

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

2 • 2016



Årsmøteprogram 2016

Intervju, Sigurd Kulseng-Hanssen s. 10

Fistekirurgi i Etiopia s. 16

Kunst og legeliv s. 24



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

SAMSUNG

Samsung har lansert en ny portefølje av ultralyd-apparater til bruk innen gynekologi og obstetikk. 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 obstetikk.



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



Inter-Medical AS
Balders veg 3, 2816 Gjøvik
Tlf. 61 14 63 00 - Mobil 406 17 940
E-post: post@inter-medical.com

INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG ULTRASOUND



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Agnethe Lund
Overlege, Helse Bergen HF
E-mail: agnethelund@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

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)

INNHOOLD

REDAKTØR	5
LEDER	7
INTERVJU	
Sigurd Kulseng-Hanssen	10
GYNEKOLOGEN UTENLANDS	
Fistelkirurgi i Etiopia	16
HORMONHJØRNET	
Om taking og tolkning av hormonprøver	20
GYNEKOLOGLIVET	
På besøk hos Oslogynekologene	22
Kunst og legeliv	24
NGF ÅRSMØTE INVITASJON 2016	28
PhD	
Liv Cecilie Vestheim Thomsen	32
FUGO	
Kjære FUGO-medlemmer!	34
FUGO formøte program, årsmøte 2016!	34
Ny FUGO-leder	35
UTDANNING, KURS OG MØTER	
Reisebrev fra BRCA symposium i vårlege Montreal	38
NGER, Norsk Gynekologisk Endoskopiregister	40
NORGE RUNDT	42
GYNEKOLOGEN ANBEFALER	46



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: Marte Jettestad.



« Vi burde alle tåle at noen er annerledes. Holdninger må endres slik at enhver kropp og identitet aksepteres »

Rett til rett kjønn

«Gutt eller jente?» Det er et naturlig spørsmål i møte med nybakte foreldre - og som oftest er det lett å svare. Men noen ganger er kjønnnet uklart. Barnet kan ha usikker somatisk kjønnsutvikling eller Disorder of Sex Development. Disse barna skal henvises til et av de to flerregionale senter som utreder DSD, ved Barneklubben i Bergen eller OUS.

Vi burde alle tåle at noen er annerledes. Holdninger må endres slik at enhver kropp og identitet aksepteres. En bekymring er likevel at det er de sterkeste som uttaler seg på vegne av gruppen. Selv om noen føler seg vel uten kjønnskategori vil det fortsatt være naturlig for de fleste å ha ett kjønn.

DSD tilstandene bør ikke forveksles med kjønnsdysfori. Muligens er kjønnsidentiteten mer komplisert hos noen individer med DSD, men kjønnsdysfori oppleves oftest hos mennesker som ikke har noen annen diagnose. Definisjonen er psykisk ubehag som følge av manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og det kjønnnet som er tillagt ved fødsel.

Om et barn har kromosomer 46 XX, CAH (kongenitt adrenal hyperplasi) og genital androgenisering er det livreddende å behandle den endokrinologiske tilstanden, hormonene blir som hos friske jenter. Men hva med genitalia eksterna? En forstørret klitoris ser ut som en penis, og labia majora likner scrotum. Skal barnet vokse opp uten kirurgi og kjønnsbestemmelse? Avgjørelsen må tas før barnet kan uttale seg. For noen vil det sannsynligvis være svært traumatisk å vokse opp uten et tydelig kjønn. Andre kan være rustet til å stå frem akkurat som de er.

I april 2015 kom rapporten «Rett til rett kjønn». Ekspertgruppens mandat var todelt. Man ønsket en gjennomgang av helsetjenestetilbudet ved kjønnsdysfori og vurdering av vilkår for endring av juridisk kjønn. NGF sluttet seg til mye av det som anbefales i rapporten men noen punkter er kommentert i høringsuttalelsen. Det gjelder blant annet tilbud om endokrinologisk behandling i hver region; dette er høyspesialisert behandling og bør fortsatt skje i regi av NBTS (Nasjonalt Behandlingssenter for Transseksualisme). Og graviditet hos individer som har beholdt uterus men fått høydose testosteron for å bli mann; svangerskap i en slik situasjon er sannsynligvis ikke ukomplisert slik rapporten antyder.

Trenger vi å svare på spørsmålet «gutt eller jente»? Jeg vet sannelig ikke. Debatten om kjønn og identitet er i alle fall noe vi gynekologer bør følge oppmerksomt med på. Under Årsmøtet i Lillestrøm holder professor Gunnar Kratz foredraget «Fødd i fel kropp». Dette og et ellers variert og spennende program gir god grunn til å melde seg på. Invitasjon finner du i denne utgaven av Gynekologen.

Det ser ut til at kravet om kastaksjon før endring av juridisk kjønn faller bort og dette har vært ukontroversielt. Men innføring av en tredje kategori, eller bortfall av kjønn som kategori, har helseministeren ikke gått inn for. Vi som jobber i DSD team vet jo at det faktisk finnes mennesker som har trekk av både jente og gutt. Og personer med kjønnsdysfori identifiserer seg ikke nødvendigvis som enten mann eller kvinne.

Vi i redaksjonen håper også bladet kan inspirere til en pause fra fag. Våre kollegaer driver med alt fra regatta til kunst viser det seg. Så finn en plass i solen, les Gynekologen og ha en riktig god sommer!

Vennlig hilsen
Agnete Lund

- 🌱 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 inneholder: Misoprostol 200 µg (avgir 7 µg/time i løpet av 24 timer), kryssbundet hydrogelpolymer, butylert hydroksyanisol. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel hos kvinner med umoden cervix, fra uke 36 i svangerskapet, hvor induksjon er klinisk indisert. **Dosering: Voksne:** Maks. anbefalt dose: 1 vaginalinnlegg. Skal tas ut når fødselen er i gang, dersom uteruskontraksjonene er langvarige eller for kraftige, dersom barnets liv er i fare eller det har gått 24 timer siden innsetting. Dersom vaginal innlegg faller ut, skal det ikke erstattes. Ved påfølgende administrering av oksytocin, vent minst 30 minutter etter at vaginalinnlegget er tatt ut. **Spesielle pasientgrupper:** Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med opplæring innen 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 innsetting. Tas ut av fryseren og ut av folieposen like før innsetting. 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 innsetting vil det øke i størrelse 2-3 ganger og bli bøyelig. Etter innsetting 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 innsetting. Ved positiv streptokokk gruppe-B status som krever profylaktisk antibiotikabehandling, bør tidspunkt for antibiotikabehandling vurderes nøye for å oppnå adekvat beskyttelse. Hvis oksytocin gis, skal innlegget først tas ut, og deretter skal en vente minst 30 minutter før oksytocin gis. Misodel er kun undersøkt i svangerskap med 1 foster i hodeleie. Er ikke undersøkt ved multiple svangerskap eller ved >3 tidligere vaginalfødsler etter uke 24 i svangerskapet. Forsiktighet utvises ved modifisert «Bishops score» (mBS) >4. En påfølgende dose utover maks. dose anbefales ikke pga. manglende data. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC) post-partum er beskrevet ved induert fødsel (fysiologisk eller farmakologisk metode). Butylert hydroksyanisol kan forårsake hudreaksjoner eller irritasjon i øyne og slimhinner. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er kontraindisert pga. økt uterotonisk effekt. Andre prostaglandinpreparater ble i en studie gitt ved behov 1 time etter uttak av Misodel uten negative effekter. **Graviditet, amning og fertilitet:** 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) av 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. Kjønnsorganer/bryst: Genitalkløe. Luftveier: Neonatal respirasjonsdepresjon, neonatal åndenødssyndrom, forbigående takypné hos nyfødte. Neurologiske: 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



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 intermenstruell blødning, bør det utføres en undersøkelse av endometrium, herunder endometriebiopsi, for å utelukke andre underliggende tilstander, deriblant endometriell malignitet. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 4 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 melk/plasma-forhold på 0,74±0,32 for ulipristalacetat. Effekten på nyfødte/spedbarn er ikke undersøkt. Risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. Kontraindisert under amming. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Kjønnsganer/bryst: Amenoré, endometriehyperplasi. **Van- lige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smerte i abdomen, kvalme. Hud: Akne. Kjønnsganer/ bryst: Hetetokter, bekkenmerter, ovariecyste, ømhet/smerter i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Smerte 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: Ryggsmerte. Neurologiske: Nyre/urinveier: Urininkontinens. Psykiske: Angst, emosjonell forstyrrelse. Undersøkelser: Forhøyede blodtriglyserider, forhøyet blodkolesterol. Øvrige: Asteni, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/ 1000):** Gastrointestinale: Dyspepsi, flatulens. Kjønnsganer/bryst: Oppsvulmede bryster, ruptert ovariecyste. Luftveier: Epistakse. **Overdosering/ Forgiftning:** Begrenset erfaring med overdosering. Enkelt doser på opptil 200 mg og døgndoser på 50 mg i 10 etterfølgende dager ble administrert til et begrenset antall personer, og ingen alvorlige bivirkninger ble rapportert. Se Giftinformasjonens anbefalinger for ulipristalacetat G03A D02 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

Sigurd Kulseng-Hanssen

Av Magne Halvorsen

Sporty, arbeidsom og kunnskapsrik urogynekolog intervjues av Gynekologen.

Alle norske gynekologer som har drevet med urogynekologi kjenner trolig Sigurd. Han har i minst 3 tiår vært ledende innen urogynekologi. Han har vært foregangsmann for utredning, behandling og dokumentasjon av inkontinensbehandling med base i Bærum sykehus. Han har lært opp en stor del av norske gynekologer i TVT operasjoner. Vi som jobber med urogynekologi har hatt uvurderlig hjelp av å kunne ringe ham og diskutere vanskelige kasi. Og sist men ikke minst, han opprettet NUGG registeret og har utviklet det videre til nå å være et landsomfattende nasjonalt kvalitetsregister innen urogynekologisk kirurgi.

Vi har vært heldige å få intervjuet ham en vårkveld i april mellom arbeid med en artikkel og tur med hunden Bessa.

Litt om bakgrunn, familie og oppvekst.

Min far var gynekolog og familien måtte flytte litt rundt. Jeg er født i Oslo. Så bodde jeg fire år i Drammen. Der gikk jeg første klasse i folkeskolen. Deretter bodde jeg ett år i Oslo. Så flyttet vi til Sarpsborg hvor min far fikk jobb med å bygge opp en ny gyn/fødeavdeling. I Sarpsborg var det tidligere kun et fødehjem. Jeg bodde og gikk på skole i Sarpsborg, til og med gymnaset. Det var en fin ungdomstid. Vi hadde landsted på fastlandet ved Hankø og da jeg var 14 år fikk jeg en WEL krysser. Det er en litt forvokst

Oslojolle med fast kjø. Det var to slike båter på Hankø og mange i Sarpsborg. Siden den gangen har seiling og regatta vært en fast og yndet sommeraktivitet. Jeg spilte tennis fra tidlig på folkeskolen og ganske mye i studietiden. Senere helt til kneartrose satte en stopper for det for ti år siden.

Hvorfor valgte du medisin og hvor studerte du?

Jeg hadde i mange år sagt at jeg skulle ikke studere medisin og jeg skulle i hvert fall ikke bli gynekolog. Men da jeg hadde tatt artium måtte jeg jo finne på noe. Jeg hadde ikke lyst til å bli ingeniør og da var det bare lege igjen. Jeg studerte i Groningen i Nederland. Vi var en gruppe på 20 norske studenter som reiste ned en måned

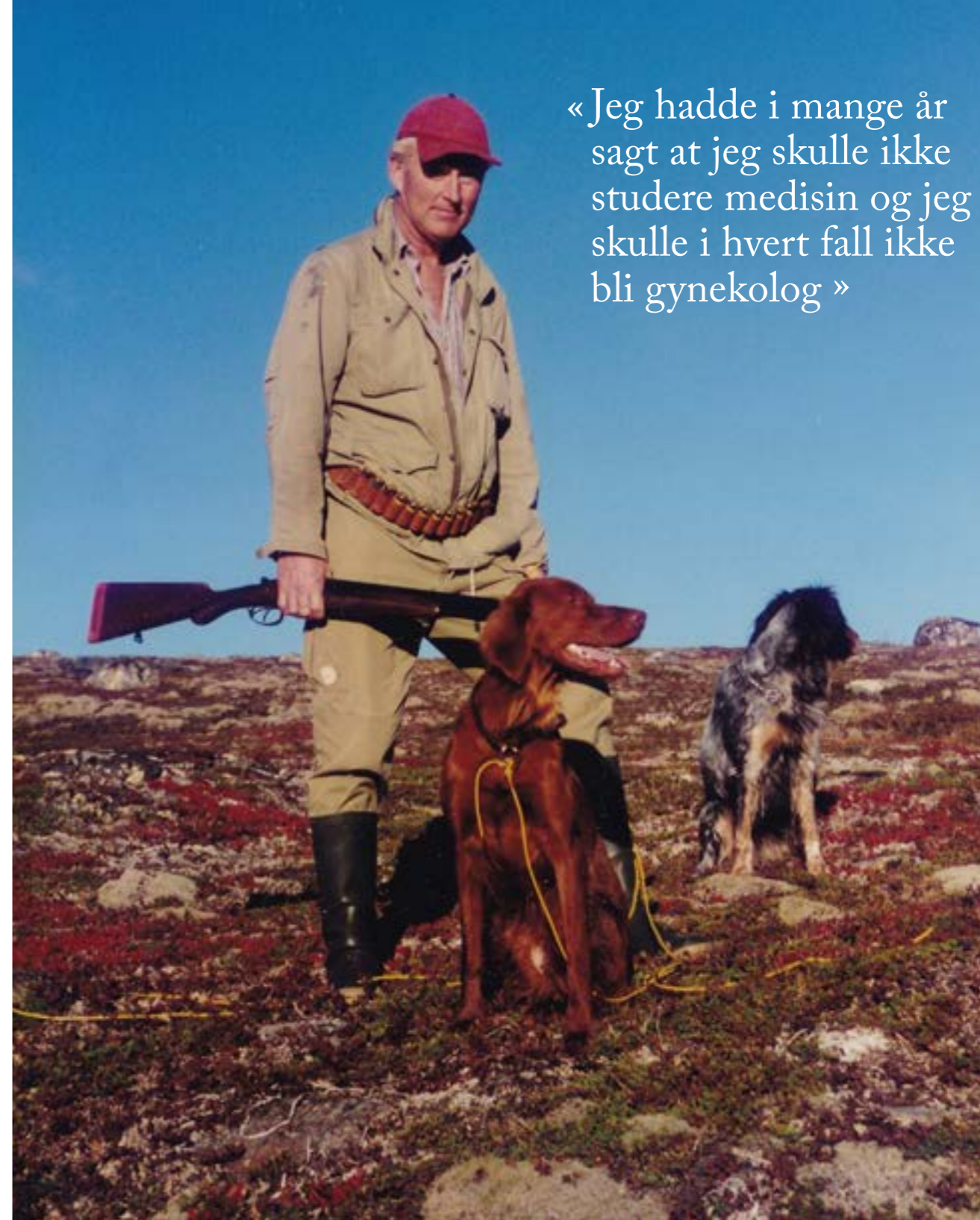
Navn: Sigurd Kulseng-Hanssen
Stilling: Aktiv pensjonist



Bestått eksamen.



Glade studenter.



«Jeg hadde i mange år sagt at jeg skulle ikke studere medisin og jeg skulle i hvert fall ikke bli gynekolog »

Sigurd på rypejakt.

før studiet startet og meldte oss inn i en studentforening med nederlandske studenter. De snakket konsekvent ikke engelsk med oss, og da studiet startet, kunne vi nok nederlandsk til å henge med. Vi fikk også god hjelp av norske studenter på høyere trinn til å komme i gang med studiet. Bortsett fra oss i Groningen var det også nordmenn i Amsterdam, Utrecht og Leiden, så det var faktisk en god del norske leger som ble utdannet i Nederland den gang. Vi tok hele studiet i Nederland med 6 års teoretisk studium og to års praktisk arbeid på sykehus, så sykehusturnus gjorde vi unna der nede.

Og distriktsturnus?

Det hadde jeg i Bø i Vesterålen. Faren min var nordlending. Han kom fra Harstad. Min farfar var distriktslege der. Så det var spennende å oppleve Nord-Norge. Distriktslegen min var kollega Willy Nøstdal som senere ble sjef ved Gyn/obst i Bodø og også ble leder i NGF. Etter distriktsturnus var det militærtjeneste på Setermoen i Troms og derfra til Haugesund sykehus.

Hvilke sykehus har du jobbet på?

Jeg begynte på kirurgen i Haugesund og var der et år. Det var et morsomt fag og jeg likte håndverket. Men det var vanskelig på

den tiden å få fast stilling som kirurg, og gynekologi virket jo også interessant. Så jeg fikk jobb som vikar på gynekologisk avdeling på Aker i 4 år. Derfra dro jeg til Radiumhospitalet i et halvår. På Ullevål var jeg reservelege i 4 år og deretter dro jeg tilbake til Aker i 1 år. I 1983 fikk jeg jobb på Bærum sykehus og der ble jeg værende. På Bærum var Arne Refsdal sjef og Karen Sofie Koss hadde begynt en måned før meg, så det var oss tre. Vi flyttet inn i nybygd sykehus som var ferdig ett år før. Vi hadde hjemmevakt og til å begynne med 800 fødsler. Da vi i 1998 var blitt 6 ansatte leger startet vi med tilstedevakt. Avdelingen vokste etter hvert og på det meste hadde vi 2600 fødsler. I dag har avdelingen 18 stillinger. I 1992 gikk jeg på lederkurs hos Ole Berg, og fra 1993 til 2004 var jeg avdelingsoverlege.

Hvorfor begynte du med urogynekologi?

Da jeg arbeidet på Aker syntes jeg infertilitet var spennende, men da jeg kom til Ullevål dekket Fridtjov Jerve og Johan Hazekamp området. Torkel Ruud hadde vært på Ullevål før meg og han hadde anskaffet et microtip transducer kateter som kunne måle trykk i urinrør og blære. Det var veldig avansert i 1980. Det begynte jeg å bruke. Det var interessant arbeid så da var jeg i gang.

Du disputerte på urodynamisk måling?

Fire artikler av doktorgradsarbeidet mitt ble gjort på Ullevål. Min veileder var Professor Bjørn Klevmark som var urolog. Han var flink og hjelpsom. Doktorgraden min gjorde jeg ferdig på Bærum, men en artikkel ble skrevet på Aker. Den gangen måtte man skrive

6 artikler. Jeg skrev om det svingende urethratrykk, registrerte aktiviteten i tverrstripet urethramuskel med EMG og fikk en ingeniør på Aker til å lage en fotopletysmograf. Denne ble lagt inn i uretra og målte blodfylden i veneplexus i uretra. Så fikk jeg låne en 4 kanals båndspiller og kunne registrere samtidig trykk i urinrør, blære og rektum og kunne påvise lekkasje med en lekkasjedetektor i urinrøret. Dette fikk jeg snekret sammen og brukte det til å studere hva det er som skjer når pasienten lekker. Doktorgraden min; "Urethral pressure variations in women with and without neurological symptoms ble ferdig i 1988".

Hvordan og hvorfor ble NUGG registeret dannet?

Jeg var med i en ekspertkomite i International Continence Society som beskrev trykkmålinger i urinrøret, og jeg var norsk representant i nordisk urogynekologisk arbeidsgruppe NUGA. Den svenske representanten var Ulf Ulmsten. Han laget TVT operasjonen. På et møte i Uppsala viste han oss TVT operasjonen og jeg dro hjem og begynte å gjøre TVT. Jeg fortalte om dette på et NGF årsmøte og det var mange kolleger som ville begynne med denne metoden. Firmaet som lagde og solgte TVT utstyret krevde at de som skulle operere TVT måtte ha opplæring. Hjalmar Schiøtz og jeg reiste da landet rundt og lærte opp kolleger i TVT operasjon. Dette var en ny metode og ingen visste hvordan dette ville gå. Gikk det galt ville vel Hjalmar og jeg få skylden. Ellen Borstad og jeg satte oss derfor sammen og bestemte oss for å lage et register for å samle informasjon om hvordan det gikk med TVT pasientene. Vi samlet urogynekologene og vi ble enige om å starte et register. Kollegene



Fint driv på spinnakertens i NM Killing på Hankø.

ville være med under forutsetning at rapportskjemaet ikke inneholdt mer informasjon enn at det ble plass til på to A4 sider. Vi hentet informasjon fra forskjellige skjemaer og laget vårt eget som ble validert og registeret ble startet i september 1998. Til å begynne med ble skjemaene sendt inn på papir, de ble skannet og lagt inn i en database. Det var mye arbeid og det ble fort en del feil. Da fikk jeg hjelp av en dataingeniør fra AHUS Tomislav Dimoski. Han laget et dataprogram som fungerte bra. Det kom i drift i 2002. Vi to organiserte innsamlingen og behandlingen av data. Det ble etter hvert veldig mye arbeid. Det ble akseptert av kollegene at vi tok dette som en lønnet jobb hvor inntektene kom fra avdelingene som leide NUGG programmet. Etter hvert har vi gradvis fått støtte fra helse Sør-Øst. Da vi ble nasjonalt register i 2013 fikk vi full finansiering fra Helse Sør-Øst og nå er det ingen betaling fra avdelingene. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre i Tromsø støtter og hjelper til med å utvikle registrene.

De siste årene har myndighetene vært opptatt av at alle avdelinger skal rapportere til et kvalitetsregister. Tidligere var det flere avdelinger som ikke rapporterte til Nugg registeret. Nå er det blitt obligatorisk og fra 2016 er alle avdelinger som driver inkontinenskirurgi med.

Noe av det som er veldig hyggelig er at unge kolleger kan forske på resultater fra registeret. Rune Svenningsen, Ullevål sykehus, er den første som har disputert på materialet fra inkontinensregisteret og Ole Aleksander Dyrkorn på Bærum sykehus arbeider nå med en doktorgrad hvor hovedspørsmålet er: hvordan går det med kvinner som føder etter at de tidligere har vært inkontinensoperert?

Da jeg ringte deg for en uke siden jobbet du med en artikkel. Jeg har stimulert unge kolleger til å skrive artikler. Kjartan Mo skriver en artikkel om lavt lukketrykk. Liv Rimstad Moxnes skriver en artikkel om hvilken behandling som er best for pasienter med urinretensjon etter TVT. Vi har funnet at justering av båndet er det som gir best resultat.

« Noe av det som er veldig hyggelig er at unge kolleger kan forske på resultater fra registeret (NUGG) »



Villsvinjakt i Estland.

Hva er planene for pensjonisttilværelsen?

Foreløpig fortsetter jeg å jobbe med registeret. Så jakter jeg rype i Rendalen med Bessa som er engelsk setter nr. 4 i familien. Og så jakter jeg villsvin i Estland og Polen. Kjempegøy. Om sommeren seiler jeg Killing på Hankø. Regatta 2-3 ganger i uka. Til sommeren er det nytt Norgesmesterskap for Killing med 30 båter på startstreken.

Jeg har 2 barn og 4 barnebarn og til lørdag skal jeg se tenniskamp hvor mitt 7 år gamle barnebarn skal spille. Det blir gøy.

I slutten av måneden reiser min kone og jeg til Andalucia på ferie.

Vi takker for et hyggelig intervju og stor tålmodighet under intervjuet som delvis måtte gjøres to ganger av visse tekniske grunner. Da var Bessa svært lysten på en kveldstur. Vi ønsker lykke til med tenniskamp, Andaluciaferie, jakt og seiling. Vi takker for en fantastisk innsats for norsk gynekologi.



Kongress i Japan.



Foredragsholder på NKIR forum.



NUGA møte. Fra v. Sigurd, Gunnar Lose Danmark og Ellen Borstad Ullevål.



Nuga styret.

INTRAUTERINT INNLEGG 13,5 mg: Hvert intrauterint innlegg inneh.: Levonorgestrel 13,5 mg, polydimetylsiloksanelastomer, kolloidal vannfri silika, polyetylen, bariumsulfat, sølv. Fargestoff: Jernoksid (E 172).1

Indikasjoner: Antikonsepsjon i opptil 3 år.

Dosering: Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonsdag. Har effekt i opptil 3 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjonszyklusen. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Innsetting post partum bør utsettes inntil fullstendig involusjon av uterus er nådd, og tidligst 6 uker etter fødsel. Ved betydelig forsinket involusjon må det vurderes å vente opptil 12 uker post partum. Ved vanskelig innsetting og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter innsetting, skal tiltak som fysisk undersøkelse og ultralyd startes umiddelbart for å utelukke perforasjon. Fysisk undersøkelse ikke er ikke alltid tilstrekkelig for å utelukke delvis perforasjon. Inneholder sølvring og bariumsulfat som er synlig ved bruk av hhv. ultralyd og røntgenundersøkelse. Innlegget tas ut ved å trekke forsiktig i trådene med tang. Dersom trådene ikke er synlige og ultralyd bekrefter at innlegget fortsatt er i livmorhulen, kan det tas ut med en smal tang. Dilatasjon av cervikalkanalen eller kirurgisk inngrep kan da være nødvendig. Bør tas ut senest mot slutten av det 3. året. Ved ønske om å fortsette med samme prevensjonsmetode, settes et nytt innlegg inn umiddelbart etter uttak av det forrige. For å unngå graviditet, bør innlegget tas ut i løpet av de første 7 dagene av menstruasjonen, forutsatt regelmessige menstruasjoner. Dersom innlegget fjernes på en annen tid i syklusen og samleie har forekommet i løpet av den siste uken, er det risiko for graviditet dersom det ikke settes inn et nytt innlegg umiddelbart etter uttak av det forrige. Etter at innlegget er tatt ut, bør det sjekkes at det er intakt. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Ikke undersøkt. Kontraindisert ved akutt leversykdom eller lever tumor. Nedsatt nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Barn og ungdom: Ikke indisert før menarke. Ungdom <18 år: Sikkerhet tilsv. som hos voksne. Effekt forventet lik som hos voksne. Eldre: Ikke undersøkt hos kvinner >65 år eller hos postmenopausale kvinner. **Administrering:** Innsetting anbefales utført av leger/helsepersonell med erfaring i innsetting av intrauterine innlegg og/eller har gjennomgått opplæring i innsettingsprosedyren for Jaydess. Steril pakning åpnes umiddelbart før innsetting. Skal ikke steriliseres på nytt. Håndteres aseptisk. Til engangsbruk. Skal ikke brukes dersom blisteret er skadet eller åpnet. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelser/innsetting.

Kontraindikasjoner: Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitalier. Akutt cervixitt eller vaginitt. Post partum endometritt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasi inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progesterogensensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal vaginalblødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer som kan påvirke innsetting og/eller plassering av innlegget (dvs. dersom livmorhulen påvirkes). Akutt leversykdom eller lever tumor. Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bør brukes med forsiktighet etter konsultasjon med spesialist, eller uttak bør vurderes, dersom en av følgende tilstander foreligger eller oppstår for 1. gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markert økning i blodtrykket, alvorlig arteriesykdom (f.eks. slag eller myokardinfarkt). Kan påvirke glukosetoleransen, og blodglukosenivået bør overvåkes ved diabetes. Det er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. Før innsetting skal det informeres om nytte/risiko ved bruk, inkl. tegn og symptomer på perforasjon og risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynekologisk og brystundersøkelse og cervikalutstryk. Graviditet og seksuelt overførbare sykdommer må utelukkes. Genitale infeksjoner må være ferdigbehandlet. Livmorens plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøting. Instruksjoner for innsetting bør følges nøye. Det bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig innsettingsteknikk. Innsetting og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Ny legeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter innsetting for å sjekke trådene og riktig posisjon. Undersøkelse er deretter anbefalt 1 gang årlig, eller hyppigere dersom klinisk indisert. Skal ikke brukes som postkoitalt prevensjonsmiddel. Bruk til behandling av kraftige menstruasjonsblødninger eller som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogen er ikke anbefalt. Total risiko for ektopisk graviditet er ca. 0,11 pr. 100 kvinneår. Ca. halvparten av graviditetene som oppstår under bruk blir sannsynligvis ektopiske. Ved graviditet under bruk må risiko for ektopisk graviditet vurderes og undersøkes. Ved tidligere ektopisk graviditet, kirurgiske inngrep i egglederne eller infeksjoner i øvre genitalier, er risiko for ektopisk graviditet økt. Mulig ektopisk graviditet bør vurderes ved smerter i nedre abdomen, spesielt ved utblitt menstruasjoner eller dersom kvinner med amenoré får blødning. Ektopisk graviditet kan påvirke fremtidig fertilitet, og nytte/risiko bør overveies nøye, særlig hos kvinner som ikke har fått barn. Ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset. Effekt på menstruasjonsmønsteret er forventet hos de fleste, og er et resultat av direkte virkning av levonorgestrel på endometriet, og ikke nødvendigvis forbundet med ovarieaktiviteten. Uregelmessige blødninger og sporblødninger er vanlig i de første behandlingsmånedene. Deretter gir sterk undertrykking av endometriet reduksjon i blødningens varighet og mengde. Sparsomme blødninger gir ofte oligomenoré og amenoré. Uregelmessige blødninger og/eller amenoré ble gradvis utviklet hos hhv. ca. 22,3% og 11,6%. Graviditet bør utelukkes dersom menstruasjoner ikke inntreffer innen 6 uker etter siste påbegynte menstruasjon. Graviditetstest trenger ikke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom ikke andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftigere og/eller mer uregelmessige blødninger over tid, må passende diagnostiske tiltak igangsettes, da uregelmessig blødning kan være symptom på endometriepolypper, hyperplasi eller kreft, og kraftige blødninger kan være tegn på at innlegget er utstøtt uten at det er oppdaget. Selv om innlegg og innføringshylse er sterile, kan de pga. bakterieforurensning under innsetting føre med seg mikrober til øvre genitalier. Infeksjon i øvre genitalier er sett ved bruk av alle intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Med Jaydess er bekkeninfeksjon sett hyppigere i begynnelsen, med kobberinnlegg er raten høyest i løpet av de 3 første ukene etter innsetting og deretter avtagende. Pasienten må vurderes ut i fra risikofaktorene forbundet med infeksjon i øvre genitalier (f.eks. flere seksualpartnere, seksuelt overførbare infeksjoner, tidligere bekkeninfeksjon) før bruk. Infeksjon i øvre genitalier slik som bekkeninfeksjon kan få alvorlige følger, og kan påvirke fertilitet og øke risikoen for ektopisk graviditet. Alvorlig infeksjon eller sepsis (inkl. sepsis forårsaket av streptokokkgruppe A) kan oppstå etter innsetting, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende endometritt eller bekkeninfeksjon, eller hvis en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle, må innlegget tas ut. Bakteriologiske undersøkelser må utføres og oppfølging anbefales, selv ved milde infeksjonssymptomer. Insidensen av utstøting er lav og tilsvarende som for andre intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Symptomer på delvis/fullstendig utstøting kan omfatte blødninger eller smerter. Delvis/fullstendig utstøting kan forekomme uten at det merkes, og føre til redusert/manglende prevensjonseffekt. Da innlegget ofte over tid reduserer menstruasjonsblødningen, kan økt blødningsmengde være tegn på at innlegget er utstøtt. Et delvis utstøtt innlegg skal tas ut. Nytt innlegg kan settes inn samtidig dersom graviditet er utelukket. Kvinnen bør instrueres i hvordan hun skal kontrollere trådene, og om å kontakte helsepersonell dersom hun ikke finner dem. Perforasjon/penetrering av uterus/cervix kan skje, særlig under innsetting, selv om dette kanskje ikke oppdages før senere. Dette kan redusere effekten. Ved problemer ved innsetting og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under eller etter innsetting, bør passende tiltak umiddelbart igangsettes for å forhindre perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Slike innlegg må tas ut, og kirurgi kan være nødvendig. Amming ved innsetting og innsetting <36 uker etter fødsel gir økt risiko for perforasjon. Risiko kan også være økt ved fiksert retrovertert uterus. Dersom uttaks trådene ikke er synlige i cervix ved oppfølgingsundersøkelse, må uoppdaget utstøting og graviditet utelukkes. Trådene kan ha blitt trukket inn i uterus eller cervikalkanalen, og kan bli synlige igjen ved neste menstruasjon. Dersom graviditet er utelukket, kan trådene vanligvis lokaliseres ved forsiktig undersøkelse av cervikalkanalen med egnet instrument. Dersom de ikke kan lokaliseres, bør mulig utstøting/perforasjon vurderes. Ultralydundersøkelse kan brukes for å bekrefte posisjon. Dersom ultralydundersøkelse ikke kan utføres eller ikke er vellykket, kan røntgenundersøkelse brukes for lokalisering. Ettersom prevensjonseffekten hovedsakelig skyldes lokal effekt i uterus, er det vanligvis ingen endring i ovulasjon, vanlig follikelutvikling, frigjøring av oocytter og follikelatresi hos fertile kvinner. Ibland forsinkes follikelatresien, og follikelutviklingen kan fortsette. Disse forstørrede folliklene kan ikke skilles klinisk fra cyster på eggstokkene, og er sett som bivirkning hos ca. 13,2% (cyster på eggstokkene, hemoragiske cyster på eggstokkene og cyster på eggstokkene med ruptur). De fleste cystene er asymptomatiske, men noen kan medføre smerter i øvre genitalier eller dyspareuni. De fleste forstørrede folliklene forsvinner spontant i løpet av 2-3 måneder. Hvis ikke, kan det være nødvendig med fortsatt overvåking med ultralyd og andre diagnostiske/terapeutiske tiltak. I sjeldne tilfeller kan det være nødvendig med kirurgisk inngrep.

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

Samtidig bruk av legemidler som inducerer leverenzymmer, spesielt CYP450-enzymmer, kan øke metabolismen av levonorgestrel og gi økt clearance av kjønns hormoner. Hemmere av enzymmer som inngår i legemiddelmetabolisme kan øke serumkonsentrasjonene av levonorgestrel. Innvirkning på Jaydess er ukjent, men sannsynligvis ikke av stor betydning pga. lokal virkningsmekanisme. MR-skanning etter innsetting er trygt under følgende forhold: Statisk magnetfelt på ≤3 Tesla, maks. magnetisk felt 720 Gauss/cm ut fra romgradient. Med 15 minutters scanning under slike forhold, øker temperaturen med maks. 1,8°C på innsettingsstedet. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuelt område er i akkurat samme område eller i nærheten av innlegget.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Kontraindisert hos gravide. Hvis graviditet oppstår under bruk, skal ektopisk graviditet utelukkes. Innlegget bør tas ut umiddelbart, hvis ikke øker risikoen for spontanabort og prematur fødsel. Uttak eller undersøkelse av uterus kan føre til spontanabort. Ved ønske om å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør det informeres om risiko og mulige konsekvenser for barnet ved prematur fødsel. Graviditeten må følges nøye opp. Alle symptomer på komplikasjoner under graviditeten må rapporteres, f.eks. krampelignende smerter i abdomen med feber. Pga. lokal levonorgestrelkonsponering, bør mulig virilisierende effekt på jentefostre tas i betraktning. Klinisk erfaring er begrenset. Kvinnen bør informeres om at det ikke er vist fosterskader ved fortsatt graviditet med innlegget på plass. For ektopisk graviditet, se Forsiktighetsregler. Amming: Vanligvis ingen skadelig effekt på spedbarnets vekst eller utvikling ved bruk 6 uker post partum. Brystmelk påvirkes ikke kvantitativt eller kvalitativt. Ca. 0,1% av levonorgestrel dosen går over i morsmelk. Fertilitet: Fremtidig fertilitet endres ikke. Etter uttak går fertiliteten tilbake til det normale. Ca. 80% av de som ønsket det ble gravide ≤12 måneder etter uttak.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Smerter i abdomen/øvre genitalier. Hud: Akne/seboré. Kjønnsorganer/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyste på eggstokkene, vulvovaginitt. Nevrologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopeci. Kjønnsorganer/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystsmerte/ubehag, utstøting av innlegg (helt eller delvis), utflod fra skjeden. Nevrologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Hirsutisme. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/10000): Kjønnsorganer/bryst: Perforasjon av uterus (ved amming ved innsetting og innsetting <36 uker etter fødsel er frekvensen «mindre vanlig»). Følgende er sett ved innsetting/uttak: Smerter og/eller blødninger, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved innsetting. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partneren kan kjenne uttaks trådene ved samleie. Ved bruk av andre intrauterine innlegg med levonorgestrel er det sett overfølsomhet, inkl. utslett, urticaria og angioødem.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint innlegg med levonorgestrel. Virkningsmekanisme: Frigjør levonorgestrel lokalt i livmoren. Beregnet gjennomsnittlig frigjøringshastighet over 3 år er 6 µg/24 timer. Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogen- og progesterogenreseptorene. Endometriet blir relativt lite følsomt overfor sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt sees. Morfologiske forandringer i endometriet og en svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert i forbindelse med bruk. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermieene å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og eggledere hemmer spermie mobilitet og -funksjon og forhindrer befruktning. Risiko for graviditet ca. 0,4% 1. år, kumulativ risiko ca. 0,9% etter 3. år. Absorpsjon: Tmax innen 2 uker. Proteinbinding: Uspesifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som fritt steroid. Fordeling: Gjennomsnittlig distribusjonsvolum ca. 106 liter. Halveringstid: Ca. 1 dag. Total plasma clearance ca. 1 ml/minutt/kg. Metabolisme: Metaboliseres i stor grad, primært via CYP3A4. Utskillelse: Som metabolitter i feces og urin.

Pakninger og priser: 1 stk. kr 1096,50
Sist endret: 07.09.2015
Refusjon: Jaydess har ikke generell refusjon

▼ dette legemidlet er under spesiell overvåking
Basert på SPC godkjent av SLV: 24.08.2015

Bayer AS, Drammensveien 288, 0283 OSLO
Tlf: 23 13 05 00 – Faks: 23 13 05 15



jaydess▼

13,5 MG INTRAUTERINE DELIVERY SYSTEM
LEVONORGESTREL

HUSK PREVENSJON

... eller glem det

MED JAYDESS TRENGER IKKE KVINNE Å HUSKE PÅ SVANGERSKAPSFØREBYGGELSE I OPPTIL 3 ÅR

Indikasjon: Antikonsepsjon i inntil 3 år.

Ved bruk av alle typer spiral bør kvinner informeres om symptom på og risiko for ektopisk graviditet.

Les preparatomtalen før forskrivning.

Fistelkirurgi i Etiopia

Av Heidi Thornhill, Haukeland Universitetssykehus

I Afrika finnes antagelig to millioner kvinner som har fistler, og det tilkommer rundt 100 000 nye tilfeller hvert år. Vanligvis kommer fistelen av dårlig fødselshjelp, og ofte fødsel i for ung alder. Heidi Thornhill har besøkt fistelavdelingen i Asella, Etiopia, og gir oss her en reiseskildring.

Mitt første møte med Afrika blir Etiopia. Etiopia har eksistert i min bevissthet siden barndommen. Det var alltid noen som dro dit, eller var der, fra Stavanger, hvor jeg vokste opp, ikke langt fra Misjonshøyskolen. De som kom hjem derfra, hadde fått en underlig dialekt, stavangersk med rulle-r. Når man kommer til Etiopia, er det mange ting som overrasker. Det er for eksempel forbausende at dette landet har en urgammel kristen kultur, kristnet lenge før norske misjonærer begynte å reise dit. De må ha sparket inn åpne dører. Etiopia er et veldig folkerikt land (94 mill), det nest største i Afrika, og har 80 etniske grupper og språk. De var aldri kolonisert, og har eget skriftspråk (ahmarisk, som 30% snakker) og er kjent som menneskehetens vugge (Lucy, det «første mennesket» er funnet i Rift Valley). Etiopierne er selvbevisste og stolte av sitt land. De siste årene har de hatt en enorm økonomisk vekst på 10% i året, noe som har bidratt til fattigdomsreduksjon, selv om de fremdeles er et av verdens aller fattigste land. Jeg forbereder meg på et kultursjokk.

Jeg kommer til fistelavdelingen på sykehuset i Assella sammen med Mulu, alt for sent en formiddag i mars. Mulu hentet meg i Addis, og dukket først opp tre timer etter avtale, fordi hun måtte jage rundt i morgengryet på jakt etter et titalls doser med spinalbedøvelse-smidler. Det var tomt i Assella. Hun fikk ikke kjøpe medisiner, eller låne, hverken på Black Lion eller andre sykehus i Addis, men fikk til slutt tak i noe på svartebørsen. I Addis finnes det altså et svart marked for slikt, enda de neppe har ruspotensiale. Vi hev oss i bilen, en stor Landrover, Mulu hadde en grei og dyktig sjåfør. Vi suste sydover, på motorvei. Den er kinesisk. Ferdig her og der, men uten tegn til skilting kom vi av og til inn på uferdig vei, hvor vi kjørte i 100 km/t og fikk hest og kjerre med stor familie om bord rett imot oss. På motorvei, i vår fil. Eller esler, som bare sto der, midt i veien, helt plutselig. Noe sa meg at sikkerhet ikke har høyeste prioritet her.

Det ante meg for så vidt tidligere, da vi landet i Addis fra superperfekte, underlige Dubai; og mitt første synsinntrykk av Etiopia ut av flyvinduet var et kræsjet, rustent flyskrog som lå i starten av runwayen. Sånn som man før i tiden forlot traktorer på bygden i Norge. Det neste jeg så var en gruppe med folk, jeg mener jeg så barn blant dem, som jobbet med jorden med spett og spade tett inntil flystripa. Vi suser ti i bredden inn i Addis med et digert fly. Små sårbare mennesker er faretruende nær.

Alle gynekologer vet hva en fistel er, og hva den betyr for kvinnen som har den. Vi vet at det i Afrika antagelig finnes to millioner kvinner som har fistler, og at det tilkommer 100 000 kvinner hvert år. Vanligvis kommer fistelen av dårlig fødselshjelp, og ofte fødsel i for ung alder. Obstruert fødsel, uterusruptur, farlig frakt til sykehus med elendig kvinne som blir hysterektomert som øyeblikkelig hjelp. Barnet er vanligvis dødt, og bekkenbunnen blir som den blir. Nekrose i de tynne veggene mellom vagina og naboorganer gir illeluktende, seksuelt og sosialt uakseptable fistler som siden ødelegger kvinnens liv på alle mulige måter. Mange blir forlatt av ektefellen, de blir isolert i fattigdom og kloakkklukt. Dette her vet vi, og jeg spesielt, som har jobbet med fistler i noen år, og har forberedt meg grundig på hva jeg skal se i Etiopia. Men å komme inn i fistelavdelingen i Assella er overveldende. Der venter 9 kvinner på oss, 7 med fistler. Jeg har aldri møtt en pasient med en slik katastrofal obstetrisk historie i Norge, og her er det syv slike, som har mistet sitt barn og sin uterus, og det lukter skrekkelig. Kvinnene er unge. De er meget vakre, med sine lange, slanke lemmer, fascinerende frisyre og blendende, store, hvite, skjønne smil. Åpne blikk, håpefulle. Fargerike sjal. Her kommer dr Mulu, som skal hjelpe dem, og de legger sitt liv i hennes hender.



Mulu og hennes kolleger i aksjon.

Operasjonsstue.

Heidi Thornhill fra Norge er klar.



WAHA sin syketransport.



Mulu på postoperativ visitt.



Gode givere.

«WAHA, Women and Health Alliance International, er en internasjonal organisasjon med administrasjon i Frankrike, og er en veldedig organisasjon som arbeider for å bedre maternell og neonatal helse i mange utviklingsland»

Vi kommer sent den første dagen, men opererer likevel tre pasienter før solen går ned. Etter solnedgang ble det et par timers poliklinikk, hvor neste dags pasienter forberedes. På vei til operasjonsstuen passerer vi fødeavdelingen. Den er stappende, stuvende full av folk. Her venter de på forestående nedkomster, 10-15 familiemedlemmer pr fødende. De står overalt i gangen, i veien for hverandre, for pasienter og helsepersonell. En kvinne kjøres skrikende på en bære gjennom mylderet, til operasjonsstuen i neste bygg. De gir vei.

Operasjonsstuen inneholder det vanlige. En benk, lamper, narkoseapparat, sug, diatermi. Skap langs veggene. Rimelig rent, i hvert fall ved første øyekast. Hjelpsomme, søte mennesker, som ønsker Mulu hjertelig velkommen, og smiler oppmuntrende til meg. På nærmere ettersyn, så er alt utstyr rustent, mye av det virker ikke, ødelagte glasskap står tomme for utstyr langs veggene. Maling flasser av, og vanskeliggjør renhold. Det er lite engangsutstyr. Hansker kommer bare i medium størrelse, for store for meg, enda større for Mulu.

Mulu Muleta arbeider for organisasjonen WAHA, Women and Health Alliance International. Denne internasjonale organisasjonen har sin administrasjon i Frankrike, og er en veldedig organisasjon som arbeider for å bedre maternell og neonatal helse i mange utviklingsland. De har tre foci: fødselshjelp, cervixcancer og fistler. De både utdanner personell og driver avdelinger. I Etiopia har de satt opp noen klinikker, hvor Mulu og en kollega jobber med fistelreparasjoner. Jeg besøker på reisen min begge hennes steder; Assella, som ligger i et muslimsk område i høylandet syd for Addis, Assella ligger for øvrig 3000 moh, man kjenner det på pusten. Her kommer broparten av Etiopias langdistanseløpere fra. Det andre

stedet er Gondar, som ligger en times flytur nordover, i det klassiske kristen-koptiske området. I Assella besøker vi også et senter for utdannelse av jordmødre og hjelpepleiere som skal jobbe i distriktene. Mulu forteller at det stadig blir færre pasienter med fistler, og relaterer det til at de aller fleste kvinnene i Etiopia nå føder på sykehus, til forskjell fra slik det var for få år siden. Fertilitetsraten har sunket betydelig også, fra 7 i 1990 til 4,6 i dag. I Addis er raten helt nede i 1,7, som er vanlig i vestlige storbyer. Hun mener at hun og hennes kolleger ser enden på etterslep, nå er det sjeldnere at pasientene har levd med sine fistler i mange år. Fistlene opereres i en mye tidligere fase, ofte i løpet av det første året. Men en av de syv kvinnene vi opererte hadde levd i 17 år med sin tilstand, en ureterovaginal fistel som måtte repareres per laparotomi, med reimplantasjon av ureter.

I tillegg til WAHA er det i Assella flere norske organisasjoner inne på donorsiden, Ethiopia Fund og Grieg Foundation. Disse gir penger direkte til behandling av fistler.

Mulu reiser mye, på dårlige veier, bor kummerlig (synes jeg) på enkle hotell, og strever med virkelig dårlig utstyr. Hun har arbeidet hele sin karriere med fistelkirurgi, og har skrevet en PhD på et oppsamlet registermateriale, under veiledning av professor (nå emeritus) Torvid Kiserud ved Universitetet i Bergen. Torvid har også jobbet i mange år i Etiopia, og ble kjent med Mulu senere. Torvid tok initiativet til vår lille nasjonale behandlingstjeneste, etablert i 2011. Jone Trovik og jeg driver fistelkirurgien hos oss ved Haukeland Universitetssykehus nå, og vi har omtrent 20 fistelplastikker i året. Det tar tid å bygge kompetanse, så jeg reiser til Etiopia for å lære.



Debre Birhan Selassie kirke i Gondar.

« Etiopia er et folkerikt land (94 mill), det nest største i Afrika, og har 80 etniske grupper og språk »

Omvendt u-landshjelp; eller skal vi kalle det i- hjelp? Her er det kompetanse, mange case, og gode lærere.

Jeg beundrer Mulu. Hun er konsentrert, rolig, respektert, arbeidsom, og en veldig dyktig operatør. Hun opererer under forhold vi blir forskrekket over hjemme; hun har faktisk ikke engang et enkelt cystoskop. Hun må gjøre sine vurderinger og ta beslutninger uten annet enn en gyn- benk og litt blåfarge. Operasjonsbrikkene er helt ubegripelig dårlige i Assella. Kjøkkensaksene mine er bedre enn det vi der må dissekere ut fine fistler med. Nåleholderne holder ikke nålene, vi må hjelpe til med peanger, som heller ikke er gode.

Det går fort opp for meg hvor hjelpeløs jeg er uten all teknologien vi i Vesten har rundt oss. Og mine dyktige kolleger operasjonssykepleierne, som passer på steriliteten, ergonomien, at utstyret er brukbart og relevant, og som holder, dytter og tørker nesten før jeg vet at jeg trenger det. I Assella er noen av teamene gode, andre virkelig elendige, og alt står og faller på Mulu. Hun legger selv pasienten opp, hun vasker, legger på all dekning, sorterer utstyret, rydder feltet. Å jobbe under slike betingelser er vanskelig for en vestlig oppdratt lege. Hun må være mye mer myndig enn jeg er vant til å være. Hos oss står vi på en måte på skuldrene til hverandre, og alt hjelpepersonell vi har, og kan strekke oss langt, og slik bli veldig gode. I Afrika er det ikke sånn. Hver enkelt lege må gjøre alle slags ting selv, kan ikke lene seg til andre. Journalene er meget mangelfulle («er hun hysterektomt? Vi tror det, men her ser vi cervix- hmmm, supravaginalt kanskje?») og håndskrevet, og inneholder usikre data om alt, til og med alder og HIV- status. Det nytter ikke å spørre pasientene heller, for alle vi opererte var analfabeter, og samtykket



Lalibela. For et sted!
 Dette vinduet symboliserer uterus.
 Det ser man.

til operasjon med fingeravtrykk. For øvrig en absurd øvelse i mine øyne, men helt nødvendig for å gjennomføre operasjonen.

Jeg er mer enn gjennomsnittlig interessert i pasientsikkerhet, blant annet har jeg arbeidet med sjekklister i kirurgien hos oss. På sykehusene jeg så er det antagelig mye renere, sikrere og tryggere enn pasientene har det i landsbyen de kommer fra, men det er lysår fra det vi bedriver i Norge. Operasjonsstuene er fulle av ting som ikke virker, som samler støv og i det minste burde fjernes fra akkurat det rommet som virkelig skal være rent. Pasientene legges oppå lakener som andre har brukt før dem, som kanskje er tørket, men gjennomtrukket av blod og urin fra forrige bruker. Oppå dette dyttes det riktignok rene lakener under stumpen på pasienten, så det stoffet som er nærmest henne er rent i utgangspunktet, men det renner blod og urin i feltet hele tiden, og det rene lakenet gjennomtrekkes på et øyeblikk. Hva da? Gulvene moppes med vann fra bøtter som har stått hele dagen, vannet er kaldt og grått.

Vi skal vaske oss for operasjon. Den fine vasken som er ment for dette minner om den vi har hjemme, men virker ikke. Vi må inn på et skyllerom, og der vasker vi oss i kaldt vann (det var deilig), med såpe som kommer fra et supermarked, ment for håndvask i hjemmet, med lett parfymeduft. Mulu er ferdig før meg, og går, jeg vasker meg litt til, og ser at det ikke går å stenge vannet med albuene. Jeg forlater vasken rennende (jeg har jo gjort kirurgisk håndvask) men ropes til av en sint dame. Jeg skal selvfølgelig ikke la vannet renne, det er tørke i Etiopia.

De dyrebare spinalmidlene fordeles på flest mulig pasienter, og kommer i porsjonsflasker i glass som man knekker halsen på, ment for en enkeltstående pasient. Her dekkes toppen med en slags sportstape, usteril, i påvente av neste kvinne. Jeg ville ikke hatt det der inn i min spinalkanal. Noen av operasjonene er vanskelige, og tar lang tid; og spinalbedøvelsen går ut. De har ikke mulighet til å legge om til narkose, og de har ikke morfin. Så pasientene ligger der uten bedøvelse på slutten, men er tapre og holder det ut. Det er smertefullt, også å være vitne.

Dag 2 opererer vi de seks som er igjen. Det er store, langvarige operasjoner. Vi starter klokken åtte, og opererer uten stopp i elleve timer, til alt arbeidet er gjort. Det blir litt diskusjon med personalet om rekkefølge og prioriteringer (som hjemme!) men alt blir gjort, og vi går fra stue til stue på en helt eksemplarisk måte. Hos oss hadde vi aldri fått gjennom så mye på en dag med ett team, aldri i verden. Det er veldig imponerende.

Pasientene har forskjellige slags fistler. En ureterovaginal, en uretrovaginal, et par vesikovaginale, den ene av disse har tilsynelatende en bevart cervix, og det renner urin i store mengder ut fra cervicalkanalen. Det viser seg at uterus har vært amputert, og det er

et stort hull i blærebunnen, som har grodd til over cervixstumpen. Når vi åpner området er hullet i blærebunnen fire cm i diameter, og jeg ser rett inn på to normale uretermunninger på toppen av vagina. En annen kvinne har en dobbel fistel, både vesikovaginal og rektovaginal. Vi opererer henne uten avlastende stomi (hos oss gjør vi også det etter fødselsskader, om ikke pasienten har vært operert før), foran først, så bak. Hun får beskjed om ikke å spise injera i to uker etterpå (tradisjonell mat, meget romopppfyllende), men får ellers ingen restriksjoner. En kvinne har en fistel både fra en ureter og fra blæren. Det var også to pasienter uten fistler; den ene av dem har en grad 4 perinealruptur, som ikke var reparert primært. Hun er den eneste med en levende baby, en nydelig liten gutt på 4 måneder. Den niende pasienten er en nullipara som har et transverselt septum i vagina, omtrent 5 cm innenfor hymenalringen. Det er ikke gjort noen annen utredning enn anamnese og en gynekologisk undersøkelse, uten ultralyd; men hun blør regelmessig, altså har hun en uterus. Jeg har aldri sett dette før heller; jeg har selvfølgelig sett mange longitudinelle septi, men aldri et som går på tvers. Vi spalter det enkelt opp og kommer inn i en helt normal øvre vagina, med en normal cervix.

Operasjonsmetoden er som hjemme. Vi sirkumsiderer fistelen med en liten cuff fra vaginalsiden, og dissekerer løs fistelen i hele sin lengde, inn til tarm eller blære. Så lukker vi i tre- fire lag. Etterpå blir det blærekateter i to uker, med hevert- sug, slik at all urin renner ut, og ikke presser seg gjennom den nylagde plastikken. Rectale fistler forsøkes operert uten avlastende stomi i første omgang, om det residiverer blir tarmen avlastet.

Omsorgen rundt pasienten er veldig forskjellig fra hjemme. I Etiopia er det i de fleste tilfeller for dårlige hjemmeforhold til at de kan reise hjem før de er helt ferdigbehandlet, det kan bety måneder på sykehus i verste fall, spesielt om tarmen må avlastes. Å reise ut med en stomi er totalt uakseptabelt på alle måter. Mange av pasientene er avmagret og feilernært ved innkomst, og må være der noen uker i forkant av operasjon for i det hele tatt å bli operable. Så pasientene bor sammen i et rom over lang tid, de har en veldig hyggelig hage med en paviljong å oppholde seg i, og det er god stemning. De synger om kveldene, det er latter og glede.

Pasientene samles i puljer, slik at når Mulu kommer, er det en flokk som opereres på tre dagers tid. Hun kommer tilbake igjen to- tre uker senere og ser til noen av dem, i mellomtiden tas de vare på av dedikert personell på fistelenheten. Det er en del infeksjoner, men hun har ikke tall å gi meg (slikt er vanskelig hjemme også), og det er nok en del andre komplikasjoner også, pga mangelfull utredning både av den aktuelle problemstillingen og pasientens øvrige helse.

« Gondar, et universitets- sykehus med hundrevis av medisinerstudenter »

Jeg reiser videre til Gondar, i nord, uten Mulu denne gangen. Avdelingen der er bygget for fistelpasienter, og har vært meget vel-drevet i årevis. Gondar er et universitetssykehus med hundrevis av medisinerstudenter. Der har de ikke fistelpasienter akkurat nå, men jeg er med på et par dagers arbeid med poliklinikk og operasjoner av descenspasienter. Avdelingen er godt utrustet, mye bedre enn Assella. Brikkene inneholder et utvalg av utstyr som jeg antar at fistelkirurgene har satt sammen. De er dyktige kirurger her også, de



Tusen takk til
 Mulu Muleta.

setter spinasuturer uten noen mayahook eller tilsvarende, bare en lang nåleholder, det tar ti forsøk før det går, men så klarer de det, og vaginaltoppen sys pent opp. Denne gjengen leger er unge, ambisiøse menn. En av dem skal snart til en kongress i Berlin og demonstrere reparasjon av lateral defekt, og alle jobber de privat om kvelden, på et sykehus i byen. De har fått en laparoskopirack de ønsker å bruke, men ingen har laparoskopert enda, og de har ingen til å lære dem opp. De ser sultent på meg når jeg forteller hvordan vi driver.

Fra Gondar gjør jeg et stopp i Lalibela, et episk sted med kirker som er gravd ut av berget. For et rart, middelaldersk sted. Det er fantastisk. Folk er kledd i hvite kjortler, det er som å bevege seg i en annen tid. På vei fra kirkene og tilbake til hotellet, blir jeg ønsket velkommen inn i en hage hvor det er dåpsfest for en liten guttebaby. Vi serveres mat og hjemmebrygget øl (det gikk bra med magen) og jeg får se babyen. Han er født i syvende måned sier de, og har vært hjemme de siste ukene. Den lille veier neppe mer enn 2 kg, nå 40 dager gammel, og er veldig mager. Titter på oss med store, sorte, innsunkne øyne. Hjemmet er et tradisjonelt jordhus. Jeg vet jammen ikke om det der vil gå bra. Men for noen hjertelige, nydelige mennesker. Jeg ramler videre nedover mot hotellet, får litt tradisjonell kaffe (Etiopia er kaffens hjemland) i en kafe lenger nede i gaten, og reiser tilbake til Addis, og så hjem til vårt trygge lille land. Jeg senker endelig skuldrene.

Jeg reiste til Afrika for å lære. Jeg så mange case, kvinner jeg aldri vil se maken til i Norge. Operasjonsteknikk er det mye det samme, men med dårligere utstyr og personell. Jeg har lært noe om egen ydmykhet, og avhengighet av teknologi og personell. Og jeg vet ikke om jeg hadde greid å jobbe over lang tid under sånne forhold. Men jeg er en veldig sterk erfaring rikere. Amesa genalo, Etiopia. Tusen takk.

Litt om vår nasjonale behandlingstjeneste for gynekologiske fistler (NBTGF som Jone kaller det):

- Etablert i 2011 av Torvid Kiserud.
- Jone Trovik og Heidi Thornhill driver det nå, Jone er leder.
- Tilknyttet urolog, gastroenterolog, og gastrokirurg.
- Opererer ca 20 pasienter/år.
- Flest rectovaginale fistler.
- Etiologi fordelt på andre grupper enn i Afrika. Hos oss er det mest kirurgiske komplikasjoner, strålekomplikasjoner, og genitale fisteldannelser hos pasienter med inflammatoriske tarmsykdommer.
- Pasienter kan henvises oss direkte, spørsmål rettes til: Jone (adresse) eller meg (adresse).
- <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Gynekologiske-fistler/>

Om taking og tolkning av hormonprøver

Av Mette Moen

Det kommer stadig spørsmål til nettstedet "HORMONER OG ENDOMETRIOSE" om tolkning av hormonsvar, så jeg tror at det kan være på sin plass med en liten gjennomgang.



Tolkningen kan by på utfordringer fordi man ofte stirrer seg blind på en tabell over normalverdier. Jeg laget engang en oversikt over normalområder til lommebruk som jeg tenkte å mangfoldiggjøre for å dele ut, men jeg har erfart at det kan være forvirrende med normalområder. Hormoner må ses i sammenheng med syklus og klinikk. Det fremgår tydelig av Figur 1. Det er viktig å vite når i syklus prøvene er tatt, ikke minst i relasjon til den etterfølgende menstruasjon. Man kan diskutere om det i det hele tatt har noen hensikt å måle hormoner hos en kvinne som har normal syklus?

Figur 1. Normale verdier i løpet av syklus

	Tidl. follikulær fase	Sen follikulær fase	Ovulasjon	Luteal fase
FSH	Moderat	Lav	Høy	Lav
LH	Lav	Lav	Meget høy	Lav
Østradiol	Lav	Økende	Høy	Moderat
Progesteron	Lav	Lav	Økende	Høy

Indikasjoner for hormonprøver er hovedsakelig:

- Amenore (primær eller sekundær)
- Mistanke om PCOS eller hyperandrogenisme
- Infertilitet (basisprøver tas på dag 2-3 i syklus)

Basisutredning: FSH, LH, østradiol, prolaktin og TSH

Ved tegn på androgenisering eller mistanke om PCOS måles dessuten:

- Testosteron og SHBG, evt. med utregning av fritt testosteron index
- Evt. androstendion, men det er et svakt androgen med liten klinisk betydning
- Evt. DHEAS (for å utelukke binyretumor)
- Evt. 17-OH-progesteron (for å utelukke 'late-onset' adrenogenitalt syndrom)

Tolkning

FSH og LH har samme produksjonssted og følger stort sett samme mønster. FSH er viktigst, men LH gir tilleggsinformasjon om situasjonen. (Huskeregul: FSH og LH <10 er normalt/lavt, FSH og LH >20 er høyt*)

- Ved **svikt i hypofyse** med sekundær ovariesvikt (for eksempel trening, anoreksi, p-pille)
 - o FSH normal eller lav i normalområdet
 - o LH lav, ofte under nedre normalområde LH<FSH (og østradiol er lav)

- Ved **primær svikt i ovariet** (for eksempel Turner syndrom, ooforektomi eller menopause)
 - o FSH høy
 - o LH høy, men FSH>LH (og østradiol er lav)
- OBS ved **ovulasjon***
 - o FSH Høy
 - o LH Høy, og LH>FSH (og østradiol er høy)

Så enkelt er det faktisk. Kan man det basale mønster gjennom syklus og de viktigste variasjoner ved amenore, så kommer man langt innen gynekologisk endokrinologi.

Hva med de andre hormoner?

- **Østradiol:**
 - o Gjennom syklus er det store svingninger (0,1-1,0 nmol/L eller 100-1000 pmol/L)
 - o Verdien må vurderes i forhold til klinikk
- **Prolaktin:**
 - o Høy: stress, visse legemidler, hypotyreose, prolaktinom og evt. andre hypofysetumorer
 - o Lav: uten betydning
- **Progesteron:**
 - o Måles alt for ofte og/eller på feil tidspunkt!
 - o Må tas på rett dag i syklus (20-25), og med en syklus er det kanskje unødvendig med prøven?
 - o Verdi over ca 5 nmol/L tyder på ovulasjon
 - o Progesteron kan bekrefte ovulasjon (for eksempel etter ovulasjonsstimulasjon)
 - o Bør ikke tas ved amenore (hvor nylig ovulasjon er lite sannsynlig!)
- **AMH (Anti Müller Hormon):**
 - o Avspeiler egg-reserven (predikerer for de neste par årene)
 - o Brukes i forbindelse med infertilitet for å vurdere sjansen for graviditet
 - o Det diskuteres om AMH skal inngå i PCOS utredning (hvor AMH er forhøyet)
 - o Liten relevans i andre kliniske situasjoner som vurdering av hypofysesvikt, behov for prevensjon, blødningsforstyrrelser etc.
- **Høy testosteron (mer enn fordobling) og/eller rask virilisering**
 - o Henvis til endokrinolog
- **Andre hormoner (som f.eks. ACTH, cortisol, veksthormon):**
 - o Overlat tolkningen til endokrinologene

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

Oslogynekologene – fremtidens spesialistpraksis?

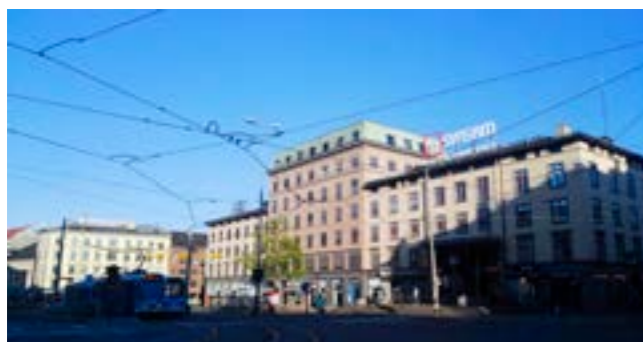
Av Espen Berner

Ryktet om en eksklusiv spesialistpraksis på Oslo vest med champagnekjøler og utsikt over hele byen har nådd Gynekologens redaksjon i Bergen. Redaktøren sendte derfor en av sine medarbeidere til Majorstua for å sjekke forholdene. Ryktet ble bekreftet, men Gynekologen fikk også et annet inntrykk under besøket i Majorstuhusets toppetasje.

Majorstua er et viktig transportknutepunkt på Oslo vest. Alle t-banene i Oslo stopper her, 20-bussen passerer hvert 5. minutt fra øst til vest på Kirkeveien og to linjer med blå-trikken går nedover Bogstadveien. Der er derfor ikke rart at spesialistpraksiser innen mange felt har etablert seg i området. "Sentralitet er viktig med tanke på å etablere praksis" fremhever Sverre Sand. Han er av de seks gynekologene som er avtalespesialist hos Oslogynekologene. "Vi er ikke et spesialisenter for Oslo vest, men betjener hele Oslo. Vi har pasienter på kontoret fra Kristiansand til Tynset."

Oslogynekologene ble etablert i 2013 og er kommet i stand etter sammenslåing av to spesialistkontorer. Torkel Ruud og Louise Silferskiöld hadde allerede hatt praksis i Majorstuhuset i en generasjon. Da Sverre Sand tok over etter Torkel, og Torun Clausen kom inn som en seniorordning med Louise, tok planene om en større spesialistpraksis form. Bente Nordlings praksis i Nedre Vollgate var overtatt av Anette Berg noen år tidligere. Hun ble sammen med Øystein Magnus, en del av felleskapet på Majorstua. I tillegg har Oskar Åkesson kommet inn i seniorordning sammen med Øystein. Med seg i flyttingen kom også fire sykehusleger som driver praksis i kontoret på kveldstid. Gynekologene brukte ett år på inngående planlegging og oppussing av hele den 470 kvadratmeter store toppetasjen i Majorstuhuset.

I januar 2014 var Oslogynekologenes lokaler klare til bruk i nåværende form, med 10 gynekologer og 4 erfarne legesekretærer. Den enkelte lege har innredet kontoret sitt etter eget ønske. Fellesområdet har et stilskikket interiør. Et oppgradert ventilasjonssystem gir jevn temperatur gjennom hele året. Lydtett glass, slipper inn naturlig lys fra alle kanter, men holder støy borte ved resepsjonsområdet. Lite merker vi det pulserende gatelivet i Bogstadveien



Majorstua tidlig en morgen før trafikken tar seg opp.

nedenfor og at dette er et av trafikknutepunktene i Oslo. En lyssjakt gjennom taket midt i venteværelse gir god romfølelse. På veggene er det en fin blanding av kunst og bilder fra gamle Majorstuen. Her har de tenkt helhetlig, tenker en misunnelig sykehuslege på intervjuet.

Som besøkende får man umiddelbart følelsen av at her må det være godt å være både pasient og lege. Med høyt under taket og god luft er det lite som minner om mørke kjellerlokaler på sykehusene, opphetet av ultralydmaskiner og utrangert ventilasjonsanlegg. Fra lokalene har man utsikt over hele Oslo i 360 grader. Sverre peker i rask rekkefølge ut høydepunktene med Holmenkollen, Oslofjorden og Frognerparken. I tillegg ser man både tårnet på Ullevål og Rikshospitalet. "Det er viktig å ha god kontakt med sykehusene" smiler Sverre lurt. Han har selv lang sykehuskarriere bak seg fra Elverum, Aker og Ullevål.

Gynekologens utsendte møter tre av Oslogynekologene i sine lokaler i det de holder på å avslutte for dagen - langt etter vanlig kontortid. Kollegene i Oslogynekologene har ulike interessefelt og kompetanse som supplerer og kompletterer hverandre. Senteret dekker med dette de fleste problemstillinger relatert til gynekologi, gynekologisk onkologi, svangerskap, infertilitet og fostermedisin. "Det å få etablert seg i praksis med flere kolleger styrker deg selv og faget" forteller Sverre. Louise nikker samtykkende vel vitende om at 70 % av spesialistpraksiser i landet er solopraksis. Kontoret prioriterer felles lunsjmøter hver dag for faglig og sosialt utbytte. "De andre kjefter litt på meg for å komme for sent til lunsj" sukker Øystein som har infertilitet som sitt kompetansefelt. "Pasientene kommer til konsultasjonen som par og har mye på hjertet. Da er det vanskelig å avslutte i tide."

Det lyser av faglig engasjement og stolthet over hva de har etablert når Gynekologen hører de erfarne kollegene fortelle. Kontoret avholder faste interne fagmøter. Nylig arrangerte også Oslogynekologene fagkveld for Østlandsgynekologene med 50 deltagere. Det ble en faglig og sosial kveld med gode foredrag og tema som: Kolposkopi, den aldrende fertile kvinne, samt osteoporoseutredning og behandling. De sosialt kompetente kollegene brenner for faget. "Det er gjennom kontaktnettet at fag og kunnskap utveksles. Man må være interessert i å kjenne kolleger." sier Sverre.

Med eksklusive lokaler kan man tenke seg at privat praksis er lukrativt spør jeg, men Sverre parerer kontant at hver enkelt har



Øystein Magnus avslutter dagen godt etter kl 18 med en ringerunde for prøvesvar og dosering av medisiner.

Sverre Sand på sitt kontor, med Pushwagners "The Boss" på veggen.



Møterom C.

Majorstubygget, Oslogynekologene har hele 7. etasje.

« Vi er ikke et spesialisenter for Oslo vest, men betjener hele Oslo. Vi har pasienter på kontoret fra Kristiansand til Tynset »

lagt inn betydelige investeringer i praksisen. Avtalepraksis er mye arbeid og ansvar uten økonomisk nettverk. Ved sykdom stopper driftstilskuddet allerede etter 16 dager dersom man ikke har klart å få inn vikar. Som et eksempel brakk en av kollegene armen i vinter. Da viste det seg vanskelig å få inn vikar på kort varsel. De øvrige kollegene på kontoret stilte opp med lengre arbeidsdager for å ta unna pasientene.

For pasienter er det nok av. Det er 19 avtalespesialister i gynekologi Oslo og ingen flere hjemler i sikte. Kontoret har lange ventelister og opplever at behovet er enormt. Med færre kontroller på sykehusene overtar de pasienten raskere etter operativ kreftbehandling. I tillegg har kontoret vyer om hva de kan få til videre. Det er få begrensninger på mulighetene, hører jeg legene si. De har CTG-apparat for oppfølging av duplexgravide. Konisering og enkel hysteroskopi bør man også kunne gjennomføre utenfor sykehus. Det virker som de egentlig kunne tenke seg å følge med pasientene inn på sykehus, men innser at det er restriksjoner på systemnivå med tette skott inn mot sykehusene. Kollegene presiserer at de opplever å ha et godt samarbeid med Oslo universitetssykehus. Louise forteller at det har

skjedd en endring i populasjonen og krav i hennes tid som avtalespesialist. "Det er mer skreddersydd behandling tilpasset dem enkeltes behov" sier Louise. Spesielt nevner hun endringer med den aldrende infertile kvinne, PCO og HPV.

Jeg avslutter intervjuet med å fortelle om at mitt besøk først og fremst er på grunn av ryktet om en Champagnekjøler. Jeg blir raskt vist Møterom C, eller champagnerommet som de liker å kalle det. Møterom C er et svalt men solfylt møterom i sydvestre hjørne av lokalene. Her står champagnekjøleren. Jeg blir skuffet over størrelsen og innser at tilsvarende beholdere finnes på kontoret til enkelte av legene på Ullevål. "Vi drikker ikke så mye" sier Sverre. "Møterom C er mer et uttrykk for hva vi ønsker å være."

Gynekologens utsendte skjønner med dette at det er mest hverdag hos Oslogynekologene, men på enkelte kvelder er det annerledes. På sene solfylte ettermiddager åpnes vinduene på Møterom C. Det blir som en egen solfylt takterrasse midt i Oslo hvor sprudlende drikke kan nytes. Da er det bra å være avtalespesialist sammen med gode kolleger.

Kunst og legeliv

Av Reene Waage

Legelivet kan være altoppslukende og mange kjenner nok på at det ikke er så mye tid til å fordype seg i andre interesser. De som velger å gjøre dette har derfor ofte en sterk drivkraft til å forfølge drømmene sine, selv om de strekker seg ut forbi legefakk og hvite vegger.

Kristin Skogøy arbeider som overlege ved Kvinnekliviken på Nordlandssykehuset i Bodø. Som 47 åring startet hun på Kunstsolen i Kabelvåg i Lofoten, og pendlet hjem til sin mann, som arbeider som nefrolog ved samme sykehus, samt de to sønnene deres. Hun var altså godt plassert i det akademiske miljøet, med både legemann og barn.

Så, plutselig, bestemte du deg for å søke Kunstsolen i Kabelvåg. Hvordan skjedde dette?

– Jeg har alltid vært glad i å tegne, men hadde lagt den biten bort i slutten av tenårene til fordel for studier og akademia. Og så kommer man til denne berømmelige ”midtlivskrise”, der man spør seg om man er på rett plass i livet... Min kreative barndomsvenninne fornemmet nok denne uroen, og anbefalte på det sterkeste Kunst- og filmfagskolen i Kabelvåg, beliggende i et kystsamfunn med knappe 1200 innbyggere. ”Gjør det på ordentlig, når du først skal gjøre det”, sa hun. Søknadsskjema ble sent, opptaksprøve bestått, og med en forståelsesfull ektemanns velsignelse bar det over fjorden ukentlig... Med ulende hund i lasterommet!

« De unge studentene var befriende lite opptatt av status og hierarki »

Hvordan opplevde du å være lege og dermed med en akademisk bakgrunn, midt i et ungt bohems kunstnermiljø?

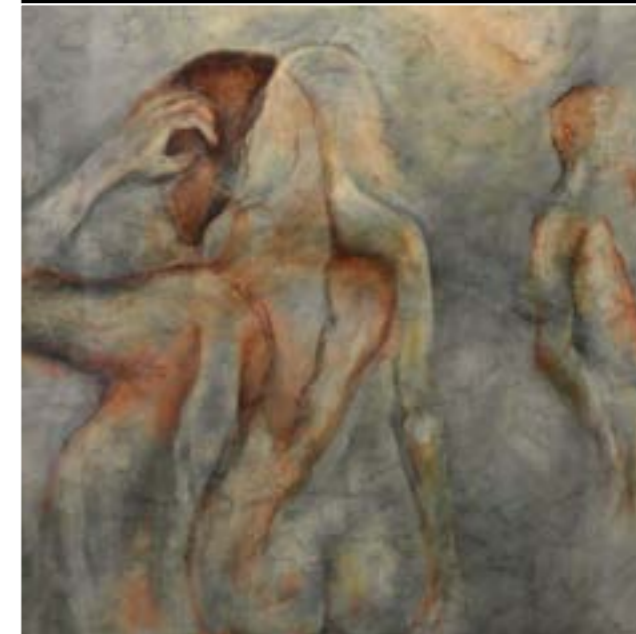
– Det hadde jeg ingen problemer med. De unge studentene var befriende lite opptatt av status og hierarki, og på skolen var det et svært inkluderende miljø. Det var mer en følelse av at vi alle stilte likt, med samme utgangspunkt, fordi vi var ferske i rollen som studenter. De ansatte og resten av lokalsamfunnet syntes nok i større grad det var stas å ha en overlege i klassen. Jevnlig kom det etablerte kunstnere tilreisende til skolen for å undervise noen uker, og en morgen møtte jeg en ukjent, sobert kledd herre på vei inn i undervisningslokalet. ”Du er kanskje læreren?” spurte jeg forsiktig. ”Og du er legen?” kom det kjapt i retur.

– Forøvrig var det slik at jeg nesten alltid fikk rollen som helsepersonell i skolens mange filmprosjektene, da det stadig var knapphet på statister til de mer en 70 årlige små og store filmproduksjonene.

Hva betyr kunst for deg?

– Kunst er ikke bare et sluttresultat, men også prosessen underveis. Jeg mener at det er litt som å forske, du leter etter noen svar, men ender ikke nødvendigvis der du tror. Du må akseptere at ting tar tid. Noen ganger kan du bli skuffet, med følelse av bortkastet tid fordi det ikke har brakt deg videre, ikke ga de svarene du ønsket. Men, så, noen ganger finner du flyten. Tilstanden der hvor tiden oppheves, hvor det jeg holder på med sluker meg fullstendig. ... Kunst er en form for språk. Kanskje kan man beskrive det som en katalysator for følelser. Det er fascinerende å vite at du har skapt noe som har potensiale til å berøre andre mennesker, men når du leverer fra deg et ferdig arbeide, har du ikke lengre kontrollen. Det du har skapt lever sitt eget liv, nesten som et barn som slippes ut i verden....

Hun lar seg selv berøre av kunst, og kjenner på hvor mektig det kan være å forså hva noen har følt, det usagte, formidlet på andre måter. Hun forteller en historie fra da hun var student. Det var



vårutstilling, og en av hennes lærere akkurat hadde gått igjennom en skilsmisse. Hun kom inn i et rom hvor der var et bilde som læreren hadde laget. Et bilde som var et stort lerret, bare malt helt svart og med svake fargetoner i som du kunne skimte bak alt det sorte. Det het ; ”to barn, et liv, en skilsmisse.”Hun kjente umiddelbart på sorgen og smerten. Uten ord. For ord er ikke alltid så enkle.

For det meste er sagt med ord allerede, de er brukt opp, og blir til floskler uten å gi forståelse, man blir blindet av gjenbruket, og klarer ikke å se forbi. Det kan være en forklaring til at også kunsten utvikler seg, kunstnere finner på nye måter å bevege oss, berøre oss og dytte på oss. Fra realisme, til impresjonisme, til installasjoner som kan være så enkle at vi ler av dem og lurar på om kunstneren er gal som kan lage noe slikt. Men så føler vi kanskje noe og tenker noe - og blir litt klokere. Alle som har tolket dikt på skolen vet egentlig hva det er snakk om. For vi tolker, med vår bagasje som briller, og kanskje ser vi det likt som forfatteren hadde tenkt, eller kanskje vi ser noe helt nytt. Kunsten skal romme mer i livet, den skal utvide oss.

« Det å lære en ny profesjon i voksen alder har lært meg at uansett innhold, må du ta faget ditt på alvor og jobbe systematisk mot målet ditt. Det nytter ikke å vente på at inspirasjonen skal komme! »



Kristin Skogøy.



« Kunst er ikke bare et sluttresultat, men også prosessen underveis »

Du har forsøkt å smelte sammen dine kunstneriske ferdigheter med din kjennskap til medisin, fortell om dette.

– Til en utstilling i Bodø kulturhus hadde jeg laget små fosterfigurer i leire og plassert dem i en speilboks. Over mange år som gynekolog har jeg med ultralyd hatt mulighet til å titte inn i den "magiske verden" som livmoren utgjør, med en skjult verden av voksende liv. De gravide lengter etter å få se, og betaler gjerne dyrt for 3D bilder og kanskje unødvendige kontroller. Vi overøses av kropp og sex i media, samtidig som dette med foster litt tabu. Hvilke ord skal vi bruke når vi snakker om det? Er det kropp eller ånd? Særlig tydelig ble problemstillingen under den opphetede debatten i media om legenes reservasjonsrett mot abort litt tid tilbake. Diskusjonen i media ble så intens, men veldig begrenset til kun å handle om jus, kanskje fordi vi ikke fant de rette ordene om dette viktige temaet... Med prosjektet mitt hadde jeg et håp om at mine små, 20 ukers gamle foster skulle åpne opp for tanker og refleksjoner utover debatten om abort/ikke abort.

Hva betyr kunsten for legeyrket ditt, og legeyrket for kunsten?

– Legeyrket i dag er blitt veldig effektivt og resultatorientert! Mye handler om prosedyrer, skjema og dokumentasjon, og det er lett å glemme at for pasienten handler det stadig i stor grad om møte med et medmenneske. Forsøker du å være like effektiv innenfor kunsten, mister du noe viktig. Når du skal skape noe må hjertet

være med om det skal bli bra. Kanskje jeg som lege har blitt litt mer bevisst på at vi mennesker er så svært forskjellige, med et utrolig potensiale til å finne de rette svarene i våre egne liv bare vi gir det tid....

Det å lære en ny profesjon i voksen alder har lært meg at uansett innhold, må du ta faget ditt på alvor og jobbe systematisk mot målet ditt. Det nytter ikke å vente på at inspirasjonen skal komme! Kunstnere liker ofte ikke papirarbeid, men det er en del av det du bare må gjøre. Legeyrket har lært meg å akseptere de administrative delene. Epikriser skal skrives, på lik linje med at søknader om stipend og utstillingsplass skal sendes inn.

Hvordan reagerte kollegaer og familien på beslutningen din om å gå på kunstskolen?

– Jeg tror stort sett alle reagerte positivt. Mannen min støttet meg og arbeidstedet la til rette for å gjennomføre dette. Første året var jeg fulltidsstudent. Andre året arbeidet jeg 70%. Kollegaer syntes det var kult at jeg på 47 år fulgte drømmen min. Noen sa at de ønsket å gjøre noe lignende selv, men at det ikke passet...

Så etter to år med pendling, 120 flyturer med Widerøe og nå eget etablert atelier i Bodø, er det bare en ting å si; *"Bare gjør det; tør å kast deg ut i det, du blir garantert rikere og klokere!"*



Engangsspekel med innebygd led lys.

Spekelet er klart til bruk, enheten eliminerer tid og besparelser av resterilisering

Finnes i small, medium og large

Be om gratis prøver!



Moderne Kolposkoper med led lys fra Leica



Gracie gynstol, med optimal pasientkomfort

Kan leveres med integrert videokolposkop

Inngang for ultralydbilde på skjermen

Innstillinger kan forhåndslagres

Kan også leveres med setevarme

Trekkene leveres i mange ulike farger

medero as

Andrè Vasenden mob. 45 22 76 71

andre@medero.no

Knut Eggestad mob. 93 04 12 83

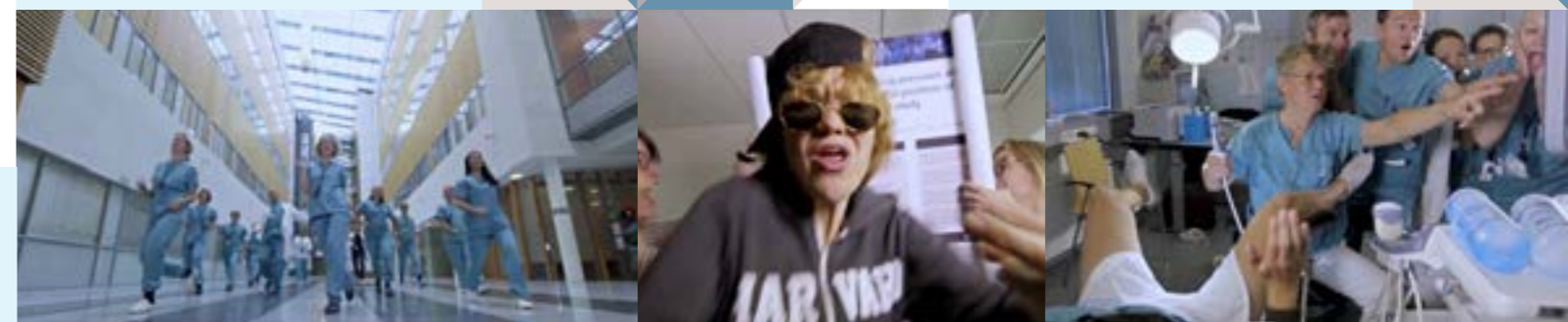
BORGAD

Se presentasjon på:

http://www.gracie.eu/gracie_en/

Velkommen til Ahus

26.-29. oktober, Hotel Arena Lillestrøm



Kjære kollega!

Det er med stor glede vi ønsker velkommen til Lillestrøm og NGFs årsmøte 26.-28.oktober 2016! Lokal arrangementskomité takker styret for tilliten.

Vi gleder oss til å se dere hoppe av flytoget på første stopp og tilbringe noen dager i en by under stor utvikling. Selve årsmøte finner sted på Hotel Arena som ligger sentralt i byen rett ved Norges Varemesse.

Tradisjonen tro vil FUGOs forkurs hente lokal kompetanse, i år fra Bekkensenteret på Ahus. Det blir også ulike formøter og et for-seminar dagen før det braker løs med et svært spennende program.

Foreløpig program finner dere i Gynekologen. Det vil bli friske innslag i pauser, lokal underholdning og morgenturer for de som ønsker en guidet joggetur før dagens input.

Vi samles til «Get together» i den gamle kino-og teaterbygningen fra 20-tallet; Lillestrøm Kultursenter. Selve årsmøtemiddagen finner sted på Hotel Arena hvor det også blir dans med band utover natten.

Early bird påmelding er før 31. august midnatt!

Abstrakt til årsmøtet sendes til Nils Halvdan Morken (nils-halvdan.morken@kk.uib.no) innen 15.august 2016. Bruk malen for abstrakt som er tilgjengelig på NGFs nettside.

Saker til generalforsamlingen og forslag til kandidater til NGFs hederspris og NGF/Bayers forskningspris sendes til Marit Lieng (m.lieng@online.no) innen 15.august 2016.

Vi gleder oss til et innholdsrikt og hyggelig årsmøte. Velkommen!

Hilsen lokal arrangementskomité: Kvinneklinikken og Akershus universitetssykehus.

PROGRAM NGF ÅRSMØTE

Lillestrøm 2016

Onsdag 26. oktober

17.30-19.00:

Formøter

- Internasjonal kvinnehelse
- Norsk Urogynekologisk gruppe
- FUGO (se s. 34)
- Praktiserende spesialisters Landsforening
- Norsk Gynekologisk Endoskopiutvalg
- Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi
- Lederforum
- Lokal organisasjons komite-LOK-formøte: «Kan vi trygt gi kvinner gestager i årevis? Har vi tilstrekkelig kunnskap om mulige bivirkninger av langvarig ensidig gestagenbruk?»

19.30-23.00:

Get-together

Deltageravgifter

Påmelding før 1. september	Kr 1.800,-
Påmelding etter 31. august	Kr 2.600,-
LIS (leger i spes.) før 1. september	Kr 900,-
LIS (leger i spes.) etter 31. august	Kr 1.300,-
Pensjonist	Kr 900,-

 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

 **cic**
Congress • Incentives • Conferences

 Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFØRENING

Torsdag 27. oktober

- 09.00-09.30 **Åpning av årsmøtet**
- 09.30-10.30 «Fødd i fel kropp» -om kjønnsdysfori. Professor Gunnar Kratz. Professor i Plastisk kirurgi, Linkøping Universitet, Sverige President i Svensk Plastikk kirurgisk forening.
- 10.30-11.00 Pause
- 11.00-12.00 **Frie foredrag 1**
- 12.00-13.00 Lunsj/Lunsj Symposium
- 13.00-14.30 **Frie foredrag 2**
- 14.30-15.00 Pause
- 15.00-16.30 **Fagpolitisk debatt "To STAN or not to stan"**
"Academic disputes are so bitter because the stakes are so small" Henry Kissinger
- Edwin Chandraharan, Lead Clinician, Labor Ward, St. George's University Hospitals, London: "The use of STAN with the use of training in fetal pathophysiology"
 - Per Olofsson, Professor emeritus, Lunds Universitet: "An update of the critical appraisal of the evidence for using STAN"
 - Ulrik Schiøler Kesmodel, Professor, University of Copenhagen, Chairman NFOG's scientific committee: "Concerns on the use of STAN - a Danish perspective"
- Discussion and questions from the audience.
- 16.30-17.00 Pause (rigg til fest)
- 17.00-18.30 **Generalforsamling**
- 19.30-01.00 **Årsmøtemiddag**

Torsdag 28. oktober

- 09.00-10.30 **Graviditet, fødsel og utvikling av bekkenbunndysfunksjon.** 30x30 min.
- Maria Gyhagen, Overlege, PhD, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg: «Effekt av graviditet og fødsel på utvikling av bekkenbunndysfunksjon-Langtidsperspektiv»
 - Jette Stær-Jensen, Overlege PhD, Akershus Universitetssykehus: «Hva skjer med bekkenbunnsmuskulaturen under graviditet og fødsel»
 - Astrid Betten Rygh, Avdelingsoverlege, Stavanger Universitetssykehus: «Bekkenbunnen - bevare meg vel?»
- 10.30-11.00 Pause
- 11.00-12.00 **Frie foredrag 3**
- 12.00-13.00 Lunsj/Lunsj Symposium
- 13.00-14.30 **Frie foredrag 4**
- 14.30-15.00 Pause
- 15.00-16.30 **Laparoskopi**
- Klaus Oddenes, Overlege, Haugesund sykehus (30 min): «Primum non Nocere; Komplikasjoner ved gynekologisk endoskopi» .
 - «Den komplekse pasient i moderne gynekologi-En paneldebatt ved Norsk Gynekologisk Endoskopiutvalg» (40-45 min).
 - Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER)-Rapporteket (10-15 min): «What's in it for you?» Andreas Putz, Overlege og leder for NGER, Sykehuset i Vestfold
- 16.30-16.45 **Avslutning**



Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Liv Cecilie Vestrheim Thomsen disputerte 13.03.15 for Ph.D. graden ved Universitetet i Bergen



Liv Cecilie
Vestrheim Thomsen.
Foto: Herdlevær, UIB.

Tittelen på avhandlingen er:
«Preeclampsia: Specific genetic risk
factors and shared predisposition with
cardiovascular disease»

Preeklampsi har genetisk bakgrunn og er arvelig. Felles årsaker, inkludert genendringer, regulerer risiko for preeklampsi og assosierte tilstander som kardiovaskulær sykdom, diabetes mellitus og lungesykdom.

Preeklampsi er en alvorlig svangerskapskomplikasjon som rammer 3% av gravide i Norge. Kvinner med preeklampsi har økt risiko for kardiovaskulær sykdom. For å øke kunnskapen om hvordan preeklampsi utvikles og om sammenhenger med kardiovaskulær sykdom er det viktig å kartlegge sykdommens patofysiologi. Forskning på preeklampsi utfordres av varierende diagnostiske sykdomskriterier. I mitt arbeid har jeg undersøkt om registrerte diagnoser av preeklampsi i Medisinsk fødselsregister er korrekte, og konkluderer med at diagnosene er adekvat registrert (88,3%) og gir et sikkert grunnlag for forskning. Vi har etablert verdens nest største biobank basert på familier med preeklampsi og deretter vist at både preeklampsi og tilstander relatert til sykdommen er arvelige, som kronisk hypertensjon, lungesykdommer og å føde barn med lav fødselsvekt. Funnet indikerer at gener påvirker risikoen for å utvikle tilstandene. I en preeklampsi-

basert kohort fra Helseundersøkelsen i Trøndelag har vi identifisert en genendring som ser ut til å beskytte kvinner både mot preeklampsi og kronisk hypertensjon. Funnene i avhandlingen øker sykdomsforståelsen og styrker kunnskapsgrunnlaget for studier på preeklampsi basert på Medisinsk fødselsregister. Resultatene bidrar til bedre utgangspunkt for utvikling av oppfølgingen og behandlingen av preeklampsi kvinner.

Hovedveileder: Professor Line Bjørge ved Universitetet i Bergen.

Biveiledere: Professor Rigmor Austgulen og forsker Ann-Charlotte Iversen ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, professor Eric Moses ved University of Western Australia, og professor Ottar Nygård ved Universitetet i Bergen.

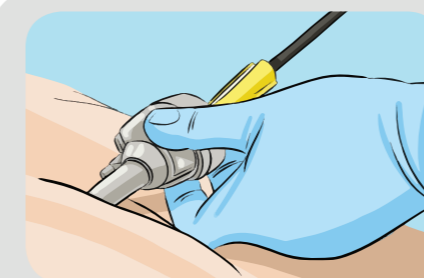
KLAR NÅR DU ER TACHOSIL® PRE-ROLLED

Når du trenger umiddelbar hemostase under lukket kirurgi kan TachoSil pre-rolled brukes umiddelbart, uten forarbeid. Gir pålitelig hemostase og vevsforssegling på 3-5 minutter.¹

Forsiktighetsregler:

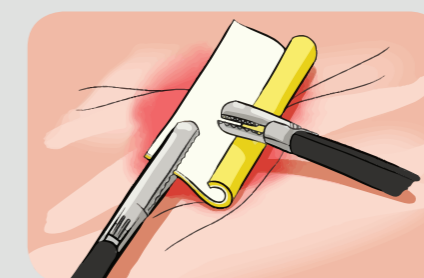
Data for bruk ved gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Det er ukjent hvorvidt nylig strålebehandling påvirker effekten ved bruk for lukking av dura mater. Det er sett tilfeller av sammenvoksninger/adhensjoner til mage-tarmvev ved bruk av TachoSil under abdominalkirurgi. Det kan medføre mage-tarmobstruksjon. Sørg for å rengjøre tilstrekkelig utenfor det ønskede applikasjonsområdet. Se bruksanvisningen for preparatet.

1) SPC TachoSil 29.05.2016 www.legemiddelverket.no



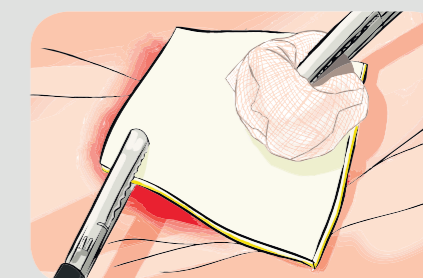
INNFØRE

Pre-rolled TachoSil® innføres direkte i trocaren



RULLE UT

TachoSil® rulles ut på sårflaten



KOMPRIMERE

TachoSil® fuktes og fester seg raskt til såret med manuell kompresjon

TachoSil «Takeda»

C Lokalt hemostatikum. ATC-nr.: B02B C30
MATRIKSTILVEVSLIM: Hver cm² inneholder: Humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2 IE, equint kollagen, humant albumin, natriumklorid, natriumsitrat, L-argininhydroklorid. Fargestoff: Riboflavin [E 101]. **Indikasjoner:** Til voksne som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen, fremme vevsforssegling, for suturstøtte ved karkirurgi der standardteknikker ikke er tilstrekkelige, og for støttende lukking av dura mater for å forebygge postoperativ cerebrospinal lekkasje etter nevrokirurgi. **Dosering:** Skal bare brukes av erfarne kirurger. **Voksne:** Antall enheter som anvendes bør alltid være i samsvar med underliggende klinisk behov, relatert til størrelsen på sårflaten og må vurderes individuelt. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 matriser (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 10 er rapportert. For mindre sårflater, f.eks. ved kikkhullskirurgi, anbefales matriser av mindre størrelse (4,8 cm x 4,8 cm eller 3 cm x 2,5 cm) eller den ferdigrullete (4,8 cm x 4,8 cm). **Spesielle pasientgrupper:** Barn og ungdom <18 år: Anbefales ikke pga. utilstrekkelige data. **Tilberedning/Håndtering:** For instruksjoner vedrørende håndtering før bruk, se pakningsvedlegg. **Administrering:** Kun til epilesjonell bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Se pakningsvedlegg for instruksjoner vedrørende administrering. Det er sterkt anbefalt å journalføre navn og batchnr. hver gang preparatet benyttes. **Kontraindikasjoner:** Intravaskulær bruk. Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Data for bruk ved gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Det er ukjent hvorvidt nylig strålebehandling påvirker effekten ved bruk for lukking av dura mater. Allergiske hypersensitivitetsreaksjoner (utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustethet, hypotensjon og anafylaksi) kan oppstå. Dersom disse symptomene oppstår, skal administreringen avbrytes umiddelbart. For å hindre utvikling av vevsadhesjoner på uønskede områder, må vev utenfor ønsket påføringsområde være tilstrekkelig rengjort før administrering. Ved bruk ved kirurgi nær tarmen er det rapportert om tilfeller av adhesjon til gastrointestinalt vev, noe som har forårsaket tarmobstruksjon. Hvis sjokktilstand inntreffer, skal prosedyre for sjokkbehandling følges. Tiltak for å forebygge infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod/plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivering/fjerning av virus under produksjonen. Til tross for dette kan en ikke fullstendig utelukke muligheten for overføring av smittsomme agens. Dette gjelder også virus eller patogener som hittil er ukjent. Tiltakene anses effektive

mot kappekleddede virus som hiv, HBV og HCV, og mot det ikke-kappekleddede viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappekleddede virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erytropoiese (f.eks. hemolytisk anemi). **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Preparatet kan denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f.eks. antiseptiske oppløsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av preparatet. **Graviditet, amming og fertilitet:** Sikkerheten ved bruk under graviditet eller amming er ikke klarlagt. Skal ikke administreres til gravide og ammende, hvis ikke strengt nødvendig. **Bivirkninger:** Ukjent frekvens: **Gastrointestinale:** Tarmobstruksjon (ved abdominal kirurgi). **Hjerte/kar:** Trombose. **Immunsystemet:** Anafylaktisk sjokk, hypersensitivitet. **Slike reaksjoner kan spesielt observeres ved gjentatt bruk av legemidlet eller dersom det administreres til pasienter med kjent hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene.** **Øvrige:** Vevsadhesjon. **Overdosering/Forgiftning:** Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Lokalt hemostatikum. Inneholder fibrinogen og trombin som et tørket belegg på overflaten av en kollagenmatris. Den aktive siden er farget gul. **Virkningsmekanisme:** Ved kontakt med fysiologiske væsker, f.eks. blod, lymfe eller fysiologisk saltvann, oppløses innholdsstoffene i belegget og diffunderer delvis inn i sårverflaten. Dette etterfølges av fibrinogen-trombinreaksjonen som initierer det siste trinnet av den fysiologiske blodkoagulasjonsprosessen. Fibrinogen blir omdannet til fibrinmonomere som spontant polymeriserer til et fibrinkoagel, og som på denne måten holder kollagenmatrisen fast til sårverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limegenskaper som bidrar til å lukke såret. **Metabolisme:** Fibrinkoagellet metaboliseres som endogen fibrin ved fibrinolyse og fagocytose. Kollagenmatrisen degraderes ved resorpsjon til vev. Ca. 13 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten tegn til lokal irritasjon. **Nedbrytningen ble forbundet med infiltrering av granulocytter og dannelse av resorptivt granulasjonsvev som kapsler inn de nedbrutte restene av TachoSil. Ingen bevis for lokal intoleranse er sett i dyrestudier. Fra erfaringen hos mennesker, har det vært isolerte tilfeller hvor rester ble observert som tilfeldige funn uten tegn på funksjonell svekkelse. **Andre opplysninger:** Leveres ferdig til bruk i sterile pakninger. **Pakninger og priser 04.05.2016:** 3x2,5: 599,60, 4,8x4,8: 1798,30, 5 stk: 2828,20, 2 stk: 2968,90 For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no**

Kjære FUGO-medlemmer!



Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder



I skrivende stund er det kun få uker til Tilde Broch Østborg fra Stavanger og Lisa Tangnes Leeves fra Tromsø reiser til Italia på ENTOG –utveksling, og jeg misunner dem! Jeg var selv med på det samme i Slovakia for noen år siden og det var en stor opplevelse. ENTOG utveksling handler om å oppleve et annet lands helsevesen fra innsiden, og å dele hverdag med en annen LIS i 3 dager. Det handler om å la seg inspirere til hvordan vi kan organisere oss bedre her hjemme, og til å knytte bånd på tvers av landegrensene.

Det er fascinerende å møte et Europa som spenner fra Nederland, hvor det er et kjempefokus på utdanning, til Romania hvor man knapt får ta i et instrument før man er ferdig spesialist. I Nederland har man for eksempel egne fødestuer hvor en veileder kan observere alt man gjør fra utsiden gjennom et "omvendt speil" (selvfølgelig med den fødendes samtykke!) og komme med kommentarer i etterkant og eventuelt gripe inn hvis det bærer helt galt av sted. Det settes tid av til supervisjon og veiledning i hverdagen! Tenk det... I Romania tjener man 200 euro i måneden, får gjøre skrivarbeidet for overlegen og er egentlig mer som en hospitant å regne i mange år før man gjør selvstendig arbeid utenom på vakt. Det er tankevekkende at en ferdig spesialist har så sprikende erfaringsnivå i et Europa med fri flyt av arbeidskraft.

I tillegg til alt det faglige snadderet, får Tilde og Lisa en smak av et mer enn vårlig Italia – det er heller ikke å forakte. Søknadsfristen

til utveksling er i slutten av januar hvert år. Neste års utveksling holdes i Slovenia fra 29. til 31. mai. Komitéen er allerede i gang med forberedelser og dere kan lese mer på www.entog2017.eu

Med Eirin i spissen, er vi godt i gang med forberedelser til årets forkurs som holdes onsdag 26. oktober. Det var stor stemning for urogynekologi på forrige generalforsamling, og vi er i ferd med å få på plass et veldig spennende program hvor det vil være noe å hente for LIS i alle kategorier. Fokus vil være på urininkontinens og prolaps – dere finner foreløpig program i denne utgaven av Gynekologen. Det er en glimrende mulighet til å lære mye gjennom en dag med ganske intenst program, og det gir også mulighet til å få dekket reiseutgifter i forbindelse med årsmøtet. Vi håper alle avdelinger legger til rette for at LIS også får med seg årsmøtet. Det samme gjelder NFOG-møtet som holdes i Helsinki 12.-15. juni. Hvis man er så heldig å skulle dit, vil jeg slå et slag for de såkalte "pre congress course"-ene som holdes på søndagen. Det er så mange spennende og forskjellige temaer at man får lyst til å være med på dem alle og bare lære og lære og lære. Alt fra artikkel-skriving til praktisk rettede kurs i laparaskopi og kolposkopi til ungdomsgynekologi og menopause og internasjonal helse.

Dere kan lese mer på denne siden med den enkle adressen: <http://www.confedentevents.fi/nfog2016/programme/pre-congress-courses/>

Det er så mye goyalt der ute – løft blikket, finn energi og bli med!

NGF Årsmøte 2016

Foreløpig program FUGO-forkurs urogynekologi og prolaps

08.45	Registrering med morgenkaffe
08.55	Velkommen
09.00	Bekkenbunnens anatomi og fysiologi - en gang for alle

Hovedtema 1: Inkontinens

09.45-10.45	Klassifisering av urininkontinens og urodynamisk utredning
10.45-11.00	Pause med frukt/kaffe
11.00-11.35	Behandling av stressinkontinens
11.35-12.10	Behandling av urgeinkontinens
12.10-12.40	Påvirkning av bekkenbunnen ved graviditet og fødsel
12.40-13.20	Lunsj

Hovedtema 2: Prolaps

13.20-13.50	Klassifisering av prolaps, POP-Q, Mulig eller umulig system
13.50-14.20	Pessar når og hvordan?
14.20-14.40	Kan vi trene bort prolaps?
14.40-14.50	Pause med kake/kaffe
14.50-15.45	Operativ behandling, demonstrasjon operasjoner
15.45-16.15	Reprolaps

Ny FUGO-leder

Av Renee Waage

Thea er nyvalgt leder i FUGO. Vi synes våre medlemmer burde få lære henne bedre å kjenne.

Vi har utfordret Thea til et lite intervju. Første spørsmål er selvfølgelig; **Kan du fortelle litt om hva du har gjort før du endte som LIS ved Kvinneklubben OUS?**

– Jeg studerte medisin i Oslo, med et års pause underveis for å ta årsstudium i internasjonale studier med feltarbeid i Chile. Jeg var også på utveksling i 6 måneder i København hvor jeg tok øre/nese/hals, øye og deler av nevrologien. Deretter bar det videre til Kristiansand og Lindesnes i turnus, før jeg startet med indremedisin på Bærum sykehus. Nord Norge kallet og jeg flyttet til Bodø i 2010 hvor jeg fortsatte en stund med indremedisin før jeg en lykkelig dag fikk jobb på gynekologisk avdeling. Jeg hadde en helt fantastisk tid som fersk i faget i Bodø, men det var langt til familie og gamle venner og jeg vendte snuta sørover igjen i 2013. Nå er jeg på Ullevål, etter et 6 måneders opphold i Malawi.

Thea er det man trygt kan kalle internasjonal. Hun tok 3-årig gymnas i Frankrike, og snakker selvfølgelig flytende fransk, har bodd ett år i Spania, hun har jobbet frivillig i Afrika, og skal gifte seg med en danske i København til sommeren. Og så en danske Thea! Du vet at landet en gang okkuperte Norge? Men det er forresten tilgitt, fordi vi nordmenn okkuperer Danmark store deler av året, vi elsker de høye smørrebrødene og dansk mote, danske strender, og ellers alt som er dansk. Godt jobbet, Thea! Men altså. Vi må tilbake til faget.

Hva var/er det med gynekologifaget som tiltrakk deg?

– I utgangspunktet likte jeg tanken på at det gir kunnskap og ferdigheter som det er lett å ta med ut i verden. Den tanken liker jeg fortsatt. I tillegg liker jeg variasjonen i faget, at det er så konkret, at det gir mange valgmuligheter på sikt, at man må kombinere medisin og kirurgi, at vi har oppegående og oftest lydhøre pasienter, at vi får være med i de største øyeblikkene i menneskers liv.

«Thea er det man trygt kan kalle internasjonal»

Kan du si noen ord om hvordan du synes det var å jobbe i Malawi?

– Utfordrende på både personlig og faglig plan. Jeg hadde begrenset med praktisk erfaring da jeg kom, og sykehuset jeg skulle jobbe på var veldig stort med over 10.000 fødsler i året. Bemanningen var tynn – spesielt på sykepleier/jordmorsiden. I tillegg var det litt uklart hvilken rolle jeg egentlig skulle ha. Jeg lærte imidlertid enormt mye av denne tiden. Om obstetikk, men også om meg selv, bistandsarbeid og nord-sørsamarbeid, og fikk bo i et utrolig vakkert land!



Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO-leder.

Hvorfor er FUGO viktig?

– FUGO er viktig fordi det gir oss en formell plattform hvor vi LISer kan bli hørt. Det er LIS-representanter i for eksempel NGF og spesialistkomitéen som også er tilknyttet FUGO. Som enkeltperson kan det være vanskelig å få en følelse med hva som rører seg i medlemsmassen og det er viktig for dem å få innspill fra et bredt sammensatt styre om hva som oppstår LISer. FUGO er viktig som et diskusjonsforum hvor representanter fra hele landet samles. Hverdagen for en LIS i Mo i Rana er annerledes enn på en stort universitetssykehus. I FUGO kan alle som vil høres. Vi samarbeider dessuten med tilsvarende organisasjoner i Norden, og lærer mye av det, og organiserer et veldig populært og godt kurs i forbindelse med årsmøtet hvert år.

Hvorfor valgte du å engasjere deg i FUGO?

– Jeg ble med som styremedlem etter å ha vært i Bratislava på ENTOG-utveksling. Jeg syntes det var enormt inspirerende å lære om hvordan spesialistutdanningen er organisert i andre deler av Europa. Mange har det betydelig verre enn oss, men noen har det bedre og det er mye å lære. I en ofte veldig travel jobbhverdag finner jeg det energigivende å løfte blikket litt. Man blir også kjent med utrolig dyktige, hyggelige og engasjerte mennesker i fagmiljøet – både i Norge og Norden.

Vi er kjempefornøyde med å ha fått Thea som FUGO-leder og håper at alle leger i spesialisering rundt om i landet føler seg litt bedre kjent med henne. Vi oppfordrer dere til å følge med nå når den nye spesialiststrukturen legges, og håper på stort engasjement rundt dette. Dere kjenner hvor skoen trykker, dere har verdifulle innspill. Som Thea sa, dere høres i FUGO! Ta kontakt, gi lyd, send mail, ta en telefon. Vi trenger dere!

Hun har ovariekreft.

TEST HENNE

for BRCAm.

BEHANDLE HENNE

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

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

1. Lynparza (olaparib) SPC AstraZeneca 31.03.2016 pkt 4.1.
2. Lynparza (olaparib) SPC AstraZeneca 31.03.2016 pkt. 4.8.

▼ Lynparza «AstraZeneca»

C Antineoplastisk middel.

ATC-nr.: L01X X46

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

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

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

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

Forsiktighetsregler: **Hematologisk toksisitet:** Er rapportert, inkl. kliniske diagnoser og/eller labo-ratoriefunn av generelt mild eller moderat (CTCAE grad 1 eller 2) anemi, nøytropeni, trombocytopeni og lymfopeni. Behandling bør ikke startes før restitusjon fra hematologisk toksisitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og nøytrofilverdier bør være innenfor normalområdet eller CTCAE grad 1). Fullstendig blodtelling ved behandlingsoppstart og deretter månedlig, anbefales de første 12 månedene og deretter periodevis. Behandlingen skal avbrytes og hensiktsmessig hematologisk testing igangsettes, ved alvorlig hematologisk toksisitet eller behov for blodtransfusjon. Forblir blodparametrene klinisk unormale etter 4 ukers behandlingsavbrudd, anbefales benmargsanalyse og/eller cytogenetisk blodanalyse. **MDS/AML:** Rapportert hos et lite antall ved monoterapi eller i kombinasjon med annen kreftbehandling. Behandlingsvarighet hos pasienter som utviklet MDS/AML varierte fra <6 måneder til >2 år. Tilfellene var typiske for sekundær MDS/kreft-terapirelatert AML. Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert, anbefales det at pasienten får egnet behandling mot disse sykdommene. Olaparib bør seponeres, og ikke gis i kombinasjon med annen kreftbehandling. **Pneumonitt:** Ved bekreftet pneumonitt avbrytes behandlingen, og pasienten behandles hensiktsmessig. Behandlingen bør avbrytes og utredes raskt, ved nye eller forverrede respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller radiologisk abnormitet. **Bilkjøring og betjening av maskiner:** Asteni, tretthet og svimmelhet er rapportert, og pasienter som opplever disse symptomene bør utvise forsiktighet ved bilkjøring eller ved bruk av maskiner.

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

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

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

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

Egenskaper: **Virkningsmekanisme:** Potent hemmer av humane poly (ADP-ribose) polymerase (PARP-1, PARP-2 og PARP-3)-enzymer. Hemmer veksten av selekterte tumorceller i vitro og tumorvekst in vivo, enten som eneste behandling eller i kombinasjon med etablerte kjemoterapier. **Absorpsjon:** Cmax nås etter 1–3 timer. Ingen markant akkumulering ved gjentatt dosering. Steady state nås innen ~3–4 dager. Samtidig administrering med mat reduserer absorpsjonshastigheten (Tmax forsinkes med 2 timer), og absorpsjonsgraden øker marginalt (AUC øker ca. 20%). **Proteinbinding:** Ca. 82% (400 mg 2 x daglig). **Fordeling:** Tilsynelatende Vd: ~167 liter. **Halveringstid:** Terminal t1/2: 11,9 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~143 ml/minutt. **Metabolisme:** CYP3A4 er vist, in vitro, å være primært ansvarlig for metabolismen. Omfattende. Hovedsakelig oksidasjonsreaksjoner. **Utskillelse:** Ca. 44% via urin, ca. 42% via feces. Hovedsakelig som metabolitter.

Pakninger og priser: 4 x 112 stk. (plastflasker) kr 55787,30.

Sist endret: 26.04.2016



AstraZeneca AS, AstraZeneca Nordic-Baltic, Postboks 6050 Etterstad, 0610 Oslo Norway T: 21 0064 00 astrazeneca.no



988703.01_5/16/NO

Påmelding åpnet

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.

09:30	Registrering
10:00	Velkommen
10:10	Livmorhalsscreening i Norge – historikk og utvikling
10:35	Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft – Årsrapport/Status
10:50	Status og utfordringer i dagens screeningprogram – potensial for forbedret effekt?
11:10	Diskusjon
11:45	HPV som årsak til kreftutvikling i cervix
12:05	HPV i primærscreening i Norge
12:30	Hvordan informere kvinnen om et HPV-positivt svar
12:50	Diskusjon
14:05	HPV-referanselaboratoriet - Hvem er vi og hva gjør vi?
14:25	HPV-vaksinasjon i Norge
14:55	Oppfølging av vaksineeffekt
15:10	Diskusjon
15:40	Celleprøvetaking fra cervix, er det så vanskelig?
16:00	Diagnosefordeling i cervixcytologi før og etter overgang til SurePath væskebasert prøve
16:20	Betydning av kvalitetssikring mellom cytologi og histologi
16:40	Nye rutiner for oppfølging etter unormale celleprøver og etter konisering
16:55	Diskusjon
17:10	Oppsummering og avslutning

Godkjenninger leger:

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

Godkjenning bioingeniører:

Kurset gir 7,5 tellende timer i spesialistgodkjenning for bioingeniører

For spørsmål om fagdagen kontakt: Ameli Tropé, Ameli.Trope@krefregisteret.no eller Irene Kraus Christiansen, Irene.Kraus.Christiansen@ahus.no

Påmelding: www.Deltager.no eller via <http://krefregisteret.no/fagdag>

Fagdagen arrangeres av Livmorhalsprogrammet ved Kreftregisteret og Referanselaboratoriet ved Akershus universitetssykehus



AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS



Reisebrev fra BRCA symposium i vårlige Montreal

Av Nora Johansen, Sørlandet Sykehus

Møtet om BRCA-mutasjoner holdes hvert andre år, alltid i Montreal i Canada.

Takket være den norske Sanitetsforening og forskningsenheten ved Sørlandet Sykehus fikk vi reise, prosjektleder Trond M. Michelsen, biveileder Astrid H. Liavaag og jeg, Nora Johansen. Forskningsprosjektet vårt omhandler senvirkninger etter risiko-reducerende salpingo-ooforektomi hos kvinner med økt risiko for arvede bryst- og eggstokkreft. Kongressen er den eneste i verden som har hovedfokus på BRCA mutasjonsbærere, og var dermed høyaktuell for oss. Det var til sammen 16 nordmenn på kongressen, noe som ble bemerket som imponerende mange i velkomsttalen. De fleste andre nordmenn var fra genetisk avdeling ved Oslo universitetssykehus.

Årets møte var det sjette i rekken, og ble første gang arrangert i 2005. Den gang som nå ble det arrangert av «Hereditary Breast and Ovarian Cancer Foundation». Stiftelsen ble grunnlagt i 2003 av en familie som hadde mistet en datter og søster etter brystkreft i ung alder. Det viste seg at familien, som ikke hadde noen spesiell opphopning av hverken bryst- eller eggstokkreft, var bærere av BRCA1 mutasjon (den mest aggressive BRCA-mutasjonen). En av søstrene testet også positivt på BRCA1-mutasjon, og valgte å fjerne begge bryster og begge eggstokker. Hun beskriver at det var et enkelt valg da, men håpet at det skulle finnes andre, og mindre dramatiske, risikoreducerende muligheter for døtrene hennes hvis de også skulle vise seg å være mutasjonsbærere. Det var grunnen til at stiftelsen ble opprettet.

Nå begynner døtrene hennes å nærme seg voksen alder, og spørsmålet er om kreftforebyggende tiltak som tilbys kvinner med BRCA-mutasjon nå er bedre enn det som var tilfellet i 2003.

« Et annet tema som ble tatt opp, var teorien om at serøse ovarialtumores oppstår i egglederne »



Hva skjer etter profylaktisk salpingo- oophorectomi?
Trond M. Michelsen, Nora Johansen og Astrid H. Liavaag.

Når kvinner nå testes for genfeil gjøres det full sekvensering av genene, mot testing av noen få kjente mutasjoner før, og flere mutasjonsbærere fanges opp. Det er til nå påvist over 9000 ulike BRCA-mutasjoner. Det er en pågående diskusjon blant genetikerne om også andre mutasjoner enn BRCA 1 og 2 bør inkluderes i standardtester for arvelig eggstokkreft. Et annet tema som ble tatt opp, var teorien om at serøse ovarialtumores oppstår i egglederne. Det gjennomføres derfor en prospektiv studie i Nederland på om risikoreducerende salpingektomi (etter barnefødsler) med forsinket ooforektomi (ved 45-50 år), kan gi like effektiv kreftforebygging som bilateral salpingo-ooforektomi. Inkluderingen skal pågå i 5 år til. Det ble på det sterkeste oppfordret til at flere land startet opp tilsvarende oppfølgingsstudier. Samtidig ble bilateral salpingektomi ved for eksempel sterilisering og hysterektomi frarådet

« Spørsmålet er om kreftforebyggende tiltak som tilbys kvinner med BRCA-mutasjon nå er bedre enn det som var tilfellet i 2003 »

utenom i kliniske studier. Vi fikk flere foredrag om at kvinner med epitelial eggstokkreft på grunn av BRCA-mutasjon sannsynligvis er spesielt platinum-sensitive, og reagerer bedre på immunterapi enn ved ovarialkreft som har oppstått spontant.

Fortsatt er det bilateral salpingo-ooforektomi som anbefales for å forebygge ovarialkreft ved BRCA-mutasjon. Tidligere har bilateral ooforektomi vært antatt å redusere risikoen også for brystkreft, men det er ikke like sikkert lenger. Reanalyser av eldre studier tyder på at det sannsynligvis kun gjelder for de med BRCA2 mutasjon (BRCA2-mutasjon forårsaker som regel østrogen reseps-

tor positive svulster). BRCA1 mutasjon er assosiert med trippel negativ brystkreft, og de nye studiene indikerer at premenopausal bilateral ooforektomi ikke beskytter mot denne brystkreftformen.

De første årene møtet ble arrangert var det på høsten, mens det i de senere år har vært arrangert i april. I velkomsttalen ble vi vist tilbakemeldingene fra fjorårets deltakere om forbedringspotensial. En av dem var at det var for kaldt i byen, og dermed ble møtet flyttet til mai. Lurt trekk, for i år var det sol og sommerlige temperaturer. I tillegg til varmen gjorde et svært hyggelig reisefølge turen til Canada spesielt fin.

NYHETER!

Antibiotikafritt legemiddel mot bakteriell vaginose

Nå introduserer vi Donaxyl® (dekvaliniumklorid),¹ det første antiseptiske 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 skjededelen 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

VAGINALTABLETT
Donaxyl®
dekvaliniumklorid

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

NGER, Norsk Gynekologisk Endoskopiregister

Av Frida Andrae, Kvinnekliviken, Bodo

07.04.16 var det samlingsmøte for NGER (Norsk Gynekologisk Endoskopiregister) på Radisson Blu Airport Hotel, Gardemoen. Det var sendt ut invitasjon til alle gynekologiske avdelinger i Norge og formålet var å få samlet representanter for alle avdelinger som utfører gynekologisk endoskopi for å øke deltakelsen i det viktigste redskapet for kvalitetssikring vi har innenfor gynekologisk endoskopi.

Overlege Andreas Putz fra Tønsberg hadde samlet spennende og inspirerende foredragsholder fra Norge og Tyskland og cirka 30 gynekologer fra hele Norge var tilstede.

NGER er et nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk laparaskopi og hysteroskopi. Man finner det under kvalitetsregistre.no. Det er et obligatorisk kvalitetsregister på lik linje med Krefregistret. Her har vi en gylden mulighet å få oversikt over hvilke prosedyrer som utføres og hvilke komplikasjoner som forekommer og hvor ofte. Her kan man følge utvikling i egen avdeling og sammenligne seg med andre. I Rapporteket kan man ta ut månedsrapporter. Men for å få pålitelig statistikk er det viktig med høy dekningsgrad. Det trengs dekningsgrad på minst 80% for å sikre at registrerte data gjenspeiler virkeligheten. NGER hadde i 2015 en dekningsgrad på 30%, hvilket er en god økning fra 7% året før, men mye gjenstår. Målet for 2016 er å komme opp i 60%. Noen avdelinger har allerede per i dag høy dekningsgrad og som eksempel kan nevnes Gjøvik med 88%. Det er nå 24 av 41 enheter som rapporterer inn i registret og målet er selvsagt at alle skal komme i gang.

« NGER er et nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk laparaskopi og hysteroskopi »



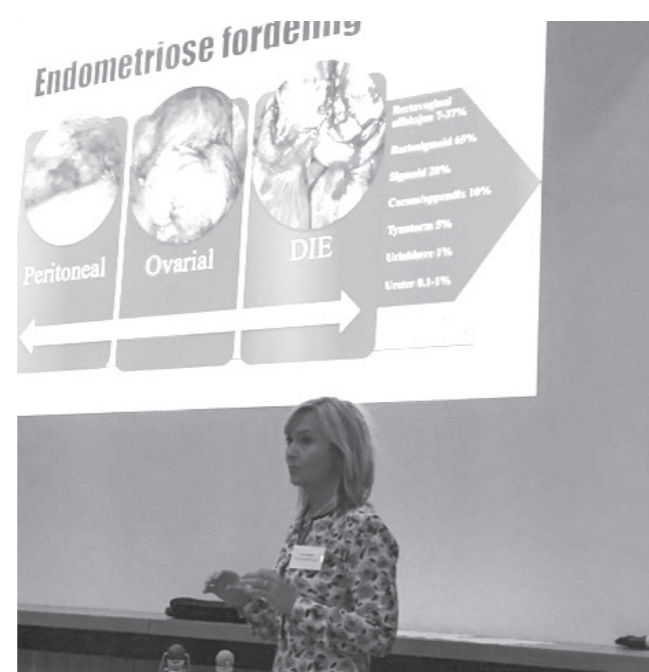
Andreas Putz og Siri Skrøppa, SiV.

Det er noen som synes det tar for mye tid i en travel hverdag å legge inn data i registeret, vi fikk tips om at flere avdelinger hadde god erfaring med å bruke papirversjon av skjemaet for rask registrering direkte i forbindelse med inngrepet. Skjemaene kan deretter registreres elektronisk for eksempel en gang i uken av en sekretær. Slik oppsamling gjør det også lettere å følge med rapportering fra egen avdeling, da man kan sammenligne antall utførte inngrep med antallet utfylte skjemaer.

Etter at data om utført inngrep blir registrert blir pasienten kontaktet etter 4-6 uker med oppfølgingsskjema og livskvalitetsskjemaer. Fra 01.01.2016 blir også pasienten kontaktet etter 1 år med nytt oppfølgingsskjema.

Etter informasjonen om NGER ble det holdt interessante foredrag med illustrative videoer om aktuelle temaer som laparoskopisk og hysteroskopisk behandling av myomer, utfordringer ved endometriose og pasienter med høy BMI.

Nå er det bare å stå på for å kvalitetssikre behandlingen vi gir til våre pasienter. Det finnes allerede planer om å holde et nytt møte neste år med forhåpentligvis enda flere deltakere og nye spennende resultater.



Anne Veddeng, HUS.



Velkommen
som medlem
i NPF!

Vi ønsker DEG som medlem i norsk perinatalmedisinsk forening, NPF!

NPF en uavhengig organisasjon, stiftet i 1987, og har som formål å spre kunnskap om og interesse for perinatalmedisin. NPF arrangerer nasjonale og internasjonale møter, engasjerer seg i viktige perinatalmedisinske spørsmål og ønsker å være en tydelig, fagpolitisk pådriver innen nasjonal og internasjonal perinatalmedisin.

NPF ønsker DEG som arbeider med svangerskapsomsorg og fødselshjelp i ditt daglige virke som medlem, både for å utvikle faget og styrke foreningen.

Som medlem i NPF får du redusert deltakeravgift på perinataldagene, et tverrfaglig vitenskapelig møte av alle perinatalmedisinske profesjoner, som arrangeres i november hvert år. Du kan også holde deg oppdatert på nyheter via vår nettsider eller vår Facebookside.

Kontingenten er kun kr. 300 pr. år.

Meld deg inn i NPF!

Via <http://tsforum.event123.no/npf/> eller ved å sende en e-post til Guro Steine, guro.steine@gyro.no hvor du oppgir navn, adresse og yrkestittel. Når innmeldingen er mottatt, vil du få tilsendt en giro for betaling av medlemsavgift.

Verve medlemmer?

Dersom du verver minst 2 medlemmer vil du få gratis medlemskap i ett år, dette gjelder både nye medlemmer og de som allerede er medlem. Send en epost til guro.steine@gyro.no med informasjon om navn, arbeidssted og yrkestittel på de du har vervet.

For styret i NPF
Jørg Kessler

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



Bodø fra sjøsiden. Foto: Ernst Furuhatt.



Gammelt møter nytt, nytt sykehusbygg; K-fløya.



Stormen bibliotek & konserthus. Foto:Lilli Kanck.

Norge Rundt

Kvinneklubben ved Nordlandssykehuset - Bodø

Av Heidi Frostad Sivertsen, Nordlandssykehuset Bodø

Bodø er Nordlands fylkeshovedstad og ligger på 67 grader nord like nord for polarsirkelen. Byen er Nord-Norges nest største, og Bodøværing nummer 50 000 ble feiret i juni 2015. Byen ligger ytterst på Bodøhalvøya og er omringet av fantastisk natur. Bodø by var i 2013 kåret av National Geographic som 1 av 20 «Places to visit» og byen feirer 200 års jubileum i 2016. Bodø er i 2016 også en av tre finalister i kåringen av Norges mest attraktive by! Vinneren kåres i juni.

Tidligere besøkt:

2.2015: Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen
4.2015: Kvinneklubben i Stavanger
1.2011: Kvinneklubben i Hammerfest

Byen er hovedsete for Widerøe, Luftfartstilsynet, Forsvarets operative hovedkvarter, Hovedredningsentralen for Nord-Norge og Nord Universitet. I 2014 fikk Bodø også et kulturhus/bibliotek; Stormen, som har fått stor internasjonal oppmerksomhet både for arkitektur og akustikk.

Kvinneklubben i Bodø er en av tre fødeinstitusjoner ved Nordlandssykehuset HF. Avdelingen er organisert i Kvinne-Barn

Klinikken sammen med fødeavdelingen i Stokmarknes, fødestuen i Lofoten og Barneavdelingen i Bodø. Nina Jamissen har vært Klinikk-sjef siden klinikkmodellen ble innført i 2009. Heidi Frostad Sivertsen har vært avdelingsoverlege i Bodø siden 2012. Fødestuen i Lofoten og fødeavdelingen i Stokmarknes har egne avdelingsoverleger.

Historikk

Kvinneklubben ved Bodø Sykehus har eksistert siden 1973 som egen avdeling. Overlege Rønneberg var en av dem fra «nyere gammel historie», sannsynligvis den første gynekologen i regionen, som de eldste av oss fortsatt kan huske å ha lest svært detaljerte journalnotater og operasjonsbeskrivelser fra. På den tiden var det bare en overlege, og historiene fra gamle dager er mange og utrolige. Kanskje ikke alt var bedre før ...?

Etter hvert overtok Willy Nøstdahl lederrollen i avdelingen, også han ledet avdelingen i mange år. Bjørn Holdø var avdelingsoverlege i 10 år før dagens avdelingsleder. Avdelingen i Bodø har vært et godt utdanningssykehus, og mange profilerte gynekologer har startet sin karriere her.

Dagens Kvinneklubben

I dag har Kvinneklubben i Bodø tilpasset seg de nye kvalitetskravene i «Et trygt fødetilbud» fra 2010.

Vi er 9 overleger som jobber i 8 delt turnus i døgkontinuerlig tilstedevakt. Vi har 7 LIS hjemler, alle stillingene er besatt og vi har god rekruttering. Utfordringen er å holde orden på hvilke vikarer som vikarierer for vikarene ...

Fødeavdelingen

Fødeavdelingen har over flere år hatt et stabilt fødselstall på like i overkant av 1000 fødsler. Omtrent 200 av disse er selekterte høyrisikofødsler fra de øvrige sykehusene i Nordland. Seleksjon gjøres etter anbefalinger fra Fagrådet i Helse Nord.

« Kvinneklubben i Bodø er en av tre fødeinstitusjoner ved Nordlandssykehuset HF. Avdelingen er organisert i Kvinne-Barn Klinikken sammen med fødeavdelingen i Stokmarknes, fødestuen i Lofoten og Barneavdelingen i Bodø »

Fra høsten 2014 ble det besluttet at de ekstremt premature under svangerskapsuke 26 skulle selekteres til UNN-Tromsø. Ved truende prematur fødsel mellom svangerskapsuke 22+5-26+0 blir disse pasientene overflyttet til UNN-Tromsø. De som ikke er forløst før svangerskaps uke 26 blir tilbakeført til Bodø. Ordningen har fungert bra og det har så langt ikke vært noen transportfødsler eller øvrige uheldige hendelse av endret praksis.

I 2015 hadde vi en sectiofrekvens på 12,3 % og 9,2 % operative vaginale forløsninger. Tangfrekvensen er på vei opp ettersom vi har flere overleger som har vært i gruppe- I tjeneste i Bergen. Det må nevnes at perinealriftstatistikken som omtales senere ikke skyldes økt bruk av tang.

Avdelingen har systematisk over tid jobbet for å holde sectiofrekvensen lav og har spesielt jobbet for å redusere antall elektive sectio hvor man



En typisk 8.mars feiring på morgenmøtet...



Operere må man, til tross for utsikten... Stine Andreassen, Anne Martha Stokke, Heidi F Sivertsen og opr sykepleier Turid Schjem.

« Fødeavdelingen har over flere år hatt et stabilt fødselstall på like i overkant av 1000 fødsler. Omtrent 200 av disse er selekterte høyrisikofødende fra de øvrige sykehusene i Nordland. Seleksjon gjøres etter anbefalinger fra Fagrådet i Helse Nord »

ikke finner klar medisinsk indikasjon. Man forsøker også å holde en induksjonspraksis som er i tråd med Nasjonale anbefalinger, og prøver å unngå induksjoner uten god medisinsk indikasjon. Dette er selvsagt en utfordring i det vi får selektert risikopasienter fra øvrige institusjoner, og det er viktig at prosedyrer og retningslinjer er godt kjente og implementert både i egen stab og hos de som selekterer pasientene.

I 2015 var flere leger og jordmødre med i «Gjennombruddsprosjektet» i regi av Norsk Gynekologisk Forening/Legeforeningen. Dette var en svært positiv opplevelse for de som deltok, og vi har senere startet med et nytt forbedringsprosjekt, da vi i 2015 dessverre hadde en sterk økning i antall perinealrifter. Målet i 2015 var på 1,5 % rifter grad III og IV, men vi endte på 2,8 %! Et forbedringsprosjekt ble startet høsten 2015, og målet er nå 1 % rifter. I henhold til forbedringsprosjekter skal man ha «hårete mål».... Vi var oppe i 60 dager mellom to rifter, men dessverre er dette tallet på vei ned. Vi jobber fortsatt med å holde FOKUS, alt i forbedringsprosjektets ånd.

Gynekologisk avdeling.

Vår gynekologiske avdeling har de siste årene gradvis blitt mindre. Per i dag har vi bare tre gynekologiske senger lokalisert ved gastrokirurgisk avdeling. Årsaken til dette er planlagt vridning til økende dagkirurgisk aktivitet, samt en generell nedgang i antall operative inngrep. I november 2014 flyttet operasjonsenheten og dagkirurgisk enhet inn i nytt sykehusbygg.

Utsikten mot Vestfjorden og Lofoten ble dessverre borte i flyttingen, men utsikten fra dagens operasjonsstue er fortsatt flott. Nå kan man se mot øst og mot Børvassindene- de som er lokalkjente vet at dette er viktig, en nesten fullgod erstatning.

I 2015 gjorde vi 625 operative inngrep, 412 ved hovedoperasjonen og 213 ved dagkirurgisk enhet. Avdelingen gjør nesten utelukkende laparoskopiske abdominalinngrep. Vi opererer det meste, men i henhold til funksjonsfordelingen i Helse Nord skal kreftpasienter som krever gynekologisk onkologisk kompetanse henvises til UNN-Tromsø, samt til DNR for vulvakirurgi/sarkomer. Kreftpasientene tas opp i MDT møter ved UNN etter innføring av Pakkeforløp i 2014. Adjuvant kjemoterapi foregår lokalt.

LIS legene deltar på rundt 90 % av alle kirurgiske inngrep. Man har ikke sett noen endring i dette prosenttallet etter «Gi kniven videre». På grunn av god operasjonskapasitet har vi i 2015 operert ca. 20 pasienter fra UNN-Tromsø da man har dårlig operasjonskapasitet der grunnet ombygging. Dette samarbeidet har fungert utmerket. Vi har fortsatt god operasjonskapasitet og tar gjerne imot gjestepasienter!

Poliklinisk virksomhet

Ved Kvinneklinnikkens poliklinikk gjøres det rundt 7000 polikliniske konsultasjoner pr år. Også poliklinikken fikk nye permanente lokaler etter flytting til nytt sykehus høsten 2014.



Vaktrapport. LIS legene Anne Martha Stokke, Nora Sneffellå og avdelingens "grand old man" Lars Næss.



Morgendagens gynekologer; Nina Nordahl, Renate Torstensen og Nora Sneffellå.

Her gjøres det 70-90 koniseringer pr år og ca. 20 diagnostiske hysteroskopier. Poliklinikken har egen uroterapeut og to jordmødre.

Forskning og fagutvikling

Overlege Stine Andreassen disputerte oktober -15 innen fødselshjelp og overlege Bjørn Holdø er i gang med et doktorgradsløp på et Nordnorsk materiale innen inkontinenskirurgi ved Universitetet i Tromsø. Det gjøres mye kvalitetssikring og små forbedringsprosjekter, og avdelingen har fagsykepleier ved gynekologisk avdeling og fagjordmor ved fødeavdelingen.

Avdelingen har også lektor/amanuensis brøk-stillinger da man har både 5.og 6.års studenter fra Universitetet i Tromsø. Studentene velger tidlig i studiet hvorvidt de ønsker å ta 5.og 6.året ved Nordlandssykehuset i Bodø. Også avsluttende eksamen avholdes lokalt av de universitetsansatte.

I henhold til «Et trygt fødetilbud» drives fagutvikling av LIS, overleger og jordmødre. Man har ukentlige lege-jordmor møter om STAN/CTG, daglig gjennomgang av CTG/dokumentasjon og logging, halvårslige akutt-dager for leger og jordmødre, samt regelmessige simulasjonstrening både i obstetrikk og nyfødt resuscitering. Det avholdes også tverrfaglige møter med barnelegene og patologene hver måned om felles pasienter.

LIS legene har fordypningstid avsatt i tjenesteplanen, og også overlegene har avsatt kontortid/faglig fordypning i tjenesteplanen.

Kvalitet, trygghet og respekt

Kvalitet, trygghet og respekt er Nordlandssykehusets visjon. Når man tar disse begrepene ned på avdelingsnivå forsøker vi å holde høy kvalitet på vårt faglige arbeid. Vi er opptatt av å følge anbefalingene i de Nasjonale veilederne og Fagrådet i Helse Nord, og bruker aktivt de Nasjonale Kvalitetsindikatorerne som et styringsverktøy i vårt daglige arbeid.

Vi er opptatt av åpenhet, det å lære av sine feil, dele positive og negative opplevelser, gjennomgå avvik og avvikshåndtering, og resultater av tilsynssaker/NPE saker til felles læring. Fokus er alltid på pasienten og pasientbehandlingen.

Trygghet og respekt gjelder ikke bare pasientene, men også kollegiet. Vi forsøker gjennom «kulturelle lunsjer», blåturer, fjellturer, og de særdeles viktige bowlingkveldene å bedre samholdet og øke både tryggheten og respekten for hverandre. Alle bursdagsbarn får flagg og sang samt et legendarisk musikalsk innslag. 8.mars blir også årlig markert, og i år fikk alle damene røde roser av den ene av de to mannlige overlegene, samt 4 utskremte (!?) mannlige medisinerstudenter (se eget bilde).

Framtiden

Nord-Norge vil fortsatt ha behov for to Kvinneklinnikker. Vi opplever god rekruttering til faget her i Bodø og LIS legene er engstelige for å ikke få jobb etter endt spesialisering. Det er langt dette landet og det meste ligger som kjent i nord.

Utfordringen Norge Rundt gis videre til SIV-Sentralsykehuset i Vestfold ved avdelingsoverlege Per Olav Dale.



Avdelingstur til Finnkonnakken, høsten 2015. Bjørn Holdø, Renate Torstensen, Nina Nordahl, Frida Andræ, Hege Isaksen, Heidi F.Sivertsen, Kristin Skogøy og Katrine R. Nakstad.

Gynekologen anbefaler bøker med varierende grad av fagleg relevans

Denne gangen: En unge leges opptegnelser

Av Irina Eide

Vending ad modum Döderlein.

Det er hundre år siden den unge nyutdannede legen Mikhail Bulgakov (1891–1940) begynte som distriktslege på en russisk avsidesliggende landsbygd. Hans erfaringer de første årene som lege resulterte i en novellesamling «En unge leges opptegnelser» (1). Disse novellene er like spennende å lese i dag som på 20-tallet da de ble utgitt for første gang.

I novellene forteller den 24 år gamle doktor Bomgard oss om sin hverdag på landsbygda som den eneste legen i hele distriktet. Han tar imot 100 pasienter daglig og må behandle alt fra halsbetennelser til alvorlige skader. Han åpner abscesser, utfører tracheotomier og amputasjoner, behandler brokk og syfilis, trekker ut tenner og stiller vanskelige diagnoser. Og han har ingen eldre kollegaer å råde seg med.

Til sin skrekk og gru må han selvsagt ta seg av kompliserte fødsler uten å ha noe erfaring med normale forløsninger. Men her er det hjelp å få fra de to flinke jordmødre Pelageja Ivanovna og Anna Nikolaevna. «Tverrleie», - hjelper Anna Nikolaevna med diagnose. «Tverrleie... siden det er tverrleie, må jeg... må jeg...». «Vending på fot» mumler Anna Nikolaevna. Men hvordan skal man vende på fot, hvis man kun ha lest om det i lærebøker?

Mens feltskjæreren Demian Lukitsj gjør klar for kloroform-narkose, løper Bomgard på kontoret og leser febrilsk i Döderlein's «Operativ fødselshjelp». Men han blir ikke mye klokere og roligere av å lese i Döderlein om det farlige inngrepet. Allikevel går alt bra til slutt ved hjelp av Pelageja Ivanovna og Anna Nikolaevna, - frisk mor og friskt barn! Flaks må man ha når man er ung og uerfaren.

Ja, mye har skjedd på de 100 årene siden Dr. Bomgard hadde gjort sine første medisinske erfaringer på den russiske avsidesliggende landsbygda! Men vi kan kjenne oss igjen i den unge doktors kvaler



Mikhail Afanasyevich Bulgakov (1891–1940), russisk forfatter.



Framsiden på boken:
En unge leges opptegnelser.

og triumfer. Og de faglige, etiske og mellommenneskelige forhold som kommer frem i boka er like aktuelle den dag i dag som for 100 år siden. Dr. Bomgard er mesterlig skapt av Bulgakov. Han fremstår som en levende person, - selvironisk, skeptisk, både litt kynisk og barmhjertig.

Mikhail Bulgakov avsluttet sin medisinske karriere i 1919 til fordel for forfatterskap. I sin leve-tid har han skrevet flere fantastiske bøker og er mest kjent for kultromanen Mesteren og Margarita.

Litteratur:

1. Mikhail Bulgakov. En unge leges opptegnelser. Oversatt av Per Joachim Lund. Oslo: Bokvennen, 2013. ISBN: 9788274883819



GYN 75 1.0 01/2016/A-NO

Discover New Horizons in Hysteroscopy

Combine the reusable hysteroscopic IBS® shaver with the innovative fluid management system Hysteromat E.A.S.I.®

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstraße 8, 78532 Tuttlingen/Germany
KARL STORZ ENDOSKOPI NORGE AS, Østensjøveien 15B, 0661 Oslo/Norway
www.karlstorz.com



EN ANNEN BEHANDLINGSMETODE FOR OVERAKTIV BLÆRE¹

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

Les alltid preparatomtalen før du forskriver Betmiga, særlig forsiktighetsregler og interaksjoner. Betmiga er kontraindisert hos pasienter med alvorlig ukontrollert hypertensjon, $\geq 180/110$ mm Hg.



Referanser: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013)283–295. 2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395. 3. Betmiga Produktresumé 03.2016 §4.3, §5.1

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning.

Betmiga. Urolisk spasmolytikum. ATC-nr.: G04B D12. **DEPOTTABLETTER, 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 begrensede 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 CYP 3A-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.

Administrering: Tas 1 gang daglig. Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele med væske. Skal ikke tygges. 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 behandling, spesielt hos hypertensive pasienter. Det foreligger begrensede 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 IC 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 digoksin-dosen 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: Kvalme/ forstoppelse, diaré. Hjerter/kar: Takykardi. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Nevrologiske sykdommer: Hodopine, svimmelhet. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerter/kar: Palpitasjon, atrieflimmer. Hud: Urticaria, utslett inkl. makuløst og papuløst, pruritus. Infeksjoner: Vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnsganer/bryst: Vulvovaginal pruritus. Muskel-skjelettsystemet: Hovne ledd. **Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk, forhøyet γ -GT, forhøyet ASAT, forhøyet ALAT. Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $<1/10000$):** Gastrointestinale: Leppeødem. Hud: Leukocytoklastisk vaskulitt, purpura, angioødem. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Øye: Øyelokksødem. **Svært sjeldne ($<1/10000$):** Hjerter/kar: Hypertensiv krise I. Ukjent frekvens: Psykiske: Insomni.
¹ Observert 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. 19.04.2016): 25 mg:** 30 stk. (blister) 372,10 kr; 90 stk. (blister) 1031,30 kr; 50 mg: 30 stk. (blister) 372,10 kr; 90 stk. (blister) 1031,30 kr; 90 stk. (flaske) 1031,30 kr. **Reseptgruppe: C. Refusjon: Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode: ICPC: U04 Urininkontinens (CD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens) Vikår:** Ingen spesifisert. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V.

Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 03.2016.
Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma.