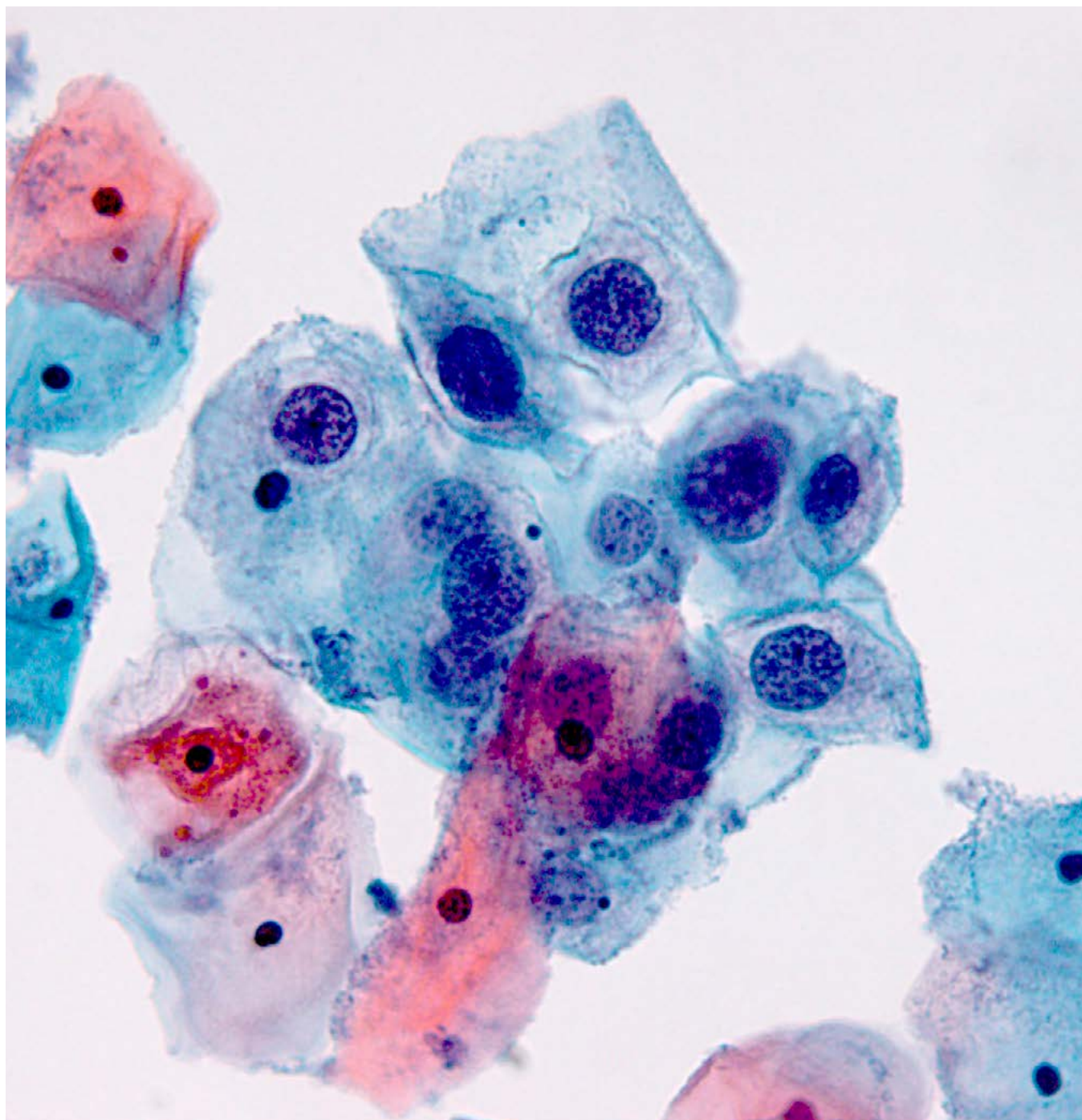


Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

4 • 2017



HPV, celleforandringer og kreft s. 10

#sjekkdeg-dagen 2017 s. 18

Koagulopati ved alvorlig postpartum blødning s. 22



Norsk gynekologisk
forening

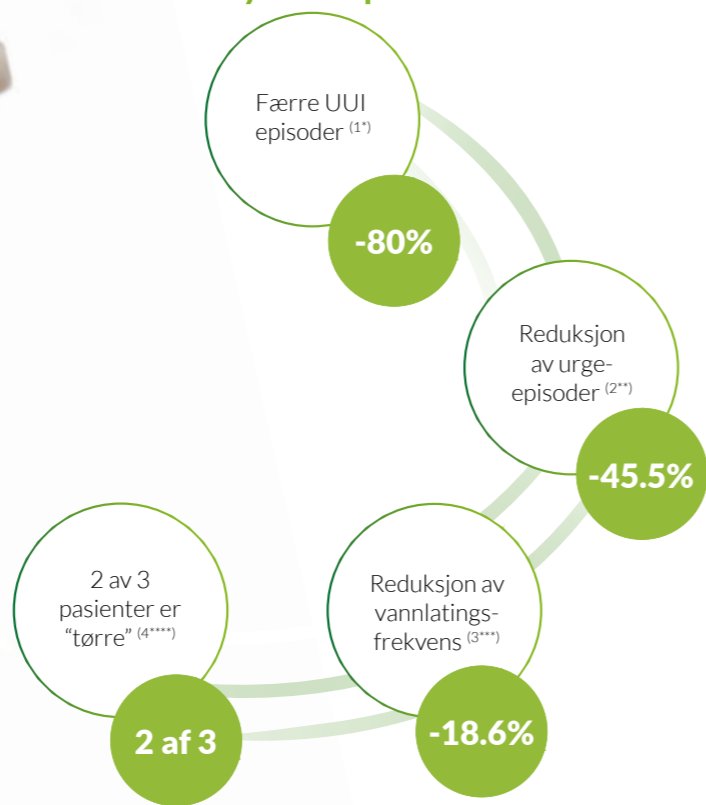
DEN NORSKE LEGEFORENING

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 tolietbesøg 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 nyrefunksjon.

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

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

2 Forsiktig doseøkning

Bæringsikkerhet 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. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon (f.eks. klinisk signifikant forstørret prostata pga. benign prostatahyperplasi). Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroøsofagealrefluks 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 opptrères hos pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktiv metabolitt. Nedsatt lever- og nyrefunksjon, samtidig administrering av potente eller moderate CYP 3A4-hemmere, samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere. Ved kombinasjon av disse faktorene forventes ekstra økning i eksponeringen.

Doseavhengige antimuskarin 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 må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner 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 antimuskarin 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, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger og dosereduksjon til 4 mg kan være nødvendig. Hos friske har fesoterodin 8 mg 1 gang daglig ingen signifikant effekt på farmakokinetikk eller antikoagulerende effekt av en enkelt dose warfarin.

Graviditet/Amning: Fertilitet: Ikke vurdert. Fesoterodin har ingen effekt på 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, hodepine, søvnløshet, søvnløshet. Øye: Tørrhet. Vanlige (>1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Abdominal ubehag, flatulens, gastroøsofageal refleks, Hjerter/kar: Takykardi, palpitasjoner. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørrhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, søvnløshet. Nyre/urinveier: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinhesitasjon. Øre: Vertigo, Øye: Uklart syn, Øvrige: Utmattelse. Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Hud: Angiødem, urticaria. Psykiske: Forvirringstilstand. Etter markedsføring: Tilfeller av urinretensjon hvor kateterisering har vært nødvendig, vanligvis i løpet av den 1. behandlingsuken. 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 antimuskarinerge bivirkninger. Behandling: Ev. ventrikkelskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D11 side 65 d i Felleskatalogen 2012.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, selektiv muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolyseres av uspesifikke plasmasteraser til 5-hydroksymetylderivatet, dens primære aktive metabolitt, som er et dominerende aktivt farmakologisk prinsipp. Fesoterodin: Maks. plasmanivå nås etter ca. 5 timer. Terapeutiske plasmanivåer oppnås etter 1. administrering. Proteinbinding: Aktiv metabolitt er ca. 50% bundet til albumin og alfa-1-surt glykoprotein. Fordeling: Distribusjonsvolum: 169 liter etter iv. administrering. Halveringstid for aktiv metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktiv metabolitt. Gjennomsnittlig 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 (urge-inkontinens). Refusjonskode: ICD-PC Vikk nr U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens - Vikk nr: 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

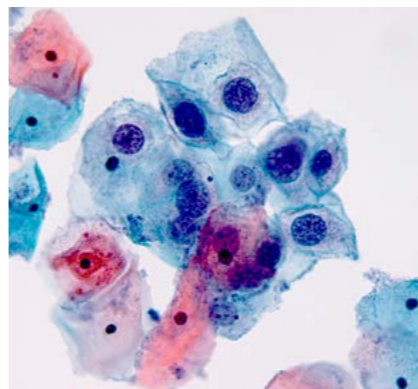
nr. 1-2018; 1. februar 2018

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

FAGLIG PÅFYLL

HPV, celleforandringer og kreft	10
Bedre celleprøver – bedre diagnostikk	14
#sjekkedeg-dagen 2017	18
HPV-vaksinasjon i Norge	20
Livmorhalskreftscreening i endring	21
Koagulopati ved alvorlig postpartum blødning	22
Da Burch-operasjonen ble erstattet av TVT	24
Hva vet vi om sosiale forskjeller i svangerskapsrøyking?	25

GYNEKOLOGER IMELLOM

Fosterovervåking i Norge. Religion eller vitenskap?	26
---	----

ÅRSMØTE 2017

Årsmøte Stavanger 2017	28
NGFs hederspris 2017	30
Forskningsprisen	31
Forbildeprisen	32
Beste foredrag i gynekologi	34
Publikums posterpris	34
AOGS posterpris	35
Beste foredrag i obstetikk	35
Møtereferat generalforsamling	36

FUGO

Leder	42
Referat generalforsamling FUGO 25.10.17	43
Referat FUGO forkurs 2017: Myoma uteri	44

SPECIALITETSKOMITÉEN

Æres de som æres bør. Utdanningsprisen 2017	46
---	----

REISER/KURS

ENTOG utveksling – en smak av Europa	48
Ett blikk tilbake	50

HORMONHJØRNET

Gestagener	54
------------------	----

NORGE RUNDT

Bærum Sykehus	56
---------------------	----

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: Levert av Sveinung Sorby, redigert av Ole Aleksander Dyrkorn

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 innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/ bevis på at barnets liv er i fare før induksjon (f.eks. unormal non-stresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsestatus ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arveavhengig 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 fosterhinnen >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 uterotonsk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes før uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger. Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal føtal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal føtal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale kramper. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentaløsning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av Angusta. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. **Basert på SPC godkjent av SLV: 28.02.2017. Reseptgruppe: C. Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1144,00 (Mai 2017).

008ANG-NO-2017



«Livet er det fineste»

#sjekkedeg-dagen2017

Kjære kollega!

Takk for sist! Årsmøtet i Stavanger ble en suksess. Tusen takk til styret i NGF og lokal komite for stor innsats. Vi på OUS gleder oss til neste år og håper å friste mange til å ta turen til Oslo. 24.-26. oktober 2018 går årsmøtet i Oslo av stabelen. Hold av datoene! Årsmøtet er et viktig faglig og sosialt møtepunkt.

Når årets siste utgave av Gynekologen er deg ihende står julen for døren og et nytt år nærmer seg. Det har vært et spennende år innen vårt fag og et av mange aktuelle temaer er HPV vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet. Norge har innført den to-valente vaksinen og NGF er engasjert. Det bør alle gynekologer være. Dette må vi vite noe om når pasienter og bekjente spør oss til råds. Et google-søk på HPV-vaksine ender raskt inn på vaksine motstandernes sider. Desto viktigere at vi er med på å være kilde til god kunnskap.

I denne utgaven tar vi deg gjennom basal kunnskap innen celleforandringer, celleprøvetaking, HPV og HPV-vaksine. I siste liten rakk også Ameli Trope, med sitt enorme engasjement innen cervix dysplasi, å skrive om endringene i screening programmet med overgang til primær HPV testing.

Uansett hva vi måtte mene om Folkehelseinstituttets valg av type vaksine, så bør vi støtte opp om barnevaksinasjonsprogrammet slik det står i dag for ikke å skape tvil og splittelse i befolkningen. Vi ønsker ikke at foreldre skal la være å vaksinere barna sine eller at de som har råd velger en annen vaksine enn den som er del av vaksinasjonsprogrammet. De vil da falle ut av det ordinære programmet, som kan virke mot sin hensikt. Lill Trogstad og Berit Feiring fra Folkehelseinstituttet skriver om valg av HPV vaksine.

Til de som dessverre ikke kunne delta på Årsmøtet i Stavanger tar vi deg med. Referat fra generalforsamlingen, det faglige programmet og prisutdelingene. Bildene er som tidligere litt mørke og tatt etterhvert som stemningen stiger. I selfiekonkurransen ble alle vinnere og vist på storskjerm under middagen.

Nytt i denne utgaven er "Gynekologer imellom" der kollega Lande kommer med innspill vedrørende fosterovervåking og STAN. Jeg tror at mange mener noe om dette og håper du hiver deg med i debatten og sender meg et innspill innenfor dette eller andre tema.

Til slutt vil jeg minne om at Norsk språkråd har fjernet ordet jomfruhinne og innført skjedekrans. Så der har vi noe å øve på i julen. Kanskje fungerer ordet hymen greit nok? Flere har kastet seg inn i språkdebatten. Professor Annetine Staff er nå engasjert i å finne et annet ord for skambein. Husk å melde deg inn i vår lukkede Facebookgruppe "Norsk gynekologisk forening" for å følge dette videre.

En stor takk til alle som har bidratt til gynekologens juleutgave og ivrig sier ja til mine henvendelser.

Med ønske om en riktig god jul og en strålende start på det nye året!

Beste hilsen Jenny Alvirovic



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

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

Årsmøtet i Stavanger (Sola) er vel overstått. Ut fra tilbakemeldingene og styrets objektive opplevelse av møtet var det en suksess med høy faglig kvalitet, veldig god stemning, dansbar musikk og godt oppmøte både fra medlemmene og industrien. Høydepunktet var, etter min mening, prisutdelingen under middagen. Hedersprisene som deles ut under årsmøtet gir foreningen mulighet til å anerkjenne og hedre kollegaer som har utmerket seg med innsats for fag, forskning eller foreningen. Det var tydelig for alle som var til stede under prisutdelingen at årets vinnere, Pepe Salvesen (NGFs hederspris) og Ganesh Acharya (Bayers hederspris eller "forskningsprisen"), begge var meget velfortjente vinnere som verdsatte tildelingen av prisen høyt. Utdrag fra talene til årets prisvinnere og bilder fra prisutdelingene ligger ute på vår nettside for dem som ikke var tilstede (<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/>).

Folkhelseinstituttet har som kjent besluttet at man i Norge skal benytte den tovalente vaksinen i vaksinasjonsprogrammet mot HPV de neste fire årene. Dette til tross for at det er en nivalent vaksine tilgjengelig på markedet som beskytter mot flere kreftfremkallende HPV-genotyper og kjønnsvorter. Fagpersoner

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

«...jeg vil takke foreningens medlemmer for at dere har vært så positive og hjelpsomme...»

i NGF og Kreftforeningen har vært kritiske til denne beslutningen. NGF ble ikke konsultert i forbindelse med at denne beslutningen ble tatt, men har engasjert seg i saken og bedt Folkehelseinstituttet om en faglig begrunnelse for at man valgte den tovalente vaksinen, samt forespurte hvilken faglig kompetanse man hadde tilgjengelig under beslutningsprosessen. I september kom nyheten om at man i Danmark har besluttet å gå over til den nivalente vaksinen i vaksinasjonsprogrammet mot HPV. Det er gledelig at Regjeringen i årets statsbudsjett foreslår midler til innføring av HPV-vaksine også til gutter fra skoleåret 2018/19. Men NGF mener at man også i Norge bør tilby den vaksinen som gir best mulig beskyttelse for HPV-relaterte tilstander til våre barn, og vil derfor fortsatt jobbe for at man også i Norge går over til den nivalente vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet.

Jeg forlater styret og vervet som leder av NGF fra nyttår. Jeg vil derfor benytte anledningen til å takke for meg. Spesielt vil jeg takke styret for tiden vi har hatt sammen, og for innsatsen dere har gjort for foreningen. Det har vært en glede å bli kjent med dere, og å lede NGF sammen med dere. Styret har vært effektivt og beslutningsdyktig, og det har vært usedvanlig hyggelig og ukomplisert å lede et styre der alle har tatt ansvar og dratt lasset sammen.

Det oppleves ærefullt å bli valgt som leder av NGF, og jeg har gjennom min tid i styret forsøkt å gjøre mitt beste for foreningen. Jeg har ingen andre fagmedisinske foreninger å sammenlikne NGF med, men tør likevel påstå at NGF må være helt spesiell. Og det spesielle er dere, medlemmene. Som leder har jeg benyttet dere, både til faglige spørsmål og til å representere NGF i komiteer, møter, undergrupper og media. Og jeg har knapt nok opplevd at noen har sagt nei til mine, tildels krevende, forespørsler. Det har jeg satt utrolig stor pris på, og jeg vil takke foreningens medlemmer for at dere har vært så positive og hjelpsomme når jeg har mast og bedt om bistand. Så lenge medlemmene i vår forening er så engasjerte, både i faget og foreningen, er jeg sikker på at NGF vil bestå som en sterk fagmedisinsk forening som utgjør en forskjell, både for faget og for våre pasienter. Det er en glede å overlate roret til vår nyalgte leder Nils-Halvdan Morken, og til et meget kompetent styre som vil lede foreningen de neste årene. Jeg vet at dere vil styre foreningen videre med stø hånd, og ønsker dere lykke til!

Takk for meg!

Vennlig hilsen
Marit Lieng, Leder, NGF

15.10.2017

BLÅ RESEPT*

NÅ KAN PASIENTENE DINE FÅ ESMYA® PÅ BLÅ RESEPT VED INTERMITTERENDE BEHANDLING¹

ESMYA® er det eneste preparatet ved behandling av moderate til alvorlige symptomer på myomer, som du nå kan forskrive på blå resept.

* **Refusjonsberettiget bruk:** Preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer og etterfølgende intermitterende behandling hos voksne kvinner i fertil alder.

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 behandlingstrie 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, livmorhals, 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 behandlingsfri 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 progesteron-reseptoren. Hormonelle prevensjonsmidler og progestagener vil derfor trolig føre til redusert effekt av ulipristalacetat grunnet en konkurrerende

de 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, itraconazol, 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-induktører (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 kombinasjonspiller) 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 feksosfenadin (60 mg) ikke har noen kliniske relevante effekter på farmakokinetikken til feksosfenadin. Det anbefales derfor at samtidig administrering av ulipristalacetat og P-gp-substrater (f.eks. dabigatranetiksilat, digoksin, feksosfenadin) 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 AUC₀₋₂₄ melk:plasma-forhold på 0,74±0,32 for ulipristalacetat. Effekten på nyfødte/spedbarn er ikke undersøkt. Risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. Kontraindisert under amming. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Kjønnsganer/bryst: Amenoré, endometriehyperplasi. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smerter i abdomen, kvalme. Hud: Akne. Kjønnsganer/bryst: Hetetokter, bekkensmerter, ovariecyste, ømhet/smerter i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i muskler og skjelett. Neurologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. Øre: Vertigo. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Munntørrhet, konstipasjon. Hud: Alopeci, hyperhidrose, tørr hud. Kjønnsganer/bryst: Metroragi, genital utflod, ubehag i brystene, uterin blødning. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmertor. Neurologiske: Svimmelhet. Nyre/urinveier: Urininkontinens. Psykiske: Angst, emosjonell forstyrrelse. Undersøkelser: Forhøyede blodtriglyserider, forhøyet blodkolesterol. Øvrige: Asteni, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Dyspepsi, flatulens. Kjønnsganer/bryst: Oppsvulmede bryster, ruptert ovariecyste. Luftveier: Epistakse. **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. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser (09.2017):** 28 stk.¹ (blister) kr 1400,10. **Refusjon:** ¹ G03X B02_1 Ulipristal. **Refusjonsberettiget bruk:** Preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer og etterfølgende intermitterende behandling hos voksne kvinner i fertil alder.

Refusjonskode:

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

Vilkår: Ingen spesifisert.

MAH: Gedeon Richter Plc., Gyömrői út 19-21., 1103 Budapest, Ungarn.
Preparatomtale ble sist oppdatert 14/11/2016

HPV, celleforandringer og kreft

Av Sveinung Sorbye, overlege, Universitetssykehuset Nord-Norge

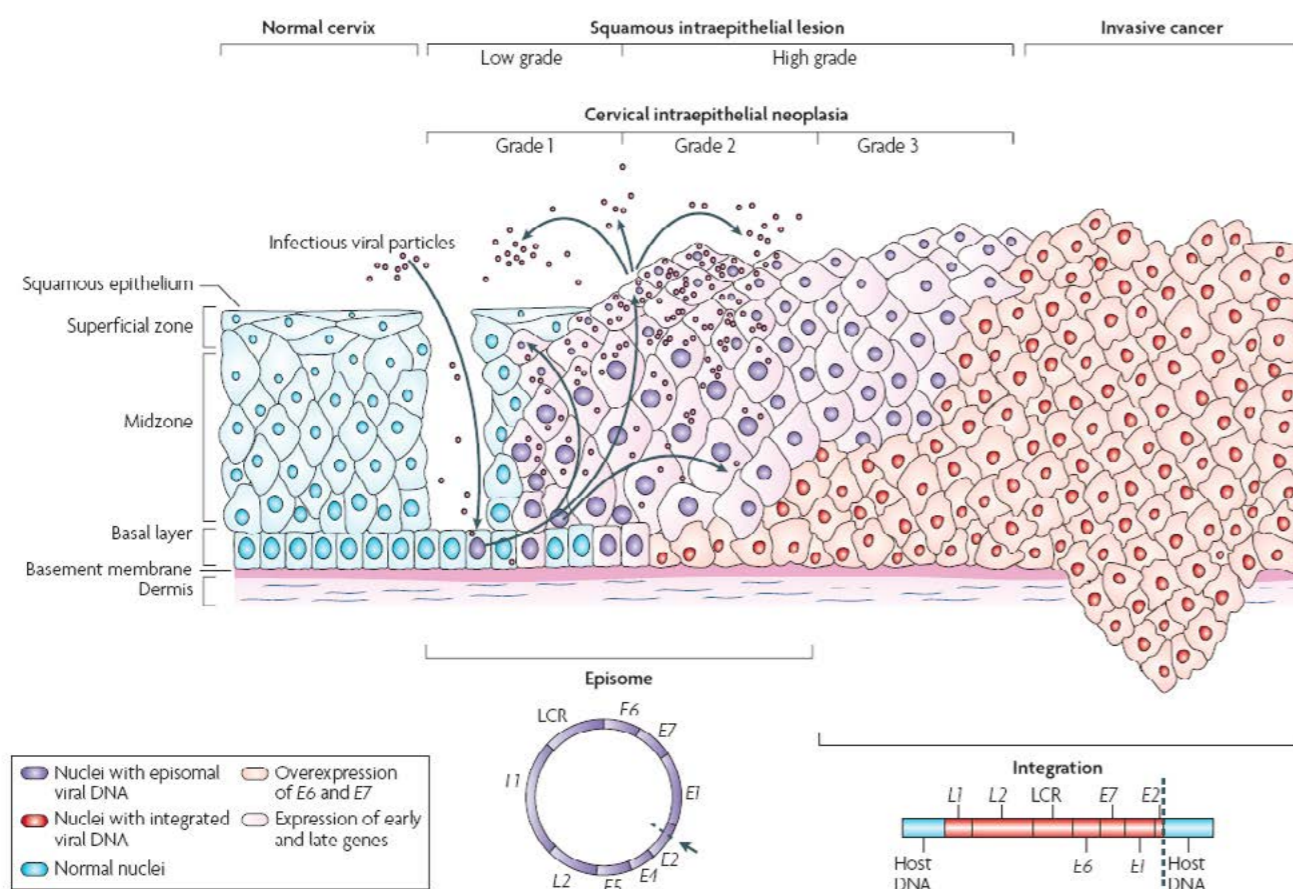
HPV er årsak til celleforandringer og flere typer kreft. Det er mulig å forebygge nesten alle tilfeller av livmorhalskreft ved hjelp av HPV-vaksine, HPV-testing, celleprøver og behandling av høygradige forstadier. Ved god vaksinedekning hos begge kjønn kan det være mulig å utrydde HPV i vaksinerte årskull slik at screening blir unødvendig.

Humant papillomavirus (HPV) er et vanlig virus. Det finnes over 200 HPV-typer. Noen typer kan forårsake vorter på hender og føtter, noen typer kan forårsake kjønnsvorter og noen typer kan forårsake celleforandringer og kreft. HPV type 6 og 11 er årsak til 90 prosent av kjønnsvorter. HPV type 16 og 18 er årsak til 70 prosent av livmorhalskreft. HPV-typer som er årsak til kjønnsvorter, celleforandringer og kreft smitter først og fremst seksuelt, men kan også smitte ved slimhinnekontakt og annen intim kontakt.

Risiko for smitte av HPV

Generelt er smitterisiko for HPV omtrent 10 prosent for hver ny partner. Siden det i Norge er vanlig å ha 7-8 partnere i løpet

av livet, vil 70-80 prosent av alle kvinner og menn bli smittet av HPV en eller flere ganger i løpet av livet. De fleste HPV-infeksjoner går over av seg selv uten å gi symptomer. Omtrent 90 prosent av alle infeksjoner blir sanert av immunsystemet i løpet av to år. En forbigående HPV-infeksjon er ikke farlig, men en persisterende infeksjon over flere år øker risiko for høygradige celleforandringer og kreft. Gjennomsnittlig tid fra HPV-smitte til påvisning av CIN3 er 9,4 år. Det tar vanligvis minst 10-15 år fra HPV-smitte til utvikling av kreft, men noen kvinner har celleforandringer i 20-30 år før påvisning av invasiv kreftsykdom. Påvisning av HPV hos en 60 år gammel kvinne med tidligere bare normale celleprøver betyr ikke nødvendigvis nysmitte. Reaktivering av en latent infeksjon kan forekomme.



Screening for celleforandringer

Livmorhalsprogrammet anbefaler celleprøve hvert tredje år hos kvinner i alderen 25-69 år. Hensikten med cervixcytologisk screening er å oppdage og behandle høygradige forstadier før utvikling av kreft. Hvert år er det over 4.000 kvinner med CIN2/3 som behandles med konisering. Slik behandling reduserer risiko for kreft med 90 prosent. Etter konisering vil omtrent 10 prosent få tilbakefall av celleforandringer. Risiko for tilbakefall er størst første to år etter konisering.

Sensitivitet av celleprøve

En celleprøve er en screeningprøve og ikke en diagnostisk prøve. Hver enkelt celleprøve har 50-70 prosent sensitivitet for CIN2+. Når det tar minst 10-15 år før utvikling av kreft, vil vi ha tre til fem muligheter til å oppdage forstadier før utvikling av kreft hos kvinner som tar celleprøve hvert tredje år. I 2015 ble det i Norge påvist 370 tilfeller av livmorhalskreft og 79 kvinner døde. Halvparten av de som fikk påvist livmorhalskreft hadde ikke tatt celleprøve siste fem år før kreftdiagnosen.

Effekt av screening

Internasjonale studier viser at kvinner som får tatt celleprøve regelmessig hvert tredje år, kan redusere livstidsrisikoen for å utvikle livmorhalskreft med mer enn 80 prosent. Det er lav risiko for kreft etter normal celleprøve. Av 10.000 kvinner med normal celleprøve, vil 1-2 kvinner utvikle livmorhalskreft før neste

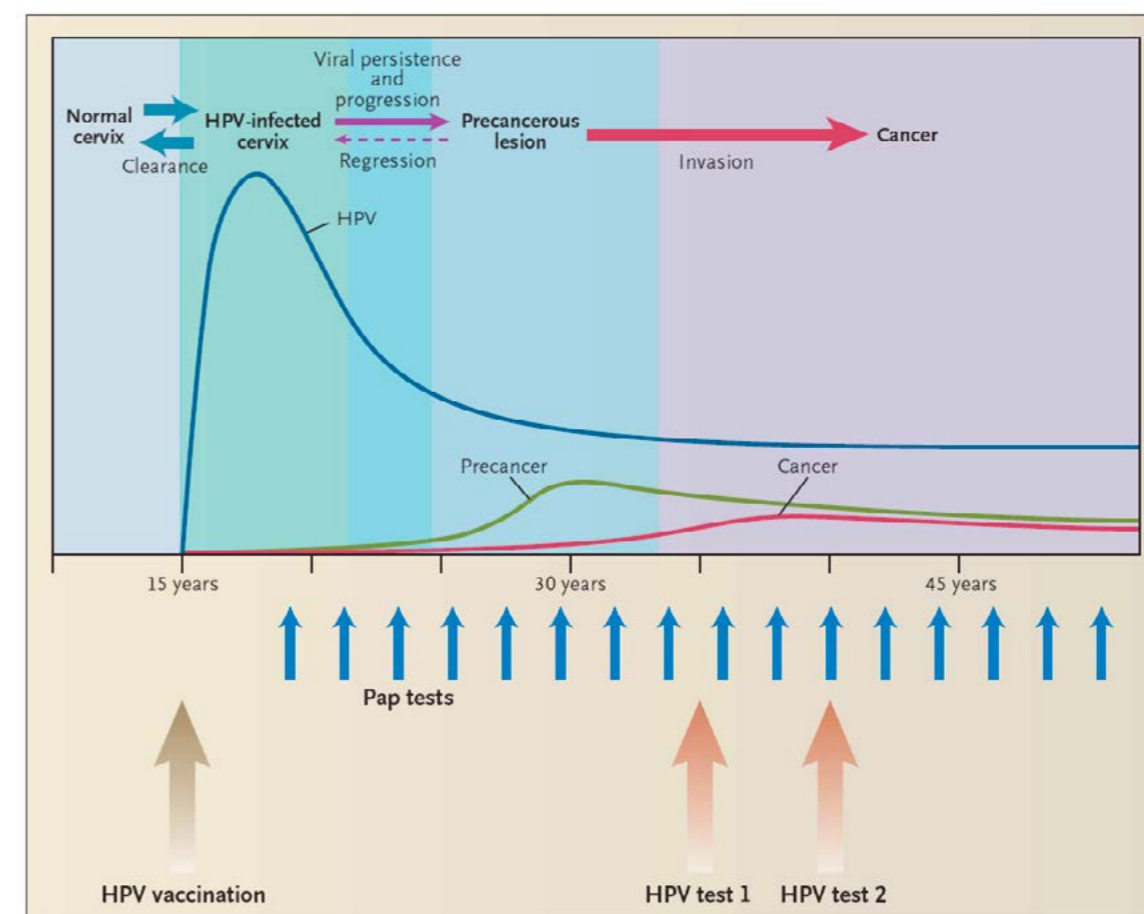
screeningrunde. Omtrent 25 prosent av kvinner som får påvist livmorhalskreft hadde «normal» celleprøve mindre enn 3,5 år før kreftdiagnosen. Hos kvinner som utvikler kreft til tross for bare normale celleprøver siste 10-15 år, vil ny vurdering av gamle celleprøver i mange tilfeller avdekke celleforandringer som har vært oversett eller feiltolket ved første screening av prøven.

HPV-testing

Siden høygradige celleforandringer og kreft skyldes HPV, kan HPV-tester brukes til avklaring av celleprøver som er usikre (ASC-US), lavgradige (LSIL) eller uegnede for vurdering i mikroskop. Kvinner med positiv HPV-test må følges opp, og kvinner med negativ HPV-test kan returnere til screening om tre år. HPV-test sammen med celleprøve (co-testing) brukes også til oppfølging av kvinner med negativ biopsi (normal / CIN1) og kvinner som er behandlet med konisering. Etter konisering vil 70 prosent ha negativ HPV-test etter 6 måneder og 90 prosent vil ha negativ HPV-test etter 12 måneder.

HPV-test i primærscreening

Internasjonale studier viser at HPV-tester er mer sensitive enn celleprøver til å fange opp kvinner med høygradige celleforandringer. Kvinner med negativ HPV-test har lavere risiko for kreft de neste fem år enn kvinner med normal celleprøve. Dette gjør at screeningintervallet kan forlenges uten at antall tilfeller av kreft øker. I en amerikansk studie ble 330.000 kvinner undersøkt med

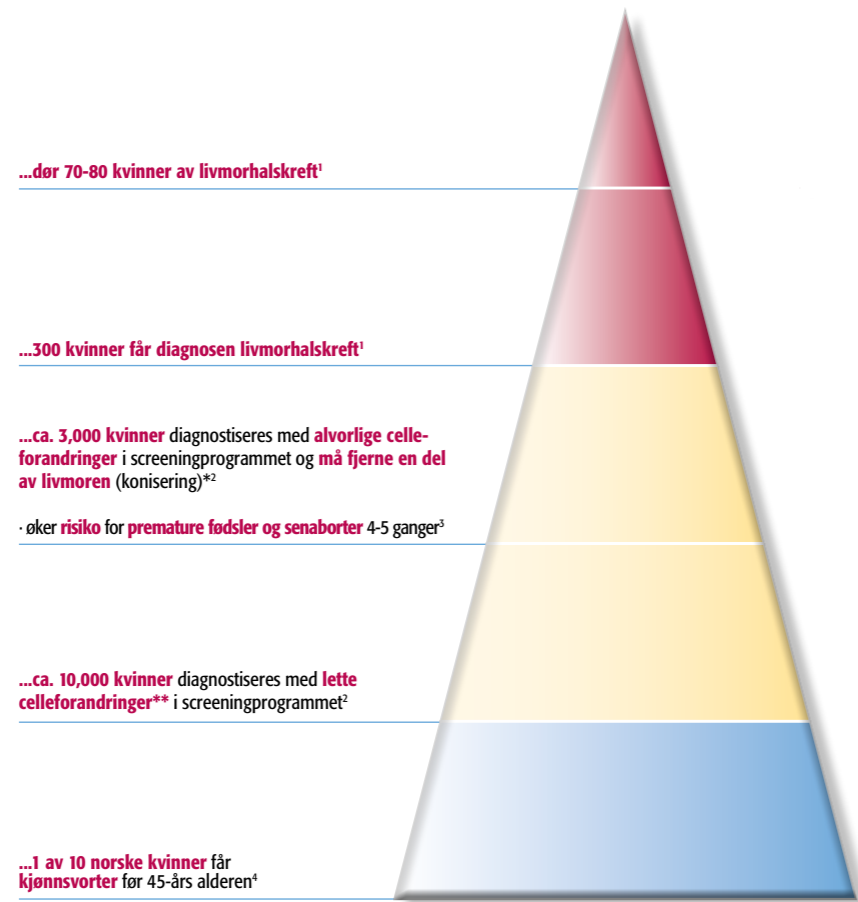


HPV-relaterte sykdommer – et omfattende sykdomsproblem

HPV-byrden i forhold til cervixpatologi i Norge

I Norge er livmorhalskreft den tredje hyppigste kreftform hos kvinner 15-54 år¹

Hvert år i Norge....



*CIN 2/3, AIS (Adenocarcinoma in situ), **CIN 1
 1. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2006 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway, Oslo: Cancer Registry of Norway, 2007.
 2. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonalt folkehelseinstitutt for å vurdere bruk av HPV-vaksiner i Norge – Vaksine mot humant papillomavirus (HPV), Rapport 2007/9.
 3. Albrechtsen S et al. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study, BMJ 2008;1-5.
 4. Kjøer S K et al. The Burden of Genital Warts: A Study of Nearly 70,000 Women from the General Female Population in the 4 Nordic Countries. The J Inf Dis 2007;196:1447-54.

både celleprøve og HPV-test. I løpet av fem års oppfølging hadde 87 kvinner utviklet kreft. Av disse hadde 51 % (44/87) unormale celleprøve ved baseline og 69 % (60/87) hadde positiv HPV-test. Det antas at screening med HPV-test hvert femte år vil forebygge minst like mange tilfeller av kreft som celleprøve hvert tredje år.

HPV-vaksine

HPV-vaksine kan forebygge HPV-smitte og dermed celleforandringer og kreft. Selv om HPV-vaksinen virker forebyggende og har best effekt dersom den blir gitt før smitte, kan vaksinen også gis senere. Studier med kvinner opp til 45 år viser god forebyggende effekt mot CIN2+. HPV-vaksinen har vist god immunrespons hos 55 år gamle kvinner. Studier viser redusert risiko for tilbakefall av celleforandringer etter konisering dersom kvinnene får HPV-vaksine. Det er i Norge meldt om lite bivirkninger av HPV-vaksinen, og i vaksinstudiene var det omtrent like mange rapporterte bivirkninger blant de som fikk vaksine og de som fikk placebo.

Vaksine er kostnadseffektivt

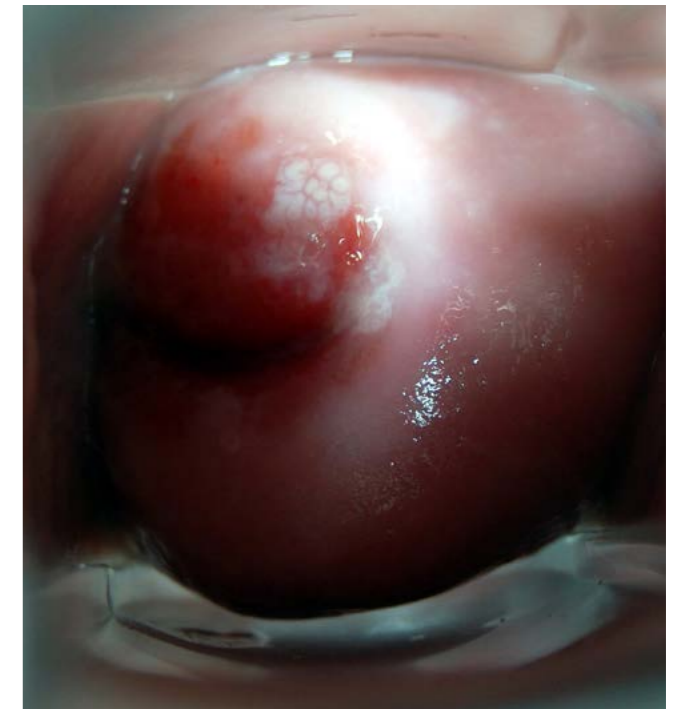
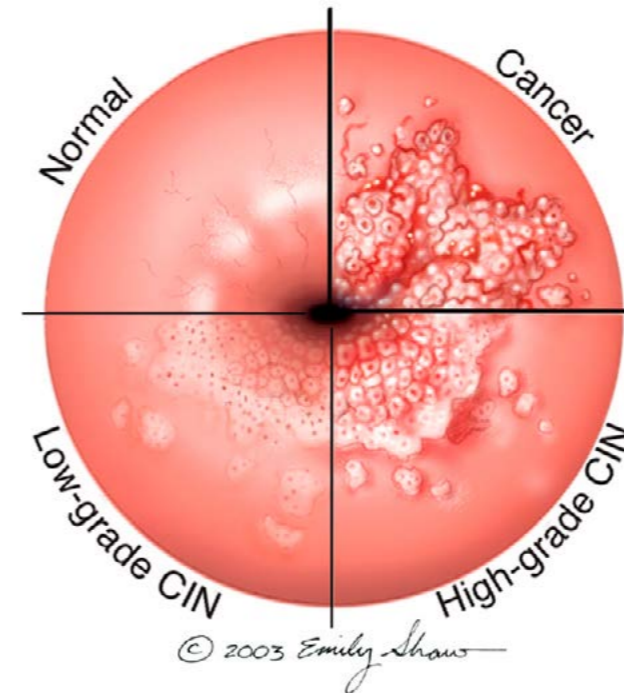
Kunnskapssenteret har beregnet at det er samfunnsmessig kostnadseffektivt å gi gratis HPV-vaksine til kvinner opp til 26 år. Det finnes ingen øvre aldersgrense for vaksinen, men jo eldre man er, desto færre forventede gjenværende leveår slik at kostnadseffektiviteten blir lavere. Forventet nytte av vaksinen er også avhengig av framtidig risiko for HPV-smitte. Single personer med et aktivt seksualliv vil ha større nytte av HPV-vaksine enn personer i et stabilt parforhold.

Opphentingvaksinasjon

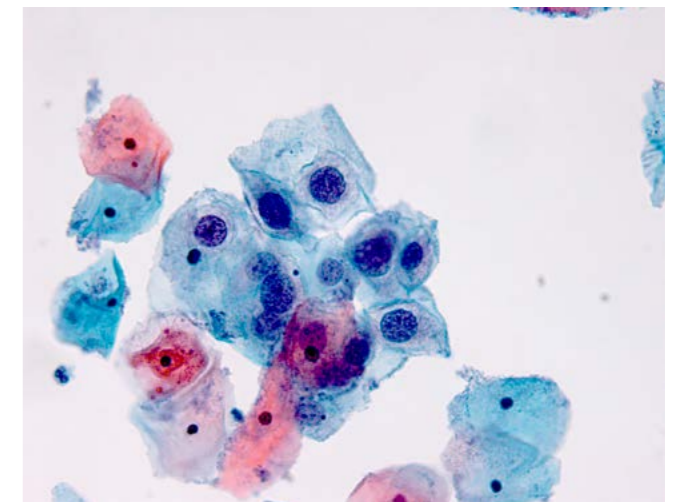
I Norge har HPV-vaksine vært tilgjengelig på resept siden 2006. I 2009 ble vaksinen inkludert i barnevaksinasjonsprogrammet og gitt i jenter i 7. klasse. Fra november 2016 startet et to års opphentingvaksinasjonsprogram for kvinner født 1991-1996.

HPV-vaksine til gutter

Menn kan få kreft som skyldes HPV i penis, anus, munnhule og svelg. Fra høsten 2018 er det planlagt HPV-vaksine også til gutter



Funn ved kolposkopi. Acetohvite områder med grove punktasjoner og grove mosaikker indikerer høygradige lesjoner (CIN2+).



HSIL

i 7. klasse, både for å gi gutter direkte beskyttelse mot HPV, men også for å redusere smittespredning. Modelleringsstudier viser at 80 prosent vaksinedekning hos begge kjønn kan utrydde HPV i vaksinerte årskull. På denne måten vil også ikke-vaksinerte være indirekte beskyttet gjennom redusert smittepress (flokkimmunitet).

Ulike typer vaksiner

Det er tre ulike vaksiner på markedet, en bivalent, en firevalent og en nivalent. Alle vaksiner dekker HPV type 16 og 18 som er årsak til 70 prosent av alle tilfeller av livmorhalskreft. Den firevalente og nivalente dekker HPV type 6 og 11 som er årsak til kjønnsvorter. Den nivalente dekker i tillegg HPV type 31, 33, 45, 52 og 58. Til sammen er de ni HPV-typene årsak til 90 prosent av livmorhalskreft. Noen studier viser delvis effekt av den bivalente og firevalente HPV-vaksinen på HPV type 31, 33 og 45 ved at antistoffer mot HPV type 16 og 18 også kan binde seg til enkelte andre HPV-typer (kryssbeskyttelse).

I Norge ble den firevalente HPV-vaksinen brukt i vaksinasjonsprogrammet fra 2009-2016. Den bivalente HPV-vaksinen ble valgt i opphentingvaksinasjonsprogrammet, og brukes også i barnevaksinasjonsprogrammet i Norge fra høsten 2017. I Danmark byttet de til den nivalente HPV-vaksinen fra 1. november 2017.





Bedre celleprøver – bedre diagnostikk – e-læringskurset på Legeforeningen.no «Screening for livmorhalskreft»

Av Maj Liv Eide, Seksjonsleder cytologi, Avdeling for patologi, St.Olavs Hospital. Universitetslektor, Institutt for Bioingeniørfag, Fakultet for naturvitenskap, NTNU og Ingrid Baasland, Privatpraktiserende spesialist i gynekologi og obstetikk, Baasland- klinikken, Stipendiat ved Institutt for Samfunnsmedisin, NTNU

Andelen uegnede prøver i Norge har økt ved overgang til væskebasert cytologi i motsetning til andre land. I Norge får 20 000 kvinner hvert år beskjed om at celleprøven de fikk tatt var ubrukelig. Dessverre kommer bare 2 av 3 kvinner tilbake for å få tatt en ny prøve. Nå er det laget et poenggivende e-læringskurs for deg som er prøvetaker. Jo bedre prøver man tar, desto lettere er det å oppdage celleforandringer i laboratoriet. I tillegg lærer man om hvilken informasjon som er viktigst å videreformidle til laboratoriet. Det poenggivende kurset omhandler celleprøvetaking, utfylling av rekvisisjon, informasjon om HPV og kreftutvikling og informasjon til pasient ved unormale cellefunn og HPV positive svar.

De fleste allmennleger og gynekologer som tar mange celleprøver, vet godt hvordan man tar celleprøve. Likevel kan svaret bli: ikke tilstrekkelig materiale, for mye blod i prøven eller forurenset prøve. Alternativt kan celleprøven vise normale celler, mens kvinnen har cervixpatologi som ikke diagnostiseres fordi celleprøven ikke er tatt fra rett sted.

Det er hovedsakelig tre årsaker til uegnede celleprøver som skyldes prøvetaker:

1. Prøven er ikke tatt på riktig sted
2. Prøven er forurenset med blod, slim, eller eksplorasjonskrem.
3. Prøven er for sparsom for diagnostikk pga. feil overføring til væsken i prøvebeholder.

1) På cervix møtes to typer celler; sylindere og plateepitelceller (rosa). Den opprinnelige overgangen mellom disse cellene kalles original squamo-columnar junction (OSCJ) og sitter et stykke opp i cervix.



2) Som følge av økt østrogen-nivå i reprodusiv alder, bres denne OSCJ ut på portio



3) Når sylinderepitelet fra cervixkanalen utsettes for det sure miljøet i vagina, erstattes sylinderepitelet av plateepitel, såkalt metaplasi, og vi får en ny SCJ (NSCJ). Området mellom OSCJ og NSCJ, kalles transformasjonssonen (TZ) (blått).

Fig.1 Utvikling av transformasjonssonen

Celleprøven skal tas i overgang mellom sylindere og plateepitel

Transformasjonssonen (TZ) utgjør området mellom den opprinnelige og den nye sylindere-plateepitel-overgangen (SCJ). (Figur 1). TZ er sårbar for infeksjon med Humant papilloma virus (HPV). HPV infeksjonen og eventuelle celleforandringer starter oftest i SCJ og brer seg utover i metaplastisk vev i transformasjonssonen eller oppover i sylinderepitelet i cervixkanalen. Man tilstreber å ta celleprøve fra overgangen mellom sylinderepitelet og plateepitelet på portio da dette representerer SCJ eller overgangssonen. Det er her man oftest finner den høyeste graden av celleforandringer. Hos yngre ligger den nye SCJ ofte langt ut på portio, mens hos eldre ligger den langt opp i cervixkanalen.

Hvis overgangen mellom sylindere og plateepitel ligger langt ute på portio, som ved stor ektopi, kan det være bedre å bruke plastspatel for å få med celler fra overgangssonen. Hos eldre damer med stenotisk cervix, kan det være lettere å bruke en stiv endocervikal børste.

Væskebasert cervixcytologi (VBC) – ThinPrep metode

Det er to ulike metoder i bruk i Norge: ThinPrep® Pap Test, som de fleste av cytologilaboratoriene bruker og BD SurePath™ Pap Test, som noen laboratorier benytter. Instruksjon om prøvetaking og overføring av cellemateriale til prøvebeholder finnes i pakningsvedlegget til prøvetakingsutstyret eller kan fås ved å ta kontakt med cytologilaboratoriet.

I cytologilaboratoriet er det et instrument som overfører celler fra væsken i prøvebeholderen, til en filtermembran. Når det er samlet nok celler på denne membranen, avtrykkes disse på et objektglass. Cellene farges deretter i en fargemaskin.

Blod, slim og eksplorasjonskrem konkurrerer med cellene om plas-



Fig.2 ThinPrep prepareringsmetode



Fig.3 Overføring av cellemateriale til prøvebeholder

sen på denne filtermembranen. Dersom cellene taper kappløpet, blir prøven uegnet for vurdering. (Figur 2).

Høy andel uegnede prøver skyldes for. ThinPrep som væskebasert prepareringsmetode. Det er ikke vanskelig å gjøre det riktig, men det er lett å gjøre feil, dersom man ikke leser bruksanvisningen, se avsnittet om celleprøvetaking. Den andre væskebaserte metoden, BD SurePath™ Pap Test, er en sentrifugeringsmetode som eliminerer problemet med forurensning.

Hva kan prøvetakere gjøre for å redusere andelen uegnede prøver?

Unngå forurensning med blod, slim og eksplorasjonskrem

- Unngå blod i prøvemateriale dersom det er mulig. Blodtilblandede prøver kan behandles ved å lysere blodet med 10 % eddiksyre før ny preparering i instrumentet. Dette hjelper i 80 % av tilfellene, men det brukes mye ressurser på dette. Dersom det fortsatt ikke blir representativt ved ny preparering, skyldes det at det ikke er nok celler i prøven. Prøvetaking under menstruasjon bør unngås.
- Dersom det er rikelig slim bør dette tørkes forsiktig av før prøvetaking.
- Bruk helst saltvann og helst ikke (eller lite) eksplorasjonskrem ved innføring av spekulum. Dersom eksplorasjonskrem må brukes, bruk en vannbasert krem og unngå krem på tuppen av spekelet. Eksplorasjonskrem som kan brukes er: KY Jelly, Lubetube og Ceduren Eksplorasjonsgel.

Ikke la børsten stå stille i væsken i prøvebeholderen

Rist løs cellemateriale fra børsten umiddelbart etter kontakt med væsken.

Dersom børsten blir stående stille i væsken, vil cellene feste seg til børsten og ikke løsne. (Figur 3).

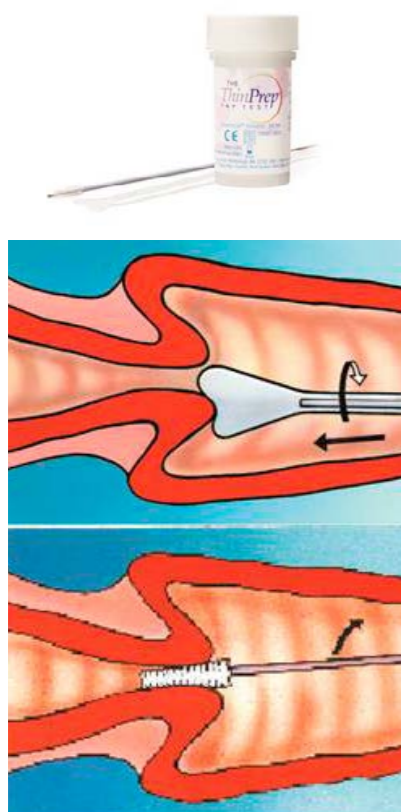


Fig. 4. Prøvetaking med plastikkspatel og endocervikal børste

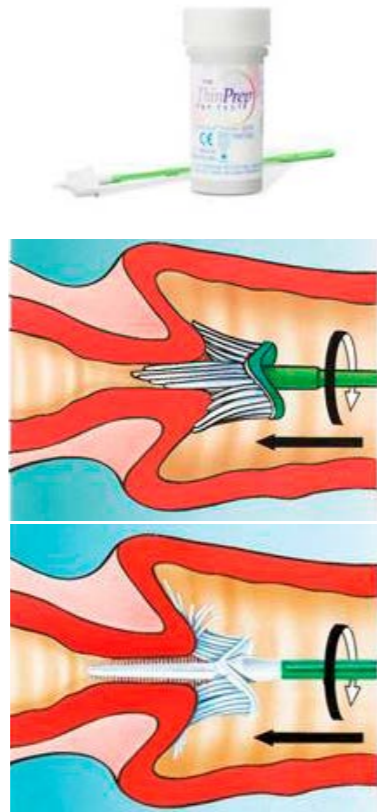


Fig. 5. Prøvetaking med kombinasjonsbørste alternativ 1 og alternativ 2 med integrert endocervikal børste



Fig. 6.

Celleprøvetaking

Trespatel kan ikke benyttes ved væskebasert cytologi da cellene vil festes til spatelen når man rører trespatelen rundt i glasset med fikseringsvæsken.

A. Bruk av spatel og endocervikal børste (Figur 4)

En vanlig feil er at man i iveren etter å ta en skikkelig prøve, dreier både plastspatel og ikke minst den endocervicale børsten for mange ganger rundt slik at man fremprovoserer en blødning som kan ødelegge celleprøven.

Prøve fra ektocervix: Før inn en plastspatel med den pekende enden inn i livmormunnen og dreier sakte rundt 360°. Hold et jevnt press og sørg for god kontakt med overflaten. Skyll spatelen raskt i glasset med ThinPrep-fikseringsløsning og roter kraftig.

Prøve fra endocervix: Før inn en endocervikal børste i cervikalkanalen og roter sakte ¼ eller ½ omdreining. Dra børsten raskt ut og skyll børsten umiddelbart i samme prøvebeholder ved å rotere kraftig.

B. Bruk av myke børster for kombinert prøvetaking fra ekto- og endocervix (Figur 5)

Her finnes ulike typer børster til celleprøvetaking. Man skal være oppmerksom på at noen børster som er helt myke, skal føres inn i cervikalkanalen og roteres 5 ganger (alternativ 1) eller roteres 2 ganger (alternativ 2) før børsten skylles raskt i glasset med ThinPrep-fikseringsløsning ved å trykke børsten mot bunnen 10 ganger og deretter vispe børsten kraftig før den kastes (Figur 6).

Dreier man for få ganger rundt på portio utfra instruksene til det prøvetakingsutstyret man har, vil man kunne få for få celler. Husk å trykke børstene lett mot portio for å få tilstrekkelig med celler.

La aldri noen av børstene bli stående stille i væsken ved bruk av ThinPrep® Pap Test metode, fordi dette vil føre til at cellene fester seg til børsten og ikke løsne.

PS. Ved bruk av BD SurePath™ Pap Test skal børstehodet hektes av på den blå kanten i prøvebeholderen og overføres til fikseringsvæsken.



Maj Liv Eide
Seksjonsleder for cytolog
Universitetslektor, NTNU
Avdeling for patologi
St Olavs hospital
Maj.Liv.Eide@stolav.no



Ingrid Baasland
Privatpraktiserende spesialist
i gynekologi og obstetikk ved
Baasland-klinikken
Stipendiat ved ISM, NTNU
Ingrid.Baasland@ntnu.no

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

#sjekkdeg-dagen 2017

Av Ala Jabri Haug, Lege i Spesialisering på Kvinneklinikken AHUS, nasjonal koordinator for #sjekkdeg-kampanjen.

I fjor gjennomførte gynekologisk avdeling ved AHUS og Kreftforeningen en #sjekkdeg-dag i samarbeid med helsestasjonen på Grorud. Tilbudet om celleprøvetaking var svært populært og la grunnlaget for en landsomfattende #sjekkdeg-dag i år. Timene ble revet bort i løpet av kort tid. Tilbakemeldingene tyder på at dagen var en stor suksess!

250 000 kvinner i Norge har ikke tatt celleprøve på 10 år. Det ønsket gynekologer, sykepleiere, jordmødre og sekretærer ved 12 sykehus å gjøre noe med da de deltok i en storstilt dugnad 18. september i år! #sjekkdeg-dagen, som var en del av #sjekkdeg-kampanjen, ble en stor suksess der helsepersonell tok celleprøver av kvinner i målgruppen for livmorhalsprogrammet. Kreftforeningen står bak #sjekkdeg-kampanjen og sto for et profesjonelt timebookingsystem der kvinner over hele landet hadde muligheten til å bestille timer til celleprøvetaking på internett. Ikke i vår vildeste fantasi hadde vi sett for oss at timene kom til å bli revet bort så raskt som de ble. Vi hadde hele 512 timer tilgjengelig fordelt på sykehusene og timene var fullbooket i løpet av de første dagene etter lansering.

I fjor gjennomførte gynekologisk avdeling ved AHUS sammen med Kreftforeningen en lignende dag i samarbeid med helsestasjonen på Grorud. Dette var svært populært og la grunnlaget for en landsomfattende #sjekkdeg-dag.

Det var en del skepsis blant kollegaer i rekrutteringsfasen. Celleprøve skal først og fremst tas i primærhelsetjenesten og en del mente at det ville være feil å la gynekologene gå i front for en slik #sjekkdeg-dag. Kampanjen har dog vært meget klar på at det er fastlegen som først og fremst skal tilby celleprøve. Vi gynekologer stiller i solidaritet med våre kollegaer i primærhelsetjenesten med det felles mål og få flere kvinner til å ta celleprøve. Vi var spente på tilbakemeldingene fra sykehusene, men responsen i ettertid har vært udelt positiv. Det eneste mange hadde å bemerke var at de skulle ønske de hadde tilbudt kortere konsultasjoner og dermed flere timer til sjekking! Mange har vært aktive i både lokal- og nasjonalpresse. Det ble publisert flere kronikker og innslag på både radio og TV med flotte gynekolog-kolleger i spissen. Dyktige kollegaer i primærhelsetjenesten i Finnmark organiserte på eget initiativ en egen kveld der de tok celleprøver gratis. Fastleger rundt om i landet bidro også i kampanjen ved å opplyse sine pasienter om #sjekkdeg og celleprøvetaking. Vi har fått svært mange positive tilbakemeldinger fra kvinner som tok celleprøve denne dagen.

Den overveldende responsen fra kvinner som ønsket å sjekke seg på #sjekkdeg-dagen viser at det er et behov for slike kampanjer i fremtiden. Tilbakemeldingen fra sykehus som deltok i årets kampanje viser at vi gynekologer har et stort ønske om å bidra i kampanjen også til neste år. Vi ser for oss et enda tettere samarbeid med primærhelsetjenesten. Det er mange måter å legge opp dagen på og vi er åpne for forslag. Det har allerede kommet inn flere gode innspill. Eksempelvis intern sjekkedag for ansatte, #sjekkdeg-dag sammen med kolleger i allmennpraksis der både fastleger og gynekologer går sammen for å sjekke kvinner på sykehus, opplæring av turnusleger som skal ut i distriktsturnus og fagdager for fastleger/gynekologer etterfulgt av prøvetaking. Vi har ikke landet på formatet av neste års #sjekkdeg-dag, men budskapet og målet med kampanjen vil bli det samme – nemlig å få flere kvinner til å ta celleprøve.

Som nasjonal koordinator for gynekologene i #sjekkdeg-kampanjen, ønsker jeg å rette en stor takk til de mange frivillige som stilte opp denne dagen og for det fantastiske engasjementet som ble vist på sykehusene rundt om i landet!

Disse sykehusene var med på #sjekkdeg-dagen 2017

AHUS
Bærum Sykehus
Drammen sykehus
Haugesund sykehus
Oslo universitetssykehus, Ullevål
Stavanger Universitetssykehus
St. Olavs hospital
Sørlandet sykehus
Sykehuset i Vestfold
Sykehuset Innlandet Gjøvik
Sykehuset Innlandet Lillehammer
Universitetssykehus Nord-Norge

Kriterier for å bli med:

Fylt 25 år og aldri har tatt celleprøve, 3 år eller mer siden sist en kvinne tok celleprøve



1. #sjekkdeg-dagen AHUS
2. Nasjonal koordinator for gynekologene på #sjekkdeg-dagen 2017, Ala Jabri Haug
3. #sjekkdeg-dagen i Bærum
4. Jordmor Christine Thaulow og generalsekretær i Kreftforeningen Anne Lise Rye. #sjekkdeg-dagen på Grorud helsestasjon 2016
5. #sjekkdeg-dagen Stavanger Universitetssykehus

6. #sjekkdeg-dagen Ullevål
7. #sjekkdeg-dagen i Drammen
8. Fagsykepleier Ann Hege Valheim og avd. overlege Føde/gyn avd Anja Døssland Holstad på Sykehuset Innlandet Gjøvik
9. #sjekkdeg-dagen på St. Olavs
10. #sjekkdeg-dagen Ullevål

HPV-vaksinasjon i Norge

Av Lill Trogstad, lege, PhD og Berit Feiring, farmasøyt, Folkehelseinstituttet



HPV-vaksine ble inkludert i det norske barnevaksinasjonsprogrammet høsten 2009 og tilbys alle jenter i 7. klasse (12–13 år). Hos det siste årskullet jenter som er tilbudt vaksine hadde 89% startet vaksinasjon og 83% hadde fått alle tre dosene per august 2017. Dette er blant de aller høyeste dekningsallene for HPV-vaksine i verden.

Siden november 2016 tilbys også HPV-vaksine til kvinner født 1991 og senere gjennom et to-årig innhentingsvaksinasjonsprogram. Det er bred oppslutning om tilbudet og et år inn i programmet har om lag 40% i målgruppen påbegynt vaksinasjon.

Basert på råd fra en arbeidsgruppe med eksterne og interne eksperter, anbefalte Folkehelseinstituttet og Rådet for prioritering i helsetjenesten i 2016 innføring av HPV-vaksine også til gutter i barnevaksinasjonsprogrammet. Dette blir innført fra 2018.

Vaksiner i programmet

Anskaffelse av vaksiner til bruk i nasjonale vaksinasjonsprogram reguleres av Lov om offentlige anskaffelser og utlyses regelmessig som anbudskonkurranse med forhåndsfastsatte evalueringskriterier.

Den firevalente HPV-vaksinen Gardasil (HPV 6, 11, 16, 18) ble brukt til jenter i barnevaksinasjonsprogrammet frem til høsten 2017. Etter rutinemessig utlysning av anbudskonkurranse for barnevaksinasjonsprogrammet i 2016 ble den to-valente vaksinen Cervarix (HPV 16, 18) høsten 2017 tatt i bruk i barnevaksinasjonsprogrammet. Den vil også bli benyttet til gutter fra 2018.

I Innhentingsprogrammet er det også Cervarix som benyttes (egen anbudskonkurranse i 2015).

Siden 2006 er HPV-vaksine tatt i bruk i vaksinasjonsprogram i mer enn 70 land. Det er ikke observert økt forekomst av alvorlige eller kroniske sykdommer verken i kliniske studier i forbindelse med utprøving av vaksiner, eller i store befolkningsstudier etter innføring i program.

Effekt av vaksiner og vaksinasjonsprogram

HPV-vaksinene virker kun forebyggende og kan ikke helbrede infeksjon som foreligger på vaksinasjonstidspunktet. Det er ikke farlig å gi vaksine til en som allerede er smittet. Selv om man er smittet med én HPV-type har vaksinen likevel effekt mot andre HPV-typer vaksinen dekker.

Vaksinene inneholder overflateprotein fra to eller flere HPV-typer, satt sammen til viruslignende partikler (VLP). Adjuvans er tilsatt for å forsterke immunresponsen. Vaksinene er ikke levende, inne-

holder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler eller gi sykdom. Vaksinene har i kliniske studier vist høy grad av beskyttelse mot infeksjon og høygradige lesjoner i livmorhalsen. Cervarix har dokumentert 93% beskyttelse mot CIN3+, uavhengig av HPV-type (Lehtinen 2012). Dette skyldes høy grad av kryssbeskyttelse mot onkogene HPV-typer som ikke inngår i vaksinen (HPV 31, 33 og 45).

På bakgrunn av data fra en klinisk studie forventes den ni-valente vaksinen Gardasil 9 (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) å kunne gi 90% beskyttelse mot livmorhalskreft (Huh 2017). Vaksinene er godkjent til bruk hos begge kjønn fra 9-års alder.

Vaksinene har direkte effekt mot genotyper som inngår i vaksinen. I tillegg gir de i varierende grad indirekte effekt, eller kryssbeskyttelse, mot beslektede genotyper som ikke inngår i vaksinen. Uvaksinerte vil også kunne beskyttes når vaksinasjonsdekningen er høy – fordi smittepresset reduseres (flokkbeskyttelse). Ved evaluering av HPV-vaksinasjonsprogram vurderes den totale beskyttende effekten (direkte beskyttelse, indirekte beskyttelse og flokkbeskyttelse), uavhengig av hvilken genotype som forårsaker sykdom. Dette innebærer at effekt av HPV-vaksine i program kan skille seg fra effekten i de kliniske studiene.

Gardasil 9 kom på markedet i 2015, og det er foreløpig ikke publisert data på effekt fra bruk av denne vaksinen i program. For både Cervarix og Gardasil (fire-valent) finnes imidlertid gode data på effekt etter bruk av vaksiner i nasjonale vaksinasjonsprogram (Kavanagh 2017, Garland 2015). En nylig publisert studie fra Skottland blant jenter som ble vaksinert med Cervarix som 12-13 åringer viser høy direkte beskyttelse mot infeksjon forårsaket av HPV 16 og 18 (89.1 %) og høy kryssbeskyttelse mot HPV 31, 33 og 45 (93.8%, 79.1%, 82.6%) 7 år etter vaksinasjon (Kavanagh 2017). I tillegg vises svært høy beskyttelse mot alle de fem HPV-typene også hos uvaksinerte jenter som uttrykk for flokkbeskyttelse.

I Norge forårsakes nesten 59% av høygradige lesjoner i livmorhalsen av HPV-typene 16, 18, 31, 33, 45, mens hele 91% av livmorhalskrefttilfellene skyldes disse typene (Bruni 2017). Cervarix, som nå benyttes i HPV-vaksinasjonsprogrammene i Norge, har vist høy og langvarig beskyttelse mot disse HPV-

typene, på nivå med den effekten man forventer den ni-valente vaksinen Gardasil 9 kan gi. HPV-typene 52 og 58, som i tillegg inngår i den ni-valente vaksinen, bidrar i liten grad til sykdomsbyrden i Norge. HPV forekomst og genotypfordeling i Norge følges gjennom det nasjonale oppfølgingsprogrammet for HPV-vaksinasjon, www.fhi.no/studier/hpv-oppfolging/om/.

Referanser

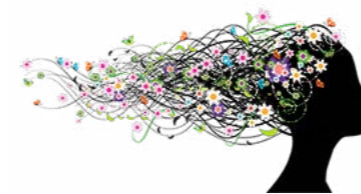
Lehtinen M. et al. Overall efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against grade 3 or greater cervical intraepithelial neoplasia: 4-year end-of-study analyses of the randomised double-blind PATRICIA trial. *Lancet Oncol* 2012;13:89-99

Huh WK. et al. Final efficacy, immunogenicity, and safety analyses of a nine-valent human papillomavirus vaccine in women aged 16-26 years: a randomised, double-blind trial. *Lancet* 2017;390:2143-59

Kavanagh K. et al. Changes in the prevalence of human papillomavirus following a national bivalent human papillomavirus vaccination programme in Scotland: a 7-year cross-sectional study. *Lancet Infect Dis* 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30468-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30468-1)

Garland SM. et al. Impact and effectiveness of the quadrivalent human papillomavirus vaccine: A systematic review of 10 years of real-world experience. *CID* 2016;63(4):519-27

Bruni L. et al. Human papillomavirus and related diseases in Norway. *ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Summary report 27 July 2017,*



Livmorhalskreftscreening i endring

Av Ameli Tropé, Leder av Livmorhalsprogrammet Kreftregisteret og Birgit Engesæter, Prosjektleder for HPV primær screening implementering i Norge



Ameli Tropé



Birgit Engesæter

HPV-test skal benyttes som primær screeningtest for alle kvinner mellom 34 og 69 år som deltar i Livmorhalsprogrammet. Dette vil kreve mer spesialisert kunnskap blant kvinner som utreder cervix dysplasi. Avdelinger og private klinikker må sikre at alle som utreder dysplasi tar kolposkopikurs og får nok trening for å tilegne seg minimums kunnskap innen fagfeltet.

Livmorhalskreftscreening er i endring, og flere vestlige land har, eller vil i nærmeste fremtid, endre primær screeningtest fra cytologi til HPV-test. HPV-basert screening har 23-27 % høyere sensitivitet for forstadier til livmorhalskreft i forhold til cytologi, og fanger opp kvinner med forstadier tidligere i sykdomsforløpet (2). Meta-analyser viser større kreftforebyggende effekt, og i 2015 anbefalte Europeiske retningslinjer HPV-basert screening som primær screeningmetode (3, 4).

Tre prøvelaboratorier har siden 2015 innført HPV basert screening for halvparten av alle kvinner i aldersgruppen 34-69 år i fire fylker (Rogaland, Hordaland, Sør- og Nord-Trøndelag). Resultatene, basert på korttidsendepunkter som oppmøte, HPV-positivitet og deteksjon av alvorlige celleforandringer (CIN2+), er som forventet, og indikerer at HPV-test vil fungere som screeningtest under norske forhold.

Helse- og omsorgsdepartementet har nylig bestemt at HPV-test skal benyttes som primær screeningtest for alle kvinner mellom 34 og 69 år som deltar i Livmorhalsprogrammet. Screeningintervallet vil samtidig økes fra tre år til fem år. I løpet av 2018 skal alle kvinner bosatt i prøvefylkene og i aktuell aldersgruppe HPV-screenes, mens implementering av primær HPV-test starter i 2019 i resten av Norge og skal være fullført innen utgangen av 2021. Endringen

HPV vaksine tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet i Norge til jenter på 7. klassetrinn. Fra høsten 2018 vil også gutter bli inkludert. Kvinner født 1991 og senere får tilbud gjennom et to-årig innhentingsvaksinasjonsprogram.

HPV-vaksinen Gardasil (HPV 6, 11, 16, 18) ble brukt i barnevaksinasjonsprogrammet frem til høsten 2017, da Cervarix (HPV 16, 18) ble tatt i bruk etter offentlig anbudskonkurranse. Cervarix benyttes også i innhentingsprogrammet for unge kvinner.

En ny ni-valent HPV-vaksine, Gardasil 9 (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) ble tilgjengelig på markedet i 2015.

Det finnes gode data på effekt etter bruk i program for både Cervarix og Gardasil. Det er foreløpig ikke publisert data på effekt fra bruk av Gardasil 9 i program.

Cervarix benyttes nå i HPV-vaksinasjonsprogrammene i Norge. Svært høy og langvarig direkte og indirekte beskyttelse mot HPV-typene 16, 18, 31, 33 og 45 er vist etter bruk av Cervarix i program. Dette skyldes høy kryssbeskyttelse mot onkogene HPV-typer som ikke inngår i vaksinen (HPV 31, 33 og 45). I tillegg vises svært høy beskyttelse mot alle de fem HPV-typene også hos uvaksinerte jenter som uttrykk for flokkbeskyttelse.

Beskyttelsen som er vist etter bruk av Cervarix i program er på nivå med den effekten man forventer av den ni-valente vaksinen Gardasil 9.

i screeningtest medfører nye arbeidsoppgaver og kompetansekrav, behov for nye IT-systemer og endring av infrastruktur, både ved laboratoriene, for fastlegene og gynekologene. Videreformidling av erfaringer fra pilotprosjektet vil være viktig for en trygg nasjonal utrulling av HPV test. Det er ønskelig at implementeringen skjer gradvis for å gi laboratoriene tid til å tilpasse seg forandringene og mulighet for fortløpende justeringer av implementeringsprosessen. Erfaringen med 50-50 randomisering over en treårs periode er positive, selv om det medfører ekstra arbeid for laboratoriene. En gradvis overføringen vil medføre en bedre prøvfordeling ved overgang fra tre til fem års intervall og fordeler antall biopsier over en lengre periode som reduserer presset for patologer og gynekologer.

HPV-testen er mindre spesifikk enn cytologi, og derfor vil HPV screening medføre et økt antall kvinner som henvises til kolposkopi i første screeningrunde. Mange av disse kvinnene vil ha normale og lavgradige forandringer som ikke krever behandling, men trenger oppfølging. Det vil være viktig at gynekologer som utreder cervix dysplasi har tilstrekkelig kompetanse om HPV, kolposkopi og behandling. Legeforeningen tilbyr både poenggivende e-læringskurs i kolposkopi og praktisk tre-dagers kolposkopikurs. Dette gir mulighet for alle å tilegne seg minimums kunnskap innen fagfeltet.

Koagulopati ved alvorlig postpartum blødning



Av Lill Trine Nyfløt, Overlege, Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Drammen sykehus, Vestre Viken HF. Postdoktor, Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Kvinnekliviken, OUS HF

Det har vært knyttet mye usikkerhet til bruken av medikamenter som fremmer koagulasjonen ved alvorlig blødning hos obstetriske pasienter. En studie som belyser effekten og sikkerheten av traneksamsyre er nylig publisert.

Alvorlig postpartum blødning (PPB) er definitivt en av de mest fryktede komplikasjonene som oppstår ved en fødsel. Det inntreffer plutselig og ofte hos kvinner uten erkjente risikofaktorer. På verdensbasis forårsaker PPB omtrent 100 000 materielle dødsfall årlig og er fremdeles den hyppigste obstetriske årsaken til at kvinner dør. I Norge er det registrert syv materielle dødsfall forårsaket av blødning de siste 20 årene. Selv om alvorlig PPB sjelden forårsaker dødsfall i Norge, er tilstanden fremdeles hovedårsaken til mer enn halvparten av alle alvorlige komplikasjoner som oppstår i forbindelse med svangerskap og fødsel i dag. Dette er komplikasjoner som nyresvikt, alvorlig anemi, hypofysesvikt, infertilitet, tromboser, alvorlig depresjon og sepsis. Dette rammer unge kvinner med mange leveår igjen og mange av disse kvinnene får betydelige helseproblemer resten av livet.

Fysiologi

I et normalt svangerskap skjer det flere fysiologiske endringer som skal beskytte mot uheldige virkninger av blodtapet under fødselen. Graviditet er en hyperkoagulabel tilstand hvor koagulasjonsevnen er økt, og antikoagulasjonen og fibrinolysen er redusert. Videre foreligger en fysiologisk hypervolemi hvor blodvolumet øker med 40% i løpet av svangerskapet. Mot slutten av svangerskapet shuntes omtrent en halv liter blod til uterus hvert minutt og den gravide kan blø mye på kort tid dersom det ikke inntreffer hemostase raskt etter at barnet er født. Denne hemostasen er helt avhengig av at uterus trekker seg sammen på en adekvat måte. Materielle spiralarterier i myometriet utvides gjennom svangerskapet for å kunne frakte tilstrekkelig mengde blod og næringsstoffer til placenta og fosteret. Spiralarteriene har imidlertid ikke egen muskulatur i åreveggen og sammentrekning av myometriet er helt nødvendig for lukningen av disse karene. Parallelt med at uterus trekker seg sammen og spesielt etter at placenta er separert fra uterinveggen, aktiveres koagulasjonskaskaden ytterligere gjennom økt frigjøring av koagulasjonsfaktorer. Men den økte koagulasjonsevnen er ikke alene tilstrekkelig for å stoppe en pågående blødning dersom ikke uterus også trekker seg sammen.

Ved manglende hemostase etter fødsel, vil blodtapet medføre hypovolemi og svikt i koagulasjonsevnen. Hypovolemien gir en redusert O₂-tilførsel til vevene og mangelen på oksygen vil medføre en anaerob metabolisme med opphopning av laktat og utvikling av metabolsk acidose. Den metabolske acidosen reduserer koagulasjonsevnen ved å hemme blodplateaggregeringen. I tillegg vil en ytterligere svikt i koagulasjonsevnen oppstå fordi koagulasjonsfaktorene forbrukes, vaskes ut på blødningsstedet, mister sin funksjon grunnet hypotermi og tynnes ut når klare

væsker tilføres. Dette vil etter hvert forårsake en utvikling av DIC (disseminert intravaskulær koagulopati) og defekt hemostase. DIC-utviklingen starter allerede ved en blødning på 1500 ml.

Koagulasjonsfremmende behandling ved PPB

Mange av de vanligste behandlingene ved en PPB er avhengig av at kvinnens koagulasjonsevne er intakt for å ha effekt. Dette gjelder tiltak som bimanuell uteruskompresjon, intrauterin ballongtamponade, kompresjonsuturer og Traneksamsyre (Cyklokapron). Det er derfor viktig at disse tiltakene igangsettes tidlig i forløpet, før kvinnen utvikler en DIC og dermed en defekt koagulasjonsevne.

Plasma inneholder enkelte koagulasjonsfaktorer, men er en dårlig kilde til fibrinogen. SAG inneholder ingen koagulasjonsfaktorer. I studier på pasienter med alvorlige blødninger etter traumer er et balansert transfusjonsregime med en høy ratio plasma:SAG assosiert med betydelig redusert mortalitet i forhold til regimer med en lav ratio. Det foreligger ikke data i dag på optimal transfusjonsstrategi ved blødning hos obstetriske pasienter, men det er nærliggende å tro at de samme prinsippene gjelder for alvorlig PPB som for traumer med alvorlig blødning da begge tilstandene følges av hypotermi, acidose og svikt i koagulasjonsevnen.

Traneksamsyre er en medisin som brukes i utstrakt grad ved alvorlige blødninger etter traumer. I gynekologien er den godt etablert som behandling for kraftige menstruasjonsblødninger og er i bruk ved alvorlig PPB i varierende grad. Bivirkningsprofilen til medikamentet ved bruk hos gravide kvinner har imidlertid vært usikker og da særlig en potensielt økt risiko for tromboser. Traneksamsyre virker ved å hindre nedbrytelsen av koagler. Den blokkerer plasmin og plasminogenets binding til fibrin og forhindrer slik fibrinolysen. Ut fra virkningsmekanismer er det naturlig å tenke at medikamentet kan øke risikoen for tromboser i graviditeten som jo er en hyperkoagulabel tilstand. I studier hvor traneksamsyre er gitt til traumepasienter, har man påvist en markant nedgang i dødeligheten ved behandling innen 3 timer etter traumat, uten at man påviste en samtidig økning av antall tromboser i denne pasientgruppen. Studier på obstetriske pasienter har derimot vært små og mangelfulle.

En Cochrane review fra 2010 rapporterte om redusert blodtap etter både vaginale fødsler og keisersnitt hos lavrisiko kvinner ved bruk av traneksamsyre. En metaanalyse fra 2015 på profylaktisk bruk av traneksamsyre ved keisersnitt rapporterte om redusert forekomst av PPH og redusert behov for uterotonica og blodtransfusjon i forbindelse med keisersnittet. Forfatterne konkluderte imidlertid med at det forelå manglende dokumentasjon på alvorlige bivirk-

ninger av traneksamsyre, spesielt når det gjaldt tromboserisiko og mortalitet. Det har derfor vært knyttet stor spenning til resultatene fra en dobbel-blind RCT med betegnelsen «The WOMAN Trial». Studien foregikk mellom 2010 og 2016 og inkluderte mer enn 20 000 kvinner i 21 land. Målet var å undersøke mortalitet og morbiditet ved bruk av traneksamsyre ved vaginale fødsler og keisersnitt. Den første artikkelen ble publisert i april 2017 i The Lancet og viste oppløftende resultater (bilde 1). De påviste en 30 prosent reduksjon i dødeligheten av PPH dersom traneksamsyre ble administrert innen 3 timer etter fødsel. Det ble ikke påvist en økning i dødelighet av annen årsak enn blødning eller annen alvorlig morbiditet som tromboser, hjerteinfarkt, slag, nyresvikt, hjertesvikt, respirasjonsvikt, leversvikt, sepsis eller krampes. Videre rapportert de om en reduksjon i behovet for akutte kirurgiske intervensjoner på 30 prosent. Det er videre interessant at de, i likhet med studiene på traumepasienter, fant at effekten var størst dersom den ble gitt innen 3 timer etter at blødningen oppstod. Dette har sannsynligvis sammenheng med at medisinen støtter koagulasjonen dvs. at det derfor må gis før koagulasjonsevnen svikter. Forfatterne konkluderer med at traneksamsyre er en effektiv og trygg medisin ved store blødninger hos obstetriske pasienter. Dosen som ble brukt i studien var 1 g intravenøst, evt. etterfulgt av en ny dose etter 30 min dersom pågående blødning.

Fibrinogen er et akutfase protein som produseres i leveren og er naturlig økt i svangerskapet. Dette proteinet er helt essensielt for koaguleringen da det stimulerer aggregering av blodplater. Under en blødning brytes fibrinogen ned til uøselig fibrin. Forbruket er stort og ved en alvorlig blødning faller fibrinogennivået raskt. Fibrinogen er vist å være det mest sensitive parameter for kvinnens gjenværende koagulasjonsevne ved en alvorlig PPH, og det er en klar sammenheng mellom et lavt fibrinogennivå og alvorlig PPH. Tilførsel av fibrinogenkonsentrat kan derfor potensielt redusere blodtapet ved en PPH, men man vet ikke om lavt fibrinogennivå kun er en markør for økt blødningsrisiko eller om et lavt nivå også er en årsak til alvorlig blødning. Fibrinogenkonsentrat kan altså vise seg å være en viktig tidlig intervensjon ved alvorlig PPH, men mer forskning er

nødvendig før dette kan fastslås. Vi vet ikke sikkert om det faktisk har noen effekt, og vi vet heller ikke hva innslagsnivået bør være (<2 g/l er det som hyppigst brukes i dag). Det foreligger heller ikke gode studier på sikkerheten ved bruk av fibrinogenkonsentrat hos obstetriske pasienter.

Hva avgjør alvorlighetsgraden av en PPB?

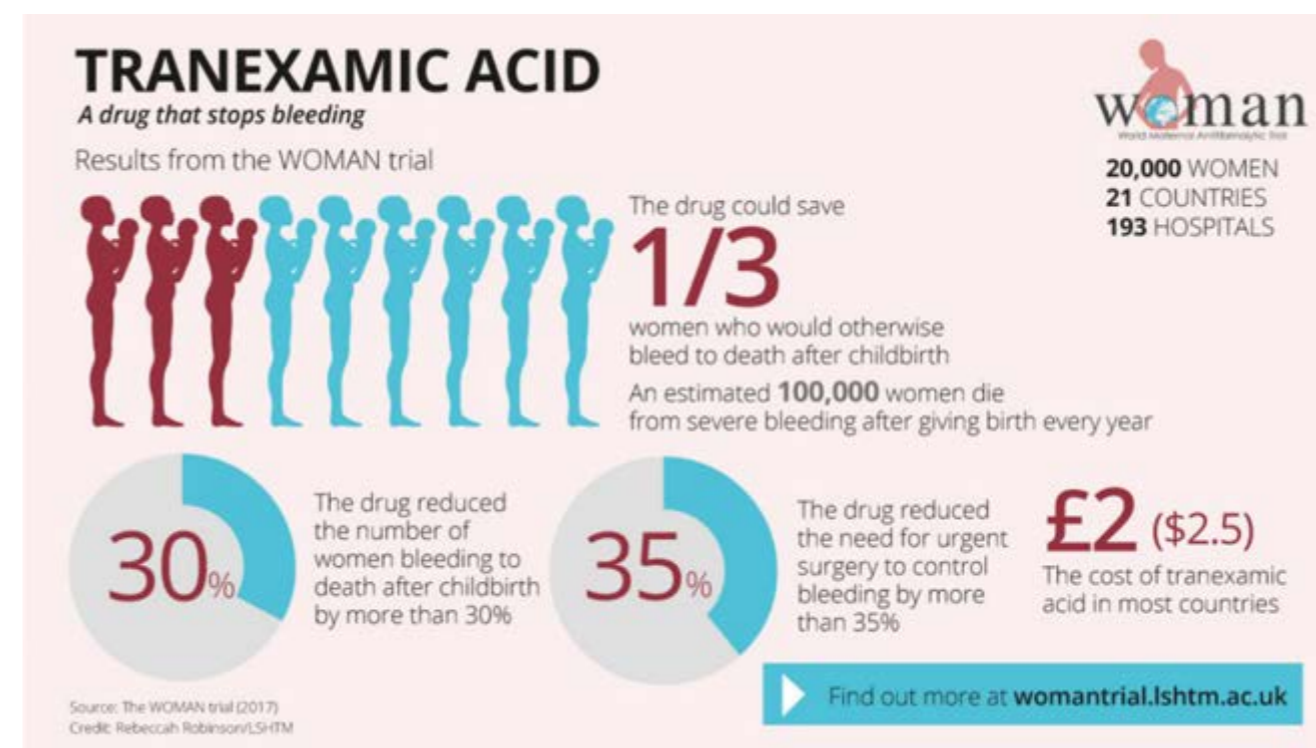
Det er det gjort flere studier på hvilke faktorer som avgjør om en mild eller moderat PPB utvikler seg til å bli en alvorlig blødning. Gjennomgående rapporteres det om at det igangsettes for få tiltak i den akutte situasjonen og de tiltakene som igangsettes kommer for sent i forløpet. I tillegg har man sett at vurderingene av behandlingseffekt underveis er for dårlige slik at ytterligere tiltak ikke igangsettes raskt nok ved manglende effekt av igangsatt behandling. Rask tilgang på nok menneskelige ressurser, medisiner og materiell er derfor av stor betydning for å hindre alvorlige blødninger.

Høy gjentakelsesrisiko

Til slutt vil jeg minne om at det er viktig med forebyggende tiltak hos kvinner som ved en tidligere fødsel har gjennomgått en alvorlig PPB da gjentakelsesrisikoen er høy. Det er i flere studier vist at kvinner som tidligere har hatt en alvorlig blødning har ni prosent høyere risiko for å blø mye ved senere fødsler. Denne sterkt økte gjentakelsesrisikoen har man ikke klart å forklare ut fra kjente risikofaktorer alene. En svensk studie har nylig påvist at genetiske faktorer kan forklare omtrent 20 prosent av gjentakelsesrisikoen. Akkurat hva disse faktorene representerer vet man foreløpig ikke, men det kan for eksempel dreie seg om ukjente variasjoner i de materielle koagulasjonsmekanismene. De viktigste forbyggende tiltakene ved fremtidige fødsler hos disse kvinnene er innleggelse av grove veneffloner tidlig i fødselsforløpet og en aktiv håndtering av tredje stadium (profylaktisk uterotonica og kontrollert drag i navlesnoren). Dette reduserer risikoen betraktelig for alvorlig blødning, fastsittende placenta og anemi etter fødsel.

Referanse:

WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. The Lancet 2017; 389:2105-16



Da Burch-operasjonen ble erstattet av TVT

Av Bjørn Holdø



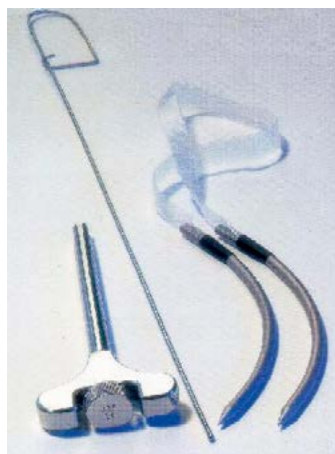
Bjørn Holdø f. 1959

Cand.med. Trondheim 1984

Spes. fødselshjelp og kvinnesykdommer 1998

Overlege Kvinnekliviken, Nordlandssykehuset Bodø siden 1997

For en som har holdt på så lenge i faget at man har opplevd skiftet fra Burch kolposuspensjon til TVT, har det vært både spennende og lærerikt å få anledning til å gjøre et forskningsprosjekt på dette viktige tidsskillet for urogynekologien.



Figur 2 Det opprinnelige TVT-kit med butt spyd og trokar i metall

I min tid som assistentlege i Bodø og på Ullevål var jeg med på mange Burch-operasjoner som jo var det tilbudet vi hadde til kvinner der operasjon for stress- og blandingsinkontinens var aktuelt. Det var en åpen operasjon som krevde enten spinalanestesi eller narkose, og pasientene var innlagt nær en 1 uke, eller mer hvis det tilkom urinretensjon og/eller infeksjon. Vi opplevde ofte at pasientene ikke hadde den ønskede effekt av operasjonen, selv om

litteraturen sa at rundt 70 % burde bli kontinente. Og av og til så vi at noen fikk varig blæretømmingsproblem. Så dukket svensken Ulf Ulmsten (1938-2004) opp med sin tensjonsfrie vaginal tape på midten av 90-tallet, der han med sitt geniale midt-urethra-konsept lanserte en mye enklere og minimalt invasiv metode. Ved å sette inn et prolen-bånd midt under urethra fikk urinrørets lukkemekanisme den nødvendige støtte til å gjøre kvinnen kontinent, en operasjon som for lengst gjøres dagkirurgisk ved alle gyn-avdelinger i Norge. Ved Kvinnekliviken i Bodø gjorde vi den første TVT høsten 1998 da overlege Margareta Verelst ved UNN og vår egen Aage Johan Steffensen introduserte den nye behandlingsmetoden for kvinnene i Salten. TVT ble raskt en stor suksess, og antallet inkontinensoperasjoner økte betydelig, og den gamle Burch-operasjonen ble faset ut i løpet av noen få år. Dette skjedde på grunnlag av lovende resultater i studier med opptil 2 års oppfølgingstid (1). Før Burch-operasjonen var blitt historie hadde man rukket å gjøre noen RCTer der man konkluderte med at TVT var like bra som Burch opp til 5 år (2), samtidig som det var kommet enkelte studier som viste et ganske høyt antall residiv etter mange år for Burch-opererte (3).

Ved den årlige samlingen for nord-norske gynekologer i april 2012, som da var på Vega, var overlege Margareta Verelst ved Kvinnekliviken, UNN og professor Finn Egil Skjeldestad ved UiT Norges Arktiske universitet, Institutt for samfunnsmedisin til stede for å presentere sitt planlagte KURIPRO (Kirurgisk behandling av urininkontinens og prolaps). Dette var ment som et multisenter prosjekt der gynekologer ved alle sykehus i Nord-

Norge ble invitert til å bli med på urogynekologisk forskning. Nå ble det dessverre ikke så mange avdelinger som lot seg rekruttere, men jeg ble med fra Bodø. Sammen med Margareta og Finn Egil, som også ble mine veiledere, utarbeidet vi protokoll. Datagrunnlaget ble 748 pasienter primæroperert for urininkontinens ved Kvinnekliviken i Bodø i perioden 1994 – 2012. Vi har opprettet en database basert på journal- og spørreskjema. Vi ønsker å sammenligne langtidseffekten av Burch-operasjon og TVT, langtidsresultater av TVT og hva operatørens kirurgiske erfaring betyr for kort- og langtidsresultater.

I vår studie inngår skiftet fra Burch til TVT, og dermed har vi mulighet til å finne ut om den subjektive langtidseffekten faktisk er bedre for TVT- enn for Burch-opererte kvinner. I vår første artikkel fant vi en klar forskjell i favør av TVT, men det gjaldt bare kvinner med ren stress-inkontinens (5). Ved blandingsinkontinens var det ingen forskjell.

Om risikofaktorer for behandlingssvikt etter TVT finnes utallige publikasjoner med stor variasjon i design, størrelse på studiepopulasjon, utvalg av pasienter og resultat. En av de store utfordringene i behandlingen av urininkontinens er kvinner med blandingsinkontinens, der resultatene av kirurgi ikke er like gode som ved ren stressinkontinens. I vår neste publikasjon vil vi fokusere (stratifisere) resultatene for disse 2 gruppene (indikasjonene for operasjon).

Etter at Norsk Urogynekologisk Gruppe (NUGG) ble etablert i 1998 og innrapportering av data kommet i gang, anbefalte NUGG ut fra sine data at TVT-operatører burde ha et visst volum for å oppnå gode resultater. Dette er det støtte for i enkelte publikasjoner som viste dårlige resultater fra avdelinger med få inngrep (4). Vi har sikre data på operatør/bi-operatør og har dermed muligheten til å studere sammenhengen mellom operatørfaring og korttids- og langtidsresultater.

Det hører med til TVTens historie at skaperen, Professor Ulf Ulmsten ble hedret med *H.M. Konungens Medalj* i 2000.



Figur 3 Prof. Ulf Ulmsten (1938-2004)

Hva vet vi om sosiale forskjeller i svangerskapsrøyking? Stor nedgang i alle grupper av gravide

Av Liv Grøtvedt, forsker, PhD, Avdeling for rusmiddelbruk på Folkehelseinstituttet, og jobber med statistikk, epidemiologi og forskning knyttet til tobakksbruk.



Vi studerte kvinnenes røykevaner ved begynnelsen av svangerskapet i perioden 1999-2014 med data fra MFR. Opplysninger om utdanning og fødeland ble hentet fra SSB. Røyking omfatter her daglig og av og til-røyking. Vel 80 prosent av kvinner som røyker i svangerskapet er dagligrøykere. De siste tilgjengelige 2016-tallene for røyking fra MFR er inkludert.

Liv Grøtvedt

Vi har hatt nasjonale tall for røyking i svangerskapet siden 1999. Det første året Medisinsk fødselsregister hadde slik statistikk, røykte 25 prosent av de gravide ved begynnelsen av svangerskapet. I 2016 hadde andelen sunket til en femdel av dette, da var det bare 5 prosent røykere. De aller yngste under 20 år har hatt en særlig rask nedgang de siste årene og nå var det 10 prosent røykere i denne gruppen. Innvandrerkvinner har hatt en lavere andel som røyker i svangerskapet enn norskfødte kvinner i hele perioden, også her gikk andelen røykere betydelig ned. En del klarer å slutte i løpet av svangerskapet; alt i alt røykte 5 prosent ved begynnelsen og 3 prosent ved slutten av svangerskapet i 2016.

Utdanningslengde og svangerskapsrøyking

Vi har sett på utdanningslengde i forhold til røykevaner. Ved å dele gravide inn i tre grupper etter utdanning – høy, medium og lav – fant vi at det hadde vært en stor nedgang i røyking i alle tre gruppene. Den prosentvise nedgangen var likevel størst blant kvinner med høy utdanning.

- Blant de med lav utdanning gikk andelen som røyker i svangerskapet ned fra 45 prosent i 1999-2000 til 21 prosent i 2013-2014.
- Blant de med høy utdanning var tallene 11 prosent i 1999-2000 og to prosent i 2013-2014.

Det er bekymringsfullt at det fortsatt er så store utdanningsforskjeller i gravidens røykevaner. Grupper med lav og medium utdanning utgjorde 45 prosent av alle gravide i 2013-2014, men 85 prosent av røykerne. Sosial skjevfordeling av svangerskapsrøyking bidrar til å opprettholde sosiale helseulikheter i generasjoner, siden røyking i svangerskapet påvirker både mor og barn.

Kan noe gjøres for de som fortsatt røyker i svangerskapet? Det synes å være en høy bevissthet i befolkningen om at det kan skade fosteret å røyke i graviditeten. Andelen røykere blant gravide er nå

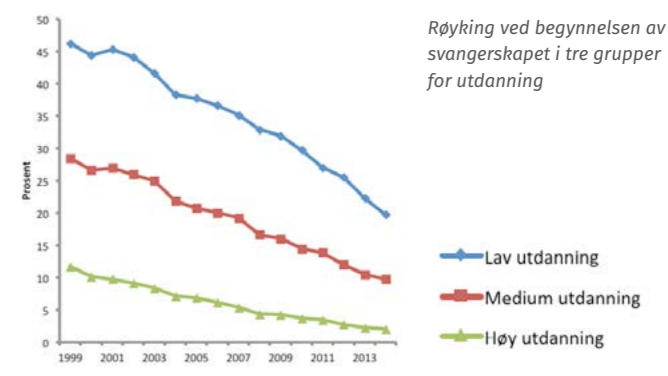
nede på en knapp firedel av andel røykere blant kvinner i fertil alder i SSBs statistikk.

Den lave andelen kvinner som hvert år rapporteres å røyke i svangerskapet gir inntrykk av at røyking i svangerskapet ikke lenger er noe problem i Norge. Men bak dette tallet skjuler det seg store sosiale forskjeller. Fortsatt er det hvert eneste år flere tusen kvinner som røyker i svangerskapet, og som har behov for gode tiltak og god hjelp spesielt tilrettelagt for den situasjonen de er i.

Usikkerhet rundt snusbruk

Tobakksbruken i svangerskapet kan også bli påvirket av unge kvinners snusbruk. Snusbruk blant unge kvinner øker fortsatt, og snusbruk har noen av de samme virkningene på fosteret som røyking. Snusbruk registreres ennå ikke i MFR, dette forutsetter bl.a. forskriftsendringer og endringer i elektronisk fødselsmelding. Artikkelen «Development of Social and Demographic Differences in Maternal Smoking Between 1999 and 2014 in Norway» finner du her: Nicotine and Tobacco Research.

Lenke til hele artikkelen: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28403467



The Colposcopy Course online

This online course is based on the two day Seminar course run in London by Professor Albert Singer and his group of experts. The course is accredited by The Norwegian Medical Association with 12 credit hours in postgraduate and continuing training for physicians in the following specialities: Gynaecology and Obstetrics. Payment of the fee enables access to the course for one year, giving ample time for completion. It has now been sold in over 30 countries worldwide, and is approved as a training course by the BSCCP in the UK, the EFC, and the NMA. Full details can be found at www.colposcopycourses.com. The Norwegian Medical Association have negotiated a discounted price for this course which is available through this link on their website.

Important notice - screening algorithms and treatment strategies in this course differ from some Norwegian guidelines.

Fosterovervåkning i Norge. Religion eller vitenskap?

Av Einar Lande



Einar Lande

Fosterovervåkning har vært diskutert i Norge i hele min yrkesaktive tid. Før baserte vi oss kun på fosterets hjertefrekvens. Med tillegg av pH eller laktatmålinger. Rundt år 2000 kom nye metoder for vurdering av fosterets EKG. STAN ble innført. Vi var mange som var entusiastiske. Ny forskning har vist at optimismen var for stor. Sverige har sluttet med STAN. Bør Norge følge etter?

Med fare for å ta feil, skal jeg memorere litt. Introduksjonen av dette systemet (som i tillegg til CTG analyserer foster EKG) skjedde i Göteborg/Lund. Det ble lagt fram forskning som skulle dokumentere at dette systemet ga større sikkerhet enn CTG alene (1). Det kom fram beskyldninger om forskningsfusking. Dette ble etterprøvd av Universitetet i Lund. De konkluderte med at det ikke var regelrett fusking, men at det var kritikkverdige forhold og feil i analyser i STAN studien.

Likevel ble dette innført i deler av Sverige, og etter hvert i store deler av Norge. I USA og England har man i liten grad tatt dette systemet i bruk, det gir ingen gevinst. I Lund/Malmö er nå STAN ute av bruk. I Göteborg har det vært brukt, nå stanset for noen måneder siden. Det har aldri fått innpass i Stockholm og brukes trolig ikke i Sverige.

I Norge brukes det av alle større avdelinger med unntak av Ullevål. Det brukes mye mer rigorøst enn det ble brukt i Sverige (personlig referat fra Göteborg-gynekolog). Medlemmer av STAN-gruppa reiser rundt, underviser som om de står for eksakt vitenskap. Borte er ønsket om å forstå bakenforliggende fysiologiske forandringer hos fosteret. Legene indoktrineres til å pugge prosedyrer og regler – normalt, avvikende eller patologisk. Egne vurderinger er det ikke rom for. For meg fremstår det som religiøst i betydningen bokstavtro. Man kommer endog etter fødsel av helt friske barn og anfører, i minutter, hvor mye tidligere de burde vært forløst. Dette bidrar bare til å skape en fundamental utrygghet hos personalet på fødeavdelingene.

Nylig kom FIGO med nye retningslinjer for CTG tolkning. Normal hjertefrekvens hos fosteret endres fra 110 - 150 til 110 - 160. Dette har også blitt implementert i Sverige. MEN ikke i Norge. Hvorfor? Jeg har prøvd å kommunisere med Kessler i STAN gruppa, har ikke fått noe skikkelig svar.

Det blir naturlig for meg å spørre. Kan ikke hjertefrekvensgrensene endres fordi det er så viktig å bevare STAN systemet? Da må dere i så fall innrømme det, så slipper vi å høre kvasivitenskapelige forklaringer på Norges soloutspill.

Vurderingen av variable deselerasjoner er også endret. Uten noen god begrunnelse fastholder STAN-gruppa våre gamle regler. Igjen må jeg spørre om det er avhengigheten av STAN som gjør at en

liten norsk ekspertgruppe prøver å overkjøre en stor internasjonal ekspertgruppe.

Det siste året har det kommet tre artikler som oppsummerer det som er skrevet/forsket rundt bruken av STAN (2-4). Den ene, Blix et al (2), konkluderer med ingen gevinst av STAN. Statistisk flere nyfødte med metabolsk acidose, trolig uten klinisk relevans. De to andre, Saccone et al (3) og Cochrane oversikten (4), finner ingen fordel for STAN. Ikke færre nyfødte med metabolsk acidose, ikke færre keisersnitt. For sikkerhets skyld er hovedforfatter av artikkelen som støtter STAN, (1), Amer-Wählin, medforfatter på Saccones artikkel. Hun lar vitenskapen rettledende, har skiftet standpunkt. Svenskene har tatt konsekvensen av denne vitenskapen, STAN brukes ikke lenger.

Noe overraskende har STAN-gruppa gått til kraftig motangrep på disse artiklene. Dere tar altså avstand fra tre uavhengige "systematic review and meta-analysis of randomized trials". Ville dere vært like skeptiske om disse analysene hadde endt i favør av STAN?

For meg ser det ut til at vi trenger nye innspill i diskusjonen om metode for overvåkning av fostere under fødsel. STAN-gruppa synes å oppheve seg selv til dommere over hva som er rett og gal tolkning av fosterets tilstand. I sammenhenger jeg personlig har hørt dem, prøver de nærmest å latterliggjøre bruk av laktat. De har bundet seg så tett opp til bruken av STAN (som rettferdiggjør deres eksistens) at de ikke lenger klarer å ta inn over seg ny informasjon. Her har svenskene hatt en annen, og mer åpen tilnærming. Mitt enkle forslag er at tiden kanskje, også i Norge, er moden for å avregistrere STAN. La oss også prøve å være litt mer ydmyke i tolkingen av CTG. Det er ikke god vitenskap, og må behandles deretter.

For å sitere Wildenvey "dette vil ergre de store, men enkelte små vil det mere" (5).

Referanser:

1. Amer-Wählin I, Hellsten C, Noren H, Hagberg H, herbst A, Kjellmer I, Lilja H, Lindoff C, Månsson M, Mårtensson L, Olofsson P, Sundström A, Marsal K. Cardiotocography only versus cardiotocography plus ST analysis of fetal electrocardiogram for intrapartum fetal monitoring: a Swedish randomized controlled trial. *Lancet* 2001; 358: 534-538.
2. Blix E, Brurberg KG, Reiherth E, Reinart LM, Øian P. ST waveform analysis versus cardiotocography alone for intrapartum fetal monitoring: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2016; 95: 16-27.
3. Saccone G, Schuit E, Amer-Wählin I, Xodo S, Berghella V. Electrocardiogram ST analysis during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obstet Gynecol* 2016; 127: 127-135.v
4. Neilson JP. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. *Cochrane database Syst Rev*. 2015; (12): CD000116
5. Wildenvey H. Anekdoter



ANNONSE

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

Pleie vaginal fuktighetskrem. Medisinsk utstyr, klasse IIa
50 g krem (med applikator). **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, octylidodecanol, 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

Årsmøte i Stavanger 2017

Av Erik Andreas Torkildsen

Med et nytt Clarion Hotel Air i Sola kommune var årets årsmøte lagt til Stavanger regionen. Flotte og oversiktlige lokaler, der alt var samlet på én plass. Det var 245 påmeldte deltakere og 87 personer fordelt på 39 ulike firma.

Onsdag

Ettermiddagen startet med de tradisjonelle formøtene. Under lederforumet hadde LOK invitert «ansvarlig tilrettelegger» Per Bleikelia, adm. direktør ved Martine Hansens Hospital. Lederskap, viktigheten av å se den enkelte medarbeider og gi mer ansvar til klinikerne/fagfolkene, ble billedlig diskutert. Det ble et inspirerende foredrag, med gode illustrasjoner og tanker innen vanskelige temaer som opptar både ledere og ansatte i sykehus.

Til Get-together ble alle busset til Solastranden Gård, et steinkast fra hotellet. Invitasjonsvideoen fra i fjor, med *Obstetriske menn*, ble starten på en fin kveld. Etter velkomsthilsen av undertegnede var det stående buffé og drikke til alle. Stemning var god og høylytt fra første stund. Kveldens høydepunkt var konsert med *Obstetriske menn*, som består av Ragnar Kvie Sande, Philip von Brandis, Olav Nordbø og Erik Andreas Torkildsen. De hadde fått med seg Robert Tjelta (tangenter) og de syngende jordmødre Aina, Trine og Evy. Med sanger som "Elisabeth" som alltid tar de ledige vaktene, "induksjon" på vag indikasjon, og en skikkelig "årsmøte-rap" ble det en flott kveld.

Torsdag

Årsmøtets morgenløp markerte Vardesentrene og Kreftforeningen, der alle morgenfuglene fikk T-skjorter med logo. Flott løpetur ned til Solastranden, tross fukt, mørke og ulende vind. Alle gjennomførte, dog med noe utilsiktet lengre rute!

Til den offisielle åpningen av årsmøtet kom vara-ordfører i Sola kommune Jan Sigve Tjelta, som ønsket alle velkommen. Han fortalte om livet i Sola kommune, og hans indirekte kjennskap til Kvinneklinikken i Stavanger med ektefelle som jordmor. Etter dette ble det fremført flotte sanger fra de syngende jordmødre, om forløsning og livet som jordmor. Det hele med en fantastisk film fra en nattevakt ved Fødeloftet. Tilslutt ønsket Marit Lieng alle deltakere og utstillere hjertelig velkommen til årsmøte.

Nestor i faget, Rolf Kirschner, startet møtet med *tema gynekologi og obstetrik - et fag i endring*. Oppfølging, medisinsk behandling og utstyr er i en stadig kontinuerlig endring, og dette vil fortsatt i fremtiden.

Første sesjon med frie foredrag var fra gynekologiens verden. Stor variasjon i temaer fra sammenhenger mellom hormonnivå i blod og redusert seksualfunksjon etter risiko-reducerende salpingo-ooforektomi, til hvordan gynekologisk undersøkelser blir gjennomført i allmennpraksis, skader på bekkenbunns muskulatur

og resultater fra transvaginalt nett med suturapplikator ved apikale fremfall.

Lunssymposiet av Azanta (Angusta) trakk fullt hus og handlet om *induksjon av fødsel - hvilken metode er best?* Ingvil Krarup Sørbye, med bidrag fra Kevin S. Oppegaard, fortalte om fødselsinduksjon som dominerer hverdagen og sannsynligvis vil øke. Det er ingen konsensus om metode og store regionale forskjeller. Studier som sammenligner indikasjoner, protokoller og utfall blir viktige.

Frie foredrag fra obstetrikken gav oss tema som flere induksjoner av gravide med KMI >35 gir flere operative forløsninger; kan fysisk aktivitetsnivå påvirker forløsningsmetode?; Foleykateter vs. dobbelballong kateter ved induksjon; risiko for fosterdød; Metformin-behandling og Toxoplasmosisinfeksjon. Mange spennende tema, som er viktige i den obstetriske hverdagen.

Dagen ble avsluttet med tema om kunnskapsbasert medisin i klinisk hverdag. Vi fikk høre om *Pioneering in health care evaluation in the Netherlands - The Dutch Consortium for Healthcare Evaluation in Obstetrics and Gynaecology* av Veronique van Dooren og Maya Kruijt. Deretter fikk vi *The Swedish Network for National Clinical Studies within Ob/Gyn (SNAKS)* ved Annika Strandell. Fra det norske miljøet fikk vi høre overlege Tone Løvvik snakke om *PregMet2 studien* og Kevin S. Oppegaard som fortalte om sine opplevelser med *A randomised, controlled, non-inferiority trial in four clinics in Austria, Finland, Norway, and Sweden - comparing clinical assessment with self-assessment of abortion outcome*.

Den tradisjonelle årsmøtemiddagen ble kyndig ledet av toastmaster Marit H. Christiansen. Det ble en kveld med god stemning, mat og drikke. Underholdning ble fremført av Anne Kristoff, Tone Lunde og Maiken E Hansen. De gav oss "tante Erna", som delte ut lodder, og om "museull" som ble brukt til egenproduserte gensere. Gensere som ble loddet ut til full jubel blant festdeltagerne. Høydepunktet var en noe modifisert utgave av "Karius og Baktus", som for anledningen ble fremført som "Klamydus og Flatulus". Bedre undervisning om seksuelt overførbare infeksjonssykdommer skal man nok se lenge etter.

Leder Marit Lieng hadde nok en gang en underholdende og humorfylt tale på klingende nordlands-dialekt, som i fjor. Hun takket for sin tid i styret med kjekke kolleger. Nils-Halvdan Morken tok deretter over mikrofonen og takket for tilliten som ny leder i NGF fra 2018. Det ble samtidig gitt mange hyggelig priser. Middagen bestod av en god forrett med karamellisert laks, deilig braisert kalv til hovedrett og frisk mangokrem med mandel,

«Alle ble busset til Get-together på Solastranden gård og med sanger som «induksjon» på vag indikasjon og «årsmøte-rap» ble det en flott kveld!»

bringebær sorbet, lakris og sitron til dessert. Kolleger fra OUS avsluttet middagen med invitasjon til neste års årsmøte, med en flott film fra seksjonene ved OUS. Kvelden fortsatte med dans og livlige samtaler, fra musikken til Grongbandet.

Fredag

Tross en noe kort natt for enkelte, var alle klare for en spennende sesjon om perinatale hjerneskader. Prof. Skranes (NTNU) fortalte om hjernens utvikling, før og etter fødsel, og hva som kan forårsake forskjellige hjerneskader. Premature barn får en annen hjerneutvikling enn terminbarn, som igjen gir forskjellige utfall. Endringer er permanente og fører til mindre "hjernereseve". Deretter overtok førsteamanuensis Gro Andersen, leder for Cerebral Parese (CP) registeret. CP er en forstyrrelse i bevegelser og kroppsholdning. Det er en gruppe av problemer og ikke en klar klinisk diagnose. Selv om bevegelseheten påvirkes, er det også andre tilleggsvansker som synshemming, talevansker, spisevaner, psykisk utviklingshemming etc. I Norge ser man en fallende forekomst. Tilslutt snakket Prof. Dag Moster om Neuroprotection under antepartum, intrapartum og/eller postnatale. Klinikere må tilstrebe færre premature fødsler, sen avnavling, bruke Magnesium og hypotermibehandling.

Første sesjon med frie foredrag gav oss innblikk i kirurgiske intervensjoner for kvinner ved kjønnslemlestelse, risiko for levator ani muskeldefekter ved vaginale operative forløsninger, risiko for placentalløsning under svangerskap og bruk av ultralyd til predikere fødselsutfall ved vakuumbær når det er langsomt forløp i andre

stadium. Vi fikk også innblikk i reproduserbarhet og akseptabilitet av ultralydmålinger under fødsel.

Fredagens lunssymposium ble presentert av Gardasil, med titte-len HPV-vaksine - nyttig for hvem og når?. Foredragsholdere var prof. Ole Erik Iversen og forsker Bo Terning Hansen.

Etter lunssymposium var de frie foredragene hovedsakelig viet til onkologiske emner. Det ble presentert emner som D-skår ved endometriehyperplasi, implementering av HPV testing som primærskanning, og menopausal hormonterapi og risiko for malignt melanom. Vi fikk også høre om assosiasjon mellom HCG og hyperemesis gravidarum, komplikasjoner ved endoskopisk gynekologisk kirurgi, og om det er relasjon mellom alder ved menarke og alder ved menopause. Spennende foredrag, med flere spørsmål fra salen.

I siste sesjon om cyster og svulster, fikk vi høre om leiomyosarkomer og utfordringen rundt diagnostikk og håndtering. Eksempelvis gir ultralyd ingen gode eller sikre holdepunkter. Siste del av sesjonen var presentasjon av kasuistikker. Det var debatt i panelet om diagnostikk, IOTA-klassifikasjonen og behandling. Vi i salen fikk spørsmål via Kahoot om hvordan vi ville ha løst det forskjellige problemstillingene. Man kan vel trygt si at det var variasjon i kollegiet. Det ble en spennende og interaktiv sesjon, og en flott avslutning på et faglig godt årsmøte.

Det ble noen hyggelige dager. Neste år ses vi i Oslo!



JOIN the EBCOG CONGRESS in France 8-10 March 2018

All European trainees are welcome to participate in the EBCOG Congress. You will have the chance to take several hands-on courses and listen to internationally renowned speakers. Special discounts for abstract authors! Remember that ENTOG traditionally awards the best abstract with win the early-bird registration fee for the Congress!

www.ebcog2018.org

NGFs hederspris 2017 Laudatio Pepe (Kjell) Salvesen:

Av Jone Trovik

Det var en stor glede å få utdele NGFs hederspris 2017 til Pepe pga hans mangeårig virke innenfor norsk gynekologi; både hans foreningsarbeidet (for/i NGF) men også hans mangeårige fremtredende kliniske og forskningsmessige virke innen fødselshjelp og fostermedisin.

P- Profesjonell
E- Engasjert
P- Pressetekke
E- Elskverdig

Profesjonelle Pepe (egentlig Kjell) Salvesen er oppvokst i Oslo 1958. Han studerte i Bergen (preklinikk) og Trondheim (klinikk), uteksaminert 1983. Han hadde turnus i Flekkefjord og Sauda, et lite intermeso som bedriftslege i Lillestrøm og militærlege ved Gardermoen før han gjennomførte spesialistløp gyn/obst ved St.Olavs hospital og fra han ble spesialist 1996 fortsatte som seksjonsoverlege. Pepe tok sin medisinske doktorgrad 1994 og ble professor ved NTNU 2003. Han har arbeidet to år i Sverige (2012-14 Lund/Skåne) og til sammen ett år i Cambridge men ellers har han trofast holdt faglig/akademisk stand i Trondheim hvorav tre år som fagdirektør Helse-Midt.

Pepe har gjort en stor innsats innenfor Norsk Gynekologisk Forening; Han har bidratt mange år i spesialistkomiteen, også som leder. Han har vært medlem av NGFstyret i totalt 6 år, både som vitenskapelig sekretær og leder og sittet i Scientific board og styret i NFOG (Nordisk Forening for Obstetrik og Gynekologi). Han har sittet i EBCOG styret (Europeisk Board and College of Obstetrics and Gynaecology) og har bidratt ved europeisk spesialisteksamen. Han har vært med å starte FAME (Fagmedisinsk forening DNLF).

Pepe er fostermedisiner med spesiell kompetanse i fostermedisinsk ultralyd. Han har virket som professor siden 2003 (NTNU og senere Lund) og har p.t 166 PubMed siteringer. Han har veiledet 17 PhD kandidater og er en skattet foreleser.

Engasjerte Pepe: Han er opptatt av kvalitet, også i obstetrisk akuttmedisin og initierte opprettelse av ALSO Norge: Advanced Life Support in Obstetrics i 2003. Pepe ledet dette i 13 år! Han har vært i styret i Nordisk forening for ultralyd og ledet både Norsk forening for ultralyddiagnostikk samt European Committee for Medical Utrasound Safety så vel som Safety Committee i International Society for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.

Pressetekke Pepe: Han er imøtekommende, svarer villig på spørsmål også fra journalister og har bl.a deltatt i NRKs Newton som fødselslege for programlederen!

Elskverdige Pepe: "En likandes kar" var den karakteristikk jeg møtte oftest når jeg ba kolleger om å karakterisere Pepe. Han er lett å be; og verken Europeiske MCQ eksamensspørsmål eller Nordisk engelskspråklig lærebokkapittel har vært vanskelig å få ham til å bidra med. Takk fra alle oss som spør om bidrag!

PEPE? Så hvorfor er Kjell blitt et navn som minner om en utgått pastill (PP; lakrispastill fra Freia)? Som minstebror med større (men ikke veldig store og delvis spanskaltalende søsken) ble Baby til Bebe til Pepe, så fikk vi oppklart det.

GRATULERER PEPE! Hilsen alle NGFere som fortsatt ønsker mangeårig samspill med deg.



Forskningsprisen til Ganesh Acharya

Av Knut Hordnes

Årets Forskningspris også kalt Bayers Gynekologiske Hederspris ble i år tildelt Ganesh Acharya på årsmøtet i Stavanger 25. oktober. Ganesh er sjefsredaktør for Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica (AOGS), professor ved det Arktiske Universitet i Tromsø, samt professor og overlege/leder av fostermedisinsk avdeling ved Karolinska Universitetssykehus i Stockholm.

Komite for utvelgelse av prisen består av sittende styreformann, og de to sist avgitte formenn i Norsk Gynekologisk Forening.

Kriteriene er for prisen er ganske vide, nemlig «beste» forskningsinnsats eller fortjenestefullt arbeid innen gynekologi / obstetrik. Prisen er på 20.000 kroner, donert av Bayer, og skal brukes til forskning eller annen faglig utvikling.

Årets vinner har kommet en lang vei både geografisk og faglig, både klinisk spesielt vitenskapelig. Oppvokst i Nepal, medisin utdanning i Ukraina, spesialist utdanning i England, og er Fellow of Royal College. Ganesh har hatt forskningsopphold blant annet i Shanghai, Tampa Florida, og Oxford.

Han har opparbeidet en massiv meritt liste: nær 100 originale forskningsartikler, rundt 70 generelle artikler og review, han har vært hovedveileder for 10 doktorgradsarbeider, og har organisert flere internasjonale møter.

Det er et stort hell for vårt norske miljø at han traff Torvid Kiserud ved University College London på slutten av 90-tallet. Gjennom Torvid ble han rekruttert til Norge og Tromsø, ble veiledet til sin doktorgrad og ble etterhvert professor og leder ved den fostermedisinske enheten i Tromsø. De siste par årene har han delt tiden sin mellom Tromsø og Stockholm.

Ganesh får prisen for sin betydelige forskningsinnsats, og spesielt for den glimrende jobben han har gjort som sjefsredaktør i Acta fra han ble tilsatt i 2014. Han har vist seg uredde og har pekt en klar vei fremover. Med sin entusiasme, kunnskap og energi har han oppnådd forbedringer som har brakt impact factor til rekordhøy 2,48.

Ganesh Acharya er åpen, arbeidsvillig, har stor arbeidskraft, er innsiktsfull og med menneskelige egenskaper som har gitt han et enormt nettverk. Han er omtenkstom, et medmenneske som vil andre vel og som respekterer andres forskjellighet. Han yter mye men krever også at andre yter.

Ganesh er høyt verdsatt i vårt miljø og en meget verdig vinner av årets forskningspris.



Forbilledlige Ingeborg Bøe Engelsen

Av Frode Halland, Overlege Kvinneklubben Bergen

Forbildeprisen er ny av året og deles ut på Ngf's årsmøte. Prisen er ment å hedre forbilder innen mester-svinn læring, eller personer som på et overordnet nivå legger til rette for god utdanning.

Da jeg kom til Bergen for gruppe 1 tjeneste i 2009, ble Ingeborg fort et av mine forbilder. Jeg ville selv bli operativ gynekolog og aller helst drive med endoskopi. Denne ildsjelen virket å kjenne hver eneste gynekolog som hadde noe å fare med, og hun hadde besøkt en rekke operasjonsstuer i inn- og utland der det ble drevet avansert gynekologisk kirurgi. Her var det bare å brette opp ermene og henge seg i skjortet.

Ingeborg ble Spesialist i Fødselshjelp og Gynekologi i 2000. Hun forsvarte sin doktorgrad "Biologic and prognostic markers in endometrial carcinoma" i 2008. Nasjonalt topplederprogram fullførte hun i 2015. Siden 2011 har hun vært Seksjonsoverlege på avdeling for Generell Gynekologi på Haukeland Universitetssykehus. Av styreverv nevnes: Nordic society on minimally invasive surgery (NSGE), Norsk gynekologisk laparoskopiregister (NGLR) og i Dnlf; Leger i vitenskapelig stilling (LVS) og Spesialistkomiteen for gynekologi og fødselshjelp. I fem år har hun vært kursleder for Emnekurs i Gynekologi og Obstetrik. Siden 2013 har hun vært medredaktør i Veileder for generell gynekologi. Hun har vært YLF representant og avdelingstiltsvalgt, KKB. Hun har en rekke publikasjoner og medforfatterskap, og er veileder i flere forskningsprosjekter.

Ingeborg viser vei. Ved KKB ble alle ovarialcyster på mer enn 5 cm operert per tomi frem til på slutten av 90-tallet. På eget initiativ, da som assistentlege, dro Ingeborg til Ullevål med mål om å bygge opp endoskopisk kompetanse i Bergen. Med endoskopiske poser i bagasjen, byttet mot fersk torsk og hvitvin, dro Ingeborg tilbake og Bergen var i gang for alvor. I 2001 ble den første laparoskopiske subtotale hysterektomien gjort på KKB. En stor takk til storebror Ullevål for hjelp og støtte. Ingeborg ble fort selvstendig, og er nå en mentor i det endoskopiske miljøet i Bergen.

Et bredt faglig engasjement karakteriserer Ingeborg. I sin første overlegepermisjon reiste hun til Malawi for å bidra med kirurgisk kompetanse og opplæring. Hun er selvsikeren på viktige konferanser og har et imponerende nettverk av kolleger. Som sjef sikrer hun faglig forankring. Hun er en av de første som søker til litteraturen for å etter-

prøve etablert praksis eller for å finne svar på kliniske problemer. Som formidler er hun karismatisk, tydelig og oppdatert.

Ingeborg byr på seg selv og strekker seg lengre enn de fleste. Hun stiller strenge krav til seg selv og sine ansatte, men er tydelig og rettferdig. Hun er uttalt sosial og ubestridt festsjef med lakenskrekk. Alt dette sammen med det faglige engasjementet har gitt henne en særstilling blant LIS'ene. Hun er litt som en kjærlig mor som er mer enn vanlig engasjert i oppdragelsen. Hun vet at løsningen ikke alltid er å si ja eller å løse andres problemer. Ofte er et klapp på skulderen med en oppfordring til å prøve igjen eller å finne ut av ting selv, det som skal til. **No guts no glory!**



KEBOMED

55 98 77 00
www.kebomed.no
info@kebomed.no

Leverandør av utstyr til gynekologi og obstetrik
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



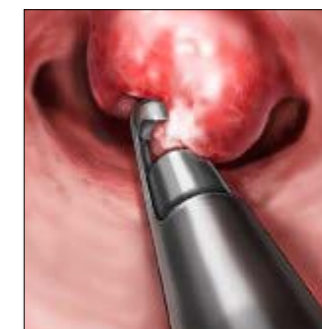
Se og behandle poliklinisk – en klar fordel ved fjerning av myomer, polypper eller placentarester

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



Beste foredrag i gynekologi til Ingvild Mathiesen Rosenlund

Extent, regional variation and impact of gynecologist payment models in routine pelvic examinations: A nationwide cross-sectional study

Gynekologiske undersøkelser (GU) av asymptomatiske kvinner er sterkt frarådet grunnet manglende helsegevinst og betydelig grad av overdiagnostikk og overbehandling. Ultralyd og kolposkopi er også frarådet som screeningmodaliteter. I vår tverrsnittstudie kartla vi bruken av rutine-GU i offentlig spesialisthelsetjeneste i Norge. Med tall fra Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå inkluderte vi alle norske, voksne kvinner i årene 2014-16. Vi definerte rutine-GU som en hoveddiagnose av Z01.4: "Gynekologisk undersøkelse (generell/rutinemessig) – undersøkelse av personer uten symptomer eller registrert diagnose." Vi fant utstrakt bruk av rutine-GU med

rundt 45000 årlige konsultasjoner, noe som ga 22,4 rutine-GU per 1000 kvinner i Norge. Variasjonen mellom helseforetaksområdene var formidabel og strakk seg fra 7 rutine-GU per 1000 kvinner i Møre og Romsdal til 44 i Telemark. Sykehusleger brukte kolposkopi i 1,6 % og ultralyd i 74,5 % av konsultasjonene. Tilsvarende tall for avtalespesialister var henholdsvis 49,2 % og 96,2 %. Refusjon for avtalespesialister ser ut til å mangedoble bruken av kolposkopi og øke bruken av ultralyd. Det er sannsynlig at mange kvinner i vår studie har fått rutine-GU etter henvisning til cervixscreening. Ettersom cervixscreening bør bli gjort i primærhelsetjenesten, peker dette mot overforbruk av spesialisthelsetjenester. Overforbruket blir forsterket av omfattende bruk av ultralyd og kolposkopi.

Studien skal snart publiseres i BMC Women's Health.



Publikums posterpris til Ingrid Marie Ringen

PERIMORTEM KEISERSNITT-SIMULATOR TRENING OG VIRKELIGHET

Ringen IM¹, Bolås OI¹, Einvik S²
¹Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital HF; ²Akuttmedisinsk fagavdeling, St. Olavs hospital HF.

Bakgrunn. Hjertestans hos gravid kvinne over 24 ukers graviditet har høy mortalitet. Hjerte lunge redning (HLR) mens uterus skyves mot venstre, og keisersnitt etter 4 minutter ved manglende respons på HLR, er anbefalt tiltak på maternell indikasjon **Metode.** Gynekologer som går i vakt ved St Olavs hospital ble trent i perimortem keisersnitt fra simulator senteret.

Resultater: Sommeren 2015 var det et tilfelle med hjertestans hos gravid ved 26+3 uker i Trondheim.

Pasienten fikk hjertestans hjemme. HLR ble startet umiddelbart og kontinuerte under transport til sykehus. Keisersnitt i akuttmottak, barnet forløst 28 minutter etter hjertestans inntraff. Pasienten koplet til hjertelungemaskin, CT cerebri viste asfyksiskade. Behandling avsluttet neste

dag. Obduksjon konkluderte med malign arytmi.

Barnet behandlet ved nyfødt intensiv. Lever uten sekvele ved 1 års alder.

Praktiske forhold: Under pågående HLR: Pfannenstielsnitt idet båret stoppet i mottagelsen. Kun engangsskalpell tilgjengelig. Uterus blåfarget, stuvet og relaksert. Blødning fra uterotomi, dårlig oversikt. Tynntarmsperforasjon, stikkskade hos assistent. Lett forløsning av foster og placenta. Manuell kompresjon av uterus. Kardiolog oppdaterte om status og plan. Uterotomi, fascie og hud lukkes.

Konklusjon.

- Simulator trening for perimortem keisersnitt var meget verdifull erfaring da hjertestans oppstod hos gravid.
- Perimortem keisersnitt uke 26 var komplisert.
- Manglende utstyr måtte improviseres.
- Personell i akuttmottak var uforberedt på prosedyre: traumatisk. Bedre kjennskap hos helsepersonell om perimortem keisersnitt ville ha vært gunstig.



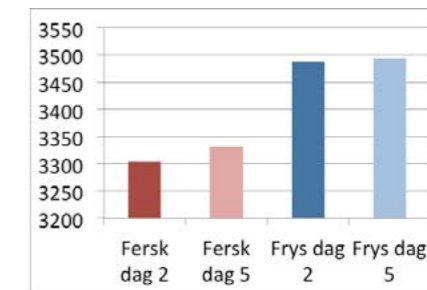
AOGS posterpris til Eline Bragedatter Seljeflot

Ved assistert befruktning har man tradisjonelt sett satt inn ferske eller fryste embryo to dager etter befruktning. De siste årene har man i økende grad gått over til langtidskultur og nedfrysing (vitrifisering) av befruktede egg på blastocyststadiet, dvs fem dager etter befruktning. Fordelene er høy graviditetsrate og svært stor overlevelse etter opptining. Det har imidlertid vært uavklart om dette fører til flere av svangerskaps-, fødsels- og placenta-komplikasjoner.

Fertilitetsseksjonen ved St Olavs hospital var tidlig ute med blastocystdyrking i Norge. De ønsket å evaluere pasientsikkerheten ved introduksjon av blastocystdyrking og -vitrifisering og har sett på resultatene av 1054 singelsvangerskap i perioden mai 2013 til desember 2015. Resultatene viser ingen forskjeller i abortrate, fødselsrate, fødselsvekt, gestasjonsalder ved fødsel, preeklampsi, postpartumbødning eller placenta komplikasjoner ved sammenligning av fryseforsøk med dag 2 embryo eller blastocyst. I likhet

med tidligere publikasjoner ble det funnet en signifikant høyere fødselsvekt (+205g) ved fryseforsøk sammenlignet med fersk-forsøk. I tillegg var det flere kliniske aborter, postpartumbødninger og fastsittende placentar i gruppen som var gravid etter fryseforsøk sammenlignet med graviditet etter fersk-forsøk.

Konklusjonen er at overgangen fra frys på dag 2 til vitrifisering av blastocyster ser ut til å være trygg. Obstetrikere og jordmødre bør være obs på en høyere andel placenta-komplikasjoner som eksempelvis postpartumbødning og fastsittende placenta når en kvinne er gravid etter fryseforsøk.



Beste foredrag i obstetrikk til Birgitte Sanda

Takknemlig og litt stolt. Halvveis slumrende på toget hjem fra årsmøtet i Stavanger var det helt uventet og overraskende stas å få beskjed om at jeg fikk prisen for beste obstetriske foredrag. Tusen takk!

For tiden er jeg fulltids doktorgradstipendiat ved Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap ved UiA og sitter i disse dager fordypet med sammenskrivningen. "Til vanlig" er jeg overlege ved KK i Kristiansand. Jeg forsker på fysisk aktivitet i svangerskapet og postpartum-perioden, hovedsakelig basert på en RCT utført på Sorlandet, initiert av mine gode kollegaer; Linda R. Sagedal og Ingvild Vistad. "Fit for Fødsel" inkluderte 600 førstegangsfødende, hvor intervensjonsgruppen fikk kostholdsveiledning og tilbud om gruppe-treninger i svangerskapet. På årsmøte presenterte jeg

(foreløpige) data som antydte at kvinner som trener over 4 timer/uke av moderat intensitet sent i svangerskapet reduserer sannsynligheten (OR 0.33) for akutt keisersnitt, sammenlignet med ingen trening.

Kvinnerns livsstil, m.t.p. kosthold og fysisk aktivitet, bør vi gynekologer rette mer fokus på i møte med våre pasienter - i alle aldre, med og uten barn i magen. Helsefremmende aktivitet har man allerede ved litt økt puls og pust 30 minutter/dag. Øker man til timen/dag er helsegevinstene enda større.

Tusen takk kjære kolleger og venner for to fantastiske dager på Sola, både faglig og sosialt; fra get-together, felles morgen-jogg for Vardesenteret i bekmørket med litt "stort hode" og søvn i øynene, fantastisk bankett med førsteklasses mat, underhold-



ning og musikk, samt et solid og meget godt faglig program. Årsmøte er en viktig felles arena vi må prioritere og ta vare på i en hektisk hverdag!

Beste hilsen Birgitte Sanda
Høvåg 01.11.17



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Møtereferat generalforsamling Norsk Gynekologisk Forening 2017

Clarion Hotel Air, Sola, torsdag 26.10.16 kl 17.00 -18.30 i forbindelse med årsmøtet i Norsk gynekologisk forening.

Tilstede: 65 medlemmer

Fra NGF-styret: Marit Lieng (leder), Stine Andreassen, Nils-Halvdan Morken, Arild Kloster-Jensen, Ingrid Volløyhaug, Malin Dögl.

Valg av følgende ved akklamasjon:

Dirigent: Marit Lieng

Referent: Malin Dögl

Protokollunderskrivere: Anne Flem Jacobsen og Ole-Georg Torjusen

Godkjenning av møteinnkalling/dagsorden

Minnestund

Med ett minutt stillhet mintes

Gunnar Arve Nordland †09.11.2016, Randi Reiersen Nordal †26.11.2016, Thomas Hans Henrik Knoff †19.12.2016, Jakob Egil Almås †08.03.2017, Petter Robert Fylling †29.04.2017, Kjell Ottar Haram †16.05.2017, Olav Storeide †27.05.2017 og Gudrun A Jørgenson †07.06.2017.

Årsmelding 2016 ved leder

Marit Lieng presenterte den viktigste aktiviteten i NGF-styret i 2016. NGF hadde 1126 medlemmer pr. desember 2016. Det ble avholdt syv styremøter, seks i Norge og ett i Finland i forbindelse med NFOG kongressen i Helsinki. Styret behandlet 21 saker i tillegg til saker som ikke var ferdigbehandlet fra foregående år. Ny struktur for spesialistutdanningen, intimkirurgi og luftemboli ved hysteroskopi er noen av sakene som ble behandlet. Videre har styret opprettet et elektronisk nettbasert arkiv og veileder i gynekologisk onkologi er blitt revidert. Årsmeldingen kan leses i sin helhet i Gynekologen nr 3, 2017. Generalforsamlingen hadde ingen innsigelser eller kommentarer til årsmeldingen.

Regnskap presentert ved kasserer Arild Kloster-Jensen

Regnskap 2016: Sum totalt inntekt kr 2 250 301. Utgifter kr 2 479 723. Underskudd kr 229 422. Avvik fra budsjett - kr 38 514. Godkjennes ved akklamasjon så fremt desisor ikke har innvendinger. Hvis det fremkommer innvendinger så vil dette formidles videre til medlemmene ved senere anledning i medlemsmail.

Revidert budsjett 2017: Sum inntekter kr 2 544 151. Det er tilkommet økt renteinnskudd og dyrere kontingenter utland. Sum utgifter kr 2 594 750. Resultat revidert budsjett – kr 50 599.

Revidert budsjett ble godkjent ved akklamasjon.

Budsjett 2018: Inntekter kr 2 746 300, utgifter kr 2 744 00. Budsjettet overskudd kr 2300.

Revidert budsjett ble godkjent ved akklamasjon.

Fastsettelse av ekstrakontingent

Det overføres ikke penger til solidaritetsfondet i 2018. Medlemskontingent økes med kr 500/medlem i 2018. Dette medfører budsjett i balanse for 2018. Med disse endringer godkjennes budsjettet for 2018 med akklamasjon.

Det bemerkes og informeres fra salen v/Kirschner at det finns fond i NFOG og EBCOG. Norske leger søker i liten grad på disse fondet og oppfordres til å gjøre det.

Ønskelig at ekstrakontingent også er på agenda for neste år.

Årsrapporter:

Kvalitetsutvalget, Endoskopiutvalget, Fosterovervåkningsgruppen, Spesialitetskomiteen, NFOG, NFOG, FUGO, NFOG vitenskapelig komite m.fl. Rapporten fra spesialistkomiteen ble delt ut ved generalforsamlingen. De øvrige rapporter er publisert i sin helhet i Gynekologen Nr 3, 2017.

Det kommenteres fra salen at det er ønskelig at NGF medlemmene deltar i EBCOG møte i Paris.

Saker fremlagt av styret:

1. NGF styret foreslår at man fastsetter at veilederne skal revideres hvert 5. år.

Veilederne ble sist oppdatert;	
Veileder i gynekologi	2015
Veileder i fødselshjelp	2014
Veileder i gynekologisk onkologi	2016

Kirschner mener at det allerede eksisterer mandat for Kvalitetsutvalget, mest sannsynlig står det der 3 år. Han bemerker også viktigheten av at det også protokolleres dato for når oppdatering blir gjort.

Kapitelforfatterne bør også vurderes skiftet hvert 5. år.

Det bør foreligge klare kriterier og instruksjoner for hvordan denne revisjon skal organiseres. Styret og kvalitetsutvalget vil arbeide videre med dette.

Revisjon i mellomtiden skal gå riktig behandlingsvei, med henvendelse til styret som videreformidler til kvalitetsutvalget og deretter videre til kapitelforfatterne. Alle revisjoner skal godkjennes av kvalitetsutvalget og redaktør av veilederen før veilederen endres.

Det er ønskelig at også onkologiveilederne kommer ut som APP.

Revisjon hvert 5. år godkjennes ved akklamasjon.

Orientering fra Spesialitetskomiteen ved Jeanne Mette Goderstad:

Status for ny spesialitetsstruktur. Målbeskrivelsene er oversatt til læringsmål. Disse skal godkjennes 15.12.17, 15.01.18 og 15.02.18.

Nasjonale, obligatoriske kurs, prosedyrelister og nasjonal standard er de tre mest sentrale punktene som spes. kom ønsker å opprettholde.

01.03.19 begynner de første LIS2/3. Læringsaktivitet og evaluering er neste trinn i arbeidet for ny spesialiststruktur.

De regionale utdanningssentrene er under oppbygging og ledere er ansatt i alle sentrene.

Valg:

Valgkomiteen, v/ Knut Hordnes, Tone Shetelig Løvvik og Anny Spydslaug foreslår:

Nils-Halvdan Morken som leder.
Velges ved akklamasjon.

Nytt styre:

Stine Andreassen gjenvalg
Hans Kristian Opøien
Kirsten Hald
Yngvild Hannestad (PSL)
Anders Einum (FUGO)
Vara 1 Ane Berquist (FUGO)
Vara 2 Maren Baumann
Vara 3 Frida Andræ

Velges ved akklamasjon.

Årsmøtested 2019

Nordlandssykehuset, Bodø.

Årsmøtested 2020

Sykehuset i Vestfold, Tønsberg.

Sted/dato: Oslo 3/11-2017

Anne Flem Jacobsen

Ole-Georg Torjusen

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 videolaparaskop
- Autofokus

THUNDERBEAT er verdens første fullintegreerte bipolar- og ultralydsinstrument.

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

Årsmøte Stavanger 2017

Takk for et
innholdsrikt møte
og en fantastisk
fest i Stavanger.



Selfiekonkurranse



Sang:
Å hvor skal vi bo i natt
Musa her er pen og glatt
Å jeg er så sint så sint
At jeg nesten flyer i flint
Men det er nok ingen råd
For vi er så altfor små
Vi er trette begge to
Men har ingen sted å bo.



Kjære FUGO-medlemmer!

Av Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder



Årets årsmøte er i skrivende stund nettopp overstått og bedømt ut fra Facebook-oppdateringer, bildedokumentasjon og personlige meddelelser per telefon og sosiale medier, var det også i år en vellykket affære. Som jeg savnet å være der! Årsmøtet er noe helt spesielt og det rykket i gynekologfoten etter å sette seg på første fly eller tog og få med seg det gjenstående hver gang jeg hørte noe fra gjengen i Stavanger. Jeg har sagt det mange ganger, men sier det igjen: Alle LiS må tilstrebe å få med seg et årsmøte eller tre så tidlig de kan i karrieren – det er så inspirerende!

Min grunn til ikke å være der i år var ikke vaktarbeid eller problemer med finansiering slik det ofte kan være for den gjennomsnittlige LiS. I år hadde jeg verdens beste alternative beskjefteigelse årsmøtedagene: jeg øvde meg i å være mamma. Planen min da jeg var tidlig gravid i våres, var å troppe opp høygravid i Stavanger og få med meg det alltid nyttige FUGO-forkurset med påfølgende generalforsamling og formøte, fulgt av dager med spennende innlegg og hyggelige og givende sosiale møter selve årsmøtedagene. Med termin 6.november burde jo den slags være innen rekkevidde, tenkte jeg, og så for meg andre høygravide i full aktivitet inntil de fødte komplikasjonsfritt og greit en dag eller to over termin.

Slik gikk det ikke. Noen ganger kommer livet i veien. Et vanligvis velplanlagt liv må settes på vent og man må akseptere det skjebnen bringer. For min del betød det svært tidlig vekstrestriksjon, og forløsning av en ultraliten jente i svangerskapsuke 34+5 på grunn av preeklampsi med påfølgende oppfettingssuker på nyfødtintensiv. Takket være kyndig medisinsk oppfølging både før og etter forløsning, endte det hele lykkelig slik det oftest gjør når man er så heldig at man bor her i landet.

Mitt tilfelle er langt fra unikt. Jeg representerer en veldig gjennomsnittlig pasient på fødeavdelingene rundt om i landet – slike vi ser og behandler hver eneste dag på jobb. Jeg har sett lignende pasienter i andre deler av verden der det har gått fryktelig ille både med mor og barn. Det gjør en takknemlig for å være født inn i nettopp dette samfunnet.

Kunnskap teller. Å møte fagpersoner som er dedikerte og kan sine saker – det være seg leger, sykepleiere eller jordmødre, er basen som alt hviler på. Det er ikke en selvfølge. Å plutselig være pasient har også bekreftet noe jeg alltid har oppfattet som viktig: **Vennlighet teller.** Man er sårbar når man er pasient – uansett utgangspunkt. Å møte mennesker man føler vil en vel, er lydhøre og er opptatt av at det går godt med en selv og det dyrebare man bærer i magen eller har liggende på CPAP på nyfødtintensiv, føles

like viktig som all verdens medisinsk og kirurgisk kunnskap når man er midt i det.

Ikke altavgjørende, men uendelig befriende når det fungerer: **Kontinuitet teller.** Alle sier litt forskjellig. Å kunne forholde seg til et så lite antall behandlere som mulig er gull verdt for den enkelte pasient og jeg kan ikke skjønne annet enn at det også må være tidsbesparende for behandlerne og dermed kostnadseffektivt.

Dette er kan hende selvfølgheligheter. Jeg nevner det likevel fordi det har en moral i fagpolitisk sammenheng: For å inneha godt med kunnskap, trengs tid avsatt til å tilegne seg denne kunnskapen. Ikke alt kan læres i praksis. Vi må ha tid til å lese oss opp – både på det nyeste innen faget, men også repetere basiskunnskap. Vi må ha tid til å reise på gode kurs. I tillegg til avsatt tid, trengs luft i hverdagen. Å stå på skuldrene til de som har erfaringer og kunnskap det tar lang tid å oppnå må til dersom vi skal utvikle faget videre og ikke miste verdifull erfaring som "sitter i veggene". For å lære og lære bort, trengs overskudd. Vi kan ikke løpe rundt som piska skinn i et evinnelig kjør. Da ender man med å gjøre mye halvveis og på automatikk. Ikke minst er kanskje vennlighet det første som ofres dersom man kjøres for hardt over lengre tid. God ledelse og god planlegging er nødvendig for å finne tid til annet enn det mest prekære når mange oppgaver skal fylles. God planlegging må også til for å oppnå kontinuitet. Det har alltid undret meg at vi ikke klarer å organisere oss bedre.

OUS, Ullevål, vant utdanningsprisen i år. Alt er ikke perfekt der heller, men det jobbes målrettet for stadig forbedring innenfor trange rammer. Det var en fortjent pris og jeg oppfordrer alle avdelinger og ledere til å kappes om neste års utdanningspris. Ved å gi rom for læring får man fornøyde, innsatsvillige, gode LiS som blir den solide overlegekollegaen dere ønsker dere når dagens LiS blir spesialister. Ikke minst gir det de de legene vi ønsker å behandles av når vi selv må sette det vanlige livet på vent og akseptere at skjebnen bringer sykdom og behov for hjelp!

Referat generalforsamling FUGO 25.10.17 Clarion Hotel Air, Sola

1) **Godkjenning av innkalling**
Godkjent ved akklamasjon.

2) **Valg av ordstyrer og referent**
Anders Einum – ordstyrer.
Eirin Haugli Falch – referent.
Godkjent ved akklamasjon.

3) **Innkommne saker**
Ingen innkommne saker fra medlemmer.
Saker framlagt fra styret: forslag om ny kampanje om endoskopisertifisering i samarbeid med Endoskopiutvalget.

4) **Presentasjon av styret i FUGO 2017**

- Thea Falkenberg Mikkelsen – leder, ENTOG, NFYOG
- Erica Hove – nestleder, ENTOG og web-ansvarlig
- Trådte fra i april 2017 grunnet skifte av spesialitet
- Eirin Haugli Falch – Sekretær, ENTOG, NFYOG
- Tiril Tingleff – Kasserer og representant i Endoskopiutvalget
- Malin Dögl – NGF-representant
- Renee Waage – Gynekologen
- Anders Einum – Kursansvarlig
- Marianne Omtvedt – trådte inn som erstatning for Erica Hove våren 2017

5) **NGF**
Norsk gynekologisk forening presenteres og det redegjøres for styrets arbeid.

6) **NFYOG**
Nordic federation of young obstetricians and gynaecologists presenteres og det redegjøres for organisasjonens arbeid.

Årets prosjekt har vært å bygge opp en "global plattform" hvor en ønsker å samle erfaringer fra LiS som har jobbet internasjonalt for å tilrettelegge og forenkle for arbeid i utlandet, også utenom større organisasjoner. Egen nettside kommer.

7) **EBCOG og ENTOG**
European Board and College of Obstetrics and Gynaecology og European Network of trainees in Obstetrics and gynaecology presenteres og det redegjøres for deres funksjon og arbeid.

Neste ENTOG-utveksling går av stabelen i Frankrike 5.-7-mars 2018 etterfulgt av ENTOG-seminar 8.mars. To representanter kan reise fra Norge. Reise og opphold dekkes. Søknad om deltakelse må sendes til FUGO innen 15.11.17.

8) **FUGOs økonomi**
FUGO-styrets arbeid er finansiert av NGF med et budsjett på 60 000. FUGOs økonomi er sunn og oversiktlig, og går i pluss pga. nøktern bruk av midler. Regnskapet for 2016 presenteres og det redegjøres for utgiftene. I fjor var det relativt godt oppmøte på styremøtene, med god geografisk spredning av representanter. Forkurset dekker seg selv og har eget budsjett og regnskap. Overskuddet går til NGF. ENTOG-utvekslingen har et eget budsjett på

15 000 kr utenom FUGOs budsjett og dekker utgiftene for to utvekslingskandidater.

Forslag til budsjett for 2018 legges fram og godkjennes ved akklamasjon.

9) **Endoskopiutvalget**
Endoskopiutvalget, deres funksjon og arbeid presenteres.

10) **Forslag til ny kampanje**
FUGO legger fram forslag om å starte en nasjonal kampanje i teoretisk og praktisk laparoskopitrening av LiS i samarbeid med Endoskopiutvalget. Kampanjen skal bygge videre på utdanningsmodellen som praktiseres ved Sykehuset i Vestfold, basert på GE-SEA. En vil tilstrebe å lage en nasjonal

modell som ender med sertifisering av LiS innen laparoskopisk kirurgi.

11) **FUGO forkurs**
Tema for årets forkurs var "Myoma uteri". Kurset fikk muntlig og skriftlig svært gode tilbakemeldinger. Det holdt høy faglig kvalitet og var klinisk relevant for LiS. De få negative tilbakemeldingene gikk på praktiske faktorer som litt dårlig luft i lokalet og noe støy fra naborom.

Årsmøtet og forkurset 2018 avholdes på Oslo Universitetssykehus og det er ønskelig å bruke lokale ressurspersoner som forelesere. Det legges fram forslag om at neste års tema skal være "Risikostvangerskap ved sykdom hos mor". Det framkommer også ønske om endokrinologi som tema. Tema avgjøres av FUGO-styret på neste styremøte.

12) **Valg 2017**
Tiril Tingleff, Malin Dögl og Renee Waage trer ut av FUGO-styret. Thea Falkenberg Mikkelsen og Anders Einum ble i fjor valgt for to år og er ikke på valg i år. Eirin Haugli Falch stiller til gjenvalg og velges ved akklamasjon. Marianne Omtvedt fra Sykehuset i Vestfold overtok etter Erica Hove våren 2017 og stiller offisielt til valg nå, velges ved akklamasjon.

Tre nye kandidater til styreverv i FUGO presenterer seg. Hilde Sellevoll fra Oslo Universitetssykehus, Mathias Sonstad fra Sykehuset Telemark og

Ane Øyås Bergquist fra Levanger sykehus velges alle inn i FUGO-styret ved akklamasjon.

Referat FUGO forkurs 2017: Myoma uteri

Av Anders Einum

Onsdag før årsmøtet arrangerte FUGO tradisjonen tro forkurs i Stavanger. Årets tema var myomer, og 29 LiS fra hele landet hadde møtt opp på SUS for en hel dag med faglig input. Inspirerende lokale og eksterne foredragsholdere holdt innlegg, blant annet oppdatering i bruk av 3D-ultralyd og MR i diagnostikken. Videre ble høyaktuelle tema som sarkomdiagnostikk, risiko ved svangerskap og forløsning etter operativ behandling og morcelleringsdebatten ivrig diskutert mellom foreleserne og kursdeltakerne. Hensikten med kurset er blant annet å belyse tema som er manglende dekket av det øvrige kurstilbudet, og ved å legge kurset til årsmøtet prøve å få flere LiS til å delta også på årsmøtet. Kurset er tradisjonelt populært, og fikk

også i år gode tilbakemeldinger fra deltakerne. Etter kurset avholdt FUGO sitt årsmøte med generalforsamling og informasjon om ny spesialiststruktur ved leder for speskom. I tillegg fikk vi et inspirerende foredrag om å engasjere seg som fagperson i den offentlige debatten av Agnethe Lund, overlege ved KK på Haukeland.

Neste års kurs holdes på OUS, og vi ønsker velkommen og håper at deltakerantallet kan bli enda større – vi har rom til flere!

Takk for i år!

For kurskomiteen,
Anders Einum, kursleder



Hun har ovariekræft.

TEST HENNE for BRCAm.

BEHANDLE HENNE

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

De hyppigste bivikningene 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

KAPSLES, 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 før restitusjon fra hematologisk toksisitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og nøytrofilverdier bør være innenfor normalområdet eller CTCAE grad 1). Fullstendig blodtelling ved behandlingssoppstart 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)-enzymmer. 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

NFOG
ODENSE
DENMARK
2018

WORK CLOSER.
REACH FURTHER.



41. Nordic Congress
of Obstetrics and Gynecology (NFOG2018)

in Odense, Denmark

Join us June 11th to 13th 2018

www.NFOG2018.dk



AstraZeneca

AstraZeneca AS, AstraZeneca Nordic-Baltic, Postboks 6050 Etterstad,
0610 Oslo Norway T: 21006400 astraZeneca.no

Lynparza™
olaparib
capsules 50 mg

Æres de som æres bør. Utdanningsprisen 2017

Av Jeanne Mette Goderstad, leder spesialitetskomiteen

Spesialitetskomiteen deler hvert år ut utdanningsprisen. I år gikk denne fortjent til OUS, Ullevål. De fyller alle krav til en god utdanningsinstitusjon. OUS har i mange år hatt egen seksjonsleder for LIS. Det er Guri Majak som har denne stillingen i dag. Godt jobbet. I år delte vi ut en forbildepris. Den gikk til Ingeborg Bøe Engelsen, se egen omtale på side 32.

Historietime.

Presidenten i legeforeningen, Marit Hermansen hadde historietime på LIS konferanse i regi av NSH, Norsk sykehus- og helsetjenesteforening, som ble holdt i Bergen 2.11.17. Flere kvinneklinikker var representert på møtet. I 1918 ble det opprettet 13 spesialiteter. Vi har 100 års jubileum neste år, noe som gir mulighet for feiring og ettertanke. I 1918 var Fødselshjelp og Kvinnesykdommer hver sin spesialitet, men ble slått sammen i 1947. Spesialitetskomiteer ble opprettet i 1960. Mange gynekologer har gjort en viktig innsats og skal takkes for det. På Årsmøtet delte vi ut Spesialitetskomiteens medalje i gull til medlemmer og tidligere medlemmer som var tilstede på festen. Vi følger opp i Oslo neste år. Da vil flere få sin medalje.

Spesialistutdanningen er i endring.

Vi må ta vare på det som er bra og forbedre resten. I forbindelse med ny spesialitetsstruktur har vi oversatt den gamle målbeskrivelsen til læringsmål. Læringsmålene skal være detaljerte, konkrete og etterprøvbare. Utover våren 2018 får alle en jobb å gjøre med å gå gjennom læringsmålene, sikre læringsaktivitet for å nå målene samt ta stilling til evalueringsmetoder.

Nasjonale, obligatoriske kurs fortsetter. Spesialitetskomiteen har tidligere gjennomgått målbeskrivelsen for kursene og ønsker et introduksjonskurs som kan gjennomføres to ganger i året. Det er

etablert fire regionale utdanningsentre som vil få en viktig rolle hva gjelder kurs og annen ferdighetstrening. Spesialitetskomiteen ønsker et nært samarbeid med dem fremover. Veiledning og supervisjon er en forutsetning for god utdanning. Dette gjøres bra på mange avdelinger allerede. Alle leger har en oppgave når det gjelder supervisjon og mester svenn-læringen. Noen kolleger er egnet som veiledere og kan ha flere LIS. Dette forutsetter at det settes av tid og gis individuelle tillegg til de som tar på seg denne viktige oppgaven.

Gode løsninger må ikke forbli lokale.

Spesialitetskomiteen vil etablere fora der gode løsninger kan deles. Dette er et satsningsområde for 2018.



Guri Majak tar stolt i mot utdanningsprisen hjemme på Ullevål. (hun var dessverre ikke på årsmøtet)



Christian Wisbeck, etablerte forløperen til Legeforeningen. Han bærer St. Olavs orden innstiftet av Kong Oscar i 1847. Speskom's medalje i gull innstiftet 2017. Tildeles for innsats for legekunstens fremme.



Nytt fra NGF-styret

Styret hadde siste styremøte på Clarion Hotel Air i Sola i forkant av NGF årsmøtet 25.10.2017. Hele styret samt redaktør av Gynekologen, nettredaktør og vararepresentant Hans Kristian Opøien var tilstede. I tillegg hadde vi i løpet av styremøtet besøk av Jeanne Mette Goderstad (leder av spes. kom), Erik-Andreas Torkildsen (leder av lokal komité ved Årsmøtet) og Cathrine Krogh (CIC).

Dette er de viktigste sakene som ble behandlet i møtet:

Revisjon av veilederkapitlet som omhandler provosert abort

Det har vært avholdt en videokonferanse der representanter fra Helsedirektoratet, NGF-styret og kapittelforfatterne deltok. Man kom til enighet i møtet om enkelte nødvendige revisjoner av kapitlet som effektueres av forfatterne og god-

kjennes av kvalitetsutvalget/redaktør av veilederen.

Ny struktur for spesialistutdanningen

Jeanne Mette Goderstad informerte styret om den pågående prosessen i spesialitetskomiteen, Legeforeningen og Helsedirektoratet i forbindelse med ny struktur for spesialistutdanningen, og det ble lagt planer for hvordan styret og spes. kom. kan samarbeide i denne saken fremover.

Valg av HPV-vaksine til barnevaksinasjonsprogrammet

Styret v. NH Morken har sendt en henvendelse til Folkehelseinstituttet der vi forespør den faglige bakgrunnen for valget av den tovalente vaksinen, samt hvilken fagkompetanse FHI hadde tilgjengelig under den aktuelle beslutningsprosessen.

Årsmøte 2017

Siste gjennomgang av kjøreplanen og detaljer for årsmøtet ble gjennomgått med LOK leder og CIC tilstede.

Økonomi

Gjennomgang og diskusjon av resultat 2016, revidert budsjett 2017 og budsjett for 2018 før presentasjon på Generalforsamlingen.

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

Neste styremøte (felles for avtroppende og påtroppende styre) avholdes mandag 27.11.2017 på Legenes Hus i Oslo.

Marit Lieng
Leder NGF

SAVE THE DATE

Ultralydsymposium

18. – 20. april
Stavanger
Clarion Hotel Energy



Norsk forening for ultralyddiagnostikk
Norwegian Society for Diagnostic Ultrasound in Medicine

PARALLELE SESJONER

Muskelskjelett

- ✓ Hofte, ankel, ileosakralledd
- ✓ Skulder, diagnostikk/ injeksjonsteknikk
- ✓ Bløtvevstumorer

Indremedisin/ Radiologi

- ✓ Kolecystitt/kolangitt
- ✓ Den gule pasienten
- ✓ Autoimmune galleveislidelser

Akutt- og allmenmedisin

- ✓ Ultralyd på legevakt og i akuttmottak
- ✓ Brystmerter
- ✓ Magesmerter

Gynekologi og obstetrik

- ✓ 12-ukers scan
- ✓ Embryologi
- ✓ Neurosonografi
- ✓ Ventrikulomegali/ posterior fossa anomalier
- ✓ Live scan/ 3D
- ✓ Ekstrauterin graviditet

- ✓ Non-tubal pregnancy
- ✓ 3D ultralyd i gynekologi
- ✓ Endometriosis/ endometrioma in pregnancy
- ✓ Infertilitet

FELLESSESJONER

- ✓ Framtidens ultralyd

Internasjonal foreleser

Davor Jurkovic

Demonstrasjoner og praktisk trening.
Frie foredrag og kasuistikker med priser.

Se nfud.no for fullstendig program og påmelding. Fullstendig program fra 15. januar 2018. Frist for søknad om forskningsstipend og innsending for frie foredrag er 19. mars 2018.

Paneldebatt
Hvem gjør hva med ultralyd?

Tema: sertifisering, retningslinjer & spesialisering

ENTOG utveksling – en smak av Europa.

Av Karoline Sunnarvik-Ween og Hilde Bastoe Sellevoll

Utvexling?! Så gøy! Men er ikke du for gammel til det? Slovenia?! Hvordan kom du på det? Hva er ENTOG? Det har jeg lyst til også! Dette var noen av spørsmålene og kommentarene vi fikk før vi pakket legekofferten og satt oss på flyet til Slovenia i slutten av mai. De siste 25 årene har man arrangert utveksling for leger under spesialisering i obstetrikk og gynekologi i Europa. I år var vi de to heldige som fikk reise fra Norge. Målet med utvekslingen er å fremme en felles forståelse av en god spesialistutdannelse på tvers av landegrensener.

Karoline – eventyrlysten trebarnsmor i Nova Gorica Sykehuset i Nova Gorica er godt synlig fra Italia. Det var topp moderne da det ble bygget på 80-tallet og ble reist som et symbol på blomstringen i det kommunistiske landet. Lite har skjedd siden den gang og utstyret så ikke ut til å være skiftet ut, men fungerte overraskende godt fremdeles. Vi ble innlosjert tre leger sammen, en fra Lisboa, en fra Praha og meg fra Drammen i leiligheten til en av våre slovenske kollegaer. Jure og Sara, våre lokale kontakter sørget for at vi fikk innsyn i aktivitetene ved føde-gynavdelingen, samt at vi fikk fylt opp den sosiale kontoen. Det generelle inntrykket var at man som LIS jobbet mindre selvstendig enn det vi er vant med i Norge. Det var for eksempel bare overlegene som hadde selvstendig poliklinikk. Sykehuset hadde en rolig fødeavdeling med ca. 400 fødsler i året, med en keisersnittfrekvens på over 20 prosent. Noe av det mest overraske var at både planlagte og akutte

keisersnitt ble utført i narkose, noe vi besøkende stilte spørsmål ved. Slik vi oppfattet det var det anestesilegene som bestemte dette, ikke gynekologene.

Ettersom vi tilbrakte alle timene i døgnet sammen, var det gode muligheter for meningsutvekslinger på godt og vondt. Som den eneste trebarnsmammaen i gjengen måtte jeg påta meg ansvaret for å sette temaet familieplanlegging på agendaen. Kanskje ikke overraskende kunne mine europeiske kollegaer rapportere om korte svangerskapspermisjoner, vanskeligheter med barnehage-tilbud og økonomiske utfordringer i forhold til det å få barn. Og ja, vi innser at vi er ganske heldige her i Norge, hvor man som kvinnelig lege har mulighet til å gjøre karriere, samtidig som vi har en av Europas høyeste fertilitetsrater.



Klar for operasjonsstuen med kollegaer fra Latvia og Sverige



Sightseeing og vinsmaking



Entusiastisk tang-rekrutt



Simulerings workshop

Hilde – entusiastisk tang-rekrutt i Maribo

Som den sist ankomne av ti leger, uten bagasje, etter tolv timer på reise, ble jeg tatt imot med varme klemmer og et stort glass vin. Dette skulle vise seg å være en liten forsmak på flere vinsmakingseanser senere i uken. Jeg ble innlosjert på barnerommet hjemme hos ei av legene, og fikk låne både pysj og toalettaker. Neste dag spaserte vi til sykehuset der overlegene var stolte over å kunne ta imot den lille europeiske delegasjonen. Sykehuset i Maribo er landets nest største med ca. 1500 fødsler. På fødeavdeling var man etter mitt skjønn, kanskje litt overivrige i forhold til oss besøkende, og det var lite respekt for kvinnenes intimitet. Etter forløsning ble den nyfødte løftet opp til mor et par minutter, før barnet ble avvilet og hentet ut av barnepleier, vasket, veid og tullet inn i tepper. Absolutt alle kvinnene ble overvåket med kontinuerlig CTG. Det var få operative vaginale forløsninger, tang hadde man knapt hørt om, og keisersnittfrekvensen var desto høyere. Legene var åpne om at mye av behandling var drevet av frykt for personlige rettslige søksmål. Man forstår da hvor viktig det er som enkeltlege at man har et offentlig forvaltningsorgan slik som Norsk pasientskadeerstatning, som behandler erstatningskrav fra pasienter.

Som en entusiastisk tang-rekrutt så jeg også frem til siste dagen i Ljubljana da vi alle 50 utvekslingslegene samlet oss for blant annet å diskutere hvorvidt tang fremdeles har en plass i den moderne

obstetrikken. Det fremkom tydelig at det er få leger som får opplæring i dette håndfaste gyline instrumentet, men nysgjerrigheten på fantomtrenting var ikke manglende. I tillegg fikk vi høre om eksotiske franske instrument, slik som «les spatules», som man kanskje kan være heldig å få demonstrert i virkeligheten ved neste års utveksling(!).

Andre delen av programmet omhandlet hvordan man kan forebygge utbrenthet. Det er ingen hemmelighet at mange føler på mye arbeidspress, og man fikk inntrykk av at det kanskje er spesielt ille i Storbritannia der en stor andel av legene slutter og finner andre jobber etter bare 4-5 år. Dette fremsto som et skrekk-eksempel for mange av oss andre, og vi innser hvor viktig det er å jobbe for anstendige arbeidsplaner og individuell tilrettelegging som gjør at vi ønsker å fortsette i dette fengende faget over lang tid.

Fakta:

I 1996 etablerte man «European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology», forkortet ENTOG, som nå er ansvarlig for organiseringen av utvekslingsprogrammet. ENTOG er underordnet «European Board and College of Obstetrics and Gynaecology» (EBCOG) og de senere årene har man jobbet spesielt med å utarbeide felles læringsmål for spesialistutdanningen. FUGO styret har ansvar for den norske stemmen opp mot ENTOG. Utvekslingen foregår over en uke, ved ulike sykehus i et bestemt land, og det sendes altså to kandidater fra hvert land.

ENTOG
PARIS
2018

JOIN the ENTOG EXCHANGE in France 5-8 March 2018

The ENTOG Exchange will take place in Paris, Marseille and Lille. Contact your national trainee organization to apply – the deadline is approaching! It is a unique chance to meet trainees from all over Europe and share experiences. Visit: www.entog2018.com

Ett blikk tilbake – 4 måneder på Zanzibar – 4 måneder maternity Mnazi moja

Av Alexander Vietheer, overlege Kvinnekliviken Bergen

«...Det handlet på ingen måte om kun en serie av dramatiske ekstremopplevelser, men minst like mye om mange og gode situasjoner i hverdagen...»

I dag er det 1. Mars og det er 2 måneder siden vi kom tilbake. En begivenhetsrik tid både faglig og privat. Vi møtte nye utfordringer og fikk tid til å finne tilbake til oss selv som familie. Det handlet på ingen måte om kun en serie av dramatiske ekstremopplevelser, men minst like mye om mange og gode situasjoner i hverdagen, som var preget av å ha bedre tid. Jeg håper å kunne gi ett inntrykk og samtidig nok informasjon for de interesserte til å komme i gang.

Hvem er vi? En familie på 5, med 3 barn på 3, 5 og 8 år. Min kone er anestesilege og jeg er spesialist i gynekologi og obstetikk med hovedfokus på fostermedisin og fødselshjelp ved Haukeland Universitetssykehus (HUS). Vi har begge to tidligere jobbet litt over to måneder ved ett annet sykehus (KCMC, Moshi) på fastlandet i Tanzania.

Mnazi Moja hospital – facts

Sykehuset er henvisningscenteret (tertiary senter) for alle komplikasjoner på øya. Sykehuset har omtrent 400 sengeplasser og en kvinneklinikk som tar seg av all gynekologisk kirurgi, utenom store kreftoperasjoner, og omtrent 12000 fødsler årlig. I den perioden vi jobbet ved sykehuset var det ansatt fire spesialister ved avdelingen. Avdelingssjefen og tre andre spesialister som var "expats", uten verken fast stilling eller langvarige perspektiver. Kun en lege var spesialisert på obstetikk og hadde nærmere 20 år arbeidserfaring fra Afrika.

Det var ansatt 14 "registrars" med mellom 3 måneder og 2 års erfaring. På dagtid var en til to ansvarlige for operasjon, en til to for gynekologisk post, en for smånnngrep med først og fremst vakuumaspirasjoner, en for barsel, en for postoperative obstetriske

pasienter, en for føden og en for obstetriske operasjoner. Det var også en ansvarlig for "outpatients" gynekologi og "outpatients antenatal" og en som hadde ansvar for avdelingens ukentlig dataregistrering og presentasjon. Tilgjengelighet og den daglige tilstedeværelsen til de ansatte varierte sterkt i den perioden. Dette var noen gang velbegrunnet, på grunn av møter, kurs eller graviditet, andre ganger ikke. Det fantes også mellom 2-4 "interns" i avdelingen og 12 sykepleiere (jobbet som jordmødre) på føden. Ved gynekologisk avdeling var det 4 sykepleiere.

På vakt var det kun en "registrar" og en "intern" med ansvar for hele kvinneklinikken. Spesialisten hadde hjemmevakt og forlot huset som regel mellom kl. 17 og 18. Av solidariske hensyn ble ofte en ekstra "registrar" ubetalt igjen i avdelingen til kl. 20-24.

Sikkerhet

Tanzania er fortsatt relativt trygt selv om kriminaliteten, spesielt på fastlandet, beskrives som økende¹ i form av kidnapping av turister. Dette skjer først og fremst via pirat taxi og falske venner og ender med tvungne pengeuttak fra ATM maskiner. Det rapportertes et bevæpnet overfall sør for Dar es Salaam i desember 2016, der en familiecamp ble ranet, med død av en vokter som følge. For øvrig advares det mot "bag snatching". Zanzibar er mer sikkert. Det er en streng våpenlov på Zanzibar, slik at bevæpnede overfall omtrent ikke skjer. Ved den internasjonale skolen fikk vi vite at det har vært bevæpnet overfall hos en av lærerne, der en kvinne ble skadet. I hele perioden vi var på øya hørte jeg kun om et overfall. Det skjedde ved "Jambiani beach" og var overfall med macheter av studenter ved MHH fra Nederland der vesker og

mobiltelefoner ble stjålet og ingen fysisk skadet. Når det er sagt så kan jeg bare si at vi ikke på noe tidspunkt følte oss truet eller var utsatt for ubehagelige situasjoner. Vi var ute til langt på natt og vandret i stille gater i Stonetown. Etter min oppfatning var det som er risikofyllt her hjemme også risikofyllt på Zanzibar. Ønsket man ikke å ta den risikoen var det uproblematisk å unngå det. Det som sannsynligvis er det mest risikable er transporten. Trafikken krever tilvenning og at man er ekstra forsiktig.

Organisasjon

Organiseringen av oppholdet krevde minimalt. Vi merket tydelig at Haukelands avdeling for internasjonalt samarbeid (AIS) har lang erfaring med å sende personale til utlandet og til Zanzibar. Jeg fikk en liste over de tingene jeg måtte skaffe og resten, inkludert flybillettene, ble organisert for oss. Sammenliknet med organiseringen av mitt tidligere opphold ved KCMC i Moshi (Tanzania) var dette en drøm. Man behøver passbilder for hele familien, curriculum vitae på engelsk, "letter of good standing" og oversatte attester for legelisen og spesialitet. En spesiell forsikring for utstasjonerte blir organisert fra AIS.

Medisinsk utstyr behøves egentlig ikke, da Haukeland house er mer enn godt nok utstyrt. Malaria profylakse er i følge internasjonale anbefalinger egentlig ikke nødvendig. Det skal være tilstrekkelig med stand by medisiner, men hos de minste er profylakse faktisk anbefalt². Vi fant også betryggende undersøkelser på langtidsbruk av Malarone®. I den tiden vi var på Zanzibar endte omtrent hele huset med å ta Malaria-profylakse. Det skal også sies at ingen av de andre foreldrene på den internasjonale skolen anså profylakse som nød-

vendig eller brukte det. Ingen av beboerne ved HH fikk Malaria selv om det ble mer en nok av myggstikk. Om barna våre fikk høy feber steg dog straks bekymringsnivået og vi merket at ett velfungerende høykvalitativt helsevesen var nokså langt unna.

Haukeland House (HH)

Huset ligger bare få kilometer fra flyplassen (10 min med bil). Dette har en stor sikkerhetsmessig fordel. Til sykehuset er det omtrent 6 km. Ved fjære er det mulig å jogge hele veien langs stranden til sykehuset som ligger rett ved sentrum. Det er butikker og restauranter i nærområdet og man får tak i alt det essensielle og mer.

HH ligger bak 2 bevoktede porter. Første port fører til "college of health" og andre port til innergården til HH. Igjen byr dette sikkerhetsmessig på store fordeler. HH har blitt valgt som "safehouse" for hele Skandinavia i tilfelle øya skulle bli rammet av en krise. Huset er selvforsynt med vann og strøm fra generator om dette skulle bli nødvendig.

Det er elleve leiligheter på tomten (En fireroms leilighet, en ettroms og flere to- og treroms leiligheter med ett til to bad). Det finnes en stor takterrasse med grill og pizzaovn og utsikt mot det indiske hav med sine fantastiske solnedganger. Utover dette er det lagerrom, vaskerom med vaskemaskiner, arbeids- og verktøysrom og gymrom med god kvalitet. I hagen kunne barna spille fotball, balansere på slackline og det er fine muligheter for volleyball, etc.. Det finnes også en informasjonsbrosjyre for leietakere³. Man kunne få gjester mot en liten leieavgift om det var leiligheter ledige. Flertallet fikk besøk for kortere perioder (1-2 uker).



*bilde med tillatelse av Ulf Wike Ljungblad

Klinisk arbeid

Arbeidstiden var fra 07.30 – 15.30. Det gikk nesten ikke en eneste dag, der man ikke fikk bruk for hele sitt faglige repertoar. Pasientene var ofte fattige og prenatal omsorgen var verken systematisk eller god nok. Sykehuset manglet midler til utstyr og personal. Mitt inntrykk var, at det å jobbe under disse omstendighetene gjorde noe med de ansatte. Synet av døende mødre og nyfødte var ikke så uvanlig og bilde lidelse og urettferdighet falmet mer og mer til det usynlige. Det var altfor ofte at en registrerte selv i relativt rolige faser med tilstrekkelig bemanning, at "rutiner" og avdelingens egne retningslinjer ikke ble fulgt. Kvinnene, i sin mest sårbare situasjon, var ikke i stand til å stå på kravet om human og forsvarlig behandling, og det var med stor dominans helsepersonell agerte ovenfor sine pasienter.

Jeg følte selv ofte at jeg beveget meg medisinsk og etisk på yttergrensen. I en setting med meget begrenset medisinsk informasjon om mor og foster kan det være vanskelig å prioritere riktig. Obstetrisk var hovedproblemet for lite overvåkning. Manglende opplæring på den ene siden og stort ansvar på den andre siden førte fort til komplikasjoner. Umbilikalprolaps, fremfall av arm, skulder og fot eller kirurgiske komplikasjoner. Ikke sjeldent ble en obstetrisk drevet helt til ytterkanten for hva som er mulig å forløse vaginalt grunnet manglende operasjonskapasitet. Det er feil å tro at det ikke fantes konsekvenser, men dessverre kunne kritikken være personlig eller faglig nokså urettferdig. Personlig følte jeg ett spesielt ansvar for å lykkes i prosedyrene, da det ødelegger ekstra mye tillitt blant personalet, ledelsen og pasientene om vi som "fremmede" mislykkes.

Kun erfarent helsepersonell

Etter min oppfatning forplikter det oss til å sende helsepersonell som er tilstrekkelig kvalifisert til å kunne yte hjelp. Det hersket en utpreget hierarki og det å være spesialist betydde veldig mye. Spesielt ved uenigheter fikk en grunnet tittelen mulighet til å få gjennomslag for terapiforslag og behandling.

Kritikk

Det er mange momenter som rettferdiggjør kritikk, dog bør en holde tilbake i starten. Alternativet kan fort resultere i at man oppfattes overlegen, innsiktsløs og nytteløs fordi en ikke har forståelse og evner til å jobbe i en "low ressurs setting". Det

krever tid å forstå hvem som er ansvarlig og hva som er vanlig, hva man kan og må akseptere og hva absolutt ikke. Ved å kritisere feil kan en drepe det siste glimtet av motivasjon.

Fremtidsperspektiv

I mars hadde vi et møte med Mnazi Mojas sykehusdirektør. Avdelingen har nylig flyttet over i ett nytt bygg og vil fra neste år kun disponere over 1 til 2 spesialister på gynekologisk side men ikke over noen obstettriker.

Langsiktig bør sykehuset ha sitt eget utdanningsløp og kunne utdanne egne spesialister. Dette krever en del arbeid inn mot ministeriet. Det finnes krefter, spesielt på fastlandet og universitetet i Tanzania, som ønsker det motsatte. Vi vil prøve å støtte ledelsen ved Mnazi Moja Hospital i denne prosessen.

Vi prøver på nasjonalt plan i Norge å etablere en overlegestafett. Det har blitt gjort ved pediatrik avdeling. Dette vil kreve en avtale mellom de involverte sykehusene, avdeling for internasjonalt samarbeid og kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssykehus. Bolig, reiseutgifter, forsikring og lønn er sentrale punkter i denne avtalen.

Vår erfaring er at det sjelden er ad hoc løsninger som fører til varige endringer. Vi tror at hjelp til å hjelpe seg selv er den mest optimale løsningen og at dette vil ta tid. Dette programmet er en unik mulighet til å bidra til å forbedre systemet og hver enkelt ville kunne gjøre en stor forskjell for kvinner og nyfødte. Det er også en unik mulighet til å møte nye hyggelige mennesker, både ved HH og på sykehuset. En får praktiske erfaringer med kliniske bilder som vi ellers ser meget sjelden.

Kontakter

Hvis dere er interessert eller ønsker mer informasjon ta gjerne kontakt med oss!
alexander.vietheer@helse-bergen.no (Kvinneklinikken i Bergen)
camilla.skjeldred@helse-bergen.no (Avdeling for internasjonal samarbeid)
grete.marie.slottero.eilertsen@helse-bergen.no (Avdeling for internasjonal samarbeid)

Referanser:

- gov.uk ; auswaertiges amt
- deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin (www.dtg.org)
- HH information to tenants, AIS, Haukeland universitets sykehus

Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Solhild Stridsklev disputerte for doktorgraden den 15. juni 2017 ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Med avhandlingen "blodstrøm i livmorarterien hos gravide kvinner med PCOS (polysystisk ovarie syndrom) og hos friske gravide kvinner"



Kandidat: **Solhild Stridsklev**
Institutt: **Institutt for laboratorie-medisin, barne- og kvinnesykdommer**
Veiledere: **Professor Eszter Vanky, Professor Kjell Åsmund Salvesen og Professor Sven M. Carlsen**
Finansieringskilde: **Kvinneklubben, St.Olavs Hospital og samarbeidsorganet Helse Midt-Norge**

Blodstømsmålinger i livmor arterien (arteria uterina) kan i den kliniske hverdagen brukes for å følge opp risikosvangerskap. Forandringer i form av nedsatt blodstrøm kan tyde på dårligere kår for fosteret grunnet mindre blodtilstrømning og dermed mindre næring. Dårlig blodstrøm kan være et resultat av sykdom hos den gravide kvinnen som f.eks. svangerskapsforgiftning eller diabetes. Fostrer som utsettes for dette har økt risiko for en rekke komplikasjoner som f.eks. for dårlig vekst, mindre reserver til å tåle en fødsel, for tidlig fødsel og økt risiko for intrauterin død. Kvinner med PCOS har økt risiko for slike svangerskapskomplikasjoner sammenlignet med friske kvinner.

En tidligere studie har vist dårligere blodstrøm i livmor arterien hos gravide kvinner med PCOS, sammenlignet med friske gravide. Tidligere studier har også vist at medikamentet metformin (som til vanlig brukes i behandling av type 2 diabetes) har hatt en positiv effekt på blodstrøm i flere arterier hos kvinner med PCOS.

I studiene i denne avhandlingen har vi undersøkt blodstrøm i livmor arterien hos

gravide kvinner med PCOS. Halvparten av disse kvinnene fikk medikamentet metformin, og halvparten fikk placebo. Vi har også undersøkt blodstrøm i livmor arterien hos friske gravide kvinner til sammenligning. Denne studien er så langt den største som har undersøkt dette, og vi kunne ikke se noen forskjell i blodstrøm mellom de kvinnene som hadde PCOS og de som var friske. Vi kunne heller ikke se noe forskjell i blodstrøm mellom kvinnene med PCOS som fikk metformin, og de som fikk placebo.

Det vi kunne se var at alle kvinnene med PCOS hadde nedsatt blodstrøm to timer etter at de hadde fått den første dosen med studiemedisin (både de som fikk metformin og de som fikk placebo) og ett måltid. Vi kunne også se at jo lavere blodsukker kvinnene med PCOS hadde, jo bedre blodstrøm hadde de.

Ut i fra disse funnene tror vi at den gravide kvinnens blodsukker har mer å si for blodstrømmen i livmor arterien enn både sykdommen PCOS og medikamentet metformin.



C Aldara «Meda»
Immunstimulerende middel

ATC-nr.: D06B B10

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

Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige (<1/1000 til <1/100):** Blod/hytte: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Abdominal smerte, diaré, oppkast, rektal forstørrelse, rektal tenesmus. Hjerte/Kar: Rødming. Hud: Kløe, dermatitt, follikulitt, erytematøst utslett, eksem, utslett, økt svetting, urticaria. Infeksiøse: Herpes simplex, genital candidiasis, vaginitt, bakterieell infeksjon, soppinfeksjon, øvre luftveisinfeksjon, vulvitt. Kjønnssorgener/byst: Genital smerte (menn), penisforstørrelse, dyspareuni, erektil dysfunksjon, utero vaginal prolaps, vaginalsmerte, atrofi, vaginalitt, vulvoforstørrelse. Luftveier: Faryngitt, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, ryggsmertor. Neurologiske: Parestesi, svimmelhet, migræne, desighet. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnsløshet, depresjon. Stofskifte/emærning: Anoreksi. Øre: Tinnitus. Øvrige: Pyreksi, influensalignende symptomer, smerte, asteni, malaise, rigor. **Overflattisk basalellekreft:** Svært vanlige (<1/100): Hud: Pruritus på påføringsstedet. Vanlige (<1/1000 til <1/100): Blod/hytte: Lymfadenopati. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerte, brennende følelse, irritasjon, blødning, erytem, papula, parestesi, vesikler, hevelse. Psykiske: Irritabilitet. Øvrige: Influensalignende symptomer, desighet. **Aktinisk keratose:** Svært vanlige (<1/100): Hud: Pruritus på påføringsstedet. Vanlige (<1/100 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerte, brennende følelse, irritasjon, reaksjon, erytem. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter, ledssmerter. Neurologiske: Hodepine. Stofskifte/emærning: Anoreksi. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige (<1/1000 til <1/100):** Blod/hytte: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Diaré. Hud: Aktinisk keratose, erytem, adem i ansikt, hudsår, reaksjoner på påføringsstedet: dermatitt, blødning, hyperestesi, adem, papula, parestesi, skorpedannelse, øye, 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 øyelokk. Øvrige: Pyreksi, asteni, rigor, ubehag, inflammasjon. **Alle indikasjoner:** **Ukjent frekvens:** Blod/hytte: Nedsatt nivå av hemoglobin, hvite blodceller, nøytrofile granulocytter og blodplater, forhøyet nivå av leverenzymer. Hud: Lokal hypo- og hyperpigmentering, erytema multiforme, Stevens-Johnsons-syndrom, kutan lupus erythematosus. Øvrige: Hårførlighet, forverring av autoimmune sykdommer. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. minimal percutan absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan gi alvorlige lokale hudreaksjoner. Kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber kan forekomme etter utilsikket oralt inntak av 200 mg. Hypotensjon har forekommet etter inntak av >200 mg. Blodtrykk kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjonsanbefaling D06B B10. **Egenskaper:** **Virkningsmekanisme:** Modifiserer immunrespons. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranassosiert reseptor 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%. **Pakninger og priser:** 5%, 12 x 0,25 x 0,25 (andosepose), kr 719,70.

Sist endret: 01.07.2015.

Refusjonsberettiget bruk: Lokalbehandling av mindre overflattisk basalellekreft (sBCCs) hos voksne. Aktiniske keratoser: Flere enn 10 behandlingskrevende klinisk karakteristiske, ikke-hyperkeratotiske, ikke-hypertrofiske aktiniske keratoser (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller aksepterbareheten av kryoterapi. Ved immunsvikt: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata). Palliativ behandling i livets sluttfase. **Refusjonskode:**

ICPC		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
B99	Immunsvikt INA	31, 136
S77	Basalellekarzinom	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 overveidende antistoffmangel	31, 136
D81	Kombinert immunsvikt	31, 136
D82	Immunsvikt forbundet med andre større defekter	31, 136
D83	Vanlig variabel immunsvikt	31, 136
D84	Annen immunsvikt	31, 136
L57.0	Aktinisk keratose	54, 136

Vilkår:
31 Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på blå resept. 34 Skal være instituert ved 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 eksisjonkirurgi 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.

Gestagener

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



«Gestagener er grunnstammen i hormonell prevensjon, i kombinasjon med østrogen eller alene»

Legemidler som har samme effekt som progesteron betegnes: gestagen, progestogen eller progestagen. Ordene anvendes om hverandre. På engelsk brukes oftest 'progestin'. I Norge har den mest brukte betegnelsen vært gestagen. Det skiller legemidlet tydeligst fra progesteron

Farmakologisk

Gestagener som er derivert fra hydroxyprogesteron betegnes **pregnaner** (medroxyprogesteron acetat, MPA og cyproteron acetat, CPA). Derivater fra testosteron er **estraner** (Noretisteron/Noretisteron acetat NET/NETA og dienogest) eller **gonaner** (Levonorgestrel, LNG og Desogestrel, DSG). Gestagenet drospirenon er et derivat av spironolaktone.

Ut over progesteron effekt, har gestagener andre effekter fordi de har affinitet til flere reseptorer (se oversikten, ikke komplett!), men alle har progesteron-effekt på endometriet og kan ved feed-back hemme hypofysens utskillelse av gonadotropiner.

Det finnes to progesteronreseptorer, A og B, og det har tilsynelatende betydning i graviditet med respektiv relaksasjon (reseptor B) og aktivering (reseptor A). De to reseptorer kan også ha betydning for residiv av endometrie-cancer.

Man kan ikke sammenlikne gestagens styrke ut fra deres vekt, da gestagener har ulike funksjoner i ulikt vev.

Prevensjon

Gestagener er grunnstammen i hormonell prevensjon, enten i kombinasjon med østrogen (ethinyløstradiol eller østradiol) eller som POP ('progestin-only-pill'). Det beror på evnen til å hemme gonadotropin-

utskillelse og dermed follikkelmodning og ovulasjon. Ved å kombinere gestagen med østrogen oppnås en synergistisk effekt for ovulasjonshemming. Østrogen stabiliserer endometriet så man ved syklisk behandling med fire dager til en uke uten hormoner kan oppnå et blødningsmønster som ligner på den naturlige syklus. For noen brukere har det stor betydning. Kontinuerlig gestagen med eller uten østrogen gir mindre blødning, evt. amenore.

POP finnes som lavdosert gestagen ('minipille') som bare har lokal effekt på cervixsekret. Den 'østrogenfri p-pille', gestagenimplantat (p-stav) og gestagen-depot (p-sprøyte) hemmer ovulasjon, gir ikke økt risiko for blodpropp, hemmer ikke laktasjon, og kan derfor stort sett brukes av alle kvinner. Uregelmessige blødninger og humørendring er hyppigste årsak til seponering. Det har vært bekymring for at p-sprøyten kan virke negativt på skjelettet, men til friske kvinner uten risiko for osteoporose, er det ingen restriksjoner.

Gestagenspiral med levonorgestrel har blitt et populært tilbud som både gir effektiv prevensjon og reduksjon av både unormale og normale blødninger. Det er ingen reser-vasjoner for å innsette gestagenspiral hos unge jenter. Gestagenspiral og gestagenstav er langtidsprevensjon (LARC eller Long Acting Reversible Contraception) som

anbefales av Legemiddelverket, spesielt for unge kvinner.

Angrepille

Postcoital prevensjon med oral levonorgestrel i engangsdose på 1500 mg (10 ganger gestageninnholdet i Microgynon) hemmer LH-toppen og utsetter ovulasjon.

Endometriebeskyttelse ved østrogenbehandling

Gestagens evne til å omdanne et østrogen-proliferert endometrium til et sekretorisk endometrium er avgjørende for å forebygge eller behandle endometriehyperplasi. Gestagen er derfor et nødvendig tilskudd til østrogenbehandling. Syklisk gestagen vil gi sykliske blødninger, mens kontinuerlig tilførsel medfører amenore.

MPA finnes i doser på 2,5 mg eller 5,0 mg i fast oral kombinasjon med østradiol (Indivina) eller ren MPA (Provera) som syklisk kan kombineres med østradiolbehandling (månedlig eller hver 3.-4. måned) i standard dagdose på 10 mg i 12-14 dage.

NETA er det vanligste gestagen i kombinasjon med østradiol, dels som tablett (i doser på 0,1 til 1 mg), dels som plaster (250 mikrogram). Både i tablett og plaster kan gestagen tilføres månedlig (sekvensiell behandling) eller kontinuerlig (konstant kombinert behandling). Noretisteron (NE) og Noretisteron acetat (NETA) er i prinsipp samme produkt. Acetat-gruppen fraspaltes raskt i tarm og ved første leverpassasje. NET har molekylvekt: 298. NETA: 340. NETA er derfor ca 12% svakere enn NE.

På indikasjonen endometriebeskyttelse har gestagenspiralen funnet sin plass (i uterus!) som et logisk alternativ til generell gestagen.

Utsettelse av menstruasjon

Det har vært vanlig rutine å utsette menstruasjonen med høy dose NETA (5 mg x 3) fra noen dager før ventet menstruasjon til et par dager før ønsket menstruasjon. Det er satt en begrensning på 10 dagers utsettelse, men det er ikke medisinsk grunn til denne restriksjonen.

Endometriose

Ved hormonbehandling av endometriose har gestagener tidlig- og fortsatt hatt en sentral plass. I Norge var det lenge kun MPA i tablett form eller som depot-MPA som var godkjent for endometriose. MPA doseres i relativ stor dose (minst 10 mg x 3) eller depot-MPA (50 mg hver uke eller 100 mg annenhver uke, i praksis 150 mg hver måned). I 2010 fikk vi gestagenet dienogest (Visanne) som er utviklet spesielt for endometriose, men det er ikke godkjent for blå resept og mange forsøker i stedet behandling med Cerazette (som inneholder desogestrel) og som bare koster en brøkdel. Det er lov å prøve!

Gestagenspiral er også godt akseptert for endometriose, men ikke godkjent på denne indikasjonen, og det ytes ikke tilskudd selv om det er en billig behandling sett i fremtidsperspektiv med flere års behandling som ofte er nødvendig ved endometriose.

I mange andre land brukes NETA ved behandling av endometriose, men er ikke registrert på denne indikasjonen i Norge. I 'gamle dager', dvs før 1980-90, ble NETA brukt i høy dose (5 mg x 3). Senere er kommet flere studier som viser at en daglig dose på 2,5 mg kan være tilstrekkelig. Det ville da være det billigste tilbud med en pris på ca 1 kr per dag, mens f.eks. GnRH-analoger med tilleggsbehandling vil koste ca 45 kr per dag. Noe å tenke på i sparetider!

I en studie sist på 80-tallet sammenlignet vi østrogennivået ved behandling med

	Dose	Antall	Østradiol ved start	Østradiol ved 2 mndrs behandling
GnRH-analog (Synarela)	200 µg x 2	44	0,324 nmol/L	0,097 nmol/L
NET (Primolut)	5 mg x 3	33	0,520 nmol/L	0,076 nmol/L

GnRH-analogen Synarela og Primolut og fant overraskende samme reduksjon i nivå av østradiol (se tabellen), men i Primolut-gruppen var det – i motsetning til ved bruk av Synarela – ingen klimakterielle symptomer og ingen reduksjon av skjelettet.

Senere internasjonale studier har vist at NETA i ganske betydelig grad metaboliseres til ethinyløstradiol, EE, (1 mg NETA omdannes til 2,5 µg EE eller 15 mg NETA omdannes til 37,5 µg EE). Da kan man kanskje like gjerne bruke p-pille!

Endometriehyperplasi

Endometriehyperplasi har vært behandlet med syklisk gestagen, kontinuerlig gestagen eller gestagenspiral.

Kreftbehandling

Høydose gestagen (megestrol acetat 160 mg) har vært brukt både ved brystkreft og ved endometriekreft, men er nå erstattet av annen endokrin terapi.

Pubertas precox

Før vi fikk GnRH-analoger til å hemme hypofysen, ble gestagener brukt i behandling av pubertas precox.

P-pille til menn

I lange tider har det vært arbeidet med å konstruere en p-pille til menn. Et behandlingsprinsipp er å hemme hypofysen med gestagen som vil hemme både spermiogenesen og testosteronproduksjonen. Det siste tapet kompenseres så ved testosterontilskudd. Det lyder enkelt, men er visst ganske vanskelig.

Bivirkninger av gestagen

De vanligste bivirkninger av gestagen er uregelmessige blødninger, humørpåvirkning, redusert libido, vektøkning, hirsutisme, hodepine, tretthet, mastalgi osv. En del symptomer svarer til det som oppleves ved PMS. Ulike gestagener vil ha ulik bivirkningsprofil, og følsomheten for gestagen er forskjellig fra kvinne til

kvinne. Det er bare å prøve seg frem, ikke minst med p-pille hvor det er hovedsakelig er gestagenkomponenten som varierer fra merke til merke. Ingen gestagenbivirkninger er alvorlige eller livstruende, og det er stort sett ingen sterke kontraindikasjoner, spesielt ikke øket risiko for trombose.

Gestagen i 'dårlig selskap'.

I ovenstående oversikt er vist at gestagen er nyttig i mange situasjoner og kan brukes av de fleste, men likevel har legemiddelgruppen fått et dårlig rykte.

Først var det i forbindelse med p-piller hvor tromboserisiko initialt bare ble oppfattet som relatert til dose av østrogen, ethinyløstradiol. Fra midten av 90-tallet viste det seg at tromboserisiko også var relatert til type av gestagen i pillen. Det er gjennom de siste 10-årene bekreftet at 2. generasjonspiller (med LNG og NET) har lavere tromboserisiko enn 3. og 4. generasjonspiller (de 'antiandrogene' pillene med DSG og drospirenon). Kort fortalt, de antiandrogene p-pillene medfører større risiko for trombose og bør ikke være første valg.

Ved østrogenbehandling i overgangsalderen, HT, er gestagen nødvendig for å hindre hyperplasi/malignitet av endometriet. WHI-studien, Womens Health Initiative, viste i en stor randomisert studie at HT med kombinasjon av østrogen og gestagen gir økt risiko for brystkreft og hjertesykdom, mens ren østrogen ikke medfører slik risiko. Kort fortalt, for å hindre endometrie-cancer, påfører man kvinnene øket risiko for brystkreft. Pest eller kolera?

Konklusjon

Gestagen har mange anvendelsesområder og MPA er på WHO's liste over essensielle legemidler. Det har vært stadig utvikling i produkter med mindre doser og mindre bivirkninger og for mer målrettet behandling. Det anbefales at kolleger tar en titt i Felleskatalogen for å bli godt kjent med de ulike gestagener som tilbys.

	Anti-Gonadotropin	Østrogen	Anti-Østrogen	Androgen	Anti-androgen	Glukocorticoid	Anti-mineral
Progesteron	+		+			+	+
MPA	+		+			+	
CPA	+		+		+	+	
NET/NETA	+	+	+	+			
Dienogest	+				+		
LNG	+		+	+			
Desogestrel	+		+	+			
Drospirenon	+				+		+

Delvis adaptert fra Barentsen, Eur Menop J, 1996

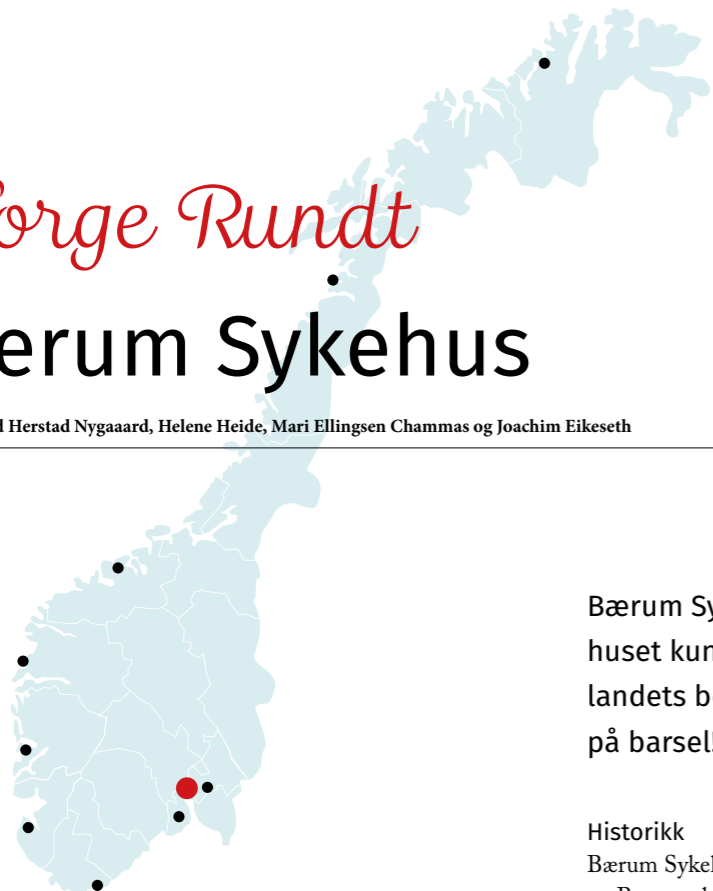


«STAN-møte» for jordmødre og leger. Her er engasjementet høyt!

Norge Rundt

Bærum Sykehus

Ved Ingerid Herstad Nygaard, Helene Heide, Mari Ellingsen Chammas og Joachim Eikeseth



Tidligere besøk:

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

Bærum Sykehus – Det «passe store» lokalsykehuset kun et steinkast fra Oslo! Her serverer vi landets beste havresuppe til nybakte mødre på barsel!

Historikk

Bærum Sykehus er et akutt sykehus med et bredt tilbud til Asker og Bærums befolkning, og har et pasientgrunnlag på nesten 200.000. Sykehuset ligger vakkert plassert på en liten høyde over Sandvika by. Kjører du el bil i kollektivfeltet på E18 er det knappe 15 minutters kjøring fra Oslo!

Fødetilbudet på Bærum har eksistert i over 90 år. Fra 1982 ble også et gynekologisk tilbud etablert, og vi har sakte men sikkert vokst til en avdeling med i dag 19 leger. Fra 2009 ble vi en del av Vestre Viken Helseforetak, som kort sagt inkluderer Ringerike, Kongsberg og Drammen i tillegg til Bærum. Denne endringen innebar særlig at vi måtte vende nesen fra hovedstaden mot Drammen for å finne våre nye samarbeidspartnere!



Stolt pappa og LIS lege Joachim Eikeseth viser frem tvillingene som ble født på stue 2 nå i sommer. En utrolig imponerende innsats fra mor Caroline, uten epidural! Det er også flere andre kolleger som har født på Bærum, blant annet tre LIS leger med hver sin setefødsel! Utsikten fra Barsel kan skimtes i bakgrunnen.

Avdelingen hadde en stabil overlegestab i mange år. Nestorer som Karen Sofie Koss på føden og Kulseng-Hanssen innen urogynekologi preget i mange år avdelingen, og deres kunnskap henger bokstavelig talt fortsatt på veggene. Avdelingen hadde også kunnskapsrike Anne Lill Valbø, og operatører i særklasse med Petter Langeland og Pål Danielsen. Da Marit Kristoffersen, tidligere leder gjennom mange år, ble pensjonert i 2013 var en æra i avdelingen over: Vi stod ovenfor et generasjonsskifte! Om vi i dag ser oss tilbake kan vi si at denne omstillingen har gått godt, hvor vi med systematisk arbeid har klart å videreføre kompetansen, og særlig den kirurgiske arven fra radarparet Langeland/Danielsen.

Med tidligere overlege og avdelingsjef Sigurd Kulseng-Hanssen i spissen har avdelingen vært ledende innen urogynekologifeltet i Norge. Han opprettet NKIR og innførte tidlig urodynamisk utredning, og dertil operasjonsmetoden TVT. Det finnes bare én Kulseng-Hanssen, men arbeidet hans videreføres ved at vi har områdefunksjon for urogynekologi i Vestre Viken.

«Vår avdeling» – Avdelingsleder Ingerid Herstad Nygaard. Vi har tilstedevakt for legene i begge sjikt. Overlegene går 9-delt turnus og LIS legene 8-delt. Vi har også én seniorlege som går på dagtid, og én LIS-stilling som er forbeholdt 50 % forskning. Vår arbeidsplass har en fin størrelse vil mange si. Her er det stort nok til å møte de spennende pasientene i hverdagen, og samtidig lite nok til at man er godt kjent i kollegiet. Om det er noen avdelingsjefer som leser dette innlegget vil jeg tro dere er bra misunnelige på våre lokalisasjoner: Fødeavdelingen ligger i tredje etasje, vegg-i-vegg med først intensiv, og deretter operasjonsavdelingen. Dette gjør nok at legene hviler ekstra godt på vakt, vel vitende om at det ved et akutt sectio kun er en rask løpetur bort i korridoren. Ellers må vi si at fjerde etasje på Bærum Sykehus føles som hjemme! Her finner du barsel, og rett over gangen ligger gynekologisk sengepost. Om du går lengst inn i korridoren kommer du til gynekologisk poliklinikk (ikke få som spør om veien dit), og enda lenger bort er både møterommet («Glassverandaen»), legekontor, vaktrom og pauserom. Alt på ett sted, også sekretærene! Dette er vår etasje, akkurat passe høyt oppe slik at man kan ta trappene og få en liten trim hver morgen.

Føden – Seksjonsoverlege Helene Heide og avdelingsjordmor Elizabeth Berge.

Vi er landets 12. største fødeenhet med mellom 1500 og 1600 fødsler pr år, og kategoriseres som en utvidet fødeavdeling. Vi tar imot de fleste gravide, og de kan føde hos oss fra uke 35+0. Vi kan friste med den populære lystgassen, og tilbyr vannfødsel. Sistnevnte er egentlig forbeholdt mor, selv om en og annen vordende far har tatt seg «vel godt» til rette oppi badekaret.

Tvilling-gravide får føde hos oss fra uke 36+0. Gravide med svangerskapsdiabetes følges hos oss, men dersom de er i behov av insulin føder de på Drammen. I oppfølgingen av de risikogravide har vi en poliklinikk (LERI) med lege og jordmor, hvor det er særlig tett samarbeid med ernæringsfysiolog og endokrinolog. Vi samarbeider også med primærhelsetjenesten og har tilbud om oppfølging i FFT (Familieforebyggende Team) for gravide med utfordringer i forhold til psykiatri og rus. Vi er også stolte over lav sectiofrekvens, og har tradisjon for å forløse seter vaginalt.

Barneavdelingen for barna i Asker og Bærum ligger på Drammen sykehus. Det gjelder også for de syke nyfødte som er født etter uke 28. Før vi ble en del av Vestre Viken soknet vi til Rikshospitalet, med et tilhørende meget godt samarbeid «østover». Nå har vi vendt nesene «vestover», og etablert et nytt godt samarbeid med nyfødtelegene på Drammen. De kommer til Bærum daglig, og hver måned har vi tverrfaglig «Barnelegemøte» for både leger og jordmødre. Her diskuterer vi de barna som er blitt overflyttet, noe som sikrer et veldig godt samarbeid! På Bærum er både forvakt og bakvakt anesthesi til stede døgnet rundt. De tar seg av resusciteringen av de nyfødte hvis det skulle bli behov for det, slik de alltid har gjort.



Utsikten fra vaktrommet en tidlig morgen.

Kvalitetsforbedrende arbeid har blitt mer og mer viktig for oss, og vi gjør så godt vi kan med små og store prosjekter parallelt med driften. Vi var med i Gjennombruddsprosjektet for keisersnitt og oppfølgingsprosjektet NOR-WHY-CAESAREAN samt LAPS-studien. Vi har også mindre prosjekter gående i avdelingen: Postpartumbldning, jordmor tilstede i aktiv fødsel, og induksjoner. Helene Heide har jobbet mye med fødejournalsystemet Partus, og vi har fått «gleden» av utallige opplæringstimer på morgenmøtene før dette nå flyter egentlig ganske greit. Vi har også fokus på tidlig oppdagelse av alvorlig sykdom MEOWS/NEWS for gravide. Avdelingen har siste året brukt en egen kurve og scoringssystem, og vi jobber nå sammen med andre sykehus for å få til en nasjonal standard i elektronisk kurve.

Vi har jobbet i mange år for best mulig tverrfaglighet i behandlingen av pasientene: Dette innebærer årlig kurs bygget på ALSO prinsipper for alle jordmødre, barnepleiere og leger. Vi trener også støtteteknikk, og har «STAN-møte» annenhver tirsdag hvor jordmødre og leger kan diskutere vanskelige CTG/STAN-registreringer. Dette skaper ofte engasjement, tross tidlig på morgenvaksten!

Barsel - Seksjonsoverlege Zarko Novakovic og avdelingsjordmor Kjersti Nordrum.

Vi er spesielt stolte over vår Barselseksjon her på Bærum, som ble nyoppusset i 2012! Fra fjerde etasje er det nydelig utsikt over Oslofjorden, og her overnatter både mor og far på enerom. Det er kort vei fra fødeavdelingen i etasjen under, og i og med at barsel ligger «midt i hjertet» av sykehuset er det samtidig rask tilgang på hjelp dersom mor skulle bli syk. Våre ansatte har tatt en spesialutdanning kalt «Newborn Observation Behavior» (NBO) som går på å tolke barnets kroppspråk. Dette læres videre til de nybakte foreldrene, og vi får til stadighet gode tilbakemeldinger. Det er også ekstra stas å vite at vi er godkjent som «mor-barn-vennlig» sykehus, og at vi i fjor som ett av tre sykehus ble godkjent uten noen anmerkninger.

Gynekologisk seksjon – Seksjonsoverleger Milena Kresovic (sengepost) og Linn Røhne (poliklinikk), og avdelingssykepleier Liv-Marit Røisland.

Som allerede nevnt ligger «vår sengepost» i fjerde etasje. På fredag kveld slukkes imidlertid lysene i korridoren, og pasientene blir «spredt for alle vinder». På helgevakt gjelder det å holde tunga rett

«Vi er spesielt stolte over vår nyoppussede barselavdeling med nydelig utsikt over Oslofjorden. Her overnatter både mor og far på enerom.»



Både leger, sykepleiere og sekretærer deltok på «Sjekk deg kampanjen» nå i september 2017.

«Fødeavdelingen ligger vegg-i-vegg med intensiv og operasjonsavdelingen. Dette gjør nok at legene hviler ekstra godt på vakt. Vel vitende om at det ved et akutt sectio kun er en rask løpetur bort i korridoren.»

i munnen, og ha oversikt over hvem som er hvor. De fleste pasientene har tatt turen opp til kirurgisk avdeling, hvor der er enda bedre utsikt fra 7. etasje! Men det kan også være pasienter som ligger på MOBS (Medisinsk Observasjonspost), samt av og til på føden. Det går egentlig veldig greit, så lenge vi følger prosedyrer og legger «rett diagnose» på riktig sted...

Sengeposten var tidlig ute med innføring av risikotavler og i disse dager blir tavlene elektroniske. Vi har også ukentlig risikovurdering for poliklinisk drift. Det gir god oversikt over antall polikliniske pasienter som venter, og sikrer at vi har full oversikt over leger, sykepleiere og sekretærers tilstedeværelse. På den måten blir det færre avbestillinger, og kortere ventetider. Vi har også opprettet en egen poliklinikk for kreftpasientene (CAPO), og sammen med dyktige (kreft)sykepleiere mener vi å gi et godt tilbud som innfrir «Pakkeforløpene».

Utdanning

Operasjoner er jo det vi liker best, og med fem operasjonsdager i uken får vi operert tilstrekkelig til både å dekke pasientenes behov og ivareta egen kompetanse. Fra 2004 har avdelingen hatt status som gruppe 1 sykehus. Dette innebærer for LIS-legene at de har 6 måneder tjeneste ved fødeavdelingen på Ullevål/Riksen (OUS), både for god mengdetrening samt håndtering av premature fødsler.

Avdelingen har ukentlig 3,5 timer med internundervisning og har nylig opprettet en ordning vi kaller «Møtepunktet». Det innebærer at vi samles hver onsdag til en «utvidet lunsj», som da krydres med faglig diskusjon og som bidrar til godt samhold blant legene. Også på onsdager har vi det siste året simulert sammen med operasjon og anesthesi, med fokus på kommunikasjon. Kasuistikkene har vært «sectio grad 1» og «postpartumbldning». Dette er både lærerikt og moro, hvor man kan «prøve-og-feile» uten å være redd for at det får noen konsekvenser.

Skuer fremover

Bærum sykehus etablerer i disse dager en pediatrik poliklinikk. Den organiseres under vår avdeling og blir et spennende tilskudd til dagens tilbud. Vi er for øvrig opptatt av å øke forskningsaktiviteten ytterligere, spesielt kliniske kvalitetsforbedringsprosjekter. Når det gjelder utdanning begynner vi å legge til rette for den nye utdanningsplanen for LIS leger, og er som mange andre spente på hvordan det skal gjennomføres i praksis. Med det vil vi takke for oss fra Bærum, og ønske alle kolleger i det langstrakte land en fredfull julehøytid, selv om trolig flere av oss er på vakt. Det er en del av «gamet»!

Hilsen Avdeling for gynekologi og fødselshjelp ved Bærum sykehus

Gynekologen anbefaler lesestoff med varierende grad av fagleg relevans

Denne gongen: «Frankenstein»

av Mary Shelley

Av Ragnar Sande, redaksjonsmedlem

Etter forrige gong å ha befatta oss med sentral faglitteratur, held vi stødig fokus på det faglege og følgjer sterkt opp med nok eit klassisk medisinsk verk – «Frankenstein» av Mary Shelley.

Historia bak er verd å nemne: Sommaren 1816 («Året utan sommar», fordi vulkanen Tambora i Indonesia hadde utbrot i 1815 og årsaka ein årelang vulkanvinter) var den då 18 år gamle Mary Godwin (Figur 1) og hennar elsker Percy Shelley på besøk hos lord Byron ved Geneve-sjøen i Sveits. Då det var for kaldt til å bade (vulkanvinter, ikkje sant?) sat dei inne og kjeda seg, og lord Byron foreslo at alle skulle skrive kvar si skrekkhistorie. Mary klarte ikkje å kome opp med noko, før ho ei natt hadde eit mareritt som sette henne på ideen som boka er basert på.

Historia burde vere kjend for dei fleste, men vi rekapitulerer kjapt: Den unge Victor Frankenstein reiser frå sin heimby ved Geneve-sjøen (tilfeldig? Nepe...) til Ingolstadt i Bayern for å studere. Han blir voldsomt opptatt av, og flink i, naturvitenskap, særleg kjemi, og ved eit tilfelle finn han ut korleis han kan gje liv til død materie. Han konstruerer eit menneske av delar han finn på disseksjons-salar og slaktehus, og gjev dette liv. Han blir imidlertid frastøytt av det han har skapt, og flyktar. Dette fører naturleg nok til ei ikkje optimal fyrste tilknytting for skapningen, og utan å røpe for mykje kan vi slå fast at ting etter dette tar ei uheldig vending for unge Frankenstein. Fyrste tilknytting er veldig viktig, sjølv om fråver av denne sjeldan får så alvorlege konsekvensar som i denne boka, må vi alltid hugse å legge barnet på mors bryst etter fødsel.

Hovudpersonen har eit rikt kjensleliv, vi får inngående beskrivingar av både hans ekstatiske lykkerus når han fordjupar seg i naturvitenskapen, og hans djupe sjelekvaler når ting seinare går han imot. Faktisk blir det etter kvart litt i overkant, og vi kunne kanskje ynskje oss at vår helt følte litt mindre og handla litt meir. Vidare har Shelley valt å legge den eine rammefortellinga utanpå den andre, slik at vi får fleire kapittel med beskriving av ein slags polarekspedisjon før vi i det heile tar til å nærme oss poenget. Til alt overmål er handlinga til stadigheit punktert av lange brev og andre digresjonar med begrensa relevans for plottet. Alt i alt får ein inntrykk av at Shelley har starta med eit plott som var høveleg for ei novelle, men så har brukt alle middel for å strekke dette ut til ein heil roman.

Boka er grundig filmatisert, kanskje er dette eit av dei mest filmatiserte bøkene nokonsinne. Den mest kjende versjonen er



«Mary Godwin, seinare Shelley, kjeda seg ved Genevesjøen sommaren 1816. Noko moro bør ho imidlertid ha hatt, all den tid ho var gravid då ho returnerte til England.»

sannsynlegvis innspelinga ved Universal i 1931, med Boris Karloff som monsteret (Figur 2).

Sjølv om dr. Frankenstein ikkje er lege, langt mindre gynekolog, finn vi likevel noko klinisk relevans i dette verket. Som nemnt vert betydninga av ei god fyrste tilknytting til opphavet vektlagt, og alle som arbeider ved mor-barn venlege sjukehus kan her klappe seg sjølv på skuldra. Vidare kan boka lesast som ein kritikk mot vitskap og medisin utan etiske dimensjonar. Boka er to hundre år gammal, og er skriven i ei tid fri for etiske komitear og Helsinkierklæringar, men er likevel sørgeleg relevant.

Likevel vil gynekologen ikkje anbefale boka – her er for mykje fyllstoff. For fyrste (og forhåpentlegvis siste) gong seier gynekologen: «Drit i boka – sjå filmen!»



«Boris Karloff tolka monsteret i den mest kjende filmatiseringa av boka.»

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



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

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

OCTOBER

Self-management of stress urinary incontinence via a mobile app: two-year follow-up of a randomized controlled trial.

Victoria Hoffman, Lars Söderström, Eva Samuelsson.

Introduction:

We investigated the long-term effects of using a mobile app to treat stress urinary incontinence with a focus on pelvic floor muscle training.

Material and methods:

A previous randomized controlled trial of 123 women aged 27-72 years found that three months of self-managing stress urinary incontinence with support from the Tåt® app was effective. We followed up the women in the app group (n = 62) two years after the initial trial with the same primary outcomes for symptom severity (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form) and condition-specific quality of life (ICIQ-Lower Urinary Tract Symptom Quality of Life) and compared the scores with those at baseline.

Results:

Of the 62 women, 61 and 46 (75.4%), respectively, participated in three-month and two-year follow-ups. Baseline data did not differ between responders and non-responders at follow-up. The mean decreases in International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form and ICIQ-Lower Urinary Tract Symptom Quality of Life scores after two years were 3.1 (95% confidence interval 2.0-4.2) and 4.0 (95% confidence interval 2.1-5.9), respectively. Of the 46 women, four (8.7%) rated themselves as very much better, nine (19.6%) as much better, and 16 (34.8%) as a little better. The use of incontinence protection products decreased significantly (p = 0.04), and the proportion of women who felt they could contract their pelvic muscles correctly increased from 14/46 (30.4%) at baseline to 31/46 (67.4%) at follow-up (p < 0.001).

Conclusion:

Self-management of stress urinary incontinence with support from the Tåt® app had significant and clinically relevant long-term effects and may serve as first-line treatment.

Delivery parameters, neonatal parameters and incidence of urinary incontinence six months postpartum: a cohort study.

Stian Langeland Wesnes, Yngvild Hannestad, Guri Rortveit.

Introduction:

Contradictory results have been reported regarding most delivery parameters as risk factors for urinary incontinence. We investigated the association between the incidence of urinary incontinence six months postpartum and single obstetric risk factors as well as combinations of risk factors.

Material and methods:

This study was based on the Norwegian Mother and Child Cohort Study, conducted by the Norwegian Institute of Public Health during 1998-2008. This substudy was based on 7561 primiparous women who were continent before and during pregnancy. Data were obtained from questionnaires answered at weeks 15 and 30 of pregnancy and six months postpartum. Data were linked to the Medical Birth Registry of Norway. Single and combined delivery- and neonatal parameters were analyzed by logistic regression analyses.

Results:

Birthweight was associated with significantly higher risk of urinary incontinence six months postpartum [3541-4180 g: odds ratio (OR) 1.4, 95% confidence interval (CI) 1.2-1.6; >4180 g: OR 1.6, 95% CI 1.2-2.0]. Fetal presentation, obstetric anal sphincter injuries, episiotomy and epidural analgesia were not significantly associated with increased risk of urinary incontinence. The following combinations of risk factors among women delivering by spontaneous vaginal delivery increased the risk of urinary incontinence six months postpartum; birthweight ≥3540 g and ≥36 cm head circumference; birthweight ≥3540 g and forceps, birthweight ≥3540 g and episiotomy; and ≥36 cm head circumference and episiotomy.

Conclusion:

Some combinations of delivery parameters and neonatal parameters seem to act together and may increase the risk of incidence of urinary incontinence six months postpartum in a synergetic way.

NOVEMBER

Adjustable mini-sling compared with conventional mid-urethral slings in women with urinary incontinence. A randomized controlled trial.

Martin Rudnicki, Katarina von Bothmer-Ostling, Anja Holstad, Claes Magnusson, Memona Majida, Constanze Merkel, Jens Prien, Ulf Jakobsson, Pia Teleman.

Introduction:

The primary aim of this study was to compare the objective and subjective outcomes and short-term complication rates of an adjustable single-incision mini-sling (SIMS) vs. standard mid-urethral slings (SMUS). The secondary aim was to report pain perception and complications at the one-year follow up.

Material and methods:

The study was designed as a multicenter prospective randomized trial where women were included from eight centers in Denmark, Norway and Sweden. The trial was registered at ClinicalTrials.gov: NCT01754558. A total of 305 women less than 60 years old with verified stress urinary incontinence were included. All women were randomized to SIMS (Ajust®; n = 155) or SMUS (TVT, TVT-O or

TOT; n = 150) and were evaluated by stress test and bladder diary before and after surgery and symptoms related to incontinence using ICIQ-SF, PISQ-12 and PGI-S and PGI-I. Objective cure was defined as no leakage during a stress test and subjective cure defined as no leakage stated in the bladder diary or no indication of urinary leakage in the ICIQ-SF. Furthermore, mesh exposure and dyspareunia were recorded.

Results:

In total, 280 women [141 (91%) in the SIMS and 139 (94%) in the SMUS groups] participated in the one-year follow up. No difference between the groups was observed regarding objective and subjective outcomes. VAS score disclosed a lower post-operative pain perception in the SIMS group than in the SMUS group.

Conclusion:

Ajust® appears to be as efficient as SMUS regarding objective and subjective outcomes and was associated with less pain perception during the postoperative period.

Prematurity and neonatal outcome including congenital malformations after maternal malignancy within six months prior to or during pregnancy.

Zahra Sabeti Rad, Britt Friberg, Emir Henic, Lars Rylander, Olof Ståhl, Bengt Källén, Göran Lingman.

Introduction:

The proportion of women who postpone childbearing is increasing. As malignancy risk increases with age, pregnancy in connection with malignancy will become more common.

Material and methods:

We compared infants born 1994-2011 to women with a malignancy within six months prior to the last menstrual period or during pregnancy with offspring of women without a previous malignancy. Five national registers were used.

Results:

A total of 790 women with a malignancy diagnosis from six months prior to the last menstrual period up to delivery were identified. Their 802 infants were compared with 1 742 757 infants of women without a malignancy. A high rate of prematurity was found, especially when the malignancy was diagnosed during the second or third trimesters (33%). Most of these premature births were the result of induced delivery before 35 weeks (91%). The most remarkable finding is the observation that these premature infants had a significantly higher risk for neonatal morbidity than premature infants in the control group with an adjusted odds ratio of 2.67 (95% confidence interval; 1.86-3.84). We found a significantly increased risk of mainly relatively mild malformations among infants of women with a malignancy diagnosis within six months prior to the last menstrual period or during the first trimester with a risk ratio of 1.81 (95% confidence interval; 1.20-2.61).

Conclusion:

A high incidence of prematurity, mostly due to induced delivery, was found, including an increased risk for neonatal morbidity among these infants. An increased risk for relatively mild malformations was also found.

Antibiotika fritt legemiddel mot bakteriell vaginose

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

VAGINALTABLETT
Donaxyl®
dekvaliniumklorid

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

Donaxyl, CampusPharma. Antifektiv 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 Boyd. I sjeldne tilfeller når skjeden er svært tørr, kan vaginaltablettet fuktes med en dråpe vann før innføring. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Sår i vaginalt epitel og i skjededelen av livmorhalsen. Skal ikke brukes av unge jenter som ikke har hatt sin første menstruasjon. **Forsiktighetsregler:** For å minimere eksponering hos nyfødte, bør vaginaltablett ikke brukes senere enn 12 timer før fødsel. Det er ikke innhentet effekt- og sikkerhetsdata knyttet til ny behandling av pasienter som ikke reagerer på eller som har fått tilbakefall umiddelbart etter 1. gangs behandling. Pasienten bør rådføres med lege dersom symptomene vedvarer når behandlingen avsluttes, eller hvis symptomene kommer tilbake. Bruk av høyere daglig dose eller økt behandlingstid kan øke risikoen for sår i skjeden. Ingen effekt- og sikkerhetsdata knyttet til behandling av bakteriell vaginose hos kvinner <18 eller >55 år. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner (se G01A C05). Anionaktive stoffer kan redusere antimikrobiell aktivitet. Samtidig intravaginal bruk av såper, sæddrepende midler eller vaginaldusj (vaginalskyling) anbefales ikke. Samtidig bruk av lateksfrie kondomer og annet intravaginalt utstyr (f.eks. pessar) anbefales ikke. Svekker ikke funksjonaliteten til latekskondomer. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Begrensede data viser ingen negativ innvirkning på graviditet eller foster/nyfødte barn. Bør bare brukes under graviditet hvis helt nødvendig. Amming: Systemisk eksponering hos ammende er ubetydelig, og ingen skadelig innvirkning på diende nyfødte/spedbarn forventes. Kan brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Infeksjoner: Vaginalis candidiasis. Kjønnsganer/bryst: Vaginalutflod, vulvovaginal pruritus, vulvovaginal sviende følelse. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Infeksjoner: Bakteriell skjedekatarr, soppinfeksjon i huden, vulvitt, vulvovaginit. Kjønnsganer/bryst: Vaginale blødninger, vaginalsmertner. 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 skyling 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 vaginaltablett:** Styrke: 10 mg; Pakning: 6 st (blister); Refusjon/Byttegruppe: -/-; Pris (kr): 189,70; R.g.r.: C²

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

SAMSUNG

Samsung har lansert en ny portefølje av ultralydapparater. Disse apparatene har blant annet Hybrid Beamforming Engine™, en teknologi som kombinerer 2D og Doppler med kraftig databehandling for å skape stabile signaler og redusert støy. Dette gir raskere bildehastighet og bedre bildekvalitet. Med dette redefinerer Samsung diagnostisk ultralyd.



EKSTREM NØYAKTIGHET

Avansert bildeprosessering og probeteknologi 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

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



HS50

HS60

HS70A

WS80A

H60

HM70A

PT60A