

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

3 • 2017



ÅRSMØTEUTGAVEN 2017
Stavanger 25. - 27. oktober

Program årsmøte s. 14

Generalforsamling s. 21

Abstract s. 28



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

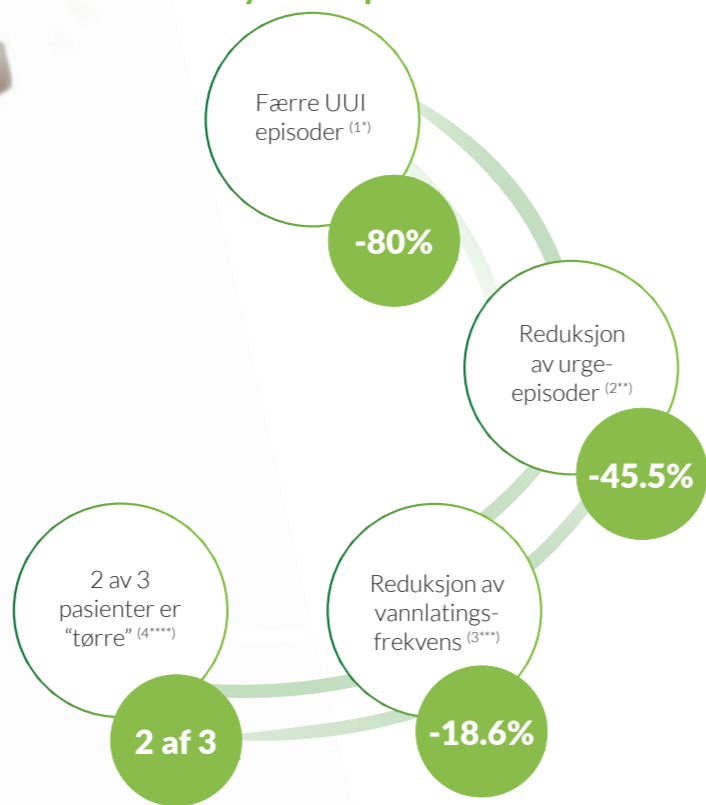
GOD EFFEKTDOKUMENTASJON¹

Forbedring av OAB symptomer¹



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 8mg kan gi en signifikant forbedring i forhold til placebo^{2,3}

* Med Toviaz® 4 mg og Toviaz® 8 mg vs placebo ved uge 12 ** Med Toviaz® 8 mg vs placebo og tolterodin ER 4mg ved uge 12 *** Færre toiletbesøg med Toviaz® 8 mg end placebo **** Behandling med Toviaz® 8 mg gav en signifikant forbedring i antallet af UUI-episoder ved uge 12 vs hhv. tolterodin ER 4mg (p=0,017) og placebo (p<0,001) 1. Toviaz SmPC 3. august 2016 2. Chapple C. et al. BJU Int. 2014;114:418-26. 3. Kaplan S.A. et al. BJU Int. 2010;107:1432-1440. 4. Chapple C. et al. Eur Urol. 2007;52(4):1204-12. 5. Herschorn S. et al. BJU Int. 2010;105(1):58-66.

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

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

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med overaktiv blære.
Dosering: Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. Daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potent CYP 3A4-hemmer, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2-8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Nedsatt nyre- eller leverfunksjon under fravær og nærvær av moderate og potente CYP 3A4-hemmere: Dosejustering iht. Tabell ved nedsatt nyrefunksjon₁.

		CYP 3A4-hemmer		
Nedsatt nyrefunksjon ₁	Mild	Ingen	Moderat	Potent
	Moderat	2 mg	4 mg	Bør unngås
	Alvorlig	4 mg	Bør unngås	Kontraindisert
Nedsatt leverfunksjon ₁	Mild	4 mg	4 mg	Kontraindisert
	Moderat	4 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

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

Doseavhengige antimuskarine bivirkninger vil sannsynligvis oppstå. Individuell respons og toleranse bør evalueres 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. Angiødem er rapportert med fesoterodin, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Hvis angiødem forekommer, skal fesoterodin seponeres og egnet behandling igangsettes umiddelbart. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QT-forlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (f.eks. myokardial iskemi, arytmi, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnløshet.

Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiver, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnløshet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mage-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks.fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, nefazodon, nefin avir, ritonavir og alle ritonavirforsterkede PI-regimer) sakinavir og telitromycin). Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, fenofibrat, 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 mannlig eller kvinnelig fertilitet eller andre effekter på reproduksjonsfunksjonen hos mus, eller på tidlig utvikling av embryo hos musefoster. Kvinner i fertil alder bør gjøre oppmerksom på manglende fertilitetsdata, og fesoterodin bør bare gis etter en individuell nytte-/risikovurdering. Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amning bør unngås.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Munntørhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmerte, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Tørr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, Nyrer/urinveier: Nyre-/urinveier: Svært vanlige (≥1/10): Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørr øye. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Abdominal ubehag, flatulens, gastroesofageal refluks, Hjerte/kardi: Takykardi, palpitasjoner. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørrhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, sømnløshet. Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinhesitasjon. Øre: Vertigo, Øye: Uklart syn, Øvrige: Utmatte. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Angiødem, urticaria. Psykiske: Forvirringstilstand. Etter markedsføring: Tilfeller av urinretensjon hvor kateterisering har vært nødvendig, vanligvis i løpet av den 1. behandlingssuken. Primært sett hos eldre mannlige pasienter (>65 år) som tidligere har hatt benign prostatahyperplasi. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opptil 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge bivirkninger. Behandling: Ev. ventrikkelskylling 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 hydrolyseres av uspesifikke plasmæsteraser til 5-hydroksymetylderivatet, dens primære aktive metabolitt, som er det farmakologiske prinsippet i fesoterodin. 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. 169 liter etter iv. administrering. Halveringstid: Terminal halveringstid for aktiv metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktiv metabolitt. Gjennomsnittlig C_{max} 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 nevrogen blære med lekkasje (urgeinkontinens).

Refusjonskode: ICD-PC Vikkár nr U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens -

Vilkår: Ingen spesifisert

Sist endret: 01.10.2016



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Jenny Alvirovic
Overlege, Oslo universitetssykehus
jennyalvirovic@hotmail.com

Redaksjonsmedlemmer

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

Renee Waage
LIS Bodø
renee.waage@gmail.com

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

Magne Halvorsen
Privatprakt, SSA Arendal
magnehalvorsen@hotmail.com

Nettredaktør

Tina Tellum
LIS OUS
tina.tellum@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

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

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2017

nr. 4-2017; 1. november 2017
nr. 1-2018; 1. februar 2018
nr. 2-2018; 1. mai 2018
nr. 3-2018; 1. september 2018
nr. 4-2018; 1. november 2018

Opplag: 1600



INNHOOLD

REDAKTØR 5
LEDER 7

ÅRSMØTE 2016

Velkommen til Stavanger 11
Program formøter 12
Program årsmøtet 14
Plakater obstettrikk og gynekologi 19
Presentasjon av styret 20
Generalforsamling NGF 2017 21
NGF utvalg og komiteer høst 2017 22

ABSTRACT 28-42

POSTERE 44-56

ÅRSRAPPORTER

Årsmelding NGF 2016 60
Årsrapport NFOG 2016 62
Årsberetning 2016, NFGO 64
Årsrapport FIGO 2016 66
Årsrapport 2016 NFOG vitenskapelige komite 66
Årsmelding Endoskopiutvalget 2016 68
Årsrapporter 2016 Kvalitetsutvalget 68
Årsrapporter 2016 NPE komiteen 68
Årsrapport 2016 NGER 70
Årsrapport 2016 Referansegruppe i Fødselsovervåking 72
Årsberetning fra EBCOG 74

FUGO

Leder 76
Formøte FUGO 76
Årsrapport 2016 77

SPECIALITETSKOMITÉEN 78

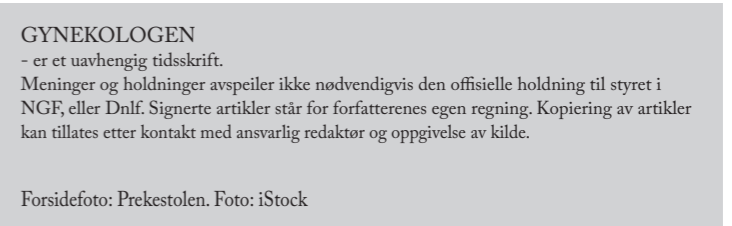
NORGE RUNDT

Kvinneklinikken ved Sørlandet sykehus – Kristiansand 80
Ride4Women startet i Oslo! 84
Simuleringstrening i Stavanger 86

UTDANNING, KURS OG MØTER 88

GYNEKOLOGEN ANBEFALER

The safe use of ultrasound in medical diagnosis 90



GYNEKOLOGEN

- er et uavhengig tidsskrift.

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

Forsidefoto: Prekestolen. Foto: iStock

Angusta®
(misoprostol)

Angusta® misoprostol

godkjent for induksjon av fødsel

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



Azanta

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

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

008ANG-NO-2017



Kjære kollega!

Snart går det av stabelen, årsmøtet 2017 i Stavanger. Det er lagt ned et stort arbeid av styret i Norsk gynekologisk forening og LOK, som sammen har laget et flott program, og gjort sitt ytterste for å skape en fin ramme rundt årsmøtet med anledning til å møte kollegaer fra vårt langstrakte land, artikkelforfattere i veilederen, de man leser om i gynekologen, de du henviser til, eller får henvisninger fra, tidligere og fremtidige kollegaer, venner. Dette gir oss muligheten til se hva som rører seg innen faget vårt i Norge. Årsmøteutgaven av Gynekologen 2017 er den største noensinne med hele 92 sider! Det må være et sikkert tegn på et aktivt fagmiljø. Det betyr at det er mye vi som gynekologer kan engasjere oss i! Forskning og prosjekter på vår egen arbeidsplass, eller knyttet til andre avdelinger og sykehus. Ja, det er bare å la seg inspirere. SNAKS kan bli en snakkis.

« - Hvilken dag er det ?

- Det er i dag, svarte Nasse Nøff

- Min favorittdag, sa Ole Brumm »

Gynekologen bergtar deg med bilder fra Prekestolen, fjellplatået som er et spektakulært turmål med 300.000 besøkende årlig og til "Sverd i fjell" som er symbolet på det historiske sjøslaget da Harald Hårfagre i år 872 samlet Norge til et kongerike. Norsk oljemuseum som guider deg gjennom norsk oljehistorie og gamle Stavanger med Nord-Europas best bevarte trehusbebyggelse. Med andre ord, får man litt tid til eller fra flyplassen, så er det flere gode grunner til en avstikker!

Jeg gleder meg. Vi sees i Stavanger!

Beste hilsen
Jenny Alvirovic




Lokale helter

Ragnar Kvie Sande (t.h.), Gynekologens egen medredaktør og Erik Andreas Torkildsen (t.v), Leder for LOK og begge fra Stavanger Universitetssykehus.

Bildet er fra Forsker grand prix i Stavanger 2012, der de tok hhv. 2. og 1.plass !





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

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



Ferring Legemidler AS
Postboks 4445 Nydalen
0403 OSLO



MIS/003/05/2017



Kjære NGF-medlemmer!

Det har vært mange artikler og debattinnlegg med fete overskrifter som beskriver tillitskrisen i de norske sykehusene i etterkant av den siste konflikten mellom Legeforeningen og Spekter. Tilstanden beskrives av enkelte som en "kald krig" mellom ledere som søker effektivitet og leger som søker kvalitet. Dette er etter min mening en grov forenkling av saken, og en fornærmelse av begge parter. Jeg tror at både ledere og leger har et felles mål om å drive god og effektiv behandling av våre pasienter.

Det vedvarende negative fokuset på forholdet mellom ledelse og ansatte i helseforetakene virker neppe rekrutterende på de av våre kollegaer som vurderer å gå inn i lederposisjoner. Dette er bekymringsfullt. Det er mange gode sykepleier- og jordmorledere som gjør en utmerket jobb rundt om i landets avdelinger og klinikker. Likevel er jeg overbevist om at både vi gynekologer og vårt fag er best tjent med at leger leder leger. Jeg oppfordrer derfor med dette ledere til å fremme lederrekruttering blant legene, og tilrettelegge for lederutdanning for leger med leder-talent- og motivasjon.

Styret i Norsk gynekologisk forening 2016-2017

Leder: Marit Lieng, Oslo Universitetssykehus og UiO.
m.lieng@online.no

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

Vitenskapelig sekretær: Nils-Halvdan Morken, Haukeland UiS og UiB.
nils-halvdan.morken@kk.uib.no

Kasserer (PSL): Arild Kloster-Jensen, Spes. praksis, Arendal.
akloster@online.no

Sekretær (FUGO): Malin Dögl, Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset i Levanger. dogl.malin@gmail.com

Styremedlem: Ingrid Volløyhaug, St. Olavs Hospital.
ingridvolloyhaug@hotmail.com

Varamedlem (PSL): Asle Marit Ullen, BestHelse, Nordstrand.
amar-u@online.no

Varamedlem (FUGO): Renee Waage, LiS, Oslo Universitetssykehus.
renwaa@ous-hf.no

Varamedlem: Hans Kristian Opoien, Akershus Universitetssykehus.
hans.kristian.opoien@ahus.no

«Likevel er jeg overbevist om at både vi gynekologer og vårt fag er best tjent med at leger leder leger.»

Med eller uten lederstilling eller lederambisjoner, er du velkommen på Lederforumet under Årsmøtet (formøte onsdag ettermiddag) som i år får besøk av Per Bleikelia, tidligere Adm. Dir. ved Ringerike Sykehus, og vinner av Legeforeningens Lederpris i 2014. Dette tror jeg blir et veldig spennende foredrag, og mitt håp er at foredraget og Lederforumet bidrar til motivasjon for våre ledere, og til rekruttering av kommende legeledere.

Den nye strukturen for spesialisering begynner etter hvert å ta form. Det er åpenbart at det nye systemet som er basert oppnåelse av en rekke læringsmål, kommer til å kreve mer av spesialistene som veiledere. Dette har, etter min mening, ikke vært tilstrekkelig diskutert og/eller planlagt under arbeidet med den nye strukturen for spesialisering. Vi må, i enda større grad enn tidligere, engasjere oss i utdanningen av våre LiS i hverdagen. Dette vil kreve opplæring, men også en dugnadsånd blant spesialistene. Veiledning av våre kommende kollegaer er en viktig og morsom oppgave, og vi må sørge for at oppgaven verdsettes og får den plassen den trenger i spesialistenes hverdag.

Når du leser dette, er Årsmøtet i Stavanger rett rundt hjørnet. Årsmøtet arrangeres i år på Clarion Hotel Air, Sola 25.10 – 27.10. Styret har planlagt et spennende og variert faglig program. Og lokal komite sørger for at også våre sosiale behov tilfredstilles på beste vis. Du finner programmet og alle abstraktene, både til de muntlige foredragene og plakatene, i dette nummeret av Gynekologen. Rammene rundt Årsmøtet er lagt, nå er det opp til oss medlemmer i NGF å sørge for at Årsmøtet 2017 blir en faglig opptur og går i minneboken som et faglig godt og sosialt hyggelig arrangement (som det pleier).

Vi ses i Stavanger!

Vennlig hilsen
Marit Lieng, Leder, NGF



FORANDRER LIVET TIL KVINNER MED MYOMER

ESMYA® KAN GI:

- Signifikant og vedvarende reduksjon av myomstørrelsen.¹⁻³
- Hurtig og vedvarende blødningskontroll.^{1,2,4}
- Effekten på symptomene vedvarer i intervallene mellom behandlingsperiodene.³

Referenser:

1. Donnez J, et al. *New Engl J Med* 2012;366(5):421–432.
2. Donnez J, et al *Fertil Steril.* 2014 Jun;101(6):1565–1573.
3. Donnez J, et al *Fertil Steril.* 2015 Feb;103(2):519–527.
4. Donnez J, et al. *N Engl J Med* 2012;366:409–20.

* Innen 7 dager.

ESM-SEP16-NO-16054:1

esmya® 5mg
Ulipristalacetat

Esmya «Gedeon Richter» Progesteronreseptormodulator. ATC-nr.: G03X B02. **TABLETTER 5 mg:** Hver tablett inneh.: Ulipristalacetat 5 mg, hjelpestoffer. **Reseptgruppe:** C. **Indikasjoner:** 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.

Dosering: 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 første 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 behandlingfrie perioder. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 8 intermitterende behandlingsregimer. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering anbefalt ved lett nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering anbefalt ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Bruk anbefales ikke ved alvorlig 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. **Forsiktighetsregler:** Ulipristalacetat skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. Graviditet skal utelukkes før behandling. De fleste kvinnene som tar en terapeutisk dose av ulipristalacetat har anovulasjon, likevel anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode under behandlingen. Ulipristalacetat har spesifikk 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 behandlingsfrie perioder 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. 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. Pga. manglende spesifikke studier anbefales ikke ulipristalacetat ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Det foreligger ingen terapeutisk erfaring med ulipristalacetat ved nedsatt leverfunksjon. Nedsatt leverfunksjon er forventet å endre eliminasjonen av ulipristalacetat og føre til økt eksponering. Dette anses ikke å være klinisk relevant ved lett nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Bruk ved alvorlig astma som ikke kontrolleres tilstrekkelig med perorale glukokortikoider, anbefales ikke. **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 grunnet en konkurrerende virkning på progesteronreseptoren. Samtidig administrering av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Etter administrering 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 administrering til pasienter som samtidig får milde CYP3A4-hemmere. Samtidig

administrering av moderate (f.eks. erytromycin, grapefruktjuice, verapamil) eller potente (f.eks. ketokonazol, ritonavir, nefazodon, itrakonazol, telitromycin, klaritromycin) CYP3A4-hemmere anbefales ikke. Administrering 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 halveringstiden til ulipristalacetat 2,2 ganger (tilsvarende en ca. 10 gangers reduksjon av eksponering for ulipristalacetat). Samtidig bruk av potente CYP3A4-induktorer (f.eks. rifampicin, rifabutin, karbamazepin, okskarbazepin, fenytoin, fosfenytoin, fenobarbital, primidon, johannesurt, efavirenz, nevirapin, langvarig bruk av ritonavir), anbefales ikke. Ulipristalacetat kan forstyrre virkningen til hormonelle prevensjonsmidler (rent progestagen, progestagenfrisettende antikonsepsjon (spiral) eller kombinasjon-spiller) og progestagen administrert av andre årsaker. Samtidig administrering av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Legemidler som inneholder progestagen skal ikke tas innen 12 dager etter seponert behandling med ulipristalacetat. In vitro-data indikerer at ulipristalacetat kan være hemmer av P-gp ved klinisk relevante konsentrasjoner i den gastrointestinale veggen under absorpsjon. Samtidig administrering 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 administrering av P-gp-substratet feksofenadin (60 mg) ikke har noen kliniske relevante effekter på farmakokinetikken til feksofenadin. Det anbefales derfor at samtidig administrering av ulipristalacetat og P-gp-substrater (f.eks. digabitraneitkalsit, digoksin, feksofenadin) utføres med minst 1,5 timers mellomrom. **Graviditet, amming og fertilitet:** Se Kontraindikasjoner. **Graviditet:** Kontraindisert under graviditet. **Amming:** Ulipristalacetat og dens aktive mono-N-demetylerede metabolitt utskilles i brystmelk med et gjennomsnittlig AUC, 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. Kontraindisert under amming. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Kjønnsgener/bryst: Amenoré, endometriehyperplasi. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smertes i abdomen, kvalme. Hud: Akne. Kjønnsgener/bryst: Hetetokter, bekkensmerter, ovariecyste, ømhet/smerter i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Smertes i muskler og skjelett. Neurologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. Øre: Vertigo. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Munntørhet, konstipasjon. Hud: Alopeci, hyperhidrose, tørr hud. Kjønnsgener/bryst: Metroragi, genital utflod, ubehag i brystene, uterin blødning. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmertes. Neurologiske: Svimmelhet. Nyre/urinveier: Urininkontinens. Psykiske: Angst, emosjonell forstyrrelse. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykksverdi, forhøyet blodkolesterol. Øvrige: Asteni, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Dyspepsi, flatulens. Kjønnsgener/bryst: Oppsvulmede bryster, ruptert ovariecyste. Luftveier: Epistakse. **Overdosering/Forgiftning:** Begrenset erfaring med overdosering. Enkelt-doser på opptil 200 mg og døgndoser på 50 mg i 10 etterfølgende dager ble administrert til et begrenset antall personer, og ingen alvorlige bivirkninger ble rapportert. Se Giftinformasjonens anbefalinger for ulipristalacetat G03A D02. **Egenskaper: Klassifisering:** Peroralt aktiv syntetisk progesteronreseptormodulator som karakteriseres av en vevsspesifikk delvis progesteronantagonisteffekt. **Absorpsjon:** T_{max}: Median på 0,75 timer. **Proteinbinding:** Bides i høy grad (>98%) til plasmaproteiner, inkl. albumin, alfa-1-syre-glykoprotein, lipoprotein med høy tetthet og lipoprotein med lav tetthet. **Halveringstid:** Terminal halveringstid i plasma etter en enkelt-dose på 5 eller 10 mg er beregnet til ca. 38 timer, med en gjennomsnittlig peroral clearance (Cl/F) på ca. 100 liter/time. **Metabolisme:** Omdannes til mono-N-demetylerede og deretter di-N-demetylerede metabolitter, hovedsakelig via CYP3A4. **Utskillelse:** Hovedsakelig via feces, <10% via urin. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser (05.2016):** 28 stk.¹ (blister) kr 1408,20. **Refusjon:** ¹ **G03X B02-1 Ulipristal.** Refusjonsberettiget bruk: Preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos voksne kvinner i fertil alder.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
X78 Godartet svulst livmor	-	D25 Leiomyom i livmor	-

Vilkår: Ingen spesifisert.

Preparatomtale ble sist oppdatert: 01/04/2016



Kjære venner og kollegaer!

Det er endelig tid for NGFs årsmøte 2017. Kvinneklinikken i Stavanger ønsker alle hjertelig velkommen til årets store faglige og sosiale samling på Sola.

Det er gangavstand fra Stavanger Lufthavn Sola til Clarion Hotel Air. Et flunkende nytt hotell omgitt av flott natur ved Solastranden.

Årets program er godt balansert mellom emner innen både gynekologi og obstetikk. I tradisjonens tro vil det også denne gangen arrangeres formøter, bl. a. lederforum med årets gjesteforeleser adm. direktør Per Bleikelia. Videre er programmet spekket med kjente forelesere fra både inn- og utland, samt rom til flere spennende frie foredrag. Her blir det noe for enhver smak! Styret og medlemmer har virkelig gjort en innsats og bidratt til et flott program.

Nå er det opp til oss, den lokale organisasjonskomiteen, å tilrettelegge for at alle får noen minnerike dager her på Sør-Vestlandet. Først ute er Get-together på onsdagskvelden, og festmiddagen nytes på hotellet med god mat, og hyggelig selskap ut i de små morgentimer. Hvis du fortsatt har tid til overs, kan vi anbefale å ta et besøk til for eksempel Prekestolen, Kjerag, konserthuset, oljemuseet – bare for å nevne noe...

Velkommen alle sammen!

Kollegialhilsen fra Stavanger

Program formøter -NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

25. oktober kl. 17.30-19.00



Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

Møteleder: Kathrine Woie, HUS

- 17.30-17.35 Velkommen
- 17.35-17.45 Produktinformasjon
Astra Zeneca
- 17.45-18.05: Utredning/behandling av benigne myomer. Ullevåls erfaring
Bjørn Busund, Ullevål Sykehus, OUS
- 18.05-18.25: Sarkom. Differensialdiagnostikk og behandling ved Radiumhospitalet
Ane Gerda Zahl Eriksson, Radiumhospitalet, OUS
- 18.25-18.35: Diskusjon
- 18.35-19.00: Endometriehyperplasi – retningslinjer for utredning/behandling
Anne Beate Vereide, UNN

Norsk Gynekologisk Endoskopiutvalg

- 17.30-18.00 Håndtering av hverdags endometriose
Jelena Kistic, Overlege OUS
- 18.00-18.30 Laparoskopisk teknikk ved store ovarialcyster
Anne Veddeng, Overlege Haukeland.
- 18.30-19.00 Systematisk LIS opplæring i endoskopi
Marianne Omtvedt, Overlege Tønsberg.

Norsk urogynekologisk gruppe (NUGG)

- 17.30-17.45 Tre caser med vesicouterin(cervical) fistel etter sectio, med tre ulike behandlingsmåter.
Jone Trovik , Overlege/Professor UiB
- 18.00-18.15 Oppfølgingsstudie på Manchesteroperasjoner. Anatomiske og symptomatiske utkomme etter 1 år.
Sissel Oversand, Overlege OUS
- 18.15-18.25 Presentasjon av skjema PFDI-20 og PFIQ-7, ferdig oversatt til norsk og validert.
Catherine Planke, spesial sykepleier/stipendiat og leder for bekkensenteret AHUS
- 18.25-18.35 Preliminære data fra pregnant T-studien.
Ole Aleksander Dyrkorn, LIS lege og Phd stipendiat OUS
- 18.35-18.45 TVT-case.
Kristin Sollid, Overlege Bærum sykehus
- 18.45-18.55 TVT-O Operasjon/ar anno 2017 – «berre for superspesialistar»
Jostein Tjugum, overlege Førde: TVT

NGF Lederforum

Ved Per Bleikelia, tidligere Adm. Dir. ved Ringerike Sykehus, og vinner av Legeforeningens Lederpris i 2014.

Praktiserende spesialisters landsforening (PSL)

Hvorfor er det ekstra viktig å oppdatere dine kolposkopiferdigheter når Norge går over til HPV screening?
Ameli Trope, Leder for livmorhalsprogrammet i kreftforeningen.

PROGRAM NGF ÅRSMØTE

Stavanger 25. - 27. oktober 2017

Onsdag 25.10

- 17.30-19.00: **Formøter**
- Norsk Urogynekologisk gruppe
 - FUGO
 - Praktiserende spesialisters Landsforening
 - Norsk Gynekologisk Endoskopiutvalg
 - Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi
 - Lederforum
- 19.30-23.00: **Get-together.**

Torsdag 26.10

- 09.00-09.30 **ÅPNING AV ÅRSMØTET**
- Åpning av Årsmøtet ved varaordfører i Sola kommune Jon Sigve Tjelta
 - Kulturelt innslag
 - Velkommen ved leder i NGF Marit Lieng
- 09.30-10.30 **Gynekologi og Obstetrik; et fag i endring**
- Rolf Kirschner- Nestor og tidligere leder i Norsk Gynekologisk Forening
- 10.30-11.00 **PAUSE/BESØK UTSTILLING**
- 11.00-11.45 **FRIE FOREDRAG • NR. 1**
- G1 ROSEN LUND IM et al:** Extent, regional variation and impact of gynecologist payment models in unwarranted pelvic examinations: a nationwide cross-sectional study
- G2 JOHANSEN N et al:** Er det en sammenheng mellom hormonnivå i blod og redusert seksuallfunksjon etter risiko-reduserende salpingo-ooforektomi?
- G3 HANNESTAD YS et al:** The gynecological examination in general practice. A survey among general practitioners in western Norway
- G4 NYHUS MØ et al:** Kan man kontrahere skadet bekkenbunnsmuskulatur?
- G5 ELLSTRØM ENGH M et al:** Fem års resultater ved bruk av transvaginal nett med suturapplikator, for apikalt fremfall med eller uten cystocele
- 12.00-13.00 **LUNSI-SYMPOSIUM**
- Presentert av AZANTA (Angusta)

12.45-14.30: **FRIE FOREDRAG • NR. 2**

- 01 BONNICHSEN ML et al:** Fører flere induksjoner av gravide med BMI >35 til flere operative forløsninger?
- 02 SANDA B et al:** Påvirker fysisk aktivitetsnivå i tredje trimester forløsningsmetode? Resultater fra Fit for Fødsel studien
- 03 BIRGISDOTTIR A et al:** Urinkateter sammenlignet med dobbelballongkateter til induksjon av fødsel
- 04 AL-ZIRQI I et al:** Infant outcome after complete uterine rupture
- 05 HAAVALDSEN C et al:** Risiko for fosterdød i svangerskap med preeklampsi har fødselvekten noen betydning
- 06 LØVVIK T et al:** Metforminbehandling av gravide kvinner med pcos – en randomisert, dobbelblindet, nordisk multisenterstudie (pregmet2)
- 07 SAVLAND AA, HALLE AP et al:** Vektoppgang og kroppsammensetning i svangerskap med pregestasjonell diabetes mellitus
- 08 FINDAL G et al:** Utredning og oppfølging av mistenkt toxoplasmainfeksjon hos gravide; 20 års erfaring med amniocentese

14.30-15.00

PAUSE/BESØK UTSTILLING

15.00-16.30:

Kunnskapsbasert medisin i klinisk hverdag:

- forbedring av behandling,
- evaluering av behandling
- randomiserte kliniske studier

tre sider av samme sak

- Pioneering in health care evaluation in the Netherlands -The Dutch Consortium for Healthcare Evaluation in Obstetrics and Gynaecology (NVOG Consortium 2.0): *Veronique van Dooren* (Managing director of NVOG) and *Maya Kruijt* (General coordinator, Consortium Trialbureau)
- The Swedish Network for National Clinical Studies within Ob/Gyn (SNAKS) *Annika Strandell*
- *Overlege Tone Løvvik* St Olavs Hospital-PregMet 2
- *Overlege Kevin Sunde Oppegård:* A randomised, controlled, non-inferiority trial in four clinics in Austria, Finland, Norway, and Sweden-, comparing clinical assessment with self-assessment of abortion outcome

16.30-17.00

PAUSE/BESØK UTSTILLING

17.00-18.30

Generalforsamling

19.30-01.00

Årsmøtemiddag

Fredag 27.10

- 09.00-10.30: **Perinatale hjerneskader**
- Prof. dr.med Jon Skranes, NTNU: «Tidlig hjerneutvikling og perinatale hjerneskader hos for tidlig fødte barn»
 - Førsteamanuensis, Overlege Guro Andersen, Leder CP registeret: «Cerebral parese – med fokus på forekomst og risikofaktorer hos barn født til termin»
 - Professor, Overlege Dag Moster, Universitetet i Bergen: Neuroprotection – hvordan beskytte
- 10.30-11.00: **PAUSE/BESØK UTSTILLING**
- 11.00-11.45: **FRIE FOREDRAG • NR. 3**
- 09 BERG RC, TARALDSEN S et al: Effekt av kirurgiske intervensjoner for kvinner med kjønnslemlestelse
- 10 HALLE et al: Vakuumbfødelse: risiko for levator ani muskeldefekter
- 11 KAHRS BH et al: Ultralyd prediksjon av fødselsutfall av vakumforløsning på grunn av langsom fremgang, en prospektiv multisenter observasjons studie
- 12 STRØM-ROUM EM et al: Risiko for placentalsøstning i første og andre svangerskap
- 13 SALVESEN KÅ et al: Reproduerbarhet og akseptabilitet av ultralydmålinger under fødsel
- 10.30-11.00: **LUNSJ-SYMPOSIUM**
- Presentert av MSD (Gardasil)
- 13.00-14.30: **FRIE FOREDRAG • NR. 4**
- G6 LINDEMAN K, VALSTAD H et al: Clinical and oncological outcome after pelvic exenteration
- G7 RIMSTAD K et al: D-skåre ved endometriehyperplasi. Erfaringer etter innføring av metoden i diagnostisk praksis ved akershus universitetssykehus.
- G8 Mauland KK, TROVIK J et al: Høy visceral fettprosent er assosiert med redusert overlevelse ved endometriekreft
- G9 IVERSEN OE et al: Randomisert implementering av hpv testing som primærskanning i Norge
- G10 DYPVIK J et al 10 HALLE et al: Konsentrasjon av humant koriongonadotropin (hcg) tidlig i svangerskapet og risiko for hyperemesis gravidarum
- G11 HOLMSEN S et al: Komplikasjoner ved endoskopisk gynekologisk kirurgi i Norge i tidsrommet 01.02.13 – 31.12.16
- G12 VANGEN S et al: Menopausal hormone therapy and risk of melanoma: do estrogens and progestins have a different role?
- G13 BJELLAND EK et al: The relation of age at menarche with age at menopause: a population study of 336,778 women in Norway.
- 14.30-15.00: **PAUSE/BESØK UTSTILLING**
- 15.00-16.30: **Cyster og Svulster**
- Mette Skorstad, Sørlandet Sykehus, Kristiansand: «Diagnostikk og behandling av uterine leiomyosarkomer»
 - "Ovarial cyster"-en paneldebatt ved Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi, ledet av Kathrine Woie og Elisabeth Berge Nilsen. I panelet: Gynekolog Johann Kippervik, Avdelingsoverlege/Gyn onkolog Tone Skeie Jensen, Generell gynekolog Anne Veddeng, Ultralyd gynekolog Daniella Rozsa.
- 16.30-16.45: **AVLUTNING med prisutdelinger**

AZANTA AS ØNSKER VELKOMMEN TIL LUNSJ-SYMPOSIUM PÅ NGF ÅRSMØTE 2017

Torsdag 26 oktober kl. 12.00 - 13.00
På Clarion Hotel Air, Sola

Tema for lunsj-symposiet vil være

Induksjon av fødsel – hvilken metode er best?

Foredragsholder;
Ingvil Krarup Sørbye
Overlege PhD
Fødeavdelingen Rikshospitalet
Oslo universitetssykehus

Fredag 27. oktober 2017, kl. 12.00–13.00
Clarion Hotel Air Sola

HPV-vaksine

– *nyttig for hvem og når?*

Ole Erik Iversen, professor, Universitetet i Bergen/Haukeland Universitetssykehus

- HPV- vaksine – bakgrunn og resultater
- Verdien av vaksinasjon etter HPV-infeksjon

Bo Tarning Hansen, forsker, Kreftregisteret

- Trender i forekomst av HPV-relatert kreft i Norge, og potensial for HPV- vaksiner

Møterom: Augusta Westland + Sikorsky

Plakater Obstetrikk og Gynekologi

P1	VANGEN S et al	MENOPAUSAL HORMONE THERAPY AND COLORECTAL CANCER: A LINKAGE BETWEEN NATIONWIDE REGISTRIES IN NORWAY
P2	BRAATHEN I, TROVIK J et al	URETERLESJONER VED BENIGN GYNEKOLOGISK KIRURGI; EN 10-ÅRS SYKEHUSKOHORT
P3	SALVESEN KÅ et al	HVORFOR DØR BARN VED UPLANLAGTE FØDSLER UTENFOR SYKEHUS?
P4	LINDE L et al	EKSTREMT LANG ELLER KORT NAVLESNOR, KNUTE OG OMSLYNG: RISIKOFAKTORER OG UTFALL, EN POPULASJONSBASERT STUDIE
P5	ESKILD A et al	MATERNAL CONCENTRATIONS OF HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN (HCG) DURING PREGNANCY AND RISK FOR CEREBRAL PALSY (CP) IN THE CHILD
P6	ESKILD A et al	HOW MANY DAYS DOES A PREGNANCY LAST? CAN KAPLAN MEIER HELP IN THE ESTIMATIONS?
P7	EGGEBØ TM et al	SAMMENHENG MELLOM BLODSTRØM I UTERINARTERIENE OG FOSTERVEKST
P8	ELLSTRØM ENGH M et al	RISIKOFAKTORER FOR VENØS TROMBO-EMBOLISME VID HYSTEREKTOMI PÅ BENIGN INDIKASJON
P9	JOHANSEN LT et al	IMPLEMENTERING AV VEILEDEREN «ET TRYGT FØDETILBUD – KVALITETSKRAV TIL FØDSELSOMSORGEN»
P10	KAHRS BH et al	FOSTERETS ROTASJON UNDER VAKUMFORLØSNING
P11	BARBU C et al	TVILLINGSVANGERSKAP MED FOKUS PÅ FORLØSNINGSMETODE OG UTFALL
P12	SELJEFLOT EB et al	SVANGERSKAPS-, FØDSELS- OG PLACENTAKOMPLIKASJONER VED ASSISTERT BEFRUKTNING ETTER INNSETT AV DAG 2 EMBRYO ELLER BLASTOCYST
P13	THORARINSDOTTIR S	POSTOPERATIVE INTRAABDOMINALE INFEKSJONER ETTER TLH, EN PILOTSTUDIE.
P14	DANIELSSON K et al	SUBSEQUENT PREGNANCIES IN WOMEN WITH EPILEPSY, OBSTETRIC COMPLICATIONS AND THE EFFECT OF PARITY
P15	TRUKKET	
P16	TRUKKET	
P17	RINGEN IM et al	PERIMORTEM KEISERSNITT-SIMULATORTRENING OG VIRKELIGHET
P18	Wiull H, ...Sørbye IK	BETABLOKKERBRUK HOS MOR ER KNYTTET TIL LAVERE FØDSELSVEKT HOS BARN AV HJERTESYKE GRAVIDE
P19	Trovik et al (Kaur N)	GYNEKOLOGISKE FISTLER ETTER KIRURGI/STRÅLEBEHANDLING; EN BEHANDLINGSSERIE OVER 20 ÅR
P20	TROVIK et al (Foss LF)	KIRURGISK BEHANDLING AV ENDOMETRIOSE; EN 5-ÅRS SYKEHUSKOHORT
P21	VOLLØYHAUG I	MUSKELSKADER I BEKKENBUNNEN, - HVILKEN ROLLE SPILLER VAGINAL PARIET?
P22	FORSSE D et al	PROGNOSTISKE FAKTORER OG FØDSELSMÅTE VED DYPT SETE AV PLACENTA OG PLACENTA PREVIA – EN KLINISK OBSERVASJONSSTUDIE
P23	LINDEMAN K SMOGELI E	ARE PREOPERATIVE HISTOLOGY AND MR SUITABLE FOR RISK CLASSIFICATION OF ENDOMETRIAL CANCER (EC)?
P24	Roang BM, RÆDER MB	UNDERDIAGNOSTISERING AV PASIENTER MED PRIMÆR OVARIALSVIKT
P25	TRUKKET	
P26	Rinnan K TROVIK J et al	BEHANDLING AV BLØDNINGSPLAGER VED FJERNING AV LIVMORSLIMHINNEN: EVALUERING AV BEHANDLING I TO TIDSPERIODER
P27	TROVIK J, WERNER HMJ	MOMATEC2; MOLECULAR MARKERS IN ENDOMETRIAL CANCER. FØRSTE INTERIMANALYSE
P28	OVERSAND SH et al	GIR MANCHESTERPLASTIKK TILSTREKKELIG LØFT APIKALT?
P29	ERIKSSON GA et al	EFFICACY AND OUTCOMES OF LAPAROTOMY (LAP) VERSUS MINIMAL ACCESS SURGERY (MAS) IN RE-STAGING OF APPARENT EARLY-STAGE OVARIAN AND FALLOPIAN TUBE CARCINOMA

Presentasjon av styret

Er du interessert i hva styret gjør? Les vår nye spalte «nytt fra styret» og du finner nå referat fra styremøtene på NGFs hjemmeside. Ta en titt og se hvilket enormt arbeide som legges ned av denne gjengen her. Det er spennende lesning!



Styret i NGF en sprek gjeng i midnattsol på toppen av Keiservarden i Bodø.

Fra venstre Arild Kloster-Jensen, Ingrid Volløyhaug, Marit Lieng, Tina Tellum (nettredaktør), Stine Andreassen, Jenny Alvirovic (redaktør), Nils-Halvdan Morken.



Marit Lieng.

Leder NGF, avdelingsleder Gynekologisk avdeling, OUS, Professor UiO.



Stine Andreassen.

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



Nils-Halvdan Morken.

Vitenskapelig sekretær NGF, Overlege Haukeland Universitets-sjukehus og Første-amanuensis Universitetet i Bergen. Interessert i obstetikk, reproduktiv epidemiologi samt ølbrygging og sykling.



Arild Kloster Jensen.

Kasserer NGF, PSL/avtalespesialist i Arendal.



Ingrid Volløyhaug.

Overlege PhD, St Olavs Hospital



Malin Dögl

FUGO repr. og sekretær NGF, LIS og PhD stipendiat, St. Olavs Hospital



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Generalforsamling NGF 2017

Saksliste NGFs generalforsamling Stavanger torsdag 26.10.16 kl 17.00-18.30

Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere.

Minnestund

- Årsmelding 2016
- Regnskap 2016
- Revidert budsjett 2017
- Budsjett 2018
- Fastsettelse av ekstrakontingent
- Kontingent for assosierte medlemmer
- Årsrapporter: Kvalitetsutvalget, Endoskopiutvalget, Fosterovervåkningsgruppen, Spesialitetskomiteen, NFGO, FUGO, NPE-utvalget, NFOG vitenskapelig komite, EBCOG m.fl.
- Saker fremlagt av styret:
 - 1) Styret forslår at man gjennomfører revisjon av veilederne hvert 5. år
 - 2) Orientering om ny spesialitetsstruktur ved leder i spesialitetskomiteen Jeanne Mette Goderstad
- Saker fremlagt av medlemmene:
 - Ingen
- Valg:
 - Leder NGF
 - Styre NGF
- Årsmøtested 2019
- Årsmøtested 2020

Oslo 05.09.17

Marit Lieng, leder NGF



Torget i Stavanger med Sjøfartsmonumentet, betre kjent som «Regå», sentralt i bildet.

Oversikt over NGF utvalg og komiteer høst 2017

Referansegruppe forsterovervåkning:

Branka Yli (leder)
Jørg Kessler
Marit Martinussen

FUGO:

Thea Falkenberg Mikkelsen (leder)
Tiril Tingleff
Malin Dögl
Eirin Haugli Falch
Renee Waage
Anders Einum
Marianne Omtvedt (vara)

Kvalitetsutvalget:

Anne Cecilie Hallquist (leder)
Jørg Kessler
Heidi Frostad Sivertsen
Kathrine Woie
Anne Flem Jacobsen

Gynekologen:

Jenny Alvirovic (redaktør)
Renee Waage
Irina Eide
Ragnar Sande
Magne Halvorsen

Nettredaksjonen:

Tina Tellum

Endoskopiutvalget:

Klaus A Oddenes (leder)
Stine Andreassen
Guri B Majak
Jelena Kasic
Tiril Tingleff (FUGO)
Anne Veddeng

NPE-komiteen:

Pål Øian
Bjørn Hagen
Runar Eraker

Spesialitetskomiteen:

Jeanne Mette Goderstad (leder)
Ingeborg Bøe Engelsen (nestleder)
Knut H Kierulf
Hilde Sundhagen
Marte M Reigstad
Yngvild Hannestad (vara)
Camilla Kleveland (vara)
Christian Widnes (vara)

NFGO:

Kathrine Woie (leder)
Rita Steen
Martin Lindblad
Anne Dørum
Marit Sundset
Bent Fiane
Ingrid Volløyhaug (NGF)
Elisabeth Berge-Nilssen (web ansvarlig)
Torbjørn Paulsen (vara)
Anne-Beate Vereide (vara)
Line Bjørge (vara)
Merethe Ravlo (vara)
Kurt Sachse (vara)

EBCOG:

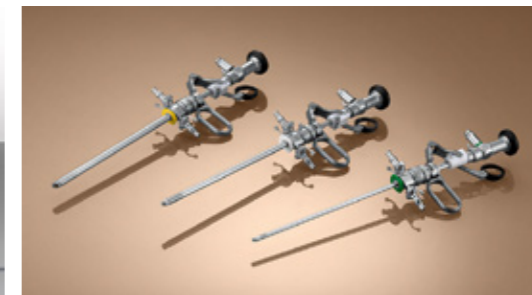
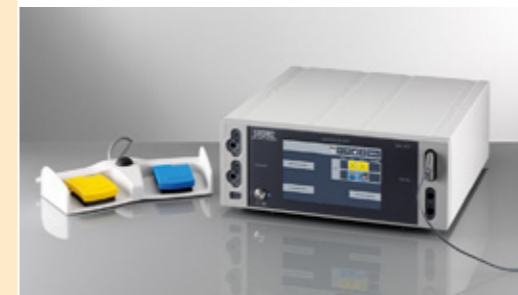
Knut Hordnes
Arild Kloster-jensen
Rolf Kirschner (EXEC)

NFOG:

Marit Lieng (board member)
Espen Berner (treasurer)
Nils Halvdan Morken (scientific committee)

FIGO:

Margit Steinholt (EXEC)



KARL STORZ alltid ett skritt foran

Bipolare resektoskop i 15, 22 og 26 Fr.

AUTOCON® III 400

- En multidisiplinær HF enhet
- RFID kabler for enkel og sikker bruk
- Touchskjerm for enkel og intuitiv betjening

ENDOMAT® SELECT

- En software basert multidisiplinær pumpe
- Touchskjerm for enkel og intuitiv betjening
- Forhåndsinnstilte programmer

Kom innom oss under NGF årsmøte eller send oss en e-post på post@karlstorz for mer informasjon



Nytt fra styret

Styret hadde siste styremøte på St Olavs Hospital i Trondheim, 21. august 2017. Tina Tellum (nett-redaktør) deltok i tillegg til alle i styret. Erik Andreas Torkildsen (leder av lokal komite for Årsmøtet i Stavanger) deltok også når det kommende årsmøtet ble diskutert.

Dette er noen av sakene som ble behandlet i siste styremøte:

Provosert abort: Helsedirektoratet har foreslått endringer i vårt kapittel om provosert abort i Veilederen i Gynekologi. Dette opplever vi problematisk, og det er planlagt et videomøte i september der kapittelforfatterne, vitenskapelig sekretær og representanter fra HDir diskuterer saken.

Valg av HPV-vaksine til screening-programmet: Styret har etterspurt Folkehelseinstituttet om en redegjørelse

for prosessen bak beslutningen i denne saken. Vi har ikke mottatt svar så langt. Purres.

Revisjon av veiledere/Apper: Det har vist seg at Appene ikke har blitt revidert når det har vært foretatt revisjoner i enkelte kapitler i veilederne i gynekologi og fødselshjelp. Styret tar kontakt med alle hovedkapitelforfattere og etterspør om det har vært utført revisjon og sikrer at dette også legges inn i Appene.

Nordiske sesjoner under FIGO 2018 i Brasil: Det planlegges to nordiske sesjoner på FIGO 2018 med 2-3 norske foredragsholdere. Økonomien rundt dette må diskuteres, da styret i NGF mener NFOG burde dekke kostnader i forbindelse med disse sesjonene.

Årsmøte 2017: Siste gjennomgang og planlegging av det faglige og sosiale programmet. Beslutning av hvilke

innsendte abstrakt som skal være muntlige foredrag og plakater. Antallet innsendte abstrakt og antall påmeldte så langt er som i fjor.

Tolk ved infertilitetsbehandling. Styret har mottatt en henvendelse vedrørende hvorvidt vår veileder og praksis ved infertilitetsbehandling diskriminerer par som ikke snakker norsk. Det er innhentet uttalelser fra fagmiljøet, og styret foreslår en revisjon av veilederen.

Fullstendige referat fra alle styremøtene legges ut på NGF sin hjemmeside. Du må være logget inn for å ha tilgang til disse.

Neste styremøte avholdes onsdag 25.10.2017 (i Stavanger).

*På vegne av styret i NGF,
Marit Lieng*



Ny hormonfri fuktighetskrem mot tørr skjede

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

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

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



Hormonfri vaginalkrem:

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

 Kan fås reseptfritt på apotek

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



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

Remisoft

Pleiende vaginal fuktighetskrem.

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

Les bruksanvisningen før bruk.

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

Medisinsk utstyr, klasse IIa




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

Har du vaksinert deg?

Voksne kan også ha nytte av å vaksinere seg mot HPV¹

HPV-viruset smitter begge kjønn i alle aldre²

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

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



UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR GARDASIL 9

Vaksine mot humant papillomavirus

Indikasjon

Gardasil 9 er en vaksine til bruk hos personer fra 9 år for å forebygge pre-maligne lesjoner og kreft i livmor, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typer som vaksinen dekker, samt kjønnsvorter (condylooma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typer. Bruk av preparatet bør følge offentlige anbefalinger.

Kontraindikasjon

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.

Advarsler og forsiktighetsregler

Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og den potensielle nytten av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne 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 vaksinasjonen. 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 som behandling av cervix-, vulva-, vaginal-, og analkreft, høygradige cervix-, vulva-, vaginal- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet.

Vanligste bivirkninger

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

Interaksjoner

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.

Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen

▼ Gardasil 9

MSD Vaccins

Vaksine mot humant papillomavirus.

Står ikke på WADAs dopingliste

ATC-nr.: J07B M03

C INJEKSJONSØSKE, 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, natriumborater, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfatulfatadjuvans) 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-typer som vaksinen dekker. Kjønnsvorter (condylooma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typer. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet bør følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Brukes iht. offisielle retningslinjer. Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Personer 9-14 år:** Vaksinasjonsplan med 2 doser (0,5 ml ved måned 0 og måned 5-13). Dersom 2. dose gis tidligere enn 5 måneder etter 1. dose skal det alltid gis en 3. dose. Alternativt følg vaksinasjonsplan med 3 doser (0,5 ml ved måned 0, 2 og 6). 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. **Personer ≥15 år:** Vaksinasjonsplan med 3 doser (måned 0, 2 og 6). 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. Personer som tidligere er vaksinert med kvadrivalent HPV-vaksine kan få 3 doser med Gardasil 9. Sikkerhet og effekt for kvinner ≥27 år er ikke studert. Effekt av Gardasil er vist hos kvinner 27-45 år. Basert på sammenlignbar immunogenitet forventes det at Gardasil 9 også har effekt i denne aldersgruppen. **Spesielle pasientgrupper: Barn <9 år:** Sikkerhet og effekt er ukjent, ingen tilgjengelige data. **Tilberedning/Håndtering:** Ferdigfylt sprøyte klar til bruk. Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Pistes godt for bruk. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging for bruk. Kast vaksinen dersom partikler eller misfarging oppdages. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Fest kanylen til sprøyten ved å vri den med klokken. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel og avfallsmateriale skal destrueres iht. lokale krav. **Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltarmuskulatur eller i det øvre anterolaterale området på låret. Skal ikke injiseres intravaskulært, s.c. eller intradermalt. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet skal det ikke gis flere doser. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine. Vaksinasjon utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber. **Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktiske reaksjoner. Synkope, iblant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinasjon, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke neurologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk-kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert for behandling av cervix-, vulva-, vaginal- og analkreft, høygradige cervix-, vulva-, vaginal- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstattning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinens sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos

personer 7-12 år som er smittet med humant immunsviktvirus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Skal gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenitets- eller effektivitetsdata støtter bytte til andre HPV-vaksiner, derfor er det viktig at samme vaksine forskrives for hele doseregimet. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B M03. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt, uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Tilgjengelige data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinasjon bør utsettes til etter fullført graviditet. **Amming:** Kan brukes til mødre som ammer. **Fertilitet:** Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonstoksisitet i dyrestudier. **Bivirkninger:** **Svært vanlige (≥1/10):** Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Pruritus og blåmerker på injeksjonsstedet, feber, tretthet. **Ukjent frekvens:** Blod/lymf: Idiopatisk trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner, bronkospasme og urticaria. Infeksiøse: Cellulitt ved injeksjonsstedet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Neurologiske: Akutt disseminert encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, frysninger, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Ikke-infeksiøs, rekombinant 9-valent vaksine med adjuvans, laget av 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 VaN 2/3, 90-95% av HPV-relatert analkreft, 85-90% av AIN 2/3 og 90% av tilfellene av kjønnsvorter. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinasjonstidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke fastslått. 99,6-100% var seropositive for antistoffer mot alle 9 vaksinetypene i 7. måned i alle testgrupper. GMT var høyere hos jenter og gutter 9-15 år enn hos kvinner fra 16 til og med 26 år, og høyere hos gutter enn hos jenter og kvinner. Eksakt varighet av immunitet etter primær-vaksinasjon 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:** **INJEKSJONSØSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) kr. 1385,20. **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. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Human papillomavirus. In: Atkings W, Hamborsky J, Stanton A, et al, eds. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 12th rev ed. 2nd printing. Washington DC: Public Health Foundation: 2012:139-150. 3. Gardasil 9 SPC 03.05.2017, seksjon 2, 4.1 og 5.1

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

Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen



FRIE FOREDRAG

Gynekologi

G1 EXTENT, REGIONAL VARIATION AND IMPACT OF GYNECOLOGIST PAYMENT MODELS IN UNWARRANTED PELVIC EXAMINATIONS: A NATIONWIDE CROSS-SECTIONAL STUDY

Rosenlund IM¹, Leivseth L², Nilsen I³, Forde OH^{2,4}, Revhaug A^{1,5}

¹ Department of Clinical Medicine, UiT The Arctic University of Norway, Tromsø; ² Centre for Clinical Documentation and Evaluation, Helse Nord, Tromsø;

³ Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of North Norway, Tromsø; ⁴ Department of Community Medicine, UiT The Arctic University of Norway, Tromsø; ⁵ Division of Surgery, Oncology and Women's Health, University Hospital of North Norway, Tromsø, Norway

Background. Based on moderate quality evidence, routine pelvic examination is strongly recommended against in asymptomatic women. The aims of this study was to quantify the extent of unwarranted pelvic examinations within specialized health care in Norway, to assess if the use of these services differs across hospital referral regions and to assess if the use of colposcopy and ultrasound differs with gynecologists' payment models.

Methods. Nationwide cross-sectional study including all women aged 18 years and older in Norway in the years 2013-15 (2 016 852). Data was extracted from the Norwegian Patient Registry and Statistics Norway. The main outcome measures were 1. The number of appointments per 1000 women with a primary diagnosis of "Encounter for gynecological examination without complaint, suspected or reported diagnosis." 2. The age-standardized number of these appointments per 1000 women in the 21 different hospital referral regions of Norway. 3. The use of colposcopy and ultrasound in routine pelvic examinations, provided by gynecologists with fixed salaries and gynecologists paid by a fee-for-service model.

Results. Annually 22.4 out of every 1000 women in Norway had a routine pelvic examination, with variation across regions from 6.6 to 42.9 per 1000. Gynecologists with fixed salaries performed colposcopy in 1.4% and ultrasound in 75.9% of appointments. Corresponding numbers for fee-for-service gynecologists were 52.2% and 96.6%, respectively.

Conclusions. Unwarranted pelvic examinations are widely performed in Norway. The variation across regions is extensive.

Fee-for-service payments for gynecologists drive the use of colposcopy and ultrasound in pelvic examinations of asymptomatic women.

G2 ER DET EN SAMMENHENG MELLOM HORMONNIVÅ I BLOD OG REDUSERT SEKSUALFUNKSJON ETTER RISIKO-REDUSERENDE SALPINGO-OOFORREKTOMI?

Johansen N¹, Liavaag AH¹, Mørkrid L², Michelsen TM³

¹ Gyn/Obst. avd. Sørlandet sykehus Arendal; ² Avdeling for klinisk biokjemi Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus; ³ Fødeavdelingen Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus.

Bakgrunn. Kvinner med BRCA-mutasjon anbefales risiko-reducerende salpingo-ooforektomi (RRSO) ved 40 års alder for å forebygge eggstokkreft. RRSO gir redusert seksualfunksjon og markant fall av serum østrogen og testosteron, men sammenhengen mellom hormonendringer og seksualfunksjon er uklar. Hovedmålet vårt var å undersøke om hormonnivå i blod var assosiert med redusert seksualfunksjon etter RRSO.

Metode. Retrospektiv kohort studie med 198 seksuelt aktive og 91 seksuelt inaktive kvinner som hadde gjennomgått RRSO. Kvinnene besvarte Sexual Activity Questionnaire og tok blodprøver for hormonanalyser. Vi undersøkte variabler assosiert med seksualfunksjon og seksuell aktivitet ved henholdsvis lineær og logistisk regresjon. Kovariater var hormonnivå (østradiol, LH, FSH, testosteron, DHEA, SHBG, fri androgen indeks (FAI), fT4 og TSH), alder, utdanning, brystkreft, systemisk HRT, livskvalitet, omsorg fra partner og kroppsbilde. Biologisk relevans ble estimert ved Gowans' kriterium.

Resultater. Median tid siden RRSO var 5 år. Høyere FAI (P=0.008) var assosiert med mindre seksuelle plager, og en økning på 2.2 enheter ga biologisk relevant effekt. Vi fant ingen sammenheng mellom seksuell glede og hormonnivå, mens bedre livskvalitet (P=0.023), systemisk HRT (P=0.005) og mer omsorg fra partner (P<0.001) var forbundet med økt seksuell glede, de to siste biologisk relevante. Bedre livskvalitet (P=0.007), mer omsorg fra partner (P=0.029) og systemisk HRT (P=0.001, biologisk relevant) var assosiert med

mindre seksuelle plager. Odds for å være seksuelt aktiv økte med lavere alder, ingen brystkreft-historie, bedre livskvalitet og mer omsorg fra partner.

Konklusjon. Redusert seksualfunksjon etter RRSO er hovedsakelig forbundet med andre faktorer enn hormonnivå. Sammenhengen mellom FAI og seksuelle plager bør undersøkes nærmere.

G3 THE GYNECOLOGICAL EXAMINATION IN GENERAL PRACTICE. A SURVEY AMONG GENERAL PRACTITIONERS IN WESTERN NORWAY

Hannestad YS^{1,2}, Hjørleifsson S¹, Bjorvatn B¹, Meland E, Rørtveit G¹, Bondevik GT¹

¹ Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen. ² Bergen Spesialistsenter

Introduction. Little is known about the indications general practitioners (GPs) perceive as relevant for performing gynecological examinations (GEs), to what extent GPs master the GE and associated procedures, or how they handle the sensitive nature of GEs.

Methods. In 2015, 70 medical students at the University of Bergen distributed a questionnaire to all 175 GPs in the practices they visited. The questions covered practical routines related to GE, insertion of IUD, frequency of GE in different clinical settings and the use of assisting personnel. Statistical analyses included chi-square tests and multiple logistic regressions adjusting for age, gender, specialization and localization.

Results. 90 male and 61 female GPs (87% of the invited) responded to the questionnaire. A minority (8%) usually had other staff present during GEs. Insertion of IUD was performed by 83%. Compared with female colleagues, male GPs performed bimanual palpation significantly less often in connection with routine cervix cytology (AOR 0.3 (0.1-0.6)). 28% of the GPs stated that they often/always omitted GE if the patient was anxious about GE and 35% when the patient asked for a referral to gynaecologist. Omission was more frequent among male GPs. Furthermore, when the GP decided to refer to a gynaecologist based on the patient's symptoms, more male than female GPs omitted GE (AOR 2.5 (1.1-5.4)).

Conclusion. The findings indicate that male gender may be associated with barriers to proper medical evaluation of pelvic symptoms in women. That roughly a third of GPs stated that they omitted doing GE if the patient was anxious or if she asked for a referral, indicate that this to some extent also may be patient-driven.

G4 KAN MAN KONTRAHERE SKADET BEKKENBUNNSMUSKULATUR?

Nyhus, MØ^{1,2}, Salvesen KÅ^{1,2}, Volloyhaug I^{1,2}

¹ LBK, NTNU, ² Kvinneklinikken, St Olavs hospital, Trondheim

Bakgrunn. Skade på bekkebunnsmuskulatur, som kan oppstå under vaginal fødsel, er en kjent risikofaktor for urogenitaldescens. Både avrivning og mikrotraumer gir forstørret åpning i levatormuskulaturen (levatorhiatus) og økt risiko for descens. Hviletonus og kontraksjon holder bekkenorganene på plass, men studier på sammenheng mellom muskelskade og kontraksjon mangler. Målet med studien var å undersøke om skade på bekkebunnsmuskulatur er assosiert med dårligere muskelkontraksjon.

Metode. Vi undersøkte 608 kvinner fra normalbefolkningen, som fødte første barn 15-20 år tidligere, med transperineal 3D/4D ultralyd av bekkebunnsmuskulaturen. Muskelskade ble definert som enten levatoravrivning (defekt muskelfeste i alle tre sentrale plan på en eller begge sider ved tomografisk ultralyd) eller utvidet levatorhiatus >40 cm2 ved Valsalva (mikrotraume). Bekkebunnskontraksjon ble undersøkt med palpasjon med Modifisert Oxford Scale (MOS), vaginaltrykkmåling med perineometer, og ultralydmål av prosentvis endring av anteroposterior diameter i levatorhiatus fra hvile til kontraksjon. Vi brukte T-test for å undersøke forskjell i kontraksjon mellom kvinner med og uten muskelskade.

Resultater. Kvinner med muskelavrivning (n=113) hadde dårligere kontraksjon i bekkenbunnen sammenlignet med kvinner uten skade, med MOS på henholdsvis 1,8 og 3,4, vaginaltrykk 18 og 32 cm H2O og endring i anteroposterior hiatusdiameter 21% og 34%, p<0.001. For kvinner med utvidet levatorhiatus >40 cm2 (n=164) versus kvinner med normalstor hiatus var MOS henholdsvis 2,6 og 3,2, vaginaltrykk 21 og 31 cm H2O og endring i anteroposterior diameter 21% og 25%, p<0,01

Konklusjon. Skade på bekkebunnsmuskulaturen er assosiert med reduksjon i muskelkontraksjon. Svekket kontraksjonsevne hos kvinner med muskelskader kan være en del av mekanismen for utvikling av urogenitaldescens.

G5 FEM ÅRS RESULTATER VED BRUK AV TRANSVAGINAL NETT MED SUTURAPPLIKATOR, FOR APIKALT FREMFALL MED ELLER UTEN CYSTOCELE

Ellström Engh M¹, Altman D², Rahkola-Soisalo P³, Mikkola TS³, Möller Bek K⁴, Gunnarsson J⁵, Falconer C². For den Nordiska TVM gruppen.

¹Akershus universitetssykehus, Norge; ²Danderyd sjukhus, Sverige; ³Helsinki Universitets sjukhus, Finland; ⁴Aarhus Universitetssykehus, Danmark; ⁵Sahlgrenska Universitets-sjukhuset, Sverige.

Bakgrunn. Nåværende trender for bruk av nett ved vaginalplastikker har hatt fokus på å forenkle prosedyren og minske mengden nett. Man har og hatt større fokus på å forankre øvre delen av skjeden ved fremfall av uterus og fremre skjedevegg. Vi har tidligere funnet gode subjektive og objektive ett års resultater ved bruk av et transvaginalt nett med disse egenskapene (Uphold™ LITE). Nettet blir fiksert i sakrospinosusligamenten med bruk av en suturapplikator. Vi presenterer nå objektive og subjektive resultater fem år etter operasjon. **Metode.** Nordiske prospektive multisenter (n = 24) kohort studie. 202 kvinner operert med den nye metoden for symptomgivende apikalt fremfall ≥ stadium 2 (POP-Q) med eller uten cystocele, blev kontaktet igjen. Objektive resultater blev evaluert med POP-Q systemet og subjektive resultater med en norsk versjon av Pelvic Floor Distress Inventory spørreskjema Smerte blev evaluert ved bruk av Visual Analogue Scale.

Resultater. 164/202 (82.1 %) kvinner blev undersøkt. 9.4 % var re-operert for nytt fremfall. Anatomisk godt resultat (POP-Q grad ≤ 1) for vaginaltoppen fant man hos 115 (85.2 %) av ikke re-opererte kvinner (p < 0.001). Subjektiv symptom lettelse rapportertes av 89.4 % (p < 0.001). Tre kvinner (1.4 %) angav fortsatt stor smerte VAS 7-8 etter 5 år. Fem (3.6 %) kvinner hadde netterasjon under studie perioden.

Konklusjon. Femårsresultatene for den nye operasjonsmetoden er stabilt, med en lav reoperasjonsfrekvens og et godt objektive og subjektivt utfall. De tre pasientene med stor smerte etter ett år hadde ikke blitt bedre.

G6 CLINICAL AND ONCOLOGICAL OUTCOME AFTER PELVIC EXENTERATION

Lindemann K^{1,2}, Valstad H¹, Soufi F³, El Mahdaoui H³, Skeie-Jensen T¹, Eyjolfssdottir B¹, Kristensen G^{1,3}

^{1,2}Department of Gynecological Cancer, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital, Oslo; ²University of Oslo, Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, Oslo; ³Institute for Cancer Genetics and Informatics, Oslo University Hospital, Oslo

Background. Pelvic exenteration may be the only option of salvage for patients with central recurrent gynecologic cancer. The procedure is associated with significant morbidity and mortality and requires highly specialized surgical skills. Quality assurance of surgical outcome, and the optimal selection of patients to the procedure are crucial for a successful national program.

Methods. This retrospective study includes patients who underwent pelvic exenteration between 1999 and 2017. Complications were coded according to the contracted Accordion classification. Descriptive statistics were used. Overall survival (OS) were estimated with the Kaplan Meier method.

Results. 75 patients were followed for median 3.24 (95% CI: 2.61-6.22) years. 73% had undergone radiation prior to exenteration. 33% underwent anterior, 13% posterior and 53% total exenteration. In 10 patients a reconstruction of the vagina was performed. The 90 days morbidity was 55% for grade 3 complications, mostly associated with postoperative infections. 57% of the patients relapsed and 53% died with a median OS of 2.54 years (95% CI: 1.57-4.34). Patients with a histological diagnosis of a sarcoma or malignant melanoma had the poorest survival. For the 35 cervical cancer patients, median OS was 3.47 years (95% CI: 0.57-8.79) with a trend toward poor survival in patients with short interval (<12 months) since radiation.

Conclusions. Pelvic exenteration is despite advantages in surgery still associated with considerable morbidity. Careful selection of patients is important to justify the surgical risk. A detailed assessment of this patient population is planned to evaluate the impact of pelvic exenteration on quality of life.

G7 D-SKÅRE VED ENDOMETRIEHYPERPLASI. ERFARINGER ETTER INNFØRING AV METODEN I DIAGNOSTISK PRAKSIS VED AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS.

Kjersti Rimstad ¹, Janicke Berland ², G. Cecilie Alfsen ³

¹Avdeling for gynekologi, Akershus Universitetssykehus, ²Avdeling for patologi, Stavanger universitetssjykehus, ³Avdeling for patologi, Akershus Universitetssykehus og Det medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo.

Bakgrunn. Klassifisering av endometriehyperplasier mht atypi er problematisk. D-skåre metoden har vært ansett som en mer sensitiv og spesifikk markør for malign utvikling enn WHO klassifiseringen. I NGFs veileder i gynekologisk onkologi fra 2009 ble D-skåre derfor anbefalt i utredningen. Revidert utgave om endometriehyperplasier foreligger ennå ikke i ny versjon av veilederen. For å kunne vurdere den kliniske nytten av metoden, har vi gjennomgått alle kasus med D-skåre undersøkelse.

Metode. Kasus med D-skårede hyperplasier fra mai 2013 ut 2016 ble analysert mht kliniske data og behandling.

Resultater. 48 kasus med D-skåret hyperplasi uten atypi ble identifisert. Aldersfordelingen var jevn. En dominerende andel var overvektig (BMI >25). Kvinner med grav overvekt hadde større andel lavrisiko D-skåre. Kvinner med høyrisiko D-skåre ble oftere hysterektomert (p=0,006). Åtte av 25 pasienter med høyrisiko D-skåre ble ikke hysterektomert, hvorav fire hadde grav overvekt som forklarer manglende kirurgisk inngrep. Alder spilte liten rolle for avgjørelse om hysterektomi. Det var ingen signifikante forskjeller i oppfølgingstid mellom de ulike D-skåre gruppene.

Konklusjon. Høyrisiko D-skåre verdier ved ellers like histologiske diagnoser av endometriehyperplasi uten atypi førte oftere til hysterektomi. Ingen med lavrisiko D-skåre ble hysterektomert på grunn av hyperplasi-diagnose, men behandlet medikamentelt eller med TCER. Alle kasus med atypiske forandringer som endelig fasit hadde høyrisiko D-skåre.

D-skåre anses nyttig som veileder i klinikken og benyttes aktivt ved Ahus. Våre funn viser at det er behov for en revidert versjon om endometriehyperplasier i NGFs veileder.

G8 HØY VISCERAL FETTPROSENT ER ASSOSIERT MED REDUSERT OVERLEVELSE VED ENDOMETRIEKREFT

Mauland KK^{1,2}, Eng Ø3, Ytre-Hauge S^{4,5}, Tangen IL^{1,2}, Berg A^{1,2}, Salvesen HB^{1,2}, Trovik J^{1,2}, Hoivik EA^{1,2}, Werner HMJ^{1,2}, Mellgren G^{3,6}, Haldorsen IS^{4,5}

¹Centre for Cancer Biomarkers, CCBIO, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen; ²Avdeling for gynekologi og obstetrik, Haukeland universitetssykehus, Bergen; ³Hormonlaboratoriet, Haukeland universitetssykehus, Bergen; ⁴Avdeling for radiologi, Haukeland universitetssykehus, Bergen; ⁵Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen, Bergen; ⁶Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen.

Bakgrunn. Risikoen for å utvikle endometriekreft øker med overvekt, men det er ukjent hvordan fedme og fettfordelingsmønster er assosiert med kliniske og histologiske karakteristika ved endometriekreft. Vi har kvantifisert abdominalt fettvolum og fettfordelingsmønster ved hjelp av CT (computer tomografi), i relasjon til tumorkarakteristika og overlevelsesdata.

Metode. Vi inkluderte 227 pasienter med tilgjengelig preoperative abdominal CT-bilder og kliniske data. Totalt abdominalt fettvolum (TAV), subkutant abdominalt fettvolum (SAV) og visceralt abdominalt fettvolum (VAV) ble kvantifisert, og visceral fettprosent regnet ut (VAV%=[VAV/TAV]x100). Midjemål og levertetthet ble målt, og kroppsmasseindeks (KMI) regnet ut. Tumoruttrykk av hormonreseptorene østrogen, progesteron og androgenreseptor (ER/PR/AR) ble evaluert med immunhistokjemi for 149 pasienter, og globale genuttrykksdata målt ved DNA mikromatriser var tilgjengelig for 105 tumorer.

Resultater. Høy KMI, TAV, SAV, VAV og midjemål, samt lav levertetthet, var assosiert med markører for mindre aggressiv sykdom, inkludert lavgradig endometrioid type og PR og AR positivitet (alle p-verdier p≤0.03). Høy VAV% var assosiert med høy alder (p<0.001) og aneuploidi (p=0.01), og var en uavhengig prediktor for redusert sykdomsspesifikk overlevelse (justert Hasard Ratio 1.05, 95% Konfidensintervall 1.00-1.11, p=0.041). Tumorer fra pasienter med lav VAV% var anrikt for gensett relatert til immunaktivering og inflammasjon.

Konklusjon. Ulike billeddiagnostiske og antropometriske mål for overvekt er assosiert med mindre aggressiv endometriekreft, mens høy VAV% er en uavhengig prediktor for redusert overlevelse. Tumorer fra pasienter med lav VAV% er anrikt for gensett relatert til immunaktivering og inflammasjon. Resultatene kan tyde på at det metabolske tumormiljøet er viktig for tumor immunrespons.

G9 RANDOMISERT IMPLEMENTERING AV HPV TESTING SOM PRIMÆRSKRENERING I NORGE

Iversen OE¹, Engesaeter B², Trope A³, Eide ML³, Christiansen IK⁴, Jonassen C⁴, Berland J⁵, Vintermyr OK¹, Nygård M¹

¹Haukeland Universitetssykehus, Bergen. ²Kreftregisteret, ³St Olavs hospital, Trondheim, ⁴Akershus Universitetssykehus, ⁵Stavanger Universitetssykehus.

Bakgrunn. Ny forståelse av carcinogenesen ved cervixcancer og resultater fra kliniske studier har indikert at HPV testing har mange fordeler fremfor cytologi i screening. Fra 1.2.15 har man innført populasjonsbasert randomisert implementering i fire fylker.

Metode. Basert på grundig planlegging valgte man samme HPV test og logistikk ved de tre aktuelle laboratoriene som besvarer prøver for ca ¼ av befolkningen. Basert på fødselsdato ble kvinner i alderen 34–69 år randomisert 1:1 til enten 5 årlig HPV testing eller treårlig cytologi. Alle prøvesvarene ble fortløpende rapportert til Kreftregisteret for koordinering og overvåking.

Resultater. I perioden fra februar 2015 til april 2017 ble mer enn 140.000 kvinner screenet med enten cytologi eller HPV test. Oppmøtet var sammenlignbart i begge gruppene og svært få reserverte seg mot HPV test. HPV positivitetsraten var 6,5% (95% CI 3.6–5.8), mens unormal cytologi var 5.4%. HPV 16/18 ble påvist i 20 % av de HPV positive. Sammenlignet med cytologiarmen var der 40 % flere biopsier/behandlinger i HPV armen og 78% mer CIN 2+ og 50% fler CIN 3+. Samlet ble det funnet 25 cancertilfeller, 14 i cytologi-gruppen og 11 i HPV test gruppen.

Konklusjon. HPV screening ble godt akseptert og påvst antall precancer var økt. Andelen HPV positive var noe lavere enn forventet. Innføringen på populasjonsnivå har så langt vist positive resultater, på linje med det som har vært funnet i kliniske studier.

G10 KONSENTRASJON AV HUMANT KORIONGONADOTROPIN (hCG) TIDLIG I SVANGERSKAPET OG RISIKO FOR HYPEREMESIS GRAVIDARUM

Dypvik J^{1,2}, Lid Pereira A^{1,2}, Tanbo TG^{2,3}, Eskild A^{1,2}

¹Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog; ²Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo; ³Reproduksjonsmedisinsk avdeling, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus, Oslo.

Bakgrunn. Høye konsentrasjoner av humant koriongonadotropin (hCG) har blitt assosiert med økt risiko for hyperemesis gravidarum, men tidligere studier er ikke entydige. Vi studerte derfor om hCG-konsentrasjonen veldig tidlig i svangerskapet var assosiert med å få hyperemesis gravidarum.

Metode. I denne kohortestudien, inkluderte vi 3107 enlinge- og 1265 tvillingsvangerskap unnfanget ved in vitro fertilisering (IVF) ved Reproduksjonsmedisinsk avdeling, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus i perioden 1996–2013. Maternell hCG-konsentrasjon i serum ble målt på morgenen dag 12 etter embryotransfer. Ved hjelp av personnummer, hentet vi informasjon fra Medisinsk fødselsregister om kvinnene fikk hyperemesis gravidarum eller ikke. Vi beregnet gjennomsnittlig hCG-konsentrasjon i svangerskap med og uten hyperemesis gravidarum, og testet om det var forskjell mellom gjennomsnittene ved hjelp av Student's t-test. Forekomst av hyperemesis gravidarum ble beregnet som prosent, og forskjell i fordeling ble testet med chi-kvadrat test. Alle analyser ble gjort separat for enlinge- og tvillingsvangerskap.

Resultater. I tvillingsvangerskap sammenlignet med enlinge-svangerskap fant vi høyere hCG-konsentrasjoner (219 IU/L versus 130 IU/L; p <0.001 Student's t-test), samt høyere forekomst av hyperemesis gravidarum (2,7 % versus 1,4 %; p = 0.002 chi-kvadrat test). Verken i tvilling- eller enlinge-svangerskap fant vi noen forskjell i gjennomsnittlig hCG-konsentrasjon hos kvinner som fikk hyperemesis gravidarum sammenliknet med kvinner som ikke fikk hyperemesis gravidarum (Enlinge-svangerskap: 122 IU/L versus 130 IU/L; p = 0.504. Tvillingsvangerskap: 234 IU/L versus 219 IU/L; p = 0.417 Student's t-test).

Konklusjon. Vi fant ingen assosiasjon mellom hCG-konsentrasjoner veldig tidlig i svangerskapet med utvikling av hyperemesis gravidarum.

G11 KOMPLIKASJONER VED ENDOSKOPISK GYNEKOLOGISK KIRURGI I NORGE I TIDSROMMET 01.02.13 – 31.12.16

Holmsen S, Bohlin T, Putz A, Skråppa S

Kvinneklivnikken, Sykehuset I Vestfold, Tønsberg.

Bakgrunn. Registrering i Norsk Gynekologisk Endoskopi Register (NGER) er obligatorisk for gynekologiske avdelinger i Norge. Fra 2013 til 2016 deltok 30 av 41 (73%) avdelinger i landet i registreringen. Totalt 7 121 laparoskopier og 3 258 hysteroskopier ble registrert.

Metode. Alle registreringer i tidsrommet 01.02.13. til 31.12.16 er inkludert. Endepunkter er komplikasjoner ved laparoskopi og hysteroskopi. Statistikken er hentet fra Rapporteket.

Resultater. Den vanligste registrerte indikasjon for laparoskopier var ovarialcyster (25,6 %). Ved hysteroskopi var endometrie polyp-per (36,5%) den mest frekvente indikasjonen. Total laparoskopisk hysterektomi var det vanligste laparoskopiske inngrepet (21,5%). Endometrie reseksjon var det vanligste hysteroskopiske inngrepet (48,7%). Intraoperativ komplikasjonsrat for laparoskopi var 2,9 %, med karskade som den vanligste komplikasjonen (0,4%). Intraoperative komplikasjonsraten ved hysteroskopi var 3,4%, der uterusperforasjon var det vanligste (2,0%). Antall reoperasjoner etter komplikasjoner ved endoskopisk kirurgi gikk ned fra 15 i 2013 til 8 i 2016. Den postoperative komplikasjonsraten for laparoskopier var på 11,1 %, der infeksjoner var mest vanlig (9,6%). Den postoperative komplikasjonsraten ved hysteroskopi var 3,1 %. Infeksjoner utgjorde også her hovedandelen (2,5%). Majoriteten av postoperative komplikasjoner var klassifisert som milde til moderate. Forekomsten av alvorlige komplikasjoner utgjorde 0,5%.

Konklusjon. Tallene bekrefter at endoskopisk teknikk ved gynekologisk kirurgi er trygt og effektivt. Det er viktig å øke dekningsgraden for registrering i NGER, slik at man kan få gode tall til kartlegging av resultater og risikofaktorer ved endoskopisk kirurgi.

G12 MENOPAUSAL HORMONE THERAPY AND RISK OF MELANOMA: DO ESTROGENS AND PROGESTINS HAVE A DIFFERENT ROLE?

Botteri E^{1,2}, Støer NC¹, Sakshaug S³, Graff-Iversen S³, Vangen SI⁴, Hofvind S², Ursin G³, Weiderpass E².

¹Norwegian National Advisory Unit for Women's Health, Women's Clinic, Oslo University Hospital, ²Cancer Registry of Norway, Oslo University Hospital, ³Norwegian Institute of Public Health, ⁴Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway.

Background. The association between use of menopausal hormone therapy (HT) and occurrence of skin malignant melanoma (SMM) is controversial. We investigated the issue in a nationwide cohort of 684,696 Norwegian women, aged 45–79 years, followed from 2004–2008.

Methods. The study was based on linkage between Norwegian population registries. Multivariable Poisson regression models were used to estimate the effect of HT use, different HT types, routes of administration, and doses of estrogen and progestin on the risk of SMM.

Results. During the median follow-up of 4.8 years, 178,307 (26%) women used HT, and 1476 incident SMM cases were identified. Current use of HT was associated with increased risk of SMM (rate ratio (RR) = 1.19; 95% confidence interval (CI) 1.03–1.37). Plain estrogen therapy was associated with an increased risk of SMM (RR 1.45; 95% CI 1.21–1.73), both for oral (RR 1.45; 95% CI 1.09–1.93) and vaginal (RR 1.44; 95% CI 1.14–1.84) formulations, while combined estrogen and progestin therapy (EPT) was not (RR 0.91; 95% CI 0.70–1.19). We performed a dose-response analysis of estrogen and progestin in women using tablets, and found that use of estrogens was associated with increased risk (RR 1.24; 95% CI 1.00–1.53 per 1 mg/day) and use of progestins with decreased risk (RR 0.71; 95% CI 0.57–0.89 per 10 mg/month) of SMM.

Conclusion. Estrogens were associated with increased risk of SMM, while combinations of estrogens and progestins were not. Our results suggest that estrogens and progestins might affect the risk of SMM in opposite ways.

G13 THE RELATION OF AGE AT MENARCHE WITH AGE AT MENOPAUSE: A POPULATION STUDY OF 336,778 WOMEN IN NORWAY

Bjelland EK^{1,2}, Hofvind S³, Byberg L⁴, Eskild A^{1,5}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital, Lørenskog; ²Department of Public Health and Caring Sciences, Uppsala University, Uppsala;

³Cancer Registry of Norway, Oslo; ⁴Department of Surgical Sciences, Uppsala University, Uppsala; ⁵Institute of Clinical Medicine, Campus Ahus, University of Oslo, Lørenskog.

Background. A woman's age at menopause influences her life course fertility, aging and risk of early death. Also age at menarche has been associated with future health, but it remains uncertain whether age at menarche is related to age at menopause. Our aim was to study whether age at menarche is associated with age at menopause.

Methods. In this retrospective cohort study, we included 336,778 women who participated in the Norwegian Breast Cancer Screening Program during 2006–2014. Data were obtained by two self-administered questionnaires. We used Kaplan-Meier models to estimate the probability of menopause by categories of age at menarche.

Results. Median age at menarche was 13 years [interquartile range (IQR) 12–14 years] and median age at menopause was 51 years (IQR 48–54 years). Overall, there was no association of age at menarche with age at menopause, except for in women with menarche after age 15 (Pnon-linearity < 0.001). These women had menopause one year later than women with menarche at the age of 13 [median 52 years (IQR 49–54 years) versus median 51 years (IQR 48–54 years)]. Thus, the duration of the reproductive period decreased with increasing age at menarche. Women with menarche before age 10 had 9 years longer reproductive period than women with menarche after age 16 (median 43 years versus median 34 years).

Conclusions. Age at menarche explained less than one year of the variation in age at menopause. Accordingly, women with early menarche had several years longer reproductive period than women with late menarche.



«Stavanger by night» fotografert fra Vålandsparken.

**VISERA
ELITE II**

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



3D OG THUNDERBEAT

- Den perfekte kombinasjonen.

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

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

- Plug & Play
- Autoklaverbart 3D videolaparoskop
- Autofokus

THUNDERBEAT er verdens første fullintegreerte biopolar- og ultralydsinstrument.

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

FRIE FOREDRAG

Obstetikk

01 FØRER FLERE INDUKSJONER AV GRAVIDE MED BMI >35 TIL FLERE OPERATIVE FORLØSNINGER?

Bonnichsen ML¹, Rosenberg M¹, Bødtker A¹, Kjøllesdal A¹, Roland MC^{2,3}

¹Fødeavdelingen Drammen sykehus, ²Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus, ³Fødeavdelingen Oslo universitetssykehus

Bakgrunn. Drammen sykehus tar årlig imot omtrent 2000 fødende, hvorav omkring 80 kvinner 35. I siste revisjon av Nasjonal veileder fra 2014 anbefales oppfølging av gravide med BMI > 35 i spesialisthelsetjenesten med bl.a. vurdering av induksjon i første uken etter termin. I denne studien ønsket vi å sammenligne induksjonsraten og andelen operative forløsninger fra året anbefalingen ble innført (2014) med tidsperioden 2016-17 ved Drammen sykehus.

Metode. «Sunn mor-livslang helse for mor og barn» er en prospektiv, longitudinell, observasjons-studie som startet ved Drammen sykehus i februar 2016. Det er planlagt å inkludere 35 frem til 2018. Gravide tilbys kost- og mosjonsråd samt kontroller hos lege og jordmor. Vi har så langt inkludert 90 kvinner, hvorav 61 har født. Kontrollgruppen består av pasienter med samme BMI-kategori som fødte ved Drammen sykehus i 2014, identifisert gjennom en retrospektiv gjennomgang av elektronisk fødejournal (Partus).

Resultater. Alder, pregravid_BMI, GDM, gestasjons-alder ved fødsel, postpartum blødning, total-keisersnitt frekvensen og operative vaginale forløsning var nærmest like i begge gruppene. Forskjellene fant vi i; P0 % (47,5 vs. 31,4, p=0,059), fødselsvekt (Zscore) (0,047 vs. 0,495, p=0,028), andel SGA<10p (18 vs. 4,3 %, p=0,011), induksjoner % (70,5 vs. 45,7, p=0,004), elektive keisersnitt (4,9 vs. 14,3 %, p=0,074) og akutte keisersnitt (14,7 vs. 7,1%, p=0,16).

Konklusjon. Vi fant at 70% ble indusert i 2016-17 mot 46% i 2014. Frekvensen av total sectio og operative vaginale forløsninger var imidlertid ikke økt i denne gruppen. Vi fant en ikke signifikant økning i akutte sectio.

02 PÅVIRKER FYSISK AKTIVITETSNIVÅ I TREDJE TRIMESTER FORLØSNINGSMETODE? RESULTATER FRA FIT FOR FØDSEL STUDIEN.

Sanda B^{1,2}, Vistad³, Haakstad LAH³, Sagedal L², Lohne-Seiler H¹, Torstveit MK¹

¹Institutt for idrett, folkehelse og ernæring, Universitetet i Agder, ²Kvinneklivnikken, Sørlandet Sykehus HF Kristiansand, ³Seksjon for Idrettsmedisinske fag, Norges Idrettshøgskole

Bakgrunn: Fysisk aktivitet er anbefalt i svangerskapet. Studier rapporterer imidlertid motstridene resultater hvorvidt ulikt fysisk aktivitetsnivå i svangerskapet påvirker forløsningsmetode. Hensikten med denne studien var å undersøke om «Fit for Fødsel» livsstilsintervensjon, inkludert veiledet gruppetrening, påvirket forløsningsmetode. Sekundært undersøkte vi om deltakernes selvrapportert fysisk aktivitetsnivå, uavhengig av randomisering, hadde sammenheng med forløsningsmetode.

Metode: Friske førstegangsfødende kvinner ≤20 ukers singleton svangerskap, ≥18 år og KMI ≥19 kg/m² ble randomisert til enten intervensjonsgruppen (kostholdsveiledning og to organiserte gruppetreninger/uke, n=303) eller kontrollgruppen (standard svangerskapsomsorg, n=303). Deltagerne ble også analysert som en kohort hvor vi sammenlignet de med lavest (1. kvartil, 0 MET-minutter fysisk aktivitet av moderat-høy intensitet (MVPA)/uke, n=140) versus høyest (3. kvartil, ≥ 960 MET-minutter MVPA/uke, n=131) fysisk aktivitetsnivå, basert på selvrapportert MVPA i svangerskapsuke 36.

Resultater: Intention to treat analyser viste ingen forskjell i forløsningsmetode mellom intervensjon og kontrollgruppen. Kohort-analysene viste total keisersnittfrekvens på 15.0% versus 6.9% hos kvinner med henholdsvis lavt versus høyt aktivitetsnivå (p=0.033), hvorav planlagte keisersnitt utgjorde henholdsvis 2.9% versus 2.3% (p=0.770). Kvinner med lavt aktivitetsnivå ble oftere forløst med akutt keisersnitt enn kvinner med høyt aktivitetsnivå; 12.1% versus 4.5% (p=0.024). Hyppigste indikasjon for akutt keisersnitt var langsom fremgang; 70.6% for lavt versus 50.0% for høyt aktivitetsnivå (p=0.001). Det var ingen forskjell i operative vaginale forløsninger.

Konklusjon: Livsstilsintervensjon inkludert gruppetreninger i svangerskap virker ikke å gi effekt på forløsningsmetode. Sammenlignet med lavt fysisk aktivitetsnivå, kan høyt fysisk aktivitetsnivå i tredje trimester, med dose over 4 timer/uke av moderat intensitet, være assosiert med lavere keisersnittfrekvens.

03 URINKATETER SAMMENLIGNET MED DOBBELBALLONG-KATETER TIL INDUKSJON AV FØDSEL

Birgisdóttir A¹, Helgadóttir LB¹

¹Fødeavdelingen Ullevål, OUS, Oslo.

Bakgrunn. Ved Ullevål sykehus induseres 20 – 25% av kvinnene som føder. Ballong kateter brukes rutinemessig. Den gir mekanisk tøying av uterus nedre segment og stimulering av produksjon av prostaglandiner. Det er vanlig å bruke et urinkateter, men nå finnes det et kateter, spesielt designet for induksjoner, med dobbel ballong. Vi undersøkte om dobbelballongkateter, sammenlignet med urinkateter, til induksjon av fødsel kunne føre til kortere fødselsforløp og lavere forbruk av prostaglandiner.

Metode. Alle kvinner med planlagt induksjon med ballong i studieperioden ble inkludert. Kvinnene ble fordelt tilfeldig til fødeavdeling A eller B. På føde A fikk kvinnene urinkateter, men på føde B dobbelballongkateter. Kateteret var inneliggende opp til 24 timer og videre induksjon fulgte avdelingens retningslinjer. Opplysninger om induksjonen og fødselen ble registrert i et registreringsskjema. Resultater er presentert i andeler, gjennomsnittstid og odds' ratioer. Analyser ble utført i SPSS.

Resultater. 199 kvinner, 89 på føde A og 110 på føde B, ble inkludert. Ingen signifikante forskjeller i bakgrunnsfaktorer. Gjennomsnitt Bishopscore ved induksjonsstart var rundt to. Etter fjerning av kateter hadde kvinner med dobbelballongkateter signifikant høyere bishop (4,37 vs. 3,84 (P= 0,031)) og flere hadde bishop > 5 (47% vs, 31% (OR 1,95, 95% KI 1,06-3,61)). Induksjonstiden eller prostaglandin forbruk var ikke signifikant forskjellig. Amniotomi rett etter kateter ble utført hos tre kvinner.

Konklusjon. Like lang induksjonstid, men noe høyere bishop blant kvinner som fikk dobbelballongkateter. Teoretisk kunne det være større mulighet for amniotomi etter dobbelballongkateter, men veldig få ble utført. Kunne resultatene vært annerledes ved mer aggressiv bruk av amniotomi?

04 INFANT OUTCOME AFTER COMPLETE UTERINE RUPTURE

Al-Zirqi I^{1,2}, Daltveit AK^{3,4}, Vangen S^{1,2}

¹Norwegian National Advisory Unit on Women's Health, ²Women and Children's Division, Rikshospitalet, Oslo University Hospital, ³Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, ⁴Medical Birth Registry of Norway, Norwegian Institute of Public health, Norway, Bergen

Background: The aim of this study was to explore risk factors of poor infant outcome after complete uterine rupture.

Methods: 244 complete uterine ruptures were identified and studied through medical records (1967-2008) among all births after start of labour. The four studied outcomes included: Healthy infant, Neonatal intensive care unit (NICU admission), Intrapartum /infancy deaths), and Hypoxic encephalopathy. Cross tabulation and logistic regression separate models were used to measure the association between demographic and labour risk factors and infant outcomes, to estimate the association between time in minutes and infant outcomes, and to measure the association between time till delivery and infant outcomes, stratified for placental abruption.

Results: Among 244 complete ruptures, there were 44.7% healthy infants, 26.2% intrapartum/infancy deaths, 23.0% admitted to NICU, and 6.1% hypoxic encephalopathy. Placental abruption had highest odds ratio for deaths (OR: 17.9; 95% CI: (7.5-42.4)). Other risk factors for deaths were: ruptures in 1967-1977 vs 2000-2008, sudden loss of contractions, parity ≥3, infant extrusion into abdominal cavity, and delivery after midnight. Prolonged 2nd stage and instrumental vaginal delivery significantly increased hypoxic encephalopathy. Every additional minute of time until delivery was associated with 10% increase in intrapartum/infancy death, and 5% decrease in healthy infant. Delivering the infant in < 20 minutes protected against death even in presence of placental abruption. Most dramatic increase in deaths was when delivery was >30 minutes.

Conclusion: Placental abruption had greatest impact on infant outcome following uterine rupture. However, delivery in < 20 minutes had least intrapartum/infancy deaths.

05 RISIKO FOR FOSTERDØD I SVANGERSKAP MED PREEKLAMPSI. HAR FØDSELVEKTEN NOEN BETYDNING?

Haavaldsen C¹, Strøm-Roum EM¹, Eskild A¹.

¹Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog.

Bakgrunn. Det er velkjent at preeklampsi øker risikoen for fosterdød. Risikoen for fosterdød i svangerskap med preeklampsi er imidlertid redusert i nyere tid. Vi ønsket å studere hvorvidt fødselsvekten har betydning for risikoen for fosterdød i preeklampstiske svangerskap.

Metode. Data fra Medisinsk fødselsregister ble brukt i denne populasjonsbaserte studien. Alle enlsvangerskap i Norge etter svangerskapsuke 23+0 i perioden 1967-2014 ble inkludert i studien (n=2 607 199).

Resultater. I perioden 1967-2014 fant vi økt risiko for fosterdød i svangerskap med preeklampsi (1,6%) sammenlignet med svangerskap uten preeklampsi (0,6%), OR 2,73 (95% CI 2,57-2,89). Risikoen for fosterdød var høyest i svangerskap med avkom som hadde fødselsvekt <1-persentilen, 7,0% i preeklampstiske vs. 6,3% i ikke-preeklampstiske svangerskap, OR 1,12 (95% CI 0,96-1,32). Den generelle risikoen for fosterdød avtok i løpet av studieperioden, og nedgangen var spesielt fremtredende i preeklampstiske svangerskap med lav fødselsvekt hos avkommet. I perioden 1984-2014 var risikoen for fosterdød lavere i preeklampstiske sammenlignet med ikke-preeklampstiske svangerskap der avkommet hadde fødselsvekt <1-persentilen, 0,8% vs. 3,6%, OR 0,22 (95% CI 0,12-0,41).

Konklusjon. Risikoen for fosterdød i svangerskap med preeklampsi er betydelig redusert, og nedgangen har vært størst i svangerskap der avkommet har lav gestasjonsspesifikk fødselsvekt. De siste årene er det bare normalvektige fostre som har en signifikant økt risiko for å dø dersom mor har preeklampsi. Innføringen av ultralyd, og dermed identifikasjon av veksthemmede fostre, samt screening for preeklampsi kan være årsaken til risikoreduksjonen i nyere tid.

06 METFORMINBEHANDLING AV GRAVIDE KVINNER MED PCOS – EN RANDOMISERT, DOBBELBLINDET, NORDISK MULTISENTERSTUDIE (PREGMET2)

Lovvik T^{1,2}, Carlsen SM^{2,3}, Bixo M⁴, Steffensen B⁵, Real FG⁶, Lønnebotn M⁷, Hirsberg AL⁷, Hestvold K⁸, Zabielska R⁹, Trouva A⁷, Berg AH¹⁰, Andrae F¹¹, Sundström-Poromaa I¹², Skjæmstad T¹, Oksfjellelv H¹, Hjelle S¹³, Ahlmedi S¹⁴, Jawad I¹⁵, Molin J¹⁶, Salvesen Ø², Vanky E^{1,2}

¹Fødeavdelingen, St. Olavs hospital, Trondheim; ²NTNU, inst. For lab med og barne og kvinne-sykdommer; ³Avdeling for klinisk forskning, St. Olavs hospital, Trondheim;

⁴Norrlands universitetssykehus, Umeå, Sverige; ⁵Landspitali Universitetssykehus, Hringbraut, Reykjavik, Island; ⁶Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen;

⁷Institutionen for Kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige; ⁸Kvinneklivnikken, Vestre Viken sykehus, Drammen; ⁹Kvinneklivnikken, Sykehuset Vestfold,

Tønsberg; ¹⁰Kvinneklivnikken, sykehuset Innlandet, Lillehammer; ¹¹Kvinneklivnikken, Nordlandssykehuset Bodø; ¹²Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala Universitet,

Sverige; ¹³Kvinneklivnikken, Sykehuset Ålesund, Ålesund; ¹⁴Fødeavdelingen Sykehuset Telemark, Skien; ¹⁵Kvinneklivnikken, Universitetssjukhuset Örebro, Sverige; ¹⁶Södersjukhuset, Kvinneklivnikken, Stockholm.

Bakgrunn. PCOS er den vanligste endokrine forstyrrelsen blant kvinner i fertil alder(1). Kvinner med PCOS har økt risiko for svangerskapskomplikasjoner, deriblant senaborter og for tidlig fødsel (2). I PregMet1 studien fant man tendenser til færre kvinner med senabort og for tidlig fødsel i den metformin behandlede gruppen sammenlignet med placebo gruppen(3). PregMet1 var statistisk underdimensjonert. PregMet2 studien er planlagt for å undersøke hvorvidt behandling med metformin kan forebygge senabort og for tidlige fødsler hos denne pasientgruppen i en tilstrekkelig stor populasjon.

Metode. PregMet2 studien er en randomisert, dobbeltblindet multisenterstudie, 489 singleton-gravide kvinner med PCOS ble inkludert og randomisert til enten metformin 2000 mg daglig eller placebo fra første trimester til fødsel. Primære endepunkter: senabort og for tidlig fødsel. Sekundære endepunkter: antall pasienter behandlet med progesteron pga truende for tidlig fødsel, innlegelser nyfødt intensiv, antall pasienter hospitalisert utover fødsel, insidens av svangerskapsdiabetes, prevalens av preeklampsi og hypertensjon og vaginal blødning i svangerskapet. Deltakerne er fulgt med 5 kliniske kontroller gjennom svangerskapet og telefonkontroll 8 uker post partum. PregMet2 studien er initiert og ledet fra NTNU/St. Olavs hospital med bidrag fra 8 studiesentra i Norge, 4 i Sverige og ett på Island. Studien er finansiert fra Norges forskningsråd, NTNU og St. Olavs hospital. PregMet2 er den største RCT innen obstetikk i Norge.

Resultater. Siste kvinne i PregMet2 fødte i begynnelsen av august 2017. Kvinnene følges i 8 uker etter fødsel, randomiseringskodene er ikke brutt enda, men resultatene vil være klare for presentasjon ved NGF- årsmøte i Stavanger.

07 VEKTOPPGANG OG KROPPSAMMENSETNING I SVANGERSKAP MED PREGESTASJONELL DIABETES MELLITUS

Savland AA¹, Halle AP¹, Rasmussen S^{1,2}, Kiserud T¹, Kessler J², Ebbing C², Lund A²

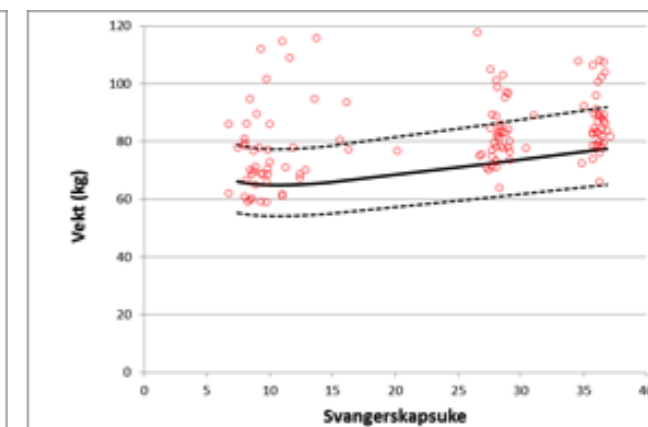
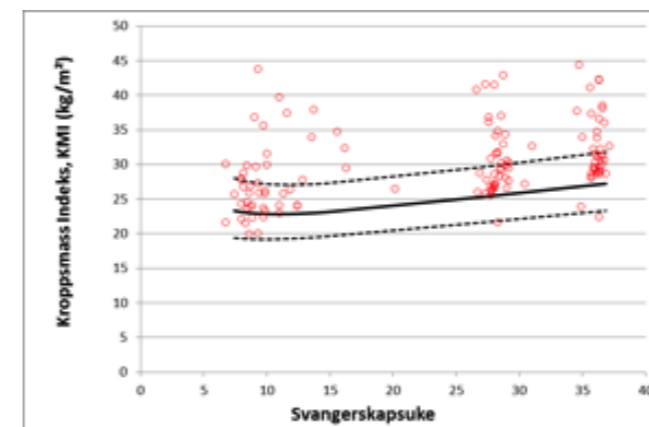
¹Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen; ²Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

Bakgrunn. Gravide med pregestasjonell diabetes (PGDM) får tett oppfølging for optimalisering av blodsukker og livsstilsfaktorer. Likevel er det økt risiko for makrosomi og fødselskomplikasjoner ved PGDM, også i svangerskap der blodsukker holdes innenfor anbefalte verdier. Da det ikke er kjent hvordan vekt, fettprosent og kroppsmasseindeks (KMI) utvikler seg i slike svangerskap, undersøkte vi disse forholdene i studien vår.

Metode. 49 gravide med PGDM (type 1 eller type 2) deltok i en prospektiv longitudinell studie i perioden 2013 – 2016. Som del av et større prosjekt ble vekt, KMI og bioelektrisk impedanse undersøkt i svangerskapsuke 9, 28 og 36. Populasjonen ble sammenliknet med 397 observasjoner i en referansegruppe av 140 friske gravide undersøkt med samme metode. Gjennomsnitt og standarddeviasjon for normalpopulasjonen ble modellert ved hjelp av multilevel regresjonsanalyse. PGDM-populasjonen ble sammenliknet med lavrisiko svangerskap ved Z-score analyse og t-test for uavhengige utvalg. Signifikansnivået var p ≤ 0,05.

Resultater. Gjennomsnittlig KMI, vekt og fettprosent var signifikant høyere i svangerskap med PGDM sammenliknet med referansepopulasjonen (z-score henholdsvis 1,3, 1,1 og 0,8) (p < 0,001) (Figur 1). Vekt og KMI var høyere ved PGDM enn i lavrisiko svangerskap gjennom hele graviditeten.

Gravide med PGDM fulgt opp etter gjeldende retningslinjer har høyere vekt, KMI og fettprosent enn friske gravide. Særlig er vekt og KMI forhøyet gjennom hele svangerskapet. Det er mulig at dette bidrar til den økte risikoen for føtal makrosomi og fødselskomplikasjoner som er beskrevet i svangerskap med PGDM.



08 UTREDNING OG OPPFØLGNING AV MISTENKT TOXO-PLASMAINFEKSJON HOS GRAVIDE; 20 ÅRS ERFARING MED AMNIOCENTESE

Findal G^{1,2}, Helbig A³, Haugen G^{1,2}, Jenum PA^{1,3}, Stray-Pedersen B^{1,2}

¹Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin; ²Divisjon for kvinner og barn, Oslo Universitetssykehus HF Rikshospitalet; ³Avdeling for medisinsk mikrobiologi, Vestre Viken HF, Drammen.

Bakgrunn. Primærinfeksjon med Toxoplasma gondii i svangerskapet kan medføre fosterskade. Kvinner smittet prekonseptjonelt har antistoffer som beskytter fosteret slik at det ikke smittes. Dersom maternell serologi indikerer mulig primær infeksjon, er amniocentese med toxoplasma PCR-analyse av fostervannet og antiparasittær behandling indisert. Vurdering av smittetidspunkt er utfordrende, hvilket kan medføre unødvendig utredning og behandling. Ved amniocentese er prosedyrelatert spontanabort en fryktet komplikasjon. Målet med

studien var å undersøke hvorvidt amniocentese utføres på riktige pasienter og om prosedyren er trygg på denne indikasjonen.

Metode. Retrospektiv kohortstudie av kvinner som gjennomgikk amniocentese på indikasjon suspekt toxoplasmasmitte ved Oslo Universitetssykehus i 1993–2013 (n=346). Data er innhentet fra maternelle journaler og laboratoriefiler. Serump prøvene ble analysert ved Nasjonalt referanselaboratorium for Toxoplasma-diagnostikk. Tidspunktet for maternell infeksjon ble evaluert ut fra serologisvar. **Resultat.** 50% (173) ble smittet prekonsepsjonelt, 23% (80) muligens i svangerskapet og 27% (93) ble sikkert smittet i svangerskapet. 14% (49) kvinner IgG serokonverterte, 12% (42) hadde IgG antistofføkning og 74% (255) var IgM positive med lav IgG aviditet. 15 fostere var smittet, hvorav ett PCR negativt. Median gestasjonsalder ved amniocentese var 16,7 u (Q1=15, Q3=22), median 4 ml foster-vann ble ekstrahert (Q1=3, Q3=7). To spontanaborter inntraff, begge fire uker etter amniocentese utført i uke 13 (ett alvorlig toxoplasmasmittet). **Konklusjon.** Halvparten av kvinnene ble smittet prekonsepsjonelt. For å redusere antall unødvendige amniocenteser, anbefaler vi ny serologi tre uker etter suspekter serologi og at svaret tolkes av en dedikert tverrfaglig gruppe. Amniocentese er trygt og et nyttig verktøy i diagnostikken av medfødt toxoplasmainfeksjon dersom utført etter 15 gestasjonsuke.

09 EFFEKT AV KIRURGISKE INTERVENSJONER FOR KVINNER MED KJØNNSLEMLESTELSE

Berg RC^{1,2}, Taraldsen ³, Said M⁴, Sørbye IK^{3,5}, Vangen S^{3,5}

¹Folkehelseinstituttet, Oslo; ²Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø; ³Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus; ⁴Oslo universitetssykehus; ⁵Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Bakgrunn. Kvinnelig omskjæring (kjønnslemlestelse, female genital mutilation, FGM) endrer normal funksjon i genitalia og kan føre til komplikasjoner. Det er økende etterspørsel etter kirurgisk behandling.

Metode. Vi har gjort en systematisk kunnskapsoppsummering av forskning om utfall av kirurgisk behandling av FGM-relaterte komplikasjoner. Vi vurderte alle studier som undersøkte utfall av en kirurgisk behandling av en FGM-relatert problemstilling. En søkspesialist søkte i 16 databaser. To forskere vurderte fulltekstartikler uavhengig av hverandre. Vi ekstraherte data til et forhåndsdesignet skjema, kalkulerte effektestimater og gjorde metaanalyser.

Resultater. 62 studier som undersøkte effekt av deinfibulering, cystekirurgi og rekonstruktiv kirurgi av klitoris ble inkludert. Bare 13 studier var komparative og alle hadde metodiske begrensninger. Pga heterogenitet var få metaanalyser mulig. For deinfibulering versus ikke deinfibulering viste metaanalyser signifikant lavere risiko for keisersnitt og perinealrifter ved deinfibulering. For keisersnitt var RR=0.33, 95% KI 0.25, 0.45. For perinealrift grad 2: RR=44,95%, 95% KI 0.24, 0.79, grad 3: RR=0.21, 95% KI 0.05, 0.94 og grad 4: RR=0.06, 95% KI 0.01-0.41. Det var ikke signifikant forskjell i fødselsutfall ved deinfibulering før og under fødsel. Kun én studie kontrollerte for paritet. For cystekirurgi rapporterte alle vellykket behandling unntatt én, som fant dårligere seksualfunksjon postoperativt. Klitorisrekonstruksjon ga synlig klitoris hos ca. 77%. De fleste opplevde bedret seksualliv, men opptil 22% opplevde forverring.

Konklusjon. Det er sparsom evidens om effekt og komplikasjoner ved kirurgisk behandling for FGM. Deinfibulering ser ut til å redusere obstetriske komplikasjoner. Det er uavklart om tidspunkt for deinfibulering har betydning. Det bør utvises forsiktighet ved kirurgi i klitorisområdet.

010 VAKUUMFØDSEL: RISIKO FOR LEVATOR ANI MUSKELDEFEKTER

Halle TKT^{1,2}, Stær-Jensen J², Bø K^{2,3}, Engh ME^{1,2}, Siafarikas F²

¹Institutt for klinisk medisin, Kvinneklubben, Universitetet i Oslo, campus Ahus, Lørenskog; ²Kvinneklubben, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; ³Seksjon for idrettsmedisinske fag, Norges Idrettshøgskole, Oslo

Bakgrunn. Vaginalforløsning kan forårsake avrivning av levator ani muskelen (LAM) fra os pubis. Forekomst hos førstegangs fødende varierer mellom 13–39% ved undersøkelse innen 1 år postpartum, med høyeste rapporterte prevalenser kort tid etter fødsel. Diagnose-tidspunktet varierer fra få dager til 6 måneder, noe som kan påvirke de postulerede risikofaktorene. Vi ønsket å undersøke prevalensen av persisterende LAM-defekter hos førstegangs fødende 1 år postpartum, samt assosierte maternelle og obstetriske faktorer.

Metode. 243 førstegangs fødende med vaginalforløsning ble inkludert fra en observasjonskohort og en randomisert kontrollert studie. 3D/4D transperineal ultralydundersøkelse ble utført ved 6 uker og 1 år etter fødsel. Demografiske og obstetriske data ble innhentet fra fødselsjournal.

Resultater. 191 kvinner (78.6%) hadde normal vaginalforløsning, 47 kvinner (19.3%) ble vakuumforløst og 5 kvinner (2.1%) ble

tangforløst. Seks uker postpartum var forekomst av LAM defekter 21.0%. Forekomst av persisterende defekt ved 1 år postpartum var 10.3%. Ingen nye defekter ble diagnostisert. Kvinner med persisterende LAM-defekt hadde lengre andre stadium av fødsel (gjennomsnittlig forskjell 23,4 min, 95% KI=3,4–43,4), fødte barn med høyere fødselsvekt (gjennomsnittlig forskjell 224,4 gram, 95% KI=31,4–417,4), hyppigere vakuumforløsninger (36,0% mot 17.4%; cOR 3.0, 95% KI=1,2–7,4) og mer analsfinkterruptur (16,0% mot 1.8%; cOR = 10.2, 95% KI=2,4–43,7) enn kvinner uten LAM defekt. Vi fant ingen signifikante forskjeller vedrørende maternelle faktorer som alder eller pregravid kroppsmasseindeks.

Konklusjon. Forekomsten av LAM-defekter avtok frem til 1 år etter fødsel. I kontrast til andre studier økte vakuumforløsning risikoen for persisterende LAM-defekter 1 år postpartum.

011 ULTRALYD PREDIKSJON AV FØDSELSUTFALL AV VAKUMFORLØSNING PÅ GRUNN AV LANGSOMFREMANG, EN PROSPEKTIV MULTISENTER OBSERVASJONS STUDIE

Kahrs BH¹, Usman S², Ghi T³, Youssef A⁴, Torkildsen EA⁵, Lindtjørn E⁵, Østborg T⁵, Benediktsdottir S⁶, Brooks L⁷, Harmsen L⁷, Romundstad PR⁸, Salvesen KÅ⁹, Lees CC³, Eggebo TM¹.

¹National behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin, St Olavs hospital, Trondheim; ²Fetal Medicine, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College London, London, United Kingdom; ³U.C. Ostetricia e Ginecologia, University of Parma, Bologna, Italy; ⁴Obstetrics and Gynecology, University of Bologna, Bologna, Italy; ⁵Kvinneklubben, Stavanger Univeritetssykehus, Stavanger; ⁶Department of Obstetrics and Gynaecology, Clinical Sciences, Lund University, Lund, Sverige; ⁷Hvidovre University Hospital, Copenhagen, Danmark; ⁸Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim; ⁹Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Bakgrunn. Langvarige vakumforløsninger er assosiert med neonatal og maternell morbiditet, særlig hvis forsøket er mislykket og man må gjøre sectio. Hensikten med studien var å se om ultralydundersøkelser kan predikere varigheten av vakumforløsning og fødselsmetode hos førstegangs fødende med langsom fremgang.

Metode. Vi har utført en prospektiv kohortstudie ved 7 fødeavdelinger i Europa. Førstegangs fødende med langsom fremgang i andre stadium ble inkludert etter 45 minutters trykking og når vakumforløsning ble vurdert. Det ble gjort en transabdominal og transperineal ultralydundersøkelse. Fosterhodets posisjon og nivå i bekkenet ble undersøkt. Head-perineum distance (HPD) lik 25 mm og 35 mm ble brukt som grenseverdier. Den som utførte ultralydundersøkelsen og den som var ansvarlig for forløsningen var blindet for hverandres resultater.

Resultater. 222 kvinner ble inkludert i henhold til en poweranalyse. 47 kvinner fødte spontant, 150 ble forløst med vakum, hos 9 konverterte man fra vakum til tang og 16 ble forløst med sectio. Varighet av vakumforløsningen hos kvinnene med HPD ≤25 mm var signifikant kortere enn hvis HPD var >25 mm (log Rank test < 0.01). HPD predikerte sectioforløsning med 83% (95% CI 74 -92%) “area under the ROC-curve”. Bare en kvinne med HPD ≤25 mm måtte sectioforløses. Hos kvinner med HPD ≤ 35 mm ble 7/181 (3,9%) forløst med sectio i motsetning til 9 /41 (22%) med HPD >35 mm (p <0.01). Hos 3/181 (2,2%) kvinner med HPD ≤ 35 mm og occiput anterior posisjon måtte man konvertere til sectio.

Konklusjon. Ultralydundersøkelse kan prediker fødselsutfall hos kvinner med langsom fremgang i andre stadium. Ultralyd kan gi nyttig informasjon om sannsynligheten for en vellykket vakumforløsning.

012 RISIKO FOR PLACENTALØSNING I FØRSTE OG ANDRE SVANGERSKAP

Strøm-Roum EM¹, Dypvik J^{1,2}, Eskild A^{1,2}

¹Kvinneklubben, Akershus universitetssykehus, Lørenskog; ²Institutt for klinisk medisin, Campus Ahus, Universitetet i Oslo, Lørenskog.

Bakgrunn. Vi studerte absolutt risiko for placentløsning i første svangerskap og i andre svangerskap. Vi studerte også om de som hadde hatt placentløsning i første svangerskap hadde økt risiko for placentløsning i andre svangerskap.

Metode. Vi inkluderte kvinner med første og andre svangerskap registrert i Medisinsk fødselsregister i perioden 1967–2012 (n=767 203). Vi beregnet absolutt risiko for placentløsning i første og i andre svangerskap som andel (%). Vi beregnet også odds ratio (OR) med 95 % konfidensintervall for placentløsning i andre svangerskap i henhold til placentløsning (ja/nei) i det første svangerskap

Resultater. Av totalt 767 203 kvinner, hadde 0,5 % (3779) placentløsning i første svangerskap, og 0,5 % (3480/ 767 203) hadde

placentaløsning i andre svangerskap. Av kvinnene som hadde placentaløsning i sitt første svangerskap, hadde 3,6 % (137/3779) placentaløsning også i sitt andre svangerskap. Blant kvinnene som ikke hadde placentaløsning i sitt første svangerskap (99,5 %, 763 424/ 767 203), hadde 0,4 % (3343/ 763 424) placentaløsning i sitt andre svangerskap. Dette gir en OR på 8,6 (95 % KI 7,2-10,2) for placentaløsning i det andre svangerskapet for kvinner med placentaløsning i første svangerskap, sammenlignet med kvinner som ikke hadde placentaløsning. Blant kvinnene som hadde placentaløsning i andre svangerskap, hadde 96.1 % (3343/ 3480) ikke hatt placentaløsning i første svangerskap.

Konklusjon. Den absolutt risikoen for placentaløsning var lik i første og andre svangerskap. Men kvinnene som hadde placentaløsning i første svangerskap, hadde økt risiko for placentaløsning i andre svangerskap.

013 REPRODUSERBARHET OG AKSEPTABILITET AV ULTRALYDMÅLINGER UNDER FØDSEL

Benediktsdottir S^{1,2}, Salvesen KÅ^{3,4}, Hjartadottir H1, Eggebo TM^{5,6}

¹Dept. of obstetrics and gynecology, Landspítali, Island, ²Dept. of obstetrics and gynecology, Lund University Hospital, Sverige, ³Institutt for klinisk medisin og molekylærbiologi, NTNU, ⁴Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital, ⁵Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs hospital

Bakgrunn. Ultralyd er i ferd med å bli et viktig hjelpemiddel ved langvarige fødsler og operative vaginale forløsninger. Før metoden kan tas i klinisk bruk, må den vurderes forskningsmessig. Vi ønsket å studere reproduserbarhet av ultralydmålinger av hode-perineum avstanden (HPD) under fødsel i en klinisk hverdag med ulike operatører og apparater og om metoden er akseptabel for fødende.

Metode. 40 kvinner i ulike stadier av fødsel ble inkludert ved fødeavdelingene ved Lund Universitetssjukhus, Sverige og Landspítali, Island i perioden februar 2015-februar 2017. Kvinnene ble undersøkt av tre leger og to jordmødre med ulik erfaring i bruk av ultralyd. Hver kvinne ble med kort tids mellomrom undersøkt av to operatører med hvert sitt ultralydapparat (GE Voluson i og Philips VISIQ). GE Voluson i ble brukt først hos 23 kvinner og Philips VISIQ først hos 17 kvinner. Det ble tatt seks (3 +3) HPD målinger fra hver kvinne. Målingene ble sammenliknet med klinisk palpasjon utført av jordmor med ansvar for fødselen. Akseptabilitet ble undersøkt ved hjelp av Visual analog skala (VAS), og VAS score ble sammenliknet for ultralyd og palpasjon.

Resultater. Median tid mellom ultralydmålingene var 10 min (1-26 min). Intra-observer repeatability coefficient var 4,3 mm, og intraclass correlation coefficient (ICC) var 0,97 (95% CI 0,95-0,98). Vi fant en signifikant forskjell i HPD målinger mellom ultralyd-apparatene (3,5mm; 95% CI 1,4-5,6 mm). Limits of agreement var -9,6mm til 16,6 mm. ICC var 0,86 (95% CI 0,74-0,93). Klinisk palpasjon og gjennomsnittlig HPD måling var korrelert ($r=0,64$, $p<0,01$). Vi fant at kvinnene foretrakk ultralydmålinger framfor palpasjon. Gjennomsnittlig VAS score var 2,0 for ultralyd og 4,1 for klinisk palpasjon ($p<0,01$).

Konklusjon. Vi fant utmerket intra-observer reproduserbarhet, godt samsvar mellom ultralydapparatene og moderat korrelasjon med klinisk palpasjon. Kvinner rapporterte mindre ubehag ved ultralyd sammenliknet med klinisk palpasjon.



Gamle Stavanger, Nord-Europas best bevarte trehusbebyggelse, her bodde hermetikkarbeiderne da byen var velkjent for sin nedlagte brisling

Infodoc Plenario

Trygt, stabilt og effektivt

- Laget for fremtiden



infodoc
Effektivitet satt i system

www.infodoc.no

POSTERE

Gynekologi og Obstetrikk

P1 MENOPAUSAL HORMONE THERAPY AND COLORECTAL CANCER: A LINKAGE BETWEEN NATIONWIDE REGISTRIES IN NORWAY

Botteri E^{1,2}, Sakshaug S³, Graff-Iversen S³, Vangen S^{1,4}, Hofvind S², de Lange T³, Bagnardi V⁵, Ursin G², Weiderpass E².

¹Norwegian National Advisory Unit for Women's Health, Women's Clinic, Oslo University Hospital, ²Cancer Registry of Norway, Oslo University Hospital, ³Norwegian Institute of Public Health ⁴Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway. ⁵Department of Statistics and Quantitative Methods, University of Milan-Bicocca, Milan, Italy.

Background. We investigated the association between menopausal hormone therapy (HT) and risk of colorectal cancer (CRC).

Methods. This is a cohort study based on the linkage of Norwegian population-based registries. We selected 684,703 women, aged 45-79, and followed them from 2004 to 2008. Each woman contributed person-years at risk as non-user, current user and/or past HT user. The outcome measure was adenocarcinoma of the colorectal tract, overall, by anatomic site and stage at diagnosis. Incidence rate ratios (RR) with 95% confidence intervals (95% CI) were estimated by Poisson regression and were used to evaluate the association between HT and CRC incidence.

Results. During the median follow-up of 4.8 years, 178,309 (26%) women received HT and 4,137 (0.6%) incident CRCs occurred. Current, but not past, use of HT was associated with a lower risk of CRC (RR 0.85; 95% confidence interval (CI) 0.77-0.93). RRs for localized, regionally advanced and metastatic CRC were 1.15 (95% CI 0.93-1.41), 0.80 (0.70-0.92) and 0.70 (0.56-0.87), respectively. Current use of estrogen therapy (ET) was associated with a reduction of CRC risk (RR 0.82; 95% CI 0.72-0.93), both in oral (RR 0.81; 95% CI 0.66-0.99) and vaginal (RR 0.78; 95% CI 0.65-0.93) administrations, while current use of estrogen-progestin therapy (EPT) was not (RR 0.91; 95% CI 0.76-1.08. We obtained similar results for current use of ET and EPT versus non-use in a subsample of women 55 years or more.

Conclusions: In our nationwide cohort study, HT use lowered the risk of CRC, specifically the most advanced CRC.

P2 URETERLESJONER VED BENIGN GYNEKOLOGISK KIRURGI; EN 10-ÅRS SYKEHUSKOHORT

Braathen I¹, Engelsen IB², Trovik J^{1,2,3}

¹Klinisk institutt ², Universitetet i Bergen, Bergen; ²Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjyukehus, Bergen; ³Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler, Gynekologisk avdeling, Haukeland Universitetssjyukehus, Bergen.

Bakgrunn. Ureterskade er en sjelden, men kjent komplikasjon ved gynekologisk kirurgi, spesielt hysterektomi, og laparoskopisk teknikk har rapportert økt risiko. Vi ønsket å kartlegge forekomst av ureterskade, spesielt etter hysterektomi, samt hva som karakteriserte pasientene og den behandling de fikk ved vår avdeling.

Metode. Retrospektiv sykehuskohortstudie med journalgjennomgang for pasienter behandlet for ureterskader påført under benigne gynekologiske operasjoner ved Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjyukehus. Antall kvinner med ureterskade samt totalt antall benigne hysterektomier utført i perioden 2006-2016 ble identifisert fra operasjonsdatabasen og pasientkarakteristika fra journal-databasen.

Resultater. Totalt 17 pasienter fikk ureterskade påført under benign gynekologisk kirurgi og 11/1748 benigne hysterektomier fikk diagnostisert ureterskade, en insidens på 0,6% (95% Konfidensintervall 0,35-1,12). Kun 4 pasienter ble diagnostisert og behandlet på skadetidspunktet (umiddelbart peroperativt); 1 ureterlesjon suturert, 2 ureterreimplantert og 1 stentbehandlet. Pasientene med sen diagnose av ureterlesjon (>1 døgn etter skadetidspunkt) fikk symptomdebut median dag 5 (1-37) postoperativt og tid til start av behandling var median 8 dager. Initialt fikk 11 pasienter minimal invasiv behandling (9 pyelostomi, 2 ureterstent), men kun for 2 kvinner ga dette alene tilheling. Totalt 15 pasienter fikk spesifikk ureterkirurgi. Tid til avsluttet behandling (fjernet all dreasje) var median 47,5 døgn (95% KI 23-58) hos dem som ble diagnostisert peroperativt mot 141 døgn hos dem med sen diagnose (95% KI 92-172, p-verdi 0,010 Mann-Whitney U-test). Alle pasienter fikk gjenopprettet ureter-/nyrefunksjon.

Konklusjon. Ureterskade kompliserte 0,6% av alle benigne hysterektomier, alle ble vellykket behandlet. De fleste (15/17) måtte gjennomgå ureterspesifikk kirurgi og der skaden ble diagnostisert peroperativt fikk pasientene signifikant kortere behandlingsforløp.

P3 HVORFOR DØR BARN VED UPLANLAGTE FØDSLER UTENFOR SYKEHUS?

Gunnarsson B¹, Fasting S^{2,3}, Skogvoll E^{2,3}, Smarason AK⁴, Salvesen KÅ^{5,6}

¹Norsk luftambulans, ²Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU, ³Klinikk for anestesi- og intensivmedisin, St. Olavs hospital, ⁴Dept. of obstetrics and gynecology, Akureyri hospital, Island, ⁵Institutt for klinisk medisin og molekylærbiologi, NTNU, ⁶Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital

Bakgrunn. I Norge er 7 av 1000 fødsler uplanlagte fødsler utenfor institusjon. Perinatal mortalitet er tredoblet sammenliknet med fødsler i institusjon (1,14% vs 0,4%). Hensikten med studien var å gjøre en grundig gjennomgang (audit) av alle perinatale dødsfall blant uplanlagte fødsler utenfor institusjon i Norge i 1999-2013.

Metode. Uplanlagte fødsler utenfor institusjon er definert som uplanlagte hjemmefødsler, fødsler under transport eller uspesifiserte uplanlagte fødsler utenfor institusjon. I Medisinsk fødselsregister er det registrert 69 perinatale dødsfall blant 6027 uplanlagte fødsler utenfor institusjon i tidsrommet 01.01.1999-31.12.2013. Medisinske opplysninger ble samlet inn fra sykehusjournaler og helsekort og systematisert etter CODAC-systemet. Veldokumenterte kasus ble klassifisert av (BG) i samråd med (KÅS). Vanskelige kasus ble klassifisert av et tverrfaglig panel med kompetanse fra obstetrikk, pediatri og anestesi-intensivmedisin.

Resultater. 63 kasus ble gjennomgått. Det var 25 (40%) antenatale, 10 (16%) intrapartale og 24 (38%) neonatale dødsfall. 4 dødsfall kunne ikke klassifiseres. Gestasjonsalder viste en bimodal kurve med en topp tidlig (24 uker) og en sent (38 uker) i svangerskapet. Hovedårsaken til dødsfallet var infeksjon (n=14 – 22%), neonatal (n=14 – 22%, hvorav 9 pga. ekstrem prematuritet) og placentær (n=12 – 19%, hvorav 7 pga. placentaløsning). Vi fant suboptimal behandling hos 25 kasus (40%), der viktigste faktor var suboptimal bruk av helsetjenester fra den fødende (n=14 – 22%).

Konklusjon. Infeksjoner, ekstrem prematuritet og placentaløsning er de viktigste årsaker til perinatale dødsfall blant uplanlagte fødsler utenfor institusjon. Suboptimal behandling ble påvist i 40% av dødsfallene. En potensiell påvirkbar faktor er suboptimal bruk av helse-tjenester fra den fødende.

P4 EKSTREMT LANG ELLER KORT NAVLESNOR, KNUTE OG OMSLYNG: RISIKOFAKTORER OG UTFALL, EN POPULASJONSBASERT STUDIE

Linde L¹, Kessler J¹, Rasmussen S^{1,2}, Ebbing C¹

¹Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjyukehus, Bergen; ²Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

Bakgrunn. Omtrent 10 % av intrauterine dødsfall er assosiert med navlesnorskomplikasjoner. Det mangler populasjonsbaserte studier av navlesnorslengde og komplikasjoner. Vi undersøker risikofaktorer for ekstrem navlesnorslengde, assosiert risiko for uønskede svangerskapsutfall, forekomst av og risiko ved navlesnorsknode og omslyng i Norge.

Metode. Ved hjelp av data fra Medisinsk fødselsregister ble alle enkeltfødsler (1999 -2013, n=856300) inkludert. Vi beregnet kjønns og partitetspesifikke referanseverdier for navlesnorslengde, og odds ratio for ekstremt kort eller lang snor (<10 og >90 percentil), knute og omslyng, uønskede svangerskapsutfall, inklusive perinatal død. Trinnvis logistisk regresjon med justering for mulige effektforstyrre-ble brukt.

Resultater. Lang snor var assosiert med paritet, maternell kroppstørrelse, kronisk sykdom og guttefoster. Etter svangerskapsuke 28 hadde gutter signifikant lengre navlesnor enn jenter. Unormalt navlesnorsfeste, liten placenta og jentefoster var assosiert med kort navlesnor, som igjen var assosiert med risiko for abruptio placenta, keisersnitt, misdannelser og perinatal død. Lang navlesnor var assosiert med risiko for perinatal død, lav Apgar skår, overflytting til nyfødtavdeling, knute og omslyng (forekom i henholdsvis 1,32 og 20,7 %, tilstandene var hyppigere hos gutter). Risiko for navlesnorsknode og omslyng økte med navlesnorslengden og kvinnens paritet. Navlesnorsknode var assosiert med 4 ganger økt risiko for død ved terminfødsel. Ved kombinasjon av knute og omslyng økte risiko for død ved termin 10 ganger.

Konklusjon. Navlesnorens lengde påvirkes av både maternelle og føtale faktorer. Ekstremt lang eller kort snor, knute eller omslyng er assosiert med økt risiko for intrauterin og perinatal død. Fra uke 28 er guttefostrenes navlesnor lengre enn jentenes.

P5 MATERNAL CONCENTRATIONS OF HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN (HCG) DURING PREGNANCY AND RISK FOR CEREBRAL PALSY (CP) IN THE CHILD

A. Eskild^{1,2}, L. Monkerud³, A.M. Jukic⁴, B.O. Åsvold^{5,6}, K.K. Lie⁷

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital, 1478 Lørenskog, ²Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, 0313 Oslo, ³Norwegian Institutes for Urban and Regional Research (NIBR), Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, 0130 Oslo, ⁴Chronic Disease Epidemiology, Yale School of Public Health, New Haven, 06510 Connecticut, United States, ⁵Department of Public Health and Nursing, NTNU, Norwegian University of Science and Technology, 7491 Trondheim, ⁶Department of Endocrinology, St. Olavs Hospital, Trondheim University Hospital, 7006 Trondheim, ⁷Division of Epidemiology, Norwegian Institute of Public Health, 0403 Oslo

Objective: The hormone, human chorionic gonadotropin (hCG), is synthesized in the placenta, and is important for placental development. We aimed to study the association of maternal concentrations of hCG during pregnancy with cerebral palsy (CP) in the offspring. **Methods:** We performed a nested case-control study within a prospective cohort of 29,948 pregnancies with delivery in Norway during the years 1992-1994. After the delivery, the cohort was linked to the Norwegian Registry of Cerebral Palsy in Children born during the years 1986-95. Cases were women with a singleton born child who developed CP before the age of five years (n=63), and controls were a random sample of women with a singleton born child without CP who survived at least one year after birth (n=182). **Results:** Cases had lower mean hCG concentrations in the first trimester than controls (82,262 IU/l versus 94,510 IU/L, p=0.23). In the second trimester, cases had higher hCG concentrations than controls (32,500 IU/L versus 28,994 IU/L, p=0.44). For the women with low hCG concentrations in the first trimester and high hCG concentrations in the second trimester, the adjusted OR of giving birth to a child with CP was 2.75 (95% CI 0.84-9.04). **Conclusions:** Although our findings were not statistically significant, the imbalance in hCG concentrations in pregnancies with offspring CP, should encourage further search for placental factors as causes of CP.

P6 HOW MANY DAYS DOES A PREGNANCY LAST? CAN KAPLAN MEIER HELP IN THE ESTIMATIONS?

Anne Eskild^{a,d}, Manuela Zucknickb and Tom G. Tanbo^{a,d}

^aDepartment of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital, 1478 Lørenskog, Norway. ^bOslo Centre for Biostatistics and Epidemiology, Institute of Basic Medical Sciences, University of Oslo, 0317 Oslo, Norway. ^cDepartment of Reproductive Medicine, Division of Gynaecology and Obstetrics, Oslo University Hospital, 0424 Oslo, Norway. ^dInstitute of Clinical Medicine, University of Oslo, 0318 Oslo, Norway

Background. *Aims:* To i) calculate the observed duration of IVF pregnancy from fertilization of the oocyte until delivery, and to ii) estimate the duration of pregnancy taking into account that some pregnancies are shortened due to induction of labour or planned caesarian delivery. **Methods.** We included 1917 successful pregnancies after in vitro fertilization (IVF) at Rikshospitalet during the years 1999-2013. The embryos had been cultured for two days. To obtain information about date of delivery, we performed individual linkage to the Medical Birth Registry. We calculated the observed median duration of pregnancy (date of delivery - date of embryo transfer). We also estimated the median duration of pregnancy from embryo transfer by applying the Kaplan Meier method. The Kaplan Meier method (survival analyses) assumes that pregnancies that are shorted by induction of labour or planned caesarean section would have had the same "risk" of spontaneous delivery as other pregnancies, if the intervention had not been performed. **Results.** The observed median duration of pregnancy was 264 days from embryo transfer until delivery (ranges 97 to 288, mean=260.4, SD=16.9 days). When using the Kaplan-Meier method, median pregnancy duration was estimated to 266 days (95% CI 266-267 days). The observed median duration since embryo transfer in IVF pregnancies, corresponds to 280 days in spontaneous pregnancies (+ 2 days of embryo culture + 14 days since first day of last menstruation). The estimated median duration was by using the Kaplan-Meier method corresponds to 282 days in spontaneous pregnancies. **Conclusion.** There is a large interindividual variation in duration of human pregnancy. To account for shortening of pregnancy duration by clinical interventions, the Kaplan Meier methods should be used to estimate the median duration. Thus, the median duration of IVF pregnancies was estimated to 266 days from embryo transfer, corresponding to 282 days from last menstrual period in spontaneous pregnancies.

P7 SAMMENHENG MELLOM BLODSTRØM I UTERINARTERIENE OG FOSTERVEKST

Arneberg HC¹, Andersen TA¹, Lorås L², Torp H³, Scholbach T⁴, Eggebo TM^{1,2}

¹Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim; ²National behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin, St Olavs hospital, Trondheim; ³Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim; ⁴Leipzig Ultrasound Institute, Leipzig, Tyskland.

Bakgrunn. Det er ønskelig å måle total blodstrøm i uterinarteriene, men dette er praktisk vanskelig i daglig praksis. Derfor brukes pulsatil indeks (PI) i daglig praksis. Hensikten med denne studien var å undersøke om det var sammenheng mellom fostervekt og blodstrøm i uterinarteriene i svangerskapsuke 24-25 målt med PixelFlux, med klassisk blodstrømsmåling og med PI. **Metode.** Vi utførte en prospektiv pilotstudie der vi inkluderte 47 kvinner i svangerskapsuke 24-25. Samlet blodstrøm i uterinarteriene ble beregnet ved hjelp av klassisk metode med formelen $0.5 \times T_{Amax} \times radius^2 \times 3.14 \times 60$. T_{Amax} er gjennomsnittlig maksimal-hastighet gjennom hjertesykklus. Videre ble blodstrøm beregnet med PixelFlux metoden. Denne metoden vurderer fargen på hver enkelt bildepixel gjennom hjertesykklus i en Dopplerundersøkelse, og et dataprogram beregner total blodstrøm. Tilsatt undersøkte vi PI og estimerte fostervekt. Fostervekt pr. dag i gjenværende del av svangerskapet ble beregnet ut fra fødselsvekt og estimert fostervekt ved ultralydundersøkelsen. Sammenhenger ble undersøkt med lineær regresjon. **Resultater.** Sammenhengen mellom fostervekt og PixelFlux beregning av blodstrøm var signifikant ($r=0,33$; $p=0,02$). Sammenhengen med klassisk blodstrømsmåling viste $r=0,29$ ($p=0,05$) og vi fant ikke signifikant sammenheng med PI og fostervekt ($r=-0,18$; $p=0,22$). **Konklusjon.** PixelFlux metoden er en enkel og lovende metode som kan være nyttig i klinisk praksis, men større studier er nødvendige før metoden kan anbefales.

P8 RISIKOFAKTORER FOR VENØS TROMBO-EMBOLISME VID HYSTEREKTOMI PÅ BENIGN INDIKASJON

Ellström Engh M¹, Stjern Dahl J², Granåsen G³, Löfgren M³.

¹Kvinnelinikken Akershus universitetssykehus, Lørenskog; ²Sahlgrenska Universitetsjukhuset, Göteborg. ³Institutionen för klinisk vetenskap. Umeå universitet, Umeå.

Bakgrunn. Risikofaktorer for, venøs trombo-embolisme (VTE), er lite studert for hysterektomi på benign indikasjon. Fremfor alt etter de generelle forbedringene i perioperativ pleie og økt bruk av farmakologisk trombose profylakse (FTP). Vi ønsket gjennom bruk av det svenske nasjonale kvalitetsregistret innen gynekologisk kirurgi (www.gynop.com) studere risikofaktorer for VTE i denne gruppen kvinner. Vi ønsket og å studere risikoen for komplikasjoner ved bruk av FTP. **Metode.** Prospektiv register basert observasjonsstudie i perioden 2006- 2015. Data i GynOp registret samles in fra kvinnene og deres behandlende gynekolog som en integrert del av behandlingen. Ved bruk av ICD koder for VTE, samkjørtes data med Patientregistret der alle svenske innbyggere som opereres registreres. **Resultater.** 27 980 kvinner ble inkludert. Majoriteten av kvinnene, 92.1 %, fikk FTP. VTE blev registrert hos 101 (0.4 %) kvinner av disse var 47 (46.5 %) lungeembolier med et dødsfall. Risikofaktorer i den univariate analysen var; tidligere trombose, alder > 75 år, BMI > 30 kg/m², nyresykdom, ASA > 1, laparotomi, operasjonen, vurdert som vanskelig, operasjonslengde > 90 min, bløding > 1000 ml. I den multivariate analysen forble tidligere trombose, alder > 75 år, laparotomi, bløding > 1000 ml risikofaktorer. Det var ingen forskjell i frekvensen av blødnings eller andre komplikasjoner mellom kvinner med og uten FTP. **Konklusjon.** Man har ved et meget høyt bruk av FTP fortsatt flere kjente risikofaktorer for VTE. FTP øker ikke risiko for andre postoperative komplikasjoner.

P9 IMPLEMENTERING AV VEILEDEREN «ET TRYGT FØDETILBUD – KVALITETSKRAV TIL FØDSELSOMSORGEN».

Johansen LT¹, Pay Aa², Broen L¹, Roland B¹, Oian P⁴

¹Avdeling for spesialisthelsetjenester, Statens helsetilsyn, Oslo; ²Avdeling for sykehustjenester, Helsedirektoratet, Oslo; ³Undersøkelsenheten, Statens helsetilsyn, Oslo;

⁴Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Universitetet i Tromsø, Tromsø

Bakgrunn. Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen ble publisert i desember 2010 og skulle gi grunnlag for utvikling av et bedre og mer forutsigbart fødetilbud. I denne artikkelen presenteres opplysninger fra fødeinstitusjonene om etterlevelse av kvalitetskravene, herunder informasjon om seleksjon, fosterovervåking, organisering, bemanning og kompetanse.

Metode. Informasjonen ble innhentet ved bruk av elektronisk spørreskjema i perioden januar – mai 2015. Spørreskjema ble sendt via e-post til medisinsk faglig ansvarlig ved landets fødeinstitusjoner pr. 1 januar 2015 (n=47).

Resultater. Spørreundersøkelsen hadde en svarprosent på 100. Seleksjonskriterier for hvor den gravide skal føde ble oppgitt å være i henhold til kvalitetskravene. Ansvarsområdet til lege og jordmor var ikke beskrevet ved henholdsvis 38,5 % og 15,4 % av fødeinstitusjonene. Få registrerte hvorvidt jordmor var til stede hos den fødende under aktiv fase. Ved fødeavdelingene rapporterte halvparten om ubesatte legestillinger, og en tredjedel av kvinneklinikkene oppga stort behov for jordmøvikarer. Halvparten av fødeavdelingene mente at kvalitetskravene hadde ført til bedre opplæring, men undervisningen var sjelden tverrfaglig eller obligatorisk.

Konklusjon. Studien viser at helseforetakene på flere områder har rutiner som er i henhold til nasjonale kvalitetskrav, men det er fortsatt uklart om de etterleves i praksis. Forbedringsområder er knyttet til rutiner som beskriver ansvarsområder, tilgang på personalressurser og opplæring av ansatte.

P10 FOSTERETS ROTASJON UNDER VAKUMFORLØSNING

Kahrs BH¹, Usman S², Ghi T³, Youssef A⁴, Torkildsen EA⁵, Lindtjørn E⁵, T.Østborg⁵, Benediktsdottir S⁶, Brooks L⁷, Harmsen L⁷, Salvesen KÅ⁸, Lees CC³, Eggebo TM¹.

¹National behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin, St Olavs hospital, Trondheim; ²Fetal Medicine, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College London, London, United Kingdom; ³U.C. Ostetricia e Ginecologia, University of Parma, Bologna, Italy; ⁴Obstetrics and Gynecology, University of Bologna, Bologna, Bologna, Italy; ⁵Kvinneklinikken, Stavanger Univeritetssjukehus, Stavanger; ⁶Department of Obstetrics and Gynaecology, Clinical Sciences, Lund University, Lund, Sverige; ⁷Hvidovre University Hospital, Copenhagen, Danmark; ⁸Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Bakgrunn. Tidlig i fødselsforløpet er 33% av fostrene i occiput posterior (OP) posisjon, men de fleste roterer spontant. Ved fødsel er 5% i OP posisjon. Vi ønsket å undersøke hvor mange foster som roterte under vakumforløsning.

Metode. Vi har gjennomført en prospektiv kohort studie hvor førstegangsfødende med langsom fremgang i andre stadium ble inkludert. Sju fødeavdelinger i Europa deltok i studien. Kvinnene ble inkludert etter 45 minutter med aktiv trykking og når vakumforløsning ble vurdert. Fosterhodets posisjon ble da undersøkt med transabdominal eller transperineal ultralyd. De ble kategorisert i occiput anterior (OA), occiput transvers (OT) eller OP posisjon. Den som gjorde ultralydundersøkelsen var ikke delaktig i den kliniske vurderingen av kvinnen og fødselshjelperen var blindet for ultralyd resultatet.

Resultater. Hos 141/150 kvinner var fosterets posisjon ved ultralyd før vakumforløsning og posisjon ved fødsel kjent. Median tid fra ultralydundersøkelse til start av vakumforløsning var 16 min. 107/141 (76%) var i OA posisjon. 11/141 (11%) var i OT posisjon og 19/141 (13%) var i OP posisjon. 98% av fostrene i OA posisjon før start av vakum ble forløst i OA posisjon. 87% av fostrene i OT posisjon roterte til OA posisjon og 68% av fostrene i OP posisjon roterte til OA posisjon.

Konklusjon. Majoriteten av fostrene i OT eller OP posisjon før vakumforløsning på indikasjon langsom fremgang roterte til OA posisjon under vakumforløsningen. Feilrotasjon fra OA til OP posisjon er sjelden.

P11 TVILLINGSVANGERSKAP MED FOKUS PÅ FORLØSNINGSMETODE OG UTFALL

Barbu C¹, Tandberg A¹, Ebbing C¹, Johnsen SL¹.

¹Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen.

Bakgrunn. Tvillingsvangerskap er assosiert med økt risiko for komplikasjoner og sykkelighet for mor og barn. Vi ønsket å undersøke utfallet av tvillingfødsler ved Haukeland Universitetssjukehus (HUS) i 2016.

Metode. Retrospektiv journalgjennomgang av alle tvillingfødsler ved HUS i 2016. Vi registrerte chorionisitet, preeklampsi, svangerskapsdiabetes, forløsningsmetode, svangerskapslengde, fødselsvekt, Apgar score etter 5 minutter og overflytting til nyfødtavdelingen.

Resultater. 119 tvillingfødsler ble registrert, av disse hadde 113 svangerskapslengde over 23 uker og/eller fødselsvekt over 500g.

21(18,6%) av disse var monochoriale diamnionale (MCMA) og 92(81,4%) var dichoriale diamnionale (DCDA). Et monochoriant monoamnionalt svangerskap ble ekskludert. Blant de MCDA hadde 16(80%) av kvinnene ukompliserte svangerskap, 4(20%) utviklet preeklampsi, og 2(10%) svangerskapsdiabetes. Gjennomsnittlig svangerskapslengde ved fødsel var 33 uker og 9(35%) ble forløst med keisersnitt, 4 elektive og 5 akutte. 36(90%) av barna fikk Apgar score ≥ 7 etter 5 minutter og 24(60%) ble overflyttet nyfødtavdeling.

I gruppen med DCDA hadde 64(70%) av kvinnene ukompliserte svangerskap, 13(13%) utviklet preeklampsi, og 10(12%) svangerskapsdiabetes. Gjennomsnittlig svangerskapslengde var 35 uker og det ble utført keisersnitt i 29(37%) av tilfellene, 18 akutte og 11 elektive. 179(97%) av barna fikk Apgar score ≥ 7 etter 5 minutter og 47(25%) ble overflyttet nyfødtavdeling.

Konklusjon. Ved HUS i 2016 ble 65% av MCDA og 63% av DCDA tvillingsvangerskap forløst vaginalt. Det var høyere forekomst av preeklampsi og overflytning til nyfødtavdeling ved MCDA enn ved DCDA svangerskap.

P12 SVANGERSKAPS-, FØDSELS- OG PLACENTAKOMPLIKASJONER VED ASSISTERT BEFRUKTNING ETTER INNSETT AV DAG 2 EMBRYO ELLER BLASTOCYST

Seljelot EB¹, Stensen FB¹, Svendsgård HK¹, Kjøtrød SB¹

¹Fertilitetsseksjonen ved St Olavs hospital, Trondheim

Bakgrunn. Dyrkning av embryo til blastocyststadiet (dag 5) er i økende grad brukt grunnet svært høy overlevelse etter frys og høye graviditetsrater. Det er imidlertid uavklart om dette gir økt risiko for fødsels- og placentakomplikasjoner sammenlignet med tilbake-setting (embryo transfer, ET) av embryo dag 2. Målet med denne kvalitetsstudien er å evaluere pasientsikkerheten ved introduksjon av blastocystdyrkning og –vitrisering (frys dag 5) i vår avdeling.

Metode. Vi startet med dyrkning og vitrisering av blastocyster i mai 2013. ET av ferske embryo ble hovedsakelig gjort dag 2 etter befruktning, og de antatt to beste embryoene ble frosset ved hjelp av slow freeze-teknikk samme dag. Øvrige embryo av god kvalitet ble vitrisert som blastocyster. Data rundt svangerskap og fødsel er hentet ut fra pasientenes MFR-skjema.

Resultater. I perioden mai 2013 til desember 2015 ble det totalt 1054 singelsvangerskap etter ET. Ved sammenligning av graviditet etter fryseforsøk med dag 2 embryo eller blastocyst fant vi ingen forskjeller i abortrate, fødselsrate, fødselsvekt, gestasjonsalder ved fødsel, preeklampsi, postpartumblødning eller placentakomplikasjoner. I likhet med tidligere studier fant vi en signifikant høyere fødselsvekt (+205g) ved fryseforsøk sammenlignet med ferskforsøk. Vi fant også flere kliniske aborter, postpartumblødninger og fastsittende placentaer i gruppen som var gravid etter fryseforsøk sammenlignet med ferskforsøk.

Konklusjon. Det ser ikke ut til å være forskjell i komplikasjonsraten ved svangerskap og fødsel i graviditeter etter tilbakesetting av ulike typer fryste embryo. Obstetrikere og jordmødre bør være obs på en høyere andel placentakomplikasjoner som eksempelvis postpartumblødning og fastsittende placenta når en kvinne er gravid etter fryseforsøk.

P13 POSTOPERATIVE INTRAABDOMINALE INFEKSJONER ETTER TLH, EN PILOTSTUDIE.

Thorarinsdottir S¹, Bohlin T¹, Grude N², Putz A¹, Skroppa S¹

¹Gynekologisk avdeling, Sykehuset Vestfold. ²Mikrobiologisk avdeling, Sykehuset Vestfold.

Bakgrunn. På bakgrunn av en høy lokal og nasjonal rate av postoperative intraabdominale infeksjoner etter Total Laparoskopisk Hysterektomi (TLH) ønsket man ved Gynekologisk avdeling i Vestfold å kartlegge årsaker til dette.

Metode. I februar 2017 gjennomførte man en pilotstudie med 5 pasienter. Pasienter ble inkludert med operasjonsdato fra 15.02.17-19.02.17 som ble operert med Total Laparoskopisk Hysterektomi (NCSP Kode LCD04 og LCD01). Samtidig ble pasientene registrert i NGER. Etter prosedyre ble det vasket sterilt og det ble gitt standard antibiotikaprofylakse Cefuroxim 1,5g og Flagyl 1,5g preoperativt. På operasjonsstuen tok man bakterieprøver av pasienten som inkluderte prøve fra skjedevegg, perineum, cervix, navle og suprasymfysært hvor hjelpetrokarer ble satt og tuppen av uterinmanipulatoren, og i tillegg en urinprøve (kateterprøve).

Resultater. Resultatene viste at pasient 1, 2 og 5 hadde ingen funn av patogener. Pasient nr 3 hadde oppvekst av patogene Streptokokker gruppe G og E.coli på prøven fra cervix og vaginalveggen. Pasient 4 hadde oppvekst av 2 typer E.Coli fra perineum. Pasient nr 3 kom tilbake 9. postoperative dag med akutt infeksjon i vaginaltoppen med sekresjon av puss og almennsymptomer. Behandlet med antibiotika iv. Bakterieprøve fra skjeden viste oppvekst av E.Coli.

Konklusjon. I lys av funnene valgte man å sette i gang et større forskningsprosjekt hvor man ønsker å 1) Identifisere mulige kilder til postoperative infeksjoner og 2) sammenligne ulike antibiotika profylakser i 2 like grupper av pasienter som får utført Total Laparoskopisk hysterektomi. Målet med denne studien er å prøve å finne forbedringspotensialer ved TLH rutinene for å redusere infeksjonsraten. Prosjektet er søkt REK og er pr tiden under behandling der.

P14 SUBSEQUENT PREGNANCIES IN WOMEN WITH EPILEPSY, OBSTETRIC COMPLICATIONS AND THE EFFECT OF PARITY

Danielsson K^{1,2}, Borthen I³, Gilhus NE^{2,3}, Morken NH^{1,4}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen; ²Department of Clinical Medicine, University of Bergen; ³Department of Neurology, Haukeland University Hospital, Bergen; ⁴Department of Clinical Science, University of Bergen.

Background: Women with epilepsy (WWE) have increased risk of obstetric complications with consequences for the mother and child and even concluding reproduction for some. There are no studies on complications in subsequent pregnancies in WWE or the impact of antiepileptic drugs (AEDs).

Methods: Population-based study of all first and second pregnancies in the Medical Birth Registry of Norway 1999-2013. Risks were estimated for second pregnancies, recurrent complications and changes within WWE treatment subgroups. Outcomes were hypertensive disorders, bleeding in pregnancy, induction of labour, cesarean section, postpartum hemorrhage and preterm birth.

Results: 361 588 women, of whom 211 248 had subsequent pregnancies and 1074 (0.5 %) had epilepsy in both pregnancies, were examined. 406 WWE used AED in both pregnancies, the four most common monotherapies being: lamotrigine (N=118), carbamazepine (N=83), valproate (N=44), and levetiracetam (N=27). In subsequent pregnancies, only elective cesarean section (adjusted OR = 1.7, 95% CI: 1.4 -2.0) and induction of labour (adjusted OR = 1.5, 95% CI: 1.2 -1.7) were increased in WWE compared to women without epilepsy. The risk of recurrent complications for all outcomes except postpartum hemorrhage and severe preeclampsia, was increased in total WWE, WWE with, and WWE without AEDs. From first to second pregnancy there was a reduction in any hypertensive disorder, mild preeclampsia, emergency cesarean section, postpartum hemorrhage (>500ml), preterm birth and increase in elective cesarean section in WWE.

Conclusions: There is a significant change in risk of obstetric complications across parity for WWE. Most second pregnancies in WWE do not have an increased risk of biological complications.

P15 TRUKKET

P16 TRUKKET

P17 PERIMORTEM KEISERSNITT-SIMULATORTRENING OG VIRKELIGHET

Ringen IM¹, Bolås O¹, Einvik S²

¹Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital HF; ²Akuttmedisinsk fagavdeling, St. Olavs hospital HF.

Bakgrunn. Hjerterestans hos gravid kvinne over 24 ukers graviditet har høy mortalitet fordi stor del av mors sirkulasjon går til foster. Redusert venøs retur hos mor vanskelig gjør resusitering . Hjerter lunge redning (HLR) mens uterus skyves mot venstre, og keisersnitt etter 3 minutter ved manglende respons på HLR, er anbefalt tiltak for effektiv resusitering for mor.

Metode. Gynekologer som går i vakt ved St Olavs hospital ble trent i perimortem keisersnitt fra simulatorsenteret. Øvelsen bestod av arrangert problemsstilling med hjerterestans hos høygravid med tilkalling av vakt team på 2 gynekologer, jordmor og anestesilege, med evaluering etter hver gjennomgang. Sommeren 2015 var det et tilfelle med hjerterestans hos gravid ved 26 uker i Trondheim.

Resultater. Pasienten fikk hjerterestans hjemme og ble transportert til sykehus under pågående HLR. Perimortem keisersnitt ble utført ved ankomst akuttmottak, 28 minutter etter hjerterestans inntraff. Det var god endetidal CO2 under resusitering. Kvinnen døde, årsak til hjerterestans var malign arytmi. Barnet overlevde uten sekvele ved 1 års alder. Hendelsen ble bredt gjennomgått etterpå. Vi vil dele vår erfaring fra gynekologs synspunkt

Konklusjon. Simulatortrening for perimortem keisersnitt var av stor betydning for å kunne følge anbefalte retningslinjer i en sjelden og krevende situasjon. Kasusistikken har tidligere vært publisert fra anestesi synspunkt.

P18 BETABLOKKERBRUK HOS MOR ER KNYTTET TIL LAVERE FØDSELSVEKT HOS BARN AV HJERTESYKE GRAVIDE

Wiull H¹, Haualand R¹, Henriksen T², Letting A³, Almaas V³, Langesæter E⁴, Estensen M³, Sørbye IK²

¹Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo; ²Nasjonalt behandlingstjeneste for hjertesyrke gravide, Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet;

³Nasjonalt behandlingstjeneste for hjertesyrke gravide, Kardiologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet; ⁴Nasjonalt behandlingstjeneste for hjertesyrke gravide, Anestesiavdelingen, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet.

Bakgrunn. Maternell hjertesyrkekompliserer mellom 0.2- 4.0% av alle svangerskap. Betablokker er hyppig anvendt blant hjertesyrke kvinner. Risiko for vekstrestriksjon hos foster ved eksponering for betablokker har vært vist blant gravide med hypertensjon, men få studier har undersøkt gravide der indikasjon for betablokkade er maternell hjertesyrkekompliserer. Formålet med denne studien var å undersøke assosiasjonen mellom bruk av betablokker i svangerskapet og barnets fødselsvekt og z-score i en kohort av hjertesyrke gravide.

Metode. Retrospektiv kvalitetssikringsstudie blant fødende med hjertesyrkekompliserer (ICD 0.994) ved Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet mellom 2006-2015. Vi sammenlignet gjennomsnittlig fødselsvekt, Z-score og andel med Z-score under 10 percentilen (SGA) blant barn av eksponerte (betablokkerbruk) og ikke-eksponerte hjertesyrke gravide ved lineær og logistisk regresjonsanalyse.

Resultater. Vi identifiserte 540 svangerskap blant 474 kvinner. En tredel (30%) var behandlet med betablokker, hvorav 87% med metoprolol. Barn av mødre eksponert for betablokker veide i gjennomsnitt 334 gram mindre enn ikke-eksponerte (B=-334, 95% CI -451, -2259, p<0.001). Etter justering for blant annet gestasjonsalder og grad av hjertesyrkekompliserer gjenstod en forskjell på -88 gram. Risiko for SGA foster var økt 4 ganger blant kvinner eksponert for en høy betablokkerdose sammenlignet med ikke-eksponerte (OR 4.4, 95% CI 2.1-9.4, p<0.001). Barn av både eksponerte og ikke-eksponerte kvinner hadde z-score < nasjonale referanseverdier.

Konklusjon. Eksponering for betablokker er knyttet til økt risiko for foster med SGA og lett redusert fødselsvekt, men forskjellene er moderate. Hjertesyrke gravide bør informeres om at betablokkerbruk er trygt. Dagens praksis med monitorering av fostervekst bør opprettholdes.

P19 GYNEKOLOGISKE FISTLER ETTER KIRURGI/STRÅLE-BEHANDLING; EN BEHANDLINGSSERIE OVER 20 ÅR

Kaur N¹, Ringdal EK¹, Thornhill HF², Kiserud T^{1,2}, Trovik J^{1,2}

¹Institutt for Klinisk Medisin 2, Universitetet i Bergen, Bergen; ²Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler, Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen.

Bakgrunn. Underlivsfistler fører til ukontrollert lekkasje av urin og avføring og er en fryktet fødselskomplikasjon i utviklingsland. Kirurgi eller strålebehandling er en vanligere årsak til fistler i industrialiserte land.

Metode. Siden 1995 har KK, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen fått henvist pasienter med underlivsfistler, fra 2011 formelt som nasjonal behandlingstjeneste. Informasjon om fistelårsak, behandling og oppfølging blir registrert prospektivt.

Resultater. 287 kvinner ble diagnostisert med underlivsfistel i perioden 1995-2015, 125 (44%) var relatert til kirurgi eller strålebehandling. 111 samtykket til registrering og 32 (29%) var henvist utenfra Helse-Vest. Kirurgi (uten ledsagende stråling) var årsak hos 84 kvinner (76%), strålebehandling hos 27. Hos 4/27 (15%) affiserte strålefistler både urinveier og tarm. En kvinne hadde urethro-vaginalfistel to ganger, gir totalt 116 fistler behandlet. Urinveisfistlene (68/116) var vesentlig relatert til hysterektomi (42/68, 62%), 8(12 %) etter TVT/Nettplastikk samt 8 strålebettinget. Enterogenitalfistlene (48/116) var strålebettinget hos 25/48 (52%), 15 relatert til tarmoperasjoner (31%) og 7(15%) etter vulvo-vaginale prosedyrer. Kirurgisk forårsakete fistler ble behandlet med vaginal fistelplastikk hos 67/85, 7 abdominal fistelprosedyre og 73/74 (99%) tilhelte. 6/68 urinveisfistler tilhelte etter kun kateterdrenasje. 5/48 kvinner fikk kun enterostomi hvorav 3 tilhelte. Av strålefistlene ble 8 (26%) operert med vaginal fistelplastikk mens 20(65%) fikk primært urin-/tarmavledningsprosedyre. Kun 6/31 (19%) av strålefistler tilhelte. De kirurgisk relaterte fistler som ikke tilhelte var alle hos kvinner med avansert kreftsykdom.

Konklusjon. Fistler etter kirurgi har svært god prognose ved behandling ved Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler. Strålefistler lar seg vanskelig behandle med kirurgi og permanent deviasjon blir derfor oftest endelig løsning for dem.

P20 KIRURGISK BEHANDLING AV ENDOMETRIOSE; EN 5-ÅRS SYKEHUSKOHORT

Foss LF¹, Veddeng A¹, Trovik J^{1,2}

¹KK, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; ²Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen.

Bakgrunn. Endometriose karakteriseres ved underlivssmerter og subfertilitet. Diagnosen stilles ved laparoskopi. KK, Haukeland har omfattende kompetanse på avansert kikkhullskirurgi og fra 2010 i økende grad radikaloperert endometriosepasienter.

Vi ønsket å identifisere alle pasienter med kirurgisk verifisert endometriose og systematisk kartlegge preoperative symptomer/karakteristika, peroperativ sykdomsutbredelse samt utfall av behandlingen.

Metode. Retrospektiv journalgjennomgang for kvinner diagnostisert som N80 med samtidig NCSP prosedyre ved KK, Haukeland 1.1.2010-31.12.2014.

Resultater. Av 335 kvinner med relevante kodekombinasjoner fikk 263 bekreftet endometriosed diagnose, hvorav 42 (16%) hadde multiple inngrep. Kroniske bekkensmerter var angitt hos totalt 57/263 kvinner, sykliske smerter hos 124, dyspareuni hos 47 og dyschezi hos 15. Infertilitet var hovedsymptom hos 12 kvinner. Laparoskopi med ekstirpasjon/ablasjon av peritoneale lesjoner ble utført hos 74/263 kvinner (28%), adnexprosedyrer hos 124 (74%) og hysterektomi hos totalt 80 (30%). 7 kvinner (3%) fikk ekstirpert endometriose fra sectioarr. Totalt 9/305 (3%) av prosedyrene ble konvertert til laparotomi, 6/80 (8%) ved hysterektomi. Det ble beskrevet rest-endometriose ved 122/305 inngrep (40%), mens ved hysterektomiene ble 64/80 (80%) radikalt operert. Median rASRM-skår ved hysterektomiene var 30,5 (95% KonfidensIntervall 20-32), 25,0 (95%KI 23-30) ved adnexkirurgi og signifikant lavere ved kun peritoneal endometriosefjerning 5,0 (95%KI 4-6), p<0,001 Kruskal Wallis test. Komplikasjoner av ulik alvorlighetsgrad oppstod ved 32/305 (10%)prosedyrer, hvorav 23/80 (29%)ved hysterektomi. Totalt 9 tarmskader, 4 urinveisskader, 8 blødning, 6 infeksjon og 5 reinnleggelse/annet. Justert for rASRM-skår og radikalitet var hysterektomi uavhengig risikofaktor for komplikasjon, p=0,013 HR 13,9 (95%KI 1,7-112,2).

Konklusjon. Endometriosekirurgi kan oftest gjennomføres laparoskopisk, men radikal operasjon med hysterektomi innebærer fortsatt betydelig risiko for komplikasjoner.

P21 MUSKELSKADER I BEKKENBUNNEN, – HVILKEN ROLLE SPILLER VAGINAL PARIET?

Volloyhaug I^{1,2}, Guzman-Rojas R³, Salvesen KÅ^{1,2},

¹Kvinneklivnikken, St Olavs hospital, Trondheim; ²LBK, NTNU, Trondheim; ³Clinica Alemana, Santiago de Chile.

Bakgrunn. Skader på bekkenbunnsmuskulatur under fødsel er en viktig risikofaktor for inkontinens og descens senere i livet. Tidligere studier har vist økt forekomst av inkontinens og descens med økende paritet. Vi ønsket å undersøke forekomsten av skade på levator-muskulatur og analsphinkter i forhold til vaginal paritet.

Metode. Vi undersøkte 608 kvinner med 3D/ 4D transperineal ultralyd 15-20 år etter første fødsel. Ultralydvolumene ble brukt til å diagnostisere signifikant levatormuskelskade (defekt muskelfeste i alle tre sentrale plan på en eller begge sider ved tomografisk ultralyd) og defekt i indre eller ytre analsphinkter (≥30° defekt i ≥4/6 plan på tomografisk ultralyd). Vi sammenliknet kvinner med vaginal paritet 0 (kun keisersnitt), 2, 3 og ≥4 med referansegruppen (paritet 1) og beregnet odds ratioer for muskelskade med X2 og Fishers eksakte test.

Resultater. Vi fant en signifikant økning i levator- og analsphincterskade fra paritet 0 (0%, 0%) til paritet 1 (23%, 20%), OR ∞ (95% CI 10-∞), p<0.01. Vi fant ingen ytterligere økning i levator og analsphincterskader etter 2 [(26%, 22%), OR 1.2 (95% CI 0.7-2.0), OR 1.1 (95% CI 0.6-2.0)], 3 [(15%, 13%), OR 0.6 (95% CI 0.3-1.2), OR 0.6 (95% CI 0.3-1.2)], og ≥4 fødsler [(18%, 4%), OR 0.7 (95% CI 0.2-2.1), OR 0.2 (95% CI 0.02-1.3)], p >0.05.

Konklusjon. Vaginal paritet er sterkt assosiert med levatormuskel- og analsphincterskader. Etter første vaginale fødsel fant vi ingen økt forekomst av muskelskader med økende paritet. Kvinner med en vaginal fødsel har trolig ingen gevinst av keisersnitt for å forebygge ytterligere skade på bekkenbunnsmuskulatur.

P22 PROGNOTISKE FAKTORER OG FØDSELSMÅTE VED DYPT SETE AV PLACENTA OG PLACENTA PREVIA – EN KLINISK OBSERVASJONSSTUDIE.

Forsse D¹, Kessler J¹, Vietheer A¹, Karlsen H¹, Moen I¹, Bakke K¹, Johnsen SL¹, Ebbing C¹

¹Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

Bakgrunn. Aktuelle retningslinjer anbefaler keisersnitt ved dypt sete av placenta (DSP), men evidensen for dette er ikke solid. Vi ønsket å tilby selekterte pasienter med DSP forsøk til vaginal fødsel, også ved avstand <10 mm til indre mormunn.

Metode. I mars 2015 startet rekruttering til en kohort av kvinner med DSP eller placenta previa (PP). Disse ble fulgt med gjentatte ultralydundersøkelser fra diagnosetidspunkt frem til fødsel.

Resultater. Inntil juni 2017 var 67 pasienter inkludert i studien, 62 hadde født. Av 37 pasienter med PP diagnostisert før uke 24 persistererte den hos 12 (37%) frem til siste undersøkelse før fødsel. PP med overlapp <20 mm før uke 24 (n=20) var forbundet med 10% risiko for PP ved siste kontroll før fødsel, mens PP med >20 mm overlapp (n=17) hadde en tilsvarende risiko på 59%. I DSP-gruppene med 0-10 mm, 11-20 mm, og >20 mm avstand ble henholdsvis 60%, 38% og 14% forløst med keisersnitt. 8 av 13 deltakere med siste målte avstand 0-20mm fikk gå i fødsel; 7 fødte vaginalt og ingen ble konvertert til keisersnitt grunnet blødning.

Konklusjon. Grad av placentaoverlapp i andre trimester er en risikofaktor for placenta previa ved fødsel. Risiko for elektivt eller akutt keisersnitt ser ut til å øke med dypere sete av placenta. Preliminære data tyder på at seleksjon til vaginal fødsel ved dypt sete av placenta kan være forsvarlig. Det er nødvendig å inkludere flere deltakere, spesielt for å vurdere utfall av fødselsmåte ved kort avstand mellom placentakant og indre mormunn.

P23 ARE PREOPERATIVE HISTOLOGY AND MR SUITABLE FOR RISK CLASSIFICATION OF ENDOMETRIAL CANCER (EC)?

Lindemann K, Smogeli E^{1,2}, Cvancarova M^{3,4}, Wang Y¹, Davidson B^{2,5}, Kristensen G^{1,6}

¹Department of Gynecological Cancer, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital, Oslo; ²University of Oslo, Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, Oslo; ³Dep of Nursing and Health Promotion, Faculty of Health Science, Oslo; ⁴Akershus University College of Applied Sciences, Oslo; ⁵Department of Pathology, Oslo University Hospital, Oslo; ⁶Institute for Cancer Genetics and Informatics, Oslo University Hospital, Oslo.

Background. Treatment of EC, particularly lymphadenectomy, is tailored according to preoperative risk classification. In Norway, preoperative histology and MR are used to classify patients as low, intermediate or high risk. We evaluated the diagnostic performance of these preoperative assessments and the clinical outcome of low risk patients.

Methods. We retrospectively included EC patients treated at the Oslo University Hospital between 2005 and 2013. Eligibility criteria included a centrally reviewed endometrial sample, and, for comparison of risk groups, a preoperative assessment with MR and no evidence of distant disease.

Results. Among 665 patients, histology was correctly classified as type I EC in 455/477 (95%) patients. Grade for type I tumors was upgraded to grade 2 in 15%, to grade 3 in 1.6%. Type II was correctly predicted in 110/148 (74%) of the cases. For low risk, the PPV was 86.8% (95% CI: 80-92%), the NPV was 63% (95% CI: 58-68%). Of the 123 low risk patients, the vast majority (75%) was treated with hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy only. 25% underwent at least pelvic lymphadenectomy, 0.8% had positive lymph nodes. After median 4.1 years, 4.9% patients had relapsed. 5 year PFS and OS were 96% (95% CI: 90-98%) and 89% (95% CI: 81-94%), respectively.

Conclusions. The high PPV and the excellent outcome of patients preoperatively assessed as low risk EC support the strategy to use centrally reviewed preoperative histology and MR to tailor surgery. The omission of routine lymph node assessment in low risk patients did not compromise oncological outcome.

P24 UNDERDIAGNOSTISERING AV PASIENTER MED PRIMÆR OVARIALSVIKT

Roang, BM¹, Sagen JV², Ræder MB³,

¹Stud med, Universitetet i Bergen; ²Hormonlaboratoriet, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ³Kvinneklinnen, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

Bakgrunn. Primær ovarialsvikt karakteriseres av amenore og serum gonadotropin-nivå med postmenopausalt nivå hos kvinner under 40 år. Det er mangelfull kunnskap om denne pasientgruppen i klinisk praksis, og behandlingen som gis.

Metode. For å kunne studerer standard oppfølging av denne pasientgruppen etablerte vi et kvalitetsregister for pasienter med premature ovarialsvikt ved Haukeland Universitetssykehus. Studiepopulasjon ble identifisert ved hjelp av et kombinert søk i ICD-10 diagnoser og ved et systematisk søk i laboratoriedatabasen ved sykehuset.

Resultater. Ved å bruke ICD-10 søk alene ble 112 pasienter identifisert, og dette antallet økte til 353 pasienter (215%) ved å legge til pasienter som ble identifisert ved hjelp av søk i laboratoriet-databasen. For pasienter identifisert ved hjelp av ICD-10 diagnose fant vi opplysninger om hormonbehandling hos 66% i motsetning til kun hos 24 % identifisert kun ved hjelp av søk i laboratoriedatabasen (p<0,05). Ved en gjennomgang av journalene til pasienten fant vi i alt 11 ulike betegnelser på tilstanden. For mange av pasientene manglet det en vurdering og utredning av årsaken til ovarialsvikt I journalen deres, selv om de var sett av gynekolog.

Konklusjon. Denne studien viser at søk i ICD-10 koder i liten grad kan brukes til å identifisere spesielle pasientgrupper på sykehus, på grunn av ufullstendig kodesetting av klinikere. For pasienter med premature ovarialsvikt finner vi også inkonsekvent terminologibruk og ofte ufullstendig diskusjon av etiologi og behandling av tilstanden.

P25 TRUKKET

P26 BEHANDLING AV BLØDNINGSPLAGER VED FJERNING AV LIVMORSLIMHINNEN: EVALUERING AV BEHANDLING I TO TIDSPERIODER

Rinnan K¹, Bergensen LF¹, Helleland L², Hordnes K³, Engelsen IB³, Trovik J^{1,2}

¹Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen; ²KK, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ³Spesialistpoliklinikken Betanien, Bergen.

Bakgrunn. Blødningsforstyrrelser kan behandles minimalt invasivt ved hysteroskopisk destruksjon av endometriet (TCER), eller submukøse myom (TCMR). Knapt 20% av kvinnene vil senere få gjennomført hysterektomi. Vi har tidligere gjennomgått behandlingskohorten 1992-98, 386 kvinner TCER/TCMRbehandlet, ved KK, Haukeland. Vi ønsket å gjennomgå en senere behandlingskohort der endometriedestruksjon (NEAS) er inkludert som operasjonsmetode.

Metode. Retrospektiv journalgjennomgang supplert med pasientrapporterte oppfølgingsdata (spørreskjema) for kvinner operert med TCER(LCB28), TCMR(LCB25) eller NEAS(LCA16) ved KK, Haukeland Universitetssykehus 2006-2014. Data ble sammenliknet med 1992-98 kohorten (n=239 TCER, 11 TCMR og 136 TCER+TCMR).

Resultater. I 2006-2014 kohorten hadde totalt 786 kvinner blitt operert med nevnte prosedyrer hvorav 468 (60%) samtykket til inklusjon; 206/468 (44%) TCER, 107 (23%) TCER+TCMR, 21(5%) TCMR og 135 (29%) NEAS. 450/468 (96%) besvarte spørreskjema. Alder, paritet, menopausestatus, størrelse uterinkavititet (sondemål) eller median blødningsdager pr/syklus var ikke signifikant forskjellig i de to tidsperioder eller for kvinner operert med NEAS versus de hysteroskopiske behandlingsgruppene (alle p>0,05). NEASprosedyren hadde signifikant færre perioperative komplikasjoner samt kortere knivtid enn de hysteroskopiske prosedyrer, median 13 minutter (95%KI 12-15) mot 30 minutter (95%KI 27-30, p<0,001). Signifikant flere kvinner rapporterte å være fornøyd med behandlingen 383/452 85% i siste periode mot 157/214 (74%), p=0,001 til tross for at frekvens som senere ble hysterektomert var den samme 14% og 15% , p=0,922. Kvinner operert med NEAS rapporterte samme grad av fornøydhet (85%, p=0,201) og hadde litt lavere hysterektomirrate (8%, p=0,027) enn kvinner behandlet med hysteroskopiske inngrep.

Konklusjon. NEAS kan være et godt alternativ til hysteroskopi ved kirurgisk behandling av blødningsforstyrrelser.

P27 MOMATEC2; MOLECULAR MARKERS IN ENDOMETRIAL CANCER. FØRSTE INTERIMANALYSE

Trovik J^{1,2}, Krakstad C^{1,2} Momatec² samarbeidspartnere^{3*}, Werner HMJ^{1,2}

¹Kvinneklinnen, Haukeland universitetssykehus, Bergen; ²Centre for Cancer Biomarkers, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen; ³Kvinneklinnen Helse-Førde sykehus, Førde; Ålesund sykehus, Ålesund; Akershus universitetssykehus, Lillestom, Universitetssykehus Nord Norge, Tromsø; Nordlandssykehuset, Bodø; Sørlandet sykehus, Kristiansand; Stavanger universitetssykehus, Stavanger; Universitetssykehuset i Lublin, Polen

Bakgrunn. Flere prospektive studier har vist at lymfadenektomi bidrar til korrekt stadiefastsettelse men ikke øker overlevelse for kvinner med endometrieccancer. Hos pasienter med tidlig FIGO (Federation International Gynecologie Obstetrique) stadium er det kun et lavt prosenttall pasienter med lymfeglandelmetastaser. Lymfadenektomi gir økt risiko for komplikasjoner inkludert langvarig underkstremitetslymfødem. Tap av hormonreseptorer østrogen (ER) og progesteron (PR) er vist i flere studier å være assosiert med økt risiko for glandelmetastaser.

Metode. Momatec2 er en fase 4 implementeringsstudie som undersøker effekten av å måle ER og PR i preoperativ endometriobiopsi for å identifisere pasienter med økt risiko for glandelmetastaser hos ellers antatt lav og middels risiko stadium 1 pasienter. Pasienter med positiv hormonreseptorstatus unngår lymfadenektomi, mens det utføres lymfadenektomi ved reseptortap. Pasienter med høyrisiko sykdom eller avansert sykdomsstadium får rutinebehandling (inkluderer lymfadenektomi). For interimanalyse ett år fra oppstart har kun resultater fra Bergen blitt analysert.

Resultater. 81 pasienter har blitt inkludert, 49 (63%) hadde lav eller middels risiko. Det var protokollbrudd for 6 pasienter (lymfadenektomi utført imot protokoll) og protokoll ble korrekt fulgt for 38 pasienter (86%). Tre pasienter hadde hormonreseptortap og fikk korrekt utført lymfadenektomi, som var negativ. Ingen av pasienter med protokollbrudd (0/6) hadde glandelmetastaser. Så langt har kun 1 pasient fått residiv (stadium 1b endometrioid grad 3, dvs. dårlig differensiert), lymfadenektomi var korrekt utført og adjuvant kjemoterapi mottatt).

Konklusjon. Ved 1. interimanalyse ble det ikke oppdaget økt tilbakefall fra endometrieccancer i Momatec2 kohorten. Prosenttall pasienter identifisert med tap av hormonreseptorer var likevel lavt og må følges nøye.

P28 GIR MANCHESTERPLASTIKK TILSTREKkelig LØFT APIKALT?

Oversand SH^{1,2}, Staff AC^{1,2}, Borstad E¹, Svenningsen R¹

¹Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus ²Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Bakgrunn. Et argument mot Manchesterplastikken har vært at metoden ikke løfter midtre skjededel (compartment) godt nok. Metoden omfatter en ligamentplastikk hvor cardinal- og sacrouterinligamentene settes av, forkortes og repositioneres. Cervix trekkes således opp og inn i bekkenet og hever midtre compartment. Vi har undersøkt subjektive og objektive resultater ett år etter gjennomgått Manchesterplastikk.

Metode. Prospektiv kohortstudie av 153 kvinner operert med Manchesterplastikk ved Oslo universitetssykehus i perioden oktober 2014 til juni 2016. Kvinnene ble undersøkt preoperativt og 1 år postoperativt med POP-Q målinger. Subjektive utkomme ble vurdert med validerte spørreskjemaer (PFDI-20 og PISQ-12).

Resultater. Postoperativ årskontroll ble gjennomført hos 97 % (148/153). Det var signifikant gjennomsnittlig endring i alle compartment ($p < 0.01$): Midtre compartment: C: - 4.7 (SD 2.9) og D: - 0.7 (SD 2.0), fremre compartment: Ba: - 2.9 (SD 1.8) og bakre compartment: Bp: - 1.7 (SD 1.4). POP-Q var blitt grad 0-1 ved årskontrollen hos 99% av kvinnene i midtre compartment (C < -1), hos 97 % i bakre compartment (Bp < -1), men kun hos 49 % i fremre compartment (Ba < -1). Gjennomsnittlig reduksjon i bekkenbunnsplager (PFDI-20) var 52 poeng ($p < 0.01$), mens gjennomsnittlig reduksjon i seksuell dysfunksjon (PISQ-12) var 1.6 poeng ($p < 0.05$). Totalt 96 % anga å være helt bra eller bedre av sine descensplager.

Konklusjon. Manchestermetoden synes å gi et svært godt løft av midtre compartment. De anatomiske resultatene er ikke like gode i fremre compartment, men til tross for dette anga 96 % å være bedre eller helt kureret av sine symptomer.

P29 EFFICACY AND OUTCOMES OF LAPAROTOMY (LAP) VERSUS MINIMAL ACCESS SURGERY (MAS) IN RE-STAGING OF APPARENT EARLY-STAGE OVARIAN AND FALLOPIAN TUBE CARCINOMA

Eriksson AG, Fallaas GD, Eyjolfsson B, Wang Y

Objective To compare efficacy and outcomes of MAS to LAP in re-staging of epithelial adnexal carcinoma.

Methods All cases with presumed early-stage adnexal carcinoma referred to our institution for re-staging were identified from 02/2006-02/2017. Patient and tumor characteristics, operative findings, complications and recurrences were documented. Appropriate statistical tests were applied.

Results Among 98 cases, 53 (54%) underwent LAP and 45 (46%) MAS; 29 (64%) robotic, 16 (36%) laparoscopic. When comparing the LAP and MAS groups, there was similar age, body mass index, stage, histologic subtypes, number of patients who underwent omentectomy and hysterectomy, number of pelvic lymph nodes removed, omental weight, detection of nodal and omental metastasis, number of patients who were upstaged, and number and sites of recurrences. Mean estimated blood loss (287ml ± 208 vs 76ml ± 58, $p < 0.001$) and hospital stay (7.4 days ± 3.2 vs 3.9 ± 2.8, $p < 0.001$) were lower for MAS, operative time (162minutes ± 49 vs 216minutes ± 69, $p < 0.001$) was longer. Mean number of para-aortic nodes removed was 8.7 ± 5.9 (MAS) vs 4.7 ± 4.4 (LAP) ($p = 0.005$) respectively. There were similar operative- and 30-day complication rates for both groups. Time from re-staging until initiation of adjuvant therapy was 21.3 days (± 11.2) in the MAS group and 40.5 days (± 62.4) in the LAP group ($p = 0.064$). There was no difference in PFS ($p = 0.47$) or OS (0.70) between groups.

Conclusion Re-staging of adnexal carcinoma by MAS is feasible and safe without compromising efficacy or oncologic outcome. Time from re-staging to adjuvant chemotherapy trends towards being shorter with MAS.

Rekker du det?

Informasjon om inkontinens



Astellas Pharma | Solbråveien 47 | 1383 Asker
Telefon 66 76 46 00 | kontakt.no@astellas.com
www.betmiga.no | www.astellas.no



Blæren.no



Kyleena 1«Bayer AB»1
Antikonsepsjonsmiddel. Reseptgruppe:C ATC-nr.: G02B A03
INTRAUTERINT INNLEGG 19,5 mg: Hvert intrauterint innlegg inneholder: Levonorgestrel 19,5 mg, polydimetylsiloksanestomer, kolloidal vannfri silika, polyetylen, bariumsulfat, polypropylen, kobberfaloocyanin, sølv.1

Indikasjoner: Antikonsepsjon i opptil 5 år.
Dosering: Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonsdag. Har effekt i opptil 5 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjonssyklusen. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Innsetting post partum bør utsettes inntil fullstendig involusjon av uterus er nådd, og tidligst 6 uker etter fødsel. Ved betydelig forsinket involusjon må det vurderes å vente opptil 12 uker post partum. Ved vanskelig innsetting og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter innsetting, skal tiltak som fysisk undersøkelse og ultralyd startes umiddelbart for å utelukke perforasjon. Fysisk undersøkelse er ikke alltid tilstrekkelig for å utelukke delvis perforasjon. Skiller seg fra andre innlegg ved salvring synlig ved ultralyd og blå uttakstråder. Inneholder bariumsulfat som er synlig ved røntgenundersøkelse. Innlegget tas ut ved å trekke forsiktig i trådene med tang. Dersom trådene ikke er synlige og ultralyd bekrefter at innlegget fortsatt er i livmorhulen, kan det tas ut med en smal tang. Dilatasjon av cervikalkanalen eller kirurgisk inngrep kan da være nødvendig. Bør tas ut senest mot slutten av det 5. året. Ved ønske om å fortsette med samme prevensjonsmetode, settes et nytt innlegg inn umiddelbart etter uttak av det forrige. For å unngå graviditet, bør innlegget tas ut i løpet av de første 7 dagene av menstruasjonen, forutsatt regelmessige menstruasjoner. Dersom innlegget fjernes på en annen tid i syklusen, eller kvinnen ikke har regelmessige menstruasjoner, og samleie har forekommet den siste uken, er det risiko for graviditet. For å sikre kontinuerlig prevensjonseffekt skal nytt innlegg settes inn umiddelbart eller alternativ prevensjon initieres. Etter at innlegget er tatt ut, bør det sjekkes at det er intakt. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Ikke undersøkt. Kontraindisert ved akutt leversykdom eller lever tumor. Nedsatt nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Barn og ungdom: Ikke indisert før menarke. Ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt forventes å være som hos voksne. Eldre: Ikke indisert til postmenopausale kvinner. **Administrering:** Innsetting anbefales utført av lege/helsepersonell med erfaring i innsetting av intrauterine innlegg og/eller som har gjennomgått opplæring i innsettingsprosedyren for Kyleena. Innlegget kan klargjøres med en hånd. Steril pakning åpnes umiddelbart før innsetting. Skal ikke steriliseres på nytt. Håndteres aseptisk. Til engangsbruk. Skal ikke brukes dersom blisleret er skadet/åpnet. Pasientkort fylles ut og gis til pasienten etter innsetting. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelser/innsetting. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitalier. Akutt cervisitt eller vaginitt. Post partum endometritt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasia inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progesterogensensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal uterin blødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer som kan påvirke innsetting og/eller uttak (dvs. dersom livmorhulen påvirkes). Akutt leversykdom eller lever tumor.

Forsiktighetsregler: Bør brukes med forsiktighet etter konsultasjon med spesialist. Uttak bør vurderes dersom en av følgende tilstander foreligger eller oppstår for 1. gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markert økning i blodtrykk, alvorlig arteriesykdom (f.eks. slag eller myokardinfarkt). Kan påvirke glukosetoleransen og blodglukosenivå bør overvåkes ved diabetes. Det er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. Undersøkelser: Før innsetting skal det informeres om nytte/risiko ved bruk, inkl. tegn/symptomer på perforasjon og risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynekologisk og brystundersøkelse. Cervikalutstryk utføres etter behov iht. vurdering. Graviditet og seksuelt overførbare infeksjoner skal utelukkes. Genitale infeksjoner skal være ferdigbehandlet før innsetting. Livmorens plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøting. Instruksjoner for innsetting skal følges nøye. Det bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig innsettingsteknikk. Innsetting og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Ny legeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter innsetting for å sjekke trådene og riktig posisjon. Undersøkelse er deretter anbefalt 1 gang årlig, eller hyppigere dersom klinisk indisert. Skal ikke brukes som postkoitalt prevensjonsmiddel. Bruk til behandling av kraftige menstruasjonsblødninger eller som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogen er ikke anbefalt. Ektopisk graviditet: Total risiko er ca. 0,2 pr. 100 kvinneår. Ca. halvparten av graviditetene som oppstår under bruk blir sannsynligvis ektopiske. For bruk bør kvinner informeres om symptomer på, og risiko for ektopisk graviditet. Ved graviditet under bruk skal mulighet for ektopisk graviditet vurderes og undersøkes. Ved tidligere ektopisk graviditet, kirurgiske inngrep i egglederne eller infeksjoner i øvre genitalier, er risiko for ektopisk graviditet økt. Mulig ektopisk graviditet bør vurderes ved smerter i nedre abdomen, spesielt ved uteblitte menstruasjoner eller dersom kvinner med amenoré får blødninger. Ektopisk graviditet kan påvirke fremtidig fertilitet, og nytte/risiko bør nøye overveies individuelt. Effekt på menstruasjonsmønsteret: Forventet hos de fleste, og er et resultat av direkte virkning av levonorgestrel på endometriet, og er ikke nødvendigvis forbundet med ovarieaktiviteten. Uregelmessige blødninger og sporblødninger er vanlig de første behandlingsmånedene. Deretter gir sterk undertrykking av endometriet reduksjon i blødningens varighet og mengde. Sparsomme blødninger gir ofte oligomenoré og amenoré. Sjeldne blødninger og/eller amenoré ble gradvis utviklet hos hhv. ca. 26,4% og 22,6% (ved utgang 5. år). Graviditet bør utelukkes dersom menstruasjon ikke inntreffer innen 6 uker etter siste påbegynte menstruasjon. Graviditetstest trenger ikke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom ikke andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftigere og/eller mer uregelmessige blødninger over tid, må passende diagnostiske tiltak igangsettes, da uregelmessig blødning kan være symptom på endometriepolypper, hyperplasi eller kreft, og kraftige blødninger kan være tegn på at innlegget er utstøtt uten at det er oppdaget. Infeksjoner: Infeksjon i øvre genitalier er sett ved bruk av alle intrauterine innlegg med hormoner/kobber. Selv om innlegg/innføringsystem er sterile, kan de pga. bakterieforurensning under innsetting føre med seg mikrober til øvre genitalier. Med Kyleena er bekkeninfeksjon sett hyppigere i begynnelsen, og dette tilsvarer raten for kobberinnlegg som er høyest i løpet av de 3 første ukene etter innsetting og deretter avtagende. Pasienten må vurderes ut ifra risikofaktorene forbundet med infeksjon i øvre genitalier (f.eks. flere seksualpartnere, seksuelt overførbare infeksjoner, tidligere bekkeninfeksjon) før bruk. Infeksjon i øvre genitalier slik som bekkeninfeksjon kan få alvorlige følger, og kan påvirke fertilitet og øke risikoen for ektopisk graviditet. Alvorlig infeksjon eller sepsis (inkl. sepsis forårsaket av streptokokkgruppe A) kan oppstå etter innsetting, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende endometritt/bekkeninfeksjon, eller hvis en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle, må innlegget tas ut. Bakteriologiske undersøkelser må utføres og oppfølging anbefales, selv ved milde infeksjonssymptomer. Utstøting: Insidensen er lav og tilsvarende som for andre intrauterine innlegg med hormoner/kobber. Symptomer på delvis/fullstendig utstøting kan omfatte blødninger/smerter. Delvis/fullstendig utstøting kan forekomme uten at det merkes, og føre til redusert/manglende prevensjonseffekt. Da innlegget ofte over tid reduserer menstruasjonsblødningen, kan økt blødningsmengde være tegn på at innlegget er utstøtt. Et delvis utstøtt innlegg skal tas ut. Nytt innlegg kan settes inn samtidig dersom graviditet er blitt utelukket. Kvinnen bør instrueres i hvordan hun skal kontrollere trådene, og om å kontakte helsepersonell dersom hun ikke finner dem. Perforasjon: Perforasjon/penetrering av uterus/cervix kan skje, særlig under innsetting, selv om dette kanskje ikke oppdages senere. Dette kan redusere effekten. Ved problemer med innsetting og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under/etter innsetting, bør passende tiltak umiddelbart igangsettes for å utelukke perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Ved perforasjon må innlegg tas ut, og kirurgi kan være nødvendig. Amming ved innsetting og innsetting <36 uker etter fødsel gir økt risiko for perforasjon. Risiko kan også være økt ved fiksert retrovertert uterus. Uttakstråder: Dersom trådene ikke er synlige i cervix ved oppfølgingsundersøkelse, må oppdaget utstøting og graviditet utelukkes. Trådene kan ha blitt trukket inn i uterus eller cervikalkanalen, og kan bli synlige igjen ved neste menstruasjon. Dersom graviditet er blitt utelukket, kan trådene vanligvis lokaliseres ved forsiktig undersøkelse av cervikalkanalen med egnet instrument. Dersom de ikke kan lokaliseres, bør mulig utstøting/perforasjon vurderes. Ultralydundersøkelse kan brukes for å bekrefte posisjon. Dersom ultralydundersøkelse ikke kan utføres eller ikke er vellykket, kan røntgenundersøkelse brukes for lokalisering. Cyster/forstørrede follikler på eggstokkene: Pga. lokal effekt i uterus, er det vanligvis ingen endring i ovulasjon, vanlig follikkelutvikling, frigjøring av oocytter og follikkelatresi hos fertile kvinner. Ibland forsinke follikkelatresien, og follikkelutviklingen kan fortsette. Disse forstørrede folliklene kan ikke skilles klinisk fra cyster på eggstokkene. Cyster på eggstokkene, inkl. hemoragiske cyster og cyster med ruptur, er rapportert. De fleste cystene er asymptomatiske, men noen kan medføre smerter i øvre genitalier eller dyspareuni. De fleste forstørrede folliklene forsvinner spontant i løpet av 2-3 måneder. Hvis ikke, kan det være nødvendig med fortsatt overvåking med ultralyd og andre diagnostiske/terapeutiske tiltak. I sjeldne tilfeller kan det være nødvendig med kirurgisk inngrep.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.
 Forskrivningsinformasjon for samtidig brukte legemidler skal konsulteres. Legemidler som inducerer mikrosomale enzymer kan gi økt clearance av levonorgestrel. Innvirkning på prevensjonseffekten er ukjent, men er sannsynligvis ikke av stor betydning pga. lokal virkningsmekanisme. Samtidig bruk med hiv-/HVC-proteasehemmere og ikke-nukleoside revers transkriptasehemmere kan gi økte/reduerte plasmakonsentrasjoner av progestiner. Sterke og moderate CYP3A4-hemmere reduserer clearance av levonorgestrel og kan øke plasmakonsentrasjonene av progestin. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Kontraindisert hos gravide. Hvis graviditet oppstår under bruk, skal ektopisk graviditet utelukkes. Innlegget bør tas ut umiddelbart, da risiko for spontanabort og prematur fødsel kan øke. Uttak eller undersøkelse av uterus kan føre til spontanabort. Ved ønske om å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør det informeres om risiko og mulige konsekvenser for barnet ved prematur fødsel. Graviditeten må følges nøye opp. Alle symptomer på komplikasjoner under graviditet må rapporteres, f.eks. krampeligende smerter i abdomen med feber. Pga. lokal levonorgestrelkonsentrasjon, bør mulig viriliserende effekt på jentefostre tas i betraktning. Klinisk erfaring er begrenset. Kvinnen bør informeres om at det ikke er vist fosterskader ved fortsatt graviditet med innlegget på plass. For ektopisk graviditet, se Forsiktighetsregler. Amming: Vanligvis sees ingen skadelige effekter på spedbarnets vekst eller utvikling ved bruk 6 uker post partum. Morsmelk påvirkes ikke kvantitativt eller kvalitativt. Ca. 0,1% av levonorgestrel-dosen går over i morsmelk. Fertilitet: Fremtidig fertilitet endres ikke. Etter uttak går fertiliteten tilbake til det normale. 71,2% av de som ønsket det ble gravide ≤12 måneder etter uttak.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Smerter i abdomen/øvre genitalier. Hud: Akne/seboré. Kjønsorganer/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt/reduert menstruasjonsblødning, sporblødninger, sjeldne blødninger og amenoré, cyste på eggstokkene, vulvovaginitt. Nevrologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopeci. Kjønsorganer/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystmerter/ubehag, utstøting av innlegg (helt/delvis), utflod fra skjeden. Nevrologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Hirsutisme. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Kjønsorganer/bryst: Perforasjon av uterus (ved amming ved innsetting og innsetting <36 uker etter fødsel er frekvensen mindre vanlig). Følgende er sett ved innsetting/uttak: Smerter og/eller blødninger, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved innsetting. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partnere kan kjenne uttakstrådene ved samleie. Overfølsomhet, inkl. utslett, urticaria, angioødem, samt tilfeller av sepsis er sett ved bruk av andre intrauterine innlegg. Ved graviditet under bruk øker risiko for ektopisk graviditet.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Frigjør levonorgestrel lokalt i livmoren. Beregnet gjennomsnittlig frigjøringshastighet over 5 år er 9 µg/24 timer. Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogen- og progesterogenreseptorene. Endometriet blir relativt lite følsomt overfor sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt sees. Morfologiske forandringer i endometriet og en svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er sett i forbindelse med bruk. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermene i å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og eggledere hemmer spermie mobilitet og -funksjon og forhindrer befruktning. Risiko for graviditet ca. 0,2% 1. år, kumulativ risiko ca. 1,4% etter 5. år. Absorpsjon: Cmax innen 2 uker. Proteinbinding: Uspesifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som fritt steroid. Fordeling: Gjennomsnittlig Vd: Ca. 106 liter. Halveringstid: Ca. 1 dag. Total plasmaclearance ca. 1 ml/minutt/kg. Metabolisme: I stor grad. Viktigste metabolismevei er reduksjon, etterfulgt av konjugasjon. Utskillelse: Som metabolitter i feces og urin.

Andre opplysninger: Levonorgestrel kan utgjøre en risiko for akvatisk miljø. Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav. MR-skanning: Skanning etter innsetting er sikkert når følgende er oppfylt: Statisk magnetfelt på ≤3 Tesla, felt ut fra romgradient ≤36000 Gauss/cm, maks. gjennomsnittlig spesifikk absorpsjonsrate (SAR) for helkropp er 4 W/kg i «First Level Controlled»-modus ved 15 minutters kontinuerlig skanning. 15 minutters skanning med tilsv. livmorinnlegg ga temperaturøkning ≤1,8°C ved maks. gjennomsnittlig SAR for helkropp på 2,9 W/kg ved 3 Tesla ved bruk av en sender/mottaker-spole på kroppen. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuelt område er i samme område/i nærheten av innlegget.

Refusjon: Ingen generell refusjon.
Pakninger og priser: 1 stk. 1391,30 kr.

Sist endret: 23.11.2016

JEG ØNSKER PREVENSJON SOM JEG IKKE TRENGER Å HUSKE Å TA HVER DAG¹

NYHETEN KYLEENA™ – ET FEMÅRIG LAVDOSEALTERNATIV**

0,29 EN LAV DAGLIG HORMON-DOSE

Pearl indeks, 5 år* i 5 år med hormonspiral²

LITEN T-FORM MED EN TYNN INNFØRINGSHYLSE³



Indikasjon. Antikonsepsjon i opptil 5 år.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Smerter i abdomen/øvre genitalier. Akne/seboré. Blødningsforstyrrelser, inkl. økt/reduert menstruasjonsblødning, sporblødninger, sjeldne blødninger og amenoré, cyste på eggstokkene, vulvovaginitt. Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Kvalme. Alopeci. Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystmerter/ubehag, utstøting av innlegg (helt/delvis), utflod fra skjeden. Migrene. Nedstemthet/depresjon.

* Pearl indeks, 5 år: 0,29 (95 % CI 0,16–0,51).

** Lav dose i forhold til andre gestagene prevensjonsmetoder i Norge, Felleskatalogen ATC G03 A

1 Hooper D. Attitudes, Awareness, Compliance and Preferences among Hormonal Contraception Users. Clin Drug Investig 2010; 30 (11): 749-763 1173-2563/10/0011-0749.

2 Kyleena™ Preparatomtale 07.11.2016 avsnitt 5.2 3 Nelson A, Apter D. Hauck B. et al. Two Low-Dose Levonorgestrel Intrauterine Contraceptive Systems. Obstet Gynecol 2013;122:1205–1213

Før forskrivning av Kyleena™, vennlig se fullstendig preparatomtale for kontraindikasjoner, administrering og forsiktighetsregler.



Norsk Oljemuseum i Stavanger



Årsmelding NGF 2016

Styret har bestått av Marit Lieng (leder), Stine Andreasen (nestleder), Nils- Halvdan Morken (vitenskapelig sekretær), Arild Kloster-Jensen (PSL) (kasserer), Ingrid Volløyhaug og Malin Dögl (FUGO) (sekretær). Varamedlemmer: Hans Kristian Opøien, Åsle Marit Ullern (PSL) og Renee Beate Waage (FUGO).

NGF hadde (pr. desember 2016) 1126 medlemmer. I tillegg hadde vi 12 assosierte medlemmer. Av våre medlemmer er 742 kvinner (66 %) og 384 menn (34 %).

Det har vært avholdt syv styremøter: Tre i Oslo (januar, mars og mai), ett i Helsinki (under NFOG kongressen i juni), ett i Trondheim (august), ett på Lillestrøm (i forkant av Årsmøtet i oktober) og ett i Bergen (desember). Våre redaktører, Agnethe Lund (gynekologen) og Mette Løkeland (nettredaktør) møtte i en del av styremøtene.

Styret behandlet 21 nye saker i tillegg til saker som ikke var ferdig behandlet fra forgående år. Orienteringssaker fra HDir, Legeforeningen, NFOG, AOGS, FIGO, EBCOG, FUGO og PSL har vært fast på agendaen på hvert styremøte. Styret er representert i EBCOG, NFOG og NFGO. Eksterne samarbeidspartnere (som HDir og DNLF) har møtt når vi har hatt sammenfallende saker til diskusjon. Videre har interne samarbeidspartnere (ledere i hhv. spesialitetskomiteen, kvalitetsutvalget, FUGO og NFGO) deltatt når det har vært hensiktsmessig for behandling av saker.

Ny struktur for spesialistutdanningen var den viktigste og mest omfattende saken for NGF. Styret hadde et meget godt samarbeid med både spesialitetskomiteen og FUGO i denne saken. Vi inviterte tidlig en representant fra Helsedirektoratet og leder av spesialitetskomiteen til styremøte for å få informasjon om den planlagte prosessen (januar). Styret deltok på konferanse i regi av Legeforeningen for informasjon om denne saken på Soria Moria i mars, vi hadde møte med spesialitetskomiteen for å diskutere den nye strukturen innen vårt fagområde i mai og styret bidro til å levere forslag til nye læringsmål innen en meget kort frist satt av Helsedirektoratet sommeren 2016.

Intimkirurgi. På oppfordring fra en av medlemmene, tipset styret i NGF TV2 om å lage en reportasje om intimkirurgi (mars). Dette var utgangspunktet for en stor debatt i media om temaet som vedvarte resten av året. Styret, spesielt vår redaktør Agnethe Lund og Nils Halvdan Morken, var aktive i debatten og deltok i intervjuer på TV og radio, i aviser med kronikker og i intervjuer. Agnethe Lund deltok også i NRK sin programserie "Innenfor", der første program i serien omhandlet intimkirurgi. Leder i Norsk Forening for Kosmetisk Pastikkirurgi møtte i styremøtet i desember for å diskutere om de to foreningene kunne enes om en offisiell holdning til temaet. Dette resulterte i en felles kommentar som ble publisert i Tidsskriftet (publisert 2017).

Luftemboli ved hysteroskopi. På bakgrunn av flere alvorlige komplikasjoner ved hysteroskopisk kirurgi, drøftet styret saken, og vi deltok i en tverrfaglig gruppe satt sammen av Helsedirektoratet som i samarbeid forfattet et læringsnotat som ble sendt til alle helseforetak og publisert på Helsedirektoratets (og vår egen) nettside i april.

Elektronisk arkiv. Styret opprettet et elektronisk nettbasert arkiv for å sikre arkivering av relevante dokumenter som styremøteinnkallinger og – referater, høringssvar, innkallinger og referater fra generalforsamling, samt viktige brev og dokumenter som er relevante for de forskjellige sakene.

Revidert veileder i gynekologisk onkologi. Revidert veileder i Gynekologisk onkologi ble publisert på nettsiden i mai 2016. NGFO (Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi) utførte denne revisjonen.

Videre har en meget sterk faglig komite oppnevnt av NGF

(Annetine Staff, Jone Trovik og Pepe Salvesen) på forbilledlig vis (både med hensyn til kvalitet og effektivitet) bidratt med å lage eksamensspørsmål til EBCOG Question Bank.

NGF som høringsinstans

Styret mottok 54 høringer i løpet av 2016. Alle ble vurdert, og det ble skrevet høringssvar i alle høringer som styret fant relevante (24). De viktigste var de tre høringer relatert til ny struktur for spesialistutdanningen. Høringssvarene til disse høringer ble utformet i samarbeid med spesialitetskomiteen og FUGO. Andre relevante høringer var høringen om ny nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes og høringen i forbindelse med forskrifts- endring for innføring av opphenningsprogram for HPV-vaksinen (der Ole Erik Iversen bisto styret med høringssvaret).

NGF har bidratt ved flere fagmøter/kongresser:

- Møte om teknisk - og funksjonelt løsningskonsept for elektronisk helsekort for gravide, arrangert av Helsedirektoratet i april (Hans Kristian Opøien)
- Samlingsmøte for NGER (Norsk Gynekologisk Endoskopi Register) på Gardermoen i april.
- Seminar om spesialistutdanningen for leger i regi av Legeforeningen (mai).
- EBCOG 2016 i Torino (mai). En liten men veldig slagkraftig norsk delegasjon deltok, og sørget for Bergen (i tøff konkurranse med andre kandidater) ble valgt som lokalisasjon for EBCOG 2020.
- Møte om rubellatesting i svangerskapet i regi av Folkehelseinstituttet (mai) (Vasilis Sitras).
- NFOG kongressen i Helsinki juni. NGF bidro sterkt, både i planleggingen og gjennomføringen av kongressen.

- NGFs årsmøte på Lillestrøm. Årets faglige og sosiale høydepunkt! Vi startet med fem parallelle formøter som var godt besøkt og fikk gode tilbakemeldinger. Foredraget "Fødd i fel kropp" ved Gunnar Kratz var veldig interessant, og fungerte utmerket som start på to dagers faglig påfyll. Det var vel 200 deltagere på Årsmøtet. Som var en suksess, både faglig og sosialt.
- FAME – Legeforeningens utvalg for de fagmedisinske foreningene (november).

Se for øvrig årsrapportene til NGF sine undergrupper for nærmere presentasjon av disse gruppene/komiteenes aktivitet.

NGF får en rekke henvendelser fra media, og forsøker å besvare så mange av dem som mulig. Om vi ikke har tilstrekkelig faglig kompetanse til å uttale oss om en sak, kontakter vi medlemmer med nødvendig kompetanse. I 2016 var media-henvendelsene i hovedsak knyttet til intimkirurgi, men også temaer som alder og graviditet, fosterreduksjon og HPV og mage flere har vært på agendaen.

Styret håper med sitt arbeid i 2016 å ha representert medlemmene og fremmet vårt fag på en god måte.

Marit Lieng
Leder NGF



Årsrapport NFOG 2016

Helsinki 2016

NFOG har som mål å fremme vitenskapelig og praktisk samarbeid mellom obstetrikere og gynekologer i de nordiske landene. En viktig del av NFOG aktiviteten er å arrangere en nordiske kongress hvert 2. år. Kongressen skaper gode relasjoner på tvers av de nordiske landene. Den 40. NFOG kongress ble arrangert i Helsinki i juni 2016. Arrangementet med 850 deltagere var en stor suksess og ble omtalt i NFOG årsrapport 2015-2016. Endelig regnskap fra kongressen foreligger nå. Dette viser for et fint overskudd for første gang på flere kongresser, hvorav 1/3 av overskuddet (ca 52000,- DKK) føres tilbake til NFOG og legges primært til NFOG Fund.

Odense 2018

Den 41. NFOG kongress arrangeres i Odense 10-13. Juni 2018. Organisasjonskomiteen under ledelse av Bjarne Rønne Kristensen er rute med planleggingen. De samarbeider godt med vitenskapelig komité i NFOG om det vitenskapelige programmet. Odense gjennomgår for tiden en stor byfornyelse. NFOG styret har vært på befaring i byen. Et nytt kongress- og kuturhus åpnet mars 2017 står klar til kongressen. Hold av dato allerede nå. Påmelding til kongressen åpner i november 2017: www.nfog2018.dk. Den 42. NFOG kongressen holdes på Reykjavik 2021. Kongressen er utsatt ett år for ikke å kollideres med ENTOG som arrangeres i Bergen våren 2020.

AOGS

Acta Obstetricia og Gynecologica Scandinavica (AOGS) er det offisielle vitenskapelige tidsskriftet for NFOG. Tidsskriftet eies av NFOG, men styres av separate vedtekter. AOGS er i god utvikling og en solid inntektskilde for NFOG. Under ledelse av sjefredaktør Ganesh Acharya har tidsskriftets impact factor økt til 2.480 for 2016. Dette er det høyeste i tidsskriftets historie. I 2016 opprettet AOGS sin egen Journal Club med gratis artikler og tilpasset powerpointpresentasjoner godt egnet for korte presentasjoner på morgenmøter. I 2017 har AOGS ansatt Anthony Odibo som assisterende sjefsredaktør. Han ble rekruttert fra stillingen som editor i BJOG. AOGS har nylig skiftet forlag og utgis nå av Wileys. Dette forlaget har blant annet BJOG i porteføljen, hvilket gir muligheter for læring og samarbeid. AOGS Editorial Board skal i oktober 2017 på studietur til Wileys lokaler i Oxford og BJOG i London.

NFOG Fund

NFOG gir ut store midler til medlemmene to ganger i året

gjennom NFOG Fund. Søknadsfrist til fondet er: 1. mars og 1. oktober. Informasjon om søknadsrutiner ligger tilgjengelig på www.nfog.org. Det er erfaringsmessig relativt få norske søkere til fondet. Informasjon om fondet bør derfor gjøres mer kjent blant norske medlemmer. Vitenskapelig komité i NFOG behandler søknadene. Komiteen er nøye på formalia og avslår mange søknader på grunn feil på dette. Ved å følge nøyaktig instruks på søknad er det stor mulighet for å få støtte for fremtidige samarbeidsprosjekter, kurs i utlandet, besøk i utlandet for vitenskapelige formål eller øke klinisk kompetanse og arbeid i utviklingsland. Fondet er med dette meget anvendelig med tanke på støtte til kurs og hospitering i utlandet under overlegepermisjoner.

Educational committee

NFOG Educational committee arrangerte hormonkurset "Hormones Friend or Foe" i København november 2016. Møtet hadde stor deltagelse, men få norske gynekologer var til stede på kurset. Det er ingen planlagte kurs arrangert av Educational committee i 2017-18. Komiteen holder nå på med en reorganisering for å finne ut hvilken rolle denne skal ha i fremtiden. Dette skal være klart til presentasjon på Generalforsamlingen i NFOG som avholdes under kongressen i Odense juni 2018.

Clinical guidelines committee

Komiteen ledes av danske Niels Ulbjerg. Målet til komiteen er å øke tilgjengeligheten, kvaliteten og betydningen av kliniske retningslinjer. De nasjonale veilederne i gynekologi og obstetrikk i de nordiske landene er nå oversatt til engelsk og tilgjengelig på <https://nfog.org>. Neste mål for komiteen er å utvikle evidensbaserte felles nordiske retningslinjer. Første felles retningslinje det nå arbeides med er bruk av progesteron under svangerskap.

FIGO

Norden har for tiden en representant i FIGO Executive Board. Seija Grenman fra Finland gjør et stort arbeid i organisasjonen for å sette Norden på kartet. Neste FIGO verdenskongress arrangeres i Rio, oktober 2018. Under denne kongressen skal NFOG avholde to nordiske sesjoner á 90 minutter. NFOG ønsker med dette å påvirke via vår felles nordiske grunnholdning på kliniske problemstillinger og forskning. NFOG holder på å slutføre arbeidet med å planlegge sesjonene. Det en nordiske symposiet er "How to maintain low caesarean section rate" med norske bidrag fra Jörg Kessler og Pål Öian. Det andre nordiske symposiet blir "How to promote women's health and prevent cancer with good screening strategies" med Ameli Tropé i panelet. Under forrige

FIGO kongress i Vancouver 2015 arrangerte NFOG en tilsvarende nordisk sesjon om prematur fødsel. Denne sesjonen ble meget godt besøkt med gode tilbakemeldinger.

Ny NFOG web-side og elektronisk refusjon

NFOG utarbeidet nye websider i 2017. Dette har en oppdatert design og bedre brukervennlighet. Styret og NFOG webmaster Lars Lafors (Sverige) ønsker gjerne tilbakemelding på de nye hjemmesidene for kontinuerlig forbedre disse.

NFOG innførte elektronisk refusjon av utgifter, utbetalinger fra NFOG Fund og andre betalinger fra 2017. Det har tidligere kun vært mulig å sende NFOG refusjonsskjema med papirvedlegg via vanlig brevpost. Elektronisk refusjon via e-post har gitt en betydelig reduksjon av tid for tilbakebetaling av utlegg for medlemmene i NFOG. Fra 2018 vil sannsynlig elektronisk innsending av refusjonsskjema være eneste mulighet i NFOG.

Nordisk e-lærebok i gynekologi og obstetrikk for medisinstudenter

Styret i NFOG har i 2017 behandlet et dansk initiativ fra Niels Ulbjerg om en gratis nordisk elektronisk lærebok for medisinstudenter innen obstetrikk og gynekologi. Ideen er at dette skal være Nordens bidrag til utdanning i verden og det er ønskelig at NFOG skal finansiere dette. Danskene er meget begeistret for initiativet. Styret i NFOG har blitt presentert for utkast til kapitler i den elektroniske læreboken. De totale utgiftene for et slikt prosjekt vil være betydelig (> 1 000 000,-) med årlige vedlikeholdskostnader i årene som kommer. Etter diskusjon har styret innvilget midler til et forprosjekt for den elektroniske læreboken via midler på budsjettet (Board initiative). Hele prosjektet vil bli presentert på NFOG generalforsamlingen i Odense i 2018 og sannsynlig ende i en avstemning. Denne saken bør derfor diskuteres nøye i NGF i god tid før saken behandles på generalforsamlingen i NFOG.

Økonomi

NFOG har en sund og god økonomi. Regnskap og budsjett i NFOG godkjennes og vedtas for to år om gangen på NFOG

sin generalforsamling. NFOG har ca 13 millioner i aktiva. Mesteparten av midlene til NFOG er plassert i langsiktige fondsreserver knyttet til NFOG Fund. Disse midlene kanaliseres tilbake til medlemmene etter søknad.

NFOG har gått med overskudd de siste årene. I henhold til NFOGs statutter tilføres 2/3 av overskudd i foreningen tilbake til fondet. Det resterende 1/3 av overskuddet fra 2014-2015 (326 856 DKK) ble på generalforsamlingen i Helsinki besluttet brukt i 2017-2018 på utvikling av ny hjemmeside (200 000,-) og FIGO aktivitet (100 000,-). Regnskapet for 2016 blir først godkjent på generalforsamlingen i Odense 2018. Det ligger an til et overskudd i NFOG for 2016 på ca 126 000,- DKK.

NFOG Board

På NFOGs generalforsamlingen i Helsinki i 2016 ble det utskiftning av flere sentrale personer. Tone Skeie-Jensen og Knut Hordnes gikk ut av styret etter lang og tro tjeneste. Begge har vært viktige bidragsytere i NFOG. Det nye styret har vært preget av mangel på kontinuitetsbærere, men har fått erfaring i disse posisjonene i løpet av siste året. Styret avholder møter to ganger pr år. Neste styremøte er planlagt i Oslo 2-4. oktober 2017.

NFOG styrets sammensetning pr september 2017:

Karen Reinhold Wøjdemann (President, Danmark), Espen Berner (Treasurer, Norge), Maija Jakobsson (Secretary General, Finland), Thomas Larsen (DSOG, Danmark), Anderas Herbst (SFOG, Sverige), Seija Grenman, (SGY & FIGO, Finland), Marit Lieng (NGF, Norge), Alexander Smáráson (FÍFK, Island), Ganesh Acharya (Chief Editor AOGS), Lars Ladfors (Webmaster), Bjarne Rønne Kristensen (President NFOG Odense 2018), Ulrik Schiøler Kesmodel (Scientific Committee), Katrin Kristjánsdóttir (Educational Committee), Niels Ulbjerg (Guidelines Committee), Elisabeth Fredrika Rosen (NFYOG)

Espen Berner

Treasurer NFOG

Oslo 31. august 2017

**SØKE OM MIDLER
TIL HOSPITERING
ELLER KURS I
UTLANDET I 2018?**

Søknadsfrist NFOG Fondet er: 1. mars og 1. oktober.

Informasjon om søknadsrutiner ligger tilgjengelig på www.nfog.org.

Følg søknadsrutinene nøye, flere søknader blir ofte avvist på grunn av feil i søknad. Ved å følge nøyaktig instruks på søknad er det stor mulighet for å få støtte for fremtidige samarbeidsprosjekter, kurs i utlandet, besøk i utlandet for vitenskapelige formål eller øke klinisk kompetanse og arbeid i utviklingsland. Fondet er med dette meget anvendelig med tanke på støtte til kurs og hospitering i utlandet under overlegepermisjoner.



Årsberetning til NGF 2016 fra styret i NFGO

Møter

2 arbeidsseminar, 3 styremøter, 3 telefonmøter, 2 medlemsmøter; Onkologisk forum-NFGO's faggruppesesjon, NFGO-formøte ved årsmøtet i NGF.

Arbeid med Nasjonale Handlingsprogrammer.

Nasjonal Handlingsplan for Gynekologisk cancer ble publisert på Helsedirektoratets nettsider 20.09.2016. Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet fått i oppdrag å utarbeide og oppdatere Nasjonal Handlingsplaner. NFGO har som faggruppe det faglig ansvar for de Nasjonale Handlingsprogrammene, men arbeidet fordeles på fagpersoner innen de forskjellige helseregionene.

Oppdatering og revisjon av Nasjonal Handlingsprogram er arbeidet med på to arbeidsmøter høsten 2016 i tilknytning til andre møter (oktober og november 2016).

Parallelt med nasjonalt handlingsprogram arbeides det med nasjonal veileder i gynekologisk onkologi. Veilederen inneholder også kapitler som ikke er enda er inkludert i Nasjonale Handlingsprogram. Styret i NFGO er ansvarlig for kontinuerlig oppdatering av begge.

Nasjonalt gyn kreftregister (GKR). Problemet er fortsatt innsending av data og elektronisk meldeskjema som fortsatt mangler. Rapporten viser hvilket potensial den har for forskning og evaluering.

Websiden: Websiden nfgo.org har ikke vært jevlig oppdatert. Det ble i 2016 startet arbeid med å få en aktiv side/fane under websiden til Legeforeningen/Norsk Gynekologisk Forening.

Avholdte faglige møter:

Styret i NFGO har hatt ansvaret for det faglige innholdet på formøtet på Norsk Gynekologisk forenings årsmøte på Lillestrøm 26.10-16. Temaet var HPV i primær screening og nye anbefalinger for rutine etter behandling for CIN.

Onkologisk forum foregikk i Trondheim 16-18.november. Styret i NFGO var ansvarlig for det faglige programmet på gyn sesjonen, der temaet var Kvalitetsregister for gynekologisk kreft, nye

medikamenter i gynekologisk onkologi, prospektiv registrering av ovarialkirurgi, sekundærkirurgi ved ovarialcancer og langtids ototoxicitet og nevrotocitet etter behandling for germ cell cancer i Norge.

Tema som har vært til orientering, diskusjon, vedtak:

Bruk av immunterapi til pasienter med ovarial cancer. Diskusjon om erfaringer og bruk ved de forskjellige sentrene. Immunterapi er fortsatt en eksperimentell behandling og gis foreløpig i studier. Bruk av bevacizumab ved livmorhalskreft. Studier har vist overlevelsesgevinst ved kombinasjon av bevacizumab med kjemoterapi ved avansert livmorhalskreft og tilbakefall ved livmorhalskreft. I møte 26.09.16 (sak51-2016) godkjente ikke Beslutningsforum for nye metoder innføring av bevacizumab for disse indikasjonene. Bakgrunn for beslutningen er at bevacizumab ikke er en kostnads-effektiv behandling for avansert livmorkreft gitt dagens pris.

Styret 2016-2017 (nyvalg nov-16)

Leder: Kathrine Woie (HUS)

Nestleder: Rita Steen (OUS)

Kasserer: Martin Lindblad (UNN)

Sekretær: Anne Dørum (OUS)

Styremedlem:

Marit Sundset (St.Olav)

Bent Fiane (ikke univ.sykehus)

Vara: Torbjørn Paulsen

Vara: Anne-Beate Vereide (UNN)

Vara: Line Bjørge (HUS)

Vara: Merethe Ravlo (St.Olav)

Vara: Kurt Sachse (ikke univ.sykehus)

Web-side ansvarlig: Elisabeth Berge-Nilssen

NGF representant: Ingrid Volløyhaug (vara Stine Andreassen)

Valgkomiteen: Tone Skeie Jensen, Solveig Tingulstad, Grete Iversen

Styret takker medlemmene for aktivitet og interesse i 2016.

31.08.17

Kathrine Woie (leder)

KEBOMED

55 98 77 00

www.kebomed.no

info@kebomed.no

Leverandør av utstyr til gynekologi og obstetrikk

Vi presenterer to produkter til poliklinisk behandling:



LiNA Librata

Et forbedret produkt for endometrieablasjon

Enkelt

- Kun 2 minutters behandlingstid
- Automatisk ablasjon
- Ingen måling av uterus nødvendig
- Sterilt pakket engangsprodukt
- Batteridrevet, ingen kabel

Skånsomt

- Tynt kateter på 5,4 mm
- Ingen eller minimal dilatasjon

Truclear 5 C



INCISOR shaverblad

ULTRA Mini shaverblad

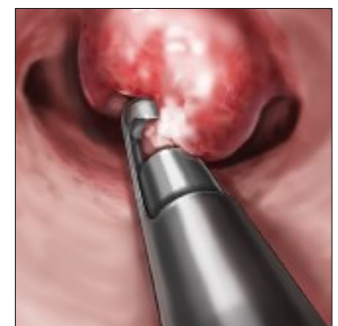
Se og behandle poliklinisk – en klar fordel ved fjerning av myomer, polypper eller placentarester

Sparer tid og arbeid

- Én innføring er nok – se og behandle med samme skop
- Kutter vevet mekanisk og fjerner det samtidig

Trygt

- Ingen fare for diatermiskade
- Redusert risiko for luft- og gassembolier sammen-liknet med bruk av diatermi
- Tynt hysteroskop på 5 mm



Årsrapport FIGO 2016

Jeg ble valgt inn som Norges representant i FIGO's Executive Board høsten 2015. Mitt første styremøte var i mai 2016. Executive Board møtes bare en gang per år. Det gjør at innflytelsen på arbeidet og prioriteringer i FIGO er begrenset.

FIGO har en rekke underkomiteer og grupper som jobber med felt som spenner fra vold mot kvinner til laparoskopisk kirurgi. Komiteene er satt sammen med medlemmer fra alle verdensdeler, og arbeidet er i all hovedsak svært godt.

Styremøtet i 2017 ble avholdt i London i mai. Opprinnelig skulle møtet finne sted i Addis Abeba, Etiopia, men på grunn av den ustabile politiske situasjonen i landet, ble møtet flyttet. En av hovedsakene på møtet var hvordan man skulle møte Trump-administrasjonens "Global Gag Rule" som får innvirkning på alle som arbeider med abort. Dette gjelder også prosjekter der FIGO er involvert. Den nederlandske regjeringen svarte raskt på utfordringen, og de har økt sine bevilgninger til arbeidet for trygge og tilgjengelige aborter. www.shedecides.nl

Forskjell i keisersnittsrater globalt er et tydelig og grelt uttrykk for hvor sprikende interesser det er også blant FIGO's medlemmer. I flere latinamerikanske land er sectioraten oppe i > 80 % i byene, mens fattige afrikanske land knapt kan tilby keisersnitt utenom private klinikker. Her kan de nordeuropeiske landene bidra med edruelige statistikker slik at en forhåpentligvis på sikt kan enes om en rate for keisersnitt som tjener mor og barn og ikke gynekologenes bankkonto.

14.-19.oktober 2018 arrangeres FIGO XXII i Rio de Janeiro, Brasil. Arbeidet med faglig og sosialt program er godt i gang, og det forventes 8000 deltakere på kongressen. Vi bør satse på en stor kontingent fra Norge og Norden!

Margit Steinholdt

Årsrapport 2016 NFOG vitenskapelige komite

Komiteen består av de vitenskapelige sekretærer fra hvert av de nordiske landenes nasjonale foreninger. I 2016 var medlemmer av komiteen: Ulrik Schiøler Kesmodel, Danmark (leder), Annika Strandell, Sverige, Antti Perheentupa, Finland, Hulda Hjartardóttir, Island, Nils-Halvdan Morken, Norge

Komiteens hovedoppgave er å forvalte NFOG-fondet ved vurdering av søknader som innkommer til søknadsfristene 1. mars og 1. oktober. Her kan det søkes støtte til nordiske samarbeidsprosjekter, kurs i utland, besøk i utland for vitenskapelige formål eller for å øke klinisk kompetanse og arbeid i utviklingsland. Det var få norske søkere også i 2016. Komiteen mottok i 2016 30 søknader om midler fra NFOG fondet. I alt ble 77 % av søknadene helt eller delvis innvilget.

I tillegg vurderes og organiseres innkomne abstrakts før hver NFOG-kongress, samt at komiteen vurderer tildeling av priser og leder sesjoner sammen med lokal komite.

I 2016 hadde vitenskapelig komite 2 møter: 1) Helsingfors 10.-11. mars 2016 og 2) København 31. oktober-1. november 2016.

I Helsingfors ble mer enn 300 innsendte abstract vurdert. Muntlige innlegg og posterpresentasjoner for NFOG-2016 ble besluttet. I tillegg ble NFOG thesis session for kongressen satt opp og tildeling av young scientist award ble besluttet. Tildelinger av midler fra NFOG fondet ble besluttet. I Københavnmøtet var søknader til NFOG fondet hovedfokus.

I tillegg deltok hele komiteen under NFOG-kongressen i Helsingfors (12.-15. juni 2016) med vurderingen av muntlige innlegg, organisering av de muntlige sesjonene, organisering av postersesjonene og utdeling av priser.

Nils-Halvdan Morken
Vitenskapelig sekretær NGF 2016

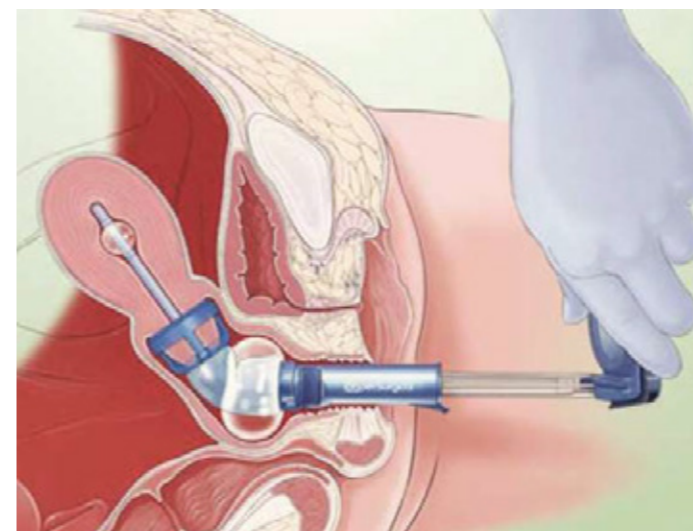


Jan Bye a.s
MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988



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



RUMI® II SYSTEM

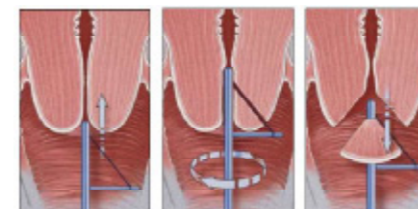
RUMI II uterus manipulator til bruk ved laparoskopisk hysterektomi og diagnostikk. Regnes som den mest komplette, robuste og anvendelige manipulatorene på markedet.

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



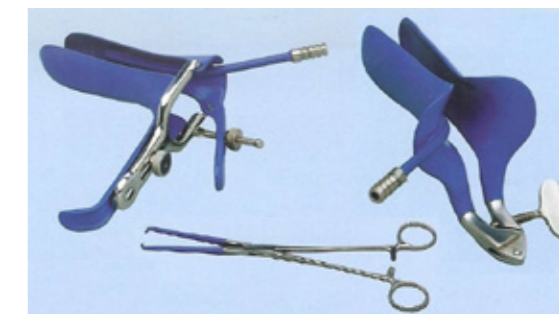
Fischer Cone Biopsy Excisor™

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

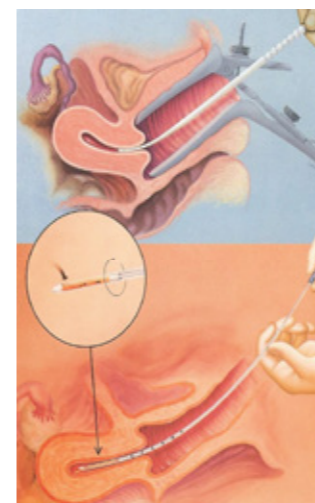


Isolerte spekler og instrumenter for konisering

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



Endometriebiopsi



Dilatator 260-600
• Dilaterer fra 1,5-6mm over 55mm

Pipelle
• MX 140 standard 3mm
• MX 145 soft gul 3mm
• MX150 standard 4mm



Kiwi Sugekopp



Kiwi OmniCup® with Traction Force Indicator

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

Besøk gjerne vår stand på NGF årsmøte i Stavanger 25.-27. oktober 2017

Årsmelding Endoskopiutvalget 2016

Endoskopiutvalget har i 2016 bestått av følgende personer:

Klaus A. Oddenes (leder), Haugesund Sjukehus, Stine Andreassen, Norlandssykehuset, Guri Majak , Oslo Universitetssykehus, Tiril Tinglef , Oslo Universitetssykehus.

Endoskopiutvalget for 2016.

Endoskopi utvalget har følgende mandat **Fremme endoskopisk kompetanse blant norske gynekologer gjennom:**

- arrangere kurs i gynekologisk endoskopi
- være referansegruppe for Norsk Gynekologisk Endoskopiregister.
- være rådgiver i høringsuttalelser for Norsk Gynekologisk Forening - anbefale trening og simulatoropplegg i endoskopiske teknikker

Årsmøtet

Endoskopiutvalget hadde ansvaret for en av sesjonene på fjorårets årsmøte. Bedømt utfra gode tilbakemeldinger ble det en vellykket sesjon med fokus på endometriosebehandling, forebygging av komplikasjoner og registrering i NGER.

Endoskopiutvalget for 2016.

En spesiell takk går til Unni KIRSTE, Mette Moen og Anton Langebrekke som stilte opp i en lærerik paneldebatt.

Endoskopiutvalget for 2016.

Vi arrangerte også for første gang formøte. Temaet var hysteroskopi. Det ble et faglig godt møte. Oppmøtet var også meget godt, så vi gjentar suksessen også i år.

Endoskopiutvalget for 2016.

Vi håper derfor at alle med interesse for gynekologisk endoskopi tar turen innom formøtet i Stavanger onsdag 25.oktober kl 17.30-19

Årets program blir som følger:

- Jelena Kisić: Håndtering av hverdags endometriose
- Anne Veddeḡ: Laparoskopisk teknikk ved store ovarialcyster
- Marianne Omtvedt: Systematisk LiS opplæring i endoskopi.

Årsrapporter 2016 Kvalitetsutvalget

Kvalitetsutvalget for 2016.

Kvalitetsutvalget består av Anne Flem Jacobsen, Jørg Kessler, Kathrine Woie, Heidi Frostad Sivertsen og Anne Cecilie Hallquist.

Vi hadde et konstituerende møte på Årsmøtet i NGF 2016. Anne Cecilie Hallquist ble valgt som leder for Kvalitetsutvalget. Arbeidet dette året har vært mindre revisjoner i Veilederne, basert på innspill fra medlemmene og fra Helsedirektoratet. Vi har blant annet vært involvert i debatten vedrørende metode ved senaborter. Arbeidet har forgått pr mail. I tillegg har medlemmer møtt på Styremøter i NGF for rapportering. Kvalitetsutvalget samles på Årsmøtet i Stavanger. De er åpne for alle innspill fra medlemmene i NGF

Anne Cecilie Hallquist

Nytt kurs i laparoskopisk adnexkirurgi i Bergen.

Endoskopiutvalget var også med på å arrangere kurs i adnexkirurgi i Bergen i desember 2016. Dette sammen med Kvinneklinikken Haukeland Universitetssykehus.

Endoskopiutvalget for 2016.

Dette kommer til å gjentas i år. Det er da utvidet til et 2 dagers kurs med praktiske øvelser på gris. Datoene er 30.nov-1.des.

Du finner kurset i legeforeningens kurskatalog:

Kurs nr: 32006 Laparoskopisk adnexkirurgi, inkludert laparoskopitrening på levende, anestesert gris

Endoskopiutvalget for 2016.

Det er begrenset antall plasser så meld deg på snarest!

Grunnkurs i Gynekologisk Endoskopi

Det var et bevisst valg å ikke avholde noe basalkurs i år. Men vi satser på å komme sterkt tilbake med nytt kurs våren 2018.

Nye medlemmer.

Jostein Tjugum og Jeanne Mette Goderstad valgte å tre ut av utvalget i 2017. Jeg vil benytte anledningen til å takke begge for meget god innsats for endoskopiutvalget over mange år. Nye medlemmer i utvalget er Anne Veddeng fra Haukeland Universitetssykehus og Jelena Kisic fra Oslo Universitetssykehus.

Klaus A. Oddenes

Leder, NGF’s Endoskopiutvalg

Endoskopiutvalget for 2016.

Årsrapporter 2016 NPE komiteen

NPE komiteen for 2016.

Sist oppnevnt, 2014:

Medlemmer: Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker.

Mandat: Bearbeide det erfaringsmateriale som ligger i NPE innen vårt fagfelt for å se om det kan utnyttes på en fornuftig måte.

Det siste året har utvalget ikke vært aktivt. Etter drøfting med direktør Rolf Gunnar Jørstad i NPE foreslås at utvalget nedlegges. Dette bør NGF’s styre ta stilling til. NPE synes ikke det er grunn til å ha permanente utvalg med alle fagmedisinske foreninger, men er positiv til samarbeid når det gjelder det erfaringsmateriale som ligger i NPE innen fagfeltet.

05.09.17

Pål Øian

Effektiv egenbehandling AV KONDYLOMER^{1,2}



Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Tretthet. *Mindre vanlige* (≥ 1/1000 til < 1/100): Blodlymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Abdominal smerte, diaré, oppkast, rektal forstyrrelse, rektal tenesmus. Hjerte/Kar: Rødming. Hud: Kløe, dermatitt, follikulitt, erytematøst utslett, ekslem, utslett, økt svetting, urticaria. Infeksjoner: Herpes simplex, genital candidiasis, vaginitt, bakterieell infeksjon, soppinfeksjon, øvre luftveisinfeksjon, vulvitt. Kjønnssorganer/bryst: Genital smerte (menn), penisforstyrrelser, dyspareuni, erektil dysfunksjon, utero vaginal prolaps, vaginalsmerte, atrofisk vaginitt, vulvaforstyrrelser. Luftveier: Faryngitt, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, ryggsmarter. Neurologiske: Parestesi, svimmelhet, migrene, desighet. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet, depresjon. Stoffskifte/emærng: Anoreksi. Øre: Tinnitus. Øvrige: Pyreksi, influensalignende symptomer, smerte, asteni, malaise, rigor. **Overflatisk basalcellekreft:** *Svært vanlige* (≈ 1/10): Hud: Pruritus på påføringsstedet. *Vanlige* (≈ 1/100 til < 1/10): Blod/lymfe. Lymfadenopati. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smertet, brennende følelse, irritasjon, blødning, erytem, papula, parestesi, utslett. Infeksiøse: Infeksjon, pustula. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter. *Mindre vanlige* (≈ 1/1000 til < 1/100): Gastrointestinale: Kvalme, munntørret. Hud: Dermattitt, reaksjoner på påføringsstedet: utsondring, inflammasjon, ødem, skorpedannelse, hudnedbryting, vesikler, hevelse. Psykiske: Irritabilitet. Øvrige: Influensalignende symptomer, desighet. **Aktinisk keratose:** *Svært vanlige* (≈ 1/10): Hud: Pruritus på påføringsstedet. *Vanlige* (≈ 1/100 til < 1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smertet, brennende følelse, irritasjon, reaksjon, erytem. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter, ledssmerter. Neurologiske: Hodepine. Stoffskifte/emærng: 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, parestesi, skorpedannelse, arr, vesikler, varmfølelse, hevelse, sår. Infeksiøse: Infeksjon, pustula, rhinitt, influensa. Luftveier: Neseforstoppelse, faryngolaryngale smerter. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremitetene. Psykiske: Depresjon. Øye: Irritasjon av konjunktiva, ødem på øyeløkk. 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 leverenzymmer. Hud: Lokal hypo- og hyperpigmentering, erytema multiforme, Stevens Johnsons-syndrom, kutan lupus erythematosus. Øvrige: Hårførfall, forverring av autoimmune sykdom. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. minimal perkutant absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan gi alvorlige lokale hudreaksjoner. Kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber kan forekomme etter utilsikket oralt inntak av 200 mg. Hypotensjon har forekommet etter inntak av >200 mg. Blodtrykk kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjonens anbefalinger D06B B10. **Egenskaper: Virkingsmekanisme:** 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. *Absorpsjon:* <0,9%. *Utskillelse:* Hurtig via urin ca. 66% og feces ca. 33%. **Pakning og priser:** 5 % 12 x 0,25 g (dosepose), kr 719,70.

Sist endret: 01.07.2015.

Refusjonsberettiget bruk: Lokalbehandling av mindre overflatisk basalcellekreft (sBCCs) hos voksne. Aktiniske keratoser: Flere enn 10 behandlingskrevende klinisk karakteristiske, ikke-hyperkeratoticke, ikke-hypertrofiske aktiniske keratoser (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller akseptérbarheten av kryoterapi.Ved immittusivt: 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	Basalcellekarzinom	167
S80	Soluttest keratose/solforbrenning	54, 136

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

Vilkår:

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

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

Årsrapport 2016

Norsk gynekologisk endoskopi register (NGER)

Medlemmene i styringsgruppen

- Andreas Putz (*Sykehuset i Vestfold*), daglig leder.
- Anne Veddeng (*Haukeland Universitetssykehus*).
- Martin Rakovan (*Sykehuset i Vestfold*).
- Helene Aagesen Røed (*Sykehuset i Vestfold*), sekretær.
- Ariane Maria Putz (*Sykehuset i Vestfold*).

Medlemmene i referansegruppen

Helse Nord:

Stine Andreassen, Nordlandssykehus Bodø.

Helse Vest:

Jostein Tjugum, Førde Sentralsykehus.

Helse Sør-Øst:

Thomas Thaulow, Oslo universitetssykehus Ullevål.

Helse Midt:

Margaret Lode, Sykehus Ålesund.

NGF-oppnevnt medlem:

Nils-Halvdan Morken, Haukeland Universitetssykehus).

NGF-oppnevnt medlem:

Klaus A. Oddenes, Haugesund Sykehus.

NGF-oppnevnt brukerrepresentant:

Karen Bertelsen (daglig leder av Endometrioseforeningen).

NGER presenterte en komplett ny versjon av hjemmesiden i februar 2016. Registreringsportalen er mer oversiktlig og brukervennlig enn siste versjon. Ikke minst hjelper en del nye funksjoner å gjøre hverdagen lettere, f. eks. muligheten til å printe ut registreringer i form av en operasjonsbeskrivelse.

Dekningsgraden i 2015 på individnivå var uforandret på 25%. Dermed var dekningsgraden i registeret fortsatt ikke tilfredsstillende (> 75%) og dataene er kun i redusert omfang brukbare for kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. I samråd med Helse SØ og i regi av SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering) ble det igangsatt et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i NGER i slutten av 2015.

Dekningsgradprosjektet har preget registerarbeid i 2016:

- NGER har arrangert et samlingsmøte på Gardermoen 07. april 2016. Endoskopiutvalget deltok på møtet og Nasjonalt service miljø var også til stede og presenterte rapporteringsløsninger og nytten av dette. Tilbakemeldingen fra alle 43 deltakere og referenter var veldig bra.
- På NGF sitt årsmøte på Ahus fikk NGER anledning til å presentere resultater fra 2012-2015 og å vise bruksanvisningen for «Rapporteket».

- Daglig leder for NGER besøkte for oppstartssamtaler en del avdelinger som ikke har registrert tidligere.
- Månedssrapporter ble sendt ut automatisk til utvalgte brukere. Siden 2016 kan hver bruker registrere seg i «Rapporteket» for å få predefinerte månedssrapporter tilsendt.
- Predefinerte resultatrapporter blir bestandig oppgradert med hjelp av statistikker fra Helse NN-IKT i Tromsø.

Allerede i 2016 viste arbeidet i dekningsgradprosjektet resultater. Antall deltagende avdelinger har økt fra 22 til 28 (41 avdelinger totalt). Antall registrerte inngrep gikk opp fra 3.310 i 2015 til 4.681 i 2016.

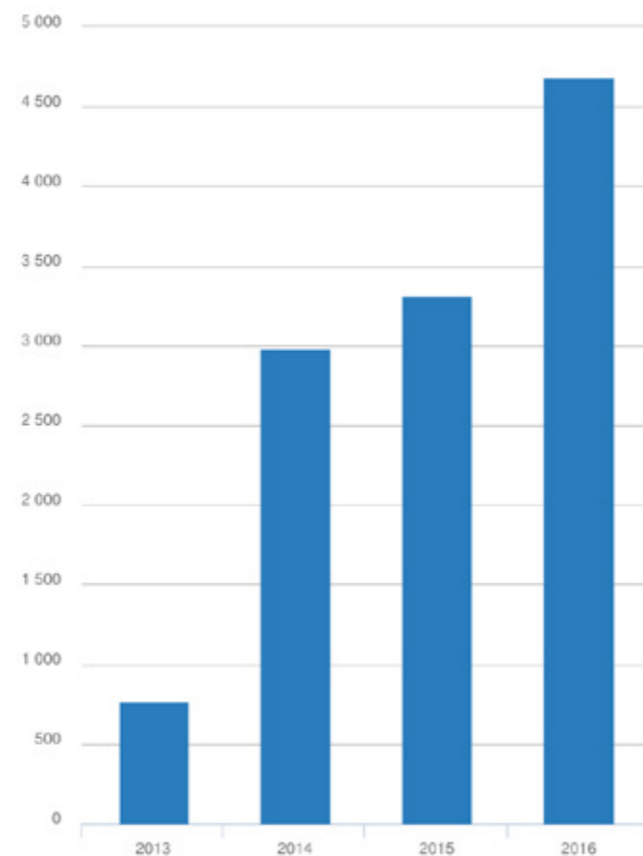


Fig. 1: antall forløp fra feb. 2013 til desember 2016

Daglig leder for NGER deltok på kvalitetsregisterkonferansen 10.-11. mars i Oslo. I forbindelse med NGF sitt årsmøte på Ahus hadde styringsgruppen et møte med referansegruppen. Sykehuset i Vestfold leverte detaljert regnskap sammen med styringsgruppen til Helse Sør-Øst.

Mer detaljert informasjon om registeret finnes på www.kvalitetsregistre.no.

Tønsberg, 02. september 2017

Andreas Putz, daglig leder NGER

SAMSUNG

Samsung har lansert en ny portefølje av ultralyd-apparater til bruk innen gynekologi og obstetrik. Disse apparatene har blant annet Hybrid Beamforming Engine™, en teknologi som kombinerer 2D og doppler med kraftig databehandling for å skape stabile signaler og redusere støy. Dette gir raskere bildehastighet og bedre bildekvalitet. Samsung har implementert flere innovative funksjoner, blant annet 5D-teknologier, MPI, og Elastoscan, som gjør at Samsung redefinerer ultralyd til bruk innen gynekologi og obstetrik.



EKSTREM NØYAKTIGHET

Avansert bildeprosessering og prøbeteknologi sikrer nøyaktig diagnostikk ved selv de mest komplekse tilfeller.



BRUKERVENNLIGHET

Intuitivt brukergrensesnitt og automatiserte funksjoner og diagnostiske verktøy bidrar til økt nøyaktighet og effektivitet, som igjen gjør kommunikasjon med pasienten enklere.

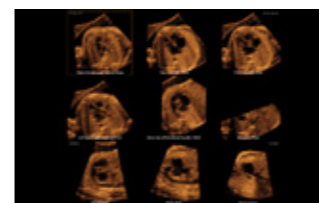


RASK OG TIDSBESPARENDE

Apparatet har funksjoner som strømlinjeformer undersøkelser og legger til rette for en diagnostisk arbeidsflyt som fører til raskere undersøkelser og en forbedret produktivitet.



5D Heart



Fosterhjerneundersøkelse med 5D Heart

På bakgrunn av et STIC (spatiotemporal image correlation) 3D-opptak av fosterhjerter, og markering av standard anatomiske landemerker, genererer ultralydapparatet automatisk 9 plan som gir meget omfattende informasjon om hjertets anatomi og funksjon.

5D NT



NT-målinger med 5D NT

Ved hjelp av ett enkelt volumopptak finner ultralydapparatet automatisk det midtsagittale snittet og utfører måling av NT. Dette gjør at undersøkelsen er mindre operator-avhengig.

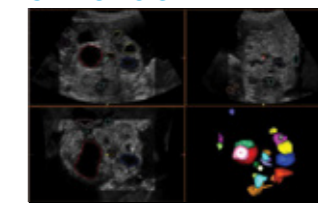
Vidvinklet transvaginal probe



Livmor og eggstokk

Den nye transvaginal proben E3-12A gir et synsfelt på opptil 210 grader. Dette medfører en bedre visualisering av bekkenet, og det er også ofte mulig å visualisere hele livmora og livmorhalsen, så vel som organsymmetri i et transversalt snitt.

5D Follicle



Follikelmålinger med 5D follicle

Sonografiske parametere har vist seg å være effektive indikatorer ved vurdering av in-vitro fertilisering (IVF). 5D undersøkelsen av follikler gjør en automatisk deteksjon og måling av antall og størrelser på follikler.

Årsrapport 2016

Referansegruppe i Fødselsovervåking

Mandat til nasjonal referansegruppe i Fødselsovervåking har også i år vært:

- Være ansvarlig for kapitlene om fosterovervåking i revidert "Veileder i Fødselshjelp" (intrapartum og antepartum fosterovervåking)
- Bidra til kollegial læring og forbedring mht bruk av STAN/CTG/FBS metoden nasjonalt. Dette innebærer at kollegaer kan sende registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og kommentar. Gruppen er ikke et sakkyndig organ. Vurderinger og kommentarer er således ikke en del av pasientens journal.
- Være med på planleggingen av det årlige erfaringsmøtet som er for alle som bruker STAN eller CTG overvåking under fødsel.

Styret (består av tre faste leger)

Leder: Branka M Yli, kvalitetskoordinator, PhD, OUS
Jørg Kessler, Overlege, PhD, Haukeland universitetssykehus
Prof. Marit Martinussen, Overlege, Dr. Med. St Olavs hospital

Medlemmer (1 lege og 2 jordmødre)

Thomas Hahn, Overlege, Haugesund Sjukehus
Kristin Holager, Jordmor, OUS Rikshospitalet
(Jordmorforbundet Norsk Sykepleierforbund)
Hilde Christin Lie, Jordmor, Akershus Universitetsklinikk
(Den Norske Jordmorforening).

1. Erfaringsmøte i Fosterovervåking ble holdt i Bergen 16. september 2016. Det deltok ca 130 leger og jordmødre fra ulike sykehus. Representanter fra den svenske referansegruppen var også tilstede.

Følgende foredrag ble presentert:

- FIGO klassifikasjon av CTG ved Branka Yli.
- Erfaringer fra "Sikre fødsler" prosjektet i Danmark ved Nina Palmgren Colov, Rikshospitalet i København.
- Elektrohysterography during labor ved Kirsten Thijssen, Veldhoven, Nederland.
- Diagnostikk ved føtal anemi og blødning ved Jørg Kessler.
- Forløsning ved seteleie, klinisk materiale ved Philip von Brandis.

Siste del av erfaringsmøtet var som vanlig avsatt til fremlegg av kasus. Det ble presentert eksempler fra åtte forskjellige sykehus.

Det neste erfaringsmøte avholdes i Bodø 29. september 2017.

2. Møter

Gruppen har hatt to møter i tillegg til uttrakt kommunikasjon på mail. Det er gitt skriftlig besvarelse på fire innsendte kasus. Det ble også gitt respons på de ti kasusene som ble presentert på erfaringsmøtet.

3. Kurs i intrapartum fosterovervåking

Gruppen har hatt 2 slike kurs, og hvert kurs går over to dager. Kurset på høsten er et ikke-obligatorisk kurs for leger i spesialisering. Kurset på våren er for jordmødre og leger, med behov for oppfriskning av kunnskap.

Ansvarlige for kursene er Branka M. Yli og Jørg Kessler.

Det undervises i følgende emner:

- Grunnleggende fysiologi,
- CTG fysiologi/klassifisering
- EKG fysiologi/tolkning
- Hvordan oppnå optimal foster EKG
- Vurdering av barnet, tolkning/feilkilder av syre-baseverdier i navlesnor, samt avnavlingsprosedyre
- Trykktid under fødsel- fosterovervåking
- Diabetes- fosterovervåking
- Lite liv- fosterovervåking
- Intrauterin veksthemning- fosterovervåking
- Intrapartum infeksjon- fosterovervåking
- Antenatal CTG
- Signal kvalitet- utfordringer i overvåkingen

På slutten av hvert kurs er det en bolk med kasusgjennomgang og diskusjon

4. Uendret CTG klassifikasjon i Norge

FIGO reviderte sin CTG fortolkning og klassifikasjon i 2015. Referansegruppen har utarbeidet en kommentar til denne, og anbefaler ingen endring av gjeldende CTG klassifikasjon i Norge fordi:

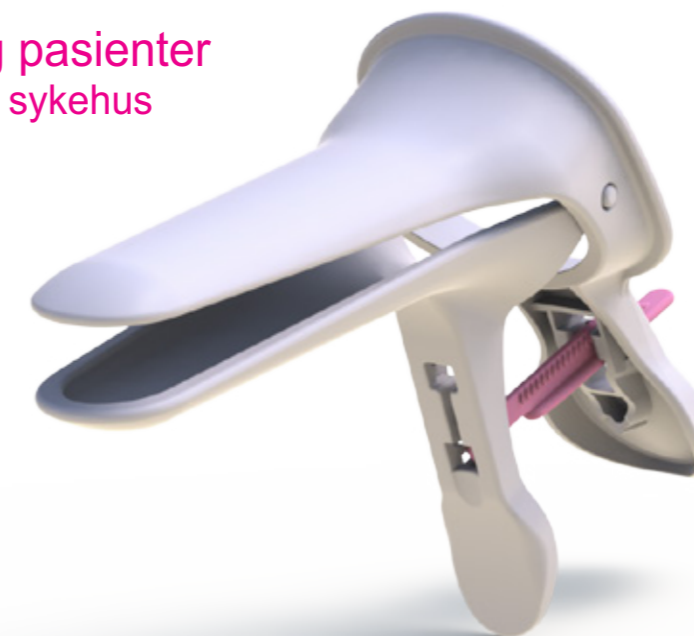
1. Den nylig reviderte FIGO klassifikasjonen vil endre retningslinjer for intervensjon, uten at det er fremkommet evidens på at det vil gi et uendret eller bedret utfall for mor og barn.
2. Gjeldende modifiserte FIGO klassifikasjon av CTG derimot har vært brukt i store randomiserte studier og observasjonsstudier om fosterovervåking med godt utfall.
3. Gjeldende modifiserte FIGO klassifikasjon av CTG er godt innarbeidet på alle norske fødeavdelinger.
4. Vi kan vise til en stadig synkende perinatal mortalitet og samtidig stabil intervensjonsfrekvens i fødsel.

Branka Yli

Foretrukket av både leger og pasienter

Benyttes av 90% av Hollandske sykehus

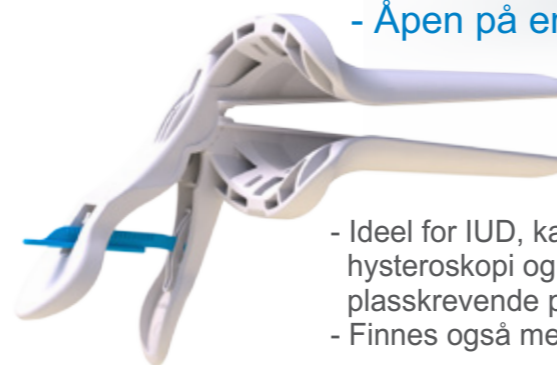
- Rask og enkel i bruk
- Enhåndsbetjent
- Superglatt overflate
- Kan benyttes uten gel
- God lysrefleksjon
- Sterk konstruksjon
- Uknuselig materiale
- Avrundede kanter
- Skånsom støtte av Cervix



Orchid Spec finnes i fargekodede størrelser og varianter

Orchid Spec open

- Åpen på en side



- Ideel for IUD, kateterisering, hysteroskopi og andre plasskrevende prosedyrer
- Finnes også med røykavsug

Orchid Spec SX

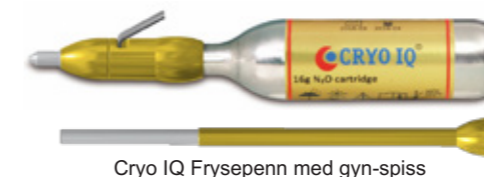
- Med røykavsug



- Ultratynn røykkanal for enkel instrument håndtering
- Medium, Wide, Long

Besøk vår stand på NGF Årsmøte i Stavanger eller kontakt oss i MED & HELSE for SUPER tilbud på:

- ORCHID SPEC Engangsspekulum
- enkel og effektiv KRYOKIRURGI
- innovative, unike HYGIENELØSNINGER
- avansert og effektiv SÅRBEHANDLING



Cryo IQ Frysepenn med gyn-spiss



Årsrapport 2016

EBCOG



EBCOG Council på møte i Brussel november 2016

Norske representanter for NGF er undertegnede nemlig Arild Kloster Jensen og Knut Hordnes. Rolf Kirschner har gjennom mange år gjort en stor innsats i det europeiske samarbeidet og er EBCOGs generalsekretær.

Vårt inntrykk er dessverre at EBCOG fortsatt er litt perifer for mange norske kolleger, noe som er litt synd fordi organisasjonen spiller en viktig rolle for å på ulike måter å heve kvaliteten i faget i Europa. For å lese mer om dette se fjorårets rapport i Gynekologen og EBCOGs egne nettsider www.ebcog.org.

En kort repetisjon

European Board and College of Obstetrics and Gynecology, EBCOG, ble dannet for 23 år siden og er en del av nettverket av Europeiske Spesialistforeninger, UEMS (Union of European Medical Specialists) som er basert i Brussel i et eget hus, Domus Medica Europae. Det er tett kontakt med EU spesielt forbruker- og medisinalmyndighetene, med muligheter til å påvirke både EU Parlament og byråkrati. I korthet arbeider EBCOG for harmonisering av videre- og etterutdanning av medisinsk kunnskap og ferdighet. Det er, og har vært, store ulikheter innad i Europa på alle trinn i kompetanseutviklingen fra grunnutdanning til ferdig spesialitet. EBCOG har særlig konsentrert seg om fullverdig spesialistutdanning (5,5 år) og avdelingsakkreditering, og NGF har vært aktive i alle disse årene. For oss har dette medført innføring av både logg-boken og spesialitetskomiteens avdelingsbesøk, og begge har vært viktige faktorer for kandidatenes rettigheter og kvalitetsutvikling av utdanningen. EBCOG var delaktig i opprettelsen av ENTOG (nettverket av europeiske LIS) som organiserer årlig utveksling og vitenskapelige møter, og subsidierer denne 100 %. Harmonisering fører til bedre spesialistutdanning – de mindre gode utdanningene forsøkes endre til det bedre.

EBCOGs organisasjon ledes av et styre på fem, valgt av Council. I sistnevnte er alle 36 medlemslandsforeninger representert med to delegater, en fra spesialister utenfor institusjon («privatpraktiserende») og en fra institusjonshelsetjenesten. Council møtes 2 ganger årlig. De 4 europeiske subspecialitetene innen faget, nemlig urogyn (EUGA), fertilitet (ESHRE), gyn onkologi (ESGO) og perinatal-medisin (EAPM) er representert.

EBCOG Officers November 30th 2014 - November 2017 er

- President: *Dr Tahir Mahmood (UK)*
- President-Elect og kongress president for Paris 2018: *Prof Jacky Nizard (France)*
- Secretary-General: *Dr Rolf Kirschner (Norway)*
- Treasurer: *Prof Peter Hornnes (Denmark)*

Viktige arbeidsområder reflekteres gjennom titlene på komiteer, arbeidsgrupper osv:

- Chair Standing Committee on Training and Assessment *Dr Angelique Goverde (Netherlands)*
- Chair Standing Committee on Training Recognition & Training the Visitors Working Group. *Prof Jurij Wladimiroff (UK)*
- Chair EBCOG Examination Standing Committee *Dr Rolf Kirschner (Norway)*
- Director of Examinations *Prof Ioannis E Messinis (Greece)*
- Coordinator for EBCOG Position Statements *Prof Allan Templeton (UK)*
- Course Leader the Training the Trainers *Prof Ziva Novak Antolic (Slovenia)*
- EU Funding Lead *Prof André Van Assche (Belgium)*
- European Uro-Gynaecology Association (EUGA) *Prof Stefano Salvatore (Italy)*
- European Association of Perinatal Medicine (EAPM) *Prof Diogo Ayres de Campos (Portugal)*
- European Society of Gynecological Oncology (ESGO) *Dr Frédéric Goffin (Belgium)*
- European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) *Prof Anis Feki (Switzerland)*
- President of the Antalya Congress Scientific Committee *Dr Rudi Campo (Belgium)*
- Webmaster *Dr Markus Wallwiener (Germany)*
- European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology (ENTOG) *Dr Anna Aabakke (Denmark)*
- EBCOG Chief Administrator *Charlotte Mercer (UK)*

Viktige hendelser siste året

Fullstendige referat fra de ulike aktivitetene ligger i EBCOGs egen årsrapport. Mye godt arbeid er gjort og blir for omfattende å omtale her. En sak bør likevel fremheves:

EBCOG har innført EBCOG europeisk spesialisteksamen og Rolf Kirschner har vært sentral i arbeidet. Eksamen har to deler, hvor del 1 er såkalt knowledge-based assessment (KBA) med skriftlig eksamen, mens del 2 er såkalt Objective Structured Clinical Examination (OSCE). Første del foregikk i Torino i mai 2016 og andre del i november i Norwich, UK. Undertegnede bidro på begge og særlig del 2 var ganske interessant da bakgrunnen til deltakerne og tilnærmingen til klinikk og pasient kunne være ganske ulik vår måte. På del 1 besto 45 av 52, men 26 av 36 besto del 2 (noen fikk ikke visa for å delta på del 2).

Kongresser

I mai år var det EBCOG kongress i Antalya i Tyrkia, en ekstra kongress som kom til i samarbeid med den tyrkiske foreningen

da den ordinære kongress i 2016 ble flyttet fra Istanbul til Torino (se fjorårets referat). I samband med denne ble det igjen avholdt en skriftlig eksamen, og parallelt ble det avholdt en i Lisboa. Nå venter OSCE-eksamen for de som besto, i Amsterdam i november.

Neste kongress er i Paris 8-10. mars 2018 se www.ebcog2018.org/ Frist for tidlig registrering er 15/12 og abstrakt frist 31/12.

Deretter er det vår tur nemlig EBCOG i Bergen i 2020. Som nevnt flere ganger tidligere er NFOG kongressen dette året skjøvet ett år fram i tid for å unngå kollisjon. Jone Trovik er kongress-president, Grieghallen blir stedet, og datoene blir 14-16 mai slik at deltakerne får anledning til å oppleve bergensk 17. mai feiring. Vi ønsker å sette et norsk og nordisk preg på denne kongressen som er den første av sitt slag i Norden. Da ønsker vi faglige bidrag og tilstedeværelse spesielt fra alle våre nordiske kolleger!

Knut Hordnes



Bergen - sykkel-VM 2017, EBCOG 2020





Kjære FUGO-medlemmer!

Av Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder

FUGO går en aktiv høst i møte med arbeid med ny spesialiseringsstruktur, gjennomføring av kurs om myomer og forberedelse av ny kampanje innen endoskopisertifisering.



Høsten er her og årsmøtet nærmer seg med stormskritt. For FUGO er dette et høydepunkt hvor vi i tillegg til å møte medlemmene våre, arrangerer det årlige **kurset om et aktuelt emne**, gjerne fore- slått av våre medlemmer. Fjorårets kurs i urogynekologi ble en stor suksess, og vi håper på gjentakelse i år. Alt ligger til rette

for en vellykket dag: Tema er myomer, og som jeg skrev i min forrige leder går vi grundig til verks med dyktige forelesere som tar for seg temaer som billediagnostikk med ultralyd, inkludert 3D, differensialdiagnostikk opp mot sarkom, myomers konsekvens for svangerskap og for fertilitet, behandlingsformer og hvilke faktorer som teller mest når man velger en behandlingsform fremfor en annen. Det er et privilegium å kunne vie en hel dag til virkelig å kunne fordype seg i et emne på denne måten. Anders Einum styrer forberedelsene med stø hånd.

Ellers denne høsten jobber vi videre med **ny spesialiseringsstruktur**. Helsedirektoratet har nå strukturert alle svarene som ble gitt i høringen i april og læringsmålene er tilbake hos spesialiseringskomitéen for gjennomgang. Ved første gjennomlesning, kan det virke som om man ikke har tatt inn antallbaserte læringsmål, slik et samlet fagmiljø har krevet. Det er i så fall en liten skandale. Det som må trekkes fram som positivt, er at dette forslaget fra H-dir kommer allerede nå, slik at man har hele høsten til å jobbe videre for dette, og for andre viktige momenter. Endelige læringsmål skal foreligge i desember, og ny ordning implementeres fra mars 2019. Læringsmålene er det hele den nye ordningen skal dreies rundt, og det er altavgjørende at disse blir bra. Jeg takker LiS over hele landet som har engasjert seg, både

hva gjelder innspill til læringsmål, og mer personlige hjertesukk hva gjelder overgangsordninger og annet.

LiS engasjerer seg per mail og med personlige henvendelser, men også gjennom Facebook. **Facebooksiden** vår har eksistert i et knapt år og har i skrivende stund 260 medlemmer. Det er et godt supplement til websidene, hvor vi opplever å nå gjennom til medlemmene på en god måte, og hvor veldig mange LiS har vært aktive. Her har vi lagt ut alle dokumenter som er produsert i forbindelse med ny spesialiseringsstruktur, slik at det skulle være rikelig med anledning for LiS å komme med innspill, hvilket også flere har gjort. Det er også en side hvor medlemmer har utvekslet erfaringer med prosedyrer og sedvaner på de ulike sykehusavdelingene, og hvor flere har fått bistand til mer prosaiske problemer som å finne hand outs fra kurs og annet.

På fjorårets generalforsamling var det oppslutning om en ny kampanje for bedre veiledning. Imidlertid har vi sett at det er hensiktsmessig å avvente ny spesialiseringsstruktur, før en slik omfattende kampanje planlegges. I stedet planlegger vi en ny **kampanje innen endoskopisertifisering** på modell av sertifiseringsprogrammet som er utviklet i Tønsberg. Marianne Omtvedt har vært sentral i utviklingen av programmet, er nylagt medlem i Nordic Society of Gynecological Endoscopy, NSGE, og er tatt inn i FUGO-styret det siste halvåret, da Erica Hove har fratrudd på grunn av skifte av spesialitet. Hun vil være ansvarlig for kampanjen, selvfølgelig i nært samarbeid med resten av oss i styret, og eventuelt andre interesserte. Vi er heldige som er del av et svært aktivt fagmiljø, med utrolig mange engasjerte leger innen så mange felt og jeg gleder meg stort til fortsettelsen. Ha et riktig godt årsmøte!

Formøte FUGO 25. oktober, 17.30-19.00

17.30-18.10:	Generalforsamling FUGO	18.10-18.30:	Oppdatering på ny spesialiststruktur
	• Arbeid i Norge		ved <i>Thea Falkenberg Mikkelsen (leder FUGO)</i> og <i>Marte Myhre Reigstad (spesialitetskomitéen)</i>
	• Internasjonalt arbeid		
	• Økonomi	18.30-19.00:	Agnethe Lund, en gynekolog
	• Evaluering av årets kurs		med sine meningers mott
	– forslag tema neste års kurs		Hva motiverer og hva er utfordrende
	• Valg av nye styremedlemmer		ved å være en offentlig stemme?

Årsrapport 2016

FUGO

FUGO- styret 2016:

- Thea Falkenberg Mikkelsen– leder, ENTOG, NFYOG
- Erica Hove– nestleder, ENTOG og web-ansvarlig
- Eirin Haugli Falch- Kursansvarlig og sekretær
- Tiril Tingleff – Kasserer og representant i endoskopiutvalget
- Malin Dögl– NGF-representant
- Renee Waage– FUGOs representant til Gynekologen
- Camilla Kleveland – Spesialitetskomitéen, vara i FUGO-styret

Generelt

Det ble avholdt 4 styremøter i 2016, hvorav ett via Skype, samt Generalforsamling. Store deler av styret var nytt og første halvdel av 2016 ble i stor grad brukt til kompetanseoverlevering. Det løpende arbeidet med kurs og representasjon i nasjonale og internasjonale utvalg gikk sin vante gang hele året, og hovedfokus for styret i andre halvdel av 2016 var arbeidet med ny spesialiseringsstruktur. Det var viktig for FUGO å arbeide for fortsatt prosedyre- lister og å beholde kirurgisk tjeneste.

Styrets økonomi

FUGO- styret finansieres av NGF med en post på 60 000 kr i NGFs budsjett. Dette skal dekke styremøter og annen relevant aktivitet i inn- og utland. Det er et mål i styret å sikre geografisk spredning i styresammensetningen, utover det holdes en nøktern profil. I 2016 brukte styret i alt 44625 kr. Utgiftene gikk til å dekke 3 styremøter, Generalforsamling, deltagelse ved et spesialitetskomitémøte, posterpresentasjon av kampanjen "Gi kniven videre" på EBCOG-kongressen i Torino og kongressavgift til EBCOG-kongressen for to FUGO-representanter.

FUGOs forkurs før årsmøtet har eget budsjett. Regnskapet for kurset 2016 gikk i overskudd med 75.847 Aktivitet i tilslutning til NFYOG-styret dekkes gjennom NFOGs budsjett.

NFYOG

Det ble avholdt tre styremøter i NFYOG i 2016. Thea Falkenberg Mikkelsen møtte på møtet i Reykjavik i april og i Oslo i november, Malin Dögl møtte på møtet i Helsinki i forbindelse med NFOG-kongress. NFYOG arrangerte et vellykket LIS- arrangement i samarbeid med Bayer på NFOG-kongressen.

ENTOG

ENTOG- utveksling 2016 var i Torino, Italia. LIS Tilde Østborg (Stavanger) og Lisa Tangnes Leeves (Tromsø) var norske representanter. Man kunne lese om deres erfaringer i Gyneko-

logen 4/2016. Camilla Kleveland og Tiril Tingleff deltok på ENTOG-kongress.

"Gi kniven videre"

Prosjektet som etter hvert er kjent av de fleste, ble avsluttet i 2015 – det vises til FUGOs årsrapport fra i fjor for detaljer. I 2016 ble resultatene presentert av primus motor for kampanjen Tiril Tingleff ved NFOG-kongressen i Finland og EBCOG-kongressen i Torino.

Forkurs

Kurset 2016 hadde tittelen "Urogynekologi og prolaps". Ansvarlig var Eirin Haugli Falch som samarbeidet tett med urogynekologi- miljøet på A-hus med Marie Ellstrøm Engh i spissen om et variert og omfattende program. Det var usedvanlig stor interesse og lang venteliste. Generelt fikk vi gode tilbakemeldinger både muntlig og skriftlig på det faglige og organisatoriske ved kurset. På grunn av det store oppmøtet oppstod noen utfordringer i forhold til kapasitet på tildelt lokale hvilket er tatt til etterretning ved planlegging av videre kurs.

FUGOs årsmøte

Årsmøtet ble holdt 26.10.16 og startet med generalforsamling. Referat fra generalforsamlingen kan leses i Gynekologen nr 4/2016. Anders Einum ble valgt inn for å erstatte Camilla Kleveland som gikk ut av styret. Thea Falkenberg Mikkelsen og Erica Hove tok gjenvalg for 2 nye år. Tiril Tingleff, Renee Waage, Eirin Haugli Falch og Malin Dögl var midt i sin 2 årsperiode og ikke på valg.

Videre fortsatte årsmøtet med at representanter fra spesialitetskomitéen Camilla Kleveland og Marte Reigstad informerte FUGOs medlemmer om ny spesialiseringsstruktur, og medlem i YLF-styret Kristin Cornelia Utne kom som ekstern foredrags- holder for å informere om nylig avsluttet streik og YLFs strategi videre for å sikre våre rettigheter som LiS.

Kommunikasjon med medlemmer

FUGO har en velfungerende webside, som i 2016 ble holdt oppdatert av Erica Hove. Her publiseres alle referater fra våre styremøter, samt legges ut nyheter fra inn- og utland. Man kan også finne en oversikt over lenker til faglig relevante websider. I oktober 2016 ble det opprettet en egen Facebook-side for å gjøre kommunikasjon med medlemmer enda enklere.

Vi bør utdanne leger vi ønsker å bli behandlet av selv

Hvem sitt ansvar er det?

Sykehuset har fire hovedoppgaver. Det er pasientbehandling, utdanning, forskning og informasjon til pasienter og pårørende. Spesialitetskomiteen går hvert år gjennom SERUS rapportene (System for elektronisk rapportering av utdanningsvirksomhet i sykehusavdelinger). På papiret ser dette veldig bra ut for de aller fleste avdelinger. En erfaring er imidlertid at virkeligheten kan være en annen enn teorien i avdelingenes generelle utdanningsplaner. Neste års rapporter skal leveres i mars 2018. Mitt råd til avdelingene er at dere må være presise i hva dere ønsker endret og hva dere trenger for å få det til. SERUS rapporten, med tilbakemeldingen fra legeföreningen og spesialitetskomiteen, er et dokument som kan brukes i budsjettplanleggingen. God utdanning krever ressurser, både menneskelige og økonomiske. Vi må sette en pris (kr) på hva god utdanning faktisk koster.

Utdanningsprisen 2016.

Dette er ikke en oversikt over hva utdanningen kostet i 2016, men som tidligere år en premie. I år ønsker vi også å dele ut en premie til et forbilde. Medlemmene kan sende inn forslag på en person som har bidratt til god utdanning. Personen kan være et forbilde i mester-svinn læring eller en som på et overordnet nivå jobber for systemer som skal sikre god utdanning. Forslag sendes til jmgoderstad@hotmail.com Premien deles ut på Årsmøtet.

Vi sees i Stavanger.



Fra et speskom møte. Hilde, Jeanne Mette, Camilla, Marte, Yngvild, Knut og Ingeborg.

Norsk kvinnelig inkontinens register inviterer leger, uroterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter og sekretærer som er interessert i utredning og behandling av urininkontinens til

NKIR-FORUM

Norsk kvinnelig inkontinensforum

Fredag 10. november 2017 Oslo universitetssykehus, Ullevål

Rødt Auditorium, Patologibygget

Møteleder Ingrid Volløyhaug

10.55 Ingrid Volløyhaug ønsker velkommen

11.00 Smerter etter midturethraslynger - Håndtering Sigurd Kulseng-Hanssen
11.25 Urinlekkasje hos nullipara og toppidrettsutøvere Ingeborg Hoff Brækken
- Sporty jenter lekker mest

11.45 Toalettvaner og blæretrening hos den eldre pasient, Geriaterens perspektiv 20 min Renate Pettersen
Uroterapeutens perspektiv 20 min Janicke Frugård
+ Diskusjon 5 min

12.30 Pause

12.45 Urethratrykk - for hvem, når, hvordan? Niels Klarskov (DK)

13.20 Produktinformasjon fra Astellas

13.25 Produktinformasjon fra Allergan

13.30 Lunch

Møteleder Rune Svenningsen

14.30 Reflektometri – hva er det? Niels Klarskov (DK)

15.05 Stimulator/ vibrator som stressinkontinensbehandling Ingard Nilssen

15.30 Produktinformasjon Contura

15.35 Bulkamid

16.00 Kaffepause Hjalmar Schjøtz

Møteleder Anita Vanvik

16.15 Reoperasjoner etter midturetraslynger Sigurd Kulseng-Hanssen

16.40 NKIR satsningsområde 2018 Dimoski/Kulseng-Hanssen

16.50 Møteslutt

Deltagelse, mat ved ankomst, lunch og kaffe i pausene er kostnadsfritt. Ingen begrensning på antall deltagere fra hver avdeling. Vi ber om påmelding til møtet innen 15. september. Bindende påmelding med navn og profesjon på deltagerne skjer til Bjørg Tove Johansen, Kvinneklinikken, Bærum sykehus bjorg.tove.johansen@vestreviken.no tlf 67809452

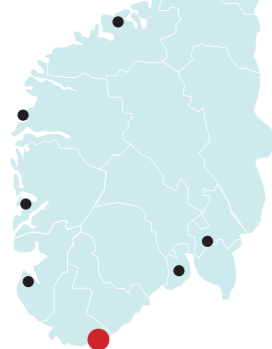


Sykehusområdet på Eg, Kristiansand

Norge Rundt

Kvinneklonikken ved Sørlandet sykehus – Kristiansand

Av Silje Sommerfelt



Tidligere besøkt:

2.2017 Kvinneklonikken Haugesund Sjukehus Helse Fonna HF
 1.2017 Kvinneklonikken ved Helse Møre og Romsdal – Ålesund
 4.2016 Kvinneklonikken ved Sykehuset i Vestfold Tønsberg
 3.2016 Kvinneklonikken ved Ahus
 2.2016 Kvinneklonikken ved Nordlandssykehuset - Bøddø
 1.2016 Kvinneklonikken i Hammerfest
 4.2015 Kvinneklonikken i Stavanger
 2.2015 Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen
 1.2011 Kvinneklonikken i Hammerfest

Mellom Baneheias skogkledde åser i vest og elva Otras bredder i øst - ligger Sørlandet sykehus i gangavstand fra sentrum av Kristiansand by. Kvinneklonikken befinner seg midt på området med utsikt mot ærverdige gamle bygninger som var en del av sinnssykeasylet på Eg fra 1881, den tiden da psykiatriske avdelinger skulle ligge landlig til for å sørge for fred, ro og frisk luft til de lidende.

Grevlingmøte og dårlig ex.u

Selv om sykehuset er nær byen medfører naturnære omgivelser i kanten av Baneheia visse utfordringer. Siden 2009 har vi alltid 2 leger på vakt, en overlege og en LIS. Mens soverommet til LIS legen ligger i enden av barselfløyen, er overlegenes kontorer i et brakkebygg omkranset av psykiatriske sengeposter og i nærhet av fødefløyen. Noen ganger hører de stemmer... og skrik fra



Blide gynekologer på Sørlandet. Bak fra venstre: Sigurd Hortemo, Marita Lomheim, Bente Maltby, Liv-Hilde Myren, Birgit Moy, Linda Sagedal, Astrid Mans, Ane-Cecilie Munk, May-Beate Lindelid, Aiste Barisauskiene, Inger Johanne Sirnes. Foran fra venstre: Mette Skorstad, Janne Rossen, Ida McFadzean og avdelingsleder Randi Andersen

psykiatriske pasienter. En av overlegene møtte på en grevling da hun skulle tilse en dårlig ex.u pasient midt på natten – og det er ingen spøk når man hører døren gå i lås bak seg og et beist av et dyr står mellom deg og dit du må springe. En annen av overlegene kom til å miste inngangskortet i snøføyken da hun skulle opp til sectio i mørket. Heldigvis hadde hun gummistøvler på da hun måtte løpe rundt bygget, ringe på klokken og komme seg inn. Det er praktisk med brakkebygg på bakken når håndtaket faller av og man må klatre ut av vinduet for å komme seg ut, og ikke langt å gå når man faller i mørket mot nattbordet og får kutt på kinnet som må sys av vakthavende kirurg. Uten om dette og bøtter i gangene på føden når det regner mye, så har vi det «så greit, atte», som vi sier på Sørlandet.

Avdelingen – hvem er vi?

Det er 10 overlegestillinger hvor av 9 går i vaktturnus, samt 8 LIS legehjemler i 8-delt turnus knyttet til avdelingen. De senere årene har vi nærmest hatt et generasjonsskifte her, hvor mannlige nestorer har gått over i pensjonistenes rekke. Noen mannlige kolleger har også gått over til det private, slik at XY kombinasjonen er ettertraktet og ønsket i avdelingen i større grad enn nå.

Trille opp til sectio...

Før 1990 lå fødeavdelingen syd-vest i Kvadraturen mens resten av Fylkessykehuset lå i nord-østlige kant av byen. Dette medførte forflyttingsutfordringer i forbindelse med sectioforløsning på vakt, hvor anestesilege og – sykepleier ble kjørt ned i heis og fraktet tvers over byen i ambulanse for å bistå. Det at vi nå må trille fødedamene oppover bakke fra føden til operasjonsstua, er å regne som en mindre utfordring. Selv når enkelte av gynekologene er i 50-kg klassen og fødedamene kan veie 3 ganger mer – da gjelder det å ta fart!

«Noen mannlige kolleger har også gått over til det private, slik at XY kombinasjonen er ettertraktet og ønsket i avdelingen i større grad enn nå.»

Kniving om fødende

Fra 2015 ble seleksjonskriteriene i forbindelse med Trygt Fødetilbud innført. I Kristiansand er vi Kvinneklipp, men på Sørlandet har vi sykehus også i Flekkefjord og Arendal. Nå blir risikofødende selektert til oss. Tvillinger, setefødsler, overvektige, diabetikere, premature og andre potensielt risikofylte damer skal til Kristiansand for å settes i gang og føde. Vi selekterer risikofødende fra en fødepopulasjon på rundt 3500 fødsler og har rundt 2000 nedkomster årlig på avdelingen vår. I 2016 etablerte vi en egen observasjonspost for gravide med 8 sengeplasser, og er fornøyde med økt fokus på denne pasientgruppen.

«Vestvendt» obstetikk

Nest etter Bergen og Haugesund, er det Kristiansand som hyppigst benytter tang til vaginale operative forløsninger. Fødende i Kristiansand kan benytte lystgass og Fentanyl. Pudendal blir også hyppig benyttet, og vår epidural frekvens ligger noe lavere enn landsgjennomsnittet. Av setefødsle som ble selektert til å føde vaginalt, endte kun 27 % opp med akutt sectio i fjor. Sectio frekvensen totalt lå på 15 %, hvor av 9,8 % var akutte.

Vi har spesielt fokus på fødselsmekanikk i år, og alle overlegene kurses en av gangen og opplæres til mer samkjørt, systematisk beskrivelse av fødselsforløpet og posisjonene underveis. Vi har et pågående riftprosjekt, og stimulering med Oxytocin er satt i system hos oss, spesielt etter at en av overlegene har jobbet med dette i forbindelse med sin PhD. Vi har en egen gruppe som arbeider for å lage felles prosedyrer med Arendal og Flekkefjord, og det er utarbeidet en mobilapp hvor disse er tilgjengelige! Det foregår aktiv jobbing med kvalitetssikring og vi har flere grupper som er opprettet for å ivareta fagligheten bl.a. innen fosterovervåkning, amming, diabetes og normale fødsler.

«Kristiansand er en ekte sommerby, med festivaler og palmesus. I disse månedene fordobles folketallet. Det er ikke sjelden at vi får inn turister med problemstillingen «lite liv» etter en lang dag i dyreparken.»



Brakkebygget med overlegenes soverom

Fra lobotomi til laparoskopi

Bygget Kolonien fra 1929, har gått over fra å være pusterom for de minst syke psykiatriske pasientene, til å være et bygg hvor vi har fagdager, prøvedisputasjoner og møter. Lobotomi var en metode som raskt ble omfavnet og tatt i bruk ved sinnssykeasylet på Eg på 50-tallet, men denne ble historie etter 10-15 års tid. Andre nyvinninger innen kirurgi, som laparoskopi, ble omfavnet ganske tidlig her sørpå. Gynekologisk avdeling i Kristiansand var blant de første avdelingene som startet opp med laparoskopi innen fagfeltet i Norge i 1984. I Arendal spesialiserte de seg på vaginale hysterektomier mens LSH (fra 2003) og TLH (fra 2010) etter hvert ble hovedmetoden i Kristiansand. I Arendal ble sykehuset donert utstyr for robotkirurgi, og roboten benyttes også av enkelte gynekologer fra Kristiansand på elektive operasjoner som egner seg spesielt godt for denne tilkomstteknikken.

Gynekologisk seksjon – kirurgisk fellesskap, ombygginger og rasjonalisering

Våre gynekologiske pasienter ligger på stor kirurgisk sengepost sammen med urologiske, endokrinologiske, kar – og mamma-pasienter. Det har gjort at vi har utvidet vårt polikliniske dagbehandlingstilbud, slik at for eksempel få hyperemesispasienter er innlagt over mange dager. De fleste får poliklinisk væskebehandling på vår veldrevne poliklinikk. Vi har også en åpningspoliklinikk for kvinner som er omskåret, samt en sexologutdannet sykepleier som bidrar med internundervisning og egne konsultasjoner. 80 % av våre operasjonspasienter er innlagt samme dag, og vi har mye dagkirurgi og korte liggetider.



Bente Maltby i farta på vei opp bakken for å gjøre sectio. Barnevogn og seng må med. Det gjelder å ta god sats i bunnen av bakken for å ha fart nok på toppen til å komme over kneika.

«Det at vi nå må trille fødedomene oppover bakke fra føden til operasjonsstua, er å regne som en mindre utfordring»



Fride Austad og Cecilie Risbakk gjør seg klare til vakt.

Kreftbehandling – lokalt med kontinuitet

Vi har også ansvar for nesten all cellegiftbehandling på vår poliklinikk, og det er kun i sjeldne tilfeller pasientene får slik behandling på Radiumhospitalet. Vi gir ca 400 kurer i året og får gode tilbakemeldinger fra kvinnene som er taknemlige for kontinuiteten i behandlingen. Vi opererer selv corpuscancer FIGO stadium 1, stort sett laparoskopisk. De øvrige cancerinngrepene ivaretas av Radiumhospitalet som vi har et godt samarbeid med. Regelmessige videomøter med Radiumhospitalet og sykehus i Helse Sørøst til diskusjon av pasienter er på trappene. Vi har vært med på en immunterapistudie styrt av en dyktig studiesykepleier. Det har vært et fint tilbud til pasientene og gitt oss god erfaring i legemiddelstyrt forskning.

Forskning

Vi har en stor forskningsaktivitet i avdelingen og fire av overlegene har PhD. To av disse disputerte for graden våren 2017. I tillegg vil enda en overlege disputere i løpet av et halvt år, og en av LIS'ene er i et PhD-løp. Med en overlege med master i laparoskopi, er vi en velutdannet stab. Mange av pasientene våre inkluderes i ulike forskningsprosjekter både innenfor kreft og obstetikk. I Kristiansandsområdet er det de senere år utført en av verdens største randomiserte kliniske studier for effekten av livstilsintervensjon i svangerskapet med tanke på vektøkning. Dette resulterte i en av de to doktorgradene som disputerte i år. Forskningen gir positive ringvirkninger med stimulerende diskusjoner, fornøyde pasienter, stolte medarbeidere og litt ekstra resurser.



Hvem sier at Sørendingene er treige? Overlege Mariann Eidet er en av våre faste robotkirurger. Som man kan se, må LIS-legene finansiere arbeidskloene sine selv. Fra venstre: Anne Liv Sziraki og Mariann Eidet.



Av Kristina Lindemann, overlege Det Norske Radiumhospitalet

Altfor mange kvinner rammes årlig av gynekologisk kreft. Blir sykdommen oppdaget i tide kan mange liv reddes hvert eneste år. Derfor ble det internasjonale initiativet Ride4Women etablert i 2014. Organisasjonen støttes av ESGO som er den europeiske gynonkologiske foreningen.

Hvert år sykles det for å skape oppmerksomhet om gynekologisk kreft på lik linje med #sjekkdeg og #kjennetter kampanjen. Ride4Women skal bidra til å forebygge nye, alvorlige, og sent oppdagende tilfeller av gynekologisk kreft.

I år hadde vi på Avdeling for gynekologisk kreft gleden av å starte sykkelrittet fra Radiumhospitalet/Oslo Universitetssykehus. Hele 46 sykklister la ut fra Radiumhospitalet 02. Juli 2017, med samferdselsministeren Ketil Solvik-Olsen i spissen. En sykkelglad gruppe av leger, sykepleiere, kreftoverlevende og andre støtte-spillere i kampen mot kreft. Og selvfølgelig selve kjerneteamet som skulle sykle hele veien ned til Wien med målgang 16.juli 2017.

Arrangementet ble åpnet av Kristina Lindemann, overlege på Avdeling på gynekologisk kreft, som lenge har vært aktiv i den yngre gyn-onkologiske foreningen ENYGO som stilte med flere sykklister i kjerneteamet. Ameli Trope, leder for livmorhals-programmet, var også med og bekreftet at slike initiativer faktisk umiddelbar øker deltakelse i screeningen.

Dorthe Bekkengen holdt før avtråkk en appell på vegne av Gynkreftforeningen. Der la hun stor vekt på at alle kvinner bør være nøye med å ta regelmessige celleprøver, og eventuelt ultralyd-undersøkelse. - En så enkel prøve kan faktisk bety forskjellen mellom liv og død. Det er veldig viktig å ta symptomer på alvor. Hvis ikke jeg hadde tatt mine symptomer alvorlig, og ventet lenger med å gå til legen, så hadde jeg kanskje ikke stått her i dag, sa Bekkengen til ettertanke. Og fortsatte:

- Et sykkelløp som dette er noe vi i Gynkreftforeningen, og jeg personlig, setter veldig stor pris på. Det er utrolig viktig med informasjon og oppmerksomhet rundt gynekreft, slik at folk blir mer oppmerksomme. Da blir det også lettere å forebygge.

Det var flott stemning i det fineste været ned til første stopp i Hvervenbukta. Syklende ambulanser dannet baktropp og sørget for god beredskap underveis. Så måtte noen tilbake på jobb mens andre syklet videre ned til Halden. Det var flott å viktig å få Ride4Women til Oslo!

Vær aktiv- velg livet!



Gynekologer på sykkel



Baktroppen – syklende ambulanser



normedi
NORDIC

NYHET

SIKKER, RASK OG SKÅNSOM DILATASJON

Aqueduct Cervical Dilator



- Enkel i bruk
- Rask dilatasjon (6mm på 3 minutter, 8mm på 5 minutter)
- Gir gradvis og uniform dilatasjon
- Reduserer risiko for infeksjon og perforasjon
- Se film på www.normedi.com

NOEN GANGER ER DET SIMPLE GENIALT!

Suture PassOR™



Suture PassOR™ er et intuitivt kirurgisk instrument som sørger for effektiv lukking av små og store porthull.

Scope CleanOR™



Scope CleanOR™ er et enkelt, separat pakket og kostnadseffektivt lite sett som sikkert og effektivt rengjør optikklinser og trokar.

normedi
NORDIC

Kontakt oss på: support@normedi.com
Sweden | Denmark | Norway | Finland
+47 333 20 400 www.normedi.com



Foto: Synnøve Folkvord,

Simuleringstrening i Stavanger

Erik Andreas Torkildsen, Kvinneklubben Stavanger universitetssjukehus.

Hvorfor simulering?

Kvinneklubben ved Stavanger universitetssjukehus har i mange år hatt stort fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. Et viktig pionerarbeid ble gjort av gynekolog Leif K. Gjessing i utviklingen av lokale databaser, for å nedtegne virksomhetsdata i Kvinneklubben. Databasene danner grunnlaget for statistikk og kvalitetsarbeid. I dag bruker avdelingen EPJ-systemene NATUS™ og DIPS™. Lokale prosedyrer utvikles hele tiden, og oppdateres jevnlig.

Men er dette nok for en avdeling som driver med kvinnesykdommer og fødselshjelp? I løpet av 2019 vil et nytt utdanningsprogram for leger i spesialisering tre i kraft, med fokus på bruk av læringsmål og oppnådd læringsutbytte, sammen med nye felles kompetansemøduler for alle spesialiteter. I tillegg styrkes veiledning og supervisjon. Sentralt er også økt fokus på simuleringstrening.

Hva er simulering?

Simulering kan formuleres slik: "simulering betyr å gjenskape noe som likner på virkeligheten med kunstige midler for å observere, beregne eller trene på virkelige fenomener eller hendelser. Medisinsk simulering innebærer å (gjen)skape pasientbehandling eller –håndtering så realistisk som mulig uten å utsette pasienter eller helsepersonell for risiko".

Kvinneklubben i Stavanger har de siste årene satset på simuleringstrening, spesielt innenfor obstetrik. Medisinsk

simulering kan tilrettelegges som individuell trening av ferdigheter (prosedyrer, teknikk eller teknisk utstyr) under veiledning, eller som teamtrening hvor beslutningstaking, samhandling og/eller medisinsk-faglig behandling er i fokus. Eller for så vidt en kombinasjon av disse. Etter simuleringstrening følger en debriefing, som ledes av en instruktør eller fasilitator.

SAFER

I Stavanger er vi heldige som har SAFER. Dette er en stiftelse og et læringscenter som ble opprettet i 2006, i et samarbeid mellom Stavanger universitetssjukehus, Universitetet i Stavanger og Laerdal Medical AS. Formålet med senteret er å styrke akuttmedisinsk opplæring og pasientsikkerhet. Senteret driver også forskning. SAFER inngår i et aktivt nettverkssamarbeid med internasjonalt ledende medisinske simuleringssentre. Ved senteret tilbys opplæring for alle ledd i kjeden som redder liv, fra varslings og basal akuttmedisinsk behandling både for prehospital og innsjehospital personell, til avansert medisinsk behandling. Undervisningsaktiviteten dekker de forskjellige sektorene i Læringskirkelen, og innbefatter ferdighetstrening, beslutningstrening og fullskala simuleringstrening – både individuelt og i team. Senterets mål er å bidra til bedret akuttmedisinsk opplæring der man kan trene på vanskelige, sjeldne og potensielt farlige situasjoner under trygge omstendigheter. Pasientsikkerheten er satt i høysetet ved at treningen foregår på simulator-dukke, og pasientene utsettes dermed ikke for fare eller ubehag.

Simuleringen gir mulighet for å utruste helsearbeidere med kjennskap og ferdigheter i hvordan håndtere akutsituasjoner man kanskje sjelden ser. Det er et ønske at opplæringen og simuleringen ved SAFER skal bidra til økt klinisk kompetanse og trygghet, økt pasientsikkerhet og med et bedret resultat/overlevelse for pasientene. SAFER ønsker å være et modellsenter, der andre kan komme og se hvordan man kan bygge sitt eget senter.

Kan alle få det til?

For å få til god simuleringstrening er det viktig at avdelingene satser på dette! Det krever ressurser, men man får mye igjen. Best mulig behandlingstilbudet er et krav fra Staten, og det er selvfølgelig noe vi alle ønsker.

Avdelingen her har innført simuleringdagene i turnusen for jordmødre og barnepleiere, og vi tilstreber at det skal være tverrfaglig mellom leger og pleiepersonalet. Mange synes dette er spennende og lærerikt, og vi er overbevist at det bedrer kvaliteten på behandlingstilbudet vårt. Selv om treningen i Stavanger foregår ved et simuleringssenter, er det ikke noe i veien for at det også kan gjennomføres i egne lokaler. I dag kan det skaffes enkelt og rimelig utstyr som kan brukes lokalt, og/eller man startet opp med "in-situ trening", som foregår i selve avdelingen. Alarmen kan utløses (i treningsøyemed selvsagt), og man tilstrebes at alt er så virkelighetsnært som mulig.

Simulering er fremtiden! Som en tilleggsfaktor bringer man de ansatte mer sammen, de blir bedre kjente og tryggere på hverandre. Men ikke minst, simulering er spennende og gir en ny giv i hverdagen.

Hvis det er noen som er interessert i hva vi gjør i Stavanger kan dere ta kontakt med kvinneklubben, eller SAFER direkte.

Husk, som det gamle slagordet sier: **Øvelse gjør mester!**



Antibiotika **fritt** legemiddel mot bakteriell vaginose

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



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

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

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



HOLD AV DATOENE 15-17 november 2017 til KOLPOSKOPIKURS

Kursets hovedforedragsholder blir
Albert Singer, en av verdens mest anerkjente kolposkopører



Kursansvarlige gynekologer Ane Cecilie Munk, Ameli Tropé og Ingrid Baasland sammen med professor Albert Singer

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

**KURSET ER GODKJENT av EUROPEAN FEDERATION FOR COLPOSCOPY (EFC)
GODKJENT KURS OG GODKJENT VALGFRIKT KURS I FØDSELHJELP OG
KVINNESYKDOMMER, UTDANNING OG ETTERUTDANNING**

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



Sted: Radiumhospitalet
Spørsmål om kurset kan sendes til ameli.trope@mac.com



Save the date!

Kjære kolleger!

Årets Tropé-Kolstad møte avholdes på Radiumhospitalet fredag 1. desember kl 09:00-18:00. Det er et meget spennende program, med blant annet Anil Sood, Jonathan Ledermann og Philipp Harter.

Av erfaring vet vi at det blir mange deltagere, derfor anbefaler vi at dere melder dere på så snart som mulig, senest 1. November. Møtet er som tidligere kostnadsfritt.

Påmeldingslink vil bli tilgjengelig på NGFs nettsider.

Claes Tropé
Professor Emeritus

Hold av
dagen

Meld deg på Livmorhalsprogrammet sin Fagdag 5. mars

- Sliter du med å skjønne hvordan du skal følge opp unormale prøvesvar?
- Synes du det er vanskelig å gi informasjon om HPV?

På Fagdagen vil det blant annet bli diskutert:

- nye oppfølgingsrutiner
- god prøvetakingsteknikk
- overscreening
- informasjon til kvinnen om et HPV positivt svar

Helsepersonell fra relevante fagmiljøer inviteres til å diskutere forbedringer i screening mot livmorhalskreft

Det søkes om følgende godkjenninger:

Allmennmedisin videre- og etterutdanningen: 6 valgfrie kurspoeng
Fødselshjelp og kvinnesykdommer: 6 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering og spesialistenes etterutdanning
Patologi: 6 timer til den valgfrie kursdelen for leger i spesialisering.



Program og informasjon om påmelding, finner du her: <https://www.kreftregisteret.no/Fagdag/>

Sted: Kåre Norum auditorium, Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark, Ullernchausseen 66, 0379 Oslo

For spørsmål om fagdagen kontakt: Ameli Tropé, Ameli.Trope@kreftregisteret.no

Arrangør: Livmorhalsprogrammet ved Kreftregisteret



Gynekologen anbefaler lesestoff med varierende grad av fagleg relevans

Denne gongen:

«The safe use of ultrasound in medical diagnosis»

Redigert av Gail ter Haar.

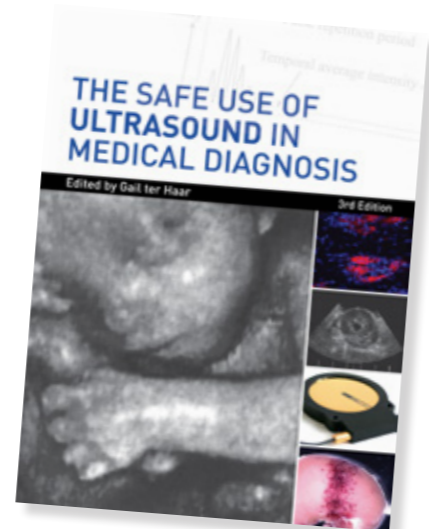
Av Ragnar Sande, redaksjonsmedlem

Etter forrige gong å ha befatta oss med det som må beskrivast som det reine tøv, hentar vi oss denne gongen kraftig inn med «The safe use of ultrasound in medical diagnosis». Dette er eit obligat verk for alle som syslar med ultralyd av foster, og best av alt – boka er gratis!

Boka er på letlesne 173 sider, og kapitla er forfatta av dei absolutt beste i verda på ultralyd fysikk, bildeoptimalisering og sikkerheit, fremst mellom desse sjølvstakt vår eigen Pepe Salvesen, som her skriv under pseudonymet "Kjell". Vi får ein grundig gjennomgang av ultralyd fysikk i lettfattelige vendingar, viktig basis-kunnskap for optimal utnytting av kostbare ultralydscannerar. Mulege mekanismar for bioeffektar vert diskutert, og gjeldande standardar for sikkerheit og kontroll vert gjort greie for i stor detalj. Dette vert deretter på eksemplarisk pedagogisk vis knytt opp til dokumenterte effektar på celler og vev, før ein til slutt ser på dokumenterte effektar på menneskefoster.

Kapitla om ultralydfysikk vil kanskje vere dei mest matnyttige for obstetrikarar som brukar ultralyd i fosterdiagnostikk til dagleg, sidan denne kunnskapen kan omsettast direkte i betre kvalitet på undersøkingane. Til dømes kan kunnskap om ultralyd fokusering og strålegang betre forståinga av korleis ultralyd overestimerer solide strukturar, og kunnskap om frekvensregulering og puls-repetisjonsfrekvens vil kunne bidra til betre Doppler signalkvalitet under vanskelege undersøkingsforhold.

Kapitla som omhandlar dyreforsøk med ultralyd er skremmande lesnad, og vi anbefaler at ein les desse på dagtid med lyset på, gjerne med ei hand å halde i. Her blir sakelause rotter, mus og kyllingar utsette for ultralyd så hjernecellene skvett og leveren går



Bak dette tilsynelatande seriøse coveret har mellom andre Pepe slått seg laus og framstilt ultralyd sikkerheit på festleg og engasjerande vis.

i apoptose, alt medan den kliniske relevansen for obstetrisk ultralyd trer gradvis fram i sinnet på uhyggeleg vis.

Enkelte vil meine at ultralyd trygghet kan vere eit tørt og kjedeleg tema (forstå det den som kan), men til og med desse vil kunne glede seg over den levande framstillinga temaet får her. I margin utanfor kvart einaste avsnitt er avsnittet oppsummert i ein til to setningar, slik ein ofte gjer sjølv når ein studerer på eiga hand. Slik kan ein raskt finne fram til den kunnskapen ein er ute etter dersom ein brukar boka som oppslagsverk, i staden for å lese den frå perm til perm. Dei av oss som er opptekne av god studieteknikk vil nikke anerkjennande til dette grepet.

Dersom det framleis er nokon som framleis ikkje er overbevist om at det einaste rette er å skaffe seg dette verket og sette seg til rette i lesestolen, oppsummerer vi her verket sine fortrinn punktvis:

1. Boka er gratis!
2. Den har hjelpsomme notatar ferdig skrivne i margin.
3. Den gjev sentral kunnskap som vil gjere deg til ein betre ultralydbrukar.

Boka kan hentast gratis frå:

www.birpublications.org/pb/assets/raw/Books/SUoU_3rdEd/Safe_Use_of_Ultrasound.pdf

mindray



Prøv en av våre mange modeller

DC-N3 Pro



DC-40



DC-60



DC-70



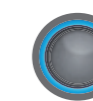
DC-8



Resona 6



Kontakt oss på telefon 41 50 72 44 eller e-post admin@mastersurgerysystems.no



MASTER
Surgery Systems AS



Hun har ovariekræft.

TEST HENNE for BRCAm. BEHANDLE HENNE

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

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

1. Lynparza (olaparib) SPC AstraZeneca 21.12.2016 pkt. 4.1.
2. Lynparza (olaparib) SPC AstraZeneca 21.12.2016 pkt. 4.8.

▼ Lynparza «AstraZeneca»

C Antineoplastisk middel.

ATC-nr.: L01X X46

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

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

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

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

Forsiktighetsregler: **Hematologisk toksisitet:** Er rapportert, inkl. kliniske diagnoser og/eller laboratoriefunn av generelt mild eller moderat (CTCAE grad 1 eller 2) anemi, nøytropeni, trombocytopeni og lymfopeni. Behandling bør ikke startes for restitusjon fra hematologisk toksisitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og nøytrofilverdier bør være innenfor normalområdet eller CTCAE grad 1). Fullstendig blodtelling ved behandlingsoppstart og deretter månedlig, anbefales de første 12 månedene og deretter periodevis. Behandlingen skal avbrytes og hensiktsmessig hematologisk testing igangsettes, ved alvorlig hematologisk toksisitet eller behov for blodtransfusjon. Forblir blodparametrene klinisk unormale etter 4 ukers behandlingsavbrudd, anbefales benmargsanalyse og/eller cytogenetisk blodanalyse.

MDS/AML: Rapportert hos et lite antall ved monoterapi eller i kombinasjon med annen kreftbehandling. Behandlingsvarighet hos pasienter som utviklet MDS/AML varierte fra <6 måneder til >2 år. Tilfellene var typiske for sekundær MDS/kreft-terapirelatert AML. Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert, anbefales det at pasienten får egnet behandling mot disse sykdommene. Olaparib bør seponeres, og ikke gis i kombinasjon med annen kreftbehandling. **Pneumonitt:** Ved bekreftet pneumonitt avbrytes behandlingen, og pasienten behandles hensiktsmessig. Behandlingen bør avbrytes og utredes raskt, ved nye eller forverrede respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller radiologisk abnormitet. Bilkjøring og betjening av maskiner: Asteni, tretthet og svimmelhet er rapportert, og pasienter som opplever disse symptomene bør utvise forsiktighet ved bilkjøring eller ved bruk av maskiner.

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

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

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

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

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

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

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

Sist endret: 28.08.2017



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



NO-3066_09/2017