for en obligatorisk introduksjonskurs for kolposkopister og at det stilles krav til antall kolposkopier og behandlinger per år. Videre er det viktig at alle gynekologiske avdelinger og private klinikker innfører kvalitetssikring både av opplæring og rutiner. Når utdanning og kvalitetssikring er på plass vil det være forsvarlig ved normal kolposkopi å øke tidsintervallet for oppfølgingsprøven. For eksempel kan en kvinne med lavgradige celleforandringer mest sannsynlig vente 3 år til ny prøve ved normal kolposkopi.

Følg flytskjema

Dersom kvinnen kvalifiserer til en screeningprøve (ref. boksene i flytskjemaet), er det viktig at anbefalingene i flytskjemaet følges. Dette er både for å unngå unødvendig utredning av kvinnene og overbelastning av systemet.

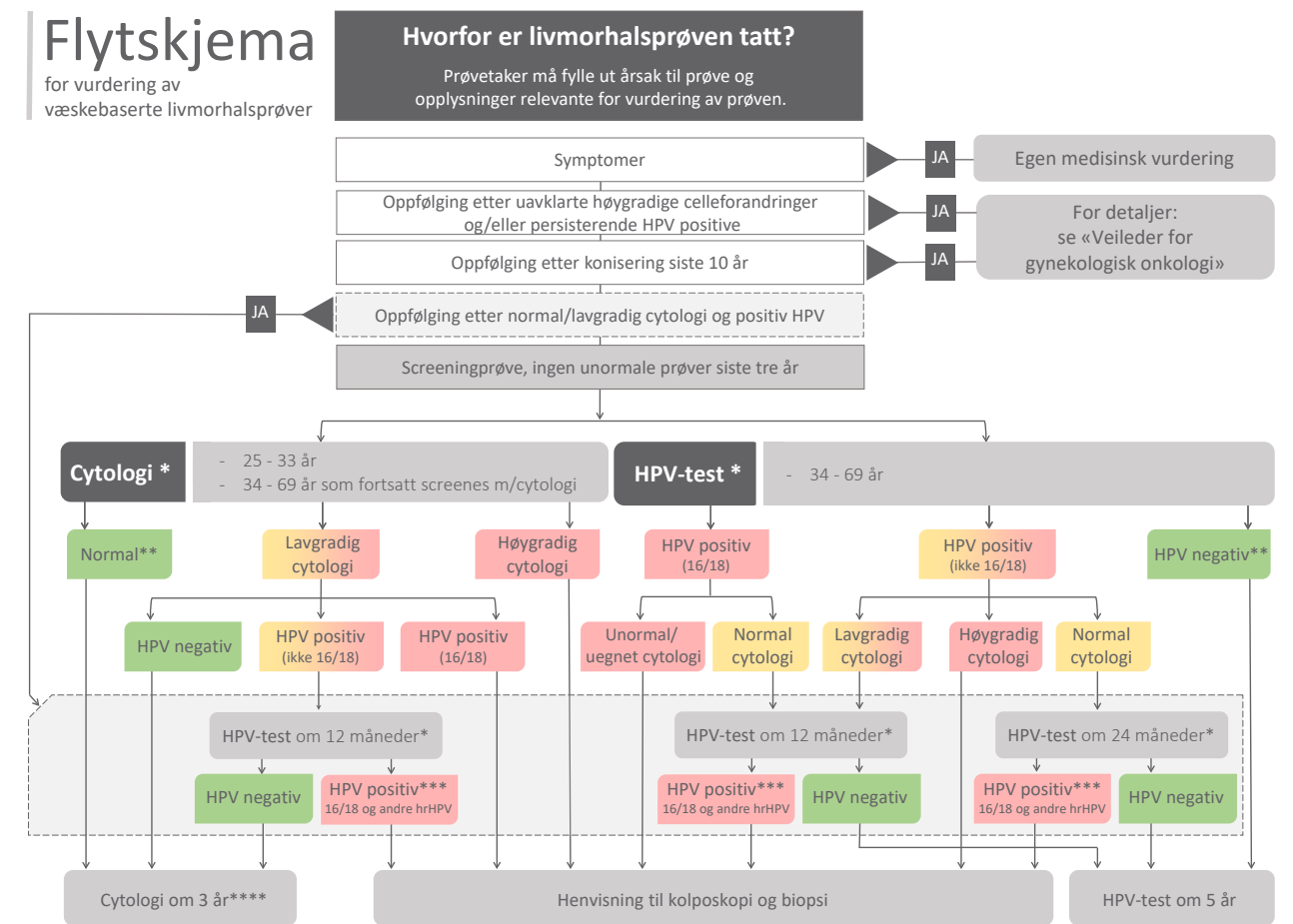
Referanser

- Engesaeter BO, Nygard M, Tropé A: Implementering av HPV-test i primærscreening. 2017.
- Pedersen K, Burger EA, Sy S, Kristiansen IS, Kim JJ: Cost-effective management of women with minor cervical lesions: Revisiting the application of HPV DNA testing. *Gynecol Oncol* 2016, 143(2):326-333.
- Anttila A, Arbyn M, De Vuyst H, Dillner J, Dillner L, Franceschi S, Patnik J, Ronco G, Segnan N, Suinjo E et al: European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second Edition - Supplements. In., Second edn. Luxembourg: Publication Office of the European Union; 2015.
- Burger EA, Pedersen K, Sy S, Kristiansen IS, Kim JJ: Choosing wisely: a model-based analysis evaluating the trade-offs in cancer benefit and diagnostic referrals among alternative HPV testing strategies in Norway. *British journal of cancer* 2017, 117(6):783-790.

GJELDENE FRA 1.JULI 2018

Flytskjema

for vurdering av væskebaserte livmorhalsprøver



Figur- og begrepsforklaring	Risiko for alvorlige celleforandringer (CIN2+)	Fotnoter
Testresultat	Lav	* Ved uegnet prøve, ny prøve innen 1-3 måneder.
Anbefaling	Middels	Ved uegnet cytologi andre gang, gjøres reflex-HPV.
Oppfølgingsprøve	Høy	** For kvinner over 34 år uten tidligere livmorhalsprøver, anbefales det å gjøre cytologi og HPV-test ved første livmorhalsprøve.
		*** For HPV positive prøver skal cytologi utføres, men prøvesvar vil ikke påvirke oppfølging. Resultatet brukes av gynekolog ved kolposkopisk undersøkelse.
		**** Ny HPV-test om 3 år dersom kvinnen ved tidspunkt for ny prøve er fylt 34 år og regionen har implementert HPV-screening i stedet for cytologi.

Lavgradig cytologi	ASCUS (irregulær plateepitelceller med forandringer av usikker betydning) LSIL (lavgradig skvamøs intraepitel lesjon)
Høygradig cytologi	ASC-H (irregulære plateepitelceller med forandringer som kan gi mistanke om høygradig lesjon, men som ikke fyller kriteriene til diagnosen HSIL) HSIL (høygradig skvamøs intraepitel lesjon) AGUS (irregulært sylindret/kjertelepitel av usikker opprinnelse og/eller signifikans) ACIS (adenokarsinoma in situ) Ca (alle typer cancer)
Unormal cytologi hrHPV 16/18	Lavgradig eller høygradig cytologi Høyrisiko humant papillomavirus Genotype HPV16 og/eller HPV18

Figur 1: Nytt flytskjema for Livmorhalsprogrammet gjeldende fra 1.juli 2018, har ikke tilbakevirkende kraft. HPV-screening innføres for alle kvinner mellom 34-69 år fra 3.april 2018 i Rogaland og Hordaland og fra 1.juli i Trøndelag. Implementering av HPV-screening starter i resten av Norge i 2019 og skal være fullført innen utgangen av 2021. Implementeringen vil skje randomisert og gradvis. Kontakt de ulike RHFene for detaljert plan.

STOR INTERESSE FOR MOBILSPILL MOT LIVMORHALSKREFT

Av Ragnhild Flingsborg og Elisabeth Jacobsen, Kreftregisteret

Kan et mobilspill gjøre at færre blir rammet av livmorhalskreft? Det studerer nå forskere ved Kreftregisteret med spillet FightHPV. Hittil har engasjementet rundt spillet vært over all forventning.

- Vi er helt overveldet over responsen! Så langt har mer enn 10.000 personer lastet ned spillet, sier prosjektleder Mari Nygård i Kreftregisteret.

For å undersøke om, og i hvilken grad spillet påvirker screening-deltakelsen, er spillet en del av en forskningsstudie. Over 750 personer samtykket til å delta i studien – men forskerne ønsker fortsatt flere deltakere.

Skal studere effekten

Målet med mobilspillet FightHPV er å by på en utfordrende spillopplevelse, og samtidig øke bevissthet og kunnskap om HPV-smitte og livmorhalskreft. Spillet kan være nyttig for personer, særlig kvinner i screeningalder (25-69 år), som lurer på hva HPV er.

- Det endelige målet er at flere skal screene seg, og at ingen i Norge skal dø av sykdommen. Vi tror at dersom kvinner skjønner sammenhengen mellom HPV-smitte og livmorhalskreft, og vet hvordan sykdommen utvikler seg, så vil de også velge å screene eller vaksinere seg, sier Nygård.

Forskningsdeltakerne må logge seg inn med BankID for å identifisere seg, og samtykke til å delta i studien.

Kreftregisteret henter ut screeninghistorikk for den enkelte deltaker. Deltakerne bes også om å svare på et kort spørreskjema.

- Utfordrende, og lett å bli hekta

Spillet er et brettspill med ulike nivåer og karakterer, og kan lastes ned gratis for både Android og iOS.

Den gjennomgående oppgaven i spillet er å samle og beskytte epitelceller. Utfordringen er å unngå HPV-smitte – noe som ikke alltid er lett, verken i spillet eller i livet for øvrig.

- Vanskelighetsgraden i spillet endrer seg, og er til tider ganske utfordrende, men vi opplever også at folk ganske lett blir hekta, sier Nygård.

Spillet er utviklet i et samarbeid mellom medisinere, spillutviklere og informatikere. Sammen med Mari Nygård har informatikerne Tomas Ruiz-López og Sagar Sen vært sentrale.

Prosjektet har fått finansiell støtte fra Nordic Information for Action e-Science Center (NIASC).

- Dette er en givende utfordring å jobbe med – fordi vi vet at det er vanskelig å påvirke folk til å gjøre nye livsstilsvalg, sier Ruiz-López.

- Å bruke spill for å tilegne seg kunnskap ser ut å bli mer og mer vanlig. Jeg er stolt over at Kreftregisteret er banebrytende med å bruke spill for å informere om HPV, sier leder av Livmorhalsprogrammet Ameli Tropé.

- Etter det vi kjenner til, er det ingen andre som har laget noe lignende, der man forsøker å påvirke målgruppen for et screening-program gjennom en app, sier Nygård.

Kanskje kan denne måten å kommunisere helseinformasjon på være starten på noe som kommer til å nå langt utenfor Norges grenser?

- Ja, den internasjonale interessen for spillet er stor. Når vi forteller om spillet i ulike fagfora, blir alle veldig engasjerte, fordi mange er på jakt etter nye måter å kommunisere med sine målgrupper, sier Nygård.



Plagene det ikke snakkes om¹



- Residiverende UVler²
- Atrofisk vaginitt²
- Vulvitt og kolpitt²
- Dyspareuri²

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

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

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

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



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

Ovesterin[®]
østriol
Vaginalkrem/vagitorier

Ovesterin «Aspen Pharma Trading Ltd»
Østrogen

ATC-nr.: G03C A04

Ovesterin (østriol) vaginalkrem 0,1 % og vagitorier 0,5 mg. Innhold: Indikasjoner: Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel i tilknytning til menopausen eller ovarieektomi. Atrofisk vaginitt og vulvitt, kolpitt, kraurosis og pruritus vulvae, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Profylakse ved kronisk residiverende cystouretritter ved østrogenmangel. **Reseptfri bruk:** Behandling av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen. **Dosering:** Ved oppstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. Ved langtidsbehandling hos kvinner med intakt uterus anbefales samtidig bruk av et progestogen. **Urogenitale plager:** 1 applikatordose krem/1 vagitorie hver kveld i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikatordose krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke. **Administrering:** Vaginalkrem: Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden vha. kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til den røde streken) er 0,5 g vaginalkrem og inneholder østriol 0,5 mg. **Vagitorier:** Brukes ved sengetid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kjent tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Hormonell substitusjonsbehandling (HRT) bør kun initieres for behandling av symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas opp, og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas for behandlingsstart. **Graviditet, amming og fertilitet:** Skal ikke brukes under graviditet og amming. Fertilitet: Ikke aktuelt da preparatet er indisert til postmenopausale kvinner. **Bivirkninger:** Ofte forbigående og kan være tegn på for høye doser. Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Kvalme. Kjønsorganer/bryst: Ømhet/smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer, irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. **Pakninger:** Vaginalkrem 15 g (0,1 %) og vagitorier 15 stk. (0,5 mg), er unntatt fra reseptplikt. **Basert på SPC godkjent av SLV: 12.12.2017. Referanser:** 1. Nappi R.E., Palacios S., Panay N. et al. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climate and Health* 2017; 12:12.2017. **Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening**

HIFU-behandling av uterusmyomer

Av **Per Istre**, LIS-lege, Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, **Kirsten Hald**, PhD, Overlege, Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus og **Per Kristian Hol**, Seksjonsoverlege, prof. dr. med, Intervensjonsenteret, Rikshospitalet

MR-veiledet High Intensity Focused Ultrasound (HIFU) er et alternativ for behandling av symptom-givende uterusmyomer. Dette er en ikke-invasiv alternativ behandling til myomektomi, hysterektomi og embolisering som vi har startet med ved Oslo Universitetssykehus (OUS) fra januar 2018. Ved behandlingen brukes ultralyd til å varme opp myomene med henblikk på å destruere myomvev slik at symptomene forsvinner eller lindres.

Introduksjon

Uterusmyomer er svært vanlig hos kvinner. Hos opp til 70 % av hvite kvinner kan man påvise myom ved ultralyd innen overgangs-alder(1). De fleste myomer gir ikke plager, men ca. 20-40 % får symptomer i form av blødningsforstyrrelser og /eller trykksymp-tomer. Hos enkelte kan myomene gi subfertilitet og økt risiko for komplikasjoner i svangerskapet.

Behandling av myomer i livmoren utgjør en stor del av aktiviteten på de fleste gynekologiske avdelinger. Myomer i livmoren er for eksempel årsak til ca. 40 % av alle hysterektomier. ved OUS har vi siden 2000 utført embolisering av myomer, det vil si lukning av blodtilførselen til livmoren og knutene via røntgenveiledet kateter-behandling. Dette er en vel utprøvet og effektiv behandling, men krever innleggelse og bruk av betydelige mengder sterke smerte-stillende første døgnet etter intervensjonen og sykemeldingstiden er ca. 3 uker (2). For kvinner med barneønske er fortsatt myomek-tomi førstevalget, men dette er et større kirurgisk inngrep, både ved laparoskopi og ved åpen operasjon og en del kvinner med myomer og barneønske egner seg ikke for denne typen kirurgi. Et nyere uterusbevarende alternativ er MR-veiledet High Intensity Focused Ultrasound (HIFU). Denne metoden innebærer ingen kirurgi og medfører som regel svært lite smerter(3, 4). Ved OUS har vi tidligere utført en forstudie for behandling av myomer med

denne metoden(5). Denne viste at metoden lot seg gjøre uten komplikasjoner hos pasientene.

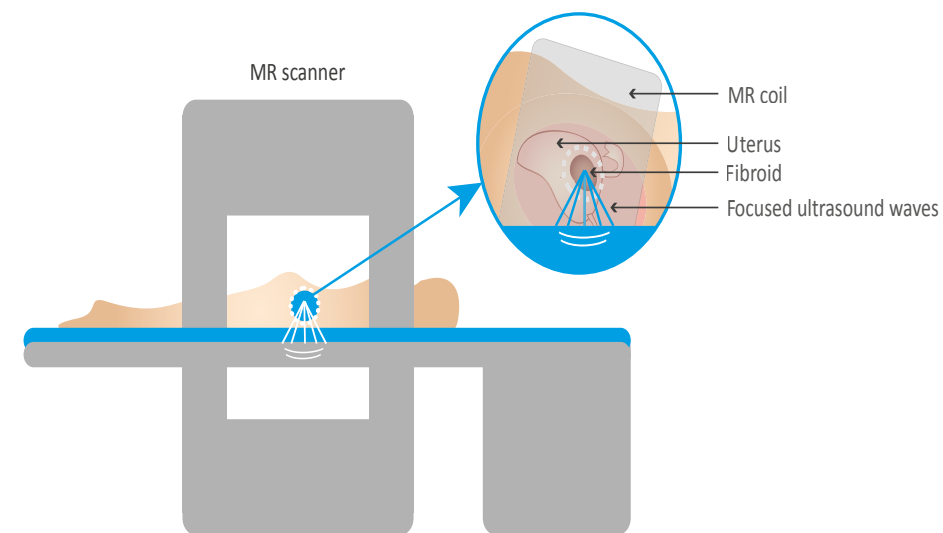
HIFU som behandlingsmodalitet er veletablert flere steder i verden, enten MR-veiledet, som hos oss, eller ultralydveiledet. I Norge benyttes denne teknikken også ved behandling av prostatakreft. MR-veiledet HIFU-behandlingen av uterusmyomer ble i 2004 godkjent av Food and Drug Administration (FDA) i USA som behandlingsalternativ for myomer i livmoren(6). Metoden fikk Europeisk CE godkjenning i 2002.

Tidligere har man ikke tilbudt HIFU til kvinner med barneønske på grunn av usikkerhet om effekten av behandlingen på fremtidig fertilitet og svangerskapsutfall. På grunnlag av publiserte data om ukompliserte svangerskap etter HIFU behandling(8), har man nå mange steder (blant annet i USA) ikke lenger fremtidig barne-ønske som kontraindikasjon.

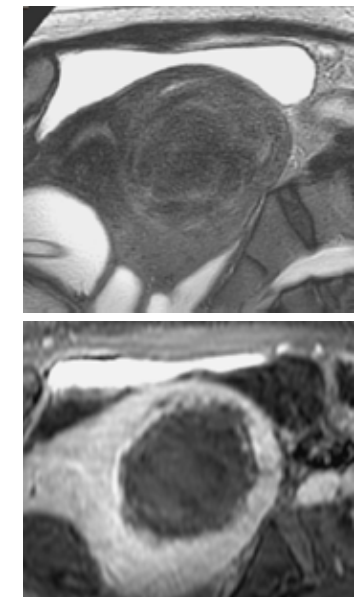
Effekt av behandling

Målet for behandlingen er symptomreduksjon. Rapporterte resultater etter HIFU-behandling varierer, men de fleste studier viser best symptomlindring ved valg av de riktige kandidatene. I de fleste studier av behandlingseffekt etter HIFU har man brukt enten et validert skjema for symptomenes alvorlighetsgrad (Symptom Severity Score, Fibroid-Quality of Life), eller VAS- skalaer. Symptomreduksjon på 50 % kan forventes i løpet av 3, senest 6 måneder etter behandling(4, 9). Da behandlings-alternativet hos oss er nytt, foreligger det ikke resultater fra vår avdeling ennå. Vi registrerer imidlertid alle pasientene i et kvalitetsregister slik at vi så fort som mulig kan få et inntrykk av resultatet hos oss.

Etter at behandlingen er gjennomført, tas det MR-bilder med kontrast for å vurdere effekten. Ved denne undersøkelsen måles non-perfused volume (NPV), som gjenspeiler det nekrotiserte området skapt under behandlingen. Jo større NPV ratio (prosent andel NPV av det behandlede myom), jo større effekt kan man forvente. Oppnås det NPV-ratio over



Sjematisk tegning av MR-veiledet HIFU apparatur. Rettigheter fra Phillips.



Behandler myom med NPV-ratio 75%, vist ved MR-bilder før (T2) og etter (kontrastforsterket T1)

HIFU nøkkelpunkter

- Myomablasjon ved bruk av ultralyd
- Ikke-invasiv behandling
- Sikker behandling og få komplikasjoner
- Poliklinisk prosedyre
- Tilbake på jobb dagen etter

70-80 % forventes det god effekt med lav risiko for rebehandling innenfor de neste 2-3 år(9).

Hvordan fungerer HIFU

HIFU er ultralydbølger som sendes ut kontinuerlig med høy intensitet og ved hjelp av en konkav transducer fokuseres ultralyd-bølgene mot myomet. Dette fører til oppvarming av vevet til mellom 55-70 grader celsius slik at vevet nekrotiserer. Myomene vil som følge at dette skrumpe.

Hvordan foregår behandlingen

HIFU-behandling av myomer er et samarbeid mellom gynekologisk avdeling og intervensjonsenteret på OUS. Pasientene blir vurdert ved gynekologisk poliklinikk, lokalisert ved Ullevål, mens selve behandlingen utføres ved Intervensjonsenteret på Rikshospitalet. Dette er en poliklinisk behandling som ikke krever anestesi. Behandlingen foregår med pasienten liggende på magen i en MR maskin, med innebygd HIFU-utstyr i bordet. Ultralyd-oppvarming av definerte områder foregår i sekvenser av varighet på opptil 40 sekunder. Behandling stoppes mellom sekvensene for å gi tid til nedkjøling av hud og vev, før neste behandling kan starte. I alt appliseres flertallige sekvenser, alt avhengig av antall og størrelsen av myomene. Ved HIFU-behandling benyttes MR som veiledning, målretting og overvåkning, slik at ultralydbølgene kommer i riktig dose og til riktig lokalisasjon. Ved bruk av denne kombinasjon kan vi unngå skade på nærliggende organer som tarm, ovarier og ryggnerve. MR brukes også etter behandling for å vurdere omfanget og effekten av behandlingen. Under selve behandlingen er pasient utstyrt med blærekateter og noen ganger rektalsonde for å kunne ha mulighet til å manipulere uterus og myomet til ønsket posisjon. Behandlingen varer typisk fra to til fire timer. Pasienten skal i denne tiden ligge stille. Etter

Seleksjonskriterier for henvisninger

- Symptomgivende myom
- Ønske om ikke-invasiv behandling
- Samarbeidsvillig pasient – må ligge i samme stilling i 2-4 timer
- Ingen kontraindikasjoner mot MR og MR-kontrast
- BMI < 35
- Ikke utbredte arr i fremre bukvegg

at behandlingen er ferdig, overvåkes pasienten i kort tid før hun reiser hjem samme dag. Noe abdominalt ubehag forekommer som regel i forbindelse med behandling, men lindres enkelt med milde analgetika. Etter behandlingen er det i de aller fleste tilfeller ikke nødvendig med annen smertebehandling enn paracetamol og eventuelt NSAIDs. De fleste er tilbake til jobb og alminnelig aktivitet dagen etter.

Mye har skjedd siden den første HIFU-maskinen kom på markedet i 2002. Nyere versjoner har blitt mer effektive, har større rekkevidde, og er utstyrt med nedkjøling som nedsetter varmeskader i hud, noe som tidligere har vært en utfordring. Komplikasjoner forbundet med MR-veiledet HIFU-behandling er minimale.

Hvem kan få behandlingen

Pasienter med symptomatisk myom(er) i uterus som ikke ønsker eller egner seg for kirurgi. Myomene må ha en lokalisasjon som kan nås av ultralyd. Det vil si at kvinnen ikke kan være for overvektig eller ha et myom som ligger for langt bak. Dertil kan det ikke være tarm beliggende mellom myomet og fremre bukvegg. Tidligere operasjoner med flere arr, spesielt åpen kirurgi kan være en utfordring. Seleksjon av pasientene som passer til behandlingen gjøres ved gynekologisk konsultasjon og ved en MR-undersøkelse hvor man blant annet vurderer myomets beliggenhet og vaskularitet(7).

Graviditetsønske er ingen kontraindikasjon, men infertilitet skal ikke være den primære årsaken til behandling.

Siste nytt

Ved OUS planlegges det en studie på behandling av adenomyose med HIFU

	Under behandling	Etter behandling
~ 30 % av pasientene	<ul style="list-style-type: none"> *kvalme eller oppkast *smerte *smerte i ben og rumpe *smerte i nakke og rygg (anspenhet) 	<ul style="list-style-type: none"> *ømhet i abdomen
< 10 % av pasientene	<ul style="list-style-type: none"> *førstegradsforbrenninger *termisk skade i internt vev *abdominale kramper 	<ul style="list-style-type: none"> *opphovning *vaginal blødning over baselinjen *urinveisproblemer (kateter)
< 3 % av pasientene	<ul style="list-style-type: none"> *annengrads hudforbrenninger *smerte som ikke lindres av medisiner *nerveskade i hoftene *skade på organer i abdominal- og bekkenområdet *(< 0,1 % Taran 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> *negativ reaksjon på legemidler (gadolinium) *urinveissymptomer, f.eks. infeksjon eller hematuri *andre infeksjoner *feber forårsaket av infeksjon *blødning
< 1 % av pasientene	<ul style="list-style-type: none"> *tredjegrads hudforbrenninger 	

De fleste av disse er kortvarige og kan unngås ved å planlegge behandlingen nøye.

▼ Gardasil 9

MSD Vaccins

Vaksine mot humant papillomavirus.

Står ikke på WADAs dopingliste

ATC-nr.: J07B M03

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

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥9 år mot følgende HPV-sykdommer: Premaligne lesjoner og kreft i 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 klart. **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 før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før bruk. Kast vaksinen dersom partikler eller misfarging oppdages. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Passende kanyler 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 analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virustyper i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinenes sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsviktvirus (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 vaksintypene 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, Munoz 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



Marit Lieng, leder i NGF 2016–2018

Av Bjørn Busund, Klinikkisjef Kvinneklinikken Oslo universitetssykehus

Leder, forsker, professor, filantrop, kliniker, hesteelsker, motorsykkellentusiast og mye, mye mer.

Æ e nordlending æ

Hun ble født i Nordland på 60-tallet og hadde allerede da såpass mye bein i nesa at jeg antar det var en tøff fødsel. At hun vokste opp i Steigen bærer språket hun bruker til daglig ikke mye preg av, snarere kan man lure på om hun har en tilknytning til Halden-området. Men når hun slår om til nordlandsk er det likevel ingen tvil, jenta er like ramsalt i språket som Vestfjorden utenfor.

Bein i nesa har hun fått mye bruk for. Først da hun flyttet hjemmefra som 16-åring for å bo på hybel og gå på videregående. Det gikk bra faktisk, til Marits overraskelse holdt det hele veien til medisin i Oslo.

Gynekologi og endoskopi

Senere ble det fødselshjelp og kvinnesykdommer. Litt tilfeldig, men når man blir head- hunted av Lars Meyer (avd. overlege Hamar) med personlig brev vedlagt hjemmelaget ørepynt er det vanskelig å stå i mot. Etter noen år på Hamar/Elverum gikk ferden til Oslo og Ullevål for gruppe I. Her viste det seg rask at damen hadde talent når det gjaldt endoskopi. Etter 18 måneder på Ullevål var hun spesialist i faget og en full befaren endoskopist. Hun var et aktivum for avdelingen på Ullevål, men som samfunnsansvarlig klinikk sendte Ullevål henne tilbake til Hedemark. Der ble hennes endoskopikompetanse forsøkt utnyttet på fødeavdelingen uten stor suksess og hun kom derfor nokså raskt tilbake til Tigerstaden. Her fortsatte en bemerkelsesverdig karriere i akselererende tempo.

Akademia

I Guildford utenfor London etablerte University of Surrey verdens første master grads-studie i gynekologisk endoskopi i 2005. Gyn avd Ullevål var opptatt av å tilføre endoskopien et mer seriøst og vitenskapelig preg, noe en slik masterutdanning var egnet til å bidra til. Marit ble tatt opp (som den eneste utenfor UK). Når hun graduerte to år senere var hun den eneste i klassen som besto på normert tid og ble verdens første med master i gyn endoskopi.

Akademia ble funnet såpass tiltrekkende at et doktorgradsprosjekt ble en naturlig oppfølging. Men hva skulle hun forske på? Under en røykepause på årsmøtet i Stavanger i 2005 kom Kåre Augensen til unnsetning. Marit hadde akkurat holdt en presentasjon om

hysteroskopisk fjerning av endometriepolypper. Slike polypper ble nå stadig oftere diagnostisert pga utviklingen i ultralydteknologien og Kåre harselerte over Marits presentasjon og mente at hun la opp til en massiv overbehandling av tilstanden. Dette var starten på prosjektet «Endometrial polyps – should they stay or should they go», tittelen ikke lite inspirert av det britiske punkbandet Clash sin hit fra 1982. Doktorgradsprosjektet ble unnagjort på rekordtid og arbeidet ble forsvart med bravur 4. desember 2009. I årene som fulgte var Marit en ettertraktet deltager når det internasjonale fagmiljøet skulle utarbeide retningslinjer for håndtering av polypper i livmoren. Nå kunne ingen lenger raljere over Ullevål sin håndtering av polypper og vi hadde kunnskapsbaserte prosedyrer å lene oss på i Norge. Den akademiske karrieren nådde sitt foreløpige høydepunkt da Marit ble ansatt som professor II i obstetikk og fødselshjelp ved UiO noen år senere.

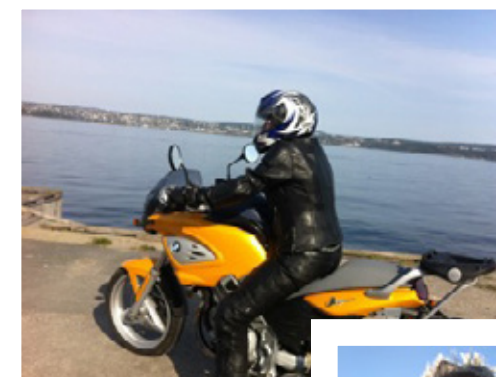
Ledelse

For damen med arbeidskapasitet og virkestrang var ikke dette helt tilstrekkelig. I OUS ble hun ansett for å være et ledertalent og ble rekruttert inn i seksjonslederstilling for å holde styr på mer enn 30 LIS'er som skulle utdannes på tre lokalisasjoner (DNR, RH og Ullevål) og 6-7 seksjoner. Dette er en særdeles krevende og viktig stilling, og Marit skapte orden og tilfredshet og la grunnlaget for den beste utdanning av fremtidens gynekologer ved OUS. Hun skapte det som senere har blitt en merkevare når det gjelder nyutdannede gynekologer i Norge: «Made at Oslo University Hospital». Som ledd i sin lederutvikling tok hun en master i helseadministrasjon på UiO under Ole Bergs siste år på instituttet. To år senere ble hun utvalgt til å delta på nasjonalt topplederprogram for helseforetakene.

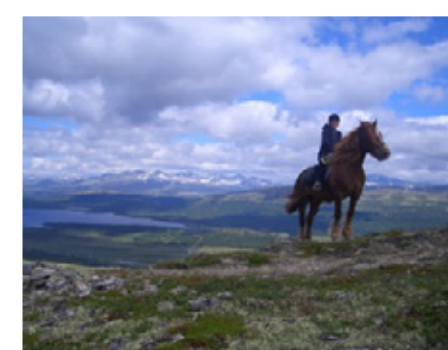
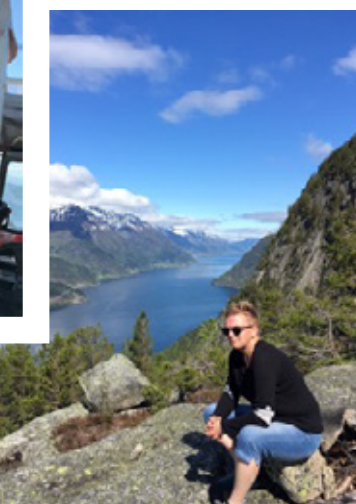
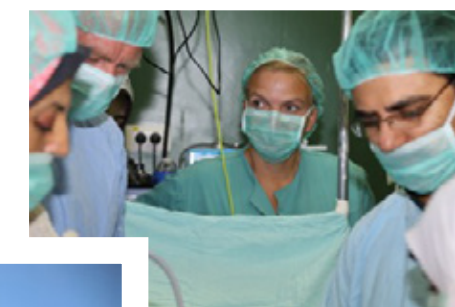
Når virkestrangen presser på og man har et velfungerende nettverk i inn- og utland er det ytterligere oppgaver å ta fatt på: organisasjonslivet.

Frivillig arbeid

Etter å ha «slengt med leppa» om at årsmøtene bare handlet om obstetikk til daværende vitenskapelig sekretær i NGF Jone Trovik ble Marit raskt rekruttert inn som Jones etterfølger. Etter to år i den posisjonen fulgte tradisjonen tro to år som leder i NGF. Som alle vi medlemmer har erfart; foreningen vår har ikke blitt mindre relevant under Marits tid som leder i NGF.



De nye bildene er i samme oppløsning som de gamle.



Internasjonalt arbeid og bistand

Da Nordic Society of Gynaecological Endoscopy ble stiftet på Fyn i 2015 ble Marit valgt til foreningens første president. På det tidspunkt satt hun allerede som Advisory board member i ESGE, den europeiske endoskopiforeningen.

Enda større engasjement er imidlertid nedlagt i NORWAC (Norwegian Aid Committee), det siste året som landansvarlig for Palestina. Det er nedlagt et stort arbeid av NORWAC bl. annet i å utdanne palestinske kolleger i Jerusalem (fra 2007) og på Gaza (fra 2015) i endoskopiske teknikker til beste for palestinske kvinner. De to prosjektene har vært lysende eksempler på bistandsarbeid som legger igjen varig kompetanse hos mottagerne. Det er svært motiverende å se at våre dyktige kolleger ved Shifa hospitalet i Gaza nå har operert hundrevis av kvinner laparoskopisk og med minimalt med komplikasjoner, kvinner som for få år siden ville blitt laparotomert for enkle tilstander.

Interesser

Da er det vel ikke plass til så mye mer? Joda, damen har tallrike interesser som bør vies en smule oppmerksomhet.

Fotball: Ikke bare har hun brukt fotballen som metafor i noen av sine taler til årsmøtet. Undertegnede har hatt gleden av å saumfare diverse amerikanske byer på jakt etter en fotballpub som har en mer eller mindre interessant (i amerikanske øyne) kvalik kamp

med for Norge på repertoaret sammen med henne. Og, vi har funnet det, for etter et par timer å gå slukøret til hotellet etter nok et norsk tap.

Motorsykel: I godt voksen alder kvinnen hun seg opp til å ta lappen på tung sykkel. Det ga bl.a. mulighet for spektakulære to-hjulsturer under kongressurer i USA. F.eks fra San Diego til Las Vegas med innlagt punktering i ørkenen i nærheten av Death Valley (40 °C i skyggen) med påfølgende frys-i- hjel (- 5° C) tur over fjellene til Vegas en sen nattetid iført t-skorte og jeans.

Hester: Damen er selv en habil rytter, men engasjementet har de siste årene vært fokusert på yngstejentas ambisjoner om å bli verdensmester i feltritt. Marit bidrar med å dra på stevner Europa rundt i bil. Satsningen har avstedkommet mange mer eller mindre vellykkede kjøp av hester og har gjort et stort innhogg i privatøkonomien.

Familien: Sist, men på ingen måte minst. Sammen med Morten, som ved siden av å være nevrolog på AHUS er kokk av Michelin-guide-klasse, har Marit fått to flotte jenter, Maja fra '95 på vei til å bli lege på NTNU og Pernille fra '98 på vei til å bli verdensmester i feltritt.

www.dagensmedisin.no/artikler/2008/04/21/gynekolog-med-sjelden-tittel/

Styret 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 Universitet



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.

Vitenskapelig 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/ Kvinneklinikken AHUS. PhD i reproduksjonsmedisin/endometriose



Anders Einum

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

Nytt fra NGF-styret

Styret har siden forrige utgave av Gynekologen hatt 2 ordinære møter på Legenes Hus i Oslo, 6. februar og 4.april. I februar hadde vi besøk fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord som lager helseatlas. Etter anmodning fra styret i 2017 om behovet for et helseatlas i Kvinnehelse har SKDA besluttet å sette i gang dette arbeidet. NGF har vært behjelpelig med å skaffe villige kandidater som er interessert og kan bidra. I april orienterte Margit Steinholt (på telefon fra Sandnessjøen) om hva som skjer i FIGO og muligheter for felles strategier for de Nordiske landene inn i denne store organisasjonen.

Dette er de sentrale sakene som har vært behandlet: Planlegging av program til Årsmøtet 2018

Vi har i begge møtene planlagt årets møte. Resultatet presenteres i denne utgaven.

Nordisk lærebok i gynekologi/obstetikk og økonomi
Økonomi er for oss medisiner et kanskje kjedelig tema, men det er ikke mindre viktig for vår organisasjon. Styret har dis-

kutert det NFOG-initierte prosjektet Nordisk lærebok og vi er bekymret for at dette på sikt kan lede til uforutsette utgifter for de nasjonale foreningene. Dette er utgifter NGF ikke har mulighet til å dekke inn. Ideen om å «spread the word» om nordisk praksis for medisinstudenter verden over er god, men vi har foreslått overfor NFOG-board at nordiske medisinstudenter kan betale en symbolsk sum for å sikre fremtiden til læreboken og samtidig unngå uforutsette utgifter for NFOG og de nasjonale foreningene. Dette skal utredes og endelig avgjørelse tas på Generalforsamlingen i NFOG i juni.

Veileder i obstetikk

Våre veiledere er sentrale og særdeles viktige dokumenter. Oppdatering hvert 5 år ble vedtatt på generalforsamlingen i 2017. Obstetikk veilederen drar på årene og er neste ut. Vi har startet prosessen.

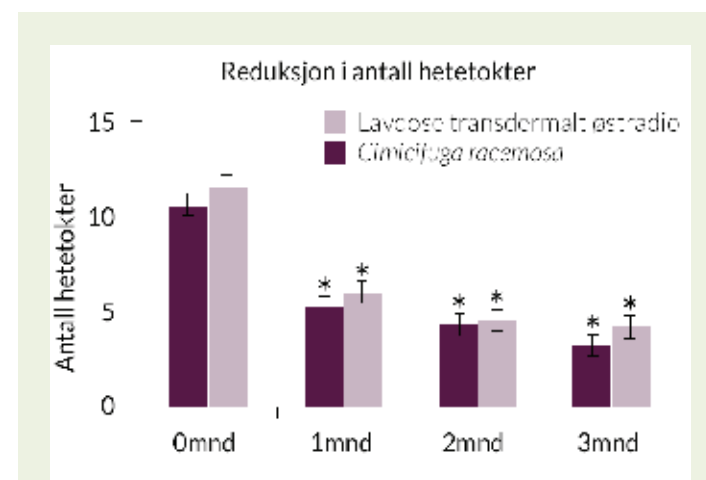
Neste styremøte blir i Odense under NFOG 2018.

Med kollegial hilsen og på vegne av styret i NGF,
Nils-Halvdan Morken

Remifemin®

Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter og svetting

Opptil 80 % av kvinner i klimakteriet opplever hetetokter og svette^{1,2}. Mange av disse kvinnene kan eller ønsker ikke å motta hormonbehandling for plagene sine. Remifemin (*Cimicifuga racemosa*) er uten østrogen, og gir en effektiv og trygg behandling av plager i klimakteriet⁴.



Figur: Antall hetetokter per dag hos kvinner behandlet med *Cimicifuga racemosa*. I en prospektiv studie ble 64 kvinner (45 – 55 år) med plager i overgangsalder (inkl hetetokter) behandlet med enten *Cimicifuga racemosa* eller lavdose transdermalt østradiol (TTSE2) i 3 måneder. Egenrapportering ble brukt for å måle antall hetetokter. Figuren viser gjennomsnittlig antall hetetokter ± standard avvik, * = p<0,001 versus studiestart. Figuren er modifisert fra Nappi et al⁵. av Sana Pharma Medical



Godt dokumentert effekt og sikkerhet

De siste 15 årene er det utført mer enn 29 kliniske studier³ der mer enn 12 000 pasienter har deltatt¹. Remifemin gir god lindring og sikkerheten er godt dokumentert^{4,5}.

Fås på alle apotek

Remifemin

Middel mot overgangsplager.

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

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

Velkommen til Oslo og NGFs årsmøte 2018!



Kjære kolleger!

Det er med stor glede vi ønsker velkommen til Oslo og NGFs årsmøte 24.-26. oktober 2018 i Oslo!

I skrivende stund begynner endelig en snørik vinter å slippe taket. Dagene blir lenger og lysere, blåveisen blomstrer og #metoo-bølgen har gitt seg over hele landet (bortsett fra i politikken hvor de fortsatt sender upassende meldinger).

Vi i lokal arrangementskomite jobber for at årets årsmøte skal bli det beste årsmøtet ever (!). Styret har satt sammen et inspirerende faglig program og vi i LOK gjør alt for at det sosiale programmet når nye høyder. Vi gleder oss allerede og takker styret for tilliten.

Årsmøtet finner sted på Ullevål stadion. Meet Ullevål er Oslos største konferansesenter, praktisk beliggende midt mellom Rikshospitalet og Ullevål og med kort vei til sentrum. Vi ser frem til å se dere i vår flotte hovedstad og til å dele fine dager sammen.

Tradisjonen tro blir det spennende forkurs for alle før vi åpner dørene til Kunstnernes hus og "Get-together". Vi håper flest mulig vil ta seg tid til å møtes der og ta opp tråden fra i fjor med gode kollegaer fra hele landet.

Foreløpig program til årsmøtet finner dere vedlagt i denne utgaven av gynekologen. Vi håper å by på friske innslag i pausen og lokal underholdning.

Årsmøtemiddagen på Meet Ullevål vil som alltid by på flere overraskelser. Underholdningen er fortsatt hemmelig og priser vil selvfølgelig deles ut.

Det er bare å glede seg, for det gjør vi!

Velkommen!!!

Hilsen oss i Lokal Komité Oslo

PROGRAM NGF ÅRSMØTE Oslo 2018

Onsdag 24. oktober

17.30-19.00: **Formøter**

- Norsk Urogynekologisk gruppe
- FUGO
- Praktiserende spesialisters Landsforening
- Norsk forum for Gynekologisk Onkologi
- Norsk Gynekologisk Endoskopiutvalg
Francis Gardener: Hysteroskopisk morcellation in an outpatient setting
Gunter Noe: Pectopexy technique and longtime results
- Lederforum
Lisbeth Sommervold, administrerende direktør, Vestre Viken HF:
Ledelse i pasientsikkerhetens tid

19.30-23.00: **Get-together**





Torsdag 25. oktober

09.00-09.30 **Åpning av årsmøtet**

09.30-10.30 **Placenta og vår helse**

Tore Henriksen, Professor emeritus, Det medisinske fakultet, UiO

10.30-11.00 Pause

11.00-12.00 **Frie foredrag 1** (Obstetrikk)

12.00-13.00 Lunch/Lunch symposium

13.00-14.30 **Frie foredrag 2** (Gynekologi)

14.30-15.00 Pause

15.00-16.30 **HPV primærskanning og vaksine**

- Ingrid Baasland, stipendiat NTNU: HPV primærskanning
- Mari Nygård, leder for gruppe for HPV relatert epidemiologisk forskning, Kreftregisteret: Vaksine til kvinner over 26 år/vaksine til vaksinerte
- Ameli Tropé, leder for Livmorhalsprogrammet, Kreftregisteret: Screening for vaksinerte

16.30-17.00 Pause

17.00-18.30 **Generalforsamling**

19.30-01.00 **Årsmøtemiddag**

Fredag 26. oktober

09.00-10.30 **Pasientmedvirkning**

- Pål Gulbrandsen, professor i helsetjenesteforskning, UiO: "Hvordan oppnå pasientmedvirkning når tida er knapp"
- Hva gjør vi når kvinnen nekter keisersnitt?
Dag Moster, overlege Nyfødt-intensiv, Haukeland, leder klinisk etisk komite Helse-Bergen
- Berge Solberg, professor i medisinsk etikk, NTNU

Diskusjon og spørsmål

10.30-11.00 Pause

11.00-12.00 **Frie foredrag 3** (Gynekologi)

12.00-13.00 Lunch/Lunch symposium

13.00-14.30 **Frie foredrag 4** (Obstetrikk)

14.30-15.00 Pause

15.00-16.30 **IVF 40 år; Hvor står vi og hvor går vi?**

- Liv Bente Romundstad, Spiren Fertilitetsklinikk og NTNU: Assistert befruktning med dalende obstetrisk risiko
- Nan Oldereid, IVF klinikken Livio: Moderne IVF behandling med vekt på ovarial stimulering.
- Hans Ivar Hanevik, sykehuset Telemark og leder Norsk Forening for Assistert Befruktning: Kan IVF påvirke menneskets evolusjon?
- Gareth Greggains, Reproduksjonsmedisinsk avdeling, OUS: Epigenetikk og tidlig embryoutvikling

16.30-16.45 **Avslutning**



Early bird påmelding er innen midnatt 31. august

Abstract

Sendes til vitenskapelig sekretær

Kirsten Hald: khald@online.no innen 15. august.

Bruk malen for abstrakt som er tilgjengelig på NGFs nettside.

Saker til generalforsamlingen

Forslag til kandidater til NGFs hederspris og NGF/Bayers forskningspris.

Sendes til Nils-Halvdan Morken: nmo084@uib.no innen 15. august

FUGO kurset:

Kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet
24. oktober, kl 09:30-16:00

Utdanningsforum

Møte for alle ledere av utdanningsutvalg og RegUt
Arrangør: Spesialitetskomiteen
24. oktober, kl 14:30 og 16.00

Lederforumet på årsmøtet med Lisbeth Sommervoll og «Ledelse i pasientsikkerhetens tid»

"Lisbeth Sommervoll er lege og er spesialist i indremedisin. Hun har også spesialisering i hjertesykdommer, samt lederutdanning fra BI. Sommervoll har hatt ulike lederstillinger, både ved Sykehuset i Vestfold, Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus, og er nylig ansatt som administrerende direktør i Vestre Viken HF. Lisbeth Sommervoll er opptatt av pasientsikkerhet og ledelse, og er en strålende og engasjerende foredragsholder. Vi i OUS er stolte av å ha Sommervoll som foredragsholder på årets Lederforum i forkant av NGF Årsmøte 2018.»



Lisbeth Sommervoll

Endoskopiutvalgets formøte

24.oktober. Kl 17.30 onsdag Du vil få presentert to nye metoder av internasjonalt anerkjente operatører.

Francis Gardener fra Portsmouth UK vil snakke om sine erfaringer med intrauterin morcellering av polypper og myomer. Han vil snakke både om selve inngrepet og hvordan dette er organisert som en poliklinisk prosedyre.

Vi får også besøk fra Tyskland. Günter Noé vil presentere sin prosedyre for laparoskopisk pectopexi. Han har vært med å utvikle nett som festes anatomisk litt anderledes enn den til nå mest brukte metoden i Norge. Resultatene til nå er svært lovende, med redusert forekomst av tarmproblematikk etter inngrepet.

Så hjertelig velkommen til Endoskopiutvalgets formøte. Du vil ikke angre.



Francis Gardner



Günter Noé

Get-together

Velkommen til Get-together på Kunsternes hus onsdag 24.oktober. Dørene åpner kl 19.30.

Vi håper å se deg der!



HOLD AV DATOENE 21-23 november 2018 til

KOLPOSKOPIKURS

Kursets hovedforedragsholdere blir

Albert Singer, som er en av verdens mest anerkjente kolposkopører



Detaljert kursprogram vil komme i DNLF kurskatalog, og vil omfatte teori om HPV screening og livmorhalskreft, kolposkopi, behandling og oppfølging av cervix dysplasi og mye praktisk trening

KURSET ER GODKJENT av EUROPEAN FEDERATION FOR COLPOSCOPY (EFC)-GODKJENT KURS OG GODKJENT VALGFRITT KURS I FØDSELHJELP OG KVINNESYKDOMMER, UTDANNING OG ETTERUTDANNING:

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



Sted: Soria Moria (Anbefaler at man bestiller hotell) og Radiumhospitalet
Spørsmål om kurset kan sendes til ameli.trope@mac.com

Diagnostisering av kolleger i diskusjonen om bruk av STAN

Av Tore Henriksen, professor emeritus

Pål Øian introduserer en ny variabel i en allerede komplisert diskusjon om nytten av STAN-analyse ved CTG-registrering: Kollegers mentale tilstand. Hans tese er tilsynelatende at noen av hans kolleger ikke klarer depresjonen som følge av at bruk av STAN ikke har klinisk nytte og trenger hjelp. Kjære Pål, hva vil du med denne argumentasjonen? Diskusjonen om tolkingen av de ulike metaanalysene skal jeg i hovedsak la ligge akkurat her. Den forutsettes kjent, og bør og vil fortsette.

Som tidligere leder av NGF's utvalg for fosterovervåking, men mest på bakgrunn av daglig praktisk erfaring med STAN siden 2000, er det et forhold som jeg særlig vil fremheve: Bruk av STAN som tilleggsinformasjon til CTG krever at en opparbeider seg erfaring med systemet, og vedlikeholder erfaringen. Dette dokumenteres i en fersk finsk studie (1). Det gjør at den amerikanske intervensjonsstudien som er tatt med i nye metaanalyser knapt kan vektlegges (2). Hvis en setter den erfaringen helsepersonellet hadde i denne studien opp mot det som dokumenteres som nødvendig i den finske studien, må det reiser alvorlig tvil om hva den amerikanske studie forteller oss. Den amerikanske studien illustrerer også det generelle problemet med å designe og tolke intervensjonsstudier der komplekse kliniske tiltak skal testes, som STAN og mange kirurgiske prosedyrer. I vurderingen av nytten av STAN må også klinisk erfaring vektlegges, slik som i praktisk medisin ellers (3).

Jeg er enig med Pål i at det ikke er dokumentert store forskjeller i kliniske utfall mellom bruk av bare CTG (med mulighet for bruk av laktat) og CTG med støtte av STAN i randomiserte studier. Men, som Pål skriver, det er: «...en liten reduksjon i metabolsk acidose (0.25 %) av usikker klinisk betydning og i operative vaginale fødsler uansett indikasjon.» (her er prosentangivelse feil, det skal være 36 % tilsv. en OR på 0.64). Hva som er av klinisk betydning i et felt hvor vi allerede har «presset» de perinatale komplikasjoner ned på et svært lavt nivå er et diskusjonstema. Vi kan aldri forvente store kliniske effekter på dette område. Det er unødvendig å understreke at fosterovervåking er et helt sentralt tema for alle som driver obstetikk. Diskusjonen om STAN er derfor viktig, men skaper økende forvirring hos mange gode kolleger landet rundt. Jeg tror det nå er nødvendig å se på hva vi kan enes om i den praktiske hverdag. Først, ingen mener vel at vi ikke skal benytte CTG i fosterovervåkingen, eller hva? STAN gir, slik som laktatmålinger, noe tilleggsinformasjon som kan benyttes i en helhetsvurdering i en konkret kliniske situasjon. «STAN» er ikke noe eget overvåkingssystem. «STAN» er et CTG-system der det hele står og faller på tolkingen av CTG, akkurat slik som når bare CTG brukes.

Spørsmålet blir derfor om vi skal benytte systemer som gir tilleggsinformasjon (STAN og laktat) eller om vi skal gå tilbake til rene CTG-systemer samt klinisk vurdering. Meg bekjent er det ikke dokumentert at laktat-måling som tilleggsinformasjon gir bedre klinisk utfall enn STAN. Fordelen med STAN er at en unngår gjentatte skalprøver som for øvrig bare gir en øyeblikk-informasjon om fosterets tilstand. Skalprøver er også plagsomt for den fødende.

Jeg vil også benytte denne anledning til en par kommentarer knyttet til Einar Landes innlegg. Det er prisverdig og nyttig at kolleger som ikke sitter i universitetsstillinger eller er «STAN-folk» kommer med innspill. Men verken han eller Pål Øian gir uttrykk for at de ser den store positive effekten introduksjon av STAN i Norge har hatt for forståelsen av patofysiologien ved hypoksisk stress og at man har lært seg å spørre hvorfor et foster utviser endringer i CTG-mønsteret og ikke bare foreta en skjønnsmessig klassifisering av registreringen (selv om det også er nødvendig). For meg har det å få en bedre patofysiologisk innsikt gjennom introduksjon av STAN vært noe av det viktigste jeg har fått være med på innenfor klinisk obstetikk. På OUS har vi i nær 20 år vært så heldige å ha Branka Yli som en entusiastisk drivkraft i arbeidet med CTG-tolkning og det er vel kjent at svært mange kolleger landet rundt har hatt stor nytte og glede av hennes mangeårige CTG-STAN kurs.

Mitt forslag til NGF er at en nå tar standpunkt til spørsmålet om en fortsatt skal anbefale (eller foreslå) å benytte systemer som gir tilleggsinformasjon eller om bruk av CTG alene er tilstrekkelig slik jeg forstår Pål Øian mener. I det arbeidet kan også de nye FI-GO-retningslinjene vurderes selv om det etter min mening ikke er god evidens for at disse er bedre enn dem vi er fortrolige med. Samtlige anbefalinger en måtte komme fram til må selvfølgelig begrunnes vitenskapelig på samme nivå som vi ellers benytter i våre veiledere. Parallelt med dette kan vi følge Pål's oppfordring til en bredere faglig diskusjon om fosterovervåking. Men da må vi alle som gode kolleger unngå formuleringer som lett kan tolkes som personangrep.

Tore Henriksen
Professor emeritus

1. Susanna Timonen and Kasia Holmberg. The importance of the learning process in ST analysis interpretation and its impact in improving clinical and neonatal outcomes AJOG 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.03.017>.
2. Belfort MA, Saade GR, Thom E, Blackwell SC, et al. A Randomized Trial of Intrapartum Fetal ECG ST-Segment Analysis. N Engl J Med. 2015 Aug 13;373(7):632-41.
3. Sherman RE, Anderson SA, Dal Pan GJ, et al. Real-world evidence-what is it and what can it tell us? N Engl J Med 2016;375:2293-7.

Fosterovervåking i Norge – Hva er vi uenige om?

Av Einar Lande

Jeg kan ikke se at referansegruppen har svart på mine spørsmål. De viser fortsatt religiøse trekk. Den monolittiske enigheten er bekymringsfull. Vi trenger også her i Norge en åpen diskusjon.

Jeg takker Norsk referansegruppe for fosterovervåking for svar. Jeg håper dere har diskutert tilsvaret i hele gruppa før den monolittiske uenigheten med meg ble ført i pennen.

Jeg vil først imøtegå påstanden om at CTG tolking var usystematisk før STAN kom. Hon et al presenterte CTG klassifikasjon på 1960-tallet(1). Helt på høyde med dagens klassifisering, kanskje bedre(2). Odd Harald Rognerud Jensen holdt prøveforelesning til sin doktordisputas i 1985 over temaet «patofysiologien bak CTG forandringer». Det var regelmessige diskusjoner om bakgrunnen for CTG forandringer. At undervisningen nå er mer systematisk, er noe som gjelder alle områder innen vårt fag. Jeg vil derfor be referansegruppen vise litt mer ydmykhet i forhold til tiden før STAN.

Vi har alle felles interesse av flere friske barn og færre unødvendige operative forløsninger. Det er derfor gode muligheter for forsoning.

Uenigheten kan komprimeres til: 1. Hvordan vurderes de 3 metaanalysene av 6 RCT studier om CTG vs CTG+STAN. 2. Diskusjonen om referansegruppas bidrag til åpen diskusjon rundt fosterovervåking.

De tre metaanalysene(3,4,5) konkluderte helt likt. Ingen forskjell i operative forløsninger. Ingen forskjell i utkomme for barna. Med unntak av Blix et al. som viste en økning av metabolsk acidose i CTG gruppen. Noe forfatterne selv mener er uten klinisk betydning. De forklarer og at en annen statistikkmetode ikke ville gitt en signifikant forskjell.

Den største av de 6 RCT er den såkalte Belfort(6) studien(støttet økonomisk av Neoventa). Kessler m flere ga i ACTA uttrykk for stor forventning til denne studien. Det ville de vel ikke gjort uten å kjenne protokollen? Så kom resultatet, negativt for STAN. Over natta ble studien elendig. Det er dette jeg kaller religion, ikke vitenskap. Dere plukker den vitenskap som støtter deres forutinntatte standpunkt.

Svenskene løste dette på en annen måte. Jeg har kommunisert med Andreas Herbst i Malmø, han var med og introduserte STAN. De ventet på Belfort studien, deretter skrinla de STAN.

Fremgangsmåten til medlemmer av referansegruppen har skremt meg litt. Jeg er selv blitt beskyldt for drapsforsøk etter en fødsel av et barn med Apgar 10/10. Jeg har hørt at medlem av referansegruppen regelmessig legger lapper i hyllene til overleger med beskjeden «dette barnet skulle du forløst 10 min tidligere». Apgar 10/10, pH 7,30. Uten at vedkommende har vært til stede under fødselen eller diskutert med forløsende lege. For å si det mildt. Dette er vel i overkant arrogant med den vitenskapelige dokumentasjon som finnes for CTG, med eller uten STAN(2).

Jeg har overvært et undervisningsmøte der imaginært laktat ble kastet opp i luften og skutt på. Spørsmål fra salen er blitt besvart med «du hadde nok ikke spurt om dette hvis du hadde bedre kunnskap om fosterfysiologi». Det blir gitt direkte feilaktig informasjon om laktat. Både når det gjelder hvor lang tid det tar, og mulige komplikasjoner.

Referansegruppen skal bidra til en åpen diskusjon rundt fosterovervåking i Norge. I stedet er det blitt monopolisert. Vi er blitt informert via bulletiner fra Kessler eller andre i gruppen. Under et dekke av vitenskap serveres forutinntatte synspunkter. Religion.

Framtida: Selv er jeg godt fornøyd med laktat og CTG. De som vil fortsette med STAN må gjerne gjøre det. Personlig tror jeg bare det er et tidsspørsmål før også Norge må følge svenskene og skrinlegge STAN. En observasjonsstudie på Ullevål kan ikke endre resultatene fra de randomiserte STAN studiene. Jeg er klar over at det mangler store randomiserte undersøkelser om laktat. I Norge er det bare Ullevål som kan utføre en slik studie. Vil dere?

Til slutt. Jeg håper referansegruppa I fortsettelsen vil legge om stilen. Mindre bulletiner. Mer diskusjon. Mer vitenskap, mindre religion. Åpne for å endre eget syn. Eller for å si det med bokselegenden Muhammad Ali «a man who views the world the same at 50 as he did at 20 has wasted 30 years of his life»(7)

Referanser:

1. EH Hon, EJ Quillingem. Electronic evaluation of fetal heart rate. Further observation on "pathologic" fetal bradycardia. Am. Obst. Gynecol. 1968;11, 145-167
2. Shashikant L. Sholapurkar. Obstetrics at Decisive Crossroads Regarding Pattern-Recognition of Fetal Heart Rate Decelerations: Scientific Principles and lessons from Memetics. Journ. Of Clin. Medicine. 2018, April,10, 302-305
3. E.Blix et al. 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
4. G. Saccone et al. Electrocardiogram ST Analysis During Labor: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Obstet Gynecol 2016 Jan;127(1):127-35
5. JP Neilson Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. Cochrane Database Syst Review 2015;12:CD000116
6. Belfort et al. A Randomised Trial of Intrapartum Fetal ECG ST-Segment Analysis. New Engl Journ of Medicine Aug 13, 2015
7. Sitat Muhammad Ali. Aftenposten 4juni, 2016

Fosterovervåkning - skal vi til fremtiden med blikket vendt bakover, for og så risikere å snuble?

Av Branka Yli og Jørg Kessler

Pål Øian kommer i sitt innlegg med kraftig kritikk av den Norske referansegruppen i fosterovervåking. Han setter spørsmål ved den faglige dyktigheten til referansegruppen, og da spesielt ved Branka Yli og Jørg Kessler. For å gjøre det klart med en gang: denne debatten handler ikke om personers oppfatninger, den handler om fremtiden av fosterovervåking i Norge og Norsk Gynekologisk Forenings ambisjon om evidensbaserte faglige veiledere.

Derfor fremstår det underlig at Øian undergraver sin egen forskning, tolker resultater ut fra egen oppfatning og ikke basert på vitenskapelige fakta (1). Metaanalysen der han er medforfatter viste en signifikant reduksjon av metabolsk acidose ved bruk av STAN på 36% (ikke 0,25%, som er tallet han nevner i sitt innlegg). Det er betenkelig at han diskvalifiserer metabolsk acidose som et svakt surrogat parameter (1, 2). Hans personlige oppfatning støttes ikke opp av vitenskapelig litteratur. Metabolsk acidose og acidose i navlesnoren er sterkt relatert til alvorlig korttids- og langtidsutfall hos affiserte nyfødte (3-5). Vi vil nevne spesielt en stor populasjonsbasert studie fra Finland med 1 129 481 levende barn født til termin: acidose i navlesnoren ved fødsel (både med cut-off pH <7,10 og <7,00) økte risikoen signifikant for alvorlige nevrologiske hemninger, både i form av cerebral parese, epilepsi, intellektuell funksjonshemming eller nevrosensoriske defekter (3). En nylig publisert stor retrospektiv studie fra Edinburgh viste at både lav pH <7 og/eller høy base deficit (BD ≥12 mmol/l) har klar relasjon til alvorlig utfall som cerebral parese og død, og risikoen øker med progresjon av acidosen (6).

Øian mener videre at vår vurdering av den amerikanske randomiserte studien (7) ikke kan tas alvorlig. Han har ikke kommet med et konkret eksempel på hva han mener er feilaktig eller ensidig. Det er i utgangspunktet rimelig å ha forventninger til en randomisert studie med >10000 deltakere. Men flere forhold svekker validiteten og ikke minst overførbarheten av resultatene til norske forhold. Styrkeberegningen holdt ikke mål fordi man i praksis rekrutterte en lav-risiko populasjon. Hele 74 % av populasjonen, som var aktuell for deltakelse ble ikke inkludert. Fremfor alt ble det brukt CTG retningslinjer helt forskjellig fra dem som opprinnelig var brukt i europeiske studier og dem som var godkjent av den amerikanske Food and Drug Administration (FDA). FDA er en etat innen det amerikanske Helse- og sosialdepartementet som er ansvarlig for regulering og overvåking av legemidler og medisinsk utstyr. Et eksempel til sammenligning er bruk av et godkjent medikament i en studie med en helt annen dosering enn det som har blitt testet tidligere. Da kan en ikke forvente samme resultat. At Neoventa som sponsor av studien har tillatt dette er kritikkverdige, men kan på ingen måte ta fra oss retten til å påpeke den dårlige gjennomføringen og velbegrunnede svakheter ved studien.

Dokumentene som referansegruppen legger ut på nettsiden er offentlig tilgjengelig, de er ikke beskyttet av noe formell opphavsrett og kan dermed leses og brukes av hvem som helst. Neoventa stod dermed fritt å oversette vår kommentar til studien til engelsk.

Øian etterlyser i tillegg en bred faglig diskusjon om nye FIGO guidelines for CTG tolkning. Referansegruppen har detaljert redegjort for hvorfor vi mener at CTG klassifikasjonen bør være uendret (8). Vi har sendt vår anbefaling til styret i NGF og alle fødeavdelinger i landet for et år siden. Vi gjorde også rede for den på nasjonalt erfaringsmøte i fosterovervåking 2016 og har også publisert den på nettsiden til Referansegruppen. Det er ikke motatt noen konkrete innspill til oss fra fagmiljøet i Norge etter dette, med unntak av en epost fra Einar Lande, som referansegruppen har svart på. Det har i mellomtiden kommet en første publikasjon som viser at en endring fra gjeldende CTG klassifikasjon i Norge til FIGOs nye klassifikasjon medfører at færre CTG registreringer enn tidligere blir klassifisert som avvikende/patologisk (9). For STAN brukere medfører dette en hevet intervensjonsterskel og en lavere sensitivitet for å fange opp hypoksiske fostre (9). Også for brukere av CTG med eller uten tilgang til skalpblodprøve kan den nye klassifikasjonen medføre *endringer i terskelen for forløsning eller beslutning om å ta en skalpblodprøve*. Akkurat dette har vi påpekt i vår uttalelse allerede (8), og bekreftelsen kommer nå i form av studier (9).

Skalpblodanalyse var en mulighet i alle randomiserte studier (10-14) utenom den amerikanske (15), slik at mesteparten (58%) av evidensen om STAN ikke handler om alternativet "CTG alene" slik Øian fremstiller det som, men CTG og bruk av skalpblodprøve. Ved bruk av STAN blir behovet for å ta slike prøver redusert med 41% (1) og frekvens av vaginal operative forløsninger (med tilhørende maternell og neonatal morbiditet) går ned med 8% (1). Vi har tidligere vist at dette utgjør et betydelig antall forløsninger i Norge hvert år (16). En slik nedgang i operative intervensjoner blant risikofødsler er ikke vist for noen annen overvåkningsmetode.

Vi vil også minne om at den svenske randomiserte studien som undersøkte om skalpblodanalyse av laktat var bedre enn pH som tilleggs metode til CTG viste i begge armer en frekvens av metabolsk acidose på 3.2 og 3.6% (17). Dette er fem ganger høyere enn tilsvarende resultat i STAN armen i den svenske randomiserte studie om STAN (11). Videre ble det hos 13 av totalt 45 kasus med metabolsk acidose ved fødsel (28%) målt en normal skalp pH eller laktat innen 60 min før fødsel, dvs. disse ble ikke fanget opp av metoden (17).

For alle som er vant til å bruke STAN i en travel hverdag på føde-

avdelingen, er det lett å glemme at STAN metoden kontinuerlig gir automatisk informasjon om fosterets EKG. Videre bidrar den dermed til å minske forstyrrelser for kvinnen ved en risikofødsel. Skalpblodprøver derimot gir kun en øyeblikkinformasjon og prøvetaking medfører en ekstra belastning for fødekvinnen, ofte flere ganger under forløpet.

Det er gjennomført flere meta-analyser om nytteverdien av STAN, noen viser en signifikant reduksjon i forekomst av metabolsk acidose (1, 18, 19), andre ikke (20, 21). Punkttestimatene for risikoreduksjon ligger alle mellom 21% og 36%. Felles for meta-analysene som viser signifikans er bruk av korrekte, publiserte reviderte data fra den svenske og nederlandske randomiserte studier og ingen blanding av metoder for beregning av base deficit.

Øian viser kun til Sverige som et referansepunkt. En faglig beslutning i et annet nordisk land er ikke i seg selv et godt argument til etterfølgelse. På flere områder finnes forskjellige anbefalinger i de nordiske land. Den lange tradisjonen med en nasjonal veileder slik vi har i Norge eksisterer for eksempel ikke i Sverige. Norsk Gynekologisk Forening har anbefalt vaginal fødsel ved seteleie til termin (22), i motsetning til Sverige.

En minst like viktig del av vitenskapelig evidens er å kontrollere hvordan en metode virker i klinisk hverdag utenfor miljøet av en randomisert studie. Flere store observasjonsstudier har vist at introduksjon av STAN som overvåkningsmetode forbedrer neonatal utfall uten å øke intervensjonsfrekvensen i fødsel (23-26). Senest for noen dager siden ble en stor finsk studie publisert i American

Journal in Obstetrics and Gynecology med imponerende resultater (27). Vi kan ikke se at denne forskningen taler for å forlate STAN som overvåkningsmetode. Metoden fungerer svært bra og brukes i blant annet Finland, Danmark, Nederland, Belgia, Frankrike og Storbritannia.

Vi vil minne våre kolleger om at den perinatale dødeligheten i Norge er stadig fallende, og har blitt redusert med 40% fra 2000. Samtidig er intervensjonsfrekvensen med keisersnitt stabil ved 16-17% over de siste 15 årene, til tross for et parallelt økende antall risikograviditeter (eldre kvinner med medfølgende medisinske sykdommer, gravide med svangerskapsdiabetes og innvandrer). Fosterovervåking ved risikofødsler, som er ensbetydende med STAN på de fleste avdelinger i Norge, har også bidratt til disse gode resultatene.

Fremfor alt etterlyser vi – som i tidligere tilsvarende til Einar Lande – en vitenskapelig dokumentasjon på at tilsvarende resultater er oppnådd ved bruk av *CTG alene*, som Øian synes å ønske seg tilbake til, eller i kombinasjon med skalpblod analyse. Målet til referansegruppen er å bidra til høy kvalitet i fosterovervåking i Norge. Fosterovervåking er vanskelig og kompleks, med potensielt store konsekvenser for mor og barn. Vi vet at det å oppnå en god forståelse av fødselens fysiologi; å bli trygg i tolkning av overvåkningsfunn og formidling til kolleger, er en krevende oppgave. Vi oppfatter ikke Øians innlegg som et positivt bidrag i dette viktige arbeidet.

Referanser:

- Blix E, Brurberg KG, Reierth 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;95(1):16-27.
- Blix E, Brurberg KG, Reierth E, Reinart LM, Oian P. Statistical significance is not necessarily equal to clinical significance. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(10):1192.
- Seikku L, Gissler M, Andersson S, Rahkonen P, Stefanovic V, Tikkanen M, et al. Asphyxia, Neurologic Morbidity, and Perinatal Mortality in Early-Term and Postterm Birth. *Pediatrics.* 2016;137(6).
- Hafstrom M, Ehnberg S, Blad S, Noren H, Renman C, Rosen KG, et al. Developmental outcome at 6.5 years after acidosis in term newborns: a population-based study. *Pediatrics.* 2012;129(6):e1501-7.
- Malin GL, Morris RK, Khan KS. Strength of association between umbilical cord pH and perinatal and long term outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2010;340:c1471.
- Kelly R, Ramaiah SM, Sheridan A, Cruickshank H, Rudnicka M, Kissack C, et al. Dose-dependent relationship between acidosis at birth and likelihood of death or cerebral palsy. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2017.
- Nettside, Norsk Gynekologisk Forening 2015. Available from: http://legeforeningen.no/PageFiles/232482/151118_US_RCT_kommentar.pdf.
- Nettside, Norsk Gynekologisk Forening 2017. Available from: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/stan/Nyheter/Uendret-CTG-klassifikasjon-i-Norge/>.
- Olofsson P, Noren H, Carlsson A. New FIGO and Swedish intrapartum cardiotocography classification systems incorporated in the fetal ECG ST analysis (STAN) interpretation algorithm: agreements and discrepancies in cardiotocography classification and evaluation of significant ST events. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018;97(2):219-28.
- Westgate J, Harris M, Curnow JS, Greene KR. Plymouth randomized trial of cardiotocogram only versus ST waveform plus cardiotocogram for intrapartum monitoring in 2400 cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;169(5):1151-60.
- Amer-Wahlén I, Kjellmer I, Marsäl K, Olofsson P, Rosén KG. Swedish randomized controlled trial of cardiotocography only versus cardiotocography plus ST analysis of fetal electrocardiogram revisited: analysis of data according to standard versus modified intention-to-treat principle. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(9):990-6.
- Westerhuis ME, Visser GH, Moons KG, Zuithoff N, Mol BW, Kwee A. Cardiotocography plus ST analysis of fetal electrocardiogram compared with cardiotocography only for intrapartum monitoring: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2011;117(2 Pt 1):406-7.
- Ojala K, Värasmäki M, Mäkilä K, Valkama M, Tekay A. A comparison of intrapartum automated fetal electrocardiography and conventional cardiotocography - a randomised controlled study. *BJOG-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2006;113(4):419-23.

- Vayssiére C, David E, Meyer N, Haberstick R, Sebahoun V, Roth E, et al. A French randomized controlled trial of ST-segment analysis in a population with abnormal cardiotocograms during labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(3):299.e1-6.
- Belfort MA, Saade GR, Thom E, Blackwell SC, Reddy UM, Thorp JM, Jr., et al. A Randomized Trial of Intrapartum Fetal ECG ST-Segment Analysis. *N Engl J Med.* 2015;373(7):632-41.
- Kessler J, Yli BM, Stray-Pedersen B, Jacobsen AF, Saugstad OD, Henriksen T. Why did the authors perform a meta-analysis of studies with primary endpoints they consider clinically unimportant? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(5):606-7.
- Wiberg-Itzel E, Lippuner C, Norman M, Herbst A, Prebensen D, Hansson A, et al. Determination of pH or lactate in fetal scalp blood in management of intrapartum fetal distress: randomised controlled multicentre trial. *BMJ.* 2008;336(7656):1284-7.
- 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;93(6):571-86.
- 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;95(10):1190-1.
- Saccone G, Schuit E, Amer-Wahlén I, Xodo S, Berghella V. Electrocardiogram ST Analysis During Labor: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Obstet Gynecol.* 2016;127(1):127-35.
- Neilson JP. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;12:CD000116.
- Haheim LL, Albrechtsen S, Berge LN, Bordahl PE, Egeland T, Henriksen T, et al. Breech birth at term: vaginal delivery or elective cesarean section? A systematic review of the literature by a Norwegian review team. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(2):126-30.
- 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;92(1):75-84.
- Norén H, Blad S, Carlsson A, Flisberg A, Gustavsson A, Lijla H, et al. STAN in clinical practice--the outcome of 2 years of regular use in the city of Gothenburg. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(1):7-15.
- 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;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;156(1):35-40.
- Timonen S, Holmberg K. The importance of the learning process in ST analysis interpretation and its impact in improving clinical and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2018.

Ref: 1. HRT Patient Survey in Finland and Sweden, April 2017, Kapiolani on behalf of Gedeon Richter. 2. Lenzetto felleskatalogen 21.03.2018. 3. John E. Buster, MD, William D. Koltun, MD, Maria Luz G. Pascual, MD, et al. Low-dose estradiol spray to treat vasomotor symptoms. Obstet Gynecol 2008;111:1343–51. 4. Morton et al. Steady-state PK following application of transdermal estradiol spray. J Clin Pharmacol 2009;49:1037-1046

Lenzetto «Gedeon Richter»Østrogen. ATC-nr.: G03C A03. Reseptgruppe C. Reseptbelagt preparat

TRANSDERMALSPRAY, oppløsning 1,53 mg/spraydose: Hver spraydose (90 µl) inneholder: Østradiolhemihydrat 1,58 mg tilsv. østradiol 1,53 mg, oktisalal, etanol. **Indikasjoner:** Sekvensiell hormonsubstitusjonsterapi (HRT) ved symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner (hos kvinner med minst 6 måneder siden siste menstruasjon eller kirurgisk menopause, med eller uten intakt uterus). Begrenset erfaring hos kvinner >65 år. **Dosering:** Gis 1 gang daglig, enten som monoterapi eller som kontinuerlig sekvensiell behandling (i kombinasjon med progestogen). 1 spraydose gis på underarmen 1 gang daglig på tørr og frisk hud. Dosen kan ved behov økes til 2 daglige spraydoser. Doseøkning bør baseres på grad av menopausale symptomer etter minst 4 uker kontinuerlig behandling. Maks. daglig dose er 3 spraydoser (4,59 mg/dag). Laveste effektive dose med kortest mulig varighet bør benyttes. Hvis graden av menopausale symptomer ikke reduseres etter en doseøkning, skal pasienten titreres tilbake til foregående dose. Behov for fortsatt behandling skal evalueres regelmessig etter klinisk behov (med 3-6 måneders intervaller). **Kvinner med intakt uterus:** Preparatet skal kombineres med et gestagen for å redusere risikoen for endometriekreft. Bare gestagen godkjent som tillegg ved østrogenbehandling bør gis. Østrogeten doseres kontinuerlig. Gestagenet gis sekvensielt i minst 12-14 dager i hver 28-dagers syklus. Råd om hvordan behandlingen startes skal gis til behandlingsnaive pasienter og pasienter som bytter fra andre HRT (sykliske, sekvensielle eller kontinuerlige kombinerte). I perioden hvor østrogeten kombineres med gestagen kan det forekomme en bortfallsblødning. En ny 28-dagers syklus påbegynnes uten opphold. **Kvinner uten uterus:** Med mindre det foreligger en tidligere endometriose diagnose, anbefales ikke gestagentilskudd. **Glemt dose:** Se bort fra den glemte dosen og ta neste dose til vanlig tid. Glemt dose kan øke muligheten for gjennombruddsblødning og spotting. **Spesielle pasientgrupper:** **Overvekt:** Begrensede data tyder på at absorpsjonsgrad og -hastighet kan reduseres ved overvekt. Dosejustering kan være nødvendig i løpet av behandlingen. **Administrering:** Appliseres på innsiden av underarmen. Sprayboksen skal holdes rett opp og vertikalt ved spraying. Ved førstegangsbruk skal pumpen klargjøres ved å spraye 3 ganger med hetten på. Dersom foreskrevet daglig dose er 2 eller 3 spraydoser, skal disse påføres nærliggende ikke-overlappende (side ved side) 20 cm² områder på innsiden av armen mellom albuen og vristen. Ved plassmangel kan preparatet også appliseres på den andre underarmen, eller på innsiden av låret. Hudområdene lufttørkes deretter i ca. 2 minutter. Absorpsjonen av østradiol ved applikasjon på innsiden av underarmen er tilsvarende applikasjon på huden på låret, men er lavere ved applikasjon på huden på abdomen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Genital blødning av ukjent årsak. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller nåværende venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjent trombofile lidelser (f.eks. protein C-, protein S-, eller antitrombinmangel. Aktiv eller ny arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom, eller tidligere leversykdom, så lenge leverfunksjonstestene ikke har gått tilbake til normalt nivå. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Behandling av postmenopausale symptomer bør kun initieres når symptomene har negativ effekt på livskvaliteten. Grundig nytte-/risikovurdering bør foretas minst 1 gang årlig, og behandlingen bør bare fortsette så lenge fordelene oppveier risikoen. Data ved behandling av prematur menopause er begrenset, men risiko hos yngre kvinner er lavere enn hos eldre. **Medisinsk undersøkelse/oppfølging:** Før innledning eller genopptagelse av behandling bør en fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas. Klinisk undersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas på grunnlag av anamnese, kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Under behandlingen anbefales regelmessige kontroller som tilpasses hver enkelt mht. frekvens og hva som bør undersøkes. Kvinnen bør få råd angående hvilke endringer i brystene som skal rapporteres til lege eller sykepleier. Undersøkelser, inkl. egnede billediagnostiske metoder, f.eks. mammografi, bør utføres iht. gjeldende aksepterte screeningpraksis, tilpasset den enkelte kliniske behov. **Tilstander som trenger oppfølging:** Dersom noen av følgende tilstander er til stede, nylig har forekommet og/eller er forverret under graviditet eller ved tidligere hormonbehandling, bør pasienten følges opp nøye (det bør tas i betraktning at disse tilstandene kan komme tilbake eller forverres under behandlingen): Leiomyomer (uterine fibromyomer) eller endometriose. Risikofaktorer for tromboemboliske sykdommer, for østrogenavhengige tumorer, f.eks. arvelig brystkreft i direkte nedadstigende linje. Hypertensjon. Leversykdom (f.eks. leveradenom). Diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner. Gallestensykdom. Migrene eller (alvorlig) hodepine. Systemisk lupus erythematosus. Tidligere endometriehyperplasi. Epilepsi. Astma. Otoklerose. **Årsaker til umiddelbar seponering av behandlingen:**

Seponeres dersom en kontraindikasjon oppdages, samt ved gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant blodtrykkstigning, nye anfall av migrene lignende hodepine eller graviditet. **Endometriehyperplasi og karsinom:** Hos kvinner med intakt uterus øker risikoen for endometriehyperplasi og karsinom 2-12 ganger (avhengig av behandlings- varighet og østrogendose) når østrogen blir gitt alene over lengre perioder. Etter avsluttet behandling kan risikoen forbli forhøyet i minst 10 år. Tillegg av et gestagen syklisk i minst 12 dager pr. 28-dagers syklus, eller kontinuerlig kombinert østrogen-gestagenbehandling hos ikke-hysterektomerte kvinner, forebygger den økte risikoen. Sikkerhet for endometriet ved tilleggsbehandling med gestagen er ikke påvist. Gjennombruddsblødning og spotting kan forekomme i løpet av de første behandlingsmånedene. Dersom gjennombruddsblødning eller spotting oppstår etter en viss behandlingstid, eller vedvarer etter at behandlingen er avsluttet, bør årsaken undersøkes, noe som kan inkludere en endometriebiopsi for å utelukke malignitet i endometriet. Østrogetenstimulering alene kan gi premaligne eller maligne endringer i gjenværende endometriosevev. Tilleggsbehandling med gestagener bør derfor vurderes ved østrogen-substitusjonsbehandling hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, hvis det er kjent at de har residual endometriose. **Brystkreft:** HRT med kombinert østrogen-gestagen, og muligens også ved østrogen alene, øker risiko for brystkreft, avhengig av HRT-behandlingens varighet. Kombinert østrogen-gestagenbehandling: Økt risiko for brystkreft viser seg etter ca. 3 år. Behandling med østrogen alene: Ingen økt risiko for brystkreft hos hysterektomerte kvinner som brukte HRT-behandling med østrogen alene. En liten økning i risiko for brystkreft; vesentlig lavere enn ved bruk med østrogen-gestagenkombinasjoner. Den økte risikoen viser seg etter få års bruk, men går tilbake til utgangspunktet innen få (maks. 5) år etter avsluttet behandling. HRT, spesielt behandling med kombinasjoner av østrogen-gestagen, øker tettheten på mammografiske bilder, noe som kan virke negativt ved radiologisk påvisning av brystkreft. **Ovarialkreft:** Epidemiologiske funn antyder noe økt risiko for ovarialkreft ved HRT med østrogen alene eller østrogen-progestogen i kombinasjon. Økt risiko vises innen 5 år, og avtar over tid etter avsluttet bruk. Noen studier tyder på at bruk av kombinerte former for HRT kan være forbundet med lik eller noe lavere risiko. **Venos tromboembolisme:** HRT er assosiert med 1,3-3 ganger økt risiko for utvikling av venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Det er høyest risiko det første året. Risikofaktorer for VTE omfatter kjent trombofili, høy alder, omfattende kirurgi, langvarig immobilitet, fedme (BMI >30 kg/m²), graviditet/postpartum periode, systemisk lupus erythematosus (SLE) og kreft. Hos postoperative pasienter bør profylaktiske tiltak vurderes for å hindre VTE etter inngrepet. Dersom langvarig immobilisering vil etterfølge planlagt kirurgi, anbefales det å seponere HRT midlertidig 4-6 uker i forveien. Behandlingen bør ikke gjeninnsettes før kvinnen er fullstendig mobilisert. Hos kvinner uten VTE i anamnesen, men med førstegradsslekting med trombose i ung alder i anamnesen, kan screening tilbyes etter nøye rådgivning vedrørende begrensninger (bare en andel av trombofile defekter identifiseres ved screening). Hvis en trombofil defekt identifiseres og samsvarer med trombose hos familiedømmer, eller hvis defekten er alvorlig (f.eks. antitrombin-, protein S- eller protein C-mangel eller en kombinasjon av defekter), er HRT kontraindisert. Kvinner som allerede får kronisk antikoagulasjonsbehandling trenger nøye nytte-/risikovurdering ved bruk av HRT. Hvis VTE utvikles etter at behandlingen er startet, skal legemidlet seponeres. Pasienten skal rådes til å kontakte lege umiddelbart, ved potensielt tromboembolisk symptom (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselige smerter i brystet, pustebesvær). **Koronar arteriell sykdom (CAD):** Risiko for CAD er noe økt ved bruk av kombinert HRT med østrogen-gestagen. Risiko for CAD øker med høyere alder. Ingen økt risiko for CAD hos hysterektomerte kvinner som får behandling med østrogen alene. **Iskemisk slag:** Behandling med kombinert østrogen-gestagen og østrogen alene er forbundet med opp til 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativ risiko endres ikke med alder eller tid etter menopause. Siden risikoen for slag ved baseline er sterkt aldersavhengig, vil imidlertid den samlede risikoen for slag hos kvinner som bruker HRT øke med alder. **Visuelle forstyrrelser:** Vaskulær trombose i retina er sett hos kvinner som får østrogen. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart, og det skal avventes undersøkelse for å se om det er et plutselig partielt eller fullstendig synstap, eller en plutselig oppstått protopse, diplopi eller migrene. Hvis undersøkelse påviser papilloedem eller vaskulære lesjoner i retina, skal østrogen seponeres permanent. **Andre tilstander:** Østrogen kan forårsake væskeretensjon. Pasienter med nedsatt hjerte- eller nyrefunksjon bør derfor observeres nøye. Kvinner med tidligere hypertriglyseridemi bør følges nøye under behandlingen, da sjeldne tilfeller av pankreatitt som skyldes kraftig økning av triglyserider i plasma ved bruk av østrogenbehandling ved denne tilstanden er rapportert. Østrogener øker thyreoideabindende globulin (TBG) og gir økt

totalkonsentrasjon av sirkulerende thyreoideahormon. Konsentrasjon av fritt T₄ og fritt T₃ er uforandret. Andre bindingsproteiner, som kortikosteroidbindende globulin (CBG) og kjønnsormonbindende globulin (SHBG), kan være økt i serum, noe som gir økte nivåer av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnssteroider. Konsentrasjon av fritt eller biologisk aktivt hormon forblir uforandret. Andre plasmaproteiner kan bli forhøyet (angiotensinogen/reninsubstrat, alfa-1-antitrypsin, ceruloplasmin). Det er sett økt risiko for demens hos kvinner som starter kontinuerlig behandling med kombinert HRT eller HRT med østrogen alene etter fylte 65 år. **Brennbart alkoholbasert produkt:** Unngå ild, flamme og røyking inntil sprayen har tørket. **Påføring av solkrem:** Når solkrem påføres ca. 1 time etter Lenzetto, kan østradiolabsorpsjonen reduseres med 10%. Når solkrem påføres ca. 1 time før Lenzetto, er det ikke sett effekt på absorpsjonen. **Forhøyet hudtemperatur:** Økt temperatur i omgivelsene gir ca. 10% forskjell i østradiolabsorpsjonen. Denne effekten anses ikke å være klinisk relevant for daglig bruk. Forsiktighet utvises ved ekstreme temperaturbetingelser, som f.eks. solbadning eller sauna. **Barn og ungdom:** Brystutvikling hos prepubertale jenter og tidlig utviklet pubertet og gynecomasti og brystvev hos prepubertale gutter er sett etter utilsiktet sekundæreksposering for preparatet. I de fleste tilfellene gikk tilstanden tilbake etter at eksponeringen var fjernet. Lege bør kontaktes ved mistanke om eksponering for preparatet og ev. forholdsregler tas for å forhindre dette. **Eksponeringsbeskyttelse:** Applikasjonsstedet må dekkes med tøy hvis en annen person kan komme i kontakt med hudområdet etter at sprayen har tørket. Applikasjonsstedet skal ikke vaskes på 60 minutter. Ikke la en annen person røre applikasjonsstedet i 60 minutter etter applikasjonen. Ikke la barn komme i kontakt med applikasjonsstedet. Hvis et barn kommer i kontakt med applikasjonsstedet, må barnets hud vaskes med såpe og vann så snart som mulig. Ikke tillat kjæledyr å slikke eller berøre applikasjonsstedet. Små kjæledyr kan være spesielt sensitive. Kontakt veterinær hvis kjæledyret viser tegn på forstørret bryst/brystvorte og/eller vulvahevelse, eller andre tegn på sykdom. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ingen interaksjonsstudier er utført. Metabolisering av østrogener kan øke ved samtidig bruk av legemidler kjent for å indusere legemiddelmetaboliserende enzymer, spesielt CYP450-enzymene, som antiepileptika og antimikrobielle midler. Ritonavir og nelfinavir kan også, selv om de er kjent som kraftige hemmere, i motsetning vise induserende egenskaper når de brukes samtidig med steroidhormoner. Naturlegemidler som inneholder johannesurt (prikkerprikum) kan indusere metabolismen til østrogener (og gestagener). Ved transdermal tilførsel unngås effekten av førstepassasjemetabolismen i leveren. Transdermal tilførsel av østrogen påvirkes derfor mindre av enzyminduserende preparater. Økt metabolisme av østrogener og gestagener gir redusert effekt og endringer i vaginal blødningsprofil. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Hvis graviditet oppstår skal behandlingen seponeres umiddelbart. Epidemiologiske studier mht. utilsiktet føtal eksponering for østrogener, indikerer ingen teratogene eller fosterskadelige effekter. **Amning:** Skal ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Abdominalmerter, kvalme. Hud: Utslett, kløe. Kjønnsganer/bryst: Uterin/vaginal blødning inkl. spotting, metroragi. Nevrologiske: Hodepine. Undersøkelser: Økt vekt, redusert vekt. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi. Hjerte/kar: Palpasjoner, hypertensjon. Hud: Erythema nodosum, urticaria, hudirritasjon. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjon. Infeksiøse: Vaginal infeksjon. Kjønnsganer/bryst: Smerter i brystene, ømhet i brystene, misfarging av brystene, utflod fra brystene, cervikale polypper, endometriehyperplasi, ovariecyste. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Nevrologiske: Svimmelhet, vertigo. Psykiske: Nedsatt stemningsleie, insomni. Undersøkelser: Økt GGT, økt kolesterol i blodet. Øre: Vertigo. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Ødem, smerter i armhulen. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Oppblåsthet, oppkast. Hud: Hirsutisme, akne. Kjønnsganer/bryst: Dysmenoré, premenstruelt-lignende syndrom, brystforstørrelse. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer. Nevrologiske: Migrene. Psykiske: Angst, redusert libido, økt libido. Øye: Intoleranse overfor kontaktlinser. Øvrige: Fatigue. **Ukjent frekvens:** Hud: Alopeci, kloasme, hudmisfarging. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Kvalme og brekninger, ømhet i brystene, svimmelhet, smerter i abdomen, tretthet/fatigue og seponeringsblødning. **Behandling:** Seponering og relevant symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogener G03C på www.felleskatalogen.no. **Oppbevaring og holdbarhet:** Skal ikke oppbevares i kjøleskap eller fryses. Må brukes innen 56 dager etter første gangs åpning. Oppbevares ved høyst 25°C. Inneholder etanol som er brennbart. Skal ikke oppbevares i nærheten av varmekilder, åpne flammer eller andre antennelseskilder. **Pakninger og priser (pr. 17.04.2018):** 56 spraydoser (sprayboks) kr 120,40. 3 × 56 spraydoser (sprayboks) kr 288,80. **Basert på SPC godkjent av SLV: 12.05.2016**



En av de største nyhetene innen østrogenbehandling de det siste tiåret.

Usynlig^{2,3}



Nøyaktig dosering^{2,3}

Kleber ikke^{2,3}

Lenzetto® – en ny transdermal østrogenbehandling i sprayform til behandling av symptomer som følger menopause. Sprayen er klebefri, usynlig og har en presis dosering som kan tilpasses etter individuelle behov. Gir en stabil plasmakonsentrasjon i 24 timer.⁴



Kjære FUGO-medlemmer!

Av Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder

FUGO har hatt en travel vinter og vår. Arbeid for prosedyrelister, ny kampanje for strukturert laparoskopitrening på boks og kursforberedelser har stått i fokus.

#Spesialish #jatilprosedyrelister

Det er sommer! FUGO har hatt en travel og morsom vinter og vår. I arbeidet for prosedyrelister har vi samarbeidet tett med de andre LiS-foreningene - de fleste av dem har oppstått de siste par årene. FUGO er en grand old lady i samarbeidet, og det er utrolig fint å kjenne på at vi er en solid organisasjon med et velfungerende styre! Prosedyrelistesaken viser hvor viktig det er med LiS-foreninger og det er veldig fint at dette har blitt et formalisert organisasjonsledd innen alle spesialiteter. Vi har jobbet i sosiale medier, skrevet kronikker til tradisjonelle medier, jobbet opp mot Legeforeningen for å få til et landsstyrevedtak for prosedyrelister (hvilket man skulle tro burde være en smal sak, men som krever sin kvinne og mann) og endog forsøkt å påvirke politikerne våre. Det foregår mye på mange nivåer, og det er utrolig givende å se hva man kan få til når vi står sammen. Tusen takk til alle som stilte opp på bilder – det ble en megahit på Facebook! Hvilket resultat innsatsen gir, vet vi mer om når denne lederen trykkes – dere skal i hvert fall vite at vi har gitt jernet!

Kampanje

Svært viktig denne våren er også planleggingen av den nye kampanjen vår. Det begynner å bli en stund siden Gi kniven videre, og vi tror tiden er moden for ny innsats. Marianne gjør en kjepejobb som primus motor og leder for kampanjekomiteén, og har fått med seg Ane Bergquist og Renate Torstensen som komitémedlemmer. På overlegesiden stiller Klaus Oddenes og Siri Skrøppa som veiledere. For dem som ikke allerede er informert, dreier det seg altså om en kampanje for å implementere strukturert laparoskopitrening på boks på de sykehusene som er

interesserte i å være med. Modellen utarbeides på bakgrunn av den man har brukt med stor suksess i Tønsberg de siste årene, og som ble presentert på TGED i 2017. Kampanjen har fått det passende navnet "Boksen går!" For å være med, kreves en interessert LiS og en overlege per sykehus, samt en god del vilje fra ledelsen for å få dette til å fungere. Responsen har vært overveldende, og viser et klart behov for og ønske om denne type kampanje. Nå krysser vi fingre og tær for midler fra kvalitetsfondet til Legeforeningen. Uten midler blir det ingen kampanje, men hvis ikke dette får penger, hvem får da? Dette blir kvalitetsøkning så det holder, for både overleger, LiS og pasienter!

FUGO-kurs

Tradisjonen tro, arrangerer vi kurs før årsmøtet. På grunn av mye forvirring rundt begrepene forkurs versus formøter, vil kurset heretter bli omtalt som FUGO-kurset. Som de foregående par år, holdes det onsdagen i årsmøteuka, dvs. 24. oktober. Vi har valgt "Kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet" som tema, og har snekret sammen et veldig fint program med dyktige foredragsholdere. Hilde er kursgeneral og holder en stødig hånd over det hele. Jeg er helt sikker på at vi går ut av den dagen mange hakk klokere enn vi gikk inn i den. Man kan søke om kursdeltakelse på Legeforeningens kurssider, og søknadsfrist blir i august

FUGO holder altså koken. Til høsten er to av plassene i styret på valg. Ta kontakt på Facebook hvis du har lyst til å jobbe med oss, så videreformidler vi kontakt med valgkomiteén. Det anbefales på det varmeste å henge med oss :-)

fødsel og oppfølging postpartum for de nevnte pasientgrupper. Vi håper på mange spørsmål fra deltakerne og gode diskusjoner med foreleserne. Husk påmelding på Legeforeningens kurssider. Vi minner også om at når du deltar på dette kurset vil du få dekket reiseutgiftene til Oslo via Utdanningsfond III, og dermed minimere evt. utgifter i forbindelse med årsmøtet. Dette pleier å være et svært populært kurs, og med årets tema tar vi sikte på nye deltakerrekorder. Vi gleder oss i hvert fall masse til å se dere!

Husk! Påmelding på legeforeningens kurssider.

FUGO kurs 24. oktober 2018, Rikshospitalet – Kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet.

Tradisjonen tro vil FUGO arrangere et dagskurs for LIS i forkant av Årsmøtet. Årets overskrift er «Kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet» og kurset holdes ved Rikshospitalet 24. oktober 2018. Vi har invitert flere flinke og entusiastiske forelesere utenfor vårt fagområde, og mener programmet blir svært spennende. Følg med i kurskatalogen! Målet er å gi et innblikk i hvordan kvinner med blant annet alvorlige hjertesykdommer, nyresykdommer, inflammatoriske bindevevssykdommer og epilepsi behandles i svangerskapet. Det vil legges vekt på både pregestasjonell veiledning, oppfølging i svangerskapet, planlegging av

"BOKSEN GÅR!" – LAPAROSKOPITRENING FOR LIS

Er du overlege og usikker på hva LIS'en du skal laparoskopere med i morgen kan fra før? Eller er du LIS og ivrer etter å vise at timene på D-boksen har gitt uttelling? Eller er du kanskje LIS og skulle ønske at du hadde fått tørrtrent mer sånn at du følte deg tryggere på operasjonsstuen og slapp mer til når du først hadde sjansen? "Boksen går!" – Laparoskopitrening for LIS – er en kampanje i regi av FUGO med mål om å implementere og inspirere til strukturert laparoskopitrening for LIS ved enhver gynekologisk avdeling i Norge.

Av Ane Bergquist, Renate Torstensen og Marianne Omtvedt

STRUKTURERT LAPAROSKOPITRENING

Nå som laparoskopi er førstevalget fremfor åpen kirurgi ved de fleste gynekologiske inngrep, kreves det høyere kirurgisk kompetanse hva gjelder spesifikke motoriske ferdigheter og øye/hånd koordinasjon. Dette krever en innsats også utenfor operasjonsstuen, men i en travel sykehushverdag er det de færreste avdelingene som har dette implementert i arbeidshverdagen. Med et strukturert opplæringsprogram skal basale ferdigheter i laparoskopi sikres og skape trygge utdanningskandidater i gynekologi og obstetrikk. Dette vil igjen kunne bedre laparoskopiferdighetene til den enkelte LIS og videre øke pasientsikkerheten.

De siste årene har stadig flere gynekologiske avdelinger hatt økt fokus på laparoskopitrening for LIS utenfor operasjonsstuen, dvs. tørrtrening på boks/simulator. Ved for eksempel Sykehuset i Vestfold har man siden 2015 drevet med strukturert veiledet trening i laparoskopi, hvor det arrangeres faste ukentlige treninger for LIS med veileder samt at det er utarbeidet krav til egentrening og sertifisering. Økt fokus på laparoskopitrening gjenspeiler seg også via matnyttige kurs, bare det siste året har Endoskopiutvalget arrangert to populære kurs i praktisk endoskopi, et i laparoskopisk adnexkirurgi og et basalkurs, hvor sistnevnte ble avholdt i mai i år.

De fleste LIS ønsker å trene mer på laparoskopiske ferdigheter, men spørsmålene mange fort stiller seg er: Hvor skal det trenes? Hvilke øvelser skal det trenes på? Når skal det trenes? Hvem kan veilede treningen? Noen avdelinger mangler nødvendig utstyr å trene på, andre har utstyret tilgjengelig, men det blir likevel ikke brukt til regelmessig opplæring. Dette ønsker FUGO å gjøre noe med!

SAMARBEID MED KONTAKTPERSONER LOKALT

"Boksen går!" skal gjennomføres i samarbeid med kontaktpersoner lokalt, helst 1 LIS og 1 overlege fra hver avdeling. Dette har vært annonsert på FUGO og Norsk Gynekologisk Forening sine facebook-sider og interessen for kampanjen er stor! Oppstart av kampanjen blir i løpet av høsten 2018 og kontaktpersonene inviteres i første omgang til et felles informasjonsmøte over sommeren hvor opplæringsprogrammet introduseres. Det legges opp til regelmessig laparoskopitrening for LIS, både på egenhånd og under veiledning

av erfaren operatør. Timer skal loggføres og det utarbeides forslag til sertifisering i basale laparoskopiferdigheter.

Det er søkt om økonomiske midler til kampanjen via "Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet" og rett før dette nummeret av Gynekologen gikk i trykken, kom gladmeldingen om at fondsutvalget bevilger midler til "Boksen går!"

PROSJEKTGRUPPEN

Både Norsk Gynekologisk Forening og Endoskopiutvalget støtter seg bak "Boksen Går!". Prosjektgruppen består av Ane Bergquist (LIS, Sykehuset i Levanger, medlem FUGO), Renate Torstensen (LIS, Nordlandssykehuset Bodø, medlem Spesialitetskomiteen) og Marianne Omtvedt (LIS, Oslo Universitetssykehus, nestleder FUGO). Veiledere for kampanjen er Klaus Oddenes (seksjonsoverlege, Haugesund sjukehus, leder for Endoskopiutvalget), Anne Veddeeng (overlege, Haukeland universitetssykehus, medlem av Endoskopiutvalget) og Siri Skrøppa (overlege, Sykehuset i Vestfold).

Vi i Prosjektgruppen har stor tro på "Boksen går!" og håper at kampanjen kan bidra til å skape trygge utdanningskandidater i laparoskopi samt inspirere til strukturert laparoskopitrening for LIS. Kampanjen vil kreve betydelig egeninnsats lokalt, men vi anser nytteverdien som stor for alle. For deg som overlege er det en trygghet å vite at LIS'en du opererer med har trent regelmessig og behersker basale ferdigheter i laparoskopi, det gjør det også lettere å la LIS'en få slippe til på laparoskopiske inngrep med gradvis økende vanskelighetsgrad. Som LIS vil du merke at regelmessig trening raskt gir resultater og at overføringsverdien til laparoskopiske inngrep er stor.

Følg gjerne med på FUGO sin facebook-side for jevnlige oppdateringer om "Boksen går!". Vi mangler fortsatt kontaktpersoner ved enkelte gynekologiske avdelinger, bl.a. ved sykehuset i Østfold, Gjøvik, Molde, Kristiansund og Namsos - så hiv deg rundt dersom din avdeling ønsker å være med fra start!

Ved spørsmål er det bare å ta kontakt med en av oss i Prosjektgruppen, send mail til: fugokampanje@gmail.com

Aktuelt fra spesialitetskomiteen

Av Renate Torstensen, Nordlandssykehuset Bodø og medlem av spesialitetskomiteen

Den nye spesialistutdanningen er under ferdigstilling. Arbeidet pågår i de ulike RHF'ene, og prosessen er som før noe uoversiktlig. Læringsaktiviteter og vurderingsformer var ikke slutført fra spesialitetskomiteens side i versjonen som er sendt ut til helseforetakene men vi har nå blitt bedt om å komme med innspill her. Samtidig vet vi at det allerede jobbes med dette lokalt. Mange involverte, ulike lokale tilpasninger, men forhåpentligvis blir det bra til slutt. For oppdatert informasjon se her: [lis-utdanning.info](#)

Vi stilte med to representanter på seminar om spesialistutdanning for leger ved Soria Moria 2-3/5. Mange viktige tema ble tatt opp, temperaturen var til tider svært høy, spesielt når tema forskriftsfesting av prosedyrelister ble diskutert. Helselederen var tilstede og argumenterte mot forskriftsfesting da dette vil kunne gi mindre fleksibilitet og "binder" LIS'ene. Han presiserte videre at det ikke finnes forskningsmessig evidens for at prosedyrelister må forskriftsfestes. Han beroliget salen ved å uttrykke at prosedyrelistene fortsatt skal være tungt normerende og at det skal opprettes et system for å overvåke at det etterlevs. Disse argumenter ble møtt med unison protest fra salen. Et samlet fagmiljø for de prosedyreutvalgte spesialiteter er enige om at prosedyrelistene MÅ forskriftsfestes. KRF har fremmet et såkalt dokument 8-forslag

for behandling i Stortinget i Juni som vi vil følge spent med på: «*Stortinget ber regjeringen sikre kvaliteten i spesialistutdanningen for leger gjennom standardisering og nasjonale krav til læringsaktiviteter*». Kontakt oss dersom dere ønsker mer utfyllende referat fra seminaret!

I den nye spesialistforskriften presiseres det at Spesialitetskomiteene fortsatt skal gi faglige råd til Helsedirektoratet i saker om spesialistgodkjenning og spesialistutdanning. Helsedirektoratet skal be om råd ved utarbeidelse av forslag til endringer i vedlegg om læringsmål samt rådspørres ved godkjenning og vurdering av utdanningsvirksomheter. Vi skal altså fortsatt besøke dere rundt omkring i landet!

Spesialitetskomiteen møtes neste gang under NFOG og skal da samle trådene i jobben med forslag til læringsaktiviteter samt planlegge møte med representanter for utdanningsutvalgene under årsmøtet i Oslo i oktober. Ta kontakt med oss hvis dere vil diskutere noe eller har innspill!

På vegne av spesialitetskomiteen, Renate Torstensen



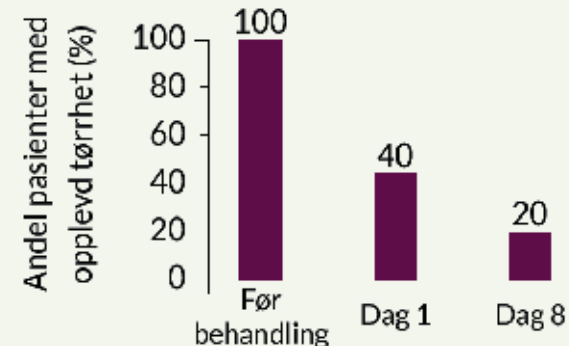
Remisoft®

– en hormonfri pleiende vaginalkrem til behandling av symptomer ved tørr skjede

Remisoft tilfører fuktighet til slimhinnen, samt at lipider styrker og mykgjør hudbarrieren. I tillegg virker *Hamamelis virginiana*-vann (Trollhassel) på slimhinnenes overflate og styrker den fysiske barrieren. Dermed oppnås lindring og gjenoppretting av tørre og irriterte slimhinner, som kan gi kløe, svie eller smerter ved samleie.



Remisoft reduserer vaginal tørrhet



Figur: I en åpen intervensjonstudie bruket 20 kvinner i overgangsalderen (54 – 76 år) med vaginal tørrhet Remisoft hver dag i behandlingsperioden. Tørrhet i skjeden ble karakterisert med egenrapportering. Figuren er modifisert fra ref¹ av Sana Pharma Medical.

Remisoft vaginalkrem

Den beskyttende fysiske barrieren bidrar til:

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

⊕ Kan fås reseptfritt på apotek

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

Remisoft® 50 g krem (med applikator). Reseptfri, pleiende vaginal fuktighetskrem uten hormoner. Medisinsk utstyr, klasse IIa. Til behandling av ubehag pga. tørrhet i skjede og ytre intimområder (følelse av tørrhet, brennende følelse, smerter ved samleie eller kløe). Påføres 1g/dag. Anbefales opphold i 2 dager etter 30 dagers bruk. Kun i samråd med lege ved uttalte sympt. eller ved en vaginal infeksjon. Det mangler data for bruk av Remisoft ved graviditet/ amming. Unngå bruk rett etter fødsel og ved allergi mot innholdsstoffer. Les bruksanvisningen før bruk.

Referanse1: Henneiche-von Zepelin HH et al., Clinical trial shows lasting function of a new moisturizing cream against vaginal dryness. Wien Med Wochenschr.2017;167(7-8):189-195

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



Reisebrev fra Iran 21.-29. april 2018

Endometriosekirurgi i Teheran

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

Under ESGE i Tyrkia i fjor ble jeg kjent med dr. Shaheen Khazali, iransk gynekolog og endometriose spesialist. Han har spesialisert seg i minimal invasiv kirurgi og jobber mest med endometriose og bekkenbunnsmerter. Han driver et privat endometriosecenter i Woking utenfor London og drar i tillegg 2 ganger i halvåret til Teheran en uke om gangen for å hjelpe til med vanskelige endometrioseoperasjoner på et privat sykehus. Jeg var så heldig å bli invitert med til Teheran for å se han operere. Samme uken vi var der ble det arrangert en 3 dagers internasjonal kongress i Teheran om "Reproduction" hvor en sesjon var viet endometriosebehandling.

Moheb Kowsar hospital er et anerkjent privatsykehus i Teheran som i dag driver med alle typer kirurgi og infertilitetsbehandling. Dr. Khazali har de siste 4 årene bygget opp et endometrioseteam bestående av fire kvinnelige gynekologer (bare kvinner får bli gynekologer i Iran, innført etter revolusjonen), en kolorektal kirurg, en urolog, ultralydspesialist og et smerteteam. Enda to gynekologer skal nå få opplæring og bli med i teamet.

Det var planlagt 25 (!) endometriose inngrep uken vi skulle være der, alle med utbredt endometriose og flere med tarminfiltrasjon. Alle pasientene var nøye utredet på forhånd av de to lokale gynekologene med klinisk undersøkelse og ultralyd. Dr. Khazali hadde forberedt alle casene før han kom ned og Skypet med hver enkelt pasient. Samtlige pasienter med mistanke om infiltrasjon i tarm eller blære hadde også snakket med kolorektal/ urologisk kirurg forut for inngrepet og blitt informert om risiki for komplikasjoner etc.

De operert 4-5 pasienter hver dag, startet kl. 0800 og avsluttet når man var ferdig, to av dagene først kl. 2000. Ingen strykninger. Den lengste operasjonen tok 7 timer. Alle pasientene, unntatt en, hadde utbredt endometriose, mange med store endometriom og kissing ovaries. De fleste pasientene ville bevare uterus pga fortsatt barneønske selv om flere av dem var mellom 42-47 år. I Iran er det meste tillatt mhp ART; inseminasjon, eggdonasjon, surrogati og prenatal diagnostikk.



Dr. Shaheen Khazali instruerer



Endometrioseteamet ved Moheb Kowsar Hospital



Avskjedsmiddag med teamet

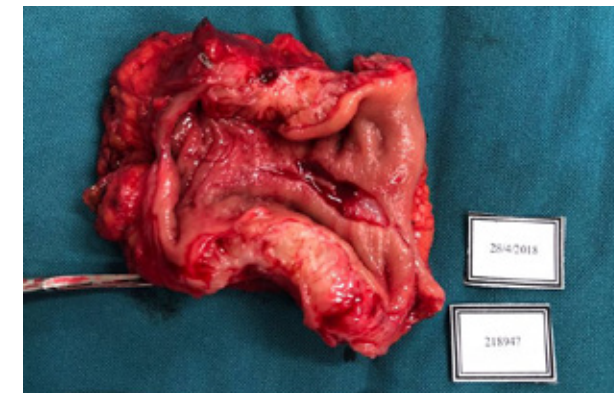
Uken jeg var der ble det gjort 6 tarmanastomoser (4 lav fremre), 4 shaving, 2 blæreseksjoner og en ureter reimplantasjon. Alt utført med laparoskopisk teknikk. Standard tilnærming på alle inngrep og ingen peroperative komplikasjoner. De fleste dro hjem dagen etter. Pasientene med tarmreseksjon lå inne 3 dager.

Dr. Khazali har nå gjort over 700 av disse operasjonene i Teheran. Alle pasientene er registrert i en database og operasjonene er filmet. Endometrioseknutene ved tarmreseksjon er målt opp og fotografert. De hadde en egen sykepleier som tok seg av all registrering, var ansvarlig for videoopptak (laget alltid to kopier) og utfylling av remisser til preparat. Svært lav komplikasjonsrate. Resultatene vil bli publisert om ikke så lenge. Standardiserte team hvor operasjonssykepleiere ofte var kamerafører og assistent. Alle ble tatt inn til kontroll postoperativt.

"The 4th international congress on reproduction" var mest infertilitetsorientert, men vi holdt alle innlegg om endometriose og i tillegg ble det arrangert en videosesjon med live overføring (foredrag) fra dr. Malzoni i Napoli, dr. Mabrouk i Bologna og dr. Thomas fra Sør Afrika.

Jeg og en egyptisk/engelsk kollega som også var på besøk, fikk en fantastisk mottagelse. Omvisning i byen av lokale kolleger, i moske, på basar, restaurantbesøk samt invitasjon til private hjem. Trafikk kaos i byen med 12 millioner innbyggere gjorde sight-seeing dog noe vanskelig. Jeg "skulket" dog 2 dager og dro på besøk til Isfahan hvor jeg bodde privat og fikk oppleve Irans gjestfrihet til det fulle.

En opplevelse som kan anbefales på det varmeste!



Tarmpreparat med tydelige endometrioseknuter



Moske besøk i Teheran

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

VAGINALTABLETT
Donaxyl®
dekvaliniumklorid

Referanser: 1. Produktresumé Donaxyl. www.felleskatalogen.no 2. Weissenbacher ER, et al. A Comparison of Dequalinium Chloride Vaginal Tablets (Fuomizin®) 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. Antiinfektiv til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A C05. Står ikke på WADAs dopingliste. **VAGINALTABLETTER 10 mg:** Hver vaginaltablett inneh.: 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 gjenoppas 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. Fores langt inn i skjeden ved leggetid om kvelden. Inføring er lettest i en tilbakelest stilling med bena litt bøyd. I sjeldne tilfeller når skjeden er svært tørr, kan vaginaltablettet fuktes med en dråpe vann før innføring. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Sår i vaginalt epitel og i skjededelen av livmorhalsen. Skal ikke brukes av unge jenter som ikke har hatt sin første menstruasjon. **Forsiktighetsregler:** For å minimere eksponering hos nyfødte, bør vaginaltablett 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 (vaginalskylling) 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/nyfodt 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): Infeksiøse: Vaginal candidiasis. Kjønnsganer/bryst: Vaginalutflod, vulvovaginal pruritus, vulvovaginal sviende følelse. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Infeksiøse: Bakteriell skjedekatarr, soppinfeksjon i huden, vulvitt, vulvovaginit. Kjønnsganer/bryst: Vaginale blodninger, vaginalsmerter. Nevrologiske: Hodepine. Ukjent frekvens: Infeksiøse: Blærekatarr. Kjønnsganer/bryst: Sår og maserasjon i vaginalt epitel, uterusblødning, rødhet, vaginal tørrhet. Øvrige: Feber, allergiske reaksjoner. **Overdosering/Forgiftning:** Bruk av høyere daglig dose enn angitt kan gi sår i skjeden. Vaginal skylling kan ev. utføres. **Egenskaper:** Klassifisering: Kinolinderivat. Overflateaktivt stoff som virker lokalt i skjeden. Virkningsmekanisme: Øker bakteriecellens permeabilitet, og påfølgende tap av enzymaktivitet gir celledød. Bakteriedrepende aktivitet treffer innen 30-60 minutter. Vanligvis følsomme 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 nedadrettet 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

¹) Gjelder forhåndsgodkjent refusjon. For informasjon om individuell stønad, se HELFO.
²) Reseptgruppe. Utleveringsgruppe.

Hva er 'normale hormonprøver'?



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

Et av de vanligste spørsmålene i gruppen 'HORMONER OG ENDOMETRIOSE' er om tolkning av hormonsvar, spesielt ved sekundær amenore, men også tolkning av hormonprøver i overgangsalderen kan være en utfordring.

Hormonsvar

I svar fra hormonlaboratoriet kan noen prøver være merket fordi verdien faller utenfor laboratoriets normalområde. Andre ganger er det ingen markeringer og svaret tolkes som normalt fordi verdien ligger innenfor et bredt normalområde. I henvisning fra kolleger kan leses at 'hormonstatus er tatt og alt var normalt'. Men var det nå normalt?

Basal utredning

Basal utredning ved amenore er: FSH, LH,

østradiol (samt TSH og prolaktin). Hvis man ser på laboratorienes normalverdier er de ganske ulike ved de forskjellige laboratoriene (tabell 1). I dag er det bare Aker Sykehus (Oslo) som angir østradiol i nmol/L, og verdien skal ganges med 1000 for å få pmol/L. I min hjerne må det være enkle huskereglene som det fremgår av 'Mettes huskeliste', men hvor jeg i bakhodet husker at alle tre verdier (LH, FSH og østradiol) omkring ovulasjon har en topp som går høyt over normalområdet (*).

Klinikk er viktig

Å tolke basisutredning 'østradiol/FSH/LH' kan bli en utfordring for å få det til å passe inn i systemet og dra en konklusjon. Her er det viktig også å se på klinikken. Hvis det er normal syklus er det avgjørende å vite hvilken dag i syklus prøvene er tatt, og helst vite når hun fikk menstruasjon etter prøvetaking. Hos en kvinne med **normal syklus** (25-35 dager) har det liten hensikt med prøvetaking, da man anta at hormonene er i orden. Et unntak kan være undersøkelse av 'ovarialreserven'

Tabell 1.	Normalverdier fra de største laboratorier i Norge				
	Aker Sykehus ¹	Haukeland Sykehus	St Olavs Hospital	Stavanger Sykehus	'Mettes huskeliste'
FSH IU/L					
Follikkelfase	<12	3-11	3-17	3-8	
Midtsyklus	15-30	6-21	5-26	3-17	<10*
Lutealfase	<12	1-9	2-10	1-6	
Postmenopausal	>20	22-153	18-184	27-133	>20
LH IU/L					
Follikkelfase	<14	1-12	1-14	2-12	
Midtsyklus	14-100	17-77	11-133	8-89	<10*
Lutealfase	<14	<15	1-12	1-11	
Postmenopausal	>15	11-40	4-73	5-62	
Østradiol pmol/L					
Follikkelfase	90-210	143-1615	50-850	77-921	>200*
Midtsyklus	430-2200		150-1460	140-2382	
Lutealfase	270-1050		80-1250	77-1145	
Postmenopausal	<120	<38	<37	<103	<100

¹ Aker Sykehus (OUS) opererer med østradiol-verdier i nmol/L (1 nmol=1000 pmol), det er omregnet i tabellen. *påminnelse om høye verdier ved ovulasjon

med østradiol og FSH tatt syklusdag 2-3 (hvor østradiol bør være lavere enn ca 220 pmol/L og FSH lavere enn 12 IU/L), men ved denne problematikken har vi i dag større nytte av AMH.

Amenore og østradiol

Ved amenore (uavhengig av årsak) kan vi regne med at hormonene ligger stabile uten sykliske svingninger, noe vi oppdager ved gjentatte prøvetakinger. Selv om alle resultater ligger i normalområdet for tidlig follikkelfase, vil det totalt sett likevel være unormalt. Gjennomsnittsverdi av **østradiol** i en normal syklus vil være 2-3 ganger verdien av østradiol-nivået i tidlig follikkelfase. Østrogenmangel vil dessuten avsløres ved at endometriet er tynt og at gestagentesten er negativ.

PCOS

Å finne årsaken til amenore og/eller østrogenmangel er neste utfordring. Jeg lærte i sin tid at vanligste årsak til amenore hos kvinner i fertil alder er **PCOS**. Det er på mange måter en klinisk diagnose hvor det egentlig kun er testosteron og SHBG som er aktuelle analyser. Østradiol/FSH/LH inngår ikke i Rotterdam-kriteriene for diagnose. Ved 'standardutredningen' for amenore vil man ofte finne lett forhøyet LH>FSH (men glem det med 'dobbeltså høy!'), og østradiol-nivåer er oftest som midt i follikkelfasen, altså ikke helt i bunn. Det vises ved en positiv gestagentest, hvor Provera gitt i for eksempel 10 dager gir bortfallsblødning. De 'basale prøver' ved PCOS er ofte helt normale, og likevel er det ved PCOS en markant hormonforstyrrelse.

Normo/hypogonadotrop-hypogonadisme eller overordnet svikt

Ved amenore med lav østradiol (<200) blir

spørsmålet om hva som er årsaken. Er svikten primært i ovariet eller er ovariesvikten sekundær til manglende stimulasjon fra hypofyse-hypotalamus? Det vil de tre basale prøvene gi svar på.

Ved lav østradiol med FSH og LH under 10-12 betegnes tilstanden som **hypogonadotrop-hypogonadisme**, men egentlig skulle det betegnes **normo/hypogonadotrop-hypogonadisme**, for ofte vil LH og (spesielt) FSH være i normalområdet. Jeg har etter hvert forstått hvorfor kolleger har problem med å tolke denne hormonkonstellasjon med lav østradiol og FSH og LH i normalområdet. Man søker etter verdier som er lavere enn det normale for å kunne stille diagnosen overordnet svikt ('hypo-hypo'). Det er ikke lave verdier av FSH og LH man skal lede etter, men man skal utelukke høye verdier. Som det ses av tabell 1, har Aker tatt konsekvensen av dette og angir ikke nedre normalområde. **Det viktigste for å dokumentere 'overordnet svikt' er at FSH og LH ikke er forhøyet.** Årsaken til denne tilstanden er at det ikke er kontakt mellom hypofyse/hypotalamus og ovarier, de normale feed-back mekanismer er ute av drift, f.eks. ved slanking eller trening.

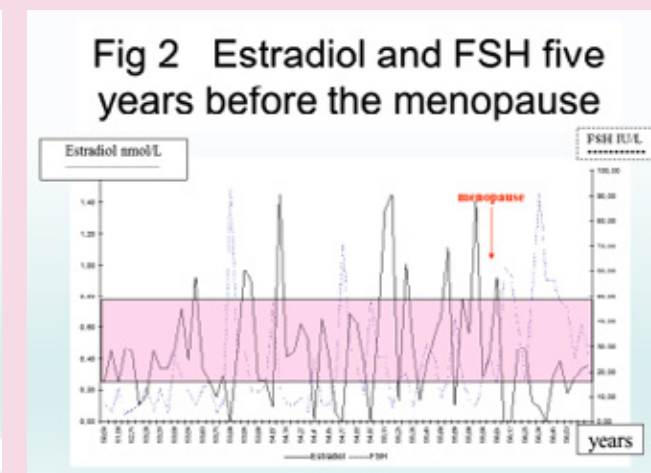
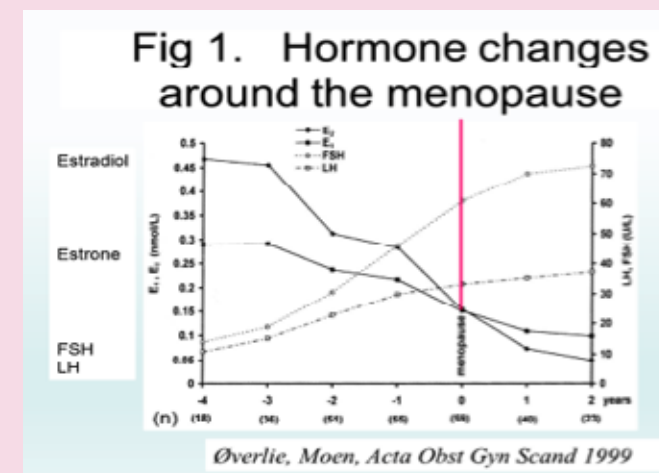
Hypergonadotrop hypogonadisme eller primær ovariesvikt

Det er tilsynelatende enklere problemstilling når det ved amenoreutredning foreligger lavt østradiol med høy FSH og høy LH, altså hypergonadotrop hypogonadisme. Det tolkes som primær ovariesvikt som sannsynligvis er irreversibel. Men her kan man gå i vannet. Høy FSH og enda høyere LH ses ved ovulasjon, men da er LH>FSH, og østradiol er også høy. Ved ovariesvikt er FSH>LH (og begge høye) og østradiol er lav. Mange av

oss har sikkert opplevd å avvise en infertilitet med slikt hormonresultat (høy FSH og lav østradiol) og har fortalt at hun er kommet i overgangsalder og ikke har mulighet for å bli gravid og så gitt henne HRT. Noen tid etterpå kommer hun tilbake og er gravid! Det har foreligget forbigående 'ovarian resistant syndrome'. Når det dreier seg om hypergonadotrop hypogonadisme hos yngre (under ca 40 år) er mitt råd ikke å bruke uttrykket 'overgangsalder', men 'svikt av eggstokken' som kan være forbigående og gi dem 5-10 % håp om graviditet. Fenomenet kan også ses etter cellegift til yngre kvinner. Vær oppmerksom på at en enkelt prøve med høy FSH og lav østradiol ikke er konklusivt for menopause. Hormonene kan svinge fra måned til måned.

Perimenopausal hyperøstrogenisme

Ved gjennomsnittundersøkelser hos perimenopausale kvinner ser det ut som østradiol faller jevnt i 2-3 år før menopause (figur 1), men det er ikke tilfelle. Et lite kjent fenomen er 'perimenopausal hyperøstrogenisme' som refererer til at det i årene før menopause ofte skjer store svingninger i østradiol, med til dels høye verdier. Det ses i figur 2 med målinger fra en enkelt kvinne i årene før menopause hvor det rosa feltet viser området hvor man normalt finner østradiol-nivået. Ved å se på enkeltverdier i Inger Øverlies materiale (figur 1) hvor prøver var tatt tilfeldig i syklus hos ca. 50 perimenopausale, hadde 50% av kvinnene østradiol-verdier mellom 500 og 1000 pmol/L (0,5-1,0 nmol/L) og 15 % hadde verdier over 1000 pmol/L (1,0 nmol/L) med høyest målte verdi på 2760 pmol/L (2,76 nmol/L). Man skal altså ikke bli skremt av høy østradiol perimenopausal og mistenke at det kan foreligge østrogenproduserende tumor. Ta nye prøver etter en måneds tid.



En forklaring på dette fenomenet er at inhibin B reduseres, FSH øker og flere follikler modnes og produserer østradiol, eller at en ny dominant follikkel med østradiol-produksjon utvikler seg allerede i lutealfasen. Det viser at mange kvinner har rikelig med østrogen premenopausalt og motbeviser myten om at kvinner har østrogenmangel allerede fra 40 års alderen.

Hormonprøver under hormonbehandling

Å måle hormoner under bruk av p-pille med etinyløstradiol har liten hensikt. Man vil finne lave gonadotropiner med typisk LH<FSH og østradiol ofte under nedre måleområde. Østradiol kan måles under behandling med gestagen hvor nivået typisk ligger som midt i follikkelfasen. Østradiol bør måles ved behandling av kvinner med prematur ovariesvikt hvor nivået helst bør komme over 250 pmol/L (0,250 nmol/L). Ved østrogenbehandling i klimakteriet er prinsippet å bruke laveste dose som gir

symptomlindring, og behandlingen følges ikke med hormonverdier.

Progesteron

Litt om 'progesteronmangel'. Det tas alt for mange progesteronprøver til ingen nytte. Progesteron over 5-7 nmol/L er tegn på at det har vært ovulasjon innenfor de siste 14 dager. Ved langvarig amenore (og derved anovulasjon) er det lite sannsynlig at hun nylig har ovulert, og evt. ovulasjon vil dessuten avsløres ved menstruasjon eller graviditet innen to uker. Mange henger seg opp i at progesteron er under 'det normale' av verdien i lutealfasen. I mer enn halvparten av sykklus er progesteron lav, det er normalt. Dessverre gir 'lav progesteron' grobunn for helt unødvendig behandling med ymse progesteronpreparater, ikke minst såkalt 'bioidentisk' progesteron som progesteronkrem. Om begrepet 'lutealsvikt' eksisterer, hersker det tvil. Progesterontilskudd innen IVF synes å være eneste behandlingsindikasjon.

Avslutning

Her har jeg gjennomgått basisutredning med FSH, LH og østradiol. Tre enkle prøver som er nyttige, men som likevel kan være vanskelige å tolke fordi de må ses i sammenheng og relateres til klinikken. Ved henvisning og i journalen bør analyseresultatene noteres med verdier, ikke med at 'de har vært normale', for tidligere tolkning kan ha vært feil. Hormonanalyser er et nyttig verktøy, men det må brukes med fornuft og logikk.

Invitasjon

Velkommen til å presentere og diskutere utfordringer innen gynekologisk endokrinologi på nettstedet HORMONER OG ENDOMETRIOSE

<https://legeforeningen.no/Community/Grupper/Grupp?clubId=327>

Effektiv egenbehandling AV KONDYLOMER^{1,2}



5% krem
AldaraTM
Imiquimod

C Aldara «Meda»

Immunstimulerende middel

ATC-nr.: D06B B10

T KREM 5%: 1 g inneh.: Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, cetylalkohol, stearylalkohol, hvit myk parafin, polysorbit 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylhydroksybenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, renset vann. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflattisk basalellekreft (sBCC) hos voksne. Klinisk karakteristisk, ikke-hyperkeratotisk, ikke-hypertrofisk aktinisk keratose (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller aksepterbareheten av kryoterapi og når andre lokale behandlingsalternativer er kontraindisert eller ukjente. **Dosering:** Påføringshyppighet og behandlingsvarighet er forskjellig for hver indikasjon. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** Voksne: Bør påføres før sengetid 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag eller tirsdag, torsdag og lørdag). Kremen bør være på huden i 6-10 timer. Behandling bør fortsette til synlige genitale eller perianale kondylomer er forsvunnet, eller i maks. 16 uker ved hvert utbrudd. Median tid til tilheling hos menn og kvinner er hhv. 12 og 8 uker. Påsmøring av innvendige områder skal unngås. Menn som ikke er omskåret, som behandler vorter under forhuden, må trekke forhuden tilbake og vaske området daglig. **Overflattisk basalellekreft:** Voksne: Kremen påføres før sengetid 5 ganger pr. uke (f.eks. mandag til fredag) i 6 uker. Nok krem til å dekke hele behandlingsområdet skal benyttes, inkl. 1 cm av huden rundt tumoren. Kremen bør være på huden i ca. 8 timer. Behandlingseffekten skal vurderes 12 uker etter avsluttet behandling. Ved fullstendig tilheling, bør en annen behandling benyttes. **Aktinisk keratose:** Voksne: Behandlingen skal startes og følges opp av lege. Kremen påføres før normal sengetid 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag) i 4 uker. Kremen bør være på huden i ca. 8 timer. Nok krem til å dekke hele behandlingsområdet skal benyttes. Etter 4 uker uten behandling, vurderes det behandlede området av legen for å bestemme om keratosen er fjernet, ev. gjentas behandlingen i ytterligere 4 uker. Maks. enkeltdose er 1 pose. Maks. anbefalt behandlingstid er 8 uker. Ved intense lokale inflammatoriske reaksjoner eller infeksjon i behandlingsområdet, bør det vurderes å avbryte behandlingen. I sistnevnte tilfelle skal de adekvate tiltak iverksettes. Hver behandlingsperiode skal ikke overstige 4 uker, inkl. ev. glemt dose eller hvileperioder. Ved ufullstendig respons ved oppfølging 4-8 uker etter 2. behandlingsperiode, skal alternativ behandling benyttes. **Glemt dose:** Ved glemt dose kan kremen påføres så snart pasienten husker det og så fortsette med normal plan. Kremen skal ikke påføres mer enn 1 gang i døgnet. **Spesielle pasientgrupper:** Barn og ungdom: Anbefales ikke til bruk hos barn. Tilgjengelige data på bruk hos barn og ungdom ved godkjente indikasjoner finnes ikke. Bør ikke brukes hos barn med molluscum contagiosum pga. manglende effekt. **Administrering:** Kontakt med øyne, lepper og nesbor skal unngås. Pasienten bør vaske behandlingsområdet med mild såpe og vann og tørke det godt før påføring av kremen. Kremen skal gnis inn i behandlingsområdet til kremen forsvinner. Hvor lenge kremen skal være på avhenger av indikasjon, se ovenfor. Ungudd og bading mens kremen er på, Kremen fjernes med mild såpe og vann. Det er viktig at kremen fjernes på denne måten etter at de respektive tidsperioder for hvor lenge kremen skal være påført, er avsluttet. Påføring av for mye krem eller forlenget kontakt med huden, kan medføre uttalte lokale reaksjoner. En engangspose er nok til å dekke et område på 20 cm². Etter påføring bør den åpne pose ikke gjenbrukes. Hendene skal vaskes før og etter applisering. Se pakningsvedlegg for detaljert bruksanvisning. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** **Utvortes genitale vorter, overflattisk basalellekreft, aktinisk keratose:** Kan gi oppblussing av eller forverring av inflammasjonslister i huden. Brukes med forsiktighet ved autoimmune sykdommer. Nytte/risiko bør vurderes hos slike pasienter. Brukes med forsiktighet hos organtransplanterte og nytte av behandlingen bør vurderes mot risiko for organavstøtning eller -graft-versus-host-reaksjon. Bør ikke brukes for tilheling etter annen kirurgisk eller farmakologisk behandling. Påføring på sår kan gi økt systemisk absorpsjon og økt risiko for bivirkninger. Okklusiv behandling av kondylomer anbefales ikke. Intense inflammasjonsreaksjoner med erosjoner/væskende hud kan forekomme etter kun få appliseringer. Influensalignende tegn/symptomer kan forekomme før eller etter lokale inflammasjonsreaksjoner, ev. seponering bør vurderes. Brukes med forsiktighet ved reduserte hematologiske reserver. **Utvortes genitale vorter:** Begrenset erfaring ved behandling av vorter under forhuden hos menn som ikke er omskåret. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosis, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjering. Behandling av denne gruppen anbefales kun hos menn som er i stand til å ivareta god daglig forhudshygiene. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. øro- og sårdannelse, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet med å trekke forhuden tilbake. Ved slike symptomer skal behandlingen stoppes umiddelbart. Kremen er ikke testet for behandling av interne genitale vorter og perianale veneriske vorter og anbefales ikke til behandling av kondylomer i urethra, vagina, cervix eller rektum. Behandling skal ikke startes i områder med åpne sår. Ved en ikke-tolerbar hudreaksjon, bør kremen vaskes av med mild såpe og vann. Behandling kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har avtatt. Risiko for utvikling av uttalte hudreaksjoner kan øke ved bruk av høyere doser enn anbefalt. I sjeldne tilfeller er det observert uttalte lokale reaksjoner som har krevd behandling eller vært forbigående funksjonshemmende, ved bruk av anbefalt dosering. Hos kvinner, hvor slike reaksjoner har oppstått ved urinarrensningen, har reaksjonene hos enkelte medført vanskeligheter med vannlating og i enkelte tilfeller har kateterisering vært nødvendig. Ingen klinisk erfaring med bruk umiddelbart etter annen lokal farmakologisk behandling av kondylomer. Kremen bør vaskes av før seksuell aktivitet. Kan svekke kondomer eller pessarer, samtidig bruk bør derfor unngås. Alternativ prevensjon bør vurderes. Hos immunsupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrensede data har vist en økt vortetilheling hos hiv-positive pasienter. Til tross for dette har ikke kremen vist seg å være så effektiv mht. å fjerne vorter hos denne pasientgruppen. **Overflattisk basalellekreft:** Hudområdet som behandles bør beskyttes mot sollys. Ikke undersøk ved behandling av basalellekreft innenfor et område på 1 cm fra øyelokk, nese, lepper eller hårfeste. Under behandling og til fullstendig tilheling, vil behandlet hudområde trolig fremstå tydelig forskjellig fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men avtar vanligvis i intensitet under behandling eller forsvinner når behandlingen er avsluttet. Det er sammenheng mellom fullstendig tilheling og intensitet av lokale hudreaksjoner (f.eks. erytem). Lokale hudreaksjoner kan være relatert til stimulering av lokal immunrespons. Hvis pasientens ubehag eller alvorlighetsgrad av lokal hudreaksjon er uttalt eller det oppdages infeksjon i behandlingsområdet, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandling kan gjenopptas når hudreaksjonen har avtatt. Ingen erfaring med bruk ved tilbakevendende og tidligere behandling av basalellekreft. Behandling av tidligere behandlede tumorer anbefales ikke. Store tumorer (>7,25 cm²) responderer sannsynligvis ikke. **Aktinisk keratose:** Lesjoner som er klinisk atypiske eller som gir mistanke om kreft, bør undersøkes med vevsprøve for å bestemme egnet behandling. Imiquimod er ikke evaluert for behandling av aktinisk keratose (AK) på øyelokkene, inne i neseborene eller ørene eller leppeområdet innenfor vermiliongrensen. Begrensede data vedrørende behandling av AK i andre anatomiske områder enn ansikt og hodebunn. Tilgjengelige data vedrørende behandling av AK på underarm og hender gir ikke grunnlag for anbefaling av slik bruk. Behandling anbefales ikke ved AK-lesjoner med markert hyperkeratose eller hypertrofi, slik ved f.eks. kutanese horn. Under behandling og inntil tilheling vil påvirket hud trolig skille seg merkbart ut fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse reaksjonene avtar generelt i intensitet under behandling eller forsvinner etter at behandlingen er avsluttet. Intensitet av lokale hudreaksjoner (f.eks. erytem) har sammenheng med den fullstendige fjerningshastigheten. Lokale hudreaksjoner kan være relatert til stimulering av lokal immunrespons. Hvis pasientens ubehag eller intensiteten av lokal hudreaksjonen krever det, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandling kan gjenopptas når hudreaksjonen er moderert. Behandlingseffekt vurderes 4-8 uker etter avsluttet behandling. Manglende klinisk erfaring med bruk ved svekket immunsystem. Manglende data vedrørende gjentatt behandling av AK som er fjernet etter 1-2 behandlingsperioder og deretter dukker opp igjen. Slik gjentatt behandling anbefales ikke. Studier tyder på at full fjerning skjer langsommere ved >3 AK-lesjoner, enn ved <3 AK-lesjoner. Inneholder cetylalkohol, stearylalkohol, metyl- og propylhydroksybenzoat, som kan gi allergiske reaksjoner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se D06B B10. Benyttes med forsiktighet ved samtidig immunosuppressiv behandling. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. Dyreforsøk antyder ikke direkte eller indirekte skadevirkninger på graviditet, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller utvikling etter fødselen. **Amning:** Det må tas en beslutning om amning skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) er detektert i serum etter enkle eller multiple lokalt appliserte doser. **Bivirkninger:** De fleste hudreaksjonene var milde/moderate i alvorlighetsgrad, og ble borte innen 2 uker etter seponering. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** Svært vanlige (<1/10): Hud: Pruritus og smerter på påføringsstedet. Vanlige (<1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Brennende følelse og irritasjon på påføringsstedet. Infeksiøs: Infeksjon.

Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige** (<1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Abdominal smerte, diaré, oppkast, rektal forstyrrelse, rektal tenesmus. Hjerte/Kar: Rødming. Hud: Kløe, dermatitt, follikulitt, erytematøst utslett, ekssem, utslett, økt svetting, urticaria. Infeksiøs: Herpes simplex, genital candidiasis, vaginitt, bakteriell infeksjon, soppinfeksjon, øvre luftveisinfeksjon, vulvitt. Kjønnssorganer/lyst: Genital smerte (menn), penisforstyrrelse, dyspareuni, erektil dysfunksjon, utero vaginal prolaps, vaginalsmerte, atrofisk vaginitt, vulvoforstyrrelse. Luftveier: Faryngitt, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, ryggmerter. Neurologiske: Parestezi, svimmelhet, migræne, døsighet. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnleset, depresjon. Stofskifte/emærning: Anoreksi. Øre: Tinnitus. Øvrige: Pyreksi, influensalignende symptomer, smerte, asteni, malaise, rigor. **Overflattisk basalellekreft:** Svært vanlige (<1/100): Hud: Pruritus på påføringsstedet. Vanlige (<1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerte, brennende følelse, irritasjon, blødning, erytem, papula, parestezi, utslett. Infeksiøs: Infeksjon, pustula. Muskel-skjelettsystemet: Ryggmerter. **Mindre vanlige** (<1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme, munntørhet. Hud: Dermatitt, reaksjoner på påføringsstedet: usondring, inflammasjon, ødem, skorpedannelse, hudnedbrøyt, vesikler, hevelse. Psykiske: Irritabilitet. Øvrige: Influensalignende symptomer, døsighet. **Aktinisk keratose:** Svært vanlige (<1/10): Hud: Pruritus på påføringsstedet. Vanlige (<1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerte, brennende følelse, irritasjon, reaksjon, erytem. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter, ledssmerter. Neurologiske: Hodepine. Stofskifte/emærning: Anoreksi. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige** (<1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Diaré. Hud: Aktinisk keratose, erytem, ødem i ansikt, hudsår, reaksjoner på påføringsstedet: dermatitt, blødning, hyperestesi, ødem, papula, parestezi, skorpedannelse, arr, vesikler, varmefølelse, hevelse, sår. Infeksiøs: Infeksjon, pustula, rhinitt, influensa. Luftveier: Neseforstoppelse, faryngolaryngale smerter. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremitetene. Psykiske: Depresjon. Øye: Irritasjon av konjunktiva, ødem på øyelokk. Øvrige: Pyreksi, asteni, rigor, ubehag, inflammasjon. **Alle indikasjoner:** **Ukjent frekvens:** Blod/lymfe: Nedsett nivå av hemoglobin, hvite blodceller, nøytrofile granulocytter og blodplater, forhøyet nivå av leverenzymer. Hud: Lokal hypo- og hyperpigmentering, erytema multiforme, Stevens Johnsons-syndrom, kutan lupus erythematosus. Øvrige: Hårførfall, forverring av autoimmun sykdom. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. minimal per kutan absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan gi alvorlige lokale hudreaksjoner. Kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber kan forekomme etter utilsiktet oralt inntak av 200 mg. Hypotensjon har forekommet etter inntak av >200 mg. Blodtrykk kan normaliseres ved oral eller i.v. vasketiltaks. Se Giftinformasjons anbefaling D06B B10. **Egenskaper:** **Virkningsmekanisme:** Modifiserer immunrespons. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor på responderende musceller. Har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er det vist effekt mot virusinfeksjoner. Virker som et anti-tumorstoff prinsipielt ved å induisere alfa-interferon og andre cytokiner. **Absorpsjon:** <0,9%. **Utskillelse:** Hurtig via urin ca. 66% og feces ca. 33%. **Pakninger og priser:** 5 %, 12 x 0,25 g (dosepose), kr 719,70.

Sist endret: 01.07.2015.

Refusjonsberettiget bruk: Lokalbehandling av mindre overflattisk basalellekreft (sBCCs) hos voksne. Aktiniske keratoser: Flere enn 10 behandlingskrevende klinisk karakteristiske, ikke-hyperkeratotiske, ikke-hypertrofiske aktiniske keratoser (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller aksepterbareheten av kryoterapi. Ved imittuse. **Refusjonskode:**

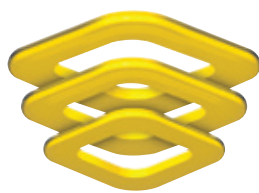
ICPC		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
B99	Immunsvikt INA	31, 136
S77	Basalcellekarzinom	167
S80	Soluttest keratose/solforbrenning	54, 136

ICD		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
C44	Andre ordartede svulster i hud	167
D80	Immunsvikt med overveiende antistoffmangel	31,136
D81	Kombinert immunsvikt	31,136
D82	Immunsvikt forbundet med andre større defekter	31,136
D83	Vanlig variabel immunsvikt	31,136
D84	Annen immunsvikt	31,136
L57.0	Aktinisk keratose	54,136

Vilkår:

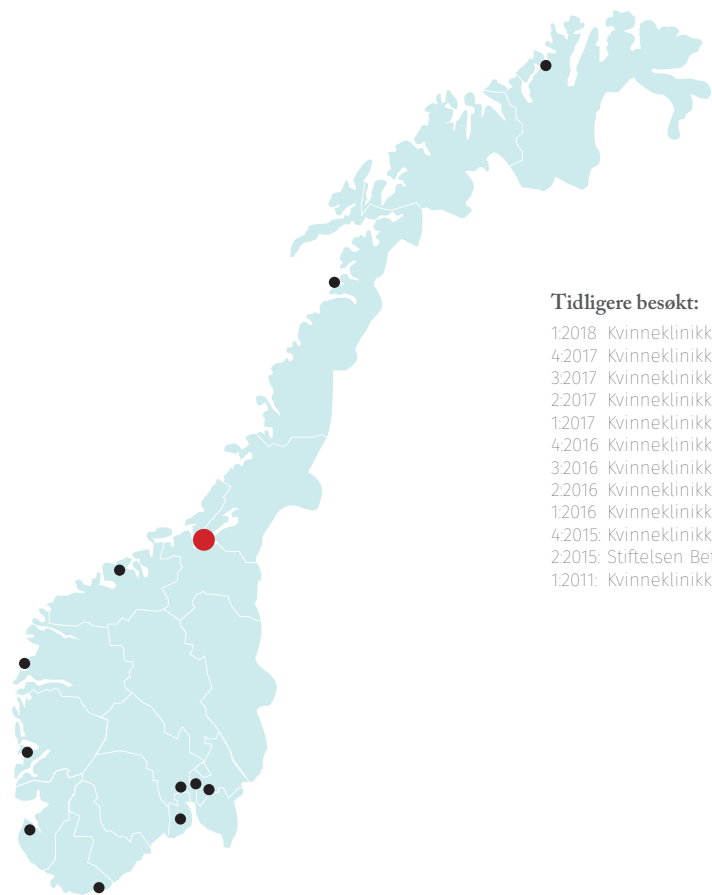
31 Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på resept.p.z
54 Skal være instituert av spesialist i hud og veneriske sykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet.
136 Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.
167 Refusjon ytes kun i tilfeller der eksisjonskirurgi er vurdert som uegnet eller uønsket av særlige kosmetiske hensyn.

Referanse: 1 Edwards L, et al. Arch Dermatol 1998; 134(1): 25-30. 2 Gollnick H et al. Int J STD AIDS 2001; 12: 22-28.



BetmigaTM
mirabegron



**Tidligere besøkt:**

1:2018 Kvinneklubben Rikshospitalet
 4:2017 Kvinneklubben ved Bærum Sykehus
 3:2017 Kvinneklubben ved Sørlandet sykehus – Kristiansand
 2:2017 Kvinneklubben Haugesund Sjukehus Helse Fonna HF
 1:2017 Kvinneklubben ved Helse Møre og Romsdal – Ålesund
 4:2016 Kvinneklubben ved Sykehuset i Vestfold Tønsberg
 3:2016 Kvinneklubben ved Ahus
 2:2016 Kvinneklubben ved Nordlandssykehuset - 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 St.Olavs Hospital HF

Av Elisabeth Balstad Magnussen, overlege fødeavdeling, St.Olavs Hospital

Med fokus på kontinuerlig forbedring, fertilitet, avansert kirurgisk behandling og ferdighetstrening.

Trondheim, tidligere kalt Nidaros og Trondhjem, har lange historiske tradisjoner. Byen ble ifølge Olav Tryggvasons saga etablert av Olav Tryggvason i året 997, og byen feiret sitt tusenårsjubileum i 1997. Trondheim som er Norges 3.største by, har flere attraksjoner som hvert år er blant de best besøkte i Norge. Nidarosdomen midt i sentrum er et imponerende skue. Katedralens og Olav den helliges historie gjør den også til et av de mest populære pilegrimsmålne i Europa. Leden til Trondheim har status som Europeisk kulturvei, på linje med ledene til Roma og Santiago de Compostela.

Trondheim er også et sentrum for høyere utdanning, og huser det største campuset på landets største universitet. Den høyere utdanningen i Trondheim har lange historiske tradisjoner tilbake til 1767 da Vitenskapsmuseet ble opprettet. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) ble opprettet i 1996 etter en sammenslåing av Norges Tekniske Høgskole (NTH), Den Allmennvitenskapelige Høgskolen, Vitenskapsmuseet, Det

medisinske fakultet, Kunstakademiet i Trondheim og Musikkonservatoriet. I dag setter mer enn 30.000 studenter sitt særpreg på byen med egne arrangementer, konserter og er ellers rikt representert i byens uteliv.

St. Olavs hospital ble opprettet på Øya i Trondheim i 1910, under navnet Nye Trondhjem sykehus. Dette er i dag et av Norges største helseforetak og eies av Helse Midt-Norge. St. Olavs hospital er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. Hovedtyngden av virksomheten er lokalisert i Trondheim og har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. St. Olavs hospital har ca. 10 500 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner.

Kvinneklubben

Kvinneklubben ved St. Olavs Hospital ledes av Professor Kjell Åsmund Salvesen. Klubben har rundt 550 ansatte fordelt på 5



Deler av staben ved Fertilitetsseksjonen.

seksjoner: Seksjon for generell gynekologi, seksjon for obstetikk, fertilitetsseksjonen, seksjon for gynekologisk onkologi og Senter for Fostermedisin (SFM) eller Nasjonalt behandlingssenter for invasiv fosterdiagnostikk som det også heter. Det er 29 overlegehjemler ved Kvinneklubben og 10 hjemler for leger i spesialisering og i tillegg er det to forskerstillinger. Det er stor akademisk aktivitet, og seks professorater er tilknyttet avdelingen. Avdelingen har 75 senger og om lag 10,000 pasienter er innlagt årlig. Det var i 2017 rundt 3900 fødsler ved klubben. Det er høy poliklinisk aktivitet, med 51.608 konsultasjoner i 2017.

På grunnlag av avdelingens faglige bredde og den store tilgangen på pasienter, er forutsetningene gode for at leger i spesialisering sikres rikelig erfaring innen mange områder i faget. I 2016 mottok Kvinneklubben utmerkelsen for beste utdanningsinstitusjon.

Det er et godt samarbeid mellom NTNU og Kvinneklubben. Avdelingen har 14 leger med doktorgrad mens 8 leger er underveis i sitt doktorgradsløp. Dessuten er flere av avdelingens leger involvert i klinisk og pasient nær forskning. Alt fra ultralyd under fødselen, PCOS, inkontinens, descens, overgrepssymptomer, induksjoner av fødsler, fedmeforskning og sentinal node ved

gynekologisk cancer er noen av de temaene som det blir kastet lys over i faglige fora.

Fertilitetsseksjonen

Fertilitetsseksjonen ble etablert på begynnelsen av 80-tallet, og Norges første barn etter assistert befruktning ble født etter behandling på det gamle Regionsykehuset i Trondheim. Siden den gang er det født over 7000 barn etter behandling her. Ved seksjonen er det en stor og entusiastisk stab på 24 personer, inkludert leger, bioingeniører, sykepleiere og sekretærer. Det er en moderne og funksjonell lab med nye inkubatorer inkludert tre time-lapse-system hvor embryoutviklingen kan overvåkes kontinuerlig. Seksjonen hadde i fjor 837 ferske sykluser i tillegg til 509 fryse-sykluser. Det settes inn et befruktet egg i ca 98 % av behandlingene og fødselsraten per embryotransfer er ca 38 %. Vi er en OHSS (Ovarialt hyperstimuleringsyndrom)-fri klinikk. De fleste syklusene er antagonistisykluser, og ved kraftige stimuleringer induseres pasienten med GnRH-analog i stedet for HCG, uten at det reduserer graviditetsraten i behandlingen.

På grunn av kort ventetid kommer pasientene fra hele landet. Vi tilbyr søskenforsøk, og aldersgrensen er for tiden 40 år på



Strålende kolleger som utøvere i gynekologiske sommerleker

henvisningstidspunktet. Vi utreder og behandler menn med azoospermi, men vi har ikke har tilbud om donorsæd. Likekjønnede par og andre med behov for behandling med donorsæd utredes her, men henvises videre til Oslo eller Haugesund for behandling.

Fra januar 2017 har vi opprettet et tilbud om nedfrysning (vitri-fisering) av ubefruktede egg hos kreftpasienter og andre som skal gjennomgå behandling som kan redusere fertilitet.

I tillegg opererer legene på seksjonen sine egne pasienter som polikliniske hysteroskopier, laparoskopier og myomectomier. Det er et godt samarbeid med klinikkens robot-team, som bistår ved behov.

Gynekologisk onkologi

Seksjonen har regionsansvaret for gynekologisk kreftomsorg i Helse Midt-Norge, som omfatter fylkene Trøndelag og Møre og Romsdal. Det tas også imot pasienter fra Helse Nord. Seksjonen ivaretar all behandling innenfor fagfeltet. Sengenposten består av 13 heldøgns plasser hvor alle pasientene får enerom. Vi har også 4 behandlingsplasser for poliklinisk kjemoterapi.

Personalet består av 6 leger med spesialkompetanse innen gynekologisk kreft, sykepleiere, spesialiserte sykepleiere og hjelpepleiere. Seksjonen har en ESGO sertifisert lege mens ytterligere en er under sertifisering.

I 2011 startet avdelingen med robotkirurgi. Det er ustrakt bruk av denne metoden og f.eks blir nå nær 90 % av corpuscancer operasjonene utført på roboten. All robotkirurgi ved avdelingen registreres i lokale kvalitetsregistre.

Gynekologisk seksjon

Etter at Kvinneklubben flyttet inn i ny nytt bygg i 2006, har vi forandret på våre operasjonsrutiner, og nye metoder er innført. Det

«Travelt og trivelig»

Medarbeiderundersøkelsen 2018

kan her nevnes at all standard decenskirurgi, som kolporrhafier og portioamputasjoner nå blir operert dagkirurgisk med kun sedasjonsanestesi og lokalbedøvelse. Med robotkirurgi opereres kvinner med benigne lidelser som myoma uteri og sacrouteropexier.

Vi utfører robotkirurgi både på Øya og ved Orkdal sykehus, som ligger ca 40 km sør for Trondheim. Mye av småkirurgien, inkludert hysteroskopier med polypfjerning er flyttet fra operasjonssalen til egen operasjonstue i poliklinikken. Dette er spesielt en stor fordel med tanke på å få gjennomført programmet, da inngrep som gjøres i poliklinikken ikke konkurrerer med akutte keisersnitt og annen øyeblikkelig hjelp som kan medføre strykninger. Dessuten vil pasientene slippe ventetid i avdelingen før inngrepet. Med denne prioriteringen erfarer vi at både pasienter, leger og sykepleiere er langt mer fornøyde. Nytt i år er også at TVT-operasjonene opereres på den dagkirurgiske stua i poliklinikken. Seksjonen jobber kontinuerlig med pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid. Ved siden av robotkirurgien, blir all decenskirurgi og operasjoner i poliklinikken også registrert i egne kvalitetsregistre.

Senter for fostermedisin

Kvinneklubben har et av fem godkjente fostermedisinske sentre i Norge. De andre sentrene er Universitetssykehuset i Nord-Norge, Haukeland sykehus, Stavanger sykehus og OUS (Ullevål universitets sykehus og Rikshospitalet). Dette er sentra som har godkjenning for å utføre fosterdiagnostiske undersøkelser som fostervannsprøve, morkakeprøve, fosterdiagnostisk ultralyd samt dobbel- og trippeltest. Senteret er også Nasjonal behandlingstjeneste for avansert, invasiv fostermedisin. Dette omfatter blodtransfusjoner til foster, drenering av unormale væskeansamlinger hos fosteret og fosterreduksjon. Tjenesten omfatter utredning og informasjon til gravide der invasiv fosterbehandling kan være aktuelt.

Fødeavdelingen

Fødeavdelingen hadde rundt 3900 fødsler i 2017. Det har vært hos

oss som nasjonalt en nedgang i fødselstallet i løpet av fjoråret på mellom 2-3 %. Totalt er det 14 fødestuer fordelt på 2 fysisk atskilte avdelinger. Fødestuene er godt utstyrt med CTG, STAN og asfyksibord. Det er god plass og alle fødestuene har bad med badekar. Det er to fødestuer for risikofødsler som tvilling forløsninger, setefødsler og preterme fødsler. Siden det er to atskilte avdelinger, kan det til tider være vanskelig å ha full oversikt over begge avdelingene. Det er derfor opprettet en ordning med vaktkoordinator som er en svært erfaren jordmor som har 10 timer lange vakter. Vaktkoordinator mottar henvendelsene utenfra og er bindeleddet mellom de øvrige jordmødrene og legeteamet. I tillegg bistår vedkommende ved akutte hendelser på fødestuen. Dette er en ordning vi er godt fornøyd og som definitivt er kommet for å bli.

Induksjonsfrekvensen holder seg stabilt rundt 20 %. Operative vaginale forløsninger ligger rundt 8.8 %. Av disse det kun 24 barn som er blitt forløst med tang. Dette er en ønsket utvikling når nyere forskning fra blant Dr. Vølløyhaug viser at vakuumbetløsning er mest skånsomt for mors perineum på sikt. Av seteleiene gikk rundt 40 % av setene vaginalt dvs rundt 60 stykker. Sectiofrekvensen lå i 2017 på 19.3 % hvor av 1 av 3 av disse var planlagte. Den viktigste grunnen til planlagt sectio var fødselsangst eller tidligere traumatisk fødselsopplevelse. Før denne gruppen blir satt opp til sectio, går de til samtaler til erfarne jordmødre eller leger.

Simulatortrening og ALSO kurs

Avdelingen har eget ferdighetslaboratorium som er svært godt utstyrt med fantomer og øvningsmodeller. Det arrangeres også årlige simuleringøvelser i samarbeid med simulatorsenteret. Sist gang trente vi på perimortem sectio. Årlig blir det arrangert akuttuke hvor vi trener på akutte situasjoner på fødeavdelingen som fastsittende skuldre, postpartumbødning, gjennomplivning av nyfødt og voksne. Mens det to ganger årlig blir arrangert kurs i lapraskopisk kirurgi ved Nasjonal kompetjeneste for avansert lapraskopi kirurgi.

Siden 2004 har det vært arrangert ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics) kurs i Trondheim. Til nå har over 600 norske gynekologer og jordmødre tatt teoretisk og praktisk eksamen og blitt godkjent som "ALSO providers".

ALSO kurset kjennetegnes av praktisk trening på fantomer i smågrupper. Det er et amerikansk konsept som begynte med at en amerikansk anestesilege, som opplevde en flystyrt der han mistet sin kone. Han opplevde fullstendig kaos under redningsarbeidet, og han bestemte seg for å lage kurs der anestesipersonell kunne trene på katastrofesituasjoner. Medisinsk simulering spredte seg videre til andre spesialiteter, og ALSO oppstod i USA i 1992. Kursopplegget har senere spredt seg til mange andre land.

Undervisning

Vi har internundervisning 3 ganger i uken, og felles STAN undervisning med jordmødrene hver uke. Hver fredag er det fellesundervisning for alle legene på sykehuset. Ved siden av at det arrangeres jule- og påske-seminar er det de gynekologiske sommerlekene som er avdelingens desiderte høydepunkt. Sommerlekene består som det høyr og bør både av en teoretisk og en praktisk del. Den teoretiske delen er quizbasert og handler om de store og små anledningene ved Klinikken i løpet av året, mens den praktiske delen forgår ute i en av kollegaenes hage hvor vi konkurrerer i ymse grener som egg uthenting, eggkasting og liknende. Kvelden avsluttes med at det høytidelig kåres en vinnende seksjon og at den nypussede vandrepokalen overrekkes vinnerlaget. Nå er det snart duket for nye sommerleker og seksjonene har atter en gang lagt seg i hard trening med taktisk tenkning, kostymelaging og inn-sending av ny quiz. Vandrepokalen er fin og kampen om den er på nytt i ferd med å hardne til. Måtte det beste laget vinne også i år.

Riktig god sommer til dere alle ønskes fra oss her ved Kvinneklubben, St.Olavs Hospital

Gynekologen anbefaler lesestoff med varierende grad av faglig relevanse

Denne gongen

«Soga om Egil Skallagrimsson» av ukjend islandsk forfattar.

Av Ragnar Sande

Egillsoga er mellom dei fremste eksempla på islandske ættesoger, som er det nærmaste vi har norsk middelalderlitteratur etter at svartedauen kom på 1300-talet og gjorde reint bord. Forfattaren er ukjend; det kan vere Snorre Sturlason, men det er også muleg at det ikkje er det. Ingen veit.



Vill og vakker natur fostrar ville og vederstyggelige vikingar. Her eit landskap nær Dimmu Borgir.

Egil Skallagrimsson på eit måleri frå 1700-talet. Ikkje noko særleg pen, i følge soga.

Som ættesoger bør, startar Egillsoga eit stykke bak i slekta, med farfaren til Egil, Kveldulf, og alle dei problema han kom opp i som småkonge i Sogn i samband med at Harald Hårdagre på død og liv skulle samle Norge til eitt rike. Fleire kapittel går med til å beskrive bedriftene til onkelen til Egil, som var voldsomt pen, sterk og sympatisk. Han steig og fall i gunst hos kongen, fall til slutt alvorleg i unåde, og Skallagrim, som bror til den unådige, såg seg nøydd til å flytte til Island som landnåmsmann for å unngå å gå med i dragsuget. Han reiste til Borg på vestkysten av Island, gjorde der krav på cirka halve Island, og fekk der mellom andre sonen Egil. Soga seier at Skallagrim var sterk som broren, men stygg som eit fly og noko mindre sympatisk.

Som vi alle hugsar frå gymnasen, vart Egil drapsmann allereie som sjuåring, då han vart sur på ein eldre gut som slo han i leik, og valde å svare med øks i hovudet. Han vart i ung alder send heimanfrå saman med broren, som var voldsomt pen, sterk og sympatisk, medan Egil var beskriven som stygg som eit fly og noko mindre sympatisk. Anar vi eit mønster her? Dei herja rundt i England, Norge, Danmark og Sverige, og Egil klarte med sitt vinnande vesen å bli uven med nesten alle han møtte. Kong Eirik Blodøks var kanskje den som i aller størst grad let seg irritere, ved eit uheldig høve i England klarte Egil å surre seg heilt inn på slottet til herr Blodøks, der han så vidt slapp unna med livet etter å ha forfatta eit dikt til kongen. Dette diktet, Hufvudløysa, er det fyrste kjende eksempelet på enderim i norrøn lyrikk. Sjølv Egil Skallagrimsson måtte altså frå tid til anna ty til pennen heller enn sverdet.

Valdsnivået er jamt over høgt, men etter at Game of Thrones har sett

ny standard for sex og vald i populærkultur, er vel Egillsoga på det jamn kva gjeld vald. Sex er her lite av. Mykje tydar på at vikingane hadde sex, dei såg vel berre ikkje nytten i å skrive bøker om det.

Vi må vel medgje at som medisinsk litteratur er Egillsoga tynn. Her er tilløp til anatomi, mest i samband med at Egil deler opp rivaliserande vikingar med meir eller mindre skarpe våpen. Vi hugsar frå Snorre si fortelling om slaget ved Stiklestad at dei såra vart fora med løksuppe for å finne ut om der låg føre tarmskade; ingen slike triks i Egillsoga. Her får ein banesår og ferdig med det. Gynekologien blir forbigått i stillheit, obstetrikken likeså. Egil vert antakelegvis fødd einstid i soga, men det fyrste vi høyrer om han er at han er stor for alderen og hissig.

Som før nemnt gjekk stort sett all norsk middelalderlitteratur tapt med svartedauen, dei islandske ættesogene er ein stor del av det vi har att frå denne storheitsperioden. Egillsoga er mellom dei beste av desse; der andre soger framstiller sine hovudpersonar som rettvise og råsterke superheltar med stor integritet, framstår Egil mykje meir nyansert. Han er til tider klok og rettviss, minst like ofte hissig og småleg. Han drep med ein effektivitet som nok raskt ville fått han plassert på lukka avdeling med diagnosen "varig svekka sjelsevner" i dag, samtidig sørger han over tapet av broren og sonen.

Alt i alt er dette litteratur som alle gynekologar burde vere kjende med. Dei fleste av oss las den nok på gymnasen; vi vil anbefale at ein stikk innom biblioteket og friskar opp bekjentskapet – boka er overraskande godt skriven og langt frå kjedeleg.

VISERA
ELITE II

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



16211

3D OG THUNDERBEAT

- Den perfekte kombinasjonen.

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

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

- Plug &Play
- Autoklaverbart 3D videolaparoskop
- Autofokus

THUNDERBEAT er verdens første fullintegreerte bipolar- og ultralydsinstrument.

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

OLYMPUS NORGE AS

Drengsrudbekken 12, 1383 Asker | www.olympus.no

Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Linda Reme Sagedal Disputasen var 9. juni, 2017 Institutt for klinisk medisin, UiO



DOKTORAND: **Linda Reme Sagedal**
GRAD: **Philosophiae doctor**
FAKULTET: **Det medisinske fakultet**
INSTITUTT: **Klinisk medisin**
FAGOMRÅDE: **Obstetikk og gynekologi**
VEILEDERE: **Ingvild Vistad
Nina C. Øverby
Tore Henriksen**
DISPUTASDATO: **9. juni, 2017**

Stor vektøkning i svangerskapet kan føre til fedme hos både mor og barn, og er forbundet med økt risiko for svangerskapskomplikasjoner, store barn og forløsning med keisersnitt. I sin avhandling «*Antenatal lifestyle intervention for limitation of gestational weight gain: The Norwegian Fit for Delivery Trial*» har Linda Reme Sagedal og medarbeidere målt effekten av livsstilsintervensjon bestående av kostholdssamtaler og treningstimer. The Norwegian Fit for Delivery trial, også kjent som «Fit for Fødsel studien», viste at antenatal livsstilsintervensjon kan redusere vektøkning og føre til bedre livsstil i svangerskapet, mens svangerskaps- og fødselskomplikasjoner er vanskeligere å påvirke. 606 førstegangsfødende deltagere ble rekruttert fra helsestasjoner på Sørlandet og randomisert enten til kontrollgruppen (vanlig svangerskapsomsorg) eller intervensjons-

gruppen (to kostholdskonsultasjoner og tilbud om gruppetrening to ganger i uken). Oppfølging viste at intervensjonsgruppen hadde signifikant mindre vektøkning i svangerskapet (gjennomsnitt 1,3 kg), og rapporterte et sunnere kosthold og høyere fysisk aktivitetsnivå mot slutten av svangerskapet sammenlignet med kontrollgruppen. Det var ingen målbare forskjeller mellom gruppene vedrørende svangerskapskomplikasjoner, keisersnittfrekvens, andel store barn, eller vektretensjon 1 år postpartum. Intervensjonsgruppen hadde lavere nivå av leptin, men ingen forbedring av glukosemetabolismen sammenlignet med kontrollgruppen. Kvinner som deltok aktivt i livsstils-tilbudet hadde større sannsynlighet for å være tilbake til pregravid vekt 1 år postpartum sammenlignet med resten av kvinnene som ble målt.

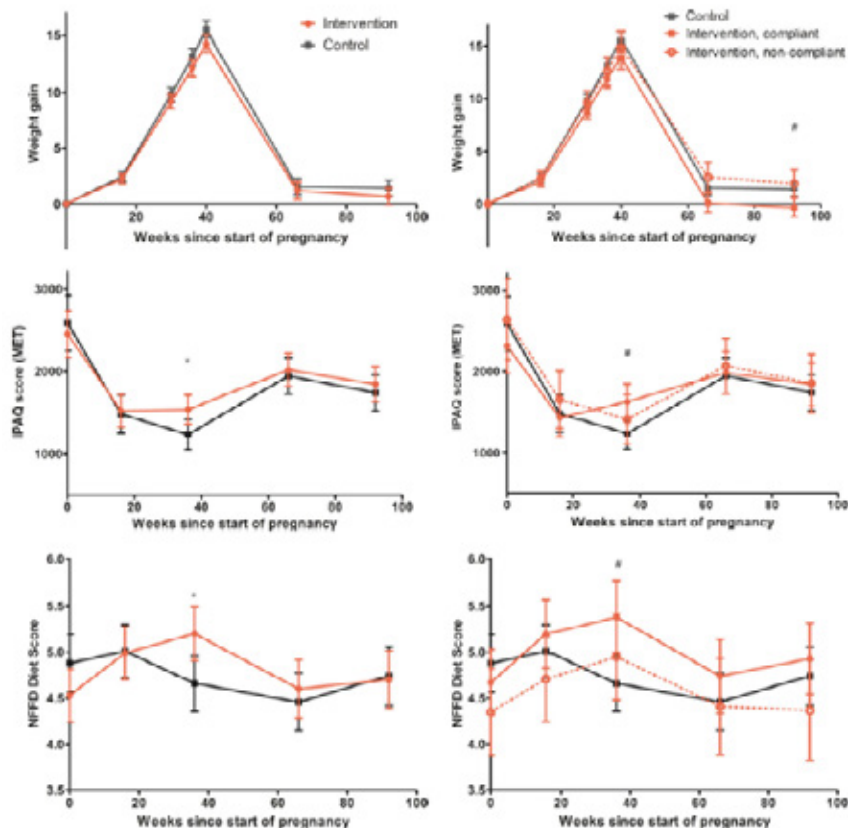


Figure 2. Comparison of groups over time, based on randomisation and compliance: weight change, IPAQ score and dietary score. Weight change from pre-pregnancy (week 0) measured at gestational weeks 16 (inclusion), 30 and 36, at term delivery (week 40), and 6 and 12 months postpartum (weeks 66 and 92). *Statistically significant difference between intervention and control groups. #Statistically significant difference between compliant intervention subgroup and both non-compliant intervention subgroup and control group.

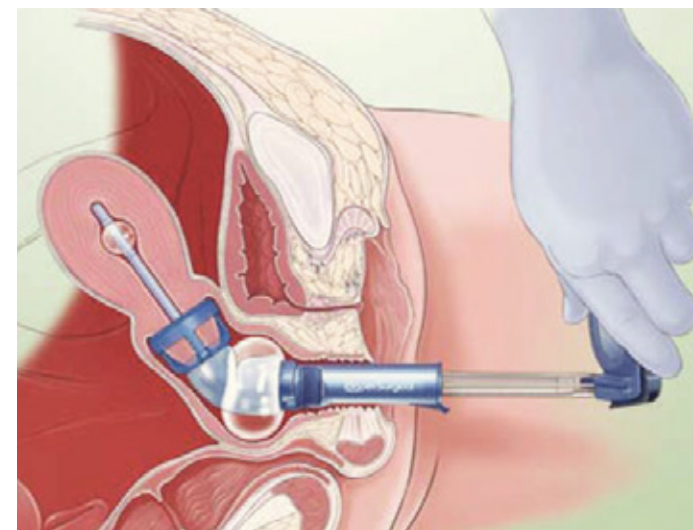


Jan Bye a.s.
MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988



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



RUMI® II SYSTEM

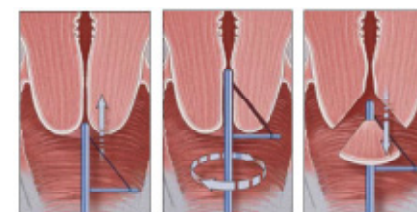
RUMI II uterus manipulator til bruk ved laparoskopisk hysterektomi og diagnostikk. Regnes som den mest komplette, robuste og anvendelige manipulatoren på markedet.

- 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

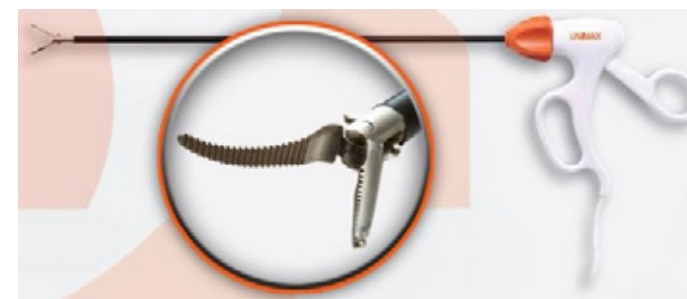


Isolerte spekler og instrumenter for konisering

- 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



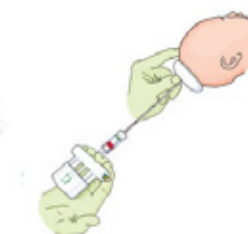
Kiwi Sugekopp



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



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

Alle medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening har tilgang til AOGS som fra 2013 kun publiseres på nett. Gynekologen har fått lov til å trykke de abstracts AOGS redaksjonen selv plukker ut til sin Journal Club. På siden [http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/\(ISSN\)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html](http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/(ISSN)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html) finner du fulltekst av artiklene samt presentasjoner i PowerPoint format. Vi håper dette vil vekke din faglige nysgjerrighet!

April theme issue on **Methodology in Clinical Epidemiological Research in Obstetrics and Gynecology**. Acta Obstet Gynecol Scand .Volume 97, Issue 4, 369-499. <https://goo.gl/Ebw2ta>

Try the online quiz based on the Methodology theme issue at <https://goo.gl/oSqAy8>

Sherif Ashoush , Osama El-Kady, Gehan Al-Hawwary, Ahmed Othman. **The value of oral micronized progesterone in the prevention of recurrent spontaneous preterm birth: a randomized controlled trial**. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017 Dec;96(12):1460-1466. doi: 10.1111/aogs.13236. Epub 2017 Oct 19.

Abstract

Introduction: Progesterone is becoming universally accepted for preventing recurrent spontaneous preterm delivery. There is, however, poor consensus on the effective types and doses of progesterone to be used. Despite the encouraging available research, the role of oral micronized progesterone has not yet been thoroughly investigated. **Material and methods:** We randomized 212 singleton pregnancies with past history of spontaneous preterm delivery at <37 weeks, into a progesterone group (receiving 100 mg oral micronized progesterone, six-hourly, starting at 14-18 weeks until 37 weeks or delivery) and an identical placebo group. The rate of spontaneous preterm delivery was the primary outcome. Secondary outcomes included gestational age at birth and admission to neonatal intensive care units. **Results:** The progesterone group delivered at a later gestational age, and needed longer tocolysis-to-delivery intervals (35.4 weeks vs. 33.9 weeks, p = 0.01, and 87 days vs. 36 days, p < 0.001, respectively). The relative risk of spontaneous preterm delivery was 0.7 (95% confidence interval 0.54-0.92, p = 0.01), and the number needed-to-treat to prevent one case of spontaneous preterm delivery was 5 (95% confidence interval 3-20). The two groups had similar rates of operative delivery and postpartum complications. Progesterone was associated with mild maternal dizziness (29.1% vs. 9.8%, p = 0.002), somnolence (41.6% vs. 19.7%, p = 0.002), and vaginal dryness (20.8% vs. 8.7%, p = 0.03), lower neonatal mortality rates (7.3% vs. 25.2%, p < 0.001), and shorter neonatal intensive care unit admissions (p = 0.008). **Conclusion:** Oral micronized progesterone is effective in preventing spontaneous preterm delivery. The additional advantages of oral administration, affordability, and high safety profile make it worth recommending, at least for further research.

Claudia Bollig, Monika Nothacker, Cornelius Lehane, Edith Motschall, Britta Lang, Joerg J. Meerpohl & Christine M. Schmucker. **Prophylactic antibiotics before cord clamping in cesarean delivery: a systematic review**. Acta Obstet Gynecol Scand. 2018 May;97(5):521-535. doi: 10.1111/aogs.13276. Epub 2017 Dec 30.

Abstract

Introduction. The number of clinical trials investigating the optimal timing of prophylactic antibiotics in cesarean section increased rapidly over the last few years. We conducted a systematic review to inform up-to date evidence-based guidelines to prevent postpartum infectious morbidity in the mother and rule out any safety issues related to antepartum antibiotic exposure in infants. **Material and methods.** Four bibliographic databases were searched for published reports of trials. Ongoing or unpublished studies were searched in Clinicaltrials.gov and the World Health Organization registry platform. Randomised controlled trials comparing antibiotic prophylaxis before vs. after cord clamping in cesarean section were eligible. Maternal and neonatal outcomes were assessed, and certainty of evidence graded. **Results.** In total, 18 randomised controlled trials met the inclusion criteria. Those women who received antibiotics preoperatively were 28% (RR 0.72; 95% CI; 0.56-0.92, 9 studies, 4342 women, high quality of evidence) less likely to show infectious morbidity as compared to those who received antibiotics after cord clamping. The risk of endomyometritis and/or endometritis was reduced by 43% (RR 0.57; 95% CI; 0.40-0.82, 13 studies, 6250 women, high quality of evidence) and the risk of wound infection by 38% (RR 0.62; 95% CI; 0.47-0.81, 14 studies, 6450 women, high quality of evidence) in those who received antibiotics preoperatively as compared to those who received antibiotics after cord clamping. For other maternal infections no significant differences were identified. The risk for neonatal outcomes, such as deaths attributed to infection, sepsis, neonatal antibiotic treatment, intensive care unit admission or antibiotic-related adverse events, was not found to be different, neither clinically nor statistically, when antibiotics were given before or after cord clamping (moderate to low quality of evidence). **Conclusions.** The evidence in favour of prophylactic antibiotic administration before in comparison to after cord clamping for major maternal infections was of high quality, meaning that further research would be unlikely to change the confidence in these findings. However, we recommend additional research reflecting the precision of the effect estimates for neonatal outcomes.

Patricia Eckerdal , Marios K. Georgakis, Natasa Kollia, Anna-Karin Wikström, Ulf Högberg, Alkistis Skalkidou. **Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study**. Acta Obstet Gynecol Scand. 2018 Mar;97(3):301-311. doi: 10.1111/aogs.13275. Epub 2018 Jan 6.

Abstract

Introduction: Although a number of perinatal factors have been implicated in the etiology of postpartum depression, the role of mode of delivery remains controversial. Our aim was to explore the association between mode of delivery and postpartum depression, considering the potentially mediating or confounding role of several covariates. **Material and methods:** In a longitudinal-cohort study in Uppsala, Sweden, with 3888 unique pregnancies followed up postpartum, the effect of mode of delivery (spontaneous vaginal delivery, vacuum extraction, elective cesarean section, emergency cesarean section) on self-reported postpartum depression symptoms (Edinburgh Postnatal Depression Scale ≥ 12) at 6 weeks postpartum was investigated through logistic regression models and path analysis. **Results:** The overall prevalence of postpartum depression was 13%. Compared with spontaneous vaginal delivery, women who delivered by emergency cesarean section were at higher risk for postpartum depression 6 weeks after delivery in crude (odds ratio 1.45, 95% confidence interval 1.04-2.01) but not in adjusted analysis. However, the path analysis revealed that emergency cesarean section and vacuum extraction were indirectly associated with increased risk of postpartum depression, by leading to postpartum complications, self-reported physical symptoms postpartum, and therefore a negative delivery experience. In contrast, history of depression and fear of delivery increased the odds of postpartum depression and led more frequently to elective cesarean section; however, it was associated with a positive delivery experience. **Conclusions:** Mode of delivery has no direct impact on risk of postpartum depression; nevertheless, several modifiable or non-modifiable mediators are present in this association. Women delivering in an emergency setting by emergency cesarean section or vacuum extraction, and reporting negatively experienced delivery, constitute a high-risk group for postpartum depression.

Francois Dos Santos, Jahnvi Daru, Ewelina Rogozińska & Natalie A M Cooper. **Accuracy of fetal fibronectin for assessing preterm birth risk in asymptomatic pregnant women: a systematic review and meta-analysis**. Acta Obstet Gynecol Scand. 2018 Jun;97(6):657-667. doi: 10.1111/aogs.13299. Epub 2018 Feb 9.

Abstract

Introduction: Fetal fibronectin (fFN) is a validated test for assessing risk of preterm birth for women presenting with symptoms. Our aim was to evaluate the accuracy of fFN to detect the risk of preterm birth in asymptomatic women. **Material and methods:** Searches were conducted to identify studies where fFN was performed in asymptomatic women beyond 22 weeks' gestation. EMBASE, MEDLINE, CINAHL, AMED and BNI were searched between 2005 and 2017. Studies before 2005 were identified from a published systematic review. Women were grouped as singleton pregnancies, with and without risk factors for preterm birth, and multiple pregnancy. Quality assessment was performed using QUADAS-2. When possible, data were pooled using a hierarchical, bivariate random effects model. **Results:** Fifteen studies met the inclusion criteria: six studies of singleton pregnancies in women without risk factors (1,236 women), four in women with risk factors for preterm birth (2,628 women) and five studies were of multiple pregnancy (1,427 women). The pooled sensitivity and specificity of fFN in 'no risk factors singletons' were 0.48 (95% CI 0.20-0.77), and 0.96 (95% CI 0.86-0.99) respectively. The likelihood ratio of a positive test result was 12 (95% CI 4.70-30.68). The pooled sensitivity and specificity of fFN in 'risk factors singletons' were 0.34 (95% CI 0.24-0.43), and 0.91 (95% CI 0.88-0.93). Accuracy of fFN in multiple pregnancies was inconclusive. **Conclusion:** Our findings suggest in asymptomatic singleton pregnancies without risk factors a positive fFN result indicates a large shift from pre to post-test probability, possibly identifying women at increased risk of preterm birth.

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

DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver depottablett inneholder: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoffer... Fargestoff: ndigotin (E 132), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. Daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potent CYP 3A4-hemmer, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2-8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Nedsett nyre- eller leverfunksjon under fravær og nærvær av moderate og potente CYP 3A4-hemmere: Dosejustering iht. Tabell ved nedsett nyrefunksjon.

	CYP 3A4-hemmer		
	Ingen	Moderat	Potent
Nedsatt nyrefunksjon1	Mild 4-8 mg Moderat 4-8 mg Alvorlig 4 mg	2-4 mg 4 mg Bør unngås	Bør unngås Kontraindisert Kontraindisert
Nedsatt leverfunksjon1	Mild 4-8 mg Moderat 4-8 mg	4 mg Bør unngås	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. Toksik megakolon. Ukontrollert trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» C). Samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon (f.eks. klinisk signifikant forstørret prostata pga. benign prostatahyperplasi). Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroøsofagealrefleks og/eller samtidig bruk av legemidler som kan føre til eller forverre esofagitt (f.eks. orale bisfosfonater), nedsatt gastrointestinal motilitet, autonom neuropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller opptrifres hos pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktiv metabolitt: Nedsett 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 eksponering.
Doseavhengige antimuskarine bivirkninger vil sannsynligvis oppstå. Individuell respons og toleranse bør evalueres for 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. Angioedem er rapportert med fesoterodin, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Hvis angioedem 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, arytmer, 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 bruk med andre legemidler som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiver, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalt terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mage-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks.fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, nefazodon, nefiv avir, ritonavir (og alle ritonavir-forsterkede PI-regimer) saknavir og telitromycin). Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, rifabutin, 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 mannlige eller kvinnelige fertilitet eller andre effekter på reproduksjonsfunksjonen hos mus, eller på tidlig utvikling av embryo hos musefoster. Kvinner i fertil alder bør gjøre 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 ($\geq 1/10$): Gastrointestinale: Munntørhet. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Abdominalsmerte, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Torr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørre øyne. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Abdominalt ubehag, flatulens, gastroøsofageal refluks. Hjerte/kar: Takykardi, palpitasjoner. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GG.T. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, sømnløshet. Nyre/urinveier: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinveisittasjon. Øre: Vertigo. Øye: Uklart syn. Øvrige: Utmatte. Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/1000$): Hud: Angioedem, 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 8 mg 1 gang daglig. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge bivirkninger. Behandling: Ev. ventrikkelrytting og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D11 side 65 i Felleskatalogen 2012. Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolysert av spesielle plasmaesteraser til 5-hydroksymetylderivatet, dens primære aktive metabolitt, som er det dominante aktive farmakologiske prinsippstet 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. Refusjon: 1G04B D11_1. Fesoterodin. Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). Refusjonskode: ICD-10 Vilkår nr U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens Vilkår: Ingen spesifisert. Sist endret: 14.09.2017



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



Må man... så må man!

Plutselig innsettende og intens vannlatingstrang samt ufrivillig urinklekkasje 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}

Færre UUI*
episoder^(2**)

-80%

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

-45,5%

** 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.

1. SpC, pkt 5.1
2. 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.
3. 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.

Viktig sikkerhetsinformasjon

Bivirkninger: Svært vanlige ($\geq 1/10$): Munntørrhet. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Abdominalmerter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Tørr hals. Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørr øyne.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet, peanøtter eller soya eller overfor hjelpestoffene. Urinretensjon, ventrikelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megakolon. Alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child Pugh C). Samtidig bruk av potent CYP3A4-hemmere hos pasienter med moderat til kraftig nedsatt lever eller nyrefunksjon.

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

Interaksjoner: Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaper kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger.


Pierre Fabre

 **Toviaz**[®]
fesoterodin fumarat