

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

4 • 2018



Har middels høy forløsning en plass i moderne obstetikk? s. 12

Jeg er så stolt! s. 18

Årsmøtet i Oslo s. 28



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFØRENING



AstraZeneca introduserer LYNPARZA™ olaparib tabletter

Lynparza tabletter er indisert som monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv høygradig kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritoneal kreft som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi.¹

De hyppigste bivirkningene ved bruk av Lynparza er kvalme, fatigue, oppkast, diaré, magesmerter, anemi og hodepine.^{2,3}

Fullstendig blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, anbefales de første 12 månedene og deretter periodevis.⁴

▼ Lynparza «AstraZeneca»

C Antineoplastisk middel. ATC-nr.: L01X X46
H KAPSLER, harde 50 mg: Hver kapsel inneholdt: Olaparib 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Skjellakk, svart jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

H TABLETTER, filmdrasjerte 100 mg og 150 mg: Hver tablett inneholdt: Olaparib 100 mg, resp. 150 mg, mannitol. Fargestoff: Gult jernoksid (E172), svart jernoksid (E172) (kun 150 mg).

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

Dosering: Behandling bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i bruk av legemidler til kreftbehandling. **NB! Viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter:** Kapsler (50 mg) skal IKKE erstattes med tabletter (100 mg og 150 mg) på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet for hver formulering. Tabletter skal heller IKKE erstattes med kapsler på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet for hver formulering. De spesifikke doseringsanbefalingene for hver formulering skal derfor følges. **Kapsler:** NB! Kapsler er IKKE byttbar med tabletter på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet, se viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter ovenfor. Pasienten må ha påvist mutasjon (enten i kimbåren eller i svulst) i gener (BRCA) som gir økt risiko for brystkreft for behandling igangsettes. BRCA mutasjonsstatus bør undersøkes i et kvalifisert laboratorium ved å benytte en validert testmetode. Begrenset med data hos pasienter med somatisk BRCA-muterte tumorer. Genetisk rådgivning til pasienter med BRCA-mutasjoner bør utføres iht. lokalt regelverk. Anbefalt dose er 400 mg (8 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende daglig totaldose 800 mg). Behandlingen bør startes senest 8 uker etter at siste dose med platinabasert regime er avsluttet. Behandlingen bør fortsette til progresjon av underliggende sykdom. Data på gjentatt olaparibbehandling ved etterfølgende tilbakefall finnes ikke.

Dosejusteringer av kapsler ved bivirkninger: Behandling kan avbrytes for å håndtere bivirkninger som kvalme, oppkast, diaré og anemi. Dosereduksjon kan vurderes. Anbefalt dosereduksjon er til 200 mg 2 ganger daglig (tilsvarende daglig totaldose 400 mg). Er ytterligere dosereduksjon nødvendig, anbefales reduksjon til 100 mg 2 ganger daglig (tilsvarende daglig totaldose 200 mg). **Tabletter:** NB! Tabletter er IKKE byttbar med kapsler på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet, se viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter ovenfor. Anbefalt dose er 300 mg (2 tabletter à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende daglig totaldose på 600 mg). Tabletter med styrken 100 mg er tilgjengelig for dosereduksjon. Behandlingen bør startes senest 8 uker etter at siste dose med platinabasert regime er avsluttet. Behandlingen bør fortsette til progresjon av underliggende sykdom. Data på gjentatt olaparibbehandling ved etterfølgende tilbakefall finnes ikke. **Dosejusteringer av tabletter ved bivirkninger:** Behandling kan avbrytes for å håndtere bivirkninger som kvalme, oppkast, diaré og anemi. Dosereduksjon kan vurderes. Anbefalt dosereduksjon er til 250 mg (1 tablett à 150 mg + 1 tablett à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende daglig totaldose på 500 mg). Dersom en ytterligere dosereduksjon er nødvendig, anbefales en reduksjon til 200 mg (2 tabletter à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende en daglig totaldose på 400 mg). **Glemt dose:** Neste normale dose tas til planlagt tid. **Spesielle pasientgrupper: Nedsett leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsett leverfunksjon (Child-Pugh A eller B). Anbefales ikke ved alvorlig nedsett leverfunksjon (Child-Pugh C, da sikkerhet og farmakokinetikk ikke er undersøkt. **Nedsett nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsett nyrefunksjon (Cl_{CR} 51-80 ml/minutt). Ved moderat nedsett nyrefunksjon (Cl_{CR} 31-50 ml/minutt) er anbefalt dose for kapsler 300 mg 2 x daglig (tilsv. daglig totaldose 600 mg) og anbefalt dose for tabletter 200 mg (2 tabletter à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose på 400 mg). Ikke anbefalt ved alvorlig nedsett nyrefunksjon eller terminal nyresvikt (Cl_{CR} <30 ml/minutt). Kan brukes hvis fordel oppveier potensiell risiko. Pasienten bør overvåkes nøye mht. nyrefunksjon og bivirkninger. **Barn og ungdom:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre:** Ingen justering av startdose. Begrenset kliniske data hos eldre >75 år. **Dosejusteringer ved samtidig administrering med CYP3A-hemmere:** Samtidig bruk av kraftige eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, og alternative midler bør vurderes. Kapsler: Ved samtidig bruk av sterk CYP3A-hemmer reduseres kapseldosen til 150 mg (3 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig, tilsvarende en total daglig kapseldose på 300 mg. Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres kapseldosen til 200 mg (4 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig, tilsvarende en total daglig kapseldose på 400 mg. Tabletter: Ved samtidig bruk av sterk CYP3A-hemmer reduseres tablettedosen til 100 mg (1 tablett à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende en total daglig tablettedose på 200 mg). Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres tablettedosen til 150 mg (1 tablett à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende en total daglig tablettedose på 300 mg). **Ikke-kaukasiske pasienter:** Ikke nødvendig med dosejustering på grunnlag av etnisitet. **Pasienter med funksjonstilstand 2-4:** Svært begrenset kliniske data tilgjengelig. **Administrering:** Inntak av grapefruktjuice skal unngås under behandlingen. **Kapsler:** Bør tas minst 1 time etter mat, og inntak av mat bør avstås fra i 2 timer etterp. **Tabletter:** Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele. Skal ikke tygges. Skal ikke knuses, oppløses eller deles.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Amning under behandling og i 1 måned etter siste dose. **Forsiktighetsregler: Hematologisk toksisitet:** Er rapportert, inkl. kliniske diagnoser og/eller laboratoriefunn av generelt mild eller moderat (CTCAE grad 1 eller 2) anemi, nøytropeni, trombocytopeni og lymfopeni. Behandling bør ikke startes før restitusjon fra hematologisk toksisitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og neutrofilverdier bør være CTCAE grad ≤1). Fullstendig blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, anbefales de første 12 månedene og deretter periodevis. Behandlingen skal avbrytes og hensiktsmessig hematologisk testing igangsettes, ved alvorlig hematologisk toksisitet eller behov for blodtransfusjon. Forbli blodparametrene klinisk unormale etter 4 ukers behandlingsavbrudd, anbefales benmargsanalyse og/eller cytogenetisk blodanalyse. **MDS/AML:** Rapportert hos et lite antall ved monoterapi eller i kombinasjon med annen kreftbehandling. Behandlingsvarighet hos pasienter som utviklet MDS/AML varierte fra <6 måneder til >2 år. Dersom MDS og/

eller AML blir diagnostisert, anbefales det at behandlingen seponeres og at pasienten får egnet behandling. **Pneumonitt:** Ved bekreftet pneumonitt avbrytes behandlingen, og pasienten behandles hensiktsmessig. Behandlingen bør avbrytes og utredes raskt, ved nye eller forverrede respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller radiologisk abnormitet. **Bilkjøring og bruk av maskiner:** Moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter kan oppleve tretthet (fatigue), asteni eller svimmelhet. Pasienter som opplever disse symptomene bør utvise forsiktighet ved bilkjøring eller ved bruk av maskiner.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Kombinasjon med andre legemidler mot kreft, inkl. DNA-skadelige midler, viser forsterket og forlenget myelosuppressiv toksisitet. Kombinasjon med vaksiner eller immunsuppressiver er ikke undersøkt, og forsiktighet bør utvises. Pasienten bør overvåkes nøye. **Effekt av andre legemidler på olaparib:** Olaparib metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4/5. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-induktorer er ikke anbefalt, da effekten kan bli betydelig redusert (se SPC). Effekten av moderate induktorer er ikke fastslått, samtidig bruk er ikke anbefalt. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, se Dosering og SPC. Grapefruktjuice skal unngås. Samtidig bruk av rifampicin, en CYP3A-induktor reduserer olaparib gjennomsnittlig C_{max} AUC. Kjente kraftige CYP3A-induktorer er derfor ikke anbefalt, siden det er mulig at effekten av olaparib kan bli betydelig redusert. Effekten av moderate til kraftige CYP3A-induktorer på olaparibeksponering er ikke fastslått. Samtidig bruk med disse er derfor heller ikke anbefalt. Tamoksifen reduserer olaparibeksponeringen med 27% (klinisk relevans ukjent). **Effekt av olaparib på andre legemidler:** Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av CYP3A-substrater som er sensitive eller som har smalt terapeutisk vindu. Hensiktsmessig klinisk overvåking anbefales. Olaparib kan redusere eksponeringen for substrater av enzymene CYP1A2, CYP2B6, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 og P-gp. Effekten av noen hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres. Olaparib hemmer effluksportøren P-gp in vitro. Legemiddelinteraksjoner med P-gp-substrater kan derfor ikke utelukkes. Hensiktsmessig klinisk overvåking anbefales ved kombinasjon. Det kan ikke utelukkes at olaparib kan øke eksponeringen av substrater for BCRP, OATP1B1, OCT1, OCT2, OAT3, MATE1 og MATE2K. Forsiktighet bør særlig utvises ved kombinasjon med statiner.

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

Bivirkninger: Olaparib-monoterapi er forbundet med bivirkninger, vanligvis av mild eller moderat alvorlighetsgrad (CTCAE 1 eller 2). Frekvensen for alle CTCAE-grader er som følger: **Svært vanlige (≥1/10):** Blod/lymf: Anemi. Gastrointestinale: Oppkast, diaré, kvalme, dyspepsi. Luftveier: Hoste. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine, dysgeusi. Stoffskifte/ernæring: Nedsett appetitt. Øvrige: Tretthet/fatigue, inkl. asteni. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Blod/lymf: Nøytropeni, trombocytopeni, leukopeni. Gastrointestinale: Stomatitt, smerter i øvre del av abdomen. Immunsystemet: Utslett. Undersøkelser: Økt kreatinin i blod. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/lymf: Lymfopeni. Immunsystemet: Overfølsomhet, dermatitt. Undersøkelser: Økt gjennomsnittlig cellevolum.

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Generelle støttende tiltak og symptomatisk behandling. **Egenskaper: Virkningsmekanisme:** Potent hemmer av humane poly (ADP-ribose) polymerase (PARP-1, PARP-2 og PARP-3)-enzymmer. Hemmer veksten av selekterte tumorceller i vitro og tumorvekst in vivo, enten som eneste behandling eller i kombinasjon med etablerte kjemoterapi. **Absorpsjon:** Kapsler: C_{max} nås etter 1-3 timer. Ingen markant akkumulering ved gjentatt dosering. Steady state nås innen ~3-4 dager. Samtidig matinntak reduserer absorpsjonshastigheten (T_{max} forsinkes med 2 timer), og absorpsjonsgraden øker marginalt (AUC øker ca. 20%). Tabletter: C_{max} nås etter 1,5 time. Samtidig matinntak reduserer absorpsjonshastigheten (T_{max} forsinkes med 2,5 timer og C_{max} redusert med ca. 21%). **Proteinbinding:** Kapsler: Ca. 82% ved klinisk relevante konsentrasjoner på 10 µg/ml. Tabletter: Ca. 82%. **Fordeling:** Kapsler: Tilsynelatende Vd: ~167 liter. Tabletter: Tilsynelatende Vd: Ca. 158 liter. **Halveringstid:** Kapsler: Terminal t½: 11,9 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~143 ml/minutt. Tabletter: Terminal t½: 15 timer. **Metabolisme:** CYP3A4 er vist, in vitro, å være primært ansvarlig for metabolismen. Omfattende. Hovedsakelig oksidasjonsreaksjoner. **Utskillelse:** Ca. 44% via urin, ca. 42% via feces. Hovedsakelig som metabolitter.

Pakninger og priser: Kapsler: 4 x 112 stk.1 (plastflasker) kr 55645,00. **Tabletter: 100 mg:** 56 stk. 1 (blister) kr 27822,50. **150 mg:** 56 stk. 1 (blister) kr 27822,50.

Refusjon:
1. H-resept: L01X X46_1. Olaparib
Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe.

Vilkår: (216). Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist.
Sist endret: 13.06.2018
Basert på SPC godkjent av SLV: 08.05.2018

Referenser:
1. Lynparza (olaparib) Summary of Product Characteristics, 08.05.2018, kap 4.1
2. Pujade-Lauraine, E., Ledermann J., Selle F. et al. Lancet Oncol. 2017;18(9):1274-1284.
3. Lynparza (olaparib) Summary of Product Characteristics, 08.05.2018 kap 4.8
4. Lynparza (olaparib) Summary of Product Characteristics 08.05.2018, kap 4.4

NO-141-16916-010



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Jenny Altvirovic
Overlege, Oslo universitetssykehus
jennyalvirovic@hotmail.com

Redaksjonsmedlemmer

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

Johanne Kolvik Iversen

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

Ane Ø. Bergquist

Lis, Levanger sykehus
ane.bergquist@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 2019

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

Opplag: 1300



341 876
Printed Matter

GYNEKOLOGEN

- er et uavhengig tidsskrift.

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

INNHold

REDAKTØREN	5
LEDER	7

NGF-STYRET

Styret i Norsk gynekologisk forening	10
Nytt fra NGF-styret	10

FAGLIG PÅFYLL

Har middels høy forløsning en plass i moderne obstettrikk?	12
ONEWS Obstetric Norwegian Early Warning Score System	14
Vulva.no – ny nettside for helsepersonell og pasienter!	17

FUGO

Jeg er så stolt! av Thea Mikkelsen	18
Referat FUGO kurs: Kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet	18
Referat Generalforsamling FUGO	19
Kick-off ”boksen går!”	20

UTDANNING, KURS OG MØTER

ENTOG-utveksling til Frankrike 2018	24
---	----

SPECIALITETSKOMITÉEN

Spesialitetskomiteen – siste nytt!	26
Spesialitetskomiteens priser 2018	27
Utdanningsprisen	27
Forbildeprisen	27

ÅRSMØTET 2018

Årsmøtet i Oslo 24 - 26 oktober 2018	28
Fotovegg	30
NGFs hederspris 2018	32
Bayers forskningspris	32
Publikums posterpris	33
Acta posterpris	33
Prisen for beste foredrag gynekologi	34
Prisen for beste foredrag obstettrikk	34
Møtereferat generalforsamling 2018	36

UTDANNING, KURS OG MØTER

XXVI European Congress of Perinatal Medicine (ECPM)	40
---	----

HORMONHJØRNET

Gi hormonene videre!	42
----------------------------	----

NORGE RUNDT

Levanger sykehus	44
------------------------	----

GYNEKOLOGEN ANBEFALER

Eugene Vodolazkin LAURUS: Historien om en lege og helbreder fra middelalderen	48
--	----



AstraZeneca AS, AstraZeneca Nordic-Baltic, Postboks 6050 Etterstad, 0610 Oslo Norway
T: + 47 21 006400 astrazeneca.no





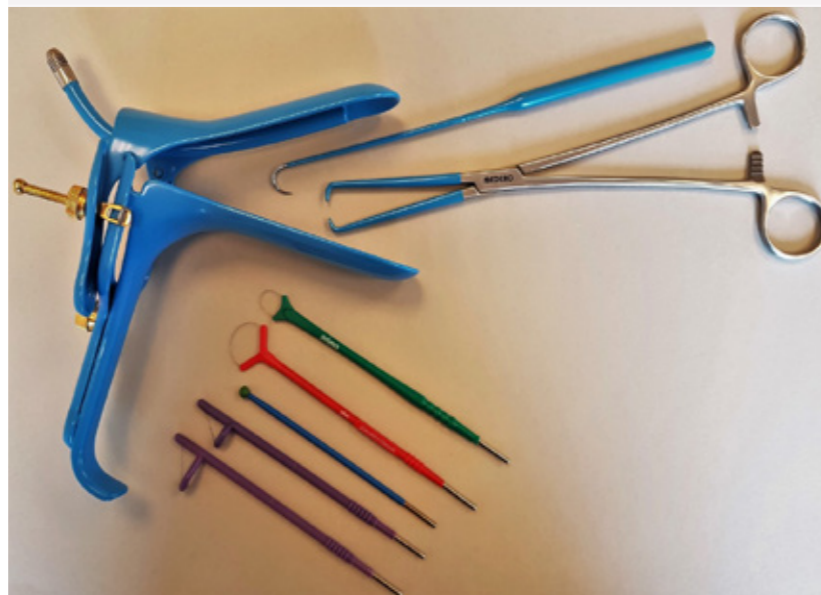
Gynstoler med integrert HD kolposkop, setevarme og forhåndsprogrammerte innstillinger, til stoler som i noen håndgrep kan endres til undersøkelsesbenk. Også disse med elektrisk løft, tilt og rygg.



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



Gynekologiske instrumenter



medero
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no

Kjære kollega!

Det har vært spennende å være gynekolog den siste tiden. Temaer innen vårt fag er stadig ute i media og nå også del av et politisk maktspill. Mange kollegaer har engasjert seg i debatten om abortloven. Det er flott at vi bruker de sterke stemmene vi har. Vi får håpe at de blir hørt i denne viktige saken.

Når juleutgaven av Gynekologen er deg i hende er julefeiringen rett rundt hjørnet. Julen er tid for ettertanke. I tillegg til å bo i verdens rikeste land, vil jeg si (helt ubeskjedent) at vi har verdens rikeste jobb. Vårt daglige arbeid er pulserende. Vi har sjelden tid til å dagdrømme. Vi må være "pålogget" med hode og kropp tilstede. Vi er "in motion". Forskning viser at det er vanlig å la tankene vandre 30 % av tiden. Tankeflyten er visst ikke en kilde til lykke. Tvert imot. Vi gynekologer har i vårt daglige virke ikke tid til dagdrømmer. Det kan vi være glade for. Oppmerksomhet i arbeidet gir helse og livskvalitet. Stemmer det virkelig? Det er iverfall en god trøst i disse hektiske tider.

Årsmøtet i gynekologi i Oslo i år var en suksess (red.anm. inhabil). Et variert og spennende program satt sammen av styret i NGF med Kirsten Hald i spissen ga oss faglig påfyll og inspirasjon. Det gjorde også et stort knippe flotte og engasjerte kollegaer. Gynekologen gir deg utdrag fra årsmøtet og de flotte prisvinnerne.

Velkommen til ny medredaktør Johanne Kolvik Iversen. Johanne brenner for god obstetrik. Det er bare å glede seg! se side 12.

På vegne av Gynekologen og NGF vil jeg rette en stor takk til Thea Mikkelsen som nå gir seg som leder for FUGO. Thea har lagt ned mye arbeid og engasjement i dette vervet. Det har vært en glede å samarbeide med deg. Les "Jeg er så stolt" av Thea Mikkelsen på side 18.

Vi blir oppdatert om det tidlige varslingsystemet ONEWS, som nå etableres over hele landet og gjør det enda tryggere å være gravid og føde i Norge.

"Boksen går" har hatt kick off. Øvelsene finner du i dette bladet, så nå er det bare å trene!

Så vil jeg be alle om å legge merke til den nye nettsiden vulva.no som etableres i disse dager. En etterlengtet og nyttig nettside for helsepersonell og pasienter.

Jeg ønsker deg en god julefeiring og et godt nytt år.

*Beste hilsen
Jenny Alvirovic*



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



Fås uten resept på apotek



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

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

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 cystouretritt 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. Kjent eller mistenkt østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjent trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Hormonell substitusjonsbehandling (HRT) bør kun initieres for behandling av symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og 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. Kjønnsganer/bryst: Ømhet/smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer, irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. **Pakninger:** Vaginalkrem 15 g (0,1 %) og vagitorier 15 stk. (0,5 mg), er unntatt fra reseptplikt. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 12.12.2017. **Referanser:** 1. Nappi R.E., Palacios S., Panay N. et al. *Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey.* Climacteric. 2016; Vol. 19, No. 2:188–197 2. Basert på SPC pkt. 4.1 sist oppdatert 12.12.2017



«God kvinnehelse tar ikke ferie»

Kjære kolleger!

Årets viktigste møte for norske gynekologer er nylig avsluttet. Tusen takk til lokal organisasjonskomite ved kvinneklinikken Oslo Universitets Sykehus som gjorde arrangementet til en strålende opplevelse. Styret er fornøyd og vi har fått mange gode tilbakemeldinger. Programmet inneholdt innslag fra ulike og viktige deler av faget. Det var høy faglig kvalitet, verdige prisvinnere og flere meget interessante diskusjoner. Har du et tema du synes vi skal ta opp i Bodø 2019, gjerne med forslag til hvem vi kan invitere, er tiden NÅ for å melde til vitenskapelig sekretær. Vi tar imot og vurderer alle gode forslag. Etter årsmøtet i Oslo hadde det vært deilig å suge litt på årsmøtekaramellen, men den gang ei. Ikke før var årsmøtet avsluttet, så gjorde Kristelig Folkeparti sitt politiske veivalg og dermed var abortloven nok en gang satt på dagsorden. Abortloven kommer regelmessig opp i offentligheten. Vi har alle diskusjonen rundt reservasjonsrett friskt i minne. I skrivende

stund er det fortsatt mye som er usikkert. Mange medlemmer er engasjerte og aktive og stiller opp der det trengs-det er bra! Styret i NGF tar saken på største alvor. Vi stiller oss uforstående til at politiske myndigheter skaper usikkerhet og uro. I tillegg farges ordvekslingen så langt av direkte feil og misvisende opplysninger. Det hviler et stort ansvar på de som engasjerer seg i denne saken at man baserer seg på fakta. Heller ikke her kan vi akseptere «alternative facts». Når dette leses står julen for døren. Mange av oss skal tilbringe noe av tiden i klinisk arbeid. God kvinnehelse tar ikke ferie! Jeg håper alle får nyte julefred med sine nærmeste og ønsker dere alle god jul og godt nytt år-når det kommer.

Med vennlig hilsen
Nils-Halvdan Morken, Leder NGF

Styret i Norsk gynekologisk forening

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

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

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

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

Vitenskapelig sekretær: Kirsten Hald, Oslo universitetssykehus
khalid@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

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

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥9 år mot følgende HPV-sykdommer: Premaligne lesjoner og kreft i livmor, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typene som vaksinen dekker. Kjønnsvorter (condyloma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typene. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet bør følge offentlige anbefalinger.

Dosering: Brukes iht. offisielle retningslinjer. Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke 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 anal dysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinenes sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsvikt virus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Skal gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenitets- eller effektivitetsdata støtter bytte til andre HPV-vaksiner, derfor er det viktig at samme vaksine forskrives for hele doseregimet.

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

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Tilgjengelige data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinasjon bør utsettes til etter fullført graviditet. *Amming:* Kan brukes til mødre som ammer. *Fertilitet:* Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonstoksicitet i dyrestudier.

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

Overdosering/Forgiftning: Ingen tilfeller rapportert.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-infeksiøs, rekombinant 9-valent vaksine med adjuvans, laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de 9 HPV-typene i vaksinen. Basert på epidemiologiske studier, forventes beskyttelse mot HPV-typene som forårsaker ca. 90% av tilfellene av livmorhalskreft, >95% av tilfellene av AIS, 75-85% av CIN 2/3, 85-90% av HPV-relatert vulvakreft, 90-95% av VIN 2/3, 80-85% av HPV-relatert vaginalkreft, 75-85% av ValN 2/3, 90-95% av HPV-relatert analkreft, 85-90% av AIN 2/3 og 90% av tilfellene av kjønnsvorter. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinasjonstidspunktet. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke fastslått. 99,6-100% var seropositive for antistoffer mot alle 9 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, Muñoz N, Pitisuttithum P, et al. End-of-study safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent HPV (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in adult women 24-45 years of age. Br J Cancer. 2011;105(1):28-37. 2. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Human papillomavirus. In Atkins W, Hamborsky J, Stanton A, et al, eds. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 12th rev ed. 2nd printing. Washington DC: Public Health Foundation: 2012:139-150. 3. Gardasil 9 SPC 03.05.2017, seksjon 2, 4.1 og 5.1

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

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 styrevalg, og leder sitter i to eller maksimalt 4 år ved gjenvalg.

Styremedlemmene velges for en periode med mulighet for gjenvalg, men maksimalt seks år.

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

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



Nils-Halvdan Morken.

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



Stine Andreassen.

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



Yngvild Skåtun Hannestad

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



Kirsten Hald.

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/ Kvinneklivnikken AHUS. PhD i reproduksjonsmedisin/endometriose



Anders Einum

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

Nytt fra NGF-styret

Jeg har tidligere nevnt Legeforeningens kampanje «Choosing Wisely» i denne spalten. En liten gruppe av flinke og erfarne kolleger har utarbeidet et forslag til innspill som vil styrebehandles og trolig sendes ut på medlemsmail for ytterligere innspill fra medlemmene.

Siden forrige innlegg har det vært ett styremøte på Meet Ullevål onsdag 24 oktober før årsmøtet i Oslo. Hovedsaken var avviklingen av årsmøtet som sto for døren. Vi hadde besøk og orientering av

LOK, samt kongressarrangør CIC. I tillegg ble detaljer knyttet til generalforsamlingen avklart og gjennomgått.

Vi hadde også besøk av Marit Lieng som representerer NGF i NFOG vitenskapelige komite. Hun orienterte om svenske og danske kollegers innsats for å etablere nettverk for å iverksette nasjonale kliniske studier. Vi diskuterte hvordan vi vil angripe dette fra norsk side. Styret i samarbeid med Marit vil arbeide videre med dette.

Neste styremøte blir i Bergen 13. desember.

På vegne av styret i NGF, Nils-Halvdan Morken

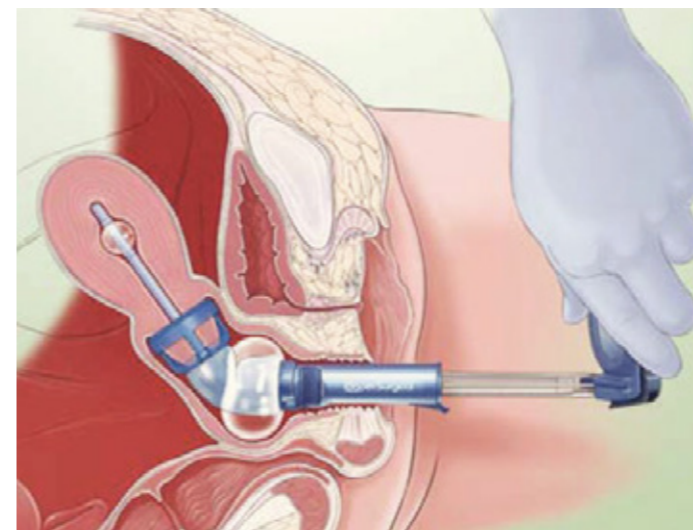


Jan Bye a.s.
MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988



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



RUMI® II SYSTEM

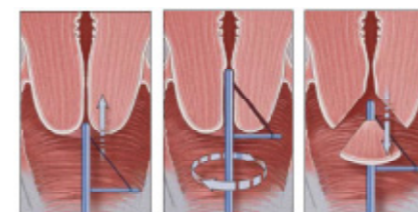
RUMI II uterus manipulator til bruk ved laparoskopisk hysterektomi og diagnostikk. Regnes som den mest komplette, robuste og anvendelig manipulatoren på markedet.

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



Fischer Cone Biopsy Excisor™

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



Isolerte spekler og instrumenter for konisering

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



BIPOLAR DISSECTING FORCEPS



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



Kiwi Sugekopp



Complete Vacuum Delivery System with PalmPump™



Kiwi OmniCup® with Traction Force Indicator



Har middels høy forløsning en plass i moderne obstetrikk?

Av Johanne Kolvik Iversen, medredaktør

Middels høye forløsninger er mer teknisk krevende og stiller høyere krav til erfaring hos operatøren – men er de også farligere? Dette var spørsmålet kanadiske forskere stilte seg da de gjorde opp materialet for de middels høye forløsningene i Canada. Resultatet var ikke oppløftende. Hva betyr dette for norsk praksis?

Muraca og medarbeidere publiserte i 2018 en artikkel i BJOG, etter å ha gjort opp materialet for de middels høye forløsningene i Canada fra 2004 til 2014. Forfatterne konkluderte med at middels høy forløsning var farligere enn keisersnitt for både for mor og barn, og kritiserte American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), som i 2014 anbefalte økt bruk av operativ vaginal forløsning som et ledd i en strategi for å redusere keisersnittfrekvensen². Bakgrunnen for ACOGs utspill er WHO's uttrykte bekymring for at den økende globale keisersnittfrekvensen vil resultere i dårligere mødre-barn helse, på kort og lang sikt³. I USA lå keisersnittfrekvensen i 2015 på drøye 32%, mens den vaginale operative forløsningsraten var på kun 3%. Til sammenligning var keisersnittfrekvensen i Norge i 2017 på 16,1%, og operativ vaginal forløsningsrate 9,5%.

Forskjell på utfallet basert på forløsningsindikasjon

Muraca et al fant oppsummert at ved protrauert forløp var alvorlig perinatal og maternell morbiditet og mortalitet forhøyet sammenlignet med keisersnitt. For barna gjaldt dette alvorlige utfall som kramper, hjerneblødning og lav Apgar-score. For mor var det faktorer som postpartumbødning, infeksjoner og sfinkterruptur. I gruppen som ble forløst på indikasjon truende asfyksi, fant man imidlertid ingen forskjell i alvorlig perinatal mortalitet og morbiditet mellom middels høy forløsning og keisersnitt, og totalt hadde de vaginalt forløste barna mindre behov for assistert ventilasjon. Man fant imidlertid signifikant høyere forekomst av alvorlig fødselstraume og lav Apgar-score (<4) i subgruppen som var forløst med vakuu.

Bekymringsfullt- men gjelder det Norge?

Dette er bekymringsfulle tall, ettersom middels høye forløsninger utgjør om lag 20% av de operative vaginale forløsningene også i Norge. Spørsmålet er om de kanadiske tallene er representative her. Svaret er at det vet vi ikke sikkert- enda. Ved Haukeland Universitetssykehus og ved OUS Ullevål pågår det i disse dager en gjennomgang av dette. Preliminært er det imidlertid ingenting som tyder på at vi vil finne det samme i Canada. Det vi kan si, er at allerede ved første øyeblikk er det andre ting enn konklusjonen i den kanadiske studien som er oppsiktsvekkende. Det første er den skyhøye andelen mislykkede forsøk på vaginal forløsning. For tanggruppen lå dette på rundt 8%, og for vacuum rundt 20%. Sfinkterrupturraten var totalt 21% i tanggruppe, og 9% i vacuumgruppen. Ved Haukeland Universitetssykehus og OUS-Ullevål ligger andelen mislykkede forløsninger mellom 1 og 5% av alle forløsninger, og selv om man kan forvente noe høyere tall når subdata for middels høye forløsninger foreligger, er det lite som tyder på at man vil nå samme andel som Canada. Likeledes er sfinkterrupturraten i Norge fjernt fra tallene som presenteres i denne studien. MFR-data viser en nasjonal frekvens på 5,3% for operative vaginale forløsninger. Selv om dataene for de middels høye forløsningene ikke er klare, ser det ikke ut som om andel vil overstige dette i særlig grad hverken ved Ullevål eller på Haukeland. Generelt er neonatalt utfall svært godt i Norge, selv om vi altså forløser flere operativt vaginalt enn i resten av verden. Heller ikke på dette området ser det preliminært ut til at vi vil få noen stygge overraskelser for middels høye forløsninger.



«Norge er et fyrstårn internasjonalt i arbeidet med å holde keisersnittfrekvensen på et edruelig nivå, og i lys av denne studien er det viktig å markere oss enda sterkere med internasjonale publikasjoner av vår praksis.»

Fyrstårnet Norge

Det er altså foreløpig ikke noe som tyder på at middels høye forløsninger ikke er trygge i Norge. Det betyr imidlertid ikke at middels høye forløsninger er ufarlige. De krever erfaring og gode klinikere. Forskjellene mellom Norge og Canada kan være uttrykk for ulik fødepopulasjon, men en annen nærliggende forklaring basert på andelen mislykkede forsøk og sfinkterrupturer, er at det er ulik grad av praktiske ferdigheter hos operatørene. I Norge forløser man fortsatt mange vaginalt, og man har hatt obligatorisk gruppe 1-tjeneste der man får mengdetrening.

Det denne studien er en viktig påminnelse om, er verdien av god opplæring og mengdetrening. Vi har fortsatt et høyt nivå på fødselshjelpen i Norge, og det er avgjørende at vi viderefører er høyt (eller høyere!) nivå på opplæringen av LIS inn i den nye spesialistutdanningen. Norge er et fyrstårn internasjonalt i arbeidet med å holde keisersnittfrekvensen på et edruelig nivå, og i lys av denne studien er det viktig å markere oss enda sterkere med internasjonale publikasjoner av vår praksis. Vi venter spent på publikasjonene fra Haukeland og Ullevål.

ACOG sendte et viktig signal da de i 2014 anbefalte økt bruk av operativ vaginal forløsning. Muracas publikasjon har gitt dette arbeidet et alvorlig skudd for baugen. Det er selvsagt ikke feil av Muraca og medarbeidere å konkludere med at det er farligere å forløses vaginalt enn å snittes ut, og at man derfor må slutte å forløse vaginalt. Basert på tallene de har er det en rimelig konklusjon – men en annen konklusjon kunne vært: Det finnes land hvor man klarer å holde en lav keisersnittfrekvens, relativt høyere operativ vaginal forløsningsrate og som har sammenlignbare eller bedre tall for perinatale og maternelle utfall – verden bør lære av hva disse landene gjør. Kanadiske leger bør læres opp bedre. Man blir ikke bedre av å slutte å forløse.

Referanser:

Muraca et al Perinatal and maternal morbidity and mortality among term singletons following midcavity operative vaginal delivery versus caesarean delivery. BJOG 2018;125:693-702
Caughey AB, Cahill AG, Guise J-M, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2014;210:17-93.

Betran AP, Torloni M, Zhang J, Gulmezoglu A. WHO Statement on Caesarean Section Rates.

BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2016;123(5):667-70.

Middels høy forløsning

Forløsning der fosterhodet er ved stasjon 0 (spina) eller 1 cm lavere (+1)

Utgjør ca 20% av alle operative vaginale forløsninger

Teknisk og beslutningsmessig vanskeligere

Må ikke forveksles med høy forløsning, som defineres som forløsning fra over spina (gjøres kun på tvillinger)

ONEWS Obstetric Norwegian Early Warning Score System

Av Eva Astrid Øverland, overlege, Akershus universitetssykehus

Det har trolig aldri vært tryggere å være gravid og å føde enn i Skandinavia i år 2018. Imidlertid er det kvinner som blir alvorlig syke og kvinner som dør i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid, selv her i Norge i dag. Noen av disse alvorlige sykdomstilfellene og dødsfallene kunne trolig vært unngått. Onews er et verktøy som kan hjelpe oss til å fange opp sykdomsutvikling hos obstetriske pasienter på et tidlig tidspunkt.

Bakgrunn

Internasjonalt har det de siste årene blitt utviklet ulike typer skåringsverktøy (Early Warning Score) med den hensikt å skulle fange opp sykdomsutvikling på et tidlig tidspunkt i ett eventuelt sykdomsforløp. Tanken er at en forhøyet «skår» skal generere en respons bestående av fornuftige tiltak og slik begrense sykdomsutviklingen og i bestefall forhindre dødsfall.

Her i Norge er det mange som kjenner til og bruker systemet News (National Early Warning Score). News er imidlertid ikke validert for store pasientgrupper som nyfødte, barn, unge, gravide eller barselkvinner. For gruppen barn og unge er tidlig varslings-systemet Ped safe blitt innført. Vi har ikke hatt et skåringsverktøy for gravide og barselkvinner.

Kvinneklinikken ved Akershus universitetssykehus tok i 2015 initiativ til å utarbeide «Early Warning Score» eller «tidlig varslingsystem av forverret tilstand» for gravide og barselkvinner tilpasset norske forhold. Vi nedsatte en lokal arbeidsgruppe og utarbeidet først en lokal variant av et tidlig varslings-system for gravide- og barselkvinner. Det ble etter hvert klart at flere avdelinger så behovet for et tidlig varslings-system for obstetriske pasienter. For eksempel hadde man ved Bærum sykehus fra høsten 2016 et prøveprosjekt kalt MEOWS bygd på det irske IMEWS. Vi forente derfor kreftene og våren 2017 ble en nasjonal tverrfaglig arbeidsgruppe konstituert. Denne er nå utvidet og er pr i dag bestående av leger, jordmødre og intensivsykepleier fra Ahus, OUS (Ullevål og Rikshospitalet), Vestre Viken (Bærum), Sykehuset i Vestfold og Haukeland.

Vi har forankret arbeidet i Norsk gynekologisk forening, Jordmorforbundet i NSF og Den norske jordmorforening. Vi har i to omganger fått tilskudd fra Den norske Legeforenings pasient-sikkerhets- og kvalitetsfond for å utvikle dette som et nasjonalt verktøy.

Vi orienterte oss først om hva som forelå internasjonalt av tidlig varslings-systemer for obstetriske pasienter. På bakgrunn av litteraturstudier gjennomførte deler av arbeidsgruppen et studie-

besøk til Dublin, Irland våren 2017. I Irland er IMEWS (Irish Maternity Early Warning Score) innført som en nasjonal standard og brukes på alle fødeavdelingene i landet. Vi ble også invitert til Irland på nytt og holdt innlegg på deres erfaringskonferanse høsten 2017.

Etter en vurdering bestemte vi oss for å ta utgangspunkt i det Irske systemet og tilpasset dette til norske forhold.

Onews

Formålet med et tidlig varslings-system er å fange opp sykdomsutvikling på et tidlig tidspunkt samt å følge utviklingen av en sykdomstilstand over tid på en objektiv måte. Dette er spesielt nyttig i situasjoner hvor kommunikasjonen med pasienten kan være utfordrende eller mangelfull. Mange gravide og barselkvinner har dessuten plager som kan være «normale», men som kan være vanskelig å skille fra patologiske tilstander. Et tidlig varslings-system vil hjelpe oss slik at vi unngår sykeliggjøring og unødige bekymring ved at vi kan bekrefte det normale. Det er viktig å presisere at dette systemet er et supplement til, ikke en erstatning for, vårt «kliniske blikk».

Systemet tar utgangspunkt i en klinisk vurdering etter ABCDE prinsippet og en helhetlig tenkning. Man registrerer systematisk, regelmessig og objektivt vitale parametere. I vårt Onews system gir dette en «fargeskår». Dette generer en respons og adekvate tiltak settes inn. Ved en viss skår består responsen av at ansvarlig lege varsles og denne utfører en grundig vurdering, eventuelt utføres ytterligere undersøkelser og det settes i gang behandling. Ved en høy skår konsulteres kolleger ved intensivavdelingen, eventuelt lege ved mobil intensiv gruppe hvis dette finnes (ved Ahus betegnes disse MIG team). Pasienten kan da eventuelt bli flyttet til et høyere omsorgsnivå. Onews tar utgangspunkt i stort sett de samme parameterne som vi kjenner fra andre skårings-systemer, for eksempel News. Cut-off verdiene speiler imidlertid de anatomiske, fysiologiske og hormonelle forandringene som skjer naturlig ved graviditet og i barsel. Videre skal Onews fange opp det spesifikke obstetriske sykdomspanoramaet. Onews gjelder fra erkjent graviditet og inntil 6 uker postpartum, men ikke i aktiv fødsel.



Representanter fra nasjonal Onews gruppe samt lokal Onews gruppe ved Ahus på studiebesøk i Dublin, Irland. Bak fra venstre: Helene Heide, Maria Cecilie Stivang, Liv Ellingsen, Elisabeth Einarson. Foran fra venstre: Ingvild Nordhagen, Eva Øverland, Eli Aaby, Nicola Janowitz og Linn Tokeim Nistov.

I utgangspunktet er dette et screeningsverktøy som vi anbefaler utført på alle pasienter regelmessig 2 ganger pr døgn. Skåringen kan skje ved hyppigere intervaller når man følger et sykdomsforløp og skal også utføres ved bekymring uavhengig av ordinære rutine-skåringstidspunkt.

Skåringskjemmet den nasjonale gruppen har utarbeidet skal ikke forandres på, mens responskjemmet kan justeres for å tilpasses lokale forhold. Vi har også utarbeidet forlag til et registrerings-skjema/urveark i papirformat. Målet er at det skal utarbeides elektroniske versjoner og i disse dager er vi i ferd med å ferdigstille et elektronisk Onews kurveark i systemet Metavision.

I tillegg til selve skåringsverktøyet, responskjemmet og kurvearket har vi utarbeidet et opplæringsprogram bestående av et dagskurs-konsept med en power point presentasjon som gir en grundig gjennomgang av prinsippene bak og selve skåringsverktøyet. Vi presenterer her en helhetlig tankegang som inkluderer trygg informasjonsoverføring og illustrerer god kommunikasjon i tverrfaglige team. Videre inngår forslag til kliniske kassuistikker som kan benyttes til simuleringstreninger. Dette opplæringsprogrammet har vi delt villig med de avdelingene som har vist sin interesse. Vi har også laget et kort e-læringsprogram som er ment som en introduksjon før man deltar på opplæringskurset.

Proessen

Vi har gjennomførte to nyttige nasjonal workshoper med interesserte deltakere fra hele landet og vi presentert Onews første gang nasjonalt på Perinataldagene høsten -17. Videre har vi presentert Onews på Perinataldagen i Helse Sør-Øst våren -18 og Perinataldagen i Helse Midt-Norge høsten -18.

Våren 2018 ble Onews tatt i bruk for gravide og barselpasienter på

Ahus og Bærum. I løpet av høsten -18 innføres Onews ved resten av Vestre Viken samt OUS. Innføringen av Onews er så vidt vi vet på gang ved flere andre avdelinger, bla Haukeland, St Olav, Bodø, Kristiansand, Stavanger, Telemark og Lillehammer.

Erfaringer så langt

Vi erfarer at vi fanger opp alvorlig sykdomsutvikling på et tidligere tidspunkt i sykdomsforløpet. Vi erfarer at systemet gir oss økt trygghet, spesielt i situasjoner hvor anamnese er vanskelig, systemet letter kommunikasjonen mellom kolleger og medfører raskere responstid fra lege. Videre effektiviserer dette vår arbeids-hverdag i og med at vi enklere kan selektere ut hvilke pasienter vi trenger å følge opp tetter og hvilke pasienter vi ikke trenger å bekymre oss for. En konsekvens av dette er at vi opplever previsit-ten på barselavdelingen som mer effektiv, unødige lange antibiotika-kurer kan avsluttes tidligere og friske pasienten kan utskrives på et tidligere tidspunkt. En naturlig motstand og skepsis i opp-startfasen er nå erstattet med en positiv holdning blant kolleger. Forutsetningen for å lykkes i implementering er imidlertid god opplæring på forhånd, nok utstyr enkelt tilgjengelig på avdeling-ene og forankring hos ledelsen. Det er også en forutsetning at de lokale komiteene er tverrfaglig sammensatt. Et samarbeid med simuleringssentrene i opplæringsfasen, hvis slike er tilgjengelige, er også en stor fordel.

Evidens

Det finnes en rekke enkeltstudier internasjonalt som viser at obstetriske tidlig varslings-systemer evner å fange opp sykdomsutvikling på et tidlig tidspunkt. Imidlertid viser studier at det er noe lav spesifisitet, dvs at det kan bli en del falske positive varslinger. Studier viser også at fagpersoner kjenner seg tryggere når de bruker skåringsverktøy. Det finnes ennå ikke oppsummert forskning og det foreligger ennå ikke publisert forskning fra norske forhold

Veien videre

Vi har et ønske om å inkludere ONEWS i neste utgave av Norsk Gynekologisk Forenings «Veileder i fødselshjelp» og håper at OneWS blir en nasjonal, felles standard for samtlige Kvinne- og Fødeavdelinger i landet. Vi har også en dialog med pasientsikkerhetskampanjen i regi av Helsedirektoratet og håper på en forankring der. Fremover ønsker vi å fortsette med å spre budskapet og vi deler villig på kurskonseptet vi har utarbeidet. Vi planlegger ny workshop/ erfaringskonferanse i løpet av våren -19 og håper på deltakere fra alle landets avdelinger.

Medlemmer i nasjonal ONEWS gruppe:

Eva Øverland, overlege (Ahus). Eli Aaby, jordmor (Ahus). Elisabeth Einarson, intensivsykepleier og instruktør, (Ahus). Liv Ellingsen, overlege (Ous). Ingvild Nordhagen, fagutviklings- jordmor (Ous). Trude Hartmann Bjørndalen, jordmor og seksjons- leder (Ous). Hege Nyhus Skytte, jordmor og prosjektleder (Ous), Helene Heide, seksjonsoverlege (Bærum). Anna Hjelle Øiestad, LIS lege (Bærum), Sedina Atic Kvalvik, LIS lege (Bergen) Cathrine Dahl Rafaelsen, LIS Lege (Tønsberg).

Kontaktinformasjon: Eva Øverland; eva.overland@ahus.no

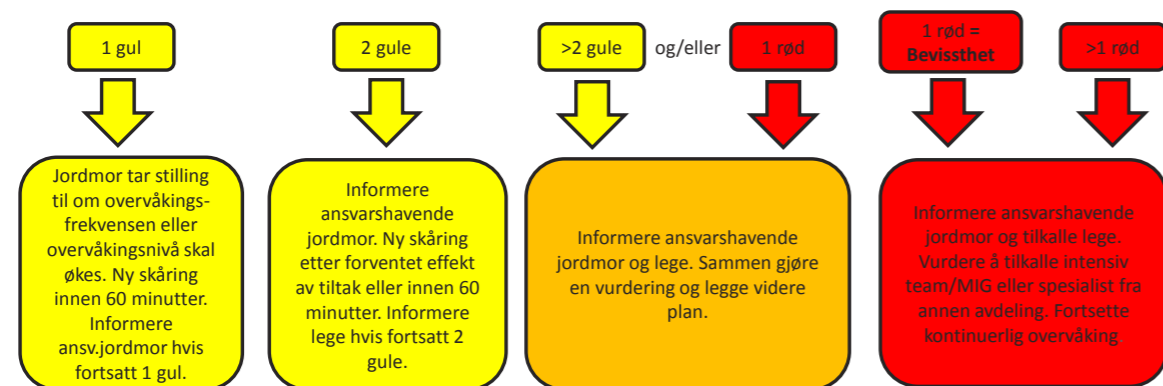
ONEWS skåringskjema

MTV S	RØD	GUL	HVIT	GUL	RØD
Respirasjon	≤ 10		11-19	20-24	≥ 25
SpO2	≤ 95		≥96		
Temperatur	≤35	35,1 – 35,9	36,0 – 37,4	37,5 – 37,9	≥38
Systolisk BT	<90	90 – 99	100 – 139	140 – 159	≥160
Diastolisk BT	<40	40 -49	50 – 89	90 – 99	≥100
Puls/min	≤50	51 – 60	61 – 99	100 – 119	≥120
Bevissthet			Våken og orientert (A)		Endret (C/N/P/U)

Veiledende ONEWS Responsskjema

Alle verdier i grått/ hvitt felt: Ny skåring hver 12. time

Hvis du er bekymret for tilstanden til en kvinne, fortsett overvåking og tilkall lege uavhengig av skåringsverdier.



Lav skår utelukker ikke alvorlig sykdom

Dokumenter alle kliniske funn og all kommunikasjon, inkludert hvilke planer som er lagt for videre observasjon og behandling.



Vulva.no

– ny nettside for helsepersonell og pasienter!

Av Anne Lise Ording Helgesen, Ph.D, Hudlege, Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse og Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus

Det er en betydelig kunnskapsbrist og et stort behov for informasjon rundt ulike kroniske sykdommer i underlivet hos kvinner. Spesielt gjelder dette lidelser i vulva, som ofte havner mellom de to fagmiljøene dermatologi og gynekologi. Mange kvinner får ikke den hjelpen de trenger.

Styret i den tverrfaglige foreningen Vulvaforum har gått sammen om å lage den nye nettsiden **Vulva.no**, i tett samarbeid med Vulvaklinikken og Sex og samfunn.

«**Vulva.no**» blir laget 2-delt – en del for pasienter og en for helsepersonell.

Her vil det legges inn praktisk og kortfattet informasjon om bl.a. ulike vulvodynier, hudsykdommer, forskningsaktivitet – og mye mer.

Siden skal lanseres i begynnelsen av 2019, følg med!

AP-GELP-studien.

Ny behandlingsstudie ved genital erosiv lichen planus. Vi trenger pasienter!

Ved Vulvapoliklinikken på OUS starter vi en ny studie på behandling av genital erosiv lichen planus (GELP) hos kvinner, med oppstart i januar 2019.

- Randomisert, placebokontrollert studie med apremilast (Otezla®) tabletter
- Otezla er et immunsuppressivt medikament med indikasjon psoriasis og psoriasis artritt; flere publikasjoner antyder effekt ved lichen planus
- Vanligste bivirkninger er gastrointestinale plager, luftveisinfeksjon, hodepine

Etter 16 uker vil alle pasienter få tilbud om aktiv behandling.

Vi vil inkludere 40 pasienter og behandlingen vil vare i opptil 1 år for hver pasient.

Viktigste inklusjonskriterier:

- kvinner over 18 år
- moderat til alvorlig smertefull GELP i vulva og/eller vagina

Viktigste eksklusjonskriterier:

- Graviditet/ amming
- Annen systemisk immunsuppressiv behandling
- Annen alvorlig somatisk sykdom eller depresjon

Prosjektleder: Anne Lise Helgesen, overlege/ hudlege ved Vulvapoliklinikken og post doc ved Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse.

Kvinneklubben i OUS og Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse er ansvarlig for studien.

Ta gjerne kontakt ved spørsmål eller for henvisning av aktuelle pasienter!

Vi kan inkludere pasienter fra hele landet.

Kristin H. Skullerud

Overlege/ hudlege vulvapoliklinikken og Olafiaklinikken
Prosjektmedarbeider og stipendiat, Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse

Kontaktinformasjon: kristin.skullerud@ous-hf.no

Aktuelle pasienter kan henvises elektronisk eller per post til

Vulvapoliklinikken
Gynekologisk poliklinikk Ullevål
Oslo universitetssykehus
Postboks 4956 Nydalen
0424 Oslo

Jeg er så stolt!

Av Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder

Jeg er så stolt av å være LIS i verdens beste fag i et heidundrende fagmiljø!

Jeg er så stolt av å være FUGOist!



Det er ikke med rent lite vemod jeg gir meg etter 4 år i FUGO-styret – de siste 3 årene som leder. Det har vært fantastisk lærerike og fine år.

Det er veldig mange i miljøet vårt som engasjerer seg, og som FUGOist får du kjennskap og vennskap med veldig mange av dem.

Det er personlig utviklende og utrolig inspirerende å samarbeide med så mange ressurssterke og kompetente fagfolk. Jeg har sittet i fire styreverv med i alt 13 forskjellige personer, og hvert styremøte har vært en fryd. Jeg tuller faktisk ikke. FUGO har de siste fire årene vært kjemisk fri for vriompeiser, og jeg går alltid hjem full av pågangsmot, fornyet energi og tro på menneskeheten!

Jeg er så stolt av FUGO-kurset vi arrangerer hvert år før årsmøtet. Det krever masse arbeid av den ansvarlige, men betaler seg tidobbel når man en kald oktoberdag sitter og beundrer det vi har fått til: FUGO-kurset samler mellom 25 og 55 LIS hvert år og holder alltid høyt faglig nivå. Ganske utrolig tatt i betraktning at det er nytt tema hvert år. I tillegg rekrutterer det LIS til årsmøtet – i seg selv kjempeviktig for LIS-trivsel – og vi bidrar alltid med overskudd som kommer en presset NGF-økonomi til gode. Kurset er rett og slett vårt lille kinderegge.

Jeg er så stolt av kampanjene våre. "Gi kniven videre" ble avsluttet i begynnelsen av min FUGO-karriere, og nå har "Boksen går!" sett dagens lys med en imponerende organisering og innsats av komiteen og et påfølgende fantastisk engasjement fra hele fagmiljøet. Jeg gleder meg til fortsettelsen.

Jeg er så stolt av vårt arbeid i råd og styrer og vårt internasjonale arbeid. Vi er der det skjer, og det er viktig å ha en organisert LIS-struktur som tar pulsen på det som skjer nasjonalt og

internasjonalt. Vi bidrar med et LIS-perspektiv når det trengs og lar oss selv inspirere av andre land. NFYOG (den nordiske foreningen av FUGO'er) har nettopp lansert en "global plattform" som samler historier fra LIS som har arbeidet i utviklingsland. Vi glemmer ikke vårt globale ansvar.

Jeg er så stolt av arbeidet vi har lagt ned i forbindelse med ny spesialiststruktur. Vi jobbet mye med å gi fyllestgjørende høringsvarer i de innledende rundene, og i år har vi stått på sammen med andre LIS-foreninger i kampen for prosedyrelister. Gjennom en intensiv og godt planlagt kampanje fikk vi helseministeren i tale, både på trykk i Bergens Tidende, etter å ha utfordret ham ganske kraftig i en kronikk, og i debatt i radioen. Takket være stor oppslutning på gynekologiske avdelinger rundt om i landet fikk vi vist myndighetene at dette er en viktig sak for oss. Som resultat av vår felles front i media og av Legeforeningens arbeid gjennom formelle kanaler fikk vi følgende formulering fra helsedepartementet: "Vi ber helsedirektoratet[...] sørge for en nasjonal standardisering ved å anbefale et minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter sammenstilt i prosedyrelister[...] avvik fra minimumstallene bør ha en særlig begrunnelse". Det skal godt gjøres å røre ved prosedyrene etter dette!

Hvor går så veien videre?

Det blir det opp til andre å avgjøre. FUGO blir ikke arbeidsledig, det er sikkert. "Boksen går!" er kun i startfasen og viser ekstremt lovende tendenser, og nå starter et stort arbeid med ENTOG-utvekslingen i 2020. Den nye spesialiseringsreformen krever også årvåkenhet fra LIS – vi må sammen sørge for at det blir det kvalitetsløftet alle håper på.

Jeg takker for følget av hele mitt hjerte og ønsker lykke til videre på ferden!

Generalforsamling FUGO 24.10.18 kl 1730-1810

Sted: Meet konferansesenter, møterom M5, Ullevål Stadion

- Thea Falkenberg Mikkelsen foreslås som ordstyrer og Ane Ø. Bergquist som referent
 - godkjent uten kommentarer
- Presentasjon av styret (Thea)
- Orientering om FUGOs arbeid nasjonalt det siste året (Thea)
 - Engasjement i prosessen rundt omlegging av spesialistutdanningen og forskriftsfesting av prosedyrelister.
 - Kort innføring i de nye fagmedisinske aksene, faglandsrådet, landsstyret.
- Informasjon om NGF og NGFs arbeid (Anders)
- Kort informasjon om Endoskopiutvalgets oppgaver (Marianne)
- Informasjon om laparoskopitreningskampanjen "Boksen går!" (Marianne)
- Informasjon om NFYOGs virksomhet (Thea)
- Informasjon om ENTOGs arbeid det siste året (Hilde)
 - nytt, felles curriculum
 - organisering av ENTOG-utvekslingen.
- Presentasjon av FUGOs budsjett for 2019 (Thea)
 - Godkjent.
- Presentasjon av regnskapet for 2017 (Tiril)
 - Godkjent
- Evaluering av årets FUGO-kurs "kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet" (Hilde)
 - innspill fra salen om å holde oss til bare to forelesninger før man får en kaffepause
 - deltakerne virker stort sett fornøyde
- Info om neste års FUGO-kurs før årsmøtet i Bodø (Hilde)
 - forslag fra salen: Hysteroskopi, endokrinologi, forskning for LIS

Saker meldt av FUGO-styret:

- Vedtektsendring
 - Vedtekstillegg under § 4, punkt 4.2:
 - I henhold til Legeforeningens lover tillegges det fagutvalgene for leger i spesialisering å utnevne LIS-representant til Faglandsrådet. Dette vervet vil innehas av leder i FUGO, men kan delegeres til annet styremedlem ved behov.
- Godkjennes.

Endring av utvelgelseskriterier for ENTOG-utveksling:

- Søker må være medlem av NGF (gjennom medlemskap i Legeforeningen). Søkerne blir vurdert av et samlet FUGO-styre. Følgende momenter skal vektlegges særlig ved utvelgelse:
 - motivasjonsbrev, tidligere søknad om deltakelse på ENTOG-utveksling, språklige ferdigheter og tillitsverv/organisasjons-erfaring. Dersom to eller flere søkere vurderes like gode, vil den/de med færrest måneder igjen til de er ferdig spesialist, prioriteres.
 - Dersom to eller flere søkere fortsatt stiller likt, foretas loddtrekning.
- Godkjennes.

• Sak fremlagt av medlem:

- Pernille Bjerre Trent: FUGOs styre bes om å jobbe for at det etableres en ordning hvor LIS som oppnår spesialisttittel får tildelt diplom, slik det gjøres i andre fagmedisinske foreninger
- Godkjennes.

• Valg:

- Thea Falkenberg Mikkelsen avtrer fra sin plass i styret etter 4 år.
- Anders Einums plass i styret er på valg. Han stiller til gjenvalg og er innstilt av valgkomiteen til å beholde plassen.
- Liva Helleland (Haukeland) er av valgkomiteen innstilt som nytt styremedlem.
- Begge velges ved akklamasjon.

• Eventuelt

- FUGO utnevner æresmedlem – Tiril Tingleff!
- FUGO takker leder gjennom de 3 siste årene Thea Falkenberg Mikkelsen for innsatsen i styret de siste 4 årene.

Kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet.

Referat FUGO kurs. Rikshospitalet 24.10.2018.

Av Hilde Sellevoll, kursleder og LIS Oslo universitetsykehus

Tema for årets FUGO kurs var «Kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet», der lokale eksperter var innhentet som forelesere. I forkant av kurset var det 39 LIS påmeldte. Vi var forberedt på at flere kunne dukke opp uanmeldt ettersom det fremdeles er en del forvirring mellom forKURS og forMØTE.

Vi forsøker nå å gjøre dette tydeligere ved å fjerne prefikset og simpelthen kalle det «FUGO kurs». I alt var det 48 ivrige LIS som troppet opp, tidenes beste oppmøte, tror vi. Ingvil Krarup Sørbye, overlege ved Fødeavdelingen ved Rikshospitalet innledet kurset og introduserte oss til tre indremedisiner, en

revmatolog, en nevrolog og en anestesilege. Vi merket oss at deltakerne mente vi kunne gitt mer tid til anestesilege Eldrid Langesæter, som fremsto svært erfaren og samtidig ydmyk i forhold til våre obstetriske vurderinger. Noen mente også vi kunne gått mer i dybden på vanlige problemstillinger som diabetes og thyroideasykdommer, og unngått en del detaljer rundt revmatologiske sykdommer. Alt i alt fikk det faglige innholdet karakter 4,4 av 5 ifølge de skriftlige evalueringene. Ellers var det åpenbart at det ble en vel lang ettermiddag og at kakepausen kunne vært fremskyndet minst 45 minutter. Uansett, og kanskje det viktigste av alt, var at kurset virket stimulerende til videre

læring (karakter 4,5 av 5). For etter en lang dag på forelesningsbenken med kanskje i overkant mye detaljer for en stakkar gynekolog, er det fint å vite at samarbeid er pluss og at det aldri er feil å ringe en venn for tips og råd. Temaet for neste års FUGO kurs vil bli besluttet på nyåret. Vi kan røpe at temaet hysteroskopi som ble foreslått ved generalforsamlingen, er en stor favoritt i FUGO styret. Vi er selsagt åpne for andre innspill fra fjern og nær. Dette er jo nettopp DIN mulighet som LIS til å bestemme akkurat hva DU har lyst til å lære mer om!

Hilde Sellevoll, kursleder

KICK-OFF "BOKSEN GÅR!"

Av Marianne Omtvedt, Ane Bergquist, Liva Helleland og Renate Torstensen

Konfettien på Årsmøtemiddagen hadde så vidt lagt seg før en ny uke var i gang og ventetiden endelig var over. Mandag 29.10.18 gikk nemlig startskuddet for FUGO sin nye kampanje "Boksen går!" – Laparoskopitrening for LIS. Etter flere måneder med planlegging og forberedelser lokalt, er det med stor glede at kampanjen nå er i gang og at samtlige gynekologiske avdelinger er med!



OM KAMPANJEN

Som tidligere annonsert i Gynekologen er "Boksen går!" en kampanje i regi av FUGO. Kampanjen er støttet av Norsk Gynekologisk Forening og Endoskopiutvalget, med økonomisk støtte fra FUGO og Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Bak kampanjen står en engasjert prosjektgruppe med veiledere, som gjennom det siste året har lagt ned en betydelig innsats for å få kampanjen gjennomførbar. Målet for kampanjen er å:

- Sikre basale ferdigheter i laparoskopi
- Gi økt motivasjon for laparoskopitrening og en raskere læringskurve
- Skape trygge LIS og overleger som veileder/assisterer LIS
- Redusere operasjonstid
- Øke pasientsikkerheten

OPPSTARTSMØTE FOR KONTAKTPERSONER

Prosjektgruppen har rekruttert kontaktpersoner lokalt, 1 LIS og 1 overlege, fra hver avdeling. Kontaktpersonene ble invitert til et felles oppstartsmøte på Ullevål sykehus i Oslo 17.09.18, hvor 26 av 31 avdelinger deltok. Formålet med oppstartsmøtet var å informere kontaktpersonene grundig om kampanjen, slik at de

kunne bringe informasjonen videre til sin avdeling. På møtet gikk vi gjennom bakgrunnen for kampanjen, erfaringer fra strukturert laparoskopitrening, nødvendig utstyr, tidsplan og de ulike laparoskopiovelsene med sertifiseringer.

Etter oppstartsmøtet fikk kontaktpersonene i oppgave å holde internundervisning om kampanjen. De har også i samråd med ledelsen ved sin avdeling kartlagt hva som trengs av utstyr og ressurser for å komme i gang med treningen. Kontaktpersonene har allerede gjort en kjempeinnsats og det er takket være disse at kampanjen nå kan ruller i gang.

PRAKTISK GJENNOMFØRING

Kampanjens varighet er i første omgang satt til ca. 1 år, fra 29.10.18 – 01.10.19. Ved kampanjeslutt håper vi at laparoskopitrening for LIS er implementert i arbeidshverdagen ved de ulike avdelingene og at Boksen går... videre!

Det er utarbeidet to sertifiseringer, del 1 og del 2. Del 1 består av 5 basale øvelser og målet er at samtlige LIS fullfører del 1 1. kampanjeperioden. Sertifisering del 2 består av 5 moderate til avanserte øvelser. Det forventes at LIS som gjør adnexkirurgi og



"Boksen går!" i verdens nordligste gyn-avdeling Hammerfest



OUS tar utfordringen



Ringerike sykehus er godt i gang med "Boksen går!"



"Boksen går!" i Haugesund

laparoskopiske hysterektomier, også fullfører del 2 1. kampanjeperioden. Både egentrening og treningstimer skal loggføres på et eget skjema. All informasjon om kampanjen ligger lett tilgjengelig på FUGO sine nettsider, inkl. detaljert beskrivelse av hver enkelt øvelse med video. Det er laget plakater med tilsvarende informasjon som skal henge over øvingsboksene.

Det som kreves av utstyr er en øvingsboks, kamera, skjerm og lyskilde. Av instrumenter trengs minimum to fattetegner, to nåleholdere og en saks. På oppstartsmøtet ble det delt ut startpakker som inneholder nødvendig utstyr til de ulike øvelsene, blant annet slalåmløype, vaginaltopp, perleplate etc. Dette for at det skal være lett å komme i gang med kampanjen i tillegg til at øvelsene er uavhengig av type øvingsboks som brukes.

Hver LIS skal ha mottatt en mail fra sin kontaktperson med en link til et spørreskjema med spørsmål som skal kartlegge dagens status hva gjelder laparoskopitrening. Et tilsvarende spørreskjema sendes ut om 1 år for å kartlegge effekten av kampanjen. Det er meget viktig at samtlige LIS tar seg tid til å svare på dette spørreskjemaet!

BATTLE OF THE BEST

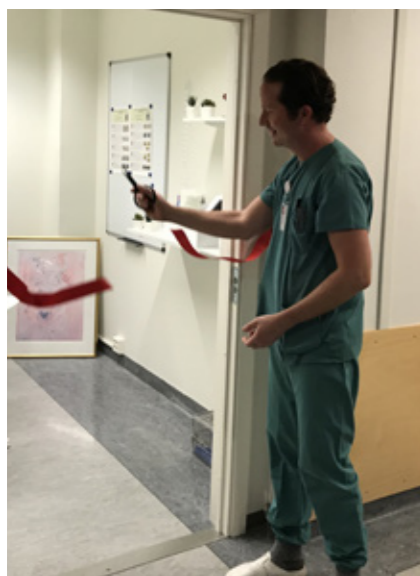
De fleste avdelingene er nå godt i gang med laparoskopitreningen. Bruk gjerne FUGO sine facebook-sider til å legge ut bilder fra treningen, det er både motiverende og inspirerende å se hva andre får til!

For å holde motivasjonen for trening oppe over tid, samt trigge konkurranseinstinktet mellom avdelingene litt, ønsker vi i prosjektgruppen å invitere til "Battle of the Best". Dette er en nasjonal laparoskopikonkurranse for LIS som arrangeres på NGF Årsmøte i Bodø i 2019. Her blir det kamp om heder og ære, pokal og ikke minst en fin premie til vinneren! Før sommeren skal de ulike avdelingene arrangere en lokal konkurranse, hvor vinneren kan sendes videre til "Battle of the Best". Detaljer rundt den lokale konkurransen kommer på nyåret. Det eneste vi kan si så langt er at det lønner seg å øve på laparoskopiovelsene som er lansert, samt prøve å utfordre hverandre med nye øvelser når del 1 og del 2 er fullført. Her er det bare å være kreative!

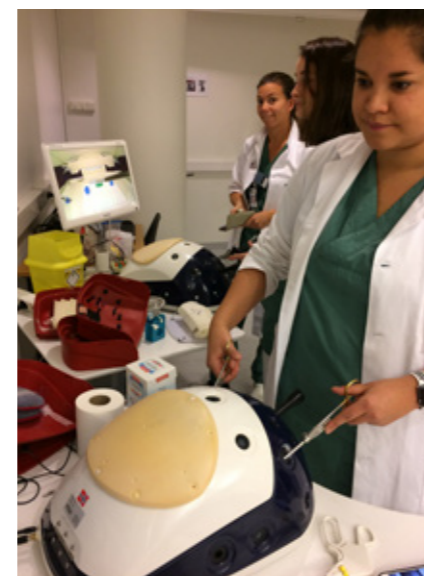
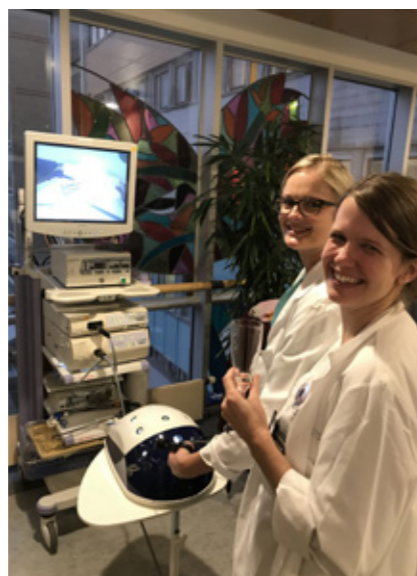
Vi i prosjektgruppen er stolte av at samtlige gynekologiske avdelinger har engasjert seg i "Boksen går!". Responsen på kampanjen så langt har vært over all forventning og det er ingen tvil om at treningsviljen er tilstede. Vi oppfordrer med dette ledelsen lokalt til å bistå med nødvendig tid og ressurser for gjennomføring av kampanjen.

Følg gjerne med på FUGO sine facebook-sider for jevnlig oppdateringer om "Boksen går!". Ved spørsmål er det bare å ta kontakt med en av oss i Prosjektgruppen, skriv til oss på facebook-siden eller send mail til: fugokampanje@gmail.com.

Lykke til!



Åpning av treningsrommet i Oslo



Trening og sertifisering ved Sykehuset i Vestfold

BOKSEN GÅR! – LAPAROSKOPITRENING FOR LIS SERTIFISERING DEL 1



- Fire perler på rad (< 3 minutter)
- Flytte 12 fyrstikker (< 4 minutter)
- Slalåm med klokka (< 1 minutt 40 sekunder)
- Klippe sirkel (< 4 minutter)
- Stable 6 sukkerbiter (< 1 minutt 10 sekunder)



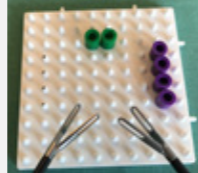
Fire perler på rad (< 3 minutter)

Læringsmål: Bimanuell trening, øye-hånd-koordinasjon, presisjon.
Utstyr: Perleplate med to rader markert med 4 prikker, 6 perler. To fettetter.
Startoppstilling: Teip fast perleplaten til underlaget og plasser den slik at de to markerte radene står vertikalt. Plasser 4 perler på de 4 svarte prikkene på høyre side. Plasser de to reserveperlene på øvre del av perleplaten. Start med begge fettetterne synlig i nedre del av feltet.

Utførelse: Løft en perle på høyre rad med instrumentet i høyre hånd, ta imot perlen med instrumentet i venstre hånd og plasser den på en valgfri svart prikk på raden til venstre. Gjentas til alle perlene er flyttet fra høyre til venstre side. Gjør det samme motsatt vei, men start da med instrumentet i venstre hånd, ta imot med instrumentet i høyre hånd.

Feil: Dersom du mister en perle løftes den opp igjen med instrumentet som mistet perlen og du fortsetter øvelsen. Fallers perlene utenfor rekkevidde eller synsvidde, kan du bruke inntil to reserveperler.

Startoppstilling



Bilde fra øvelsen



Flytte 12 fyrstikker (< 4 minutter)

Læringsmål: Bimanuell trening, øye-hånd-koordinasjon, presisjon.
Utstyr: Plate med 2 porter, 12 fyrstikker, 1 kopp, teip. To nåleholdere eller fettetter.

Startoppstilling: Teip fast platen til underlaget slik at de to portene er vendt mot deg. Legg 12 fyrstikker i en haug øverst til venstre. Start med begge instrumentene synlig i nedre del av feltet.

Utførelse: Løft en fyrstikk, før gjennom venstre port, ta imot med motsatt hånd, før gjennom høyre port og legg i koppen. Gjør det samme med de 11 gjenværende fyrstikkene. Det er lov å bruke underlaget for å vinkle fyrstikken.

Feil: Dersom du mister en fyrstikk løftes den opp igjen med instrumentet som mistet fyrstikken og du fortsetter øvelsen. Fallers fyrstikken ut av koppen må den legges på plass i koppen igjen. Dersom fyrstikken knekker, eller faller utenfor rekkevidde eller synsvidde, må øvelsen startes på nytt.

Startoppstilling



Bilde fra øvelsen



Slalåm med klokka (< 1 min 40 sekunder)

Læringsmål: Bimanuell trening, vinkling av instrumenter.

Utstyr: Plate med 10 porter, klipp en fyrstikk til lengde 3 cm. To nåleholdere eller fettetter.

Startoppstilling: Teip fast platen til underlaget som vist på bildet. Legg fyrstikken foran første port. Start med begge instrumentene synlig i nedre del av feltet.

Utførelse: Løft opp fyrstikken og før den gjennom port 1 til 10 (med klokka).

Feil: Dersom du mister fyrstikken løftes den opp igjen med instrumentet som mistet fyrstikken og du fortsetter øvelsen. Dersom fyrstikken knekker, eller faller utenfor rekkevidde eller synsvidde, må øvelsen startes på nytt.

Startoppstilling



Bilde fra øvelsen



Klippe sirkel (< 4 minutter)

Læringsmål: Bimanuell trening, presis bruk av saks.

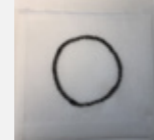
Utstyr: To 10 x 10 cm kompresser hvor den ene har en svart sirkel tegnet, 2,5 cm i radius, med 3 mm svart strek. En nåleholder/fattetang, en saks.

Startoppstilling: Legg kompressene oppå hverandre midt i øvingsboksen med den svarte sirkelen øverst. Fest kantene til underlaget med teip. Start med begge instrumentene synlig i nedre del av feltet.

Utførelse: Ta tak i kompressen med instrumentet og klipp ut den svarte sirkelen. Du skal klippe på den svarte streken.

Feil: Du skal kun klippe i det øverste laget. Unngå å klippe på innsiden av den svarte streken - det skal være en jevn svart strek på den utklippede sirkelen.

Startoppstilling



Bilde fra øvelsen



Eksempel på feil



Stable 6 sukkerbiter (< 1 min 10 sekunder)

Læringsmål: Bimanuell trening, presisjon, dybdesyn.

Utstyr: 6 sukkerbiter. To fettetter.

Startoppstilling: Trill 6 sukkerbiter inn i øvingsboksen, 2 av 6 sukkerbiter skal stå på høykant. Start med begge fettetterne synlig i nedre del av feltet.

Utførelse: Stable en og en sukkerbit oppå hverandre med annenhver hånd. Tårnet skal være frittstående og må stå i minst 5 sekunder etter at siste sukkerbit er plassert.

Feil: Dersom du mister en sukkerbit løftes den opp igjen med instrumentet som mistet sukkerbiten og du fortsetter øvelsen. Fallers sukkerbiten utenfor rekkevidde eller synsvidde må øvelsen startes på nytt.

Startoppstilling



Bilde fra øvelsen



BOKSEN GÅR! – LAPAROSKOPITRENING FOR LIS SERTIFISERING DEL 2



- Slalåm med krum nål mot klokka (< 3 minutter)
- Cysteutskrelling (< 10 minutter)
- Prikketesten (< 8 minutter)
- Suturere med begge hender (< 6 minutter)
- Sutur av vaginaltopp (< 15 minutter)



Slalåm med krum nål mot klokka (< 3 minutter)

Læringsmål: Bimanuell trening, vinkling av nål og nåleholdere.

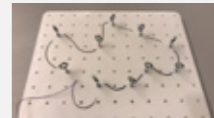
Utstyr: Plate med 10 porter, 1 sutur med middels stor krum nål (f.eks. Novosyn 0 eller tilsvarende). Klipp til trådlengde 20 cm. To nåleholdere.

Startoppstilling: Teip fast platen til underlaget som vist på bildet. Nålen legges flatt foran første port. Start med begge instrumentene synlig i nedre del av feltet.

Utførelse: Løft opp nålen, plasser i 90 graders vinkel i nåleholderen og før den gjennom port 1-10 (mot klokka).

Feil: Dersom du mister nålen løftes den opp igjen og du fortsetter øvelsen.

Startoppstilling



Bilde fra øvelsen



Cysteutskrelling (< 10 minutter)

Læringsmål: Trene fridisseksjon av cyste.

Utstyr: Plasser en str 5 hanske inn i en annen str 5 hanske. Fyll den innerste hansken med vann og lag en knute. Klipp av tuppen av hansken over knuten og lag en knute på den ytterste hansken. Tegn en svart strek rundt den ytterste delen av hansken 2 cm fra knuten. Bruk en fetttang/nåleholder og saks.

Startoppstilling: Legg en kladd i øvingsboksen. Fest hansken til underlaget med teip slik at enden med knuten sitter fast. Start med begge instrumentene synlig i nedre del av feltet.

Utførelse: Lag en åpning i den ytterste hansken og disseker fri den innerste hansken fylt med vann.

Feil: Du skal unngå å klippe hull i den innerste hansken. Unngå å berøre hansken mellom den oppmerkede streken og den ytterste delen av hansken med knuten.

Startoppstilling



Bilde fra øvelsen



Prikketesten (< 8 minutter)

Læringsmål: Bimanuell trening, vinkling av nål og nåleholdere.

Utstyr: 1 svamp, teip, tusj, 1 sutur med middels stor krum nål (f.eks. Novosyn 0 eller tilsvarende). Klipp til trådlengde 25 cm. To nåleholdere, 1 saks.

Startoppstilling: Teip fast undersiden av svampen til underlaget. Marker opp to svarte prikker på 5 mm i diameter med 1 cm mellom, lag totalt fem rader. Fest nålen på svampen. Start med begge nåleholderne synlig i nedre del av feltet.

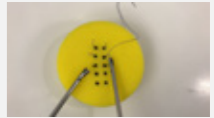
Utførelse: Plasser nålen i 90 graders vinkel i nåleholderen i din dominante hånd. Start på øverste linje og før spissen ned i den ene svarte prikken og ut av den andre. Dra tråden gjennom til det gjenstår ca. 1 cm på den ene siden, klipp tråden 1 cm lang på den andre siden. Gjentas det samme på rad 2. På rad 3 lager du en kirurgisk knute (2+1+1) og klipper tråden 1 cm kort. Gjentas samme på rad 4 og 5 som på rad 1 og 2.

Feil: Tråden må gå gjennom de svarte prikkene og ikke utenfor. Unngå å rive opp vevet i svampen. Instruktør sjekker at knuten er stram og at det ikke er mer enn to opprevete områder på svampen.

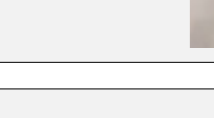
Startoppstilling



Bilde fra øvelsen



Sluttresultatet



Bilde fra øvelsen



Suturere med begge hender (< 6 minutter)

Læringsmål: Bimanuell trening, vinkling av nål og nåleholdere.

Utstyr: 1 svamp, teip, tusj, 1 sutur med middels stor krum nål (f.eks. Novosyn 0 eller tilsvarende). Klipp til trådlengde 25 cm. To nåleholdere, 1 saks.

Startoppstilling: Teip fast svampen til underlaget. Marker opp 2x2 svarte prikker på 5 mm i diameter med 1 cm mellom som vist på bildet. Fest nålen på svampen. Start med begge nåleholderne synlig i nedre del av feltet.

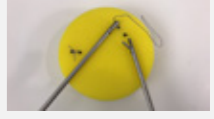
Utførelse: 1) Plasser nålen i 90 graders vinkel i nåleholderen i høyre hånd. Start på venstre side av svampen og før spissen ned i prikken til høyre og ut av den venstre. Lag en kirurgisk knute (2+1+1) og klipp tråden kort. 2) Plasser nålen i 90 graders vinkel i nåleholderen i venstre hånd. Start på høyre side av svampen og før spissen ned i den øvre prikken og ut av den nedre. Lag en kirurgisk knute (2+1+1) og klipp tråden kort.

Feil: Tråden må gå gjennom de svarte prikkene og ikke utenfor. Unngå å rive opp vevet i svampen. Instruktør sjekker at knuten er stram og at det ikke er mer enn ett opprevet område på svampen.

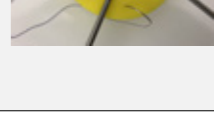
Startoppstilling



Bilde fra øvelsen



Sluttresultatet



Bilde fra øvelsen



Sutur av vaginaltopp (< 15 minutter)

Læringsmål: Bimanuell trening, vinkling av nål og nåleholdere.

Utstyr: 2 svamper, teip, 1 sutur med middels stor krum nål (f.eks. Novosyn 0 eller tilsvarende). Klipp til trådlengde 30 cm. To nåleholdere.

Startoppstilling: Teip svampene sammen i den ene enden, samt fest den nederste svampen til underlaget. Nålen legges flatt på underlaget foran svampen. Start med begge nåleholderne synlig i nedre del av feltet.

Utførelse: Lag en kirurgisk knute ved å feste øvre del av svampen til den nedre delen. Lag en fortløpende sutur med totalt 4 suturer, hvor nålespissen peker mot midten hele veien, dvs. at du må vinkle nålespissen motsatt vei når du er halvveis. På den siste suturen låser du tråden.

Feil: Du kan ikke ta øvre og nedre del av svampen i ett tak. Instruktør sjekker at første knuten er stram.

Startoppstilling



Spiss mot venstre



Spiss mot høyre



ENTOG-utveksling til Frankrike 2018

Den årlige ENTOG-utvekslingen fant sted i Frankrike og ble avholdt med utveksling til sykehus i Paris, Lille og Marseille. Til sammen 50 deltakere fra hele Europa med unge LiS-er i gynekologi og obstetrikk skulle først selekteres til å hospitere ved et av sykehusene i de nevnte byene i 3 dager før det skulle avholdes en ENTOG-samling i Paris.

Vi, Marte Westvik LiS i Førde og Arnbjørn Gil Skadsem, LiS i Haugesund, ble de heldige utvalgte fra Norge og ble trukket til henholdsvis byene Lille i nord og Marseille ved Middelhavskysten.

Frankrike som utvekslingsmål var selvsagt tiltrekkelig og eksotisk, men også faglig var interessen for hvordan medisin og gynekologi og obstetrikk blir praktisert der. Særlig nysgjerrig var vi på hvordan fødselshjelp utøves der, da de tross alt, som sentraleuropeisk land, har relativt lave keisersnitt-tall med rundt 20 %. Det er også innad i Frankrike store variasjoner både i dette og forløsningsmetoder ved operativ forløsning, da det i enkelte deler av landet (nord) brukes tang, mens i store deler kun brukes kiwi-kopp eller annen vakuumbelagte, mens det i sør brukes et tang-liknende redskap kalt spatula, som appliseres biparietalt, som skeier, men som ikke låses.

I Frankrike avgjør avsluttende eksamen på medisinstudiet hvor du kan velge spesialisitet og utdanningssted, og gyn/obs er en av de mest ettertraktede spesialisitetene. De starter da på et løp med hyppige, gjerne 6 måneders rotasjoner, fra avdelinger og sykehus i tilhørende universitetsklinikk før de etter 5 år er regnet som ferdige spesialister. Frem til da blir det lite selvstendig arbeid og mye av oppgavene de utfører blir overprøvd av en overlege, blant annet UL-bilder og ingen av dem vi hadde snakket med hadde operert selvstendig og alle operative forløsninger ble utført sammen med overlege. LiSene hadde nok en enda mer underordnet rolle enn det vi har i Norge, og de kunne gjerne utføre hele den sterile tildekkingen av en pasient før de ringte sin overordnede som da utførte operasjonen eller prosedyren. Etter endt spesialisering følger, ikke obligatoriske, 2 år som assistent, en slags mellomstilling mellom LiS og overlege. Det er ofte da de først får begynne å operere spesialisere seg innen et felt. Denne stillingen er regnet som spesielt krevende og vaktbelastningen er stor, men det kreves uførelt for ellers får man mindre refundert for konsultasjoner, dyrere ansvarsforsikring og vanskeligere for å finne jobb.

Marte Westvik (Lille)

Jeg var på l'hôpital Jeanne de Flandre i Lille, som er et universitets-sykehus med gynekologi, obstetrikk og pediatri. Sykehuset har

5000-6000 fødsler i året og keisersnittfrekvensen var 18,5% i 2014. På morgenmøtet var det omkring 70 personer og ingen småprat. Kun en håndfull personer tok ordet. En overlege ledet møtet der vakthavende team rapporterte i hovedsak om operative forløsninger og viste utdrag fra CTG og papirjournal. Første dag var hun som skulle følge oss til morgenmøtet litt stresset da vi skulle gå fra resepsjonen og opp. Av respekt for de andre ville hun at vi skulle sitte klare på møterommet i hvite frakker flere minutter før møtet startet. Vi rakk det med god margin.

Jeg var med på operasjoner i to dager, som observatør. Det var flest laparoskopier. De startet med Veress nål i Palmer's point og brukte skarpe trokare. Jeg så genital tuberkulose for første gang. Generelt holdt operasjonssykepleierne seg litt i bakgrunnen, mens en medisinstudent vasket seg inn og fungerte i stor grad slik operasjonssykepleiere gjør i Norge. To leger i spesialisering startet operasjonene inkludert steril vask og dekning av pasienten. Underveis kom overlegen inn for å enten gjøre indrefileten av operasjonen – for eksempel selve hysterektomien – eller godkjenne de yngre legenes vurdering. På dette offentlige sykehuset var det også mulig å betale litt ekstra for å bli "privat" pasient – jeg forstod det som at disse pengene i hovedsak gikk til overlegen som da utførte hele operasjonen. Man kunne også betale ekstra for å ha en obstetiker med under hele fødselen. Den siste dagen var jeg med på gynekologisk poliklinikk med kolposkopi og biopsier. Som assistent hadde den franske overlegen med en fransk spesialist fra Italia. Vi delte frustrasjonen over oppfølging ved positiv HR HPV og ellers normale prøver.

Arnbjørn Gil Skadsem (Marseille)

Jeg ble valgt ut til Hôpital Nord som var tilknyttet universitetet og fungerte som referanse-sentrum « for det meste ». Her ble det utført robot-assistert kirurgi, all grav patologi og misdannelser ble fulgt opp ved fostermedisinsk sentrum her. De fleste flerling-svangerskap ble også fulgt opp ved dette sykehuset og samlet sett hadde de en sectio-frekvens på 23 %. I Marseille omegn er det årlig ca 14.000 fødsler, hvorav kun rundt 40 % av



disse fødte ved offentlige institusjoner og ved Hôpital Nord var det ca 2.800 fødsler, mens ved det andre offentlige hadde de ca 4000/år. For en normal og ukomplisert fødsel, kunne man privat regne med å betale ca 1500 EUR, men selve regnestykket kan jeg ikke lengre gjengi.

Det var i det hele tatt svært mye som var likt, vakthavende LiS-er rapporterer på morgenmøtet siste døgns aktivitet, med fremvisning av CTG (på papir) deriblant alle fødsler, også de helt normale, ned i minste detalj, det følger kontroll-spørsmål og diskusjon blant overlegene før LiSene får fortsette. For øvrig var også mye av apparaturene like og til min forskrekkelse måtte jeg høre samme ringetone på den identiske vakt-telefonen mange tusen kilometer borte fra jobb. Av kliniske tilfeller fikk jeg ikke sett særlig mye, det mest spektakulære var helt klart en laserbehandling av en tvilling-tvilling-transfusjons-syndrom, som jeg var så heldig å få observere. En annen forskjell er at de fleste LiSer har sett flere eklampsi-tilfeller, som jeg selv etter 4 år aldri har sett, men dette førte de tilbake på en stor populasjon av kvinner av afrikansk opprinnelse, blant annet hadde en av de polikliniske pasientene hatt eklampsi på stuegulvet og mistet sitt første barn, og gikk av den grunn til oppfølging ved nettopp dette sykehuset.

Utover hospiteringen var oppholdet i Frankrike svært sosialt, da vi ble innkvartert hos lokale LiSer og hver ettermiddag og kveld var det program med de andre som var på utveksling fra andre europeiske land og ved alle møter ble det flittig sammenliknet hvordan både livet som lege i spesialisering utarter seg og hvordan medisin drives i andre land. Avslutningsvis ble det avholdt et ENTOG-møte med valg av representanter og noe faglige work shops, i tilslutning til EBCOG-kongressen, med påfølgende avslutningsfest på en båt ved Seinen.

I det hele tatt var oppholdet svært givende og vi har lært svært mye om ikke bare Frankrike, men også om hvordan man arbeider i andre land. Og når det er sagt var det alltid hyggelig å kunne presentere norske tall, særlig de obstetriske, og tidvis ble man ikke trodd (!). ENOG-utveksling er et fint tiltak som, om ikke det gir all verdens med direkte faglig utbytte, gir en fantastisk mulighet til innsikt i hvordan andre medspesialiserende har det og når alt kommer til alt har vi det ganske bra i Norge. Jeg vil oppfordre alle til å søke på neste års utveksling, som er i Polen, for i 2020 er det i Norge...

Spesialitetskomiteen – siste nytt!

Av Marte Myhre Reigstad, spesialitetskomiteen

En del av spesialitetskomiteens medlemmer er nye i løpet av 2018. Det er en entusiastisk gjeng, som alle er engasjert i spesialistutdanningen. Og det er bra når det nå fortsatt er mye som gjenstår før den nye ordningen er på plass. Hovedmålet for 2019 blir å lage det første Introduksjonskurset i fødselshjelp og kvinnesykdommer, som blir på Ahus høsten 2019. Vi håper mange melder seg på!

En del av arbeidet med ny spesialiststruktur er unnagjort, nå som læringsmålene er klare. Spesialitetskomiteen brukte mye tid på disse, for at de skulle bli så utfyllende som mulig, siden disse er forskriftsfestet, og dermed danner grunnlaget for ny spesialistutdanning. Men, fortsatt er det mange viktige oppgaver som gjenstår «der ute», og vi vet at mange av Gynekologens lesere jobber intenst med dette, både LiS, veiledere, overleger og ledere. Derfor avholdt vi i forbindelse med NGFs årsmøte i Oslo i oktober 2018 møte med representanter fra alle utdanningsutvalg. Vi innkalte også ledere for de obligatoriske kursene og Regionale Utdanningsutvalg, ved Tomas de Lange fra Reg Ut HSØ, og Sonja Hoff fra ReUT Helse Midt. Her ble vi orientert litt om arbeidet videre, og man kunne diskutere hvordan fremgangen er på de ulike sykehusene rundt i landet. Vi tror dette er en god arena for å diskutere utdanning og kommer til å holde en nytt slikt møte i forbindelse med årsmøtet i Bodø 2019.

Over nyttår skal RegUt starte med opplæring av veiledere, og informasjonsarbeid. Det jobbes også med å planlegge kurs. Evaluering av LiS er fortsatt ikke helt avklart hvordan skal gjøres. RegUt er, som oss, opptatt av å opprettholde nasjonal standard, og dette blir noe alle må følge med på fremover. I følge de Lange blir dette noe som vil måtte «justeres fortløpende». Fremover vil organiseringen av kurs bli endret, ved at RegUt skal styre organiseringen av kursene (ikke lenger Legeforeningens sekretariat). Landets fire RegUt har fordelt kursansvar, og Helse Midt er ansvarlig for alle kurs i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Det er fortsatt mye uavklart, og hvor mange kurstimer LiS får er ikke fastsatt ennå. Overgangsordningen med kurs kommer til å vare i 3 år. Det er opprettet en ny nettside for LiS utdanning hvor som er i gang nå, hvor LiS etter hvert skal kunne melde seg på kurs. <https://spesialisthelsetjenesten.no/lis>

Når det gjelder kursene, er det slik at hittil har spesialitetskomiteen hatt ansvar for de obligatoriske kursene, i samråd med kompetente og erfarne kursledere. For noen år siden startet vi å planlegge en endring i kursstrukturen, som er blitt utsatt på grunn av arbeidet med Helsedirektoratets nye spesialiststruktur. Primært har dette dreid seg om å fjerne kurset *Spesielle emner*, og erstatte dette med et *Introkurs i gynekologi og obstetikk*. Tanken er at nye LiS skal ta dette kurset tidlig i utdanningsløpet. Sentrale og viktige tema skal dekkes og man skal legge vekt på kunnskap en fersk LiS i primærvakt trenger. Videre er det tenkt at kurs i obstetikk, ultralyd og gynekologi og gyn-onkologi skal tas noe senere, og vil da være mer tilpasset LiS med noen års erfaring. Introkurset vil arrangeres for første gang høsten 2019 på Ahus. Vi tror dette blir et flott kurs, og gleder oss til å se mange LiS der!

Spesialitetskomiteen vil holde et nytt møte utdanningsutvalgene i forkant av årsmøtet 2019 i Bodø, og håper å være en diskusjonsarena for landets avdelinger som utdanner LiS. Vi ønsker alle som er opptatt av spesialistutdannig velkomne dit!

Til slutt på man orientere om at komiteen i 2018 fikk flere nye medlemmer da mange av de fra forrige komite hadde sittet i 8 år eller lengre. Vi vil også takke Ingeborg Engelsen for en lang og tro tjeneste i spesialitetskomiteen og for at hun har gjort en strøken jobb som leder det siste året! Det altså kommet følgende nye medlemmer: Jette Stær Jensen (Ahus), Christine Hancke (Gynekologene AS), Renate Torstensen (Bodø) og Kristine Heien Hansen (Haukeland), som vi er glad for å ha med på laget!

På vegne av spesialitetskomiteen
Marte Myhre Reigstad, Kvinneklinikken, OUS.

Spesialitetskomiteens priser 2018

Spesialitetskomiteen deler ut to priser hvert år Utdanningsprisen og Forbildeprisen. Utdanningsprisen går til avdelinger som viser genuint og ekte engasjement for utdanning av LIS og som har fokus på å legge til rette for spesialistkandidatene. Spesialitetskomiteen vurderer utdanningsinstitusjoner utfra innleverte SERUS rapporter, og avlagte besøk til sykehus rundt i landet. Ingen avdelinger har alt på plass, men noen skiller seg likevel ut år etter år uavhengig av størrelse og ressurser. Forbildeprisen gis til kollegaer som er et forbilde i mester-svenn læring eller en som på overordnet nivå jobber for systemer som skal sikre god utdanning. Her er vi er åpne for forslag til kandidater fra dere alle.

Utdanningsprisen

Årets utdanningspris gikk til Kristiansand sykehus. Dette er en avdeling som over tid har hatt stort fokus på utdanning av LIS, med et godt fungerende utdanningsutvalg, en klar og omfattende introduksjonsplan for ferske LIS og viser svært god faglig bredde både praktisk og teoretisk. De har vist evne til å gjøre forbedrings tiltak etter tilbakemeldinger fra Spesialitetskomiteen, og på tross av at de "bare" er en gruppe II avdeling, driver de også aktivt med forskning.



Forbildeprisen

Forbildeprisen delte vi i år mellom to kolleger. Disse har imponert mange LiS med sin væremåte, arbeidslyst, og en glød for faget som aldri ser ut til å slokkes. De beskrives som genuint opptatt av å lære videre, altså ekte mester-svenn, til tross for mange år i faget.

Den første forbildeprisen gikk til **Geir Sponland**. Han var ferdig spesialist i 1980, jobbet først i Skovde i Sverige fra 1972-85, før han kom, via Kongsberg, til Aker Sykehus, og til slutt med flyttestellet til Ullevål. Til tross for at han har «gått av» er han stadig innom som vikar, og hans eneste krav er at han ikke vil stå alene på operasjonsstuen, men sammen med en lærevillig LIS.

Den andre forbildeprisen gikk til **Hans Krogstad**. Han er utdannet i Dublin i 1975 og jobbet først Kvinneklinikken i Tromsø. Han var også innom Hammerfest, før han landet i Harstad i 1987, hvor han ble til han gikk av med pensjon i april 2018, 71 år gammel. De siste årene gikk han ut av vakt, og tilbrakte mesteparten av tiden sin til å operere med LiS. Han har kjempet for å beholde, og å rekruttere LiS til små avdelinger, for å kunne utnytte den læringskapasiteten som disse avdelingene har. Da man begynte med laparoskopisk hysterektomi var han bestemt på at hans yngre kolleger skulle få opplæring, fordi han selv var for gammel til å satses på!



Geir Sponland



Hans Krogstad

Årsmøtet i Oslo 24 – 26 oktober 2018

Av Pernille Bjerre Trent, LIS Oslo universitetssykehus og LOK

Enda et årsmøte er over. Jeg skal oppsummere dagene. Det må informeres om at jeg kan være noe biased etter å ha sittet i LOK, dere er herved advart.

Tjuvstart

Tradisjonen tro tjuvstartet årsmøte med FUGO-kurset allerede onsdag morgen. I år var temaet "Kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet". Kurset ble holdt på Rikshospitalet og 48 ivrige LIS møtte opp. Meget interessant og lærerikt, godt å vite at det er et stort nettverk av kollegaer i andre spesialiteter som står klare når vi trenger hjelp til medisinske problemstillinger.

Stedet for årsmøtet var Meet Ullevaal, strategisk plassert mellom Ullevål Sykehus og Rikshospitalet. NGF og CiC hadde gjort en veldig god jobb i valg av sted. Stort, men samtidig intimt. Onsdag kveld ankom 293 (ny rekord!) spente deltagere og det var duket for formøter. Som FUGO-medlem møtte jeg opp på FUGOs formøte. Foruten å høre om FUGOs arbeid gjennom året som har gått, fikk vi også nyttig informasjon om den pågående endringen i spesialistutdanningen.

Get together var på Kunstnernes Hus, en ikonisk bygning i sentrum. Flotte rammer for å møte gode kollegaer. På vegene av LOK må jeg beklage matserveringen som ikke stod helt i stil med hva vi hadde fått forespeilet oss. Tiltross for litt mangelfullt matfat var det god stemning og hyggelig mingling.

Sangvinere og miljøhovedstad

Sangvinerne, mannskor fra medisinstudiet på UiO, innledet med flott (og morsom) a cappella. Etterfulgt av ordfører Marianne Borgen som var tydelig interessert og ydmyk ovenfor jobben vi gjør. Hun reklamerte godt for Oslo og ønsket alle velkomne til et flott årsmøte.

Ikke overraskende hadde NGF, med vitenskapelig sekretær Kirsten Hald i spissen, satt sammen et variert og interessant program. Det

var bare å glede seg! NGF-leder Nils-Halvdan Morken kunne deretter erklære årsmøtet for åpnet.

Placenta, HPV og frie foredrag

Professor emeritus Tore Henriksen (OUS/UiO) begynte med "Placenta og vår helse", et foredrag som tok oss gjennom store deler av hans forskningskarriere, imponerende arbeid.

Første sesjon med frie foredrag var viet kvalitet og utdanning. Her fikk vi en noe skremmende start med tilsynsmyndigheter og nyfødtdød. Samtidig var det inspirerende å høre om hvordan enkle utdannings/opplæringstiltak gir resultater både ved vurdering i fødsel og laparoskopi. Vi gleder oss alle til "Boksen går!" som endelig er i gang!

Etter lunch begynte andre sesjon med frie foredrag, denne gangen viet til gynekologien og gynonkologien. I sistnevnte sesjon fant vi også vinneren av beste gynekologiske foredrag som velfortjent gikk til Hilde Renate Engerud (Haukeland) og hennes arbeid om GDF-15 som markør for aggressiv corpus cancer. Det blir spennende å se om vi i fremtiden vil ta denne markøren i bruk for å predikere sannsynlighet for tilbakefall.

Avslutningsvis fikk vi en god innføring i status presens i HPV primærskanning og vaksinerings av Ingrid Baasland, Mari Nygård og Ameli Tropé, nå også med resultater hos kvinner med påvist dysplasi. Med årene vil antall vaksinerte kvinner øke kraftig, det forventes da en nedgang i pasienter med dysplasi, men det kan også bli vanskeligere å diagnostisere dem.

Selfies og glitterkjoler

Torsdagkveld var det duket for årsmøtemiddagen. Festpyntet møtte vi opp. Under minglingen var det lang kø foran fotoveggen hvor

alle linselus kunne ta artige selfies. Uten velvillige sponsorer hadde den ikke vært mulig å gjennomføre. Et håndknippe utvalgte bilder publiseres lengre bak i Gynekologen, men redaktøren har heldigvis vært raus og unnlatt å publisere bilder tatt etter midnatt...

Nytt for året var at kveldens toastmasterne valgte å ankomme med helikopter. Noen vil kanskje si at det brøt litt med ordfører Borgens innledning til årsmøtet da hun stolt fortalte om Oslo som miljøhovedstad. Men hva gjør man vel ikke for en kul intro?

Toastmasterne Jenny Alvirovic og Guri Majak hadde stålkontroll på programmet, elegante og sjarmerende guidet de oss trygt gjennom kvelden med utdeling av prisene.

Prisdrøss og hoftevrakk

Det var som vanlig flere priser som skulle deles ut til kollegaer som av ulike grunner har utpekt seg de siste årene, eller for noen, gjennom en lang karriere.

Bayers Hederspris gikk til Marie Eldström Eng (Ahus), tydelig rørt mottok hun gavekortet pålydende 20.000 kroner. Oddvar Sviggum vant NGFs hederspris. Han har hatt en imponerende karriere som oppsummeres lengre bak i bladet, stikkord Lancet-publikasjon, STAN, NGF-styret og Perinaltalkomiteen. For tiden er han i privatpraksis og feiret som vanlig bursdagen på årsmøtet.

ACTAs posterpris gikk til Ingrid Volløyhaug (NTNU) som presenterte undersøkelse av obstetriske analspichterskader med ultralyd. Publikums posterpris gikk til Nora Johansen (Sørlandet sykehus, Arendal/OUS) som hadde en kasuistikk om cholestase tidlig i svangerskap.

Årets forbilde gikk til Geir Sponland og Hans Krogstad, som begge to har inspirert mange LIS oppgjennom lange karrierer. Utdanningskomiteen kåret Sørlandet sykehus, Kristiansand, til årets beste utdanningsavdeling.

Det ble servert deilig mat: kamskjell-carpaccio til forrett, and til hovedrett og sitronterte med marengs til dessert, akkompangert med deilig vin.

Middagen ble avsluttet med en smakebit på hva vi kan vente oss på neste års årsmøte. Om det nå kommer en babyboom i Nordland vil vel ikke overraske noen av oss. Montro om Netflix abonnementet nå trengs og fornyes? Fantastisk skuespill kombinert med den skønne nordlandsnaturen!

Etter en velsmakende middag stod Superband for skikkelig dansebutikk. Personlig har jeg aldri opplevd maken til tett pakket dansegulv på en fest for gynekologer, det var ekstra hyggelig at det i år virket å være mange mannlige deltagere som også ville svinge dansefoten (og sine kvinnelige kollegaer) på dansegulvet.

Helt om natten, helt om dagen

Tiltross for dans ut i de små timer var det godt oppmøte fredag morgen.

Dagen startet med en tankevekkende del om pasientmedviking av samfunnsmedisiner Pål Guldbrandsen, videre hørt vi om og hvordan man forholder seg til pasienter som nekte keisersnitt ved Dag Moster og Berge Solberg. Det oppstod en livlig diskusjon om hvorvidt man kan/burde gjøre tvangskeisersnitt eller ikke. Det ble vel ingen konklusjon, men en viktig diskusjon om en problemstilling man kan møte på på vakt.

Frie foredrag var viet generell gynekologi og urogynekologi før lunch.

Etter lunch hørte vi om obstetriske problemstillinger, og fikk høre Trond Michelsens (OUS) arbeid med å kunne overvåke placenta-funksjonen gjennom å måle div biomarkører i mors blod. Et spennende arbeid vi kun har sett begynnelsen av. Han vant pris for beste obstetriske foredrag.

Det var fortsatt mange igjen til siste sesjon fredag som var til ære for IVF. Etter 40 år som behandlingsmetode for infertile par stilte Liv Bente Romundstad, Nan Oldereid og Hans Ivar Hanevik opp med hvert sitt foredrag, tillegg til en avslutning med spørsmål fra salen. Det er lite IVF-opplæring under spesialistutdanningen, så det var viktig å lære om metoder og alle tilbud som finnes i inn- og utland. Samtidig som det blir spennende å se hvordan IVF-behandlingen utvikler seg i Norge.

Årsmøte ble avsluttet av NGF-leder Morken som ønsket alle en god reise hjem og velmøtt til neste års årsmøte.

Pågjensyn

Tusen takk til alle som kom til Oslo og bidro til å gjøre årsmøtet 2018 inspirerende og motiverende for videre forskning og klinisk arbeid, i tillegg til godt vennskap på tvers av sykehus.

Jeg gleder meg allerede til fullstappet faglig program og flossdance i Bodø om et år.



Fotovegg årsmøtet i Oslo 2018



Tusen takk til styret i NGF for et flott årsmøte og det ser ut som de fikk tid til litt velfortjent feiring!



NGFs hederspris 2018 til Oddvar Sviggum

Av Jone Trovik

Sviggum tildeles denne pris for sitt mangeårige iherdige virke for foreningen spesielt og norsk gynekologi-fødselshjelp generelt!

Opprinnelig vestlending (født på loftet i familieboligen i Fjell) men drog utenlands for studier og vel hjemme i Norge ble det i Midt-Norge han bosatte seg og senere har hatt sitt virke. Spesialutdanning i Trondheim og Ålesund (godkjenning 1988), og fra 1995-2007 var han avdelingsoverlege ved Kvinneklinikken Ålesund sjukehus. Der har han veiledet mange leger som har startet sin karriere som gynekolog ved hans avdeling.

Faglig var det først obstetrik/obstetrisk ultralyd som var hovedfokus, han bidrog til flere artikler i Tidsskrift for den Norske Legeforening om ultralyd men også en Lancetartikkel om at norske obstetrikere foretrekker vaginal fødsel. Han var den første i Norge som innførte STAN ved sin sykehusavdeling.

Fra 2007 har han arbeidet i privatpraksis og da har generell gynekologi fått større fokus. Infertilitetsbehandling i form av

IVF har han riktignok ikke selv bedrevet "hands-on" men mangeårige Alpeturer med IVF-kolleger har både sikret hans gode slalomferdigheter men også faglige input fra den delen av faget vårt.

Han har alltid vært godt likt av sine pasienter, noe som gjenspeiler seg i rangering på 4,5 (av 5 mulige) på Legelisten.no.

Oddvar har sittet 8 år i styret i norsk Gynekologisk Forening: 1994-98 som sekretær, da gjennomførte han samtidig grunnkurs i administrasjon og ledelse og fikk enda mer formelle kvalifikasjoner for ledervirket han innehadde fra 1998-02.

Som styremedlem og leder var han aktivtalsmann for foreningen, medlemmer og faget inn mot Legeforeningen, helsestyresmakter og norsk offentlighet. Han bidrog samtidig inn i Nordisk Forening for Obstetrik og Gynekologi. Han har ledet Perinatalkomiteen i Møre og Romsdal i 12 år og vært i styret (leder/nestleder) av Norsk Perinatalmedisinsk forening 4 år. Oddvar deltar trofast (og aktivt) på NGFs årsmøter og etter at årsmøtet ble flyttet



Så oppsummert:

- S -Spesialist og STAN
- V -Viderekommende og Veiledning
- I -Interessert og Interessefelt (faglig bredt! Også habil fotograf med egen utstilling)
- G -Grei!
- G -Gynekolog
- U -Uanfektet, Ujålete (?) Stiller dog alltid med tversoversløyfe på årsmøtemiddag
- M -Medi-3 (nåværende arbeidssted)

til oktober har han ofte kunne feire sin fødselsdag samtidig (26.10).

Nest år fyller Oddvar 70 år, vi håper vi får feire det sammen med ham under årsmøtet i Bodø!

Bayers forskningspris til Marie Ellstrøm Eng

Av Marit Lieng

Opprinnelig fra Sverige. Spesialist i gynekologi i 1988 og disputerte ved Universitetet i Göteborg i 1999. Arbeidet ved Sahlgrenska Sjukehuset i Göteborg der hun var en aktiv deltager under oppstart og utvikling av endoskopisk kirurgi ved avdelingen. Flyttet til Norge i 2004 og har siden vært ansatt ved AHUS som overlege/førstemanuensis og senere professor.

Marie etablerte ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) ved AHUS og hun var initiativtaker til Bekkenbunns-senteret som er etablert samme sted og som i dag nyter både nasjonal og internasjonal anerkjennelse.

Marie kan alt som er verdt å vite om

diagnostikk av bekkenbunnslidelser, og hun er en god og erfaren kliniker og operatør, både innen vaginal kirurgi og endoskopi. Hun er en populær underviser blant medisinerstudentene og en hyppig brukt opponent ved disputaser både i inn- og utland. Hun har nesten 100 publiserte artikler, og har veiledet/veileder 11 doktorgradskandidater. Hun er beskjeden på egne vegne, og kollegaene ved AHUS karakteriserer henne som en som hjelper og lar de yngre og kollegaene utvikle seg på en forbilledlig måte.

Årets prisvinner er en meget verdig vinner av Bayers forskningspris.

NGF rette en stor takk til Bayer for sponsing av denne prisen år etter år.



Publikums posterpris til Nora Johansen

En kvinne med kliniske tegn på intrahepatisk svangerskapskolestase i uke 12 ble innlagt en sen kveld på vakt med gallesyrer på 256 $\mu\text{mol/L}$. Ekstrahepatisk kolestase ble utelukket, men jeg fant ingen her til lands som hadde erfaring med intrahepatisk svangerskapskolestase så tidlig i svangerskapet. Heldigvis kom jeg i kontakt med Meryam Sugulle ved kvinneklinikken OUS som ga meg navnet til en av verdens ledende eksperter på leversykdom hos gravide, Catherine Williamson ved King's



College i London. Dr. Williamson var svært imøtekomende og ga en fin oversikt over behandlingsmulighetene. De var: Ursodeoksykolsyre (1.valg), Rifampicin og plasmautskiftning. I starten hadde paret og jeg flere spørsmål etter hver konsultasjon og vi hadde løpende mailkontakt med Williamson som svarte raskt. Ettersom jeg roterte til et annet sykehus, overtok Nina M Albretsen ved Sørlandet sykehus Arendal oppfølgingen fra uke 16. Den gravide kvinnen hadde intens kløe stort sett

hele svangerskapet og fra uke 15 fikk hun 2 g ursodeoksykolsyre/døgn og fra uke 30 også Rifampicin. I uke 34 hadde kvinnen økende kløe og stigende gallesyrer og hun ble indusert og fødte normalt ved OUS i uke 34+5. Utover ny kunnskap om intrahepatisk svangerskapskolestase er erfaringen fra denne kasuistikken at ekspertene ønsker å bidra med det de kan, også ved store institusjoner der ute i verden.



Acta posterpris til Ingrid Volløyhaug

Våren 2018 hadde jeg overlegepermisjon. Jeg fikk mulighet til å tilbringe noen uker hos dr. Sultan og Thakar ved Croydon University Hospital i Sør-London. De er eksperter på perinealrifter og analsphincterterruptur, og har i mange år drevet med ultralyddiagnostikk av analsphincter. De driver en «perineal clinic», der de følger opp alle kvinner med sphincterskade både fra eget og omliggende sykehus noen uker etter fødsel, samt i påfølgende svangerskap. De hadde samlet inn data i et prosjekt der 250 kvinner med tidligere sphincterskade ble undersøkt med 3 ulike ultralydtekniker: endoanal, transperineal (abdominalprobe) og introital (vaginalprobe).

Jeg fikk analysere ultralydbildene i etterkant. Vi sammenliknet 3D transperineal og introital ultralyd mot endoanal ultralyd, som er etablert gullstandard. Da fant vi at transperineal og introital ultralyd er godt egnet for å utelukke analsphincterskade.

Det kan vi bruke i vår kliniske hverdag som gynekologer. Endoanal probe er som regel ikke tilgjengelig, men vi kan bruke abdominal eller vaginal probe til å utelukke sphincterskader hos kvinner som har født eller hos pasienter som har symptomer på analinkontinens. Får vi mistanke om sphincterskade, kan det likevel være lurt å undersøke med endoanal ultralyd, som er den metoden som er validert opp mot histologi og symptomer.



Prisen for beste foredrag Gynekologi til Hilde Renate Engerud

Endometrie cancer er den vanligste gynekologiske malignitet i den vestlige verden, og selv om prognosene er gode opplever 15-20% av kvinnene residiv. Jeg er PhD-stipendiat i Bergen gynekologiske kreftforskningsgruppe som holder til på Kvinneklivnikken i Bergen. Vi forsker på biomarkører i endometrie cancer for å bedre kunne predikere prognose.

På årsmøte presenterte jeg prosjektet mitt med tittelen «Growth differentiation factor-15 som markør for aggressiv sykdom i endometrie cancer». GDF-15 er et protein som produseres fysiologisk i placenta og over-ekspressjon er rapportert i en rekke krefttyper. Ved hjelp av ELISA har vi målt plasmanivå GDF-15 hos pasienter med endometrie cancer. Vi så at pasienter med

høyt plasmanivå GDF-15 hadde dårligere overlevelse og kortere tid til residiv sammenlignet med pasienter med lavere plasmanivå GDF-15. Høye nivåer preoperativt var assosiert med residiv i løpet av oppfølgingstiden. I parrede prøver tatt preoperativt og ved verifisert residiv var det signifikant forhøyede nivåer ved tidspunkt for residiv. Korrigert for alder, histologisk type og myometrie infiltrasjon er GDF-15 en selvstendig markør for residiv. GDF-15 er interessant for validering i større studier og kliniske studier, som en potensiell markør i klinisk praksis.

Tusen takk for muligheten til å presentere mitt prosjekt og for tildelingen beste foredrag i gynekologi!



Prisen for beste foredrag obstetrikk til Trond Michelsen

Predikere placentær dysfunksjon: Nå er vi ett skritt nærmere Fosterets omgivelser fra unnfangelse til fødsel har betydning for fremtidig helse. Særlig er mangelfull ernæring fra placenta i denne tidlige fasen av livet knyttet til livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdom, diabetes, overvekt og enkelte krefttyper.

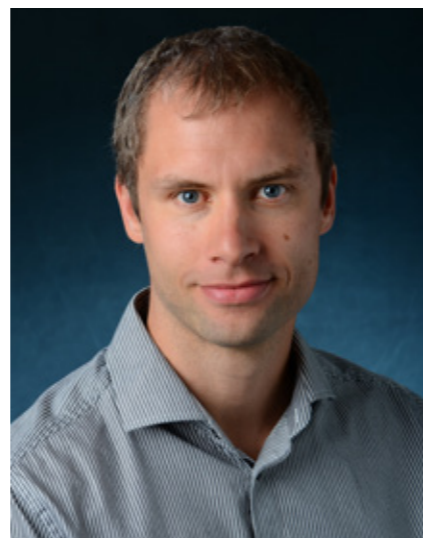
Vi vet også at placentær dysfunksjon er sentralt i store obstetriske syndromer som preeklampsi, føtal veksthemming og preterm fødsel. Allikevel er placenta det menneskelige organet som er dårligst forstått, har National Institutes of Health (NIH) slått fast.

Derfor trenger vi mer sensitive tester som kan måle hva som skjer i placenta. Med vår nye 4-kar-prøvetakingsmetode samler vi blod fra arterie og vene på begge sider

av placenta hos gravide kvinner. Dette, i kombinasjon med blodstrømsmålinger, gir oss muligheten til å kvantifisere fordelingen av substanser mellom mor, placenta og foster (1) (figur 1). Vi har målt transport av glukose, aminosyrer, lipider og angiogenetiske faktorer ved preeklampsi (2-6). Så vidt vi vet er vi den eneste gruppen i verden som har denne metoden etablert.

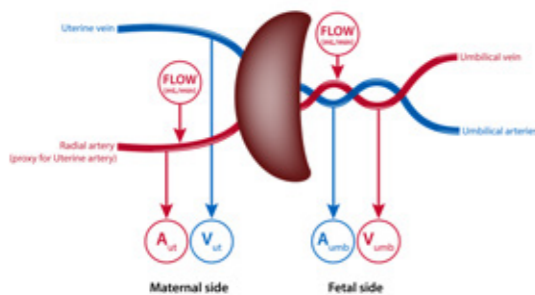
Målet vårt på sikt er å kunne overvåke placentafunksjon med biomarkører fra mors blod. Da vil vi kunne selektere pasienter for tettere oppfølging, vurdere placentær dysfunksjon og bestemme når vi skal behandle og forløse.

Vi ansetter nå en postdoktor og en PhD-student i dette spennende prosjektet. Ta kontakt hvis du er interessert!



Referanser

- Holme AM, Holm MB, Roland MCP, Horne H, Michelsen TM, Haugen G, Henriksen T. The 4-vessel Sampling Approach to Integrative Studies of Human Placental Physiology In Vivo. J Vis Exp. 2017(126).
- Holm MB, Bastani NE, Holme AM, Zucknick M, Jansson T, Refsum H, Morkrid L, Blomhoff R, Henriksen T, Michelsen TM. Uptake and release of amino acids in the fetal-placental unit in human pregnancies. PLoS One. 2017;12(10):e0185760.
- Holm MB, Kristiansen O, Holme AM, Bastani NE, Horne H, Blomhoff R, Haugen G, Henriksen T, Michelsen TM. Placental release of taurine to both the maternal and fetal circulations in human term pregnancies. Amino Acids. 2018;50(9):1205-1214.
- Holme AM, Roland MC, Henriksen T, Michelsen TM. In vivo uteroplacental release of placental growth factor and soluble Fms-like tyrosine kinase-1 in normal and preeclamptic pregnancies. American journal of obstetrics and gynecology. 2016;215(6):782 e781-782 e789.
- Michelsen TM, Henriksen T, Reinhold D, Powell TL, Jansson T. The human placental proteome secreted into the maternal and fetal circulations in normal pregnancy based on 4-vessel sampling. FASEB journal : official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology. 2018;32(10):1193R.
- Michelsen TM, Holme AM, Holm MB, Roland MC, Haugen G, Powell TL, Jansson T, Henriksen T. Uteroplacental glucose uptake and fetal glucose consumption: A quantitative study in human pregnancies. J Clin Endocrinol Metab. 2018.



Effektiv egenbehandling AV KONDYLOMER^{1,2}



C Aldara «Meda»
Immunstimulerende middel
ATC-nr.: D06B B10

T KREM 5% i 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 basallekreft (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 akseptabiliteten av kryoterapi og når andre lokale behandlingsalternativer er kontraindisert eller uaktuelle. **Dosering:** Påføringshyppighet og behandlingsvarighet er forskjellig for hver indikasjon. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** Voksne: Bør påføres for 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 basallekreft:** Voksne: Kremen påføres for 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 utfullstendig tilheling, bør en annen behandling benyttes. **Aktinisk keratose:** Voksne: Behandlingen skal startes og følges opp av lege. Kremen påføres for 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, og 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 da adekvate tiltak iverksettes. Hver behandlingsperiode skal ikke overstige 4 uker, inkl. ev. gjemte doser eller hvileperioder. Ved utfullstendig respons ved oppfølging 4-8 uker etter 2. behandlingsperiode, skal alternativ behandling benyttes. **Gjent dose:** Ved gjent 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 neser bør 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. Unngå dusj 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 engangsdose er nok til å dekke et område på 20 cm². Etter påføring bør en åpent pose ikke gjenbrukes. Høndene skal vaskes før og etter applisering. Se pakningsvedlegg for detaljert bruksanvisning. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** **Utvortes genitale vorter, overflattisk basallekreft, aktinisk keratose:** Kan gi oppblussing av eller forverring av inflammasjonsforholdene i huden. Brukes med forsiktighet ved autoimmune sykdommer. Nytteløst/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 omskjæring. 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. erosjon, 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-tolererbar 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 urinrørsåpningen, 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. Alternativt 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 mitt. Å fjerne vorter hos denne pasientgruppen. **Overflattisk basallekreft:** Hudområdet som behandles bør beskyttes mot sollys. Ikke undersøkt ved behandling av basallekreft innenfor et område på 1 cm fra øyelokk, nese, lepper eller hårflate. Under behandling og til fullstendig tilheling, vil behandlingsområdet trolig fremstå tydelig forskjellig fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlig, men avtar vanligvis i intensiteten 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 intensiteten av lokal hudreaksjoner krever det, 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 basallekreft. 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 vermilliongrensen. Begrensede data vedrørende behandling av AK i andre anatomiske områder enn ansikt og hodebunn. Tilgjengelige data vedrørende behandling av AK på underarmen og hender gir ikke grunnlag for anbefaling av slik bruk. Behandling anbefales ikke ved AK-lesjoner med markert hyperkeratose eller hypertrøfi, slik ved f.eks. kutanose horn. Under behandling og inntil tilheling vil påvirket hud trolig skille seg merkbart ut fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlig, 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 hudreaksjoner 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 >8 AK-lesjoner, enn ved <8 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 de 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. Infeksjoner: Infeksjon.

Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige** (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Abdominal smerte, diaré, oppkast, rektal forstørrelse, rektal tenesmus. Hjerne/kar: Rødming. Hud: Kløe, dermatitt, follikulitt, erytematøst utslett, eksem, utslett, urticaria, infeksjoner: Herpes simplex, genital candidiasis, vaginitt, bakteriell infeksjon, soppinfeksjon, øvre luftveisinfeksjon, vulvitt. Kjønnsorganer/bryst: Genital smerte (menn), penisforstørrelse, dyspareuni, erektil dysfunksjon, uterovaginal prolaps, vaginalsmerte, atrofisk vaginitt, vulvoforstørrelse. Luftveier: Faryngitt, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, ryggsmerte. Nevrologiske: Parestesi, svimmelhet, migrene, døsighet. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øre: Tinnitus. Øvrige: Pyreksi, influensalignende symptomer, smerte, asteni, malaise, rigor. **Overflattisk basallekreft:** Svært vanlige (≥1/10): Hud: Pruritus på påføringsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerte, brennende følelse, irritasjon, blødning, erytem, papula, parästesi, utslett. Infeksjoner: Infeksjon, pustula. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte. **Mindre vanlige** (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme, munntørhet. Hud: Dermatitt, reaksjoner på påføringsstedet: utsandring, inflammasjon, ødem, skorpedannelse, hudnebrøying, 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. Nevrologiske: Hodepine. Stoffskifte/ernæring: 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, parästesi, skorpedannelse, arr, vesikler, varmfølelse, hevelse, sår. Infeksjoner: Infeksjon, pustula, rhinitt, influensa. Luftveier: Neseforstørrelse, 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 leverenzymy. Hud: Lokal hypo- og hyperpigmentering, erytema multiforme, Stevens Johnsons-syndrom, kutan lupus erythematosus. Øvrige: Hårvallfall, forverring av autoimmun sykdom. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. minimal percutan absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan gi alvorlige lokale hudreaksjoner. Kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber kan forekomme etter utilsikket oral inntak av 200 mg. Hypotensjon har forekommet etter inntak av >200 mg. Blodtrykk kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjons anbefaling D06B B10. **Egenskaper:** Virkningsmekanisme: Modifiserer immunrespons. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor på responderende immunceller. 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. **Ansvarsoppgave:** <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 basallekreft (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 akseptabiliteten av kryoterapi. Ved immunsvikt: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata). Palliativ behandling i livets sluttfase. **Refusjonskode:**

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

ICD		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
C44	Andre ordartede vulster i hud	167
D80	Immunsvikt med overveidende 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 Behandling 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 blå resept. 54 Skal være instituert av spesialist i hud og veneriske sykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet. 136 Refusjon syes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder. 167 Refusjon ytes kun i tilfeller der eksisjonkirurgi er vurdert som uegnet eller ønsket 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.



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Generalforsamling 2018 Norsk gynekologisk forening

Sted: Ullevål stadion "Meet" 25.10.2018

Tilstede:

Styret ved Nils-Halvdan Morken, Stine Andreassen, Hans Kristian Opøien, Anders Einum, Yngvild Hannestad og Kirsten Hald. I tillegg 39 stemmeberettigete medlemmer, totalt 45 personer.

Avholdt minnestund da følgende medlemmer er gått bort i 2017: Volker Bruckner, Unn Å. Bærug, Erling Johan Gerds, Bjørn Gunnar Hansen, Lars Jul Hansen, Jon Asbjørn Skryten.

Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere

Nils-Halvdan Morken dirigent, Anders Einum referent, protokollunderskrift ved Margit Steinholt og Erik Andreas Torkildsen velges ved akklamasjon.

Årsmelding 2017

Avtroppet leder Marit Lieng orienterer. Styret har arbeidet med ny utdanning av Leger i spesialisering, et tidkrevende arbeid som har blitt videreført av nåværende styre. I tillegg til løpende arbeid med høringer har styret deltatt aktivt i debatten om intimkirurgi der det ble utarbeidet et skriv i samarbeid med Norsk forening for estetisk plastikkirurgi. Elektronisk arkiv til glede for framtidige styreverv ble etablert.

Regnskap 2017

Kasserer Hans Kristian Opøien orienterer. Utgifter til administrasjon, relativt til formålskostnader, er kuttet til 13%. Man har kuttet underskuddet til 97 000 kroner som er mindre sammenlignet med 2016. Styret uttrykker likevel bekymring for at man ikke har hatt regnskap i pluss siden 2013 med tanke på konsekvens for egenkapitalen på sikt. Spørsmål fra salen om utgifter til CIC og bevilgninger fra Legeforeningen besvares. Det stilles spørsmål om det foreligger annet arrangørfirma enn CIC som kan gi et bedre tilbud og levere bedre tjenester. Dette har allerede vært diskutert i styret og tas opp under evaluering av årsmøtet. Generalforsamlingen ber om at andre vurderes. Det er enighet om at det ikke er et alternativ å arrangere årsmøtet på dugnad blant medlemmene.

Revidert budsjett 2018

Det orienteres om manglende momsbetaling fra 2015 og 2016 på omkring 100 000 kroner som styret har blitt orientert om like i forkant av generalforsamlingen. Dette bidrar til negativ balanse i revidert budsjett for 2018. I tillegg er det søkt om tilskudd for app og revisjon av veileder i obstetrik fra kvalitetsfondet, og en forventer svar i løpet av desember. Revidert budsjett akklameres.

Budsjett 2019

Økte inntekt og utgifter, balansert til underskudd på 73 531 kroner. Det er kalkulert med en økning i medlemsavgiften fra 500 til 700 kr (forslag fra styret). Det er da regnet med en utgift på 300 000 kroner til revisjon av obstetrikveilederen, men styret håper og tror at dette helt eller delvis vil dekkes av Legeforeningens kvalitetsfond.

Det settes ikke av penger til NGFs solidaritetsfond da det ikke har vært søknader til fondet de siste to årene. Medlemmene oppfordres til å søke. Årsmøtets profil diskuteres og det kommer forslag om mer internasjonalt fokus i lys av nylig utdelt Nobels fredspris til arbeid for kvinnehelse i krig og konflikt. Styret anmodes om å tilstrebe en mer internasjonal profil i neste års program og utfordres til å invitere fredsprisvinneren – dette tas til etterretning av vitenskapelig sekretær og styret for øvrig. Gynekologen i papirform som utgiftspost kommer som egen sak på generalforsamlingen 2019. Budsjettet akklameres.

	Regnskap 2016	Regnskap 2017	Budsjett 2018 Vedtatt	Budsjett 2018 Revidert	Budsjett 2019
Sum inntekter	2 250 301	2 742 362	2 746 300	2 858 558	2 986 469
Sum utgifter	2 479 723	2 839 538	2 746 000	2 938 566	3 060 000
Resultat	-229 422	-97 176	300	-80 008	-73531

Fastsettelse av ekstrakontingent

Styret foreslår økning av ekstrakontingent fra 500 til 700 kroner. Vedtas ved akklamasjon.

Årsrapporter 2017

Jone Trovik minner i anledning EBCOG-referatet om EBCOG-konferanse mai 2020 i Bergen. Norske vitenskapelige bidrag mottas med takk.

Saker framlagt av styret

Ny fagmedisinsk akse i Legeforeningen

Leder orienterer om initiativet og prosessen i Legeforeningen. Styret foreslår at leder er NGFs leder i Faglandsrådet i to år; det siste året som styreleder og året etter at den har avgått. Dette vil sikre overlapping og samarbeid mellom avtroppende og påtroppende leder i NGF og anses således som en permanent ordning. Representant nummer to skal være en LIS, og det er vedtatt i FUGOs generalforsamling 24/10 at sittende leder blir representant. Forslaget vedtas ved akklamasjon.

Generalforsamlingen oppfordrer medlemmer som deltar i fagorganer og/eller i fagarbeid i HelseDirektoratet informerer om deltakelse og mandat for dette arbeidet. Det er et ønske fra styret og generalforsamlingen om behovet for oversikt og noe styring med hvilke faglige råd som spilles inn mot helsemyndighetene.

Saker fremlagt av medlemmene

Ingen saker.

Valg av årsmøtested 2021

Styret foreslår Kristiansand og Sørlandet sykehus som arrangør. Forslaget vedtas ved akklamasjon.



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Oslo 25.10.2018

Anders Einum (sign)

Erik Andreas Torkildsen

Margit Steinholt

Margit Steinholt

Erik Torkildsen



GEDEON RICHTER

NÅ KAN PASIENTENE DINE IGJEN FÅ BEHANDLING MED ESMYA® 1

Fortsatt samme legemiddel. Samme muligheter til å hjelpe dine pasienter.

- Effekt på blødningskontroll innen 7 dager²⁻⁵
- Minskning av myomvolum²
- Vedvarende effekt på symptomene mellom kurene^{5*}

Vær vennlig å lese nye behandlingsanbefalinger¹

Referenser:

1. Felleskatalogen for ESMYA® fra 26-07-2018. www.felleskatalogen.no
 2. Donnez J, Janusz Tomaszewski., Francisco Vázquez et al. New Engl J Med 2012;366(5):421–432.
 3. Donnez J, Francisco Vázquez, Janusz Tomaszewski, et al Fertil Steril. 2014 Jun;101(6):1565–1573.
 4. Donnez J, Janusz Tomaszewski., Francisco Vázquez et al. N Engl J Med 2012;366:409–20.
 5. Donnez J, Olivier Donnez, Dace Matule, et al. Fertil Steril. 2016 Jan; 105 (1):165–173.
- * blødninger, trykksmerte, vannlatingstrang, tretthet

ESMYA «GEDEON RICHTER» Progesteronreseptormodulator. ATC-nr.: G03X B02. Reseptgruppe C. Reseptbelagt preparat. Kan forskrives på blå resept. **TABLETTER 5 mg; Hver tablett inneholder:** Ulipristalacetat 5 mg, mannitol, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** En behandlingskur ved preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos voksne kvinner i fertil alder. Intermitterende behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos voksne kvinner i fertil alder som ikke er aktuelle for kirurgi. **Dosering:** Behandlingen skal innledes og overvåkes av lege som har erfaring med diagnose og behandling av uterusmyomer. **Voksne:** 1 tablett 1 gang daglig i behandlingsregimer på inntil 3 måneder hver. Behandlingene skal startes når menstruasjon har inntruffet. Det 1. behandlingsregimet skal startes i den 1. uken av menstruasjonen. Etterfølgende behandlingsregimer skal starte tidligst under den 1. uken av den andre menstruasjonen etter at det forrige behandlingsregimet er fullført. Behandlende lege skal fortelle pasienten om behovet for behandlingsfrie perioder. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 4 intermitterende behandlingsregimer. **Glemt dose:** Ved glemt dose, bør pasienten ta tablett så snart som mulig. Hvis dosen ble glemt i >12 timer, bør pasienten ikke ta den glemte dosen, men heller gjenoppta normal doseringsplan. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Se Kontraindikasjoner og Forsiktighetsregler. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering anbefalt ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Pga. manglende studier anbefales ikke bruk ved kraftig nedsatt nyrefunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. **Barn og ungdom:** Ikke relevant for bruk. Sikkerhet og effekt kun fastslått for kvinner >18 år. Administrering: Skal svelges med vann. Kan tas med eller uten mat, men grapefrukt/grapefruktjuice skal unngås. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Graviditet og amming. Genital blødning av ukjent etiologi eller av andre årsaker enn uterusmyomer. Kreft i livmor, livmorchals, eggstokker eller bryster. Leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Ulipristalacetat skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. Graviditet skal utelukkes før behandling. **Prevensjon:** De fleste kvinnene som tar en terapeutisk dose av ulipristalacetat har anovulasjon, likevel anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode under behandlingen. **Endometrieendringer:** Ulipristalacetat har spesiell effekt på endometrium, og endringer i histologien til endometrium kan oppstå. Endringene er reversible etter seponert behandling. Disse histologiske endringene kalles PAEC («Progesterone Receptor Modulator Associated Endometrial Changes»), og må ikke forveksles med endometriehyperplasi. I tillegg kan en reversibel økning av endometriets tykkelse oppstå under behandling. Ved gjentatt intermitterende behandling anbefales periodisk overvåkning av endometrium. Dette omfatter årlig ultralyd som skal utføres etter tilbakevendt menstruasjon i en behandlingsfri periode. Hvis det oppdages endometriefortykkelse som vedvarer etter tilbakevendt menstruasjon i en behandlingsfri periode eller >3 måneder etter avsluttede behandlingsregimer, og/eller endret blødningsmønster oppdages, bør det utføres en undersøkelse som omfatter biopsi av endometrium, for å utelukke andre underliggende sykdommer, deriblant endometriell malignitet. Ved hyperplasi (uten atypi) vil overvåkning ifølge normal klinisk praksis (f.eks. en oppfølgende kontroll 3 måneder senere) være anbefalt. Ved atypisk hyperplasi bør det utføres undersøkelser og kontroller ifølge normal klinisk praksis. Behandlingsregimene skal ikke overskride 3 måneder hver, siden risikoen for negative effekter på endometrium er ukjent hvis behandlingen fortsettes uten avbrudd. **Blødningsmønster:** Pasienten skal informeres om at ulipristalacetatbehandling normalt fører til en signifikant reduksjon i blodtap under menstruasjon eller amenoré innen de første 10 behandlingsdagene. Hvis de kraftige blødningene vedvarer, må pasienten underrette lege. Menstruasjonen vender normalt tilbake innen 4 uker etter hvert avsluttet behandlingsregime. Hvis, under gjentatt intermitterende behandling, etter den innledende reduksjonen av blødning eller amenoré, det oppstår et endret vedvarende eller uventet blødningsmønster, som intermenstruell blødning, bør det utføres en undersøkelse av endometrium, herunder endometriebiopsi, for å utelukke andre underliggende tilstander, deriblant endometriell malignitet. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 4 intermitterende behandlingsregimer. **Nedsatt nyrefunksjon:** Forventes ikke å signifikant endre eliminasjonen av ulipristalacetat, se Dosering. Nedsatt leverfunksjon: Før behandlingsstart må det tas leverfunksjonsprøver. Behandlingen skal ikke startes hvis transaminaser (ALAT eller ASAT) ligger over 2 x ULN (isolert eller i kombinasjon med bilirubin >2 x ULN). Under behandlingen må det tas leverfunksjonsprøver hver måned i løpet av de 2 første behandlingsregimene. Ved senere behandlingsregimer må leverfunksjonen testes 1 gang før hvert nytt behandlingsregime og når klinisk relevant. Hvis en pasient under behandlingen viser tegn eller symptomer som samsvarer med leverskade (utmattelse, asteni, kvalme, oppkast, smerte i høyre hypokondrium, anoreksi, gulsott), bør behandlingen stoppes og pasienten undersøkes umiddelbart, og det bør tas leverfunksjonsprøver. Pasienter som utvikler transaminasnivåer (ALAT eller ASAT) >3 x ULN under behandling, bør seponere behandlingen og observeres nøye. I tillegg bør leveren testes 2-4 uker etter seponering. **Astmapasienter:** Bruk ved alvorlig astma som ikke kontrolleres tilstrekkelig med perorale glukokortikoider, anbefales ikke. **Bilkjøring og bruk av maskiner:** Preparatet kan ha liten påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner siden det er sett mild svimmelhet etter

inntak. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ulipristalacetat har en steroidstruktur og fungerer som en selektiv progesteronreseptormodulator med hovedsakelig hemmende effekter på progesteronreseptoren. Hormonelle prevensjonsmidler og progestagener vil derfor trolig føre til redusert effekt av ulipristalacetat pga. en konkurrerende virkning på progesteronreseptoren. Samtidig bruk av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Etter samtidig bruk av den potente CYP3A4-hemmeren ketokonazol (400 mg 1 gang daglig i 7 dager) til friske frivillige, øker C_{max} og AUC for ulipristalacetat hhv. 2 og 5,9 ganger; AUC for aktiv metabolitt av ulipristalacetat øker 2,4 ganger, mens C_{max} for aktiv metabolitt reduseres (0,53 gangers endring). Ingen dosejusteringer anses å være nødvendige ved bruk til pasienter som samtidig får milde CYP3A4-hemmere. Samtidig bruk av moderate eller potente CYP3A4-hemmere anbefales ikke. Samtidig bruk av den potente CYP3A4-induktoren rifampicin (300 mg 2 ganger daglig i 9 dager) til friske frivillige reduserer betydelig C_{max} og AUC for ulipristalacetat og dens aktive metabolitt med 90% eller mer, og reduserer t1/2 til ulipristalacetat 2,2 ganger (tilsvarende en ca. 10 gangers reduksjon av eksponering for ulipristalacetat). Samtidig bruk av potente CYP3A4-induktorer, anbefales ikke. Ulipristalacetat kan forstyrre virkningen til hormonelle prevensjonsmidler (rent progestagen, progestagenfrisettende antikonsepsjon (spiral) eller kombinasjonspiller) og progestagen administrert av andre årsaker. Samtidig bruk av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Legemidler som inneholder progestagen skal ikke tas <12 dager etter seponert behandling med ulipristalacetat. Se også Graviditet, amming og fertilitet. In vitro-data indikerer at ulipristalacetat kan være hemmer av P-gp ved klinisk relevante konsentrasjoner i den gastrointestinale veggen under absorpsjon. Samtidig bruk av ulipristalacetat og et P-gp-substrat er ikke undersøkt, og interaksjon kan ikke utelukkes. Resultater in vivo viser at ulipristalacetat (administrert som 1 enkel 10 mg tablett) 1,5 time før bruk av P-gp-substratet feksosfenadin (60 mg) ikke har noen kliniske relevante effekter på farmakokinetikken til feksosfenadin. Det anbefales derfor at samtidig bruk av ulipristalacetat og P-gp-substrater (f.eks. dabigatranetiksilat, digoksin, feksosfenadin) utføres med minst 1,5 timers mellomrom. **Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Kontraindisert under graviditet. Se også Interaksjoner. Selv om størsteparten av kvinnene som tar en terapeutisk dose av ulipristalacetat har anovulasjon, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode under behandlingen. **Amming:** Kontraindisert under amming. Ulipristalacetat og dens aktive mono-N-demetylerede metabolitt utskilles i brystmelk med et gjennomsnittlig AUC₀₋₂₄ melk:plasma-forhold på 0,74±0,32 for ulipristalacetat. Effekten på nyfødte/spedbarn er ikke undersøkt. Risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥ 1/10):** Kjønnsganer/bryst: Amenoré, endometriefortykkelse. **Vanlige (≥ 1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smarter i abdomen, kvalme. Hud: Akne. Kjønnsganer/bryst: Hetetokter, bekkensmerter, ovariecyste, ømhet/smerter i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Smarter i muskler og skjelett. Nevrologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. Øre: Vertigo. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige (≥ 1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Munntørrhet, konstipasjon. Hud: Alopeci, hyperhidrose, tørr hud. Immunsystemet: Legemiddeloverfølsomhet. Kjønnsganer/bryst: Metroragi, genital utflod, ubehag i brystene, uterin blødning. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter. Nevrologiske: Svimmelhet. Nyre/urinveier: Urininkontinens. Psykiske: Angst, emosjonell forstyrrelse. Undersøkelser: Forhøyede blodtriglyserider, forhøyet blodkolesterol. Øvrige: Asteni, ødem. **Sjeldne (≥ 1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Dyspepsi, flatulens. Kjønnsganer/bryst: Oppsvulmede bryster, ruptert ovariecyste. Luftveier: Epistakse. Ukjent frekvens: Hud: Angioødem. Lever/galle: Leversvikt. **Overdosering/Forgiftning:** Begrenset erfaring med overdosering. Enkelt doser på opptil 200 mg og døgndoser på 50 mg i 10 etterfølgende dager ble brukt hos et begrenset antall personer, og ingen alvorlige bivirkninger ble rapportert. Se Giftinformasjonen anbefalinger for ulipristalacetat G03A D02 på www.felleskatalogen.no. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser (pr. 16.08. 2018):** 28 stk. 1 (blister) kr 1393,30. **SPC godkjent av SLV:** 26.07.2018. **Refusjon:** 1. G03X B02_1. **Ulipristal. Refusjonsberettiget bruk:** En sykhusvarighet preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos kvinner i fertil alder som ikke er aktuelle for kirurgi.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
X78 Godartet svulst i livmor	239	D25 Leiomyom i livmor	239
	240		240

Vilkår: Vilkår 239: Ved intermitterendebehandling skal det journalføres at pasient ikke er aktuell for kirurgi. Vilkår 240: Behandlingen skal være instituert av spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc., Gyömrői út 19-21., 1103 Budapest, Ungarn.



XXVI European Congress of Perinatal Medicine (ECPM) St. Petersburg, 5-8 september 2018

Av Irina Eide, medredaktør

ECPM arrangeres av European Association of Perinatal Medicine (EAPM) annet hvert år. I år var den i St. Petersburg, Det er nyttig å vite at EAPM er en del av EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology)

To tusen deltakere fra 80 land fant sin vei til den vakre byen ved Neva elven, som er ofte kalt «Den nordlige Venezia». Ca. en tredjedel av deltakere var gynekologer og obstetrikker. De fleste kom fra Russland (500), Serbia (126), Romania (106), Hellas (89) og Portugal (42). Kroatia, Estland, Spania, Bulgaria og Nederland var bra presentert. Det var også noen deltakere fra Norge. NCD - a major global health problem

Intenst kongressprogram med 144 foredrag og 536 poster var åpent av EAPM president prof. Moshe Had fra Universitetet i Tel-Aviv. Han snakket om mors og barns helse i globalt perspektiv. Av de årlige 135 millioner fødsler i verden skjer det kun 5 millioner i Europa og 5 millioner i USA. Samtidig kommer det meste av store studier og retningslinjer fra den vestlige del av verden. Per i dag er fedme hos mor et større problem en underernæring (42 vs. 26 millioner graviditeter); hyperglykemi og hypertensive komplikasjoner rammer henholdsvis 21 og 10 millioner. Moderne trend i å bekjempe disse NCDs (Non-communicable diseases) er en felles internasjonal tilnærming til problemløsninger hvor flere organisasjoner og forskingssentre deltar. Eksempler på dette er «Barcelona declaration on hyperglycemia of pregnancy» (2017), «Paris consensus on gestational diabetes mellitus screening» (2018) så vel som Mega Studies (HAPO study og ASPRE project).

Både perinatal og maternell dødelighet i Russland har gått gradvis ned siden 90-tallet og i 2016 lå henholdsvis på 7,89 og 8,3. Historisk sett var det lavt keisersnitt nivå i Russland, men siste tiden har tallene økt dramatisk. Nivået varierer fra sted til sted. For eksempel i Tumen ligger det på 24%, mens i National Medical Research Center i Moskva utgjør keisersnitt hele 43% av fødsler.

Do not use Sildenafil in FGR

Etter at noen kohortstudier viste positiv effekt av Sildenafil (Viagra) på fostervekst ved alvorlig tidlig FGR, startet det vilt bruk av Sildenafil på den indikasjon. Engelsk RCT (2017) viste ingen gevinst mht. fostervekst og overlevelse. Gerard H. A. Visser fortalte fra første hold om Hollandsk RCT som ble stoppet i år pga. signifikant økning i pulmonal hypertensjon hos nyfødte og perinatal dødelighet i Sildenafil-gruppen.

Den Sildenafil-historien viser klart, at man ikke kan sette i gang nye behandlingsmetoder før effekten og sikkerheten bekrefte i solide studier.

The battle on preterm delivery

Mens det har vært stort suksess i reduksjon av neonatal dødelighet, har antall premature fødsler stått stille siste tiårene. Mangel på basal forståelse av mekanismer som ligger bak prematur fødsel gir forklaring på dette, sier prof. Bo Jacobssen. Antall premature fødsler varierer mye mellom land med høy levestandard som er naturlig å sammenligne med hverandre. For eks. Tyskland ligger på 9.4%, mens i Sverige andelen er 5.9%. Ifølge Jacobssen, kan vi gjøre mye på det felte, hvis vi forstår disse 2.5% differansen.

Det siste gjennombruddet i den sammenhengen er verifisering av genvarianter som er tydelig assosiert med svangerskapslende og premature fødsler (NEJM 2017).

Fetal growth and birthweight: setting the standard

Prof. Torvid Kiserud presenterte WHO-arbeidet med etablering av fosterets tilvekst tabeller basert på over 7000 ultralydmålinger. Disse er nå tilgjengelig internasjonalt, viser store variasjoner,

asymmetrisk distribusjon, signifikante befolkningsforskjeller og er påvirket av maternelle faktorer og fosterets kjønn. Slik at optimal vekst er ikke uniform, og muligens ikke så nyttig konsept som vurdering av fosterets optimale tilpasning og helse.

Prof. Jason Gardosi fra UK kom med lignende konklusjoner at det er fortsatt stor uenighet i diagnostiske kriterier for fosterets tilveksthemming og at vi må finne bedre prognostiske kriterier for å identifisere tidlig tegn på FGR.

Is there a sex of the placenta? A future without men?

Et av parallelle møter ble viet til kjønnsavhengige svangerskapskomplikasjoner. Det er alminnelig kjent at gutter har større placenta enn jenter, men er ikke så vanlig å tenke på placentas kjønn i andre sammenhenger. Imidlertid er det påvist store kjønnsforskjeller i gen-, mikro-RNA- og proteinekspressjon, epigenetisk modifisering, immunrespons og SNPs i mannlige og kvinnelige placentaer. Det ser ut at kvinnelig placenta har mer varierende respons på uønskede hendelser sammenlignet med mannlige minimalistisk tilnærming. Det er vist at Sex ratio (Male/female) ved spontant svangerskapsavbrudd før uke 19 er 248/100, mellom 20 og 36 uker ligger den rundt 130/100 og til termin kommer på nivå 106/100 (AJOG 2005). Den trenden fortsetter med dårligere overlevelse blant premature gutter og store dødelighet blant men livet ut.

Mannlige kjønn er en uavhengig risikofaktor for kortere svangerskapslengde, prematur fødsel, svangerskapsdiabetes, noen medfødte misdannelser, akutt keisersnitt og neonatale komplikasjoner. For rettferdighetens skyld må man si at Kvinnelige kjønn er assosiert med hyperemesis, PIH og FGR.



Torvid Kiserud sammen med EAPM president prof. Moshe Had

Noen kommer så lang som å spørre: «are men nessecary any more?» Og spør at Y kromosom dør ut nærmeste 125 000 år (Dowd M, 2005). Det er bra at vi ikke lever på den tiden det skjer! Vi kan utelukke interessekonflikt i disse foredrag, da alle foredragsholdere på dette møtet var menn!

Det har skjedd mye mer på kongressen enn det jeg refererer til her. Fine kongresslokaler med moderne posterpresentasjoner på store skjermer hvor du kan bla gjennom flere presentasjoner på samme skjerm, interessante industri-utstillinger samt fantastisk sensommervær i St. Petersburg har skapt ekstra fin stemning på kongressen.



BRAUN
SHARING EXPERTISE



Intravaginal tampong, som reduserer stressinkontinens.⁽¹⁾

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



DIVEEN®
KJENN PÅ FRIHETSFØLELSEN!

Klinisk dokumentert effekt ved stressinkontinens hos kvinner.⁽²⁾

Godkjent på blåresept - Hjemmel 501

⁽¹⁾ Brevet EP 1 924 218 B1

⁽²⁾ Comu J.N et al. 75NCO07 device for noninvasive stress urinary incontinence management in women: a randomized control trial. International Urogynecology Journal 2012, 23 (12): 1727-34

Gi hormonene videre!



Mette Haase Moen, professor emerita, NTNU.

Ovenstående var tittel på et abstrakt som jeg sendte til årsmøtet 2018 i Norsk Gynekologisk Forening (NGF). Det ble ikke akseptert for muntlige presentasjon. Jeg bruker i stedet muligheten til å presentere innlegget her i spalten.

Efter i flere år på spesialistkurset for gynekologer å ha forelest om 'praktisk gynekologisk endokrinologi', har jeg fått mange henvendelser om hjelp med å tolke hormonsvar og om å foreslå behandling. Tidligere styremedlem i NGF, Ane Zahl Eriksson, fikk ideen om at Legeforeningen kunne opprette et grupperom (forum) for spørsmål, svar og diskusjon innen HORMONER OG ENDOMETRIOSE.

Nettstedet ble opprettet i 2010. Som redaktør for nettstedet ønsket jeg nå å gjøre status over aktiviteten. Alle innkomne diskusjoner er arkivert på: <https://legeforeningen.no/Community/Grupper>. Gruppen har ca 300 abonnenter. Fra januar 2010 til juli 2018 var det 500 diskusjoner. Det ble foretatt registrering av hvem som startet diskusjonen, diskusjonstema og hyppighet av kommentarer.

Av alle spørsmålsstillere var 70,2 % leger eller medisinerstudenter. Gynekologer dominerte med 64,2 %, med overvekt av privatpraktiserende gynekologer (35,6%). Totalt 16,4% av innleggene var informasjon fra redaktøren om vitenskapelige artikler, uttalelser fra Relis, guidelines og informasjon om kongresser innen fagområdene. Andre diskusjoner var hentet fra nettstedene Doktoronline og Norsk endometrioseforening samt henvendelser fra journalister og saker fra Norsk pasientskadeerstatning (13,4%).

Spørsmålene var hovedsakelig om tolkning av hormonanalyser, håndtering av amenore samt klimakteriebehandling (40,6%). Spørsmål om hormonell prevensjon utgjorde 15,6%. Endokrin

behandling av sykdommer (endometriose, PCOS, migrene, unormale blødninger, Turner syndrom) utgjorde 21%. Legemiddel-spørsmål utgjorde 6,2 % (testosteron, GnRH-analoger, Esmya®, progesteronkrem og andre 'bioidentiske hormoner').

Rutinen har vært at spørsmål sendes på mail til undertegnede. Spørsmålsstilleren og evt. spørsmålet anonymiseres. Besvarelsen skjer i grupperommet, men registrerte abonnenter kan få spørsmål og svar direkte inn på egen mail. Alle spørsmål ble besvart av redaktøren MHM, og 30% av diskusjonene ble kommentert.

Grupperommet har dessuten en dokumentsamling med aktuelle artikler, foredrag, skjemaer, guidelines, oversikt over østrogenprodukter og normalverdier. Det er en kalender med oversikt over relevante kongresser.

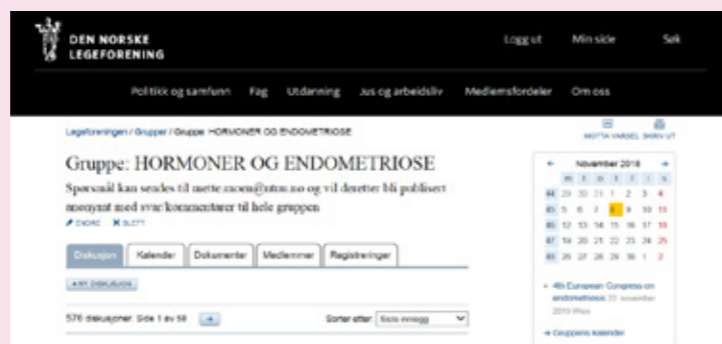
Konklusjonen er at det tydeligvis vært både interesse og behov for dette nettstedet som en lett tilgjengelig måte for diskusjon og oppdatering innen gynekologisk endokrinologi. Spesielt gynekologer i privatpraksis bruker nettstedet. Undersøkelsen har vist at det er stort behov for oppdatering innen gynekologisk endokrinologi, det er tydeligvis et vanskelig tema som ikke i tilstrekkelig grad er tilgodesett i spesialistutdanningen. Dessuten er det ofte først etter at gynekologen har startet i spesialistpraksis at man møter pasienter med endokrine utfordringer. Da kan det være godt å ha et sted å søke etter råd.

Arvtager som redaktør for nettstedet etterlyses.

Mette Haase Moen, professor emerita, NTNU.
November 2018.

Veien inn til gruppen

- Logg deg inn i *Legeforeningen.no* (det kreves brukernavn og passord)
- Klikk på 'min side'
 - Nederst til venstre 'gå til mine grupper'
- Trykk på 'søk' for å velge grupper
 - Alfabetisk kommer en rekke forslag
 - På side 2 kommer HORMONER OG ENDOMETRIOSE, velg den
- Til høyre over kalenderen kan man aktivere 'motta varsel'. Så kommer ny diskusjon automatisk på din mail, så du ikke behøver å logge deg inn.
- Spørsmål
 - kan legges inn i grupperommet med navn
 - kan sendes til meg på mette.moen@ntnu.no, det blir da anonymisert.
- Kommentarer kan legges inn i grupperommet (eller sendes til meg)



Angusta® (misoprostol)

Angusta® misoprostol

godkjent for induksjon av fødsel

- Det eneste godkjente orale misoprostol preparatet for induksjon av fødsel
- Klar til bruk 25 mcg tablet



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

Azanta

Prostaglandin. ATC-nr.: G02A D06 **TABLETTER 25 µg:** Hver tablett inneh.: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av Angusta. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men Cmax kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/ bevis på at barnets liv er i fare før induksjon (f.eks. unormal non-stresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsetilstand ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arrev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. uterus bicornis) som forhindrer vaginal fødsel. Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie som forhindrer vaginal fødsel. Nyresvikt (GFR <15 ml/minutt/1,73 m²). **Forsiktighetsregler:** Skal kun brukes dersom fødselsinduksjon er klinisk indisert. Kan føre til overdreven stimulering av uterus. Ved svært kraftige/langvarige uteruskontraksjoner eller ved klinisk bekymring for mor/barn, skal det ikke gis flere tabletter. Ved vedvarende kraftige uteruskontraksjoner, bør behandling iht. lokale retningslinjer igangsettes. Ved preeklampsi bør bevis på/mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved alvorlig preeklampsi. Ved korioamniotitt 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 uterotisk effekt. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes før uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amning: Amning 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 krampor. 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).

«Et sikkert vårtegn er når
bøndene gjødsler åkrene, samtidig
som det er travelt på fødestuene!»

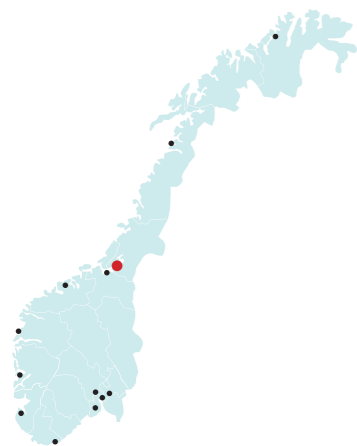


Levanger sykehus en tidlig høstmorgen

Norge Rundt

Levanger sykehus

Av Ane Bergquist, LIS Levanger sykehus



Levanger sykehus har ansvar for helsetjenester til 190.000 innbyggere nord i Trøndelag. Levanger kommune grenser til Verdal i nordøst, Stjørdal i sør og Frosta i vest. Bysentrum har røtter tilbake til vikingetiden og ble for første gang omtalt i Gunnlaug Ormtunges saga (Lifangr). Levanger kommune har lange tradisjoner med landbruk og ligger langs Trondhjemsfjorden bare en drøy times biltur fra Trondheim. Levanger er også en universitetsby, og Nord Universitet har ca 3000 studenter. Et sikkert vårtegn er når bøndene gjødsler åkrene, samtidig som det er travelt på fødestuene!

Sykehuset i Levanger har en lang historie. De opprinnelige byggene ble ferdigstilt i 1843 - og har siden vokst og blitt bygd på. Fram til 2002 hadde institusjonen navnet Innherred Sykehus og før det igjen Nordre Trondhjems Amts Sygehus på Eidesøren. Levanger Sykehus er i dag ett av to sykehus i Helse Nord-Trøndelag, og har sentral og lokal sykehusfunksjon for ti kommuner. Det er et fullverdig sykehus med indremedisin, gastrokirurgi, urologi, noe karkirurgi, generell kirurgi, barneavdeling med kuvøsepost, psykiatri, reumatologisk poliklinikk, radiologi samt gynekologi og obstetikk.

Avdelingen

Avdelingsoverlege er Dordi Helen Bogfjellmo. Fødeavdelingen har omtrent 900 fødsler i året og tar i mot barn helt ned til

Tidligere besøkt:

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



Deler av kollegiet inkludert turnuslege og medisinstudent.

svangerskapsuke 30. Vi har 4 fødestuer, 3 observasjonssenger på føden og 15 senger til barselpasienter. Vi har et nært samarbeid med St. Olavs Hospital, særlig samarbeider man om gynekologiske kreftpasienter og premature fødsler. I tillegg har vi 6 gynekologiske senger og gjør mye generell gynekologi. De siste årene har vi satset på laparoskopisk total hysterektomi.

Keisersnittfrekvensen ligger rundt 18 %, og i 2017 induserte vi rundt 25 % av våre gravide. Det høyre induksjonstallet kan relateres til økende BMI hos gravide samt økende forekomst av svangerskapsdiabetes i vår gravide befolkning.

Det er stor variasjon i arbeidsoppgavene – en dag kan man ha gyn. pol og neste dag er man ansvarlig på føden. For den som ønsker å jobbe med både gynekologi og obstetikk på en daglig basis er det derfor fint at legene ikke er seksjonerte. Vi tar i mot fødende fra hele nord-delen av fylket, og tar imot mer kompliserte forlørninger som tvillinger mm. fra Namdalsregionen og Namsos sykehus. Vi kan tilby lystgass i vår fødeavdeling, noe som gjør at enkelte fødende fra Trondheim ønsker å føde hos oss. Leger fra avdelingen bemanner også DMS på Stjørdal, med gynekologisk poliklinikk og tilbud om rutineultral lyd i svangerskapet.

Vi har 6 LIS2 i vaktturnus samt turnuslege. Det er et ungt overlegekollegie med 6 faste overleger som rullerer på vaktene, i tillegg har vi en-to faste vikarer, og to overleger som ikke går i vakt. Det er aktiv tilstedevakt for både LIS og overlege. Vaktene er stort sett preget av obstetriske utfordringer.

Det er totalt 100 ansatte i vår avdeling, som er en kombinert gyn/føde/barselavdeling, og vi deler etasje med pediatrik avdeling og kuvøseposten, noe som sikrer et tett samarbeid. Vi er underlagt

klinikk for Kvinner, barn og familie og har samme ledelse som gyn/føde i Namsos (organisert som gjennomgående klinikk)

Undervisning og utdanning

Vi har morgenundervisning to dager i uka og en ettermiddag i måneden. Vi har avsatt tid i arbeidsplanen til veiledning. LIS og overlege jobber tett sammen både på dagtid og på vakt, så vi får god supervisjon og opplæring utenom planlagt veiledning også. Vi har månedlige øvinger med akuttmottaket hvor vi øver på mottak av dårlige gynekologiske eller obstetriske pasienter. I tillegg prøver vi så godt det lar seg gjøre å delta på jule- og påske-seminar i regi av St. Olavs. Vi har en fast stilling ved kirurgisk avdeling ved Levanger Sykehus for å gjennomføre kirurgiåret i spesialistutdanninga. Vi har i mange år hatt et godt samarbeid med St. Olavs med tanke på gruppe 1-tjeneste. I Levanger ligger Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) sin gigantiske biobank, så vi har gode forskningsmuligheter i tillegg, for de som ønsker det. Vi har et godt læringsmiljø, og vi har nylig kjøpt inn D-boks for å starte laparoskopioving, og for å delta i «Boksen går!».

Det er en trivelig og omgjengelig gjeng som jobber her, og vi har en avdeling der alle spiser matpakken på vaktrommet sammen. Miljøet er «løst og ledig», og det er alltid rom for spørsmål og diskusjon. I 2016 vant avdelingen KLPs Arbeidsgledepris, noe vi er stolt av.

Vi forsøker å være sosiale utenfor arbeidstidene også, dette har ført til at vi har vært på nesten årlige seilturer i Trondhjemsfjorden og ut mot Ytterøya. I tillegg har vi tradisjonen tro årlig julebord med god mat, drikke og utvalgte Nord-trønderske selskapsleker. God jul ønskes til alle fra oss ved klinikk for Kvinner, Barn og Familie i Levanger!



Selfestasjonen på årsmøtet 2018 var et artig påfunn!



Fra en av våre fine seilturer i Trondhjemsfjorden.



Fra et hyggelig seilas- og 40-årsfeiring.



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://jobgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/\(ISSN\)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html](http://jobgyn.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!

What is the effect of physical activity on duration and mode of delivery? Secondary analysis from the Norwegian Fit for Delivery trial.

Birgitte Sanda, Ingvild Vistad, Linda R. Sagedal, Lene A.H. Haakstad, Hilde Lohne-Seiler, Monica K. Torstveit.

Acta Obstet Gynecol Scand. 2018 Jul;97(7):861-871
<https://goo.gl/Yk3GUS>

ABSTRACT

Introduction: The beneficial effects of physical activity during pregnancy for the mother and offspring have been reported by several studies but there are conflicting results concerning the possible effect of physical activity on the course of labor and risk of cesarean delivery. This study presents secondary analyses from the Norwegian Fit for Delivery randomized controlled trial, aiming at studying the effect of a lifestyle intervention including group exercise classes, as well as the possible influence of physical activity level in late pregnancy, on labor outcomes.

Material and methods: Healthy nulliparous women with singleton pregnancy were randomized to an intervention group, n = 303 (dietary counseling and twice-weekly exercise classes) or a control group, n = 303 (standard care). The participants were analyzed both by randomization and as a cohort comparing women with lowest (quartile 1, 0 metabolic equivalent of task-hours moderate-to-vigorous physical activity/week) (n = 140) vs. highest (quartile 4, ≥16 metabolic equivalent of task-hours moderate-to-vigorous physical activity/week) (n = 131) physical activity level in late pregnancy, assessed with the International Physical Activity Questionnaire.

Result: The intervention group had a longer first stage of labor compared with the control group (293 ± 202 min vs. 257 ± 181 min, p = 0.030). No differences between the randomization groups were seen for time spent in second stage of labor, prolonged labor or mode of delivery. In the total sample, women with the highest physical activity level had lower odds ratio (OR) of acute cesarean delivery (OR 0.33, 95% CI 0.11–0.97, p = 0.044) than did those with the lowest physical activity-level.

Conclusion: A significantly longer first stage of labor was observed in the intervention group than in the control group. A high physical activity level in late pregnancy was associated with lower odds of acute cesarean delivery compared with a low physical activity level.

Acetylsalicylic acid does not prevent first-trimester unexplained recurrent pregnancy loss: A randomized controlled trial.

Lennart Blomqvist, Margareta Hellgren, Annika Strandell.
 Acta Obstet Gynecol Scand. 2018 Nov;97(11):1365-1372
<https://goo.gl/z9NsVC>

ABSTRACT

Introduction: Recurrent pregnancy loss occurs in about 1% of fertile couples. Without proper evidence for an effect, different treatments have been used when no etiological factor has been detected. The present trial is the first randomized trial to compare 75 mg acetylsalicylic acid with placebo for women with recurrent pregnancy loss.

Material and methods: This randomized, double-blind, placebo-controlled trial was conducted at a single center between 2008 and 2015. Recurrent pregnancy loss was defined as at least 3 consecutive first-trimester miscarriages within the couple. Women < 40 years old with a body mass index < 35 kg/m² were eligible if the workup was negative. Randomization was through a third party, who manufactured and delivered the study drugs, and occurred when fetal heartbeat was detected, to either 75 mg acetylsalicylic acid or placebo; 200 women in each group. Group allocation was concealed until all the study participants had a pregnancy outcome registered. All women attended the same control program. Primary outcome was live birth. Statistical analyses were according to intention-to-treat.

Results: All 400 women completed the follow up. Live birth rate was 83.0% (n = 166) and 85.5% (n = 171) for the acetylsalicylic acid and placebo groups, respectively (P = 0.58). The difference was -2.5% (95% CI -10.1% to 5.1%). The risk ratio was 0.97 (95% CI 0.89-1.06).

Conclusions: Treatment with acetylsalicylic acid did not prevent recurrent miscarriage in women with at least three consecutive miscarriages in the first trimester, of unknown reasons and in the same relationship. The fertility prognosis is very good, the live birth rate being > 80% with or without acetylsalicylic acid.

Diagnostic accuracy of ultrasound in detecting the depth of invasion in women at risk of abnormally invasive placenta: A prospective longitudinal study.

Giuseppe Cali, Francesco Forlani, Ilan Timor-Trisch, José Palacios-Jaraquemada, Francesca Foti, Gabriella Minneci, Maria E Flacco, Lamberto Manzoli, Alessandra Familiari, Giorgio Pagani, Giovanni Scambia, Francesco D'Antonio.

Acta Obstet Gynecol Scand. 2018 Oct;97(10):1219-1227
<https://goo.gl/BEzzXi>

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to assess the diagnostic accuracy of ultrasound in detecting the depth of abnormally invasive placenta in women at risk.

Material and methods: Prospective longitudinal study including women with placenta previa and at least one prior cesarean delivery or uterine surgery. Depth of abnormally invasive placenta was defined as the degree of trophoblastic invasion through the myometrium and was assessed with histopathological analysis. The ultrasound signs explored were: loss of clear zone, placental lacunae, bladder wall interruption, uterovesical hypervascularity, and increased vascularity in the parametrial region.

Results: In all, 210 women were included in the analysis. When using at least one sign, ultrasound had an overall sensitivity of 100% (95% CI 96.5-100) and overall specificity of 61.9 (95% CI 51.9-71.2) for all types of abnormally invasive placenta. Using two ultrasound signs increased the diagnostic accuracy in terms of specificity (100%, 95% CI 96.5-100) but did not affect sensitivity. When stratifying the analysis according to the depth of placental invasion, using at least one sign had a sensitivity of 100% (95% CI 93.7-100) and 100% (95% CI 92.6-100) for placenta accreta/increta and percreta, respectively. Using three ultrasound signs improved the detection rate for placenta percreta with a sensitivity of 100% (95% CI 92.6-100) and a specificity of 77.2% (95% CI 69.9-83.4).

Conclusion: Ultrasound has a high diagnostic accuracy in detecting the depth of placental invasion when applied to a population with specific risk factors for anomalies such as placenta previa and prior cesarean delivery or uterine surgery.

Endometriosis and adenomyosis are associated with increased risk of preterm delivery and a small-for-gestational-age child: a systematic review and meta-analysis.

Mette R. Bruun, Linn H. Arendt, Axel Forman, Cecilia H. Ramlau-Hansen.

Acta Obstet Gynecol Scand. 2018 Sep;97(9):1073-1090
<https://goo.gl/YqFTuo>

ABSTRACT

Introduction: The objective of this systematic review and meta-analysis was to evaluate the risk of preterm delivery and having a small-for-gestational-age (SGA) child in women with endometriosis and adenomyosis compared with women without these two diseases.

Material and methods: Studies on endometriosis or adenomyosis and risk of preterm delivery and/or SGA infant were included. The systematic search was conducted for all published articles in PubMed and Embase published from 1950 to 2017 using specific search terms. After duplicates were removed, two authors independently reviewed all studies, initially based on title and subsequently based on abstract. Studies considered relevant were read in full text by both reviewers to identify if studies met the inclusion criteria.

Results: The search found 21 studies on a total of 2 517 516 women meeting the inclusion criteria. Women with endometriosis had an increased odds of preterm delivery [odds ratio (OR) 1.47, 95% CI 1.28–1.69] and SGA infant (OR 1.26, 95% CI 1.04–1.549). Compared with endometriosis, adenomyosis implied an even higher odds of both preterm delivery (OR 3.09, 95% CI 1.88–5.09) and SGA infant (OR 3.23, 95% CI 1.71–6.09) as well.

Conclusions: Women with endometriosis or adenomyosis had a higher odds of preterm delivery and having a child that was SGA compared with women without endometriosis or adenomyosis. The odds of both adverse birth outcomes was highest among women with adenomyosis. The results suggest a closer prenatal monitoring among pregnant women with endometriosis or adenomyosis.

Denne gangen:

«Eugene Vodolazkin LAURUS: historien om en lege og helbreder fra middelalderen»

Av Irina Eide, medredaktør

Eugene Vodolazkin er en russisk filolog og prosaforfatter. Han er spesialist i russisk middelalderlitteratur. Laurus er hans andre roman som kom ut 2012 og siden det har fått flere litterære priser. Den har blitt kjent internasjonalt i 2017. Vodolazkins eksperimentelle stilblending, fra middelalderarkaismer til moderne slang og russisk byråkratisk sjargong har blitt omhyggelig forvandlet til gammelt bibelsk og moderne engelsk språk av Lisa Hayden.



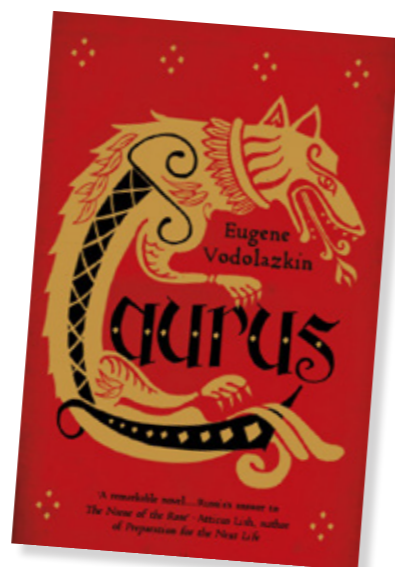
Vinneren av Russlands nasjonale store bokpris, denne sagaen fra det 15. århundre Russland forteller om legen Arseny. Han lærer om legende urter av sin bestefar, mens pest tar den gjenværende familien. Arseny helbreder mange, men klarer ikke å redde sin kjæreste Ustina fra døden i barnefødsel, - her foreligger det en dramatisk beskrivelse av alvorlig svangerskapsforgiftning, intrauterin fosterdød og postpartum blødning. Etter den tragedien gjør Arseny opp med sitt tidligere liv og blir en hellig narr, en pilegrim på vei til Jerusalem. Tilbake til Russland avgir han munkeløfte og deretter blir en eremitt. Underveis skifter han navn flere ganger. Først tar han navnet Ustin, for å ære den avdøde Ustina; som munk får han navnet Ambrosius, før han som eremitt tar navnet Laurus.

Vodolazkin er en vakker historieforteller. Han skaper en episk reiseroman i alle de beste tradisjonene. Det er utallige fargerike figurer, spennende vendinger og dype sannheter i hovedpersonens ord og gjerninger. Forfatteren lykkes med å oppnå en fin balanse mellom det gamle, det arkaiske og det ultramoderne; mellom det ironiske og det tragiske. Vodolazkins åndelige odysseen overskrider historien, smelter arkaisme og slang for å formidle ideen om at tiden er en slags misforståelse, - en av hovedtemaene i romanen er menneskets forhold til tiden.

Dette er ikke en bok om godt og ondt, men om hva som er ekte og evig, og hva er falskt og forbigående. Kjærlighet er vist ved tap, døden gjennom tidløshet, ord gjennom stillhet og mennesket i det guddommelige.

LAURUS er uten tvil en av de mest bevegelige og mystiske bøkene du kan lese. Ifølge The Guardian kom E. Vodolazkin's roman "Laurus" inn på topp-10 liste over de beste bøkene om Gud (www.theguardian.com/books/2017/dec/06/top-10-novels-about-god). Der står Vodolazkin i et godt selskap sammen med Dostojevskij, Lattimore, John Updike, Antony Burgess, Iris Murdoch, Nikos Kazantzakis, William Gass, William Golding og Flannery O'Connar.

Boka kan kjøpes på adlibris.com/no. Anbefales på det varmeste!



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 biopolar- og ultralydsinstrument.

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

Gynekoologen ønsker deg en god julefeiring og alt godt i det nye året!



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

Færre UUI* episoder^(2**)

-80%

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

-45,5%



Pierre Fabre

** 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 (≥1/10): Munntørhet, Vanlige (≥1/100 til <1/10): Abdominalsmerte, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme, Tørr hals, Svimmelhet, hodepine, Nyre/urinveier: Dysuri, Psykiske: Søvnløshet, Øye:Tørre 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 feks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet.

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

PP-TOV-NOR-0019



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

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

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

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

	CYP 3A4-hemmer		
	Ingen	Moderat	Potent
Nedsatt nyrefunksjon ¹	Mild 4-8 mg	4 mg	Bør unngås
	Moderat 4-8 mg	4 mg	Kontraindisert
	Alvorlig 4 mg	Bør unngås	Kontraindisert
Nedsatt leverfunksjon ¹	Mild 4-8 mg	4 mg	Bør unngås
	Moderat 4 mg	Bør unngås	Kontraindisert

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

² Forsiktig doseøkning.

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

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene, peanøtter eller soya. Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. 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 (feks. klinisk signifikant forstørret prostata pga. benign prostatahyperplasi). Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (feks. pylorusstenose), gastroøsofagealreflukt og/eller samtidig bruk av legemidler som kan føre til eller forverre øsofagitt (feks. orale bisfosfonater), nedsatt gastrointestinal motilitet, autonom neuropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller opptrir hos pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktiv metabolitt: Nedsatt lever- og nyrefunksjon, samtidig administrering av potente eller moderate CYP 3A4-hemmere, samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere. Ved kombinasjon av disse faktorene forventes ekstra økning i eksponering.

Doseavhengige antimuskariner 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. Angioødem er rapportert med fesoterodin, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Hvis angioødem forekommer, skal fesoterodin seponeres og egnet behandling igangsettes umiddelbart. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (feks. hypokalemi, bradykardi) og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QTforlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (feks. myokardial iskemi, arytmier, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som feks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet.

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

Graviditet/Amning: 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 gjøres oppmerksom på manglende fertilitetsdata, og fesoterodin bør bare gis etter en individuell nytte-/risikovurdering. Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klart. Graviditet bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amning bør unngås.

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

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolysert av uspesifikke plasmaesteraser til 5-hydroksymetylderivatet, dens primære aktive metabolitt, som er det dominante aktive farmakologiske prinsippstoffet 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 for aktiv metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktiv metabolitt. Gjennomsnittlig Cmax og AUC for aktiv metabolitt, øker opptil hhv. 1,7 ganger og 2 ganger hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme. Utskillelse: Ca. 70% i urin og 7% i feces. Levermetabolisme og nyreutskillelse bidrar i betydelig grad til å utskille den aktive metabolitten.

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

Refusjon: 1G04B D11. 1. Fesoterodin.

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

Refusjonskode: ICPC. Vikår nr ICD Vikår nr

U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens

Vikår: Ingen spesifisert

Sist endret: 14.09.2017



PP-TOV-NOR-0019

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE

Returadresse:
Den Norske Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo

posten
DISTRIBUERT AV POSTEN
NORGE P.P. PORTO BETALT

See more in life



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

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

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

INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG

SAMSUNG MEDISON