

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

1 • 2016



Intervju med **Margit Steinholt**

Drømmen om New York s. 14

Mødrehelse i Kigoma s. 18

Kvinneklinikken i Hammerfest s. 42



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



MUNN-
TØRRHET PÅ
PLACEBONIVÅ^{1,2}

RF 14/2015 02 201

EN ANNEN BEHANDLINGSMETODE FOR OVERAKTIV BLÆRE¹

- Den første β_3 -agonisten mot overaktiv blære^{1,2}
- Dokumentert effekt på alle OAB-symptomer^{1,2}
 - Munntørrhet på placebonivå^{1,2}

Sikkerhetsinformasjon: Mirabegron 50 mg er en β_3 -agonist og kan gi økt blodtrykk (< 1 mm Hg SBP/DBP gjennomsnittlig) og pulse (ca. 1 slag/min). Mirabegron er kontraindisert for alvorlig ukontrollert hypertensjon definert som ≥ 180 mm Hg SBD og/eller ≥ 110 mm Hg DBP og blodtrykket bør måles ved oppstart og under behandling, spesielt hos hypertensive pasienter. Endringene i pulsfrekvens og blodtrykk er reversible når behandlingen avsluttes.

*Betmiga Produktresumé. 09.2015 §4.3, §5.1



Referanser: 1. Khullar et al. European Urology 63(2013):283–295. 2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. **Betmiga Urologisk spasmodolytikum.** ATC-nr: G04B D12 **DEPOTTABLETTER, filmdrasjerte 25 mg og 50 mg:** Hver depottablett inneholder: Mirabegron 25 mg, resp. 50 mg, hjelpestoffer: Fargestoff: 25 mg. Gult og rødt, jernoksid (E 172), 50 mg. Gult jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 50 mg 1 gang daglig. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon: Preparatet er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 ml/minutt/1,73 m² eller pasienter som trenger hemodialyse) eller ved alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C), og anbefales ikke til disse pasientgruppene. Det foreligger begrensete data fra pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m²) og det anbefales en dosereduksjon til 25 mg for denne pasientgruppen. Tabellen viser anbefalt daglig dose for pasienter med nedsatt lever- eller nyrefunksjon ved fravær og tilstedeværelse av sterke CYP 3A-hemmere.

	Sterke CYP3A-hemmere	
	Uten hemmer	Med hemmer
Nedsatt nyrefunksjon ¹	Lett 50 mg	25 mg
Moderat	50 mg	25 mg
Alvorlig	25 mg	Ikke anbefalt
Nedsatt leverfunksjon ²	Lett 50 mg	25 mg
Moderat	25 mg	Ikke anbefalt

1 Lett: GFR 60–89 ml/minutt/1,73 m². Moderat: GFR 30–59 ml/minutt/1,73 m². Alvorlig: GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m².
2 Lett: «Child-Pugh» klasse A. Moderat: «Child-Pugh» klasse B.

Barn og ungdom: Bør ikke brukes, da effekt og sikkerhet ikke er tilstrekkelig dokumentert. **Administrering:** Tas 1 gang daglig. Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele med væske. Skal ikke deles eller knuses. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Alvorlig ukontrollert hypertensjon definert som systolisk blodtrykk ≥ 180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk ≥ 110 mm Hg. **Forsiktighetsregler:** Nedsatt lever- og nyrefunksjon: Se Dosering. **Hypertensjon:** Mirabegron kan øke blodtrykket. Blodtrykk bør måles ved oppstart og jevnlig under behandlingen, spesielt hos hypertensive pasienter. Det foreligger begrensete data fra pasienter med hypertensjon trinn 2 (systolisk blodtrykk ≥ 160 mm Hg eller diastolisk blodtrykk ≥ 100 mm Hg). **Kongenital eller ervervet QT-forlengelse:** Ved terapeutiske doser i kliniske studier, har mirabegron ikke gitt klinisk relevant QT-forlengelse. Pasienter med tidligere kjent QT-forlengelse eller pasienter som bruker legemidler som

er kjent for å gi forlenget QT-intervall er imidlertid ikke inkludert i studiene, og effekten er ukjent. Varsomhet må utvises ved bruk til disse pasientene. **Pasienter med blærebstruksjon (BOO) og pasienter som tar antimuskariner mot overaktiv blæresyndrom (OAB):** Hos pasienter som tar mirabegron er det etter markedsføring rapportert om urinretensjon hos pasienter med BOO og hos pasienter som tar antimuskariner som behandling mot OAB. En kontrollert klinisk sikkerhetsstudie av pasienter med BOO viste ingen økt urinretensjon hos pasienter behandlet med mirabegron, men mirabegron bør likevel administreres med forsiktighet ved klinisk signifikant BOO. Mirabegron bør også administreres med forsiktighet til pasienter som tar antimuskariner som behandling mot OAB. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon (GFR 30–89 ml/minutt/1,73 m²) eller lett nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A), og samtidig behandling med sterke CYP3A-hemmere, er anbefalt dosering 25 mg/dag. Det bør utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler med smal terapeutisk indeks som metaboliseres signifikant via CYP2D6, slik som tioridazin, antiarytmika type 1C og TCA. Det bør også utvises forsiktighet ved samtidig bruk av CYP2D6-substrater, der dosen titreres individuelt. For pasienter som skal starte behandling med en kombinasjon av Betmiga og digoksin, bør laveste dose digoksin forskrives i starten. Digoksinkonsentrasjonen i serum bør overvåkes og brukes til titrering av digoksinosen for å oppnå ønsket klinisk effekt. Det bør tas hensyn til muligheten for at mirabegron kan virke hemmende på P-gp ved kombinasjon med sensitive P-gp-substrater, som f.eks. dabigatran. Økt eksponering for mirabegron forårsaket av interaksjoner kan være forbundet med forhøyet puls. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som som prøver å bli gravide. Amming: Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme¹. Hjerte/kar: Takykardi. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerte/kar: Palpitasjon, atrieflimmer. Hud: Urticaria, utslett, inkl. makuløst og papuløst utslett, pruritus. Infeksjoner: Vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnsorganer/bryst: Vulvovaginal pruritus. Muskel-skjelettsystemet: Hovne ledd. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk, forhøyet G-GT, forhøyet ASAT, forhøyet ALAT. Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/1000$): Gastrointestinale: Leppeødem. Hud: Leukocytoklastisk vaskulitt, purpura, angioødem¹. Nyre/urinveier: Urinretensjon¹. Øye: Øyelokksødem. Ukjent frekvens: Psykiske: Insomni¹. ¹Observert etter markedsføring. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Opptil 300 mg daglig i 10 dager, ga økt puls og økt systolisk blodtrykk ved administrering til friske. **Behandling:** Symptomatisk og støttende. Monitorering av puls, blodtrykk og EKG anbefales. **Pakninger og priser** (pr. 08.02.2016): **25 mg:** 30 stk. (blister) 372,50 kr; 90 stk. (blister) 1034,90 kr; **50 mg:** 30 stk. (blister) 372,50 kr; 90 stk. (blister) 1034,90 kr; 90 stk. (flaske) 1034,90 kr. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktivt neuropein blare med lekkasje (urgeinkontinens). Refusjonskode: ICP-C: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens Vikår: Ingen spesifiser. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 09.2015. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 08.02.2016.



Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør
Agnethe Lund
Overlege, Helse Bergen HF
E-mail: agnethe.lund@helse-bergen.no

Redaksjonsmedlemmer
Renee Waage
LIS Bodø
E-mail: renee.waage@gmail.com

Irina Eide
PSL, Bodø
E-mail: irina.eide@gmail.com

Magne Halvorsen
Privatprakt, SSA Arendal
E-mail: magnehalvorsen@hotmail.com

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

Espen Berner
Oslo Universitetssykehus
E-mail: espen.berner@gmail.com

Nettredaktør
Mette Løkeland,
Haukeland universitetssjukehus, Bergen
E-mail: lokeland@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon
DRD DM, Reklame & Design AS
www.drd.no
Pilestredet 75D, 0354 Oslo

GYNEKOLOGEN på internett
www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2016
nr. 1; 1. februar
nr. 2; 1. mai
nr. 3; 1. september
nr. 4; 1. november

Opplag: 1250

NGF representasjon i ulike styrever, råd og komiteer STAN gruppen
Branka Yli (leder), Jørg Kessler, Marit Martinussen, Thomas Hahn

Endoskopiutvalget
Klaus A. Oddenes (leder), Stine Andreassen, Guri Majak, Jeanne Mette Goderstad, Jostein Tjugum

Kvalitetsutvalget
Pål Øian (leder), Jørg Kessler, Heidi Frostad Sivertsen, Anne Cecilie Hallquist (PSL), Kathrine Woie (NFGO)

NPE komiteen
Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker



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

Forsidefoto: Pamela Carls, Flickr.

INNHold

REDAKTØR 5
LEDER 7

INTERVJU
Margit Steinholt 10
Drømmen om New York 14

GYNEKOLOGEN UTENLANDS
Misoprostol, abort og mødrehelse i Kigoma, Tanzania 18

HORMONHJØRNET
Middelsex - en kronike om en enzymdefekt 22

FAGLIG PÅFYLL
Kronisk inflammasjon og kreftutvikling 24
Å starte svangerskapet med overvekt eller fedme kan gi alvorlige svangerskapsutfall 28

PhD
Stine Andreassen 30

FUGO
Kjære FUGO-medlemmer! 32

UTDANNING, KURS OG MØTER
What happens in Vegas. Verdenskongress i endoskopi, november 2015 34
Highlights fra ESG 2015 kongress i Praha 36
Nasjonal konferanse for sykehusenes abortnemder 38

NORGE RUNDT 42

FUGO
Thea Falkenberg Mikkelsen (leder), Erica Hove, Eirin Haugli Falch, Tiril Tinglef, Eirin Haugli Falch, Camilla Kleveland, Malin Dögl, Renee Waage, Erica Hove

NFGO – Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi
Kathrine Woie (leder), Kathrine Woie (HUS) Rita Steen (OUS), Tone Skeie-Jensen (OUS), Solveig Tingulstad, Elisabeth Ataya, Anne Beate Vereide, Anne Hanson, Bent Fiane, Jostein Tjugum, Marta Eide (vara)

NFOG – Nordic Federation of Societies of Knut Hordnes (president), Nils-Halvdan Morken (vitenskapelig komite)

EBCOG
Knut Hordnes, Arild Kloster-Jensen (PSL/NGF), Rolf Kirschner (General Secretary, EXEC)

Spesialistkomiteen
Trond Melbye Michelsen (leder), Jeanne Mette Goderstad (nestleder), Knut Hoff Kierulf, Ingeborg Bøe Engelsen, Hilde Sundhagen (PSL), Marte Myhre Reigstad (Ylf), Yngvild Skåtun Hannestad (vara), Camilla Rørslett Kleveland (Ylf vara)



- Eneste godkjente 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 inneh.: Misoprostol 200 µg (avgir 7 µg/time i løpet av 24 timer), kryssbundet hydrogelpolymer, butylert hydroksyanisol. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel hos kvinner med umoden cervix, fra uke 36 i svangerskapet, hvor induksjon er klinisk indisert. **Dosering: Voksne:** Maks. anbefalt dose: 1 vaginalinnlegg. Skal tas ut når fødselen er i gang, dersom uteruskontraksjonene er langvarige eller for kraftige, dersom barnets liv er i fare eller det har gått 24 timer siden innsetning. Dersom vaginal innlegget faller ut, skal det ikke erstattes. Ved påfølgende administrering av oksytocin, vent minst 30 minutter etter at vaginalinnlegget er tatt ut. **Spesielle pasientgrupper:** Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med opplæring innen obstetrikk på sykehus med tilgjengelig utstyr for kontinuerlig føtal og uterin overvåking. Cervix skal undersøkes nøye før bruk. Uterin aktivitet og føtal tilstand overvåkes nøye etter innsetning. Tas ut av fryseren og ut av folieposen like før innsetning. Opptining er ikke nødvendig. Åpne posen ved å rive ved merket langs toppen. Saks kan ødelegge uttakingsystemet. Plasseres vaginalt i bakre fornix, og vendes 90° slik at det ligger på tvers. Vannløselig glidemiddel kan brukes. Ved innsetning vil det øke i størrelse 2-3 ganger og bli bøyeelig. 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 arvevev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. hjerteformet livmor). Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie. Tegn eller symptomer på korioamnionitt, 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 vaginalfødslar etter uke 24 i svangerskapet. Forsiktighet utvises ved modifisert «Bishops score» (mBS) >4. En påfølgende dose utover maks. dose anbefales ikke pga. manglende data. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC) post-partum er beskrevet ved induert fødsel (fysiologisk eller farmakologisk metode). Butylert hydroksyanisol kan forårsake hudreaksjoner eller irritasjon i øyne og slimhinner. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er kontraindisert pga. økt uterotonisk effekt. Andre prostaglandinpreparater ble i en studie gitt ved behov 1 time etter uttak av Misodel uten negative effekter. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Kontraindisert før uke 36 i svangerskapet. **Amning:** Misoprostolsyre utskilles i kolostrum og i morsmelk (peroral administrering), men bør ikke hindre amning. Ingen negative effekter sett hos diende spedbarn. **Fertilitet:** Ikke relevant. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hjerte/kar: Føtal hjerterytmesykdom (føtale hjerterytmeforstyrrelser, føtal bradykardi, føtal takykardi, fravær av normal variasjon av ukjent årsak, nedsatt føtal 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 fostervann. Unormale uteruskontraksjoner (uterin takysystole). **Mindre vanlige** (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Hud: Utslett. Kjønnsganer/bryst: Genitalkløe. Luftveier: Neonatal respirasjonsdepresjon, neonatal åndenødssyndrom, forbigående takypné hos nyfødte. Nevrologiske: Neonatal hypoksisk-iskemisk encefalopati. Svangerskap: Blødning antepartum, føtal acidose, blødning postpartum, prematur morkakeløsning, uterin hypertonus, uterin ruptur. **Undersøkelser:** Lav Apgar-score, forhøyet blodtrykk hos mor. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen erfaring. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk prostaglandin E1 (PGE1)-analog. **Virkningsmekanisme:** Forårsaker modning av cervix og uterine kontraksjoner. **Absorpsjon:** Kun misoprostolsyre påvises i plasma. Cmax: 45,8 µg/ml. Median Tmax: 4 timer. **Proteinbinding:** Misoprostolsyre <90% i serum (avhengig av terapeutisk dose). **Halveringstid:** Median terminal T1/2 (etter uttak): Ca. 40 minutter. **Metabolisme:** Raskt til aktiv metabolitt, misoprostolsyre, som metaboliseres videre til inaktiv dinor- og tetranorsyrederivater. **Utskillelse:** Renal for dinor- og tetranorsyrederivater. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i fryser (-10 til -25°C). **Pakninger og priser pr. februar 2016:** 5 stk. (folieposer) kr 6 459,-.



Ferring Legemidler AS
Postboks 4445 Nydalen
0403 OSLO



MIS/001/02/2016



« Gynekologer har mye på hjertet. Deler vi vår innsikt vil faglige og politiske spørsmål bli bedre belyst »

Kjør debatt!

Mediabransjen er i omstilling og må tilpasse seg en virkelighet med nye kanaler for informasjonsflyt. Vi leser og deler innhold fra ulike kilder og har ikke lenger et lojalt forhold til aviser eller kringkastere. Flere mediehus sier opp journalister i hopetall. Samtidig inviteres publikum i større grad til å bidra. Det ryddes plass til kronikker og debattinnlegg i de store avisene, man satser på engasjement og kunnskap i befolkningen når redaksjonene skal skjæres til beinet.

Også vi helsearbeidere må tilpasse oss. Legen som holder kortene tett til brystet oppleves arrogant. Folk vil ikke bare vite hva som feiler dem, de vil vite hvorfor, hva som skjer videre og hvilke alternativer de har. Og vi skal gi dem innsikt slik at hver kvinne får tilbud om og selv kan velge riktig behandling.

Hvem har ikke vært frustrert over ekspertpasienten som så vidt har skummet Wikepeida? Eller over mammabloggere som deler misnøye og gir hverandre mer eller mindre veloverveide råd om svangerskap og fødsel? Vel, det vil ikke hjelpe å bli oppgitt. Vi må selv bruke de nye kanalene til å dele vår kunnskap.

Vi bør ikke overlate debattene i vårt fag til enkeltstemmer i sosiale medier eller ressursfattede avisredaksjoner. Det er generelt stor interesse for gynekologi og fødselshjelp - og sterke historier har vi i overflod. Vi forvalter og former tjenester som berører alle.

Med riktig formidling kan vi bli kvitt arrogansestempelet. Det kan være så enkelt som å beskrive virkeligheten; gledene, utfordringene, forskning og etiske dilemma. I 2015 har mange kollegaer vært synlige. For eksempel Stian Westad som hadde mot til å innrømme feil og beskrive egen sårbarhet. I fremtiden håper jeg det blir flere slike stemmer.

I denne utgaven håper jeg du vil ha glede av intervju med en annen uredde og synlig kollega, Margit Steinholt. Du kan lese om Middlesex i Hormonhjørnet (ja, Ragnar Sande har anmeldt den før men jeg avslørte at han egentlig ikke hadde fullført romanen) - og du kan lære mer om sammenhenger mellom inflammasjon og gyn. kreft. Selv om det ikke forventes minneord til Gynekologen ved kollegaers bortgang, føles det riktig og godt å ta med en siste hilsen til Helga Salvesen. Hun var for øvrig ofte synlig i media og en ypperlig fagformidler.

Gynekologer har mye på hjertet. Deler vi vår innsikt vil faglige og politiske spørsmål bli bedre belyst. Så kast dere utpå og kjør debatt!

Vennlig hilsen
Agnethe Lund

«NGF VÅRMØTE»

HUNT Auditorium, Levanger 13.-14. april 2016



13. april

09:00-10:00

Registrering. Rundstykker og kaffe

10:00 – 10:20

Velkommen til Levanger! Musikalsk innslag

10:30 – 13:00

Fedme og graviditet

Ezter Vanky, overlege dr.med., St. Olavs Hospital: Metabolsk syndrom
Ronald Mårvik, overlege dr.med., St. Olavs Hospital: Fedmekirurgi og komplikasjoner
Liv Bente Romundstad, spesialist i fertilitet, dr.med.: Fertilitet og fedme
Elisabeth Magnussen, overlege dr.med.; St. Olavs Hospital: Svangerskap og fedme

13:00-14:00 Lunsj i peisestua

14:00-15:40

Frie foredrag à 20 min.:
Vi oppfordrer spesielt unge LIS-er og unge forskerspirer til å melde inn foredrag.

16:00-17:00

HUNT – Presentasjon av Phd om kvinnehelse

SOSIALT PROGRAM:

18:30 Byvandring Levanger by og Bymuseet

19:30 Middag på [Bryggestua](#)

Innsending av frie foredrag/posterfrist 20.februar 2016

Sendes til: nilshermann.eriksson@hnt.no

Påmeldingsfrist: 1. mars 2016

Deltakeravgift kr 1500,- per person for hele møtet (reise, opphold og middag kommer i tillegg)

[Påmelding i denne lenken](#)

Hotell: [Thon Hotel Backlund](#) tlf. 74 08 16 00

14. April

09:00-09:15

Velkommen til dag 2 og takk for i går
Marit Lieng, leder NGF

09:00-10:45

Perinealruptur

Komplikasjoner og reoperasjoner, Nasjonalt senter for bekkenbunnskirurgi, Tromsø

11:00-15:00

Onkologi

Oluf Dimitri Røe, onkolog, Sykehuset Levanger:
Onkologi i lokalsykehus
Bjørn Hagen, overlege og professor, St. Olavs Hospital og NTNU: Vaktpostlymfeknuter ved livmorkreft
Trine Stokstad, overlege St. Olavs Hospital: Kreftmarkører og RMI

12:30-13:30 Lunsj i peisestua

13:30-15:00

Onkologi fortsetter

15:00-15:10

Avslutning

Vel hjem!



Kjære kollegaer!

Det er en ære å ha blitt valgt som leder i Norsk Gynekologisk Forening, og jeg vil takke foreningens medlemmer for tilliten. Norsk Gynekologisk Forening er en stor forening med mange dyktige og dedikerte fagfolk. Oppdraget å lede denne foreningen er krevende og føles til tider formidabelt. Heldigvis har vi et styre som består av driftige og flinke kollegaer med god spredning både innen fag og geografi. Jeg håper og tror derfor at vi, ved hjelp av både enkeltmedlemmer og utvalg og komiteer i foreningen, skal klare å utføre dette oppdraget sammen.

I sykehuset 12. januar, presenterte helse- og omsorgsminister Bent Høie tre styringsmål for de regionale helseforetakene i 2016. Et av disse målene er å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. For å oppnå dette skal, ifølge oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene, andelen sykehusinfeksjoner være lavere enn 4.7 % og det skal ikke være korridorpatienter. Helse- og omsorgsministeren skal berømmes for å sette pasientsikkerhet og kvalitet på agendaen. Vi i Norsk Gynekologisk Forening har i mange år vært opptatt av dette, noe vårt systematiske arbeid med de nasjonale veilederne er et godt bevis på. "Oppvokst" som jeg er, i en faglig kultur som tar pasientsikkerhet og kvalitet på alvor, er jeg derfor skuffet over hvordan helseministeren vil bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i året som kommer. Det er liten tvil om at det er bra å ha lav forekomst av sykehusinfeksjoner, og at det er uheldig å ha pasienter liggende på korridoren. Men jeg håper at medlemmene i Norsk Gynekologisk Forening har større ambisjoner enn dette for å bedre kvaliteten i behandlingen av våre pasienter. Om jeg var pasient ville jeg garantert vært mer opptatt av hvilken behandling jeg ville få, hvilket resultat jeg kunne forvente av denne behandlingen og hvilken risiko behandlingen innebar, enn risikoen for korridorpass.

Vi har nå mer enn 50 nasjonale kvalitetsregistre i Norge. Tre av disse er innenfor vårt fagfelt (Nasjonalt register for gynekologisk kreft, Norsk gynekologisk endoskopiregister og Norsk Kvinnelig Inkontinensregister). Mens de fleste fødeavdelinger virker å ha god kontroll over sine resultater og kan rapportere på mange

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): Elise Thoresen Sletten, LIS KK UNN Tromsø.
elise.thsletten@gmail.com

Styremedlem: Arild Kloster-Jensen, Spes. praksis, Arendal.
akloster@online.no

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

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

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

kvalitetsmål som forekomst av keisersnitt, operative vaginale forløsninger, perinealrifter, postpartumbldninger og Apgar score, er det mye å hente på kvalitetsarbeidet innen gynekologi. Ved å registrere våre prosedyrer i registrene som allerede er etablerte, har vi nå en gylden mulighet til å kunne sikre kvaliteten i behandlingen vi til daglig utsetter våre pasienter for. Pasienten har gjennom pasient- og brukerrettighetsloven rett til informasjon om mulig risiko og bivirkninger. Det er en selvfølge at vi skal opplyse en pasient om risikoen ved en behandling vi planlegger å gi, men for å kunne gi slike opplysninger må vi ha oversikt over våre komplikasjoner. Jeg håper derfor at medlemmene av Norsk Gynekologisk Forening har høye ambisjoner for bedret pasientsikkerhet og kvalitet innen vårt fagområde i 2016, og at dere derfor registrerer de gynekologiske prosedyrene dere utfører i våre nasjonale kvalitetsregistre.

Spesialiseringsstrukturen for våre unge kollegaer er som kjent under revisjon. Vi i styret vil, i samarbeid med spesialitetskomiteen, engasjere oss i dette arbeidet for å bidra til at kommende gynekologer og obstetrikere får en best mulig utdannelse.

Styret ser frem til vårmøtet i Levanger, der den lokale komiteen har satt sammen et spennende faglig program, og til NFOG i Helsinki. Jeg håper å treffe mange av dere begge steder. Dere finner mer informasjon om både Vårmøtet og NFOG Helsinki på våre nettsider. Vi har også begynt planleggingen av neste årsmøte. Etter å ha sett den strålende "reklamefilmen" fra AHUS på årsmøtet i Bergen, har jeg store forventninger til årets arrangement. Årsmøtet går av stabelen 26. - 28. oktober. Hold gjerne av datoene allerede.

Husk at dere kan ta kontakt med meg dersom dere har store eller små saker dere ønsker at styret skal ta opp til diskusjon. Takk for oppmerksomheten.

Vennlig hilsen
Marit Lieng
Leder

Foto: Fotograf Hattrem AS



FORANDRER LIVET TIL KVINNER MED MYOMER

ESMYA® KAN GI:

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

Referenser:

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

* Innen 7 dager.

ESM0915023NO

esmya® 5mg
Ulipristalacetat

Esmya «Gedeon Richter» Progesteronreseptormodulator. ATC-nr.: G03X B02. **TABLETTER 5 mg:** Hver tablett inneh.: Ulipristalacetat 5 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterine fibroider hos voksne kvinner i fertil alder. Intermitterende behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterine fibroider 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 behandlingsfrie perioder. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 4 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 uterine fibroider. 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 overvåking av endometrium. Dette omfatter årlig ultralyd som skal utføres etter tilbakevendt menstruasjon i en behandlingsfri periode. Hvis det oppdages endometriefortykkelse som vedvarer etter tilbakevendt menstruasjon i behandlingsfrie perioder eller >3 måneder etter avsluttede behandlingsregimer, og/ eller endret blødningsmønster oppdages, bør det utføres en undersøkelse som omfatter biopsi av endometrium, for å utelukke andre underliggende sykdommer, deriblant endometriell malignitet. Ved hyperplasi (uten atypi) vil overvåking 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 intermenstruall 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 in- termitterende 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 anbefales interaksjonsanalyse. Ulipristalacetat har en steroidstruktur og fungerer som en selektiv progesteronreseptormodulator med hovedsakelig hemmende effekter på progesteronreseptoren. Hormonelle prevensjonsmidler og progestagener vil derfor trolig føre til redusert effekt av ulipristalacetat grunnet en konkurrerende virkning på progesteronreseptoren.

Samtidig administrering av legemidler som inneholder pro- gestagen anbefales derfor ikke. Etter administrering av den potente CYP3A4-hemmeren ketokonazol (400 mg 1 gang daglig i 7 dager) til friske frivillige, øker C_{max} og AUC for ulipristalacetat hhv. 2 og 5,9 ganger; AUC for aktiv metabolitt av ulipristalacetat øker 2,4 ganger, mens C_{max} for aktiv metabolitt reduseres (0,53 gangers endring). Ingen dosejusteringer anses å være nødvendige ved administrering til pasienter som samtidig får milde CYP3A4-hemmere. Samtidig administrering av moderate (f.eks. erytromycin, grapefruktjuice, verapamil) eller potente (f.eks. ketokonazol, ritonavir, nefazodon, itrakonazol, telitromycin, klaritromycin) CYP3A4-hemmere anbefales ikke. Administrering av den potente CYP3A4-induktoren rifampicin (300 mg 2 ganger daglig i 9 dager) til friske frivillige reduserer betydelig C_{max} og AUC for ulipristalacetat og dens aktive metabolitt med 90% eller mer, og reduserer halveringstiden til ulipristalacetat 2,2 ganger (tilsvarende en ca. 10 gangers reduksjon av eksponering for ulipristalacetat). Samtidig bruk av potente CYP3A4-induktorer (f.eks. rifampicin, rifabutin, karbamazepin, okskarbazepin, fenytoin, fosfenytoin, fenobarbital, primidon, johannesurt, efavirenz, nevirapin, langvarig bruk av ritonavir), anbefales ikke. Ulipristalacetat kan forstyrre virkningen til hormonelle prevensjonsmidler (rent progestagen, progestagenfrisettende antikonsepsjon (spiral) eller 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 feksofenadin (60 mg) ikke har noen kliniske relevante effekter på farmakokinetikken til feksofenadin. Det anbefales derfor at samtidig administrering av ulipristalacetat og P-gp-substrater (f.eks. dabigatranetiksilat, digoksin, feksofenadin) utføres med minst 1,5 timers mellomrom. **Graviditet, amming og fertilitet:** Se Kontraindikasjoner. **Graviditet:** Kontraindisert under graviditet. **Amning:** Ulipristalacetat og dens aktive mono-N-demetylerede metabolitt utskilles i brystmelk med et gjennomsnittlig AUC₀₋₂₄ melkplasma-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. **Van- lige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smarter i abdomen, kvalme. Hud: Akne. Kjønnsganer/ bryst: Hetetokter, bekkenmerter, ovariecyste, ømhet/smarter i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Smarter i muskler og skjelett. Neurologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. Øre: Vertigo. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Munntørhet, konstipasjon. Hud: Alopeci, hyperhidrose, tørr hud. Kjønnsganer/bryst: Metroragi, genital utflod, ubehag i brystene, uterin blødning. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter. Neurologiske: Nyrer/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 side c. **Egenskaper: Klassifisering:** Peroralt aktiv syntetisk progesteronreseptormodulator som karakteriseres av en vevsspesifikk delvis progesteronantagonisteffekt. **Absorpsjon:** T_{max}: Median på 0,75 timer. **Proteinbinding:** Bindes i høy grad (>98%) til plasmaproteiner, inkl. albumin, alfa-1-syre-glykoprotein, lipoprotein med høy tetthet og lipoprotein med lav tetthet. **Halveringstid:** Terminal halveringstid i plasma etter en enkelt dose på 5 eller 10 mg er beregnet til ca. 38 timer, med en gjennomsnittlig peroral clearance (Cl/F) på ca. 100 liter/time. **Metabolisme:** Omdannes til mono-N-deme-tylerte og deretter di-N-demetylerede metabolitter, hovedsakelig via CYP3A4. **Utskillelse:** Hovedsakelig via feces, <10% via urin. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser:** 28 stk.¹ (blister) 190889. **Refusjon:** ¹Se G03X B02_1 side d i Refusjonslisten. **Sist endret:** 30.06.2015

Margit Steinholt

Av Knut Hordnes

Gynekologen intervjuer denne gang Margit Steinholt. Hun er nylig valgt inn som norsk representant i FIGO Executive Board. Hun er en tydelig stemme og har stor erfaring fra arbeid med mødrehelse i den tredje verden, og begge deler kan komme godt med i FIGO.

Navn: Margit Steinholt

Arbeidssted: Sandnessjøen



Margit før hun ble gynekolog.. med rød topplue og med bror og søskenbarn på isen.

Margit er overlege i Sandnessjøen, arbeider med prosjekt i Kambodsja og er mangeårig medlem av Legeforenings utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse. Hun har bakgrunn som leder av Nordland Legeforening hvor hun fortsatt sitter i styret, og hun har vært konsern tillitsvalgt i Helse Nord. Og ikke minst - hun har en gang vært i Gynekologens redaksjon! Vi benytter anledningen til å bli bedre kjent med vår nye representant.

Vil du si litt om oppveksten din?

– En typisk 60 tallsoppvekst på ytre Helgeland med far i utenriksfart og mor i jobb på kontor. Siden mange fedre og menn var borte på jobb i årevis, var barndommen preget av sterke kvinneskikkelser! Alle historiene fra sjøen tente nok eventyrlysten hos meg allerede som liten.

Hvorfor studerte du medisin, hvor gjorde du det og når bestemte du deg for at gynekologien var fagfeltet for deg?

– Jeg studerte i Oslo på tidlig 80 tallet. Siden jeg hadde gammel dags engelskartium, brukte jeg to år på å jobbe som pleie-medhjelper samtidig som jeg tok matte, fysikk og kjemi på kveldstid. Jeg hadde opprinnelig plan om å studere språk, men et år i USA da jeg var 18, fikk meg på andre tanker. Drømmen om å reise til sjøs som kaptein på stor båt måtte tidlig avlyses pga altfor dårlig syn.

Hvorfor gynekologi?

– Fødselshjelp og kvinnesykdommer er en fantastisk spesialitet. Man møter kvinner i alle livets faser. Samtidig er global kvinnehelse også sterkt avhengig av samfunnspolitiske premisser, så dette er et fag der man kan kombinere fingerferdighet med psykologi og samfunnsengasjement.

Hvor gikk veien etter studiet?

– Turnus i Sandnessjøen før det ble spesialisering i Bodø og Tromsø. Etter at jeg reiste fra Oslo i 1985 har jeg holdt meg i nord - med stort hell!

«Gleden ved å virkelig kunne bidra til endring er enorm»



Minefeltene i Kambodsja. Jenta er medic for minerydnerne, 2012.

Du har arbeidet i mange år ved et lite sykehus nemlig i Sandnessjøen. Hvilke erfaringer har du, er det noe du vil trekke fram som spesielt positivt eller utfordrende? Har du et syn på strukturen på fødetilbudet her i landet, jamfør «Et trygt fødetilbud?»

–Jeg er veldig fornøyd med strukturen vi har i nord. Vi har en uttalt desentralisert tjeneste, og et fantastisk ambulansesystem (inkludert båter og fly/ helikopter) som sørger for at de som trenger spisskompetanse ved de store avdelingene i Bodø og Tromsø kommer seg trygt fram. Det mest positive ved små avdelinger er at vi kjenner pasientene og vice versa. Jeg er nå så gammel at jeg har forløst to generasjoner kvinner fra samme familie. Det er klart at dette er bra! Vi har også kapasitet til å ha barselkvinner liggende til de sjøl er trygge nok til å reise heim med den nye verdensborgeren. Helse Nord har de siste årene satset mye ressurser på å rekruttere og stabilisere gynekologer til alle fødeavdelingene i regionen. Det er et eksempel til etterfølgelse for andre RHF'er.

Du har vært hovedtillitsvalgt – hva er dine viktigste erfaringer?

– Det mest påfallende er at mange kolleger ikke setter seg inn i styringssystemene spesialisthelsetjenesten drives etter. Hvis man ikke kan strukturen, blir protester ofte et slag i lufta. Min erfaring er at arbeidsgiver setter pris på seriøse tillitsvalgte, men da må vi også være villige til å prioritere tillitsvalgtarbeid og ta frikjøp om det er nødvendig. Ingen liker sytpeiser.

Du er sterkt engasjert i mødrehelse. Hva fikk deg til å ta steget ut av landet?

– Fra barnsbein av har jeg vært opptatt av solidaritetsarbeid, noe jeg også drev i studietida. I 2004 var jeg så heldig å få bli med Tromsø mineskadesenter da de skulle utvide sitt arbeid med opplæring av fødselshjelpere i Kambodsja. Det kom samtidig

med at jeg begynte å bli lei av i-landsmedisin og klaging både fra pasienter og kolleger. Jeg var i ferd med å bli ei sur gammel hurpe. Gleden ved å virkelig kunne bidra til endring er enorm, og ikke minst få utrolig mye tilbake fra kolleger og mennesker som lever under en hardere himmel enn vår.

– I Kambodsja har vi fokusert på opplæring av helsepersonell og befolkninga hele veien fra lokalsykehuset og ut til landsbyene. Såkalte hjelpekoner er inkludert i behandlingsskjeden, og med disse enkle tiltakene er mødredødeligheten redusert med 85 % i løpet av få år. Nå har kollega Jon Øyvind Odland (intervjuet i Gynekologen utg 2, 2014, red.anm) og jeg fått forskningsmidler fra Helgelandssykehuset for å studere miljøgifter og tungmetaller i blodet hos gravide kvinner i to landsbyer i Kambodsja. Her er vi helt avhengige av den lokale kompetansen hos våre kambodsjanske kolleger, og studien gir verdifull forskerererfaring til dem. Slik kan man bygge opp faget i lavressursområder stein for stein.

«Helse Nord har de siste årene satset mye ressurser på å rekruttere og stabilisere gynekologer til alle fødeavdelingene i regionen. Det er et eksempel til etterfølgelse for andre RHF'er»

« Fødselshjelp og kvinnesykdommer er en fantastisk spesialitet. Man møter kvinner i alle livets faser. Samtidig er global kvinnehelse også sterkt avhengig av samfunnspolitiske premisser »



Margit og hennes hjertebarn fra Sør-Afrika; Sanele og hans oldemor. Bildet er tatt i 2006 da Sanele var 2 år. Han hadde TBC og HIV da han kom på barnehjemmet jeg jobbet på. Nå er han er stor og frisk 12 åring som lever godt med antiviral behandling.

Kvinner på Sangkher elva på vei til svangerskapskurs.

Vårt fag kan gi mange sterke inntrykk. Har du noen du vil dele?
– Fødselshjelp er vel den spesialiteten der avstanden mellom lykke og den dypeste sorg er kortest. Min mest dyrekjøpte erfaring var å miste både ei mor og hennes barn. Det preget meg personlig og faglig i mange år, og saken gjorde meg oppmerksom på hvor lite vi tar vare på hverandre når ulykken rammer.

Du har selv stilt opp som kollegastøtte, i etterkant av denne erfaringen? Ja, jeg satt i kollegastøttegruppa i Nordland i mange år. Etterhvert som jeg fikk tragedien på avstand, har jeg også brukt mine og sykehusets erfaringer i arbeidet med å trygge pasienter og personell når ulykken rammer. Min påstand er at trygge medarbeidere gir trygg pasientbehandling, og jeg er sterkt uenig i måten Statens Helsetilsyn driver sin utrykningsenhet. Personlig ønsker jeg meg en "havarikommisjon" etter modell fra transportbransjen. Det er beste tilnærming for å finne årsaker til feil og ulykker og samtidig unngå skyld og skam. Når helsepersonell er involvert pasientskadesaker, er ofte skamfølelsen helt lammende i tillegg til sorgen over å ha mislyktes i jobben

Hvilke saker brenner du for?

– Globalt er det at fokuset på traust gammeldags fødselshjelp og nok mat og trygge levekår er det som redder flest liv; ikke fancy datasystemer eller såkalte "innovative" løsninger. Det paradoksale



Chandy og jeg underviser i gjenopplivning. 2008

er at mange land med høy mødre- og nyfødtdødelighet samtidig kan tilby den rike delen av sin befolkning helsehjelp i ypperste klasse. Det er de fattige som dør enten kvinnene bor i et rikt eller fattig land. Afroamerikanske kvinner i USA har femdoblet risiko for død enn hvite. Vi må henge bjella på katta; skjevfordeling i helsetjenester følger klasse og etnisitet.



Min kollega Chandy intervjuer en TBA (Traditional Birth Attendant) på landsbygda i Kambodsja. Datteren på 15 er også med og hjelper til ved fødsler.

Er det endringer i faget vårt du synes er spesielt positivt eller negativt?

– Den økte "versteffalls" tenkinga virker lammende. De aller fleste kvinner føder normalt. Jeg er også svært kritisk til den såkalte effektiviseringa av barselomsorgen. I alle kulturer tar man vare på ei nybakt mor. I dagens Norge kastes unge familier ut i et stort vakuum uten støtte og omsorg fra noen. Gi oss barselavdelingene tilbake med stødige barnepleiere som kan håndtere barseltärer, melkespreng og engstelige fedre!

Har du noen råd til yngre kolleger som er i ferd med å bli gynekolog?

– Bli gynekolog! Det er et fantastisk fag med en enorm bredde, og du vil møte mennesker i alle livets faser.

Hva er spesielt med den nordnorske kulturen, og hva gjør personer fra landsdelen spesielt egnet til toastmastere?

– Den nordnorske kystkulturen er varm, raus og krass på samme tid. Mange oppfatter oss som lite seriøse fordi vi oftest kan beskrive sjøl de største tragedier med et snev av humor. Det er nok en overlevelsesmekanisme fra tidligere tider da befolkninga var prisgitt naturens luner; sviktet fisket var det smalhans til neste sesong.

Hvor går din vei videre?

– Jeg håper jeg får lov til å jobbe med kvinnehelse i et lokalt og globalt perspektiv i mange år framover! På det personlige planet ønsker jeg sjølsagt at det går bra med familien. Når det gjelder verden er den et dystre sted enn på lenge, men engasjementet for flyktninger i Norge de siste månedene gir håp om ei lysere framtid. Ingen kan gjøre alt, men vi kan alle gjøre noe....

Hva tror du blir dine viktigste oppgaver i FIGO?

– Å være praktiker og framholde den skandinaviske modellen med gratis helsetjenester i forbindelse med svangerskap, fødsel og abort. Det er det aller viktigste redskapet for å redusere antall kvinner og barn som dør helt unødig. Vi redder ikke gravide kvinner med fancy Smartphone apper. Kvinnene som dør er som regel analfabeter, og deres hverdag er fylt av bekymringer for barnas framtid. Deres egen helse kommer sist, og da er det FIGOs og vårt ansvar å ta den kampen.

Gynekologen takker for intervjuet! Margit har belt klart unngått å bli en sur gammel hurpe – meget langt derifra. Hun har et sterkt engasjement og brenner for vårt fag. Vi ønsker henne lykke til videre, og spesielt med arbeidet i FIGO!

Drømmen om New York



Skyline by Philipp Henzler



Med Fellowship Director Dr. G Gardner på uformell Graduation.

Av Renee Waage

Intervju med Ane Gerda Zahl Eriksson som har fullført Fellowship ved Memorial Sloan Kettering Cancer Centre (MSKCC) i New York.

Navn: Ane Gerda Zahl Eriksson

Arbeidssted: Oslo Universitetssykehus

Som trofast seer av "Grays anatomy" over 12 sesonger (jepp, imponert jeg også...) var det med stor nysgjerrighet jeg skjønte at en av overlegene som kom inn på morgenmøtet akkurat hadde returnert fra to år "over there". Min referanse når det kommer til USA og sykehus er nevnte TV serie og for medisinkullene før meg var Dr. Clooney grunnen til at unge og håpefulle benket seg en smule lett siklende foran TV-ruta. Livet på et sykehus i USA har altså vært virkeligheten for denne driftige kvinnen i 2 år, og ikke bare noe hun har sett på en skjerm med drømmende blikk og en kopp te mellom hendene.

Ane Gerda Zahl Eriksson startet sin karriere i Warsawa hvor hun studerte medisin, etter dette var det turnustjeneste ved Ringerike sykehus og distriktstjeneste ved Ringerike medisinske senter. Spesialistutdannelsen startet hun ved Ringerike sykehus, før det ble gruppe 1 tjeneste ved OUS på Ullevål og Radiumhospitalet. Hun var ferdig overlege i gynekologi i 2013 og ferdig bar da rett til New York hvor Ane Gerda tilbrakte 2 år ved Memorial Sloan Kettering Cancer Centre (MSKCC) i New York som «fellow» innen gynekologisk onkologi. "Fellow" er lege i grenspesialisering, og man må være ferdig spesialist for å kunne søke en slik stilling. MSKCC er for øvrig ikke hvilket som helst sykehus, det er kåret til kreftsykehus nummer 1 i USA. Det vil etter manges mening bety at det rangeres som nummer 1 i hele verden.

I Norge er det slik at kirurgisk behandling av gynekologisk kreft er sentralisert til 4 sykehus, Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo. Gynekologisk onkologi er ikke en egen spesialitet i Norge, slik det er i USA, og selv om det er gjort forsøk på å opprette dette som egen spesialitet har det skortet på politisk vilje til å spesialisere gynekologer innen onkologi. Men den debatten skal få ligge.

Ane Gerda har tatt seg tid til å fortelle litt om sitt opphold i USA til Gynekologen, og det er vi glade for. Familien med mann og deres to gutter flyttet til New York i to år fra 2013 til 2015 mens hun gjennomførte sin spesialisering som gynekologisk onkolog. Og selv om det kan fremstå som helt innlysende blir allikevel spørsmålet:

Hvorfor New York?

– I 2010 besøkte jeg en studiekamerat som var fellow ved MSKCC. Han var svært begeistret for sykehuset og oppmuntret meg til å søke om å være observatør ved gynekologisk seksjon mens jeg besøkte ham, og etter den uken forstod jeg at hvis jeg ville spesialisere meg innen gynekologisk onkologi var dette riktig sted. De kunne by på kirurgi av høy kvalitet og kvantitet, et dynamisk akademisk miljø og strukturert opplæring.

Kreftsykehus nummer 1 i USA er vel ikke akkurat helt enkelt å få jobbe ved. Hvordan gikk du fram for å kvalifisere deg til jobb ved MSKCC?

– For å kunne jobbe som kliniker i USA må man ha ECFMG sertifikat, det får man ved å gjennomføre United States Medical Licensing Exams(USMLE). Jeg fullførte spesialiseringen og gruppe

1-tjeneste ved OUS mens jeg avla USMLE-eksamener. For å få tid til sammenhengende forberedelser fikk jeg samlet avspasering og fordypningsdager, takket være velvillige ledere ved gynavdelingen. Jeg måtte også ha flere anbefalingsbrev og selv skrive et brev om hvorfor jeg burde få denne stillingen.

– USMLE består av 3 trinn, hvor trinn 1 er preklinisk, trinn 2 CK tester klinisk kunnskap og step 2 CS tester kliniske ferdigheter. Trinn 3 tester også klinisk kunnskap, denne er ikke nødvendig for midlertidig lisens som jeg hadde. Trinn 1 og trinn 2 CK eksamen kan avlegges ved flere europeiske senter, trinn 2 CS kan kun avlegges i USA. Forberedelsene er tid-krevende, og det er ikke ubetydelige kostnader forbundet med studiemateriell, eksamen-savgifter samt reise og opphold. Kostnader for trinn 1 og 2 er ca 7.000 USD, man kan også kjøpe ulke forberedelseskurs som vil øke utgiftene ytterligere. Da jeg hadde fått ECFMG godkjenning søkte jeg stillingen som internasjonal fellow med påfølgende intervju. Og fikk den!

« Opplæring og videreformidling av kunnskap og ferdigheter er sentralt »



På operasjonsstuen med Dennis Chi.

Dette høres ut som litt av et nåløy. Hvor mange leger var dere som arbeidet ved gynekologisk onkologisk avdeling?

–10 gyn.onkologer (kirurger), 6 fellows, 13 medisinske onkologer samt egen strålelege, genetiker, dedikerte patologer og radiologer. Hvert team bestod av 2 overleger, 1 fellow, en LIS og en PA (physician assistant). Som fellow roterte vi fra team til team hver måned. Vi roterte også til stråleteamet, onkologisk team, gastrokirurgisk og urologisk avdeling for å få en så bred utdanning som mulig.

Kan du fortelle litt om hvordan er vanlig arbeidsdag så ut?

– Jeg stod opp klokken 05.00, dro til sykehuset og startet visitt på mitt team klokken 06.00. Som fellow tildeles du en ny LIS hver måned. Du har opplæringsansvar for han eller henne, men til gjengjeld er de motiverte og til god hjelp. LISene møter forberedt til visitten, de har gjerne selv vært på egen pre-visitt, har forhørt seg om eventuelle hendelser vedrørende pasientene i løpet av natten, notert BT, puls og væskebalanse m.m. Vi hadde mange krevende inneliggende pasienter etter komplisert kirurgi, og var alltid på vakt for komplikasjoner.

LISen hadde så ansvar for dagsnotater på pasienten, mens Ane Gerda forfattet e-post til resten av teamet om status og videre plan for pasientene. Visitt og notater måtte være ferdige innen 07.00, da var det oftest operasjonstid eller poliklinikk. PA`en tok ansvar for teamets post-arbeid mens de andre var på operasjonsstuen.

På ettermiddagen eller mellom operasjoner var det tid for ny visitt, da sammen med overlege i teamet. Før hun forlot sykehuset

« Som fellow opererer man 3-6 dager i uken, 2-5 inngrep per dag. Det er en svært strukturt opplæring under hele spesialiseringsforløpet »

rundt klokken 20.00 om kvelden gjorde hun seg en ny runde blant pasientene. Som hun sier, -du er alltid på vakt for egne inneliggende pasienter, hele uken, callingen følger med hjem og ligger på nattbordet.

Fredag kveld gav hun rapport til helgens vaktteam, men kunne kontaktes også i helg per mail og telefon om noe var uavklart.

Hvor mange operasjonsstuer var tilgjengelige ved sykehuset?

– MSKCC har 21 operasjonsstuer + dagkirurgi. Som fellow opererer man 3-6 dager i uken, 2-5 inngrep per dag. Det er en svært strukturt opplæring under hele spesialiseringsforløpet. Er du LIS lege på 2.året har du medansvar for å lære opp leger i spesialisering på første året. Og slik fortsetter det til man er overlege med ansvar for å lære opp fellows.

Jeg var litt nyskjerrig på om hun hadde kjent noe til "spisse albuer", men det avkreftet hun blankt. Som hun sier, det er nok pasienter og operasjoner for alle. -Opplæring og videreformidling av kunnskap og ferdigheter er sentralt, og mer i sentrum i USA sammenlignet med Norge, og med en slik tilnærming ble det mindre albuer og mer samarbeid. Hun opplevde sykehusorganiseringsring som velfungerende og har mange lovord om å jobbe med amerikanerne. De er utpregede Ja-mennesker som stiller opp og jobber lange dager.

Hvordan opplevde du samarbeidet med andre yrkesgrupper som sykepleiere og andre spesialiteter?

– Helt fantastisk. Veldig velfungerende. Hver torsdag 07.00 var det tumorboard, og alle som hadde noe med gyn.cancer å gjøre var da representert. Kasuser ble diskutert i plenum og som fellow ble man utspurt grundig. Man måtte kunne gi forslag til behandlingsplan og begrunne denne ut fra tilgjengelig litteratur, det var som en ukentlig eksamen. Systemet var for øvrig veldig hierarkisk og alle visste hvor de hørte til på rangstigen.

Ane Gerda er tydelig ivrig og engasjert når hun beskriver organisering og arbeidet ved sykehuset, men hvordan taklet resten av familien dette? Var de innstilte på hvor mye jobb det ble?

– Ja, de var innstilte på dette. Vi hadde på forhånd informasjon om arbeidstid og hadde snakket med andre fellows om hvordan det var å jobbe der, men vi skjønnte nok ikke hvor intenst det var.

– Jeg rakk hjem i tide til å legge barna 2-3 dager i uken. Vi var helt avhengige av hjelp fra nanny for å klare å sy sammen døgnet etter som vi var to voksne som begge arbeidet mye. Ane Gerda synes for øvrig barna taklet oppholdet fint.

– Barna trivdes godt. Amerikanere er veldig imøtekommende. Barna gikk på en offentlig skole hvor de ble tatt godt imot. De fikk venner og gled godt inn i miljøet der. Etter at de kom tilbake til Norge har de savnet vennene som de fikk i USA.

Ville du gjort det igjen?

– Ja, absolutt. Det var utrolig lærerikt, sykehuset var fantastisk godt organisert, kollegaene var positive og hjelpsomme, alle ville pasientens beste og jobbet for det som felles mål. Det var et privilegium å få lov å fordype seg i faget på denne måten. Det er imidlertid ingen tvil om at jobben blir livet. Barn og ektefeller betaler prisen for det i denne perioden.

Hvordan synes du det var å bo i New York?

– Jeg jobbet mye og fikk ikke sett så mye til byen på hverdagens, men det er en jo en super by hvor det skjer noe hele tiden. I helgene brukte vi mye tid i Central Park sammen med barna, vi besøkte også de vanlige turistattraksjonene, og ble godt kjent i vårt lille nabolag rundt sykehuset. Vi reiste også til varmere strøk

i de få ferieukene vi hadde, og avsluttet oppholdet med en 6-uker lang "road-trip" fra kyst til kyst. Så alt i alt fikk vi opplevd mye av USAs mangfold.

Synes du at du utviklet deg som lege under oppholdet?

– Utvilsomt. Det håper jeg i alle fall. Man blir veldig ydmyk når man omgås så mange dyktige og arbeidsomme folk. I tillegg til all den kunnskap og de ferdigheter som jeg tar med meg hjem har jeg også lært mye om å drive med klinisk forskning. Etter at arbeidsdagen er slutt forventes det at du driver med kliniske forskningssprosjekter. Jeg har opprettet og oppdatert flere databaser, kjørt statistikk, skrevet manuskripter og blitt drillet i presentasjonsteknikk. Som fellow skal man publisere og delta ved kongresser.

Det må nesten nevnes at hun fikk en forskningspris på sykehuset, noe som virkelig viser at hun har stått på..

Helt til slutt, har du noen tips til andre som ønsker å reise til New York for å jobbe der?

– Gjør alvor ut av det hvis det er noe du kunne tenkt deg. Og hun avslutter selvfølgelig med et smil på riktig amerikansk vis:

"If you can dream it, you can do it!"



Antibiotikafritt legemiddel mot bakteriell vaginose

Nå introduserer vi Donaxyl® (dekvaliniumklorid),¹ det første anti-septiske legemiddelet for behandling av bakteriell vaginose. Donaxyl er like effektivt som klindamycin (vaginalkrem 2%)² og tas som vaginaltablett om kvelden i 6 dager. Behandlingen passer også for de av dine pasienter som er gravide eller ammer.¹

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

Donaxyl (dekvaliniumklorid) 10 mg/vaginaltablett. Gynekologisk og antiseptisk kinolinderivat, G01AC05. **Indikasjon:** Behandling av bakteriell vaginose. **Forpakning:** 6 tabletter. R.gr.C. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Vaginalis candidiasis. Vaginalutflod, vulvovaginal pruritus, vulvovaginal sviende følelse. **Interaksjoner:** Anionaktive stoffer kan redusere antimikrobiell aktivitet. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. Sår i vaginalt epitel og i skjeddelen av livmorhalsen. Unge jenter som ikke har hatt sin første menstruasjon ennå, og dermed ikke er kjønnsmodne, skal ikke bruke Donaxyl. For fullstendig produktinformasjon se www.felleskatalogen.no. Data basert på gjennomgang av produktinformasjon 21.07.2015

CampusPharma AB | Tel: +46 (0)31-20 50 20 | info@campuspharma.se | www.campuspharma.se

VAGINALTABLETT

Donaxyl®
dekvaliniumklorid

Misoprostol, abort og mødrehelse i Kigoma, Tanzania

Av Mette Lokeland

Kigoma er ein av dei fattigaste regionane i Tanzania og ligg lengst unna kysten og Dar es Salaam av alle regionane. Dei har den høgaste fertilitetsrata på 7,1 mot 5,4 på nasjonalt plan (1), lågast andel som føder i institusjon, men samtidig den lågaste mødredødsrata på 248 mot 432 på landsbasis (2). Det er ting som tyder på at auka tilgang til misoprostol har vore ein viktig medverkande årsak til dette.

Kigoma grenser til Kongo og Burundi og har lenge tatt i mot flyktingar frå desse landa. Til ei kvar tid har det vore ca 200 000 flyktingar som har søkt tilflukt og trengt bistand frå ein populasjon på 2,1 millionar menneske. Regionen grenser også mot den vakre Tanganyikasjøen. Det er i grunnen berre ein stad eg verkeleg elsker å bade og det er på stranda til Jakobsens Beach i Kigoma. Flott sandstrand og perfekt kroppstemperert ferskvatn der ein kan vaske håret og sjå på apekattene som leiker i trea og høyra på fiskarane som hoier til kvarandre.

Du kan ta eit direktefly frå Dar som tar eit par timar eller forsøke deg på 40 timar på toget. Det siste er sikkert både spennande og slitsamt, og ein tur mange frå Kigoma tar viss dei mellom anna må ha helsehjelp dei ikkje kan få på regionsjukehuset i Kigoma. Internt i Kigoma-regionen er vegane av varierende kvalitet. Det er ikkje mange av dei med asfalt. Regntida set definitivt sine spor så turen frå Kasulu til Kigoma var som å køyra på eit gedigent vaskebrett og store delar av turen i ein fart på 30 km/t.

Via paraplyorganisasjonen FOKUS og NORAD støtter og følger Kvinnefronten ein organisasjon i Kigoma district som sprer kunnskap om riktig bruk av misoprostol (Cytotec) til post partum blødning (PPH) og trygge abortar. I tillegg har dei sakte men sikkert bygd om 6 apotek rundt om i regionen for å auka tilgangen til misoprostol av di det tidlegare berre var tilgjengeleg via sjukehuset.

Women's Promotion Centre (WPC) starta med den utruleg flott og energiske unge kvinna Martha med herlege tategåver som saman med nokre veninner ville styrke kvinners økonomiske sjølvstende. Dei starta med å lære kvinner å lese og skrive, sy og byggja såpekokeri slik at dei kunne lage såpe av palmeolje og selga på den lokale marknaden. Desse fellesskapa av kvinner har seinare vorte til viktige arenaer for å spre kunnskap om reproduktiv helse. Seinare knytta dei til seg ein kongolesar som arbeidde i flyktningeleirane og saman kom dei i kontakt med Small World Theater frå UK som tilbydde dei å kartlegge kva for utfordringar kvinnene i regionen tykte var hovudproblemet. Svaret var PPH og utrygge abortar. Det tok ikkje lang tid før dei fekk hjelp av Women on Waves, den nederlandske abortbåten og trent seg sjølve og dei 30 fyrste kvinnene i korleis



Martha Jerome (blå hjole) og jordmora i Kasulu viste oss rundt.



Fleire apotek har gitt betre tilgang på Misoprostol.

« Women's Promotion Centre (WPC) starta med den utruleg flotte og energiske unge kvinna Martha som saman med nokre veninner ville styrke kvinners økonomiske sjølvstende »

kvinner kan bruke misoprostol til PPH og abort. Diverre er det lite nytte i kunnskapen om korleis ein skal bruke misoprostol dersom ikkje medikamentet er tilgjengeleg og slik kom ideen om å opprette egne apotek. WPC har trent utallige grupper kvinner, lærarar, helsearbeidarar, traditional birth attendants osv i eit stadig større område i løpet av desse åra. I tillegg har dei byrja eit omfattande strategisk og politisk arbeid for å endra den nasjonale tilgangen til abort. Abort er så og seia ulovleg bortsett frå ved fære for kvinna sitt liv og ho treng godkjenning frå to legar. Tanzania er i ferd med å endra grunnlova si slik både Kenya og Ethiopia gjorde for nokre år sidan. Det dei arbeider for er sjølvstendte lov skal kunne betre tilgangen til abort. Av og til kjenner dei seg som den einslege og einaste høge røysta frå langt ute i vest som forsvarer kvinners rett til trygge abortar, men dei har oppretta ein allianse med mellom anna den Tanzanianske gynekologforeninga, kvinnelege juristar med fleire. Det er ikkje alltid så enkelt å arbeida for kvinner sine rett og etter at den nye presidenten vart innsatt i 2015 har dei vore utsatt for grundige politiforhøyr, men det er ikkje forbudt å spre kunnskap om korleis ein skal bruke misoprostol for å ta ein trygg abort sjølv om det er ulovleg å ta abort.

Dette var min tredje tur til Kigoma for å halda foredrag og delta i samarbeidsmøte med WPC. For å få eit betre innsyn i det generelle helsetilbodet ynskte vi å besøke regionsjukehuset og nokre lokale, mindre helsestasjonar. Slik hamna vi på møte med dr Subi, fylkeslegen med kontor på Kigoma Regional Hospital og fekk ei omvisning på "Kvinneklubben". Han kunne fortelja at dei hadde auka opp dei lokale helsestasjonane og sjukehusa dei siste åra slik at dei no hadde 6 sjukehus og 23 helsestasjonar der ein kunne få utført keisersnitt på 9 av desse helsestasjonane. Dette hadde ført til ein auke i andelen som føder på institusjon til 60% mot nede i 33% berre for 5 år sidan (1). I tillegg har det vore ei dobling i tilgangen på sectio på dei små sentra. Ein av grunnane til at kvinner vegrer seg frå å føde på dei små fødeiningane er manglande respektfull oppførsel frå helsepersonell. I følge dr Subi var det noko dei arbeidde med å forbetre. Ein kan jo undra seg over at her kan ein gjeng frå Noreg koma trampande inn på fødestova i sivile klede for å sjå seg rundt. Det gledelege var den openberre irritasjonen til jordmødrene som nett då gjorde ei placentaauthenting og som flytta demonstrativt på skjerm Brett slik at vi ikkje skulle ha fullt innsyn. Her var det eitt stort rom for kvinner som var til observasjon før fødsel, ein fødsal



Enkel ambulanse.



Jordmora på Chole.

« Sjølv for WPC sine kontakter og lokale ressurspersonar er det vanskeleg å snakke om abort »

og eitt stort barselrom. I tillegg hadde dei ei stove for gynekologiske pasientar og descensoperasjonar var noko av det mest hyppig forekommande kunne sjukepleiaren fortelja meg.

Neste dag hadde vi ein humpete og innholdsrik tur til Kasulu der vi besøkte eit par helsestasjonar/fødestover. Lokalene er loslitte, men utstyret inkludert fødesenga såg slettes ikkje verst ut. Eg beit meg merke i gummistøvlane til forveksling like gummistøvlane på sectiostua på KKB. Microgynon og Levonorgestrel samt Depo-Provera er gjennomgåande tilgjengeleg. På helsestasjonen i utkanten av Kasulu var vi med på eit informasjonsmøte om prevensjon. Kvinnene eller ofte jenter med barnet ved brystet tett i tett på benkar utanfor helsestasjonen. "Men mannen min vart sint då han fann p-pillene, slo meg og tok dei, kva skal eg gjera?". "Saman med

sjukepleiar skal vi nok finne ei løysing som mannen din ikkje finn ut av". Femidomer, kondomer, spiraler og piller, alt vert vist fram og forklart. "Vask deg, avgrens antal barn og ta vare på deg sjølv, då er du også meir attraktiv for mannen din", seier Martha. "Legg til auka risiko for PPH frå 4 barn", seier eg, ein veit aldri kva for argument som går inn.

Sjølv for WPC sine kontakter og lokale ressurspersonar er det vanskeleg å snakke om abort. Det tar ofte litt tid etter at dei har fått opplæring før dei tør å gjera dette. Som regel er det enklare å snakke om førebygging av PPH og prevensjon enn abort. Difor var det ikkje så mange som ynskte misoprostol til bruk for abort enno kunne apotekaren på det nyopna apoteket i Kasulu fortelja oss.



Prevensjonsveiledning i Kasulu.

Kigoma distriktet har ei lang historie i prosjekt og bruk av misoprostol til førebygging av PPH. Allereie på 80-talet hadde dr Godfrey Mbaruku eit prosjekt saman med Staffan Bergstrøm der dei innførte misoprostol for å forsøke å få ned mødredøden. Dei hadde suksess og meinte å få ned mødredøden frå 933 til 186 per 100 000 kvinner i perioden 1984-91 (3). Dr Mbaruku har seinare forlatt Kigoma og med det dalte også bruken av misoprostol før ein no på nytt har fått ein auka bruk igjen. Mødredød grunna PPH skal ha vorte halvert mellom 2011 og 2012. I følge ein rapport frå Ifakaro Institute som eg berre har fått referert frå WPC så konkluderer dei med at det er den auka tilgangen til misoprostol som er årsaka til dette. Dr Subi hadde også ei skjelsk mine då han retorisk spurte oss kva vi trudde årsaken til den relativt låge mødredødsrata var. Med kunnskap om bruk av misoprostol så kjem også auka kunnskap om PPH generelt, kva meir ein bør gjera, kva som auker risikoen og det viktige i å søke hjelp i tide. Mellom anna har vi undervist i korleis gjera credé og bimanuelt trykk mot livmora når ulukka er ute. Det er såleis mange faktorar som spelar inn i reduksjonen av PPH og ikkje berre misoprostol.

På vegen heim til Noreg var vi ein svipptur innom den vesle øya Chole i øyriket Mafia sør for Dar. Fødesenga mangla ein beinholdar og misoprostol fekk jordmora aldri tilsendt same kor mange gonger ho bestilte, og om dei ikkje har vegar så har dei i alle fall ein motorsykkel med sidevogn som ambulanse.

Ikkje berre er WPC ein grasrotorganisasjon med kun ei handfull tilsette som har mangedobla sitt nedslagsfelt i regionen i løpet av dei siste åra, men dei er også ein stor og viktig stemme i kampen for reproduktive rettar for kvinnene i heile Tanzania og for kvinner elles i verda gjennom sitt arbeid i Women's Global Network.

Referansar:

1. Serbanescu F. Reducing Maternal Mortality in Tanzania: Selected Pregnancy Outcomes Findings from Kigoma Region. http://www.bloomberg.org/content/uploads/sites/2/2015/09/Tanzania-POMS-report_FINAL_JUL14.pdf
2. Dr Subi, munnleg informasjon.
3. Mbaruku G and Bergstrøm S. Reducing maternal mortality in Kigoma, Tanzania. Health Policy Plan. (1995) 10 (1): 71-78.

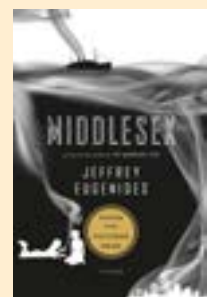
Eg disputerte i april 2015 om innføringa av medikamentell abort i Noreg. I staden for gåve ynskte eg heller donasjonar til WPC. Viss det er andre som har lyst til å gjera seg meir kjend med arbeidet til WPC og donera til det arbeidet dei gjer så finn de dei på: <http://www.wpctanzania.org/home>.

Donasjonar kan gjerast via Kvinnefronten på kontonr.: 8225.06.85307 Kvinnefronten, c/o Agnete Strøm, Bispenggaten 11, 5018 Bergen.

Middelsex - en krønike om en enzymdefekt

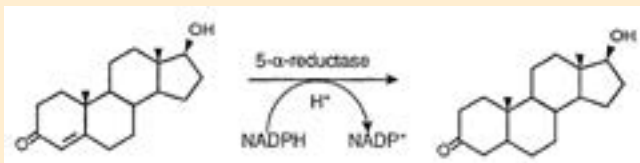
Av Mette Moen

For noen år siden fikk jeg anbefalt boken Middelsex av Gynekologens redaktør, og til min 70 årsdag fikk jeg boken som gave fra en kollega. Begge kjenner min interesse for hormonforstyrrelser og mente at boken kunne ha min interesse. Jeg gikk i gang med å lese denne mammutbok med over 500 sider, en spennende lesing som omhandler mye mer enn medisinske rariteter.



Allerede på første side avsløres at et sentralt punkt i romanen er en genetisk defekt på kromosom 5, 5-alfa reduktase mangel, men først etter ca 300 sider presenteres leseren for konsekvensen av denne enzymmangel.

Kort fortalt er det en recessiv arvelig defekt på kromosom 5 med mangel på 5-alfa-reduktase som omdanner testosteron til det betydelig mer potente dihydrotestosteron (DHT). Et guttefoster (46 XY) må ha vært påvirket av DHT for normal utvikling av genitalia eksterna. Hvis denne påvirkningen ikke har vært til stede, kan barnet ved fødselen ha mangelfull utvikling av genitalia så kjønnet er vanskelig å avgjøre. I den mest ekstreme situasjon, er fenotypen feminin, og barnet oppdras som jente. Gonadene er imidlertid testikler som i fosterlivet har produsert anti-müllersk hormon så uterus og andre müllerske strukturer er gått i regress. Ved puberteten produseres –som hos normale gutter– store mengder testosteron med virilisering til følge. Det kommer maskulin behåring, vekst av klitoris, stemmeskifte og maskulin kjønnsdrift. Følgene er dramatiske, og spørsmålet reises: bør det kirurgisk og hormonelt foretas kjønnskifte?



Det har ikke vært mulig å finne data om hyppigheten av tilstanden som ikke er oppført i listen over 'Sjeldne diagnoser'. En pensjonert endokrinolog hadde i sin karriere bare sett en slik pasient. Litteraturen viser til kasustikker og oversikter over pasienter diagnostisert gjennom mange år (Maimoun, 2011). I nevnte studie med 55 pasienter var 72% oppdradd som jenter, og 12,5% av disse skiftet kjønn etter puberteten. Diagnosen stilles ved å måle forholdet mellom testosteron og DHT som er sterkt forhøyet. 20 av de 55 affiserte var inngiftede.

Boken har fått tittelen Middelsex som både refererer til den medisinske tilstand og til gaten i Detroit hvor hovedpersonen 'Cal' vokser opp. Boken er en fiktiv 'dannelsesroman' hvor man følger et individs utvikling fra fødsel til tenårene hvor 'Cal' får kjennskap til sin tilstand og tar beslutningen om sitt fremtidige kjønn. Hva betyr mest? Arv eller miljø?

Boken er også en slektssaga som beskriver tre generasjoner av greske innvandrere til USA hvor den genetiske defekt er med i bagasjen og kommer til uttrykk hos Cal hvis foreldre er fetter og kusine, og som hver bidrar med et mutert gen.

Romanen er også en slektssaga som beskriver tre generasjoner av greske innvandrere til USA hvor den genetiske defekt er med i bagasjen og kommer til uttrykk hos Cal hvis foreldre er fetter og kusine, og som hver bidrar med et mutert gen.

Verket gir en beskrivelse av historiske begivenheter i det 20. århundre. Starten er 'Katastrofen i Lilleasia' i 1922 med krig mellom Hellas og Tyrkia hvor ca en million hellenere ble fordrevet fra Lilleasia vestover til Hellas, og hvor noen, som Cal's besteforeldre, valgte å utvandre til USA. Boken forteller om de greske innvanderers ulike grad av amerikanisering. Vi følger familien gjennom depresjonstiden, 2.verdenskrig, raseopptøyer i Detroit i 1967, Vietnamkrigen og hippietiden frem til 1974, altså en gjennomgang av 50 viktige år i USAs historie.

Fortellingen er spekket med referanser til gresk mytologi, bl.a. til den først beskrevne hermafrodite, det tvekjønnede avkom til Hermes og Afrodite, og til spåmannen Tiresias som var kvinne i syv år av sitt liv. Det er mangfoldige henvisninger til greske guder og vesener, så man bør ha sin greske mytologibok ved hånden for å forstå assosiasjonene.

Middelsex er på mange måter en innholdsrik bok og kan absolutt anbefales. Som alternativ til påskekrimen?

Referanser

Eugenides J. Middelsex. Farrar, Straus, Giroux. US 2002. ISBN 0-374-19969-8. Den kan kjøpes for ca 10 USD pluss porto via nettstedet <http://www.amazon.com>

Maimoun L et al Phenotypical, biological, and molecular heterogeneity of 5α-reductase deficiency: an extensive international experience of 55 patients. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96:296-307

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



PK TECHNOLOGY

POWERING GYNECOLOGY

PK TECHNOLOGY er et impedans-kontrollert bipolar energisystem som er spesielt utviklet for å forbedre ytelsen og allsidighet i laparoskopisk gynekologisk kirurgi. Olympus tilbyr et komplett utvalg av multifunksjonelle laparoskopiske instrumenter, hvert individuelt designet for et bestemt bruksområde.

PK TECHNOLOGY instrumenter har vært etablert i markedet i mer enn ti år, og brukes av gynekologer over hele verden i ulike prosedyrer.

Fordeler:

- Bipolar disseksjon
- Presis bipolar skjæring
- Bipolar koagulering
- Tryggere og mere effektiv enn monopolar og konvensjonell bipolar teknologi



PK Cutting Forcep



PK Lap Loop



PK Needle



PK Spatula

OLYMPUS NORGE AS

Kjelsåsveien 168, 0884 Oslo | Tlf. 23 00 50 50 | www.olympus.no

Kronisk inflammasjon og kreftutvikling

Av Ingrid B. Moss Kolseth, M.D., Ph.D, LIS ved Førde Sentralsjukehus



Interessa for inflammasjon si rolle i kreftutviklinga fekk eg gjennom temaet «Kronisk inflammasjon og kreft» ved mi prøveforelesing i 2013. Min doktorgrad omhandlar inflammasjon generelt, og ikkje kreft spesielt. No når eg er LIS i fødselshjelp og kvinnesjukdommar har eg blitt ytterlegare interessert i korleis inflammasjon spelar ei rolle i karsinogenese – og her kjem eit samandrag av det eg har funne spanande til no. Dette er ein kort oversikt over kronisk inflammasjon si rolle ved kreftutvikling, med eggstokkreft som hovudeksempel. Innhaldet er

basert på eit foredrag eg heldt ved Vestlandske Gynekologiske Forenings møte i mai 2015, samt eit foredrag eg heldt på Kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssjukehus i januar 2016. Som bakgrunn finn de også «tilfeldige» litteratursøk i Medline, Cochrane, UpToDate og Oncolex dei siste 2-3 åra.

Inflammasjon, er meint å beskytte, reparere og lækje ved fysiologiske endringar, infeksjonar, og skadar som til dømes operasjonar. Inflammasjon er gjerne utløyst av eit traume (t.d. kirurgi eller ovulasjon), ein infeksjon eller kjemisk skade, og akutt inflammasjon er meint å fjerne årsaka til dette – og for å gjenopnå normal fysiologi og anatomi. Dersom responsen er for kraftig, vert kronisk eller for svak kan det føre til skade/sjukdom. Kronisk eller overdriven inflammasjon er ei drivkraft i sjukdommar som sepsis, diabetes og atherosklerose. Men også i kreftutvikling spelar inflammasjon ei stor rolle. I 2009 la Coletta et al (1) fram inflammasjon som det sjuande kjenneteiknet («hallmark») for kreft.

Inflammasjon er no eitt av 7 kjenneteikn ved kreftutvikling.

Kronisk inflammasjon kan kome av akutt inflammasjon som får moglegheit til å persistere, ved at stimuli for den inflammatoriske reaksjonen er ved. Også defektar i reguleringsapparatet for immunforsvaret vil kunne medføre kronisk aktivering av immunforsvaret. Velkjend eksempel for

kronisk inflammasjon er det autoimmune sjukdommane. Kronisk inflammasjon varer er mellom dagar til år. Typiske særteikn er ansamling av lymfocytar og makrofagar i vevet, med nydanning av kar og danning av arrvev som nokre av dei ultimate konsekvensane. Dette vil igjen kunne føre til funksjonssvikt i det affiserte vevet/organet, og det aukar risikoen for visse typar sjukdommar. Ofte er kronisk inflammasjon ein steril prosess, utløyst av ulikt vev si evne til å produsere «danger-associated molecular patterns» (DAMPs) ved iskemi, sår eller andre traumer. Slike molekyl har potensiale til å aktivere inflammasjon – med auka produksjon av cytokin, kjemokin og aktivering av monocytar som konsekvens. Dette vil igjen kunne føre til endra metabolisme, tilstrøyming av fleire immunceller, vasodilatasjon og akutt fase responsar. Det er allment akseptert at dess lengre ein inflammatorisk prosess varer, dess høgare er risikoen for assosiert karsinogenese (2).

I 1863 såg Rudolph Virchow – «patologiens far» – kvite blodceller i kreftsvulstar, og la fram hypotesa om ein assosiasjon mellom kronisk inflammasjon og kreftutvikling.

Det eg skriv om er altså ikkje berre gårdsagens nyhende, men skikkeleg gamalt nytt (3, 4).

Før eg presenter ulike haldepunkt for kvifor inflammasjon kan medverke til kreft vil eg understreke følgjande: immunforsvaret er også viktig for å motverke kreftutvikling. Dette vert nemnd under avsnittet «Balanse».

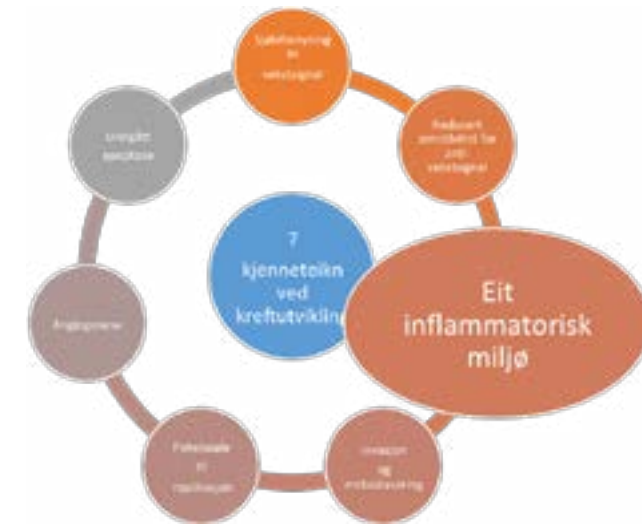
I tabellen her finn de eksempel på ulike sjukdommar der inflammasjon spelar ei rolle i patogenesen. Desse sjukdommane gir også auka risiko for kreft i dei respektive organa. Slike observasjonar støttar teorien om korleis eit aktivt inflammatorisk miljø kan skape eit fruktbart miljø for utvikling av kreft.

Det er også gjort observasjonar kring medisinbruk og risiko for kreftutvikling. Bruken av «non steroidale antiinflammatoriske drugg» (NSAIDs) kan redusere risikoen for kreftutvikling (5). Meir om dette seinare.

Så ei kort nemning av moglege **immunologiske forklaringsmodellar**. Auka produksjon av cytokin, vekstfaktorar,

kjemokin, ulike enzym, adhesjonsmolekyl og reaktive oksygenforbindelsar kan resultere i auka proliferasjon, angiogenese og danning av arrvev. Samstundes vil ein akutt fase-reaksjon vert halden ved like og apoptose unngått. Reaktive oksygenforbindelsar kan også skade DNA i celler og proinflammatoriske cytokin kan potensielt også føre til endring i epiteliale barrierer (6).

Balanse. Effekten av akutt og kronisk inflammasjon vedrørende kreftutvikling er todelt. Ved sida av å auke kreftrisikoen kan inflammasjon verke mot kreftutvikling. Det skjer blant anna gjennom cytokinmediert øydeleggjing av tumorceller, antistoffmediert cytotoxicitet og via cytotoxic T-celler. Ulike pasientgrupper med redusert immunforsvar viser auka risiko for visse krefttypar; transplanterte pasientar (på immun-suppressiva) som har auka risiko for hudkreft og lymfom. Pasientar med AIDS ser ut til å ha auka risiko for blant anna Kaposi syndrom og livmorkreft, og redusert risiko for blant anna livmorkreft og brystkreft (7). Immunforsvaret spelar ulike roller i ulike krefttypar, og at det heile tida handlar om ein god balanse i immunreaksjonane.



Figur: 7 «Hallmarks of cancer», basert på figur av Colotta F et al. Carcinogenesis 2009 (1).

Eggstokkreft er den sjetteste vanlegaste kreftforma hjå kvinner i Norge. Epitelial eggstokkreft utgjør om lag 90 % av denne krefttypen. Aksepterte risikofaktorar er infertilitet, endometriose, genetisk predisposisjon (BRCA-mutasjon). Redusert risiko finn vi blant anna hjå kvinner som har brukt p-piller, har vore gravide, har amma eller har fått fjerna egglegarane (8). Kvifor har dei som har brukt p-pillar mindre risiko for eggstokkreft enn andre? Om kvinna har brukt p-piller i meir enn 5 år reduserast risikoen for eggstokkreft med >50 %. Dette kan forklarast ved antal ovulasjonar hos kvinna, og reparasjonane som dp skjer ved plateepitelet (www.oncolex.no). Redusert antal ovulasjonar kan også vere med på å forklare kvifor tidlegare ammande og gravide har redusert risiko for sjukdommen.

Ovulasjon er «eit lite traume» som likt med andre vevstraumer er årsak til inflammasjon. Etter kvar ovulasjon kjem ein reparasjonsprosess i gong, og då ei enorm frigjer- ing av cytokiner, vekstfaktorar og reaktive oksygenforbindingar (ROS). ROS veit vi kan fremje skade på DNA via produksjon

av frie radikal (9). Alt dette gjer at endå fleire immuncellar kjem til. Eggstokkreft er ein av dei krettypene vi veit «misbruker» inflammasjonsmekanismer i sin framgong. Utifrå dei ulike forklaringsmodellane for inflammasjon og kreftutvikling anar vi den auka risikoen for kreftutvikling som kjem med antal ovulasjonar. Men dette er berre ei av ei hypotese på kvifor repetert ovulasjon over lengre tid kan auke risikoen for eggstokkreft.

Utan å gå vidare inn på tunge og spanande signalvegar no, er transkripsjonsfaktoren nuclear factor (NF)-KB spesielt interessant då den er til felles for fleire aktuelle inflammasjonsmediatorar som ser ut til å spele ei rolle i kreftutvikling. Når vi no aksepterer at cytokin kan spele ei rolle i utvikling og progresjon av kreft, og også spesielt eggstokkreft, fokuserer eg på korleis hemming av inflammasjon kan påverke situasjonen.

Bruk av NSAID har vore vist å kunne redusere risiko for eggstokkreft (de finn fleire referansar i innleiinga til Altinoz et al i (10)). At aspirin, eit gamalt NSAID, kan redusere risikoen for tjuktarmskreft var

« Korleis kan ein bruke all denne informasjonen? Det føreligg fleire terapeutiske strategiar, og det er foreslått at hemming av viktige transkripsjonsfaktorar og cytokin kan hemme både kreftutvikling og –progresjon »

vist i 1991 (11) og har vore fokus i fleire seinare studiar som bekreftar funnet (søk i databasen til the New England Journal of Medicine for fleire artiklar). Allment akseptert hemmar NSAIDs prostaglandin-syntese, og dette er fremma som ein mogleg årsak. Vidare kan NSAIDs hemme den nemnde transkripsjonsfaktoren NFκB – og dermed gjerne transkripsjon og translasjon av cytokin, vekstfaktorar og adhesjonsmolekyl (10).

Teori til praksis. Korleis kan ein bruke all denne informasjonen? Det føreligg fleire terapeutiske strategiar, og det er foreslått at hemming av viktige transkripsjonsfaktorar og cytokin kan hemme både kreftutvikling og –progresjon. Det er også påpeika at cytokin og kjemokin kan ha ei rolle i resistens mot kjemoterapi (12). Det er vist at tumorceller og ascites frå eggstokkrekft fører til auka frigjerings av blant anna det klassiske cytokinet interleukin (IL)-6 (13).

Vekstfaktoren vaskulær endotelial vekstfaktor (VEGF) er funne høgare uttrykt i vev frå tumor enn i normalt ovarialvev (14).

VEGF er ein vekstfaktor som spelar ei rolle i både inflammatoriske prosessar og progresjon av kreft. Tumor necrosis factor (TNF)α og IL-6 kan føre til auka sekresjon av VEGF, og dette vil igjen kunne leie til vaskularisering og vidare tumorvekst. Den no kjende antineoplastiske middelet bevacizumab (Avastin®) bind seg til VEGF og nøytraliserer effekten til denne mediatorsen på endotelceller.

IL-6 er eit av dei tidlege proinflammatoriske cytokina som kan føre til vidare cytokinproduksjon, angiogenese og vidare infiltrasjon av makrofagar i tumor. Det er også sagt at IL-6 og dens signalvegar kan føre til vidare invasjon og migrasjon av ulike krefttypar, og særleg når det kjem til epitelial eggstokkrekft (15). Tocilizumab er

eit monoklonalt IgG1 antistoff som rammar IL-6 reseptor på celler. Dette medikamentet finn eg ein klinisk fase I studie på som blei publisert i oktober 2015. Dette antistoffet er allereie i bruk som behandling mot nokre autoimmune sjukdommar. I denne nemnde studien (16) var tocilizumab brukt i ulike dosar saman med carboplatin, doxorubicin og interferon γ 2b på pasientar med «recurrent» eggstokkrekft av ulike histologiske diagnosar. Dei mest alvorlege komplikasjonane var nøytropeni, nøytropen feber og ileus. Vurdert ved CT hadde 11 pasientar respons, 6 pasientar hadde uendra status og 3 pasientar hadde progresjon i sjukdomsutviklinga. Studien presenterar også respons vurdert ved måling av CA125. Det foreligg ikkje statistisk styrke nok til å konkludere kring effekten av medisinen, men det var heller ikkje målet til forskarane i denne fasen av klinisk utprøving. Dei fann at det var trygt å bruke stoffet, og anbefalar vidare kliniske fase II studiar med denne kombinasjonen av medisinar (16). Dei fann også dårlegare prognose for pasientar med dei høgaste nivåa av IL-6 før behandlinga tok til.

Konklusjon? Vi ser at klassiske inflammasjonsmediatorsen er av betydning ved kreftutvikling, og at immundempande medisinar kan verke mot både kreftutvikling og –progresjon. Det fins inga sikker forklaring på korleis kronisk inflammasjon aukar risikoen for kreft. Ei av dei sterke hypotesene vi kan lese om i internasjonale tidsskrift meiner at det er via ROS at inflammasjon verkar mutagen. Vidare

synast inflammatoriske mediatorsen å gi gode leveforhold for kreftceller – i visse krefttypar. Det viktigaste, eit dysfunksjonalt immunforsvar – anten det er for aggressivt eller for avslappa – kan auke risikoen for kreftsjukdom. Det aukar også risikoen for fleire andre sjukdommar.

Eg rettar ein stor takk til overlege Dr. Jostein Tjugum som har hjulpe meg i denne skriveprosessen.

Referansar:

- Colotta F, Allavena P, Sica A, Garlanda C, Mantovani A. Cancer-related inflammation, the seventh hallmark of cancer: links to genetic instability. 2009 Jul;30(7):1073-81
- Fry D. Sepsis, systemic inflammatory response, and multiple organ dysfunction: the mystery continues. Am Surg. 2012 Jan;78(1):1-8.
- Virchow R. Die Krankhaften Geschwulste, Berlin, Germany, 1863.
- Balkwill F, Mantovani A. Inflammation and cancer: back to Virchow? Lancet. 2001 Feb 17;357(9255):539-45.
- Yan L, Anderson G M, DeWitte M, and Nakada M T. Therapeutic potential of cytokine and chemokine antagonists in cancer therapy. European Journal of Cancer 2006 Apr;42(6):793-802.
- Landskron G, De la Fuente M, Thuwajit P, Thuwajit C, Hermoso MA. Chronic inflammation and cytokines in the tumor microenvironment. J Immunol Res. 2014;2014:149185.
- de Visser KE1, Eichten A, Coussens LM. Paradoxical roles of the immune system during cancer development. Nat Rev Cancer. 2006 Jan;6(1):24-37.
- www.uptodate.com
- Fujii J1, Iuchi Y, Okada F. Fundamental roles of reactive oxygen species and protective mechanisms in the female reproductive system. Reprod Biol Endocrinol. 2005 Sep 2;3:43.
- Altinoz MA, Korkmaz R. NF-κappaB, macrophage migration inhibitory factor and cyclooxygenase-inhibitions as likely mechanisms behind the acetaminophen- and NSAID-prevention of the ovarian cancer. Neoplasma. 2004;51(4):239-47.
- Thun MJ, Namboodiri MM, Heath CW Jr. Aspirin use and reduced risk of fatal colon cancer. N Engl J Med. 1991 Dec 5;325(23):1593-6.
- Macciò A, Madeddu C. Inflammation and ovarian cancer. Cytokine. 2012 May;58(2):133-47.
- Watson JM, Sensintaffar JL, Berek JS, Martínez-Maza O. Constitutive production of interleukin 6 by ovarian cancer cell lines and by primary ovarian tumor cultures. Cancer Res. 1990 Nov 1;50(21):6959-65.
- Kassim S K, El-Salahy E M, Fayed S T et al. Vascular endothelial growth factor and interleukin-8 are associated with poor prognosis in epithelial ovarian cancer patients. Clinical Biochemistry 2004 May;37(5):363-9.
- Li F, Zhang Z, Cheng T, Wei R, Dai Y, Lv M, Luo D, Zhu X, Ma D, Xi L, Dong Q, Ma X. SPECT imaging of interleukin-6 receptor in ovarian tumor xenografts with a novel radiotracer of (99m)Tc-HYNIC-Aca-LSLITRL. Amino Acids. 2016 Jan;48(1):91-101.
- Dijkgraaf EM, Santegoets SJ, Reyners AK, Goedemans R, Wouters MC, Kenter GG, van Erkel AR, van Poelgeest MI, Nijman HW, van der Hoeven JJ, Welters MJ, van der Burg SH, Kroep JR. A phase I trial combining carboplatin/doxorubicin with tocilizumab, an anti-IL-6R monoclonal antibody, and interferon-α2b in patients with recurrent epithelial ovarian cancer. Ann Oncol. 2015 Oct;26(10):2141-9.
- Coussens LM, Werb Z. Inflammation and cancer. Nature. 2002 Dec 19-26;420(6917):860-7.
- Multhoff G, Molls M, Radons J. Chronic inflammation in cancer development. Front Immunol. 2012 Jan 12;2:98.

Dømer på krefttypar der inflammatoriske stimuli kan vere induktorar (8, 17, 18).

Patologisk tilstand/sjukdom	Krefttype	Induktor?
Kronisk pankreatitt	Kreft i bukspyttkjertelen	Alkohol, tobakk
Solbrent hud	Malignt melanom	UV-strålar
Gastritt	Kreft i magesekk	Helicobacter pylori
Cervicitt	Livmorbalskreft	HPV
Ulceras kolitt	Tjuktarmskreft	



«Munnen kjennes ikke tørr lengre»

Føles det tørt?

Allerede i 35–40 års alderen har mange problemer med tørre og sensitive slimhinner, og problemet øker jo eldre man blir. Slimhinner finnes blant annet i munn, øyne og i underlivet. De fungerer som en naturlig og beskyttende barriere og har en smørende funksjon.

Membrasin inneholder det patenterte ekstraktet SBA24® olje fra tindvedbær. Den inneholder vitamin A og flere ulike fettsyrer, blant annet omega-3, men det viktigste av alt; omega-7, som forbedrer fuktbalansen i alle kroppens slimhinner.

Membrasin kan brukes ved tørrhetsfølelse i f.eks. øyne, munn, nese og underliv.

Prøv du også!



Også tilgjengelig i flytende.



Kjøpes i helsekostbutikker over hele landet.



Bringwell Norge, Knud Askers vei 26, 1383 Asker.
Forbrukerkontakt: 64001950

Å starte svangerskapet med overvekt eller fedme kan gi alvorlige svangerskapsutfall

Av Katrine Mari Owe, PhD, Postdoc^{1,2}

¹Nasjonal kompetansetjeneste for Kvinnehelse, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet, Oslo.

²Avdeling for psykosomatikk og helseferd, Folkehelseinstituttet, Oslo.



Overvekt og fedme er et økende problem blant kvinner i reproduktiv alder over hele verden [1]. Tall fra Nord-Trøndelag viser at halvparten av kvinner i reproduktiv alder har overvekt eller fedme, det vil si en kroppsmasseindeks (KMI, vekt (kg)/høyde (m²) over 25 kg/m² [2]. En konsekvens av denne økningen er at stadig flere kvinner starter svangerskapet med overvekt eller fedme. Dette påvirker helsen til både mor og barn blant annet ved at risikoen for alvorlige svangerskaps-komplikasjoner som preeklampsi og svangerskaps-

diabetes øker, og er mer vanlig hos kvinner med en høy KMI [3]. I tillegg har flere studier vist at overvekt og fedme hos mor også øker risikoen for tidlig fødsel [3]. Tidligere studier av sammenhengen mellom mors KMI og risikoen for spedbarnsdødelighet har ikke vist entydige resultater og gir lite informasjon om årsaker til spedbarnsdødelighet [4].

I en svensk kohortstudie basert på nasjonale registre som ble publisert i *The British Medical Journal* nylig, studerte Johansson og medarbeidere sammenhengen mellom mors kroppsmasseindeks (KMI) tidlig i svangerskapet og risikoen for spedbarnsdødelighet blant fler enn 1,8 millioner enkeltfødte levendefødte i Sverige i perioden 1992 til 2010 [5]. Ulike årsaker til spedbarnsdødelighet ble også rapportert. Mors KMI ble beregnet ut fra målt kroppsvekt og selvrappert høyde ved første svangerskapskontroll, og kategorisert som undervektig (KMI ≤18.4), normal vekt (18,5 til 24,9), overvekt (25,0 til 29,9), fedme klasse 1 (30,0 til 34,9), fedme klasse 2 (35,0 til 39,9), og fedme klasse 3 (≥40.0).

I denne studien fant de at barn født av kvinner med overvekt eller mild grad av fedme hadde en økt dødelighet i forhold

til barn født av normalvektige kvinner. Økningen var riktignok beskjeden, men statistisk signifikant. I likhet med tidligere studier [4, 6], ble den største risiko for spedbarnsdødelighet observert hos barn født av kvinner med alvorlig grad av fedme (klasse 2 og 3). Hos de barna som ble født til termin, var det dødsfall på grunn av fødselsasyksi, andre tilleggs lidelser, og medfødte misdannelser som syntes å forklare den økte dødelighetsrisiko. Forfatterne rapporterte også en økt risiko for tidlig fødsel blant kvinner med overvektig og fedme, noe som ytterligere forklarer en høyere spedbarnsdødelighet hos disse barna.

Sverige, som har blitt kåret til verdens beste sted i verden å føde, har i likhet med Norge en svært lav spedbarnsdødelighet (2 per 1000 levendefødte) sammenlignet

med andre land [7]. I tillegg tilbys gratis svangerskapsomsorg for alle. Potensialet for forebygging i lignende lavrisikopopulasjoner er usikkert. Med andre ord: dersom alle gravide kvinner hadde hatt en normal kroppsvekt i begynnelsen av svangerskapet, så ville det bare hatt en liten innvirkning på den totale barnedødeligheten i land som Sverige og Norge.

I studien til Johansson og medarbeidere, var informasjon om vektøkning i svangerskapet ikke tilgjengelig for alle kvinnene. Overvekt hos mor før svangerskapet kan resultere i ulike svangerskapsutfall avhengig av hvor stor vektøkning i svangerskapet er [8]. Derfor kan vektøkning i svangerskapet være en viktig modifierbar faktor for sammenhengen mellom mors KMI og spedbarnsdødelighet. Det finnes i dag internasjonale retningslinjer for den optimale

vektøkningen i svangerskapet, i forhold til pre-gravid KMI [9]. Retningslinjene fra det amerikanske *Institute of Medicine*, for eksempel, anbefaler at kvinner som er overvektige før svangerskapet å legge på seg mellom 7 og 11.5 kg med en ukentlig økning på 0,23 til 0,33 kg i løpet av andre og tredje trimester. En total vektøkning på 5-9 kg eller en ukentlig vektøkning på 0,17 til 0,27 kg anbefales for kvinner med overvekt. Andre modifierbare livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet er også anbefalt i svangerskapet for friske gravide kvinner med en KMI over 25,2kg/m². Gravide med overvekt eller fedme som er medisinsk klarert for fysisk aktivitet, rådes til å gjøre minst 25 minutter med lett fysiske aktivitet som turgåing eller sykling, tre til fire ganger per uke [10].

Ideelt sett bør kvinner med overvekt eller fedme oppmuntres til å gå ned i vekt før de blir gravid, selv om strategier for vekt-reduksjon i forkant av et svangerskap synes å ha en begrenset suksess. Graviditeten i seg selv kan være et bedre tidspunkt for å gjøre endringer i forhold til kosthold og kontrollere vektøkningen hos kvinner med overvektig og fedme. I Australia, har en gruppe forskere nylig gjennomført en stor randomisert kontrollert studie (LIMIT studien) blant 2212 kvinner med overvekt eller fedme i starten av svangerskapet [11]. Kvinnene ble tilbudt en omfattende intervensjon som kombinerte råd om kosthold og fysisk aktivitet med atferdsstrategier gjennom hele svangerskapet. Sammenlignet med standard behandling for gravide med overvekt og fedme, viste resultatene bedre helse utfall for barna født av mødre som deltok i intervensjonsgruppen.

« Gravide kvinner med overvekt eller fedme kan endre livsstil inkludert det å begynne med fysisk aktivitet, uten å bekymre seg for om det kan være skadelig for fosteret »

I tillegg viste intervensjonen en positiv effekt på kostholdet og økte det fysiske aktivitetsnivået blant kvinnene i intervensjonsgruppen. Forfatterne fant ingen økt risiko for skade hos mor eller barn assosiert med intervensjonen.

Selv om ingen studier hittil har vurdert den direkte effekten av fysisk aktivitet og kosthold på spedbarnsdødelighet, virker resultatene fra LIMIT studien på mange måter betryggende. Gravide kvinner med overvekt eller fedme kan endre livsstil inkludert det å begynne med fysisk aktivitet, uten å bekymre seg for om det kan være skadelig for fosteret.

Behandlingen av overvekt og fedme hos gravide krever langsiktige tilnæringer som spenner fra populasjonsbasert folkehelse og økonomiske tiltak til individuelle atferdsmessige, ernæringsmessige, eller eventuelle kirurgiske inngrep. Behandlingen bør ideelt sett begynne før svangerskapet, og fortsette gjennom hele svangerskapet og strekke seg til perioden etter fødsel.

Jordmødre og leger som er involvert i svangerskapsomsorgen bør informere kvinnene om risikoen forbundet med overvekt og fedme, og hjelpe dem til å sette mål for vektøkningen i svangerskapet. Spesifikke retningslinjer for overvektige og fedme i svangerskapet bør følges da disse graviditetene er forbundet med høyere risiko og trenger tett oppfølging gjennom hele graviditeten [12]. Måling av kroppsvekt og høyde ved første svangerskapskontroll er et tiltak som kan være viktig i forbindelse med forebygging og overvåking.

Generelt bør ikke kliniske retningslinjer endres som følge av en enkelt studie eller når vi kun har data fra ett land. Gitt den høye forekomsten av overvekt og fedme blant kvinner i reproduktiv alder, og ikke minst den alvorlige risikoen barnet utsettes for, trenger vi flere studier av hvordan økt KMI hos mor påvirker barnet på kort og lang sikt, samt store tiltaksstudier for å redusere disse risikoene.

Referanser:

- Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014;384(9945):766-81.
- Midthjell K, Lee CM, Langhammer A, et al. Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway. *Clinical obesity* 2013;3(1-2):12-20.
- Papachatz E, Dimitriou G, Dimitropoulos K, et al. Pre-pregnancy obesity: maternal, neonatal and childhood outcomes. *J Neonatal Perinatal Med* 2013;6(3):203-16.
- Meehan S, Beck CR, Mair-Jenkins J, et al. Maternal obesity and infant mortality: a meta-analysis. *Pediatrics* 2014;133(5):863-71.
- Johansson S, Villamor E, Altman M, et al. Maternal overweight and obesity in early pregnancy and risk of infant mortality: a population based cohort study in Sweden. *BMJ* 2014;Dec 2;349: g6572.
- Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, et al. Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2014;311(15):1536-46.
- World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository: infant mortality data by country. 2014. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.200?lang=en>.
- Crane JM, White J, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31:28-35.
- Institute of Medicine, National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. National Academies Press, 2009.
- American College of Sports Medicine. Guidelines for exercise testing and exercise prescription. 9th ed. Lippincott, Williams & Wilkins, 2013:197-9.
- Dodd JM, McPhee AJ, Turnbull D, Yelland LN, Deussen AR, Grivell RM, et al. The effect of antenatal dietary and lifestyle advice for women who are overweight or obese on neonatal health outcomes: the LIMIT randomised trial. *BMC Med* 2014;12:163.
- National Institute of Health and Care Excellence (NICE) public health guidance 27. Weight management before, during and after pregnancy. 2010. <http://www.nice.org.uk/guidance/ph27/resources/guidance-weight-management-before-during-and-after-pregnancy-pdf>

Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Stine Andreassen disputerte for PhD 16.10 15 ved UiT, med avhandlingen

« Claims for compensation after alleged birth injury in Norway.
A study of obstetric claims to the Norwegian System of
Compensation to Patients from 1994-2008 »



Fødselsskader er sjeldne i Norge i dag, men for de pasientene og familiene som rammes er det svært alvorlig. Konsekvensene ved å få et barn med handicap etter fødselsskade kan være store, og erstatningsutbetalingene fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) gjen-speiler dette. Erstatningsutbetalingen dekker noe av de økonomiske kostnadene pasientene er påført, men verken de fysiske skader eller

sosiale konsekvenser. I NPE ligger mye informasjon om erstatnings-saker. Ingen har tidligere studert dette materialet.

Ved gjennomgang av de 278 fødselsskadesakene som fikk medhold i perioden 1. januar 1994 til 13. november 2008 fant vi at vanligste skade hos mor var alvorlige rifter, skade på blære og tarm, stor blødning og infeksjon etter fødsel. Oksygenmangel under fødsel og sekvele etter fastsittende skuldre var vanligste skade på barn. Vi fant at svikt i fødselshjelpen vanligvis skyldtes manglende kunnskap hos fødselshjelperen eller manglende kirurgiske ferdigheter (27 %). Av de 314 pasientene som søkte erstatning grunnet

oksygenmangel under fødselen fant vi at mangelfull foster-overvåking var vanligste årsak (50 %), enten grunnet feiltolkning av den elektroniske fosterovervåkingen eller manglende bruk av slik overvåking der det burde vært benyttet. Ifølge de medisinske sakkyndige var hovedansvarlig helsepersonell i disse sakene fødselslegen i 49 % og jordmor i 46 % av tilfellene. Menneskelig svikt ser ut til å være en viktig årsak til feilbehandling i alle typer fødselsskadesaker.

I vurderingen av samsvar i de medisinske vurderinger av hvorvidt det forelå feilbehandling var det kun moderat samsvar. Det var noe bedre samsvar i evalueringen av om feilbehandling var årsak til skade, men vi fant overraskende lav enighet i saker som omhandlet oksygenmangel under fødsel og sinkterskade hos mor.

Gjennomgang av fødselsskadesaker er en viktig del av arbeidet med å redusere antall fødselsskader forårsaket av sviktende helsehjelp. Evaluering av de medisinske eksperters vurderinger vil kunne medføre bedret samsvar i denne type saker.

« Gjennomgang av fødselsskadesaker er en viktig del av arbeidet med å redusere antall fødselsskader forårsaket av sviktende helsehjelp »

Hold av dagen

Fagdag Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Forskningsbygget, Radiumhospitalet, 7. november 2016

Målet med fagdagen er å formidle kunnskap om forebygging av livmorhalskreft

Målgruppen for fagdagen er allmennleger, gynekologer, patologer, bioingeniører, mikrobiologer og medlemmer av andre faggrupper involvert i eller med interesse for forebygging av livmorhalskreft.



- Status og utfordringer i dagens screeningprogram
- Hvordan informere kvinnen om et HPV positivt svar
- HPV-test i screeningprogrammet
- HPV vaksinasjon
- Væskebasert celleprøvetaking, diagnosefordeling og oppfølgingsrutiner

Godkjenninger leger:

Fødselshjelp og kvinnesykdommer: 6 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering og spesialistenes etterutdanning.

For spørsmål om fagdagen kontakt:

Ameli Tropé, Ameli.Trope@kreftregisteret.no eller Irene Kraus Christiansen, Irene.Kraus.Christiansen@ahus.no

Fagdagen arrangeres av Livmorhalsprogrammet ved Kreftregisteret og Referanselaboratoriet på Akershus universitetssykehus

Program og påmelding kommer senere.

Kjære FUGO-medlemmer!



FUGO

Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder



Et nytt år er i gang, og FUGO går inn i sitt 19. år som en av Norges få aktive fagmedisinske foreninger av og for leger i spesialisering. Jeg er stolt over å ta over stafettspinnen som leder for en forening med veldig dyktige og engasjerte styremedlemmer. Tusen takk til tidligere styre som har lagt ned et solid arbeid som det er lett å bygge videre på.

Som tidligere har vi god geografisk spredning med representanter fra nord, vest, midt og øst, og fra både små, større og store sykehus. Det eneste vi mangler er menn!

Erica Hove fortsetter som nestleder og webansvarlig, og Tiril Tingleff holder fortsatt sin støe hånd på økonomien som kasserer og vil være FUGO-representant i endoskopiutvalget. I spesialistkomiteén sitter Camilla Kleveland videre – et verv som er særdeles viktig i år når basen for ny spesialiseringsstruktur skal legges.

Av nye representanter har vi fått med oss Malin Dögl fra Levanger som skal sitte som FUGO-representant i NGF, Eirin Haugli Falch fra UNN som er sekretær og kursleder og Renée Waage fra OUS som ansvarlig for FUGO-stoff her i Gynekologen.

FUGO har noen viktige år bak seg, hvor man blant annet har jobbet mye med "Gi kniven videre"-prosjektet, som de fleste nok har vært en del av, eller i det minste hørt om. Jeg vil minne om at materiale fra dette prosjektet fortsatt ligger ute på hjemmesidene våre, og kan være fint å bruke selv om kampanjetiden er over. På hjemmesidene våre (www.legeforeningen.no/fugo) ligger det også utrolig mye annet nyttig – både for de nye i faget, og de mer erfarne. Jeg oppfordrer dere til å ta en titt, spesielt under "relevante lenker"!

Fokus dette året blir ny spesialiseringsstruktur. Det lå et forslag på bordet fra helsedirektoratet for ny spesialiseringsstruktur for alle spesialiteter, men det er nå forkastet, og man skal starte fra bunn igjen. Som utvekslingskandidat på ENTOG-utveksling, møter man LISer fra hele Europa, og skjønner raskt at man er heldig stilt her i Norge. Vi har dyktige, velvillig innstilte overleger til å lære oss opp, og et system som gir oss både ansvar og utfordringer, men samtidig trygghet. Det skal vi ikke glemme i en hektisk hverdag og et spesialiseringsløp som man trygt kan si er noe ustrukturert og lite forutsigbart. Alt kan alltid gjøres bedre, og hvis man har synspunkter på hvordan, er dette tiden å komme med det. Ta gjerne kontakt med meg direkte!

Parallelt med dette kommer vi som tidligere år til å arrangere forkurs i forbindelse med NGFs årsmøte i uke 43. På forrige års generalforsamling var det tydelig stemning for et kurs innen urogynekologi/bekkenbunn, og det tar vi sikte på å få til. Vi har allerede fått signaler fra A-hus om at de er positivt innstilte!

Vi i styret gleder oss til å jobbe videre for og med dere!

Styret i FUGO

Leder: Thea Falkenberg Mikkelsen

Nestleder: Erica Hove

Sekretær: Eirin Haugli Falch

Kasserer: Tiril Tingleff

Kursansvarlig: Eirin Haugli Falch

Spes.kom. representant: Camilla Kleveland

Utvekslingsansvarlig: Thea Falkenberg Mikkelsen

NGF – representant: Malin Dögl

Vara NGF: Renee Waage

ENTOG – representanter: Erica Hove og

Thea Falkenberg Mikkelsen

NFYOG-representanter: Thea Falkenberg

Mikkelsen og Malin Dögl

Gynekologen: Renee Waage

Webansvarlig: Erica Hove

Endoskopiutvalget: Tiril Tingleff



FUGO

Vårens to viktige kongresser

– EBCOG Torino i mai og NFOG Helsinki i juni

I år er nest siste gang EBCOG kongressen og NFOG kongressen kommer samme år, etter at vi i NFOG bestemte å forskyve vår kongress opprinnelig planlagt for 2020 til 2021. Siste gang blir i 2018, da EBCOG blir i Paris og NFOG i Odense. I 2020 er Bergen kandidat som vertsby for EBCOG kongressen, og er fri for konkurranse fra NFOG: neste NFOG kongress blir i Reykjavik og er forskjøvet til 2021. Her er det gjort nøye langtidsplanlegging! Men altså, i år har må en fortsatt helst reise to steder..

Først ut er EBCOG kongressen i Torino 19-21. mai – se <http://www.ebcog2016.org/> her ligger alt om program påmelding osv. Torino i mai er mildt og vakkert, og for første gang arrangeres europeisk spesialisteksamen i forbindelse med kongressen. Denne kongressen er som alltid satt opp med mange "Hands-on-Training"-sesjoner, praktiske workshops innen instrumentering og kompetanse, som har vært svært populære blant LIS. Som det er annonsert, er det rikelig med "Prizes" for beste foredrag og postere. Her vil det også bli avgjort om Bergen blir vert for EBCOG i 2020, og det er klart at det vil telle for oss dersom det er mange norske bidrag og deltagere. Så send inn abstracts og meld dere på. En personlig anbefaling er å fly til Nice og tilbringe pinsehelgen her og unngå hele 17.mai-kjøret hjemme, og kjøre knappe 3 timer til Torino 18. mai, men selvsagt går det an å fly direkte.



Deretter følger vårens klare høydepunkt nemlig NFOG kongressen i Helsinki 12-15. juni – se <http://www.confedentevents.fi/nfog2016/>. Lokal komite ledet av kongress president Oskari Heikinheimo har laget et meget godt program og har flyttet vekten mer over mot gynekologi noe som har vært etterspurt ved tidligere kongresser. Dette gjelder både de 10 prekongresskursene (menopause, laparoscopic suturing mm) og selve kongressen (Up-to-date in gynecological hormone therapy, PCOS, Regulation of prolapse mesh surgery, Up-to-date on adenomyosis mm). Det er også gode obstetriske sesjoner (Impaired placentation – prediction and prevention, Mishaps in early pregnancy, Mishaps early pregnancy, Evolving fetal diagnosis and screening, Obesity, Intrauterine fetal death, Obstetrical emergencies mm). Oskari har god erfaring med å arrangere kongress og var blant annet med på planleggingen av NFOG kongressen i København 2010 og Bergen i 2012.



Undertegnede mener både det nordiske og det europeiske felleskapet som viktig, og promoterer derfor begge kongresser. Kanskje har man mest direkte nytte av det nordiske – sterkt faglig og med høy overføringsverdi til egen hverdag. Det europeiske er også godt faglig og stor bredde gir en forståelse for andre måter å gjøre ting på både rent medisinsk faglig or organisatorisk. Er man i den vonde situasjon at en må velge og vektlegger det faglige og sosiale så kommer en ikke utenom Helsinki i juni!

Knut Hordnes
President i NFOG og NGFs representant i EBCOG

Rolf Kirschner
General sekretær i EBCOG

What happens in Vegas...

Verdenskongress i endoskopi, november 2015

Av Espen Berner

De siste årene har det vært en økende interesse blant gynekologer i Norge for å delta på den årlige verdenskongressen arrangert av AAGL. Rundt tyve norske gynekologer deltok ved den 44. verdenskongressen i minimal invasiv gynekologi i Las Vegas 15-19. november 2015.

Gynekologen sendte en av sine redaksjonsmedlemmer til Nevada for å se nærmere på kongressen og den pulserende byen.

AAGL ble dannet allerede i 1971 under navnet American Association of Gynecologic Laparoscopists. Organisasjonen har de siste tiårene vært i front under den enorme utviklingen med gynekologisk endoskopi og ansees som en ledende autoritet på dette fagområdet. Det er på møtene til AAGL at utvikling og nyvinninger ofte først blir presentert. Fokus har gjennom årene blitt mer enn laparoskopi og organisasjonen har fått et internasjonalt preg. AAGL har per dags dato rundt 7000 medlemmer fra 110 land. Foreningen har derfor droppet sitt fulle navn og går nå under navnet AAGL med tilleggsfrasen *Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide*. Organisasjonen har også knyttet til seg rundt 40 søsterorganisasjoner fra alle verdensdelene og bidrar hvert år som arrangør på kurs og konferanser verden rundt. AAGL organiserer blant annet en to-årig subspecialisering (Fellowships) i minimal invasiv gynekologisk kirurgi som omfatter over 40 sykehus i USA (fmigs.org). Dette er en ordning som også norske gynekologer kan søke på, dersom man på forhånd har lisens til å praktisere som lege i USA. Islendingen Jon Ivar Einarsson ble valgt til ny president for AAGL under høstens verdenskongress. Han arbeider til daglig ved Brigham and Women's Hospital i Boston, Massachusetts, men har fortsatt god kontakt med fagmiljøene i skandinavia. AAGL avholder sin verdenskongress i endoskopi hvert år i november på ulike steder i USA. I forbindelse med kongressene arrangeres det også meget nyttige forkurs (postgraduate courses). Her er det håndplukkete internasjonale instruktører som underviser i teori og praktiske øvelser innen ulike kirurgiske teknikker.

Høstens kongress med over 2300 deltagere ble avholdt på MGM Grand Las Vegas. Hotellkomplekset som ligger nederst på "The Strip" var verdens største i antall rom da det ble åpnet og er fortsatt det største i USA. Det ble blant annet avholdt direkte-sendt Grammyshow med flere tusen tilskuere på hotellet samtidig med AAGL kongressen, uten at det synlig påvirket aktiviteten på hotellet. I Las Vegas er det fullt kjørt døgnet rundt med konferanser, show av alle slag og gambling. Gynekologens utsendte medarbeider håpet på å vinne tilbake pengene fra forrige gang AAGL arrangerte konferanse i Las Vegas, men med en stigende dollarkurs, jetlag og dårlige kort ble årets gambling nok en kostbar affære.

Fag står selvfølgelig sentralt i forbindelse med AAGL-kongressen. Trenden går fortsatt mot mindre invasivt utstyr og metoder. Lev-erandørene pusher nå 3 mm troacarer og percutane instrumenter (uten bruk av troacarer). Innen hysteroskopi gjør de hysteroskopiske morsellatorene seg mer gjeldende. Flere grupper la fram gode resultater med bruk av disse teknikkene sammenliknet med konvensjonell hysteroskopisk reseksjon. I erfarne hender kan disse instrumentene fjerne intrakavitære polypper, myomer og graviditetsrester i lokalbedøvelse. Dette kan derfor gjøres på poliklinikker og hos avtalespesialister.

Det har vært stort fokus på morselling og "tissue ekstraktion" ved hysterektomi og myomektomi etter US Food and Drug Administration (FDA) sin Safety Communication på dette tema fra 2014.



Las Vegas by day, foto Thomas Thaulow.



Mette Skorstad og Espen Berner i Crand Canyon, foto Mette Skorstad.

Rapporten er blitt oppdatert, men det er fortsatt store begrensninger ved bruk av morsellatorer i USA. Morselling ble følgelig heftig debattert i flere arrangementer også under årets kongress. Mange sentra har siste året gjort opp og publisert sine egne materialer mtp incidensen av leiomyosarkom ved antatt benigne tilstander. I kjølvannet av den faglige diskusjonen kappes nå utstyrsleverandører for å produsere og promotere de beste store bagene til bruk ved laparoskopisk «In-bag» morselling. Morselleringsdebatten påvirker selvfølgelig også fagmiljøene i Europa. I Danmark har de blant annet hatt en offisiell anbefaling med "In-bag" morselling siden i fjor. Det finnes ingen tilsvarende anbefaling i Norge.

Amerikanerne er flinke til å lage show og presentere sine resultater. Arrangementet The Great Debate ble avholdt som en times intensiv, underholdene og slagkraftig debatt der prominente kolleger promoterte, forsvarte og angrep henholdsvis laparoskopisk, vaginal og robot hysterektomi. For Gynekologens utsendte var det faglige høydepunktet under kongressen Marc Possover sin forelesning over temaet neuropelveology. Den anerkjente gynekologiske kirurgen er en eminent foredragsholder. Han har med neuropelveology skapt sin egen retning i laparoskopifaget, som tar utgangspunkt i nervene i bekkenet. Et rykte sier at Possover skal holde et kurs i nerveseksjon i Norge i forbindelse med endoskopimøte på Norefjell i mars neste år.

AAGL setter alltid av siste dag av konferansen til live surgery. Denne gangen startet det med overføringen fra Sunrise Hospital, Kerala i det sørlige India. Fra en overfylt operasjonssal med over 50 personer demonstrerte Hafeez Rahman hvor enkelt kirurgi kan se ut i erfarne hender. Dette er en gynekolog som på sine hjemmesider skryter av å ha fjernet et myom på 4.5 kg laparoskopisk og som egenhendig har utført over 20 000 laparoskopiske hysterektomier. Hans metode for hysterektomi ved en myomatøst forsyret livmor var en pedagogisk fremstilling. Han forklarer sin suksess med standardisering av metoden og alle i teamet har sin tildelte rolle.

Det var flere norske faglige bidrag på AAGL kongressen i november. Andreas Putz og Siri Skrøppa viste frem sin operasjonsteknikk for total laparoskopisk hysterektomi ved bruk av den selvlysende

SecuFix uterusmanipulator. Deres video kan sees på AAGL sine hjemmesider (<https://www.aagl.org/onlineprogram/?id=650>). Marit Lieng underviste en full dag på postgraduate kurs og var medforfatter til flere postere og presentasjoner. Mette Skorstad la frem tall fra Norge for uventet leiomyosarkom ved antatt benign histologi for perioden 2000-2012. Jeanne-Mette Goderstad sin poster beskrev to metoder for å evaluere kirurgisk teknikk i opplæring i laparoskopisk hysterektomi: Global Operating Assessment in Laparoscopic skills (GOALS) and Competence Assessment Tool for Laparoscopic supracervical hysterectomy (CAT-LSH). Kirsten Hald holdt en glimrende presentasjon av resultatene fra en studie fra Oslo universitetssykehus (OUS) som måler avstand mellom ureter og uterus ved bruk av uterusmanipulator målt ved hjelp av dynamisk MR. Stor oppmerksomhet fikk også gjengen fra OUS under arrangementet The Oscars of AAGL. De var nominert som kandidat til en av prisene. Gjennom god lobbyvirksomhet kuppet den norske gjengen avstemningen og vant Oscar for beste publikasjon i 2015.

Det er alltid hyggelig å møte norske kolleger på konferanser i utlandet. Slike konferanser gir et godt faglig påfyll og bygger faglige nettverk både i inn og utland. Et sosialt høydepunkt ble den avsluttende AAGL Presidential Gala på den kjente nattklubben Hakkasan. "Elvis" dukket selvfølgelig opp på festen i sitt velkjente Las Vegas kostyme. Med lang reisevei benyttet mange europeiske gynekologer også helgen før eller etter konferansen til private opplevelser. Las Vegas har mye å by på med sine show og restauranter. Flere nordmenn tok den korte turen opp til Grand Canyon. Da passerer man den 220 meter høye demningen Hooverdammen som sørger for strømforsyningen til California. Neste verdenskongress for AAGL arrangeres 14.-18. november i Orlando, Florida. Gynekologen oppfordrer med dette norske gynekologer å sende inn bidrag til kongressen. Abstrakt frist er 15. april. Det å holde innlegg eller presentere postere på internasjonale kongresser er en spennende og morsom måte å promotere fagmiljøene i Norge. AAGL sin verdenskongress egner seg også for avtalespesialister som ønsker å holde seg oppdatert på det gynekologiske fagfeltet, da det presenteres mange «office prosedyrer» på kongressen.



Bergen og Haugesund i Las Vegas, Foto Ingeborg Engelsen.



Istre, Goderstad, Oddanes. Foto Ingeborg Engelsen.



Menopause, The Musical.

Highlights fra ESG 2015 kongress i Praha

Av Irina Eide

European Society of Gynecology (ESG) arrangerer kongresser annethvert år. I 2015 ble kongressen holdt i oktober, i den vakre romantiske Praha pyntet i høstfarger.

Dessverre har kongressen kollidert med årsmøte i Bergen, derfor var vi kun 4 deltakere fra Norge. Ellers var gynekologer fra hele Europa og andre deler av verden representert blant 1312 deltakere. De fleste kom fra Tsjekkia (190), Frankrike (94), Russland (74), Spania (52) og Belgia (51).

Mange aktuelle emner innenfor gynekologi og obstetikk ble presentert i plenum, plenumsforelesninger, symposier, debatter og muntlige foredrag.

Her er noen "highlights" fra kongressen.

HRT and prevention of diseases – timing is a key

John C. Stevenson (Imperial College London) har gitt oss flott oversikt over tilgjengelig data om HRT (hormone replacement therapy) og hjerte-karsykdommer. Hans konklusjon er at HRT er gunstig for forebygging av coronary events og at fordelene er avhengig av alderen, hormontype (spesielt progestogen) og hormondose. De største fordelene og redusert dødelighet ser man ved tidlig oppstart av HRT. I motsetning til det viste Scoud Muhieddine (Libanon) i sitt foredrag at tidlig oppstart av HRT øker risiko for brystkreft sammenlignet med sen oppstart, men dødeligheten stiger ikke. Stevenson's replikk "Start HRT early if you do not want to die!" har avsluttet diskusjonen.

Østrogener kan brukes for behandling av brystkreft

I følge Coelingh Bennink Herjan (Nederland) gir relativt høye doser av østrogen (daglig dose: Estradiol 6 mg; EE 3 mg og DES 15 mg) gitt til pasienter med metastatisk sykdom etter tidligere endokrin behandling (tamoxifen, aromatasehemmere) og minimum 5 år etter menopause, behandlingseffekt hos 28-41 %. Sannsynlig forklaring er østrogenindusert apoptose av en selektert gruppe av østrogenreseptor-positive celler. Dette er et interessant budskap som bidrar til å forstå variable østrogen-effekter på forskjellige celletyper i ulike livsfaser.



Norske deltakere (fra venstre): Irina Eide, Catarina Falck, Nargiza Svanadze og Anne Cecilie Hallquist.

Konservativ behandling av myoma uteri med ulipristal acetat (UPA, Esmya) – en ny hverdag på gynekologisk poliklinikk.

UPA er en selektiv progesteronreseptormodulator (SPRM) som karakteriseres av en vevsspesifikk delvis progesteronantagonist effekt. UPA er allerede veletablert for preoperativ behandling av symptomatiske myomer. Fra i år er UPA (Esmya) registrert også for intermitterende konservativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterine fibroider hos kvinner i fertil alder. Dr. Dace Matule (Latvia) og Dr. P. Arriagada (Sveits) presenterte resultater av langvarig intermitterende behandling av symptoma

tiske uterine fibroider, - PEARL IV studie, som viser gode utfall: minskning av myomstørrelse, bra blødningskontroll, smertereduksjon, bra sikkerhetsprofil og ingen bekymring mht varige alvorlige endometrieforandringer. PAEC (Progesteron Receptor Modulator Associated Endometrial Changes) kan se skummelt ut ved ultralyd, men er reversible. Hodepine og hetetokter er blant de vanlige bivirkninger som forekommer i henholdsvis 10 og 5.7 % av tilfellene.

Dr. Anne Deans (UK) delte sine erfaringer med UPA behandling som hadde forandret hverdagen på hennes poliklinikk, hvor flere og flere kvinner med symptomatiske myomer behandles konservativt nå. Hun anbefaler UPA behandling for tre pasientgrupper: for perimenopausale kvinner som ønsker å unngå hysterektomi og kun har noen få år før forventet menopause; for kvinner i reproduktiv alder som har fremtidige barneønske og for pasienter med kontraindikasjoner for operativ behandling.

Non invasive prenatal testing; NIPT. What's new?

I siste årene ser vi at non-invasiv prenatal testing (NIPT) er i anmarsj i vår kliniske praksis. NIPT er basert på sekvensering av cellefri føtal DNA fra maternell plasma. NIPT har nesten 100 % negativ prediktiv verdi, men tolkning av positive tester er vanskelig. Falsk positive resultater kan avspeile begrenset placenta mosaikk, vanishing twin og sjeldne maternelle tilstander, for eks. udiagnostisert malignitet eller X kromosom aneuploidi hos mor.

Cantraine Frederic (Belgia) gav i sin foredrag en oppdatering i emnet. Per i dag er NIPT ikke en diagnostisk test for føtal aneuploidi og positivt resultat krever invasiv test for å bekrefte funn. Videre, testen er ikke anbefalt for screening i den generelle populasjonen. Cantraine foreslår "Contingent screening" hvor NIPT brukes i sekundær screening hos gravide med påvist moderat risiko etter 11-13 uker testing (alder, nakkefold, b-HCG, Papp-A). Dette kan hjelpe til å unngå invasiv testing hos gravide med nega-

« Fra i år er UPA (Esmya) registrert også for intermitterende konservativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterine fibroider hos kvinner i fertil alder »

tiv NIPT. Per i dag kan NIPT ikke brukes ved tvillingsvangerskap. Presidenten for kongressen Pavel Calda (Tsjekkia) og ESG president Andrea Genazzani (Italia) sammen med sine medhjelpere, har gjort alt for at kongressen ble vellykket. Andrea Genazzani var tilstede nesten overalt. Han gikk fra sal til sal, kontrollerte at alt var i orden, slo diskusjon med den ene, vinket og smilte til den andre, blinket til den tredje slik at vi alle sammen følte oss ivarettatt.

Neste ESG kongress arrangeres i oktober 2017 i Barcelona. Anbefales!



Sammen med John C. Stevenson fra Imperial College London.



I spennede samtale med ESG president Andrea Genazzani.

13. - 14. oktber 2015

NASJONAL KONFERANSE FOR SYKEHUSENES ABORTNEMDER

Av Magne Halvorsen

Det er abortnemnd ved 35 av landets sykehus. For å sikre mest mulig ensartet praksis blant abortnemndene i landet arrangerer helsedirektoratet med 1-2 års mellomrom nasjonale konferanser for abortnemndene.

Som kjent består primærnemdene av en lege oppnevnt av sykehusene, vanligst en overlege ved gynekologisk avdeling, og en primærlege oppnevnt av fylkesmannen (fylkeslegen).

Det er nå en sentral abortklagenemd som er lokalisert til Ullevål Universitetssykehus. Den har 5 medlemmer hvorav 2 leger og en jurist.

Målgruppen for dette møtet var abortnemndenes medlemmer samt sosionomer som deltar i forberedelse til abortnemnd. Det var 90 deltakere hvorav 30 gynekologer. Sykehus fra Kirkenes i nord til Kristiansand i sør var representert. Møtet ble ledet av avdelingsdirektør i helsedirektoratet Torunn Janbu (Tidligere president i DNLF)

Leder av sentral klagenemd Toril Hagerup-Jenssen og seniorrådgiver HDIR Siri Haavi presenterte aktuelle tall for siste år. Det var 618 søknader behandlet i primærnemnd. 552 av disse ble innvilget. Av 66 avslag ble 23 ikke behandlet i klagenemd. (Alle avslag i primærnemnd skal automatisk uten opphold henvises til sentral klagenemd) 43 saker ble behandlet i klagenemden og 23 av disse ble innvilget og 18 avslått. Dette er altså vanskelige saker.

Hva kjennetegner kvinner som tar gjentatt abort?

Professor Anne Eskild AHUS:

Litt overraskende har 36,7% av alle abortsøkende tidligere hatt minst en PA. 60% av kvinner med gjentatt abort har barn. 44% av abortsøkende kvinner er gift/samboer. 40% av kvinner med gjentatt abort har brukt prevensjon, og 60% av abortsøkende er >25 år. Take home message: Kvinner som lever i parforhold og har jevnlig sex har størst sjanse for å bli ufrivillig gravid. Risiko for ufrivillig graviditet øker med antall år i fertil alder. Sikker prevensjon er naturligvis viktig. Gratis sterilisering er en nærliggende tanke.

Kommunikasjon via tolk i nemd-muligheter og begrensninger.

Professor dr. Art Hanne Skaaden, Høgskolen i Oslo og Akershus:

Her fikk vi en grundig gjennomgang av tolking og tolketjenesten. Hovedbudskapet var at tolken skal gjengi det som er sagt. Tolken skal være upartisk og det er en stor fordel å sette tolken inn i konteksten. Den abortsøkende er ofte engstelig for at nærmiljø og

familie kan få kjennskap til uønsket svangerskap. Religiøse og kulturelle holdninger til provosert abort kan sette kvinnen i en svært alvorlig situasjon. Telefontolkning er ofte en fordel. Tolken har naturligvis taushetsplikt og skal først og fremst si dette til kvinnen.

Kulturforskjeller og abort, med spesiell vekt på Islam.

Leder for MIRA-Senteret, Fakbra Salimi:

MIRA er landsdekkende ressurs-senter for unge kvinner og jenter med minoritetsbakgrunn. Samfunn hvor Islam er dominerende religion har ofte et patriarkalsk kvinnesyn. Kvinner tillates ikke egen seksualitet. Kvinnekroppen er til for å glede menn, for reproduksjon og for å føde guttebarn. Kvinnelig omskjæring, barneekteskap og motstand mot prevensjon er uttrykk for kontroll av kvinnelig seksualitet.

Koranen tar ikke stilling til abort, men tolkningen av koranen varierer fra de mest liberale til de mest konservative samfunn. I Pakistan gis rett til provosert abort inntil 4 mnd. ved visse indikasjoner hvorav stor fare for mors liv er det viktigste. Graviditet utenfor ekteskapet i Pakistan kan være en trussel for kvinnen som går på liv og død. Dette er store kontraster til norske forhold. Det er en stor oppgave for oss å integrere fremmedkulturelle. I Norge er det norsk lov som gjelder.

Begrunnelse av vedtak i primærnemdene.

Jurist og medlem av sentral abortklagenemd Gorm Grammeltvedt:

Dersom primær abortnemnd avslår en begjæring skal avslaget begrunnes med henvisning til abortloven. Et fylldig notat med begrunnelse for avslaget skal følge kvinnen til sentral abortklagenemd. Primærnemnden kan ikke få skriftlig tilbakemelding fra sentral klagenemd av hensyn til skjerpet taushetsplikt. Som hovedregel vil svangerskapet avbrytes ved Ullevål universitetssykehus ved innvilgelse av svangerskapsavbrudd i sentral klagenemd.

Gruppearbeid-kasuistikker med skriftlig begrunnelse.

Konferansedeltakerne var delt i grupper fra 1-13 rundt hvert sitt runde bord. Som vanlig ved disse konferansene får alle tildelt et antall kasuistikker som hver gruppe diskuterer for seg selv. Kasuistikkene ligger nært opp til reelle kasus. Denne gangen skulle man ved avslag i primærnemnd lage skriftlig begrunnelse for

« *Take home message:* Kvinner som lever i parforhold og har jevnlig sex har størst sjanse for å bli ufrivillig gravid. Risiko for ufrivillig graviditet øker med antall år i fertil alder. Sikker prevensjon er naturligvis viktig. Gratis sterilisering er en nærliggende tanke »

avslaget med henvisning til aktuelle punkt i abortloven. Kasuistikkene ble diskutert i plenum. Disse kasuistikkene er gull for oss som jobber med dette og bidrar nok i vesentlig grad til en ensartet praksis i de ulike primærnemdene.

Dagen ble avsluttet med utmerket 3 retters middag for deltakere og arrangører. God anledning til å treffe kolleger fra andre sykehus. Stemningen var god- særlig så lenge Norge ledet 1-0 over Italia i kvalifiseringskamp til fotball EM. Dag to i konferansen startet kl. 09.

Den vanskelige samtalen-abortsøkende kvinner i nemd.

Dr. psychol. og førsteamanuensis Gry Stålsett, spesialpsykolog / fagrådgiver på Modum Bad:

Hun holdt en meget god og engasjert forelesning. Kvinner som søker PA i abortnemnd er i en kritesituasjon eksistensielt og emosjonelt. Vi som myndighetspersoner må tåle å ikke bli likt, tåle avvisning, men alltid være vennlige.

Jenter under 16 år –regelverk og abortsamtaler.

Helsesøster Maria Kvinge, Amatheia Stavanger og seniorrådgiver og jurist Elisabeth Sagedal, helsedirektoratet:

Det er ca. 6 nemdbehandlinger per år hvor kvinnen er < 16år. Hvis jenta ikke vil informere foreldrene og har gode grunner for dette skal det respekteres. Det er jenta selv som skal begjære svangerskapsavbrudd og underskrive begjæring.

Unntak er alvorlig sinnslidelse eller psykisk utviklingshemming. Hvis foreldre er informert og motsetter seg svangerskapsavbrudd kan avbrudd likevel innvilges etter samtykke fra fylkesmannen.

Torunn Janbu avsluttet konferansen med noen fremtidige aktuelle utfordringer.

Føtocid, selektiv abort av flerlinger og føtal kromosomanalyse

fra maternell blodprøve samt abort på grunnlag av «feil kjønn». Det arbeides også med en anbefaling av hvor mange abortnemnder som er ønskelig i landet.

Da var det lunch og hjemreise etter et utbytterikt seminar.

Repadina®

plus

– den naturlige løsningen mot vaginal tørrhet



Har du vaginal tørrhet vil du sikkert gjenkjenne én eller flere av disse symptomene:

- Tørrhet eller ømhet i vagina
- Kløe og irritasjon i vagina
- Smerte ved samleie
- Ubehag ved å ha på seg stramme klær

Prøv Repadina Plus og erfar effekten

- Repadina Plus inneholder kroppens eget hyaluronsyre som bidrar til å bygge opp celler, derfor hjelper Repadina Plus deg mot vaginal tørrhet.
- Repadina Plus er et hormonfritt produkt som medvirker til gjenoppbyggingen av slimhinnene i vagina.

Repadina Plus er reseptfritt, uten hormoner, parfyme og parabener. -Tilgjengelig i alle Bandabutikker og på alle apotek!

Repadina Plus 5-pakning kan bestilles direkte fra leverandør kr 700,- inkl. mva og frakt).
Telefon: 21 55 59 90 - Faks: 21 55 59 94
E-post: info.no@azanta.com

Azanta

Azanta AS | Postboks 39, Tveita | 0671 Oslo



Sirraigh Bryggen. Foto: Chad K.

Infertilitet - fra diagnose til behandling

Kurs nr. O-30732

Onsdag 25. mai 2016

Bikuben kurs- og konferansesenter, Haukeland sykehus, bygg 11

<http://legeforeningen.no/Community/kurskatalogen/Kurs/?coursenumber=30732>

PROGRAM

09.00	Velkommen <i>Ritsa Storeng, Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, OUS</i>	13.00	Assistert befruktning i laboratoriet <i>Siren Skrede, Haukeland Universitetssykehus</i>
09.05	Kvinnelig infertilitet <i>Martha G. Eide, Haukeland Universitetssykehus</i>	13.30	Fertilitetsbevarende behandling <i>Marit Smaavik Johansen, OUS</i>
09.35	Endometrioseassosiert infertilitet <i>Hans Kristian Opøien, AHUS</i>	14.00	Assistert befruktning og kreft risiko hos kvinner og barn <i>Marte M Reigstad, OUS</i>
10.05	Mannlig infertilitet <i>Nan Oldereid, Reproduksjonsmedisinsk seksjon, OUS</i>	14.30	Pause
10.35	Pause	15.00	Aldring og fertilitet <i>Mette Haug Stensen, Fertilitetscenteret, Oslo</i>
11.00	Epigenetikk & IVF <i>Trine Elholm Bjånesøy, Haukeland Universitetssykehus</i>	15.30	Bioteknologiloven/ Behandling i utlandet <i>Torolf Holst-Larsen</i>
11.30	Hormonstimulering ved assistert befruktning (COH) <i>Hema Rajkumar, Haukeland Universitetssykehus</i>	16.00	Slutt
12.00	Lunsj		

Kurskomite: Ritsa Storeng, Marte M Reigstad, Siren Skrede, Marthe G Eide og Torolf Holst-Larsen.



Kolposkopikurs

I desember 2015 var de verdenskjente kolposkopører Professor Albert Singer og Jo Jordan foredragsholdere på et praktisk 3-dagers kolposkopikurs ved Radiumhospitalet. Tilbakemeldingene på kurset var 5/5 fra stort sett alle deltakerne.

Ikke alle rekker å dra på kolposkopikurs, men det bør være et minimum krav at man har tatt et kolposkopikurs før man utreder kvinner med dysplasi. Kursledere Ane Cecilie Munch, Ingrid Baasland og Ameli Tropé har derfor gleden av anbefale dette online kurset:

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.





Finnmark er 48600 km² og er større enn Danmark i areal. Innbyggertall ca. 76000.

Bilde øverst til høyre: Arktisk Kultursenter, AKS. Byens nye storstue sto ferdig i 2008, og kostet nærmere 300 millioner kroner.

Bilde nederst til høyre: Hammerfest sykehus er bygd i flere omganger. Nå er vi i startfasen med planleggingen av et helt nytt sykehus.

Norge Rundt

Kvinneklirikken i Hammerfest

Av Ingrid Petrikke Olsen og Marit Vidringstad

I dette innlegget kan du lese om kvalitetskriterier i svangerskaps- og fødselsomsorgen, ultralydapparater, gynekologi, føde-BEST, et belgisk forfatterbesøk, desentraliserte helsetjenester, gruppe-I-tjeneste og ambassadøren i Moskva.

Tidligere besøkt:

2.2015: Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen
4.2015: Kvinneklirikken i Stavanger

Tall fra 2015

Totalt antall operasjoner	650
Antall fødsler i Hammerfest	436
Antall fødsler i Alta	81
Transportfødsler vi vet om	7
Keisersnittfrekvens	17.2 %
Vakum/tang	4.75 %
Polikliniske konsultasjoner	4200
Antall gynekologiske senger	5
Antall fødesenger	3
Observasjons- og barselsenger	8

I Hammerfest har vi ei felles gyn-/fødeavdeling med en tilhørende poliklinikk og et pasienthotell. Vi har også gode avtaler med hotellene i byen for de som venter på å føde. Avstandene til både Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og naboavdelinga i Kirkenes er cirka 50 mil. Vi har det medisinskfaglige ansvaret for fødestua i Alta (grønne fødsler), som er 14 mil unna. Fordi Hammerfest har tre nyfødte-intensiv-plasser med barnelege i vakt, ivaretar vi også risikofødsler som ikke er så vanlige for et lokalsykehus av vår størrelse.

Historikk

Fødeavdelingen åpnet januar 1979 og gynekologisk avdeling F litt senere på året. Før 1979 var fagområdet en del av kirurgisk avdeling. Rolf Alsos var den første fast ansatte gynekologen i Hammerfest. Han ble ansatt i 1978. Mange kollegaer var innom. Så kom Kåre Augensen i 1994, han ble til 2005 og etablerte struktur, gode rutiner og faglige prosedyrer som høstet god omtale da Helsetilsynet hadde sitt landsomfattende tilsyn i 2003. Samtidig begynte man å merke foretaksmodellen. I 2004 ble det vedtatt å slå sammen gyn F og fødeavdelingen. Vi skulle spare 3-4 årsverk ved å ha felles personale på nattevakter og felles kjøkkenassistent. Nesten alle de gynekologiske sykepleierene valgte å slutte i løpet av kort tid. Det gjorde også Kåre. Kort fortalt forsvant mye kompetanse.

Parallellt med forandringer i organiseringen av helsevesenet har også faget gjennomgått store endringer. Hjemmeaborter, ultralydteknologien, sentralisering av kreftkirurgien, hormonspiralen, dreining til dagkirurgiske inngrep og kvalitetsregistre er stikkord i denne sammenhengen. Det har vært kontinuerlig pågående omstillingsprosesser av ulike slag også her i Finnmark.

“Å føde trygt”

Kvalitetskriteriene i “Å føde trygt” har vi tatt på stort alvor. Siden 2013 har vi gradvis implementert kravene. I Hammerfest har vi i utgangspunktet hjemmevakt. Fagrådet i Helse Nord har utarbeidet gitte kriterier for når legen skal være på sykehuset i beredskap. Dette er viktig siden vi har ansvar for risikofødsler som premature fra svangerskapsuke 32, setefødsler, tvillinger, svangerskapsdiabetes, grav overvekt, tidligere GBS-historikk osv, hvor det kan være behov for barnelege like etter fødsel. For oss innebar dette hardere vaktbelastning, som igjen utløste tilførsel av ett overlegeårsverk, fra fire til fem overleger. Videre har vi fått ett årsverk til fagutviklingsjordmor. Bakvaksordning ved

« Hammerfest har muligens verdens nordligste fødeavdeling »

fødestua i Alta innføres nå. Vi har utdannet ei ekstra ultralydjordmor, og har kjøpt inn fem nye ultralydapparater de siste to årene. Alt dette er veldig godt å ha fått på plass. Likevel er vi mest stolt over at vi har fått på plass en kultur for ukentlig å trene på akutte situasjoner i avdelinga vår.

Føde-BEST og nyfødte-BEST

Bedre og Systematisk Teamtrening er et konsept som har bredt om seg på norske sykehus. Konseptet har faktisk sprunget ut fra akuttavdelinga ved Hammerfest sykehus, i samarbeid med Haukeland og Voss.

For å kompensere for at vi er små, trener vi på akutte situasjoner som hver og en av oss sjelden står i. For oss vil dette for eksempel være skulderdystoci, tvillingfødsel, setefødsel, postpartumbldning, nyfødtescusitering og så videre. Tid til trening er lagt inn i personalets turnus ved at dag- og aftenvaktene overlapper en dag i uken. I tillegg til individuelle ferdigheter trenes det også på å få teamet til å fungere godt i akutte situasjoner. To dager i året har vi fagdager hvor nyfødtescusitering er tema. Her diskuterer vi mange tverrfaglige problemstillinger sammen med anestesileger, anestesisykepleiere, barneleger og barnesykepleiere. Resultatet er vanskelig å måle i vår lille avdeling, men vi ser at folk er mer trygge i akutte situasjoner og arbeidsmiljøet styrkes på tvers av avdelingene. Det er merkbart færre nyfødte barn som er blitt overflyttet til UNN - men igjen, vi har små tall.

« Våre LIS'er er førsteoperator i tilnærmet 100 % av operasjonene. De har tilgang til prima utstyr for laparoskopiske og endoskopiske prosedyrer og har god progresjon i sine prosedyrelister »

Hammerfest har muligens verdens nordligste fødeavdeling, siden begrepet verdens nordligste by benyttes. I 2013 fikk vi besøk av en belgisk dokumentarforfatter. Av det blei det bok; «Birth Day - How the world welcomes it's children», av Lieve Blancaert. Hammerfest var valgt ut som en av 14 steder i hele verden for å illustrere, med bilder og ord, det vide spennet av geografi og kultur som verdens barn fødes inn i. Boken anbefales på det sterkeste.

Desentraliserte helsetjenester

I Finnmark har spesialisthelsetjenesten en desentralisert struktur. Pasientnær behandling er et mantra. Vi som er spesialister ved Hammerfest sykehus har i årevis ambulert til spesialistpoliklinikkene i Karasjok og i Alta. Medberegnet ultralydjordmor sine polikliniske konsultasjoner har vi ved vår avdeling anslagsvis 70 dager med "utekontor" per år. Dette betyr en del reising, men bor man i Finnmark må man være venn med avstandene - ellers blir det fort slitsomt. Noen av turene til Alta brukes til å ha kveldsundervisning for jordmødrene på fødestua eller for fastlegene der.

Vi mener vi er gode på å samhandle med førstelinjetjenesten. Vi har for eksempel utarbeidet en felles prosedyre på diabetes i svangerskapet som brukes daglig av både kommunejordmor, fastlege, diabetesteam i de kommuner hvor dette finnes, og oss inne på sykehuset. Dette blir det faktisk sømløse pasientforløp av.



Sykepleierne Bente Brun og Judith Arild ser i avdelingens historiebok så undtegnede får årstallene for viktige hendelser riktig. Mange kjenner nok disse to damene igjen for de har jobbet lenge med både gynekologi og sammen med mange gynekologer.



Skulderdystoci: Her trenes individuelle ferdigheter og samarbeide i team.



Alt skal utnyttes når avdelingsoverlegen har slakta sommer-lammene sine. Disse preparatene kunne brukes til sfinkter-suturerings-øvelser for personalet.

Gruppe-I-tjenesten

Faste LIS-stillinger har så langt skapt problemer for våre LIS'er som må ha sine 18 måneder på ei gruppe-I-avdeling. Det er rett og slett ikke tatt høyde for rotasjon, og at en andel av Utdanningsstillingene må holdes av til kandidater fra lokalsykehusene. Dette er blitt en flaskehals som forsinker utdannelsen av nye gynekologer, og er til hinder for rekruttering av egne, ferdige overleger til småsykehus som tradisjonelt sett, og fortsatt, sliter med rekruttering.

Våre LIS'er er førsteoperator i tilnærmet 100 % av operasjonene som gjennomføres (ref. «Gi kniven videre» - kampanjen fra 2014). De har tilgang til prima utstyr for laparoskopiske og endoskopiske prosedyrer, har god progresjon på sine prosedyrelister, og tilbakemeldingene vi får er at Hammerfest er et svært godt sted å være for «gruppe II-tjeneste».

Og mens vi snakker om LIS'ene må jeg også få nevne ambassadøren i Moskva. Det deiset nemlig inn en søknad om jobb, hvor selveste ambassadøren i Moskva var oppført som referanse. En russisk kollega, tenker du? Men nei, søkeren var fra Hammerfest, utdanna lege fra UiT i 2004, lederutdanning fra UD, og hadde arbeidet ved en ambassade. Nå arbeider hun i vår avdeling. Sånn er Finnmark. Full av folk med en spennende bakgrunn, enten du møter dem som kollega eller som pasient. At Kevin Oppegaard publiserte i Lancet med arbeidssted i Hammerfest forteller også at man kan utrette mye spennende herfra, bare man legger bort fordommer og annet begrensende tankegodt.



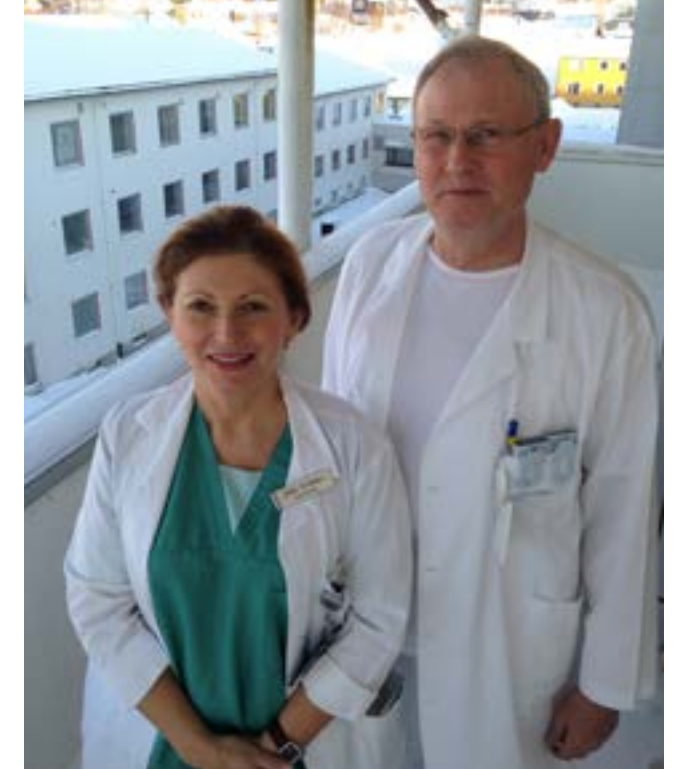
LIS'er: Marit Vidringstad (venter på gruppe I-tjeneste), 'ambassadør' Ingvild Agledahl og Ingar «den uunnværlige» Baklien. I grønn bukse er Siri Strand Pedersen som er ny avdelingsoverlege.



Ibrahim Brackovic er en hedersmann som er tilbake hos oss som overlege 1.mars. Det er vi veldig glade for.



Overlege Ingrid Petrikke Olsen og jordmor Charlotte Mannsverk underviser jordmorstudenter i Tromsø.



To faste overleger: Staffan Ternstrøm og Julia Waldner, sistnevnte ble kåret til årets Finnmarkslege i 2008 for sitt lange arbeide for kvinner med urininkontinens.

Universitetet banker på døren

Spennende er det også at UiT nå starter opp med å gi undervisning i de to siste studieårene i Finnmark. Finnmarksmodellen er under oppbygging, og de første pilotstudentene starter på sitt 5. studieår høsten 2016. De blir igjen på 6. studieår, og skal avholde sin eksamen i Hammerfest våren 2018. Gynekologi og obstetikk er store undervisningsfag i de to siste studieårene. Avdelingen vår skal derfor styrkes ytterligere med et 40-50% legeårsværk (detalj ikke avklart enda), og vi vil også få ansvar for å veilede studentene i deres masteroppgaver. Dette er et løft for både sykehuset som helhet, og for avdelingen vår.

I selve byen skjer det også mye. Oljeindustrien har befestet seg, og også i dag er det optimisme hva gjelder oljeindustrien her nord i Barentshavet. Oppdrettsnæringen vokser, og tolv trailere kjører hver dag ut av byen med laksefilet til andre markeder. Kommunen jobber hardt for å få på plass stadig nye alternativer for høyere utdanning lokalt (Campus Hammerfest, en del av UiT, Norges Arktiske Universitet). Byen pusser opp fasader og kommunale bygninger. Det bygges nye skoler og barnehager. Kulturlivet blomstrer i det nybygde Arktisk Kultursenter. Mesta bygger ny innfartsvei til 3.6 milliarder, og ny flyplass er under planlegging. Ordføreren vår satser, og går til rettssak mot Kjell Inge Røkke som ikke overholder avtalen om lokal leveringsplikt av fisk.

Med disse optimistiske framtidsutsiktene for både byen Hammerfest og vår avdeling takker vi for utfordringen fra Stavanger Universitetssykehus. Så lirker vi stafettspinnen inn i mellom salmalaksen og sender den sørover til Nordlandssykehuset og Bodø, til avdelingsoverlege Heidi Frostad Sivertsen.



Foto: UiB.

Minneord Helga Salvesen 1963-2016

Vår kollega; gynekolog, overlege, forskergruppeleder, professor og for mange av oss svært gode venn Helga Birgitte Salvesen døde brått og uventet 20. januar 2016.

Helga startet å forske allerede i studietiden i Bergen, lenge før hverken særoppgaver eller forskerlinje var etablerte akademiske arenaer. Etter turnus i Volda begynte hun på Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus i 1991. Helga var genuint opptatt av jobben sin; å kunne hjelpe pasientene, og om ikke kunne helbrede så alltid trøste og lindre. Cancergynekolog/gyn.onkolog ble hennes spesialområde, da kunne hun kombinere både kirurgiske ferdigheter, empati og hennes forskningsfelt- livmorkreft og bedret persontilpasset behandling. Hun disputerte i 2000 for sin doktorgrad i medisin med avhandlingen «Tumor Biomarkers and Prognostic Factors in Endometrial Carcinoma» og ble samme år ansatt som overlege ved KK, Haukeland.

Empati/Omsorg var ikke bare forbeholdt pasienter. For venner og kolleger var hun alltid oppmuntrende, og kunne komme med gode råd hvis man søkte det. Hun klarte å fange opp om noen hadde det vanskelig, gi en klem, ta en telefon, sende sms eller invitere med til storfamiliemiddag.

Helga arbeidet målrettet med sitt forskningsfelt og etablerte et stort forskningsnettverk, både på tvers av helseregioner i Norge men også internasjonalt. Hun var sentral i etableringen av

ENITEC (European Network In Treatment of Endometrial Cancer) og hadde samarbeidsprosjekter i USA, Australia og Kina.

Helga var en sjeldent faglig sterk, klok, varm og omsorgsfull forskningsgruppeleder. Hun hjalp den enkelte å utnytte sitt potensiale slik at vi alle kunne bli bedre sammen. Hun var aldri høyrøstet men kunne fremføre tydelig det hun mente når det var nødvendig. Helga var et spesielt godt forbilde for kvinner i akademien, og jobbet bevisst og aktivt for å fremme det. Hun ble 2015 innvalgt i Det norske Vitenskapsakademi, dette var en anerkjennelse vi vet Helga satte pris på.

Helga var en ledestjerne. Vi savner henne, men er takknemlige over den tiden vi har fått arbeide sammen med henne - det har vært gode år! Vår dypeste medfølelse går til hennes nærmeste familie, Pål og de fire flotte guttene. Helga elsket dem alle dypt og inderlig og samvær med dem var det aller viktigste i hennes liv.

Vi lyser fred over Helgas minne.

På vegne av gynekologkolleger:
Jone Trovik, HUS og UiB og Annetine Staff, OUS og UiO

The 40th Nordic Congress
of Obstetrics and Gynecology
June 12-15, 2016 • Helsinki, Finland

NFOG 2016



Plenary lectures

- Preterm birth
- Cancer and pregnancy
- Prevention of cervical cancer – the big picture
- Personalized medicine in obstetrics and gynecology
- Menopause, hormones and memory
- Maternal microbiome and newborn health

Pre-congress symposiums

- Practical management of menopause
- US in pregnancy
- Obstetrical tears – prevention and repair
- Laparoscopic simulation - suturing and simulation
- How to write/read/review a scientific article/ACTA-course
- Cervical cancer screening/practical colposcopy
- Simulation of obstetric emergencies
- Up-to-date on contraception
- Adolescent gynecology

Congress symposiums

- Why sexual medicine is important?
- Up-to-date on gynecological hormone therapy
- Polycystic ovarian disease
- Up-to-date on adenomyosis
- Office based treatment of bleeding disturbances
- Ovarian cancer
- Prolaps surgery
- Mishaps early pregnancy
- Impaired placentation
- Evolving fetal diagnosis and screening
- Preterm delivery
- Obesity in pregnancy
- Intrauterine fetal death
- Obstetrical emergencies
- NFOG funded collaborative projects
- Violence against women – NFOG session

SAMSUNG

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



EKSTREM NØYAKTIGHET

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



BRUKERVENNLIGHET

Intuitiv 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.



H60

HM70A
with Plus

RS80A
with Prestige

WS80A
with Elite

HS70A