

# Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

3 • 2016



**ÅRSMØTEUTGAVEN 2016**  
Lillestrøm 26. - 28. oktober

**Program årsmøte** s. 15

**Generalforsamling** s. 21

**Abstract** s. 26



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.

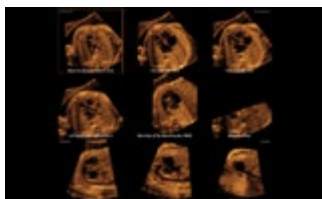


## RASK OG TIDSBESPARENDE

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



## 5D Heart



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

Fosterhjerneundersøkelse med 5D Heart

## 5D NT



Ved hjelp av ett enkelt volumopptak finner ultralydapparatet automatisk det midsagittale snittet og utfører måling av NT. Dette gjør at undersøkelsen er mindre operatørvhengig.

NT-målinger med 5D NT

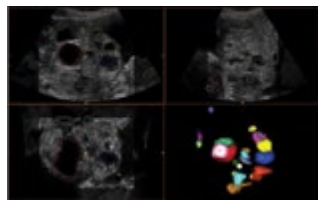
## Vidvinklet transvaginal probe



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

Livmor og eggstokk

## 5D Follicle



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

Follikelmålinger med 5D follicle

**INTER-MEDICAL AS**  
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG ULTRASOUND

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



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

# Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

## Ansvarlig redaktør

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

## Redaksjonsmedlemmer

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

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

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

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

# INNHold

REDAKTØR ..... 5

LEDER ..... 7

## ÅRSMØTE 2016

Velkommen til Lillestrøm ..... 11  
Program formøter ..... 12  
Program årsmøtet ..... 15  
Plakater, Obstetikk og Gynekologi ..... 19  
Presentasjon av styret ..... 20  
Generalforsamling NGF 2016 ..... 21  
Vedtekter ..... 21  
NGF utvalg og komiteer høst 2016 ..... 22

ABSTRACT ..... 26-40

POSTERE ..... 42-53

## ÅRSRAPPORTER

Årsmelding NGF 2015 ..... 54  
Revisor beretning 2015 ..... 56  
Regnskap NGF 2015 ..... 58  
Årsrapport NFOG 2015-2016 ..... 60  
Årsberetning 2014/2015, NFGO ..... 62  
Årsrapport 2015 NFOG vitenskapelige komite ..... 63  
Årsrapport 2015 Spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer ..... 64  
Årsmelding Endoskopiutvalget 2016 ..... 65  
Årsrapporter 2015 Kvalitetsutvalget ..... 65  
Årsrapporter 2015 NPE komiteen ..... 65  
Årsrapport 2015 NGER ..... 66  
Årsrapport Referansegruppe i Fosterovervåking 2015 ..... 67  
Årsberetning fra EBCOG og EBCOG kongress i Bergen i 2020! ..... 68

## FUGO

Leder ..... 70  
FUGO formøte ..... 71  
Årsrapport 2015 ..... 72

NORGE RUNDT ..... 76

## UTDANNING, KURS OG MØTER

Regionsmøte våren 2016: TeVeBu ..... 80



## GYNEKOLOGEN

- er et uavhengig tidsskrift.

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

Forsidefoto: Hammering man, skulptur Johathan Borofsky, foto: D. Valberg (flickr).



# Misodel™

## MISOPROSTOL VAGINAL INSERT



- 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 obstetikk på sykehus med tilgjengelig utstyr for kontinuerlig føtal og uterin overvåking. Cervix skal undersøkes nøye før bruk. Uterin aktivitet og føtal tilstand overvåkes nøye etter 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 bøvelig. 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 arveav fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. hjerteformet livmor). Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie. Tegn eller symptomer på 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 intravasculær koagulasjon (DIC) post-partum er beskrevet ved indusert 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, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Kontraindisert før uke 36 i svangerskapet. **Amming:** Misoprostolsyre utskilles i kolostrum og i morsmelk (peroral administrering), men bør ikke hindre amming. Ingen negative effekter sett hos diende spedbarn. **Fertilitet:** Ikke relevant. **Bivirkninger:** **Vanlige** (≥1/100 til <1/10): Hjerte/kar: Føtal hjerterytmesykdom (føtale hjerterytmeforstyrrelser, føtal bradykardi, føtal takykardi, fravær av normal variasjon av ukjent årsak, nedsatt føtal hjerterytme, føtal hjerterytmedeselerasjon, tidlige eller sene deselerasjoner, variable deselerasjoner, forlengede deselerasjoner). Svangerskap: Unormal fødsel som påvirker fosteret (uterin takysystole eller uterin hypertonus med føtal hjerterytmesykdom). Mekonium i fostervann. Unormale uteruskontraksjoner (uterin takysystole). **Mindre vanlige** (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Hud: Utslett. Kjønnsganer/bryst: Genitalkløve. Luftveier: Neonatal respirasjonsdepresjon, neonatal åndenødssyndrom, forbigående takypné hos nyfødte. Nevrologiske: Neonatal hypoksisk-iskemisk encefalopati. Svangerskap: Blødning antepartum, føtal acidose, blødning postpartum, prematur morkakeløsning, uterin hypertonus, uterin ruptur. **Undersøkelser:** Lav Apgar-score, forhøyet blodtrykk hos mor. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen erfaring. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk prostaglandin E1 (PGE1)-analog. **Virkningsmekanisme:** Forårsaker modning av cervix og uterine kontraksjoner. **Absorpsjon:** Kun misoprostolsyre påvises i plasma. Cmax: 45,8 pg/ml. Median Tmax: 4 timer. **Proteinbinding:** Misoprostolsyre <90% i serum (avhengig av terapeutisk dose). **Halveringstid:** Median terminal T1/2 (etter uttak): Ca. 40 minutter. **Metabolisme:** Raskt til aktiv metabolitt, misoprostolsyre, som metaboliseres videre til inaktive dinor- og tetranorsyre metabolitter. **Utskillelse:** Renal for dinor- og tetranorsyre metabolitter. **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





« Med Gynekologen under armen er du klar for årsmøtet 2016. Jeg har for lengst begynt å glede meg. Vi sees i Lillestrøm! »

## Ytring

Jeg var i september ute med en kronikk på nrk Ytrings nettside (<https://www.nrk.no/ytring/intimkirurgi-er-uetisk-1.13133935>). Den dreide seg om kosmetisk underlivskirurgi. Min påstand er at slike inngrep er uetiske fordi de er med på å skape et skjønnhetsideal for kjønnslepper - et ideal ingen er tjent med.

Du har sikkert truffet henne. Hun er frisk og velorganisert, har gjerne fast partner og kan ha født barn. Nå plages hun konstant av hvordan de indre kjønnsleppene ser ut. Alt er normalt (ofte mindre enn gjennomsnitt) ved GU. Men kvinnen lider og trenger din forståelse. Det vil være enkelt å tilby operasjonen hun ønsker.

Som en anorektiker som føler seg feit, har disse damene utviklet angst og avsky knyttet til eget underliv. Tilstanden kalles Body Dysmorphic Disorder. (*BDD is an anxiety disorder that causes a person to have a distorted view of how they look and to spend a lot of time worrying about their appearance. Kilde NHS.uk*). Min erfaring er at de som ønsker kjønnsleppereduksjon ofte har en grad av denne lidelsen. Og det er ingen sammenheng mellom kjønnsleppenes utseende og hvem som ønsker operasjon. Det vet alle gynekologer!

Så hva er problemet med å fikse litt? Kosmetisk kirurgi har vært med på å skape uoppnåelige idealer for flere kroppsdeler, som bryst. Det er et ansvar dette fagfeltet må ta. Uten silikon blir man aldri brystfager nok, plastikkirurgen blir uunnværlig - og rik.

Underlivet er intimt og knyttet til våre dypeste følelser og lyster. Derfor er vi spesielt sårbare dersom det oppstår skjønnhetsidealene for kjønnnet. Hvor pen kan en vulva egentlig bli? Det kommer an på øyet som ser. Vulva er hårete, rynkete, krøllete og pigmentert. Det er normalt og det må folk få lov til å like, akkurat som det er. Vi som har sett mange underliv bør være med å formidle at ingen trenger å pynte på kjønnsleppenes utseende. Gynekologiske tilstander skal selvsagt behandles, men skam og et dårlig selvbilde bedres neppe ved bruk av skalpell.

I desember sendes dokumentaren «*Underlivsperfeksjon*» på nrk, så gynekologer - følg med!

Jeg håper denne og flere, kanskje viktigere diskusjoner føres videre under Årsmøtet 26. – 28. oktober. I år er det driftige kollegaer ved Ahus som står for det sosiale arrangementet. Vi kan lese om dem i vår faste spalte Norge Rundt. Du finner dessuten et faglig program fullspekket av godbiter. Bladet inneholder årsrapporter fra NGFs viktige utvalg og komiteer. Og så blir det generalforsamling, ta en titt på innkallingen og meld fra til styret dersom noe bør tas opp.

Med Gynekologen under armen er du klar for årsmøtet 2016. Jeg har for lengst begynt å glede meg. Vi sees i Lillestrøm!

Vennlig hilsen  
Agnethe Lund

# Effektiv egenbehandling AV KONDYLOMER<sup>1,2</sup>



5% krem  
**Aldara**<sup>™</sup>  
Imiquimod

## C Aldara «Meda»

Immunstimulerende middel

ATC-nr.: D06B B10

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

Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Trethet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/lymf: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Abdominal smerte, diaré, oppkast, rektal forstyrrelse, rektal tenesmus. Hjerter/kar: Rødming. Hud: Kløe, dermatitt, follikulitt, erytematøst utslett, eksem, utslett, økt svetting, urticaria. Infeksiøse: Herpes simplex, genital candidiasis, vaginitt, bakteriell infeksjon, soppinfeksjon, øvre luftveisinfeksjon, vulvitt. Kjønsorganer/bryst: Genital smerte (menn), penisforstyrrelser, dyspareuni, erektil dysfunksjon, uterovaginal prolaps, vaginalsmerte, atrofisk vaginitt, vulvoforstyrrelser. Luftveier: Faryngitt, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, ryggmerter. Nevrologiske: Parestesi, svimmelhet, migrène, desighet. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øre: Tinnitus. Øvrige: Pyreksi, influensalignende symptomer, smerte, asteni, malaise, rigor. **Overflattisk basalellekreft:** Svært vanlige (≥1/10): Hud: Pruritus på påføringsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymf: Lymfadenopati. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerter, brennende følelse, irritasjon, blødning, erytem, papula, parestezi, utslett. Infeksiøse: Infeksjon, pustula. Muskel-skjelettsystemet: Ryggmerter. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, munntørrhet. Hud: Dermatitt, reaksjoner på påføringsstedet: usondning, inflammasjon, ødem, skorpddannelse, hudnedbryting, vesikler, hevelse. Psykiske: Irritabilitet. Øvrige: Influensalignende symptomer, desighet. **Aktinisk keratose:** Svært vanlige (≥1/10): Hud: Pruritus på påføringsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerter, brennende følelse, irritasjon, reaksjon, erytem. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter, ledssmerter. Nevrologiske: Hodepine. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øvrige: Trethet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/lymf: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Diaré. Hud: Aktinisk keratose, erytem, ødem i ansikt, hudsår, reaksjoner på påføringsstedet: dermatitt, blødning, hyperestesi, ødem, papula, parestezi, skorpddannelse, ar, vesikler, varmefølelse, hevelse, sår. Infeksiøse: Infeksjon, pustula, rhinitt, influensa. Luftveier: Neseforstoppelse, faryngolaryngeale smerter. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremitetene. Psykiske: Depresjon. Øye: Irritasjon av konjunktiva, ødem på øyelokk. Øvrige: Pyreksi, asteni, rigor, ubehag, inflammasjon. **Alle indikasjoner: Ukjent frekvens:** Blod/lymf: Nedsett nivå av hemoglobin, hvite blodceller, nøytrofille granulocytter og blodplatter, forhøyet nivå av leverenzymer. Hud: Lokal hypo- og hyperpigmentering, erytema multifforme, Stevens Johnsons-syndrom, kutan lupus erythematosus. Øvrige: Håravfall, forverring av autoimmun sykdom. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. minimal percutan absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan gi alvorlige lokale hudreaksjoner. Kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber kan forekomme etter utilsiktet oralt inntak av 200 mg. Hypotensjon har forekommet etter inntak av >200 mg. Blottrykk kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjonens anbefalinger D06B B10. **Egenskaper: Virkningsmekanisme:** Modifiserer immunrespons. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor på responderende immunceller. Har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er det vist effektiv mot virusinfeksjoner. Virker som et anti-tumorstoff prinsipielt ved å induere alfa-interferon og andre cytokiner. **Absorpsjon:** <0,9%. **Utskillelse:** Hurtig via urin ca. 66% og feces ca. 33%. **Pakninger og priser:** 5%, 12 x 0,25 g (dosepose), kr 719,70.

Sist endret: 01.07.2015.

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

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

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

### Vilkår:

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

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



## Kjære medlemmer!

Med høsten kommer budsjettprosessen for de av oss som har lederposisjoner i avdelinger og klinikker. Jeg er tilhenger av et finansieringssystem der effektiv drift honoreres. Men hver gang vi skal gjøre opp avdelingens aktivitet og legge budsjettet for kommende år, kommer DRG-systemets svakheter tydelig til syne. Vi vet at økonomiske insentiver virker i helsevesenet. Man skulle jo da tro at helseforvaltningen sørget for at DRG-systemet, i tillegg til å honorere sykehusenes aktivitet, gir insentiver som fremmer kvalitet og kostnadseffektivitet i behandlingstilbudet. Men dessverre har vi innen vårt fagfelt flere eksempler på det motsatte.

Vi vet for eksempel at dagkirurgi er et godt behandlingstilbud til mange kvinner med gynekologiske tilstander som krever operativ behandling. Undersøkelser viser at dagkirurgisk behandling er samfunnsøkonomisk gunstig, trygt ved mindre og middels omfattende operasjoner og at pasienttilfredsheten er høy. Om vi legger inn en kvinne over natten etter en operasjon i stedet for å behandle dagkirurgisk, koster det oss realiteten lite. Vi har jo uansett døgnåpne avdelinger for å ta oss av andre inneliggende pasienter og pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. I 2016 genererer en laparoskopi hos en frisk kvinne med en gynekologisk tilstand 1.294 DRG (54.453 kr), mens det samme inngrepet utført dagkirurgisk gir 0.431 DRG (18.137 kr). Dette til tross for at *"Helse og omsorgs-departementet ønsker at ISF i større grad skal stimulere til bruk av dagkirurgi der dette er hensiktsmessig"* (Regelverk for Inntektsstyrt finansiering 2016).

Leger og annet helsepersonell skal selvfølgelig ikke ta DRG-inntekt med i vurderingen når man bestemmer hvilken behandling som vil være best for pasienten. Vi skal hele tiden sørge for høyest

### Styret i Norsk gynekologisk forening 2016-2017

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

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

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

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

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

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

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

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

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

mulig kvalitet i behandlingen, og det er jeg trygg på at vi gjør. Men om ledelsen ved avdelingen ønsker å bedre behandlingstilbudet ved å øke andelen dagkirurgi, vil dette "straffe" seg i form av mindre DRG-inntekter og røde tall på bunnlønnen. Et dårlig økonomisk resultat har negative konsekvenser for avdelingen, for eksempel i form av redusert mulighet til investeringer. Med årlige krav om effektivisering av driften i tillegg, det vil si større DRG-produksjon uten å øke utgiftene, sier det seg selv at insentivene påvirker utviklingen av behandlingstilbudet. Det vil derfor være svært krevende for en avdeling å planlegge økt dagkirurgisk drift, selv om det er fordelaktig både for pasienten og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Om HOD virkelig ønsker å stimulere til økt dagkirurgi, burde de etter min mening fjerne de dagkirurgiske takstene. Da ville det være lønnsomt for avdelingene å øke andelen dagkirurgi, og planlagte tiltak for økt effektivitet ville samsvare med økt kvalitet.

Høst betyr heldigvis også at NGF sitt årsmøte nærmer seg. Styret i NGF og den lokale komiteen på AHUS har sørget for at alt ligger til rette for et interessant og spennende årsmøte, både faglig og sosialt. Dere finner all informasjon om årsmøte i denne "Årsmøteutgaven" av Gynekologen.

Jeg håper, og ser frem til, å møte en stor del av foreningens medlemmer på Thon Arena Lillestrøm 26.-28. oktober.

**Påmeldingen er åpen, meld deg på! Vi ses i Lillestrøm!**

Vennlig hilsen  
*Marit Lieng, Leder, NGF*



GEDEON RICHTER



# FORANDRER LIVET TIL KVINNER MED MYOMER

## ESMYA® KAN GI:

- Signifikant og vedvarende reduksjon av myomstørrelsen.<sup>1-3</sup>
- Hurtig og vedvarende blødningskontroll.<sup>\*1,2,4</sup>
- Effekten på symptomene vedvarer i intervallene mellom behandlingsperiodene.<sup>3</sup>

### Referenser:

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

\* Innen 7 dager.

ESM-SEP16-NO-16054:1

**esmya® 5mg**  
Ulipristalacetat



**Esmya «Gedeon Richter» Progesteronreseptormodulator.** ATC-nr.: G03X B02. **TABLETTER 5 mg:** Hver tablett inneholder 5 mg hjelpestoffer. **Reseptgruppe:** C. **Indikasjoner:** Preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos voksne kvinner i fertil alder. Intermitterende behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos voksne kvinner i fertil alder. **Dosering: Voksne:** 1 tablett 1 gang daglig i behandlingsregimer på inntil 3 måneder hver. Behandlingene skal startes når menstruasjon har inntruffet. Det 1. behandlingsregimet skal startes i den første uken av menstruasjonen. Etterfølgende behandlingsregimer skal starte tidligst under den 1. uken av den andre menstruasjonen etter at det forrige behandlingsregimet er fullført. Behandlende lege skal fortelle pasienten om behovet for behandlingsfrie perioder. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 8 intermitterende behandlingsregimer. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering anbefalt ved lett nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering anbefalt ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Bruk anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. **Barn og ungdom:** Ikke relevant for bruk. Sikkerhet og effekt kun fastslått for kvinner >18 år. **Administrering:** Skal svelges med vann. Kan tas med eller uten mat, men grapefrukt/grapefruktjuice skal unngås. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Graviditet og amming. Genital blødning av ukjent etiologi eller av andre årsaker enn uterusmyomer. Kreft i livmor, livmorkals, 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 behandlingdagene. Hvis de kraftige blødningene vedvarer, må pasienten underrette lege. Menstruasjonen vender normalt tilbake innen 4 uker etter hvert avsluttet behandlingsregime. Hvis, under gjentatt intermitterende behandling, etter den innledende reduksjonen av blødning eller amenoré, det oppstår et endret vedvarende eller uventet blødningsmønster, som intermenstruell blødning, bør det utføres en undersøkelse av endometrium, herunder endometriebiopsi, for å utelukke andre underliggende tilstander, deriblant endometriell malignitet. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 4 intermitterende behandlingsregimer. Nedsatt nyrefunksjon forventes ikke å signifikant endre eliminasjonen av ulipristalacetat. Pga. manglende spesifikke studier anbefales ikke ulipristalacetat ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Det foreligger ingen terapeutisk erfaring med ulipristalacetat ved nedsatt leverfunksjon. Nedsatt leverfunksjon er forventet å endre eliminasjonen av ulipristalacetat og føre til økt eksponering. Dette anses ikke å være klinisk relevant ved lett nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Bruk ved alvorlig astma som ikke kontrolleres tilstrekkelig med perorale glukokortikoider, anbefales ikke. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ulipristalacetat har en steroidstruktur og fungerer som en selektiv progesteronreseptormodulator med hovedsakelig hemmende effekter på progesteronreseptoren. Hormonelle prevensjonsmidler og progestagener vil derfor trolig føre til redusert effekt av ulipristalacetat grunnet en konkurrerende virkning på progesteronreseptoren. Samtidig administrering av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Etter administrering av den potente CYP3A4-hemmeren ketokonazol (400 mg 1 gang daglig i 7 dager) til friske frivillige, øker C<sub>max</sub> og AUC for ulipristalacetat hhv. 2 og 5,9 ganger; AUC for aktiv metabolitt av ulipristalacetat øker 2,4 ganger, mens C<sub>max</sub> for aktiv metabolitt reduseres (0,53 gangers endring). Ingen dosejusteringer anses å være nødvendige ved administrering til pasienter som samtidig får milde CYP3A4-hemmere. Samtidig

administrering av moderate (f.eks. erytromycin, grapefruktjuice, verapamil) eller potente (f.eks. ketokonazol, ritonavir, nefazodon, itraconazol, telitromycin, klaritromycin) CYP3A4-hemmere anbefales ikke. Administrering av den potente CYP3A4-induktoren rifampicin (300 mg 2 ganger daglig i 9 dager) til friske frivillige reduserer betydelig C<sub>max</sub> og AUC for ulipristalacetat og dens aktive metabolitt med 90% eller mer, og reduserer halveringstiden til ulipristalacetat 2,2 ganger (tilsvarende en ca. 10 gangers reduksjon av eksponering for ulipristalacetat). Samtidig bruk av potente CYP3A4-induktører (f.eks. rifampicin, rifabutin, karbamazepin, okskarbazepin, fenytoin, fosfenytoin, fenobarbital, primidon, johannesurt, efavirenz, nevirapin, langvarig bruk av ritonavir), anbefales ikke. Ulipristalacetat kan forstyrre virkningen til hormonelle prevensjonsmidler (rent progestagen, progestagenfrisettende antikonsepsjon (spiral) eller kombinasjonspiller) og progestagen administrert av andre årsaker. Samtidig administrering av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Legemidler som inneholder progestagen skal ikke tas innen 12 dager etter seponert behandling med ulipristalacetat. In vitro-data indikerer at ulipristalacetat kan være hemmer av P-gp ved klinisk relevante konsentrasjoner i den gastrointestinale veggen under absorpsjon. Samtidig administrering av ulipristalacetat og et P-gp-substrat er ikke undersøkt, og interaksjon kan ikke utelukkes. Resultater in vivo viser at ulipristalacetat (administrert som 1 enkel 10 mg tablett) 1,5 time før administrering av P-gp-substratet feksufenadin (60 mg) ikke har noen kliniske relevante effekter på farmakokinetikken til feksufenadin. Det anbefales derfor at samtidig administrering av ulipristalacetat og P-gp-substrater (f.eks. dabigatranetiksilat, digoksin, feksufenadin) utføres med minst 1,5 timers mellomrom. **Graviditet, amming og fertilitet:** Se Kontraindikasjoner. **Graviditet:** Kontraindisert under graviditet. **Amming:** Ulipristalacetat og dens aktive mono-N-demetylerede metabolitt utskilles i brystmelk med et gjennomsnittlig AUC, melk:plasma-forhold på 0,74±0,32 for ulipristalacetat. Effekten på nyfødte/spedbarn er ikke undersøkt. Risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. Kontraindisert under amming. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Kjønnsganer/bryst: Amenoré, endometriehyperplasi. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smerter i abdomen, kvalme. Hud: Akne. Kjønnsganer/bryst: Hetetokter, bekkenmerter, ovariecyste, ømhet/smerter i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i muskler og skjelett. Nevrologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. Øre: Vertigo. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Munntørrhet, konstipasjon. Hud: Alopeci, hyperhidrose, tørr hud. Kjønnsganer/bryst: Metroragi, genital utflod, ubehag i brystene, uterin blødning. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter. Nevrologiske: Svimmelhet. Nyre/urinveier: Urininkontinens. Psykiske: Angst, emosjonell forstyrrelse. Undersøkelser: Forhøyede blodtriglyserider, forhøyet blodkolesterol. Øvrige: Asteni, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Dyspepsi, flatulens. Kjønnsganer/bryst: Oppsvulmede bryster, ruptert ovariecyste. Luftveier: Epistakse. **Overdosering/Forgiftning:** Begrenset erfaring med overdosering. Enkelt doser på opptil 200 mg og døgndoser på 50 mg i 10 etterfølgende dager ble administrert til et begrenset antall personer, og ingen alvorlige bivirkninger ble rapportert. Se Giftinformasjonens anbefalinger for ulipristalacetat G03A D02. **Egenskaper: Klassifisering:** Peroralt aktiv syntetisk progesteronreseptormodulator som karakteriseres av en vevsspesifikk delvis progesteronantagonisteffekt. **Absorpsjon:** T<sub>max</sub>: Median på 0,75 timer. **Proteinbinding:** Bindes i høy grad (>98%) til plasmaproteiner, inkl. albumin, alfa-l-syre-glykoprotein, lipoprotein med høy tetthet og lipoprotein med lav tetthet. **Halveringstid:** Terminal halveringstid i plasma etter en enkelt dose på 5 eller 10 mg er beregnet til ca. 38 timer, med en gjennomsnittlig peroral clearance (Cl/F) på ca. 100 liter/time. **Metabolisme:** Omdannes til mono-N-demetylerede og deretter di-N-demetylerede metabolitter, hovedsakelig via CYP3A4. **Utskilning:** Hovedsakelig via feces, <10% via urin. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser (05.2016):** 28 stk.<sup>1</sup> (blister) kr 1408,20. **Refusjon:** <sup>1</sup> **G03X B02.1 Ulipristal.** Refusjonsberettiget bruk: Preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos voksne kvinner i fertil alder.

Refusjonskode:

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

Vilkår: Ingen spesifisert.

Preparatomtale ble sist oppdatert: 01/04/2016



"Sagbladet", Elvebredden Kunstpark. Foto: D. Valberg.

# Kjære kollega!

Det er en stor glede å ønske velkommen til Lillestrøm og NGFs årsmøte 26.-28. oktober 2016! Lokal arrangementskomité takker styret for tilliten.

Møtet finner sted på Hotel Arena som ligger sentralt i byen, rett ved Norges Varemesse. Tradisjonen tro vil FUGO arrangere forkurs som i år henter lokal kompetanse fra Bekkensenteret på Ahus. Det blir også ulike formøter og et forseminar dagen før det braker løs. Styret og medlemmer som vil bidra har sørget for et svært spennende program. Dessuten får vi friske innslag, lokal underholdning og morgentrim for de som ønsker en guidet joggetur før dagens input.

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

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

Hilsen lokal arrangementskomité  
Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus



Hilsen fra den lokale arrangementskomité.

# Program formøter -NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

26. oktober kl. 17.30-19.00

## Norsk Gynekologisk Endoskopiutvalg

Komplikasjoner ved hysteroskopi

Presentasjon av kliniske case v/Renate Torstensen, LIS, NLSH Bodø  
Årsaker og mulig risikoreduserende tiltak v/Kirsten Hald, overlege OUS

## Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

Møteleder: Kathrine Woie

- 17.30-17.35 Velkommen ved møteleder  
17.35-17.45 Kvalmestillende, *Bjørn Augdal, SOBI*  
17.50-18.20 HPV i primær screening, *Ameli Trope, Kreftregisteret*  
18.25-18.55 Nye anbefalinger for rutineoppfølging etter behandling for CIN,  
*Rita Steen, Radiumhospitalet, OUS*

## Norsk urogynekologisk gruppe (NUGG )

- 17.30-18.00 *Hjalmar Schiøtz, Tønsberg*  
Botoxinstillasjon i blæren med EMDA for OAB – en pilotstudie.  
Diskusjon om mulig multisenterstudie.
- 18.00-18.30 *Ingrid Volløyhaug, St.Olav*  
Hva skjer med bekkenbunn, inkontinens og descens 20 år etter fødsel?  
Presentasjon av doktorgradsarbeidet.
- 18.30-18.40 *Ole Aleksander Dyrkorn, Bærum/UiO*  
Kort gjennomgang av Pregnant-prosjektet, status pr. i dag samt gjennomgang av eventuelle praktiske spørsmål vedrørende datainnsamling.
- 18.40-18.45 *Anny Spydslaug, OUS*  
Anbudsrunde inkontinensslynger i Helse Sørøst
- 18.45-19.00 Komplikasjonskvarter:  
En glad kasustikk fra Tønsberg. En lei kasustikk fra Kristiansand.



## NGF Lederforum

Møteleder: Pernille Schønsby

- 17.30-17.35 Velkommen ved møteleder
- 17.35-18.25 Ledelse i Gyn/Obst - Fryd eller Forbandelse?  
*Charlotte Wilken-Jensen, klinikkleder, Hvidovre Hospital, Danmark*
- 18.25-18.55 Diskusjon
- 18.55-19.00 Avslutning ved *Marit Lieng, leder NGF/avd. leder, Gynekologisk avdeling, OUS*

## Lokalkomite for årsmøtet (LOK) – møtet er åpent for alle

Møteleder: Anne Eskild. Kvinneklinikken, AHUS

Tema: Langvarig gestagenbruk - historien om langvarig østrogenbruk om igjen? Hva vet vi om bivirkninger av langvarig ensidig gestagenbruk som prevensjonsmetode.

- 17.30-17.35 Velkommen ved møteleder
- 17.35-17.50 Nesten 40 prosent av kvinnene som tar abort, har tatt abort før og/eller brukte prevensjon da de ble gravid. Hva slags prevensjon brukte de? Og hva vet vi om sikkerhet?  
*Ellen Marie Strøm-Roum. PhD/overlege Kvinneklinikken, AHUS.*
- 17.50-18.05 Bruk av gestagen prevensjon i Norge. *Finn Egil Skjeldestad, Professor. ISM, UiT Norges arktiske universitetet, Tromsø*
- 18.05-18.20 Gestagen og risiko for beinskjørhet. *Elisabeth Krefting Bjelland. Postdoc Kvinneklinikken, AHUS.*
- 18.20-18.40 Gestagen og risiko for hjertekarsykdom. *Åsle-Marit Ullern. Privatpraktiserende spesialist, Oslo.*
- 18.40-19.00 Gestagen og risiko for brystkreft. *Giske Ursin, Direktør, Kreftregisteret.*

## Praktiserende spesialisters landsforening (PSL)

Sen og tidlig ultralyd i første trimester, v/Harm-Gerdt Blaas.  
Svangerskap, fedme og metabolske tilstander, v/Prof. Tore Henriksen.

Astellas Pharma  
ønsker velkommen til lunchsymposium  
på NGF årsmøte 2016

**Torsdag 27 oktober kl. 11:45 – 12:45**  
på Thon Hotel Arena Lillestrøm

## *Management of Refractory OAB*

### *Oestrogens and Lower urinary tract dysfunction*

**Dudley Robinson** MD FRCOG,

Consultant Urogynaecologist  
Honorary Senior Lecturer  
Kings College Hospital, London



# PROGRAM NGF ÅRSMØTE

Lillestrøm 26. - 28. oktober 2016



## Onsdag 26.10

17.30-19.00: **Formøter** (se s.12 - 13).

- Internasjonal kvinnehelse.
- Norsk Urogynkologisk gruppe.
- FUGO.
- 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.** Kl 19.30 i Stjernesalen, Lillestrøm kultursenter.

## Torsdag 27.10

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

11.00-11.45 **FRIE FOREDRAG • NR. 1 / GYNEKOLOGI**

**01 TANDBERG A ET AL:** Tvillinginsidens i Norge i perioden 1988-2014 med fokus på assistert befruktning.

**02 BJELLMO S ET AL:** Forløsning av seteleie- en risikofaktor for cerebral parese?

**03 HELANDER CH ET AL:** Lavrisikofødsler – fra normalt til unormalt på grunn av fødselshjelperen?

**04 DØGL M ET AL:** Elective induction in norway -frequency, characteristics and outcome.

11.45-12.45 **LUNSJ-SYMPIOSIUM**

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

**G1 MAJIDA M:** Justerbar mini-slynge (ajust) i forhold til konvensjonelle midt-urethral slynger hos kvinner med urininkontinens.

**G2 TENNFJORD ET AL:** Effekt av bekkenbunnstrening for vaginale symptomer og seksuell dysfunksjon- sekundære analyser av en randomisert kontrollert studie.

**G3 TORSTENSEN ET AL:** Gasseboli under hysteroskopisk kirurgi.

**G4 VOLLØYHAUG I ET AL:** Analsphincterskader 15-24 år etter fødsel: - diagnostikk med transperineal ultralyd og assosiasjon til forløsningsmetode og avføringslekkasje.

**G5 RAKOVAN ET AL:** Norsk gynekologisk endoskopiregister i perioden 2013-2016.

**G6 BJELLAND EK ET AL:** Does progestin-only contraceptive use affect recovery of pelvic girdle pain? A prospective population study.

Program fortsetter på neste side ▶





Foto: D. Valberg.

**G7 JOHANSEN N ET AL:** Hormonbehandling etter risiko-reduserende salpingo-ooforektomi: blir retningslinjene fulgt?

**G8 BOHLIN ET AL:** Laparoskopisk kirurgi hos premenopausale kvinner med benigne adnex oppfylninger i Norge i 2013-2016.

**G9 BERNER ET AL:** Implementering og evaluering av en ny kirurgisk metode: hysteroskopisk morselling for fjerning av polypper, myomer og graviditetsrester.

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 Chandharan, 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".
- Niels Ulbjerg, Professor, University of Aarhus: "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

Program fortsetter på side 18 ►



# PHARMEX AS ØNSKER VELKOMMEN TIL LUNSJ-SYMPOSIUM

Fredag 28. oktober kl 11.45 – 12.45

Møterom: Romerike

Lær mer om hvordan fysisk blokkerende (anti-adhesion) polysakkarider kan benyttes som et alternativ til antibiotika og antimykotika ved profylakse og behandling av BV og vaginal candidiasis.

## The importance of a healthy human microbiota

- Dis-balances of the human microbiota.  
*Effects, symptoms and dangers*
- Anti-adhesion as an innovative approach to correct and restore the human microbiota

### Speaker:

**Paul Kwakman**, PhD, Director R&D and Clinical Trials,  
BioClin BV, Delft, The Netherlands



**Multi-Gyn ActiGel**  
Behandler og forebygger  
bakteriell vaginose



**Multi-Gyn FloraPlus**  
Behandler og forebygger  
soppinfeksjon i skjeden



**MultiGyn LiquiGel**  
Hormonfri gel som mot-  
virker tørrhet i skjeden

## Fredag 28.10

09.00-10.30: **Graviditet, fødsel og utvikling av bekkenbunn-dysfunksjon / 3x30 min.**

- *Maria Gyhagen, Overlege, PhD, Sahlgrenska Universitetssjukuset, Gøteborg:* «Effekt av graviditet og fødsel på utvikling av bekkenbunn-dysfunksjon- 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

11.00-11.45: **FRIE FOREDRAG • NR. 3 / POSTERE****G10 VISTAD I ET AL:** Oppfølging etter gynekologisk kreftbehandling tid for revisjon?**G11 TROVIK ET AL:** Endometriecancerkirugi sent i uken er assosiert med dårligere overlevelse.**G12 MELTZER-GUNNES ET AL:** Vulvakarsinom i Norge. Insidens, behandling og overlevelse fra 1961-2010.**G13 THORSNES ET AL:** Postmenopausal blødning. Et årsmateriale fra 2013, St. Olavs hospital, Trondheim.11.45-12.45: **LUNSJ-SYMPOSIUM**12.45-14.30: **Frie foredrag • NR. 4 / POSTERE****05 RAJKUMAR ET AL:** Changes in body proportions and composition from pre-conception to early pregnancy.**06 STRØM-ROUM ET AL:** Fødselsvekt og placentavekt er mye høyere i svangerskap med diabetes type-1 sammenlignet med svangerskap med gestasjonsdiabetes.**07 LARSEN ET AL:** Har maternell røyking betydning for placentavekt? En populasjonsstudie av 688 171 enlingsvangerskap i Norge.**08 TANBO ET AL:** Maternal concentrations of human chorionic gonadotropin (hCG) in very early IVF pregnancies and duration of pregnancy.**09 SANDE AK ET AL:** Predisponerende faktorer for tidlig og sen preeklampsi.**010 DYPVIK J ET AL:** Placentavekt og risiko for spedbarnsdød.**011 TAPPERT ET AL:** Systematiske kvalitetsforbedringsprosjekter ved fødeavdelingen på St. Olavs hospital – metodikken, prosjekter og follow up av resultater.**012 SKORVE ET AL:** Keisersnittfrekvens for Robson gruppe 1 ved kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus 2008 – 2013.**013 KESSLER ET AL:** Terminhullet kan også predikere termin – en populasjonsbasert evaluering av metoden.

14.30-15.00: PAUSE

15.00-16.30: **Laparoskopi**

- *Klaus Oddenes, Overlege, Haugesund sykehus:* «Primum non Nocere; Komplikasjoner ved gynekologisk endoskopi» (30 min).
- *Goderstad, Langebrekke, Moen og Kirste:* «Den komplekse pasient i moderne gynekologi-En paneldebatt ved Norsk Gynekologisk Endoskopiutvalg» (40-45 min).
- *Andreas Putz, Overlege og leder for NGER, Sykehuset i Vestfold.* Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER)-Rapporteket: «What's in it for you?» (10-15 min).

16.30-16.45: AVSLUTNING

# Plakater

## Obstetrikk og Gynekologi

<b>P1</b>	Schiøtz HA et al	Botoxinstillasjon i blæren med emda for oab – en pilotstudie.
<b>P2</b>	Holdø et al	Langtidsresultater ved retropubisk tensjonsfri vaginal tape (tv) sammenlignet med kolposuspensio a.m. burch.
<b>P3</b>	Skrøppa S et al	Komplikasjoner ved total laparoskopisk hysterektomi med data fra norsk gynekologisk endoskopiregister i perioden 2013-2015
<b>P4</b>	Kirschner R et al	Meldeordningens læringsnotat om svangerskap, fødsel og barselperiode
<b>P5</b>	Siafarikas et al	Pelvic pain and dyspareunia in women with and without major levator ani muscle defects.
<b>P6</b>	Størksen et al	Laparoskopisk sacrocolpopexi ved kvinneklinikken i bergen 2012-2016.
<b>P7</b>	Vangen et al	Nordic collaborative study group of maternal deaths.
<b>P8</b>	Eskild et al	Stor placenta – en biologisk respons til hypoksi?
<b>P9</b>	Trovik et al	Prealbumin er en markør på ernæringsmessig risiko ved hyperemesis gravidarum.
<b>P10</b>	Trovik et al	For lite, for sent? antiemetikabehandling hos kvinner hospitalisert med hyperemesis gravidarum; en retrospektiv 10 års kohort.
<b>P11</b>	Trovik et al	Forekomst og operativ behandling av gynekologiske fistler i Norge 2008-2014; en nasjonal sykehuskohort.
<b>P12</b>	Omtvedt M et al	Tønsbergmodellen: Laparoskopautdanning i praksis.
<b>P13</b>	Rossen et al	Mors alder, epidural analgesi og oxytocin stimulering som risikofaktorer for keisersnitt hos førstegangsfødende.
<b>P14</b>	Volløyhaug I et al	POP-Q er en bedre diagnostisk metode enn tomografisk transperineal ultralyd ved symptomer på descens hos kvinner fra normalbefolkningen.
<b>P15</b>	Kalstad S et al	Firefly-pilot (future of near-infrared encephalic fetal monitoring during labor and delivery).
<b>P16</b>	Rozsa D et al	Transperineal kontrastultralyd i utredning av midtkompartiment prolaps.
<b>P17</b>	Putz A et al	Kombinert ureter – og blæreskade ved gynekologisk laparoskopi – en kasuistikk.
<b>P18</b>	Putz A et al	Standardisert retroperitoneal disseksjon av ureter og proximale arteria uterina ved avansert total laparoskopisk hysterektomi kasus.
<b>P20</b>	Tellum T et al	Gjennomførbarhet og sikkerhet av transvaginal biopsitaking av adenomyose for forskningsformål.
<b>P21</b>	Grytten et al	Does the use of diagnostic technology reduce foetal mortality? Evidence from the introduction of ultrasound and CTG in Norway.
<b>P22</b>	Trent et al	Invasiv placenta.
<b>P23</b>	Sun et al	Evaluering av ctg tolking, med eller uten st-analyse.
<b>P24</b>	Majida M et al	Urininkontinens kirurgi ved bruk av ajust slynge: 5 års oppfølgings resultater.

# Presentasjon av styret

Vi tar for gitt at NGF styret er viden kjent for sitt utrettelige arbeid i foreningen. Men for de som ikke klarer å skille Lieng fra Andreassen, er en presentasjon på sin plass. Styremedlemmene har selv valgt undertekster, finn en hipster...



Styret i NGF i Helsinki juni 2016, i midten en fornøyd Oskari Heikinheimo, leder av lokal org. komite NFOG. Nils Halvdan Morken er ikke tilstede. Nr. 4 fra venstre er Mette Løkeland, web ansvarlig i NGF.



### Marit Lieng.

Leder NGF, avdelingsleder Gynekologisk avdeling, OUS, Professor UiO, president NSGE (Nordic Society of Gynaecological Endoscopy)



### Stine Andreassen.

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



### Nils-Halvdan Morken.

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



### Arild Kloster Jensen.

Kasserer NGF, PSL/avtalespesialist i Arendal.



### Ingrid Volløyhaug.

Overlege PhD, St Olavs Hospital



### Malin Dögl

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



# Generalforsamling NGF 2016

Saksliste NGFs generalforsamling Lillestrøm torsdag 27.10.16 kl 17.00 -18.30

## Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere.

Minnestund

- Årsmelding 2015
- Regnskap 2015
- Revidert budsjett 2016
- Budsjett 2017
- Fastsettelse av ekstrakontigent
- Årsrapporter: Kvalitetsutvalget, Endoskopiutvalget,
- Fosterovervåkningsgruppen, Spesialitetskomiteen, NFGO, FUGO, NPE-utvalget,
- NFOG vitenskapelig komite m.fl.
- Saker fremlagt av styret:
  1. NGF styret foreslår endringer i Vedtekter/ statutter for Norsk gynekologisk forenings solidaritetsfond for kvinnehelse (se vedlegg, punkt 2, 5 og 8).
  2. NGF styret anbefaler at det årlige NGF vårmøtet avvikles.
- Saker fremlagt av medlemmene:
  - Den nye spesialiststrukturen er et viktig fagpolitisk tema. Hvordan jobber
  - NGF med dette? (Pernille Schønby)
- Valg:
  - Valgkomite
  - Medlem kvalitetsutvalget
- Årsmøtested 2018

Oslo 01.09.16

Marit Lieng, leder NGF

## Vedtekter/

statutter for Norsk gynekologisk forenings solidaritetsfond for kvinnehelse.

Fondet bygger sin kapital på ekstrakontigent fra medlemmene. Størrelse på denne kontingenten må fastsettes årlig på foreningens generalforsamling.

### NGF's styre fungerer som tildelingskomite.

1. Medlemmer av Norsk gynekologisk forening kan søke om midler fra fondet.
2. Søknadsfrist er 01.05. hvert år. Foreslås endret til 15.08.
3. Fondet deler ut midler i forbindelse med NGF's årsmøte.
4. Det kan hvert år deles ut inntil 50 000 kr. Utover dette kan tidligere ubenyttede midler utdeles.
5. "Søknader må inneholde et budsjett der plan for anvendelse av tildelte midler fremgår".
6. Tildelte midler skal benyttes i løpet av påfølgende år.
7. Fondet er ikke et reisefond.
8. Rapport etter bruk av tildelte midler publiseres i Gynekologen.
9. Fondet skal tilgodese søknader som fremmer kvinnehelse i et globalt perspektiv.
10. Det kan søkes om midler til opplæringsprogram, teknisk og medisinsk utstyr osv.
11. Det kan søkes midler til kollegiale nettverk i lav- og mellominntektsland.
12. Søknader knyttet til store hjelpeorganisasjoner prioriteres ikke.

# Oversikt over NGF utvalg og komiteer høst 2016

## Fosterovervåkning:

Branka Yli (leder)  
Jørg Kessler  
Marit Martinussen  
Thomas Hahn

## FUGO:

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

## Kvalitetsutvalget:

Jørg Kesler  
Heidi Frostad Sivertsen  
Anne Cecilie Hallqvist  
Kathrine Woie

## Gynekologen:

Agnethe Lund (redaktør)  
Renee Waage  
Irina Eide  
Ragnar Sande  
Magne Halvorsen

## Nettredaksjonen:

Mette Løkeland

## Endoskopiutvalget:

Klaus A Oddenes (leder)  
Stine Andreasen  
Guri B Majak  
Jeanne Mette Goderstad  
Jostein Tjugum  
Tiril Tingleff (FUGO)

## NPE-komiteen:

Pål Øian  
Bjørn Hagen  
Runar Eraker

## Spesialitetskomiteen:

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

## NFGO:

Kathrine Woie (leder)  
Rita Steen  
Anne Beate Vereide  
Anne Dørum  
Jostein Tjugum  
Bent Fiane  
Marit Sundset  
Ingrid Volløyhaug (NGF)  
Bjørn Hagen (vara)  
Martin Lindblad (vara)  
Torbjørn Paulsen (vara)  
Line Bjørge (vara)  
Kurt Sachse (vara)

## EBCOG:

Knut Hordnes  
Arild Kloster-jensen  
Rolf Kirschner (EXEC)

## NFOG:

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

## FIGO:

Margit Steinholt (EXEC)

## Anatomikursus 2016

### Practical information

#### Course fee

2.000 DKK/270 EUR for each participant.  
Food as mentioned in the programme is included.

- Early booking is advised, as the course is limited to 18 people.

#### Registration

Contact Clinical Research Nurse Malene Kjærgaard Larsen

- Telephone: +45 78 45 34 17
- E-mail [Malelars@rm.dk](mailto:Malelars@rm.dk) (please register before the 14<sup>th</sup> of October).

#### Course faculty

Susanne Axelsen, MD, PhD, Consultant Gynecology, Associate professor  
Karl Møller Bek, MD, PhD, Consultant Gynecology  
Marianne Glavind-Kristensen, MD, PhD, Consultant Gynecology  
Susanne Greisen, MD, PhD, Consultant Gynecology  
Rikke Guldberg Sørensen, MD, Consultant Gynecology

- Department of Gynaecology and Obstetrics  
Aarhus University Hospital  
Palle Juul-Jensens Boulevard 99  
DK- 8200 Aarhus N

Peter Holm-Nielsen, Associate professor

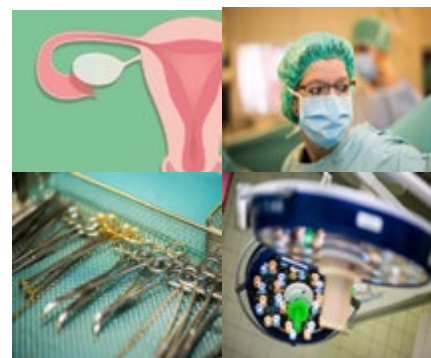
- Department of Biomedicine

#### Homepages

[Aarhus University Hospital](#)  
[Department of Biomedicine](#)

#### Maps

[Building map Aarhus University Hospital](#)  
[Building map Aarhus University](#)



### 8<sup>th</sup> Nordic Prolapse Surgery Workshop 2016 Aarhus University/Aarhus University Hospital 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> of December 2016

Department of Biomedicine,  
Aarhus University  
Wilhelm Meyers Allé 3, Building 1231, 8000DK-Aarhus C  
and  
Clinic of Urogynecology,  
Aarhus University Hospital  
Palle Juul-Jensens Boulevard 99, Entrance 10,  
8200 DK-Aarhus N



98117055 LAP 92 1.0 06/2015 PP-E  
**spies**<sup>®</sup>

# IMAGE1 SPIES™ – As Individual as your Requirements

- Rigid endoscopy
- Flexible endoscopy
- 3D endoscopy
- Fluorescence imaging

**STORZ**  
KARL STORZ – ENDOSKOPE  
THE DIAMOND STANDARD

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

**Indikasjoner:** Antikonseptjon i opptil 3 år.

**Dosering:** Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonssdag. Har effekt i opptil 3 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjonssyklusen. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Insetting 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 insetting og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter insetting, 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:** Insetting anbefales utført av leger/helsepersonell med erfaring i insetting av intrauterine innlegg og/eller har gjennomgått opplæring i insettingsprosedyren for Jaydess. Steril pakning åpnes umiddelbart før insetting. Skal ikke steriliseres på nytt. Håndteres aseptisk. Til engangsbruk. Skal ikke brukes dersom blisteret er skadet eller åpnet. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelser/insetting.

**Kontraindikasjoner:** Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitalier. Akutt cervisitt eller vaginitt. Post partum endometriitt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasia inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progesterogensensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal vaginalblødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer som kan påvirke insetting 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 insetting 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 cervicalutstryk. 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 insetting bør følges nøye. Det bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig insettingsteknikk. Insetting 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 insetting 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 uteblitte menstruasjoner eller dersom kvinner med amenoré får blødninger. 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 blødningsvarighet 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 menstruasjon ikke inntreffer innen 6 uker etter siste påbegynte menstruasjon. Graviditetstest trenger ikke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom ikke andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftige 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 insetting 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 insetting 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 insetting, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende endometriitt 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 insetting, selv om dette kanskje ikke oppdages før senere. Dette kan redusere effekten. Ved problemer ved insetting og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under eller etter insetting, bør passende tiltak umiddelbart igangsettes for å forhindre perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Slike innlegg må tas ut, og kirurgi kan være nødvendig. Amning ved insetting og insetting <36 uker etter fødsel gir økt risiko for perforasjon. Risiko kan også være økt ved fiksert retrovertert uterus. Dersom uttakstrådene ikke er synlige i cervix ved oppfølgingsundersøkelse, må oppdaget utstøting og graviditet utelukkes. Trådene kan ha blitt trukket inn i uterus eller cervikalkanalen, og kan bli synlige igjen ved neste menstruasjon. Dersom graviditet er 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 ovasjon, vanlig follikkelutvikling, frigjøring av oocytter og follikkelatresi hos fertile kvinner. Ibland forsinkes follikkelatresien, og follikkelutviklingen kan fortsette. Disse forstørrede folliklene kan ikke skiller 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 asymptotiske, 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-enzymene, kan øke metabolismen av levonorgestrel og gi økt clearance av kjønnshormoner. Hemmere av enzymene 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 insetting er trygt under følgende forhold: Statisk magnetfelt på ≤3 Tesla, maks. magnetisk felt 720 Gauss/cm ut fra romgradient. Med 15 minutters skanning under slike forhold, øker temperaturen med maks. 1,8°C på insettingsstedet. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuelt område er i akkurat samme område eller i nærheten av innlegget.

**Graviditet, amning 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 levonorgestrelkonsentrasjon, bør mulig viriliserende effekt på jentefostre tas i betraktning. Klinisk erfaring er begrenset. Kvinnen bør informeres om at det ikke er vist fosterskader ved fortsatt graviditet med innlegget på plass. For ektopisk graviditet, se Forsiktighetsregler. Amning: 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. Kjønnsgener/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyster på eggstokkene, vulvovaginitt. Neurologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopeci. Kjønnsgener/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystsmerte/ubehag, utstøting av innlegg (helt eller delvis), utflod fra skjeden. Neurologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Hirsutisme. Sjeldne (≥1/1000 til <1/10000): Kjønnsgener/bryst: Perforasjon av uterus (ved amning ved insetting og insetting <36 uker etter fødsel er frekvensen «mindre vanlig»). Følgende er sett ved insetting/uttak: Smerter og/eller blødninger, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved insetting. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partneren kan kjenne uttakstrådene 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 time. 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 spermene å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og eggledere hemmer spermieaktivitet og -funksjon og forhindrer befruktning. Risiko for graviditet ca. 0,4% 1. år, kumulativ risiko ca. 0,9% etter 3 år. Absorpsjon: T<sub>max</sub> 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 plasmaclearance 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<sup>®</sup> ▼

13,5 MG INTRAUTERINE DELIVERY SYSTEM  
LEVONORGESTREL



# HUSK PREVENSJON

... eller glem det

MEG JAYDESS TRENGER IKKE KVINNEN 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.

# FRIE FOREDRAG • NR. 1

## Gyneologi

### G1 JUSTERBAR MINI-SLYNGE (AJUST) I FORHOLD TIL KONVENSJONELLE MIDT-URETHRAL SLYNGER HOS KVINNER MED URININKONTINENS. EN MULTISENTER RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE

Martin Rudnicki<sup>1</sup>, Katarina von Bothmer-Ostling<sup>4</sup>, Anja Holstad<sup>5</sup>, Claes Magnusson<sup>3</sup>, Memona Majida<sup>2</sup>, Constanze Merkel<sup>6</sup>, Jens Prien<sup>7</sup>, Ulf Jakobsson<sup>8</sup> and Pia Teleman<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Odense University Hospital, Odense, Denmark; <sup>2</sup>Dept of Obstetrics and Gynecology, Ahus University Hospital, Oslo, Norway; <sup>3</sup>Dept of Obstetrics and Gynecology, Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden; <sup>4</sup>Dept. Of Obstetrics and Gynecology, Halmstad Hospital, Halmstad, Sweden; <sup>5</sup>Dept. of Obstetrics and Gynecology, Gjøvik Hospital, Gjøvik, Norway; <sup>6</sup>Dept. Of Obstetrics and Gynecology, Frederikshavn Hospital, Denmark; <sup>7</sup>Dept of Obstetrics and Gynecology, Sjælland Hospital, Nykøbing Falster, Denmark; <sup>8</sup>Center for Primary Healthcare Research, Faculty of Medicine, University of Lund, Lund, Sweden; <sup>9</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Skane University Hospital, Lund University, Lund, Sweden

**Bakgrunn.** Å sammenligne de objektive og subjektive resultater og kortsiktige komplikasjoner av en justerbar enkelt snitt mini-slynge (SIMS) av AJUST versus standard mellom urethral slynger (SMUS).

**Design.** En multisenter prospektiv randomisert studie.

**Innstilling.** Åtte sentre i Danmark, Norge og Sverige deltok i studien.

**Metode.** Totalt 305 kvinner mindre enn 60 år gammel og bekreftet stressinkontinens ble inkludert. Alle kvinner ble randomisert til SIMS (Ajust<sup>®</sup>, N = 155) eller SMUS (standard mid-urethral slynger, TVT, TVT-O eller TOT, N = 150). Alle kvinnene ble evaluert ved stress test og miksjonsdagbok før og etter operasjonen og symptomer relatert til inkontinens var registrert ved bruk av hjelp av ICIQ-SF, PISQ-12, PGI-S og PGI-I validerte spørreskjema.

**Resultater.** Viktigste utfall: Komplette helbredelse var definert som ingen lekkasje ved stresstest og subjektive helbredelse var definert som ingen lekkasje ved miksjons dagbok eller ingen indikasjon på urinlekkasje ved ICIQ-SF spørreskjema. Videre ble slynge erosjon og dyspareuni registrert. I alt 282 kvinner (141 (91%) i SIMS og 141 (94%) i SMUS gruppene deltok i 1-års oppfølging ble det ikke observert noen forskjell mellom gruppene vedrørende objektive og subjektive utfall.

**Konklusjoner.** Ajust<sup>®</sup> er like effektiv som SMUS i objektive og subjektive målinger. Ajust<sup>®</sup> var assosiert med mindre smerteopplevelse under den postoperative perioden, men dette ble ikke reflektert i et kortere sykehusopphold.

### G2 EFFEKT AV BEKKENBUNNSTRENING FOR VAGINALE SYMPTOMER OG SEKSUELL DYSFUNKSJON-SEKUNDÆRE ANALYSER AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE

Tennfjord MK<sup>1,2</sup>, Hilde G 2, Stær-Jensen J<sup>2</sup>, Siafarikas F,<sup>2,3</sup> Engh ME<sup>2,3</sup>, Bø K

<sup>1</sup> Norges idrettshøgskole, Seksjon for idrettsmedisinske fag, Oslo, Norge, <sup>2</sup> Akershus Universitetssykehus, Kvinneklivnikken, Lørenskog, Norge, <sup>3</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo, Norge

**Bakgrunn.** Bekkenbunnstrening er førsteleddsbehandling for stressinkontinens og underlivsprolaps. Det er ingen konsensus for behandling av andre vaginale symptomer eller seksuell dysfunksjon hos førstegangsfødende kvinner etter fødsel. Vi ville undersøke om bekkenbunnstrening kan redusere vaginale symptomer og seksuell dysfunksjon hos førstegangsfødende kvinner med og uten stor arvrivningsskade av m. levator ani.

**Metode.** 175 kvinner ble inkludert i en 2 armet blindet randomisert kontrollert studie til henholdsvis trening -og kontrollgruppe som startet 6 uker etter fødsel etter stratifisering på stor arvrivningsskade eller ikke av m. levator ani verifisert ved perineal ultralyd. Alle deltakere ble instruert i riktig bekkenbunnssammentrekning. Treningsgruppen mottok veiledet, ukentlig gruppetrening og gjorde hjemmeøvelser i 16 uker. Kontrollgruppen fikk ingen videre oppfølging. Utfallet var selvrapporterte vaginale symptomer og seksuell dysfunksjon undersøkt med ICIQ-VS (International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire vaginal symptoms

questionnaire) 6 måneder etter fødsel. Resultater ble analysert som intention-to-treat og rapportert som relativ risk.

**Resultater.** Gjennomsnittsalder var 29.8 år (SD 4.1). Det var ingen forskjell mellom trening -og kontrollgruppen i forhold til rapportering av vaginale symptomer og seksuell dysfunksjon eller i antall som hadde samleie 6 måneder etter fødsel. I stratum med stor avrivningsskade på m. levator ani var det i treningsgruppen signifikant færre som følte at skjeden var for slapp sammenlignet med kontrollgruppen, respektive 10/27 (37%) versus 19/28 (67.9%), (RR 0.55, 95%KI 0.31, 0.95, p=0.03).

**Konklusjon.** Resultatene fra denne studien kan brukes som motivasjon for bekkenbunnstrening hos kvinner som har stor avrivningsskade på m. levator ani etter fødsel og som rapporterer symptomer på slapp skjede.

---

## G3 GASSEMBOLI UNDER HYSTEROSKOPISK KIRURGI

Torstensen R<sup>1</sup> Andreasen S<sup>1</sup> Waage-Nilsen E<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken Nordlandssykehuset, Bodø, <sup>2</sup>Anestesiavdelingen Nordlandssykehuset Bodø

**Bakgrunn.** Hysteroskopi er en prosedyre med få rapporterte komplikasjoner. Gassemboli er en sjelden, men potensielt alvorlig komplikasjon som oppstår ved at romluft eller avgasser fra diatermi presses inn i venøs sirkulasjon. På bakgrunn av alvorlige hendelser ved Nordlandssykehuset Bodø som ble meldt Helsetilsynet i 2015 publiserte Helsedirektoratet et læringsnotat om temaet april 2016.

**Metode.** Gjennomgang av tre pasientkasus med alvorlig utfall meldt Helsetilsynet 2015 hvor gassemboli er antatt årsak til hendelsene. Kort beskrivelse av etiologi og patofysiologi ved gassemboli.

**Resultater.** I alle tre tilfeller fikk pasienten akutt fall i O2-metning. Ved et av tilfellene døde pasienten til tross for initial vellykket resuscitering. Ved et tilfelle utviklet pasienten forbigående myokardiskemi og ved siste tilfelle overlevde pasienten, men med alvorlig komplikasjon i form av cerebralt sekvele.

**Konklusjon.** Kunnskap om gassemboli som komplikasjon til hysteroskopiske inngrep er sannsynligvis viktig for å forebygge tilstanden.

---

## G4 ANALSPHINCTERSKADER 15-24 ÅR ETTER FØDSEL: - DIAGNOSTIKK MED TRANSPERINEAL ULTRALYD OG ASSOSIASJON TIL FORLØSNINGSMETODE OG AVFØRINGSLEKKASJE

Volløyhaug I<sup>1,2</sup>, Rodrigo Guzmán Rojas<sup>3</sup>, Siv Mørkved<sup>4</sup>, Kjell Å Salvesen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, St Olavs hospital, Trondheim; <sup>2</sup>Institutt for Laboratoriemedisin, barne og kvinnesykdommer NTNU, Trondheim; <sup>3</sup>Uroginecología, Ginecología y Obstetricia, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile, <sup>4</sup>Institutt for Samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim

**Bakgrunn.** Analsphincterskade rapporteres etter 0,5- 4 % av vaginale fødsler, og operativ vaginalforløsning er en risikofaktor. Analsphincterskade er assosiert med økt risiko for avføringsinkontinens senere i livet. Vi har undersøkt forekomsten av analsphinkterdefekter diagnostisert med 3D tomografisk transperineal ultralyd 15-24 år etter fødsel i relasjon til forløsningsmetode og symptomer på inkontinens.

**Metode.** I 2013-14 gjennomførte vi en tverrsnittstudie der vi undersøkte førstegangs fødende kvinner fra perioden 1990-1997. Kvinnene svarte på et spørreskjema om avføringslekkasje (ja/ nei). De ble undersøkt med 3D tomografisk transperineal ultralyd for diagnose av signifikant skade på indre og ytre analsphincter, definert som  $\geq 30^\circ$  defekt i  $\geq 4$  av 6 plan.

**Resultater.** Totalt 564 kvinner svarte på spørreskjema og ble undersøkt med ultralyd av analsphincter. Kvinner forløst med keisersnitt (n=98) hadde ingen defekt i analsphincter. Etter normal vaginalfødsel (n=202) hadde 10% og 1% skade på ytre og indre sphincter, etter tangforløsning (n=144) 32% og 7%, etter vacuumforløsning (n=120) 15% og 4%. Ved multivariat logistisk regresjon hadde tangforløste høyere forekomst av skade på ytre og indre sphincter enn normalforløste (p<0.01, p=0.01) og vacuumforløste kvinner (p<0.01, p=0.29). Det var ingen forskjell mellom normal- og vacuumforløste (p=0.27, p= 0.08). Av kvinner med skade på ytre sphincter hadde 18% lekkasje for avføring, 29% ved skade på indre sphincter, og 8% uten synlig muskelskade på ultralyd. Skade på ytre og indre sphincter var assosiert med økt risiko for avføringslekkasje (p<0.01, p= 0.02, Fishers Exact test).

**Konklusjon.** Analsphincterskade diagnostisert med 3D tomografisk transperineal ultralyd 15-24 år etter fødsel er assosiert med tangfødsel og avføringslekkasje.

## G5 NORSK GYNEKOLOGISK ENDOSKOPIREGISTER I PERIODEN 2013-2016

Rakovan M, Bohlin T, Putz A, Skrøppa S  
Kvinnekliviken, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

**Bakgrunn.** Registrering i Norsk Gynekologisk Endoskopi Register (NGER) er lovpålagt og obligatorisk for alle laparoskopier og hysteroskopier utført ved gynekologiske avdelinger i Norge. Registeret ble etablert i 2013 og i 2015 ble 38% av alle laparoskopier og hysteroskopier registrert. Registerets mål er å registrere komplikasjoner slik at vi kan forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen. Metode. Alle fullstendig registrerte inngrep fra februar 2013 til juli 2016 er inkludert. Endepunktet er komplikasjonsrater ved laparoskopi og hysteroskopi. Statistikken er hentet fra Rapporteket.

**Resultater.** 28 av landets 41 gynekologiske avdelinger er representert og det er registrert 8647 inngrep i NGER. Fordelingen er 6037 laparoskopier og 2610 hysteroskopier. Postoperativ oppfølging er gjennomført ved 89,7% av laparoskopiene og 90,5% av hysteroskopiene. Det foreligger 3,1% intraoperative komplikasjoner ved laparoskopi og 3,6% ved hysteroskopi. Andelen av reoperasjoner var 1,4% ved laparoskopi og 0,2% ved hysteroskopi. Postoperative komplikasjoner utgjorde 11,5% ved laparoskopi og 3,2% ved hysteroskopi. Postoperative komplikasjoner ved laparoskopi var forårsaket av infeksjon ved 84,8% , blødning 15,6% og organskade 7,6%. Postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi var forårsaket av infeksjon 79,5% , blødning 23,3% og organskade 2,7%. Ved laparoskopi var det 0,8% alvorlige komplikasjoner og ved hysteroskopi 0,1%.

**Konklusjon.** NGER påviser høy postoperativ komplikasjonsrate ved laparoskopi og hysteroskopi i Norge, men det er i hovedsak lite alvorlige komplikasjoner som f. eks. sårinfeksjoner. For å få representative tall for en hel populasjon er det viktig å øke dekningsgraden. Ved bruk av NGER og Rapporteket er det mulig å identifisere mål for å redusere antall komplikasjon og dermed gi bedre pasientbehandling.

## G6 DOES PROGESTIN-ONLY CONTRACEPTIVE USE AFFECT RECOVERY OF PELVIC GIRDLE PAIN? A PROSPECTIVE POPULATION STUDY

Bjelland EK<sup>1,2,3</sup>, Owe KM<sup>4,2</sup>, Nordeng H<sup>2,5</sup>, Engdahl B<sup>3</sup>, Kristiansson P<sup>3</sup>, Vangen S<sup>1,2</sup>, Eberhard-Gran M<sup>1,2,6</sup>

<sup>1</sup>Health Services Research Unit, Akershus University Hospital, Lørenskog; <sup>2</sup>Domain for Mental and Physical Health, Norwegian Institute of Public Health, Oslo; <sup>3</sup>Department of Public Health and Caring Sciences, Uppsala University, Uppsala; <sup>4</sup>Norwegian National Advisory Unit on Women's Health, Oslo University Hospital Rikshospitalet, Oslo; <sup>5</sup>School of Pharmacy, University of Oslo, Oslo; <sup>6</sup>Institute of Clinical Medicine, Campus Ahus, University of Oslo, Lørenskog

**Background.** Although 2-3 percent of all women are severely affected by pelvic girdle pain 1-2 years after childbirth, modifiable factors postpartum have barely been studied. Some clinical reports suggest that use of a progestin intrauterine device may adversely affect the recovery. Therefore, we aimed to study the association between progestin-only contraceptives and persistent pelvic girdle pain 18 months after childbirth.

**Methods.** In this prospective population based study, we included 20,493 participants enrolled in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (2003-2008) and who reported pelvic girdle pain in pregnancy week 30. Data were obtained by three self-administered questionnaires and linked to the Prescription Database of Norway.

**Results.** Based on preliminary results, pelvic girdle pain 18 months after childbirth was reported by 9.7% of women with dispense of progestin-only contraceptives and by 10.5% of women without dispense of progestin-only contraceptives (adjusted odds ratio 0.93; 95% CI 0.84-1.02). In sub-analyses, long exposure to a progestin intrauterine device or progestin-only oral contraceptives was significantly associated with reduced odds of pelvic girdle pain (tests for trend, P=0.021 and P=0.005, respectively). Conversely, long exposure to progestin injections and/or a progestin implant was associated with modest increased odds of pelvic girdle pain (test for trend, P=0.046).

**Conclusions.** Our findings suggest a beneficial effect of long exposure to a progestin intrauterine device or progestin-only oral contraceptives on the recovery of pelvic girdle pain. Yet, we cannot completely rule out an opposing adverse effect of exposure to progestin injections or progestin implants.

## G7 HORMONBEHANDLING ETTER RISIKO REDUSERENDE SALPINGO-OOFOREKTOMI: BLIR RETNINGSLINJENE FULGT?

Johansen N<sup>1,2,3</sup>, Liavaag AH<sup>1,2</sup>, Iversen OE<sup>4,5</sup>, Dørum A<sup>6</sup>, Braaten T<sup>7</sup>, Michelsen TM<sup>2,8,9</sup>

<sup>1</sup>Gyn. Obst. avdeling, Sørlandet sykehus, Arendal; <sup>2</sup>Forskningsenheten, Sørlandet sykehus, Arendal; <sup>3</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo; <sup>4</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen, Bergen; <sup>5</sup>Kvinnelklinikken, Haukeland universitetssykehus, Bergen; <sup>6</sup>Avdeling for gynekologisk kreft Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>7</sup>Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, Tromsø; <sup>8</sup>Fødeavdelingen Rikshospitalet, Kvinnelklinikken, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>9</sup>Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus, Oslo

**Bakgrunn.** Kvinner med BRCA-mutasjon har betydelig høyere risiko for eggstokkreft enn normalbefolkningen. Det anbefalte tiltaket for å hindre eggstokkreft blant disse kvinnene er risikoreduserende salpingo-ooforektomi (RRSO) ved 35–45 års alder. Operasjonen medfører umiddelbar menopause. Hormonbehandling etter RRSO reduserer postmenopausale plager, bedrer seksualfunksjonen og reduserer risiko for hjerte- og karsykdom og osteoporose. Nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefaler derfor hormonbehandling fra RRSO fram til naturlig menopausealder (52,9 år i Norge) for kvinner uten brystkreft. Målet med studien var å undersøke om retningslinjene for hormonbehandling etter RRSO blir fulgt.

**Metode.** Retrospektiv kohortstudie. Deltakerne var 324 kvinner etter RRSO og 11484 postmenopausale kontroller fra den generelle befolkningen, hvor 950 av kontrollene hadde gjennomgått bilateral salpingo-ooforektomi (BSOE). Alle besvarte spørreskjema om hormonbehandling. Vi sammenlignet hormonbruk i RRSO-gruppa med postmenopausale kontroller.

**Resultater.** Blant kvinnene med klar indikasjon for hormonbruk (<53 år uten brystkreft) var det kun 51.7 % i RRSO-gruppa og 48.9 % av BSOE-kontrollene som brukte systemiske hormoner (P = 0.62). Blant hormonbrukerne var andelen østrogenbrukere signifikant lavere i RRSO-gruppa (35.1 %) enn blant BSOE-kontrollene (58.7 %). Blant de postmenopausale kvinnene > 52 år brukte 16.8 % systemiske hormoner i RRSO-gruppa sammenlignet med 38.7 % av BSOE-kontrollene (OR 0.44, CI 0.282, 0.68, justert for brystkreft).

**Konklusjon.** Retningslinjene for hormonbehandling etter RRSO blir ikke fulgt. Kun halvparten av kvinnene med klar indikasjon for hormonbehandling bruker faktisk hormoner etter RRSO. Leger må bli klar over at hormonbehandling både er effektivt og trygt inntil 53 års alder for disse kvinnene, og formidle det tydelig til pasientene.

## G8 LAPAROSKOPIK KIRURGI HOS PREMENOPAUSALE KVINNER MED BENIGNE ADNEX OPPFYLNINGER I NORGE I 2013-2016

Bohlin, T, Rakovan M, Putz A, Skjøppa S  
Kvinnelklinikken, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

**Bakgrunn.** Opptil 10% av kvinner vil bli operert for adnexoppfylninger i løpet av livet. Hos premenopausale kvinner er ca 2% risiko for malignitet og Veileder i generell gynekologi 2015 anbefaler kirurgi med fjerning av så lite normalt vev som mulig for å bevare ovarialreserve. Ved bruk av rådata fra NGER og Rapporteket gjennomgås praksis ved gynekologiske avdelinger i Norge for antatte benigne adnexoppfylninger hos premenopausale kvinner.

**Metode.** NGER er et lovpålagt obligatorisk register for gynekologiske laparoskopiske inngrep. Studien inkluderer fra registeroppstart 13.02.13 - 08.06.16 med totalt 9568 registrerte inngrep. Alle registrerte diagnoser er gjennomgått, og peroperativ diagnose som dekker benigne adnexoppfylninger hos kvinner ≤ 50 år er inkludert – totalt 1864 pasienter. Disse koblet til spesifiserte prosedyrekoder for adnexkirurgi gir 1028 pasienter. Statistikk er utført ved bruk av Excel og SPSS.

**Resultater.** I 2013–2016 er det registrert 1028 premenopausale kvinner operert laparoskopisk for antatt benign adnex oppfylning. 56.4% av premenopausale kvinner med benigne adnex tumores ble operert med organbevarende kirurgi, 38% fikk utført ooforektomi og 5.5% kombinert inngrep. Inndeling i forhold til type inngrep, alder, diagnose, årstall og avdeling vil bli presentert.

**Konklusjon.** 56.4% av premenopausale kvinner med benigne adnex tumores ble operert med organbevarende kirurgi, og det forelå en forventet variasjon i forhold til alder. NGER er et godt verktøy for å sammenlikne hvordan gynekologiske avdelinger forholder seg til nasjonale retningslinjer og økt dekningsgrad vil kunne gi et enda bedre grunnlag for resultater.

## G9 IMPLEMENTERING OG EVALUERING AV EN NY KIRURGISK METODE: HYSTEROSKOPIK MORSELLERING FOR FJERNING AV POLYPPER, MYOMER OG GRAVIDITETSRESTER

Berner E<sup>1</sup>, Thaulow T<sup>1</sup>, Lieng M<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus <sup>2</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**Bakgrunn.** Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus (OUS) utfører hvert år et stort antall operative hysteroskopier. Avdelingen har fra mars 2016 implementert en alternativ kirurgisk teknikk for fjerning av endometriepolypper, myomer og fibrotiske graviditetsrester. Teknikken innebærer bruk av hysteroskopisk morcellator. Målet med studien er å evaluere den nye operasjonsteknikken.

**Metode.** En prospektiv studie for evaluering av implementeringen av Storz' Intrauterine Bigatti Shaver (IBS) ved gynekologisk avdeling OUS. Kvinner med endometriepolypper, myomer (type 0,1 eller 2) eller fibrotiske graviditetsrester er inkludert. Hovedmål med studien er kontrollere pasientsikkerheten ved å registrere komplikasjoner samt gjennomføringsevne (komplett/ufullstendig prosedyre) ved innføring av den nye teknikken. Alle kvinner forsøkt behandlet med IBS ved gynekologisk avdeling OUS fra 1. mars til 30. september 2016 inkluderes.

**Resultater.** Resultatene for de første seks månedene med den nye teknikken vil være klar i tide for presentasjon på Norsk Gynekologisk Forening sitt årsmøte i oktober 2016. Prosedyrene blir presentert med videodemonstrasjoner. Erfaringen med å implementere IBS for det kirurgiske teamet av sykepleiere og operatører blir diskutert.

**Konklusjon.** Hysteroskopisk morscellering har blitt innført som et alternativ til hysteroskopisk reseksjon for fjerning av endometriepolypper, submukøse myomer og fibrotiske graviditetstester.

## G10 OPPFØLGNING ETTER GYNEKOLOGISK KREFTBEHANDLING. TID FOR REVISJON?

Vistad I<sup>1</sup>, Solheim O<sup>2</sup>, Bjørge L<sup>3</sup>, Sachse K<sup>4</sup>, Fiane B<sup>5</sup>, Tjugum J<sup>6</sup>, Skrøppa S<sup>7</sup>, Dørum A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken, Sørlandet sykehus, Kristiansand; <sup>2</sup> Avdeling for gynekologisk kreft, Oslo universitetssykehus Radiumhospitalet, Oslo; <sup>3</sup> CCBIO og Klinisk institutt 2, UiB og Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; <sup>4</sup> Kvinneklivnikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; <sup>5</sup> Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssykehus, Stavanger; <sup>6</sup> Kvinneklivnikken, Helse Førde, Førde; <sup>7</sup> Gyn/obst. Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

**Bakgrunn.** Selv om verdien av kontroller er usikker, følges de fleste pasienter opp i minst fem år etter gynekologisk kreftbehandling. Slik oppfølging er resurskrevende. Det finnes ingen prospektive større studier som har kartlagt tilbakefall av gynekologisk kreft.

Vi har i en prospektiv nasjonal studie systematisk beskrevet det første tilbakefallet etter gynekologisk kreftbehandling.

**Metode.** I tidsrommet 2012-2016 inkluderte 21 norske sykehus til sammen 704 pasienter med tilbakefall av gynekologisk kreft.

Informasjon om symptomer på tilbakefallet, om det ble oppdaget av pasienten selv eller legen, og hvilke undersøkelser som ble utført for å bekrefte tilbakefallet ble registrert.

**Resultater.** De registrerte tilbakefallene fordelte seg slik: Eggstokkreft 58.8%, livmorkreft 31.4% og livmorhalskreft 7.8%. 70% av pasientene fikk diagnostisert sitt første tilbakefall i løpet av to år (eggstokkreft 74% og livmorkreft 64%). Kun 3% av pasientene gikk til kontroller hos fastlegen. De andre ble kontrollert på lokalsykehus (44%), universitetssykehus (35%), privatpraktiserende gynekolog (10%) eller en kombinasjon av flere (8%). Selv om de fleste hadde symptomer når tilbakefallet ble diagnostisert (eggstokkreft 55%, livmorkreft 66% og livmorhalskreft 71%), oppsøkte bare 28%, 50% og 45% av kvinnene med hhv eggstokkreft, livmorkreft og livmorhalskreft lege før planlagt kontroll. Dersom pasienten hadde symptomer, var smerter (52%) og blødning (16%) hyppigst forekommende. De fleste hadde utbredt sykdom når tilbakefallet ble oppdaget (eggstokkreft 98%, livmorkreft 68% og livmorhalskreft 81%).

**Konklusjon.** De fleste tilbakefall etter avsluttet primærbehandling for gynekologisk kreft manifesterer seg i løpet av 2 år med symptomer som pasienten selv kan registrere. Kritisk gjennomgang av nytten ved tradisjonelle etterkontroller er nødvendig.

## G11 ENDOMETRIECANCERKIRUGI SENT I UKEN ER ASSOSIERT MED DÅRLIGERE OVERLEVELSE

Njølstad TS<sup>1,2</sup>, Werner HM<sup>1,2</sup>, Marcickiewicz J<sup>3,4</sup>, Tingulstad S<sup>5</sup>, Staff AC<sup>6</sup>, Oddenes K<sup>7</sup>, Bjørge L<sup>1,2</sup>, Engh ME<sup>8</sup>, Woie K<sup>2</sup>, Tjugum J<sup>9</sup>, Lode<sup>10</sup>, Amant F<sup>11</sup>, Salvesen HB<sup>1,2</sup>, Trovik J<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinisk Insitutt <sup>2</sup>, Universitetet i Bergen; <sup>3</sup>KK, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>4</sup>KK, Sahlgrenska Akademi, Göteborg Universitet, Göteborg, Sverige; <sup>5</sup>KK, Halland's Hospital, Varberg, Sverige; <sup>6</sup>Gynekologisk avdeling, St. Olavs Hospital, Trondheim; <sup>7</sup>Universitetet i Oslo og Kvinne og Barneklivnikken, Ullevål, Oslo Universitetssykehus, Oslo; <sup>8</sup>KK, Haugesund Sykehus, Haugesund; <sup>9</sup>Gynekologisk avdeling, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; <sup>10</sup>KK, Helse-Førde, Førde; <sup>11</sup>Gynekologisk Onkologisk avdeling, Universitetssykehuset Leuven, Leuven, Belgia

**Bakgrunn.** Kirurgi er hjørnesteinen i primæbehandling av endometriecancer; total hysterektomi med bilateral salpingo-ooforektomi og for høyrisikopasienter retroperitoneal lymfeknudedisseksjon og evt. omentektomi. Nyere studier mhp øsofaguscancer har demonstrert dårligere utfall etter kirurgi utført sent i uken. Målet med denne studien har vært å belyse betydning av ukedag operasjon i relasjon til langtidsoverlevelse ved endometriecancer.

**Metode.** 1302 kvinner primæoperert for endometriecancer ble prospektivt rekruttert til MoMaTECstudien (Molecular Markers in Treatment of Endometrial Cancer) fra 10 gynekologiske avdelinger i Norge, Sverige og Belgia.

Ukedag operasjon ble relatert til kliniskpatologiske variabler og pasientoverlevelse. Ukedag kirurgi ble dikotomisert som tidlig-uke (mandag-tirsdag) versus sent-uke (onsdag-fredag) samt evaluert som diskret variabel.

**Resultater.** Justert for alder, BMI, stadium og histologi var sent-uke kirurgi assosiert med en estimert 46.9% økt risiko for død ( $p=0,043$ ). Pasienter med høyt stadium (avansert sykdom) hadde 5-års sykdomsspesifikk overlevelse på 53,0% og 40,7% ved tidlig-uke respektivt sent-uke operasjon ( $p=0,006$ ). Multivariatanalyse for den samme pasientgruppen viste at sent-uke kirurgi korrelerte med økt risiko for sykdomsspesifikk død så vel som død uansett årsak (85,3% og 74,3%,  $p<0,020$ ). Separat analyse for pasienter med mer avansert kirurgi (inkludert lymfadenektomi), opprettholdt den prognostiske effekt av sent-uke operasjon mhp økt risiko for sykdomsspesifikk død og død uansett årsak (HR 2,09 og HR 1,88,  $p<0,006$ ).

**Konklusjon.** Endometriecancerkirurgi utført sent i uken er assosiert med dårligere langtidsoverlevelse. Trenden er mest uttalt hos pasienter med høyt sykdomsstadium og større kirurgisk inngrep. Våre resultater indikerer at kirurgi ved endometriecancer der en mistenker avansert sykdom fortrinnsvis bør utføres tidlig i uken.

## G12 VULVAKARSINOM I NORGE. INSIDENS, BEHANDLING OG OVERLEVELSE FRA 1961-2010

Meltzer-Gunnes CJ<sup>1</sup>, Småstuen MC<sup>2</sup>, Lie AK<sup>3</sup>, Kristensen GB<sup>4</sup>, Vistad I<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand; <sup>2</sup>Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo <sup>3</sup>Avdeling for patologi, Sykehuset Østfold, Fredrikstad; <sup>4</sup>Avdeling for gynekologisk kreft, Det norske Radiumhospital, Oslo

**Bakgrunn.** Vulvacancer er sjelden og det finnes få store, populasjonsbaserte studier. Basert på Kreftregisterets data har vi kartlagt endringer i insidens, alder ved diagnose, behandlingsstrategier og overlevelse av plateepitelkarsinom i vulva over en 50 års periode.

**Metode.** I perioden 1961-2010 ble 2233 tilfeller av plateepitelkarsinom i vulva registrert i Kreftregisteret. Alder, morfologi, utbredelse og behandlingsmodaliteter ble analysert. Relativ overlevelse ble beregnet som ratio mellom observert og forventet overlevelse i bakgrunnspopulasjonen. Cox regresjon ble brukt for å estimere hasard ratio.

**Resultater.** Totalt antall pasienter med plateepitelkarsinom i vulva økte fra 318 til 624 per decennium i perioden 1961-2010. Andelen kvinner < 50 år økte fra 8% til 14% ( $p<0,001$ ). Fra 1971-2010 økte bruken av stråleterapi og kombinasjonsterapi (kirurgi og stråleterapi) fra hhv. 3% til 11% og 6% til 20%. Færre pasienter får i dag kirurgi alene (81% i 1971-80 vs. 61% i 2001-2010). Både alder og sykdomsstadium var uavhengige prognostiske faktorer ( $p<0,001$ ) for overlevelse. Fem års relativ overlevelse økte fra 72% til 83% for kvinner ≤ 60 år, fra 60% til 65% for kvinner mellom 61-80 år og fra 35% til 44% for kvinner ≥ 81 år i løpet av studieperioden. For pasienter med lokalisert og regional sykdom økte fem års relativ overlevelse fra hhv. 72% til 78% og 44% til 49%.

**Konklusjon.** Som observert i andre studier øker forekomsten av plateepitelkarsinom i vulva, også blant yngre kvinner. Behandlingen har blitt mindre radikal og mer individualisert samtidig som den relative overlevelsen har økt.

## G13 POSTMENOPAUSAL BLØDNING. ET ÅRSMATERIALE FRA 2013, ST. OLAVS HOSPITAL, TRONDHEIM

Thorsnes SE<sup>1,2</sup>, Vogt C<sup>1,3</sup>, Moen MH<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Det medisinske fakultet, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, Trondheim; <sup>2</sup>Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim; <sup>3</sup>Avdeling for patologi og medisinsk genetik, St. Olavs Hospital, Trondheim

**Bakgrunn.** Postmenopausal blødning forekommer hos ca 10% av alle kvinner. En velkjent tese er at 'blødning etter menopausen er kreft til det motsatte er bevist'. Kvinnene bør derfor utredes raskt og grundig. Fraksjonert abrasio i narkose var tidligere rutinemessig undersøkelse. Dette inngrepet er i dag avløst av mindre invasive prosedyrer som vaginal ultralyd og endometriediagnostikk med pipelleutstyr. Tidligere studier har vist cancerforekomst på 5-15 %. Hensikten med vår studie var å se på dagens rutiner for utredning og funn hos kvinner med postmenopausal blødning.

**Metode.** Studien var en retrospektiv gjennomgang av journaler fra 111 kvinner som i 2013 ble undersøkt på gynekologisk poliklinikk, St. Olavs Hospital, for postmenopausal blødning (diagnosekode N 95.0). Kvinner under 52 år ble ekskludert da det ofte var vanskelig å fastslå deres menopausealder. Ut fra journalnotater ble følgende parametere registrert: demografi, evt. hormonbruk, utredning og resultat av histologisk undersøkelse.

**Resultater.** Cancer ble påvist hos 11 kvinner (9,9 %). Herav åtte (7,2 %) endometriecancer, to (1,8 %) cervixcancer og én (0,9 %) vulvacancer. Hos syv med endometriecancer var endometrietykkelsen 5 millimeter eller tykkere, hos én ukjent. Det ble ikke påvist endometriecancer hos kvinner under 60 år.

Atrofisk endometrium var vanligste histopatologiske diagnose (40,5 %). Polypper, som alle var benigne, ble påvist hos 10 (9,0 %). Endometriehyperplasi påvist hos 10 (9,0 %), herav hadde fire enkel hyperplasi, fire kompleks hyperplasi og to kompleks hyperplasi med atypi. Totalt 20,7 % brukte hormoner for klimakterielle plager. Hos 24 (21,6 %) ble det foretatt abrasio på grunn av ufullstendig prøvetaking med pipelleutstyr. Øvrige utredning ble utført med vaginal ultralyd (96,4 %), endometriebiopsi med pipelleutstyr (82,0 %), hysteroskopi (22,5 %), væskesonografi (7,2 %) samt biopsi fra cervix, vagina eller vulva (3,6 %).

**Konklusjon.** Ved utredning av postmenopausal blødning har vi i dag utstyr som langt på vei har erstattet fraksjonert abrasio, og i de fleste tilfeller kan undersøkelsene gjennomføres på gynekologisk poliklinikk. Hos 9,9 % ble påvist kreft, herav 7,2 % med endometrie-kreft hvor alle kvinnene var over 60 år. Histologisk funn var ikke relatert til hormonell substitusjonsbehandling.



Foto: Tom A. Kolstad.



"Syklus", Elvebredden Kunstpark. Foto: Annika Oskarsson.



**Infodoc Plenario**

# Trygt, stabilt og effektivt

**- Laget for fremtiden**



# FRIE FOREDRAG • NR. 2

## Obstetikk

### 01 TVILLINGINSIDENS I NORGE I PERIODEN 1988-2014 MED FOKUS PÅ ASSISTERT BEFRUKTNING

Tandberg A<sup>1</sup>, Skjærven R<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklinikken Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>2</sup>Folkhelseinstituttet, Medisinsk Fødselsregister, Bergen

**Bakgrunn.** Tvillingsvangerskap er assosiert med økt morbiditet for mor og barn og med fire ganger økt perinatal mortalitet for tvillinger sammenlignet med enkeltfødte. Vi ønsket å kartlegge forekomsten av tvillinger i Norge i perioden 1988-2014 med spesielt fokus på andelen fra assistert befruktning (ART). Videre ønsket vi å undersøke hvor stor andel av tvillinger fra ART som kom fra private klinikker.

**Metode.** Data fra Medisinsk fødselsregister i perioden 1988- 2014 ble benyttet og supplert med tilknyttede opplysninger om ART for hele perioden.

**Resultater.** Den totale tvillinginsidensen i Norge økte fra 1,0 % i 1988 til 1.9 % i 2004. Insidensen sank så til 1,6 % i 2010 for deretter å ha vært stabil på denne andel fram til og med 2014. Andel tvillingsvangerskap fra ART falt fra 24 % i toppåret 2005 til 16 % i 2010 for deretter å ha vært konstant. Det er vanligere med tvillingsvangerskap hos gravide etter behandling på private klinikker sammenlignet med offentlig klinikker. I 2014 hadde 6.6 % av parene som ble gravide etter ART på offentlige klinikker tvillingsvangerskap, mens andelen på private klinikker var 12,6 %.

**Konklusjon.** Tvillinginsidensen i Norge har holdt seg stabil rundt 1.6 % de siste 5 årene. Til tross for internasjonal konsensus i medisinsk fagmiljø om at man bare skal tilbakeføre et embryo ved ART, er fortsatt bidraget av tvillingsvangerskap etter slik behandling svært høy.

### 02 FORLØSNING AV SETELEIE - EN RISIKOFAKTOR FOR CERBRAL PARESE?

Bjellmo S<sup>1,7</sup>, Andersen GL<sup>2,7</sup>, Martinussen M<sup>3,7</sup>, Romundstad PR<sup>4,7</sup>, Hjelle S<sup>1</sup>, Moster D<sup>5</sup>, Vik T<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklinikken, Helse Møre og Romsdal, Ålesund sjukehus, Ålesund. <sup>2</sup>Sykehuset i Vestfold HF Tønsberg. <sup>3</sup>Kvinneklinikken, St Olavs hospital, Trondheim. <sup>4</sup>Institutt for Samfunnsmedisin, Trondheim. <sup>5</sup>Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Bergen. <sup>6</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Trondheim.

<sup>7</sup>Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim

**Bakgrunn.** Forløsning av kvinner som har foster i seteleie er fortsatt et kontroversielt tema. I tidligere studier er det antydning at planlagt keisersnitt vil kunne redusere forekomsten av cerebral parese hos barn født i seteleie. I denne studien ønsket vi å undersøke forekomsten av cerebral parese (CP) og mortalitet hos barn i seteleie.

**Metode.** Data fra Medisinsk fødselsregister slått sammen med data fra Cerebral parese registeret i Norge ble analysert. Etter eksklusjon av flerlinger, barn med misdannelser og barn født før uke 37 inngikk 520 015 barn i analysene, 16 697 i seteleie og 520 med cerebral parese. Barn som var planlagt til vaginal hodeforløsning ble brukt som referansegruppe.

**Resultater.** Blant 16 697 foster i seteleie var 8781 (53%) selektert til planlagt keisersnitt mens 7916 (47%) var selektert til vaginal fødsel. Odds ratio (OR) for dødfødsler var 3.5 (95% konfidensintervall (CI): 2.6-4.8), for neonatal mortalitet (NNM) 2.4 (CI:1.2-4.9) og for CP 1.3 (CI: 0.7-2.5) sammenlignet de som var planlagt til vaginal seteforløsning med hodeforløsning. For de som ble født med planlagt keisersnitt i seteleie var OR lavere for dødfødsler og NNM men uendret for CP.

**Konklusjon.** Seteleie, uavhengig av forløsningsmetode gav ingen sikker økt risiko for cerebral parese i denne studiepopulasjonen. Økt risiko for neonatal mortalitet hos barna født etter svangerskapsuke 37 er bekymringsfullt og det anbefales videre undersøkelse av fødselsforløpet for å se på mulige årsaker til dette.

## 03 LAVRISIKOFØDSLER - FRA NORMALT TIL UNORMALT PÅ GRUNN AV FØDSELHJELPEREN?

Helander CH<sup>1</sup>, Olsen IP<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medisinstudent, Finnmarkssykehuset; <sup>2</sup>Overlege, Føde- og gynekologisk avdeling, Klinikk Hammerfest

**Bakgrunn.** Det er pågående forbedringsarbeider i Norge for å gi oxytocin på riktig indikasjon og unngå unødvendig intervensjon i fødselsforløpet. Vi ville undersøke hvor ofte lavrisikofødende kvinner på fødeavdeling ble utsatt for fødselsintervensjon i form av amniotomi og/eller oxytocin, og om det var etter gjeldende prosedyre om 1cm åpning av cervix/time.

**Metode.** En retrospektiv, deskriptiv studie av lavrisikofødende kvinner ved Hammerfest sykehus. Regionale kriterier for lavrisikosvangerskap ble brukt, hvor intervensjon i fødselsforløpet forventes å være liten. Totalt 431 fødselsjournaler fra 2013 ble gjennomgått, og 87 kvinner ble inkluderte. Mann Whitney U-test ble utført i SPSS.

**Resultater.** Av 87 lavrisikofødende var 54(62,2%) førstegangsfødende (P0), og 33(37,8%) flergangsfødende (P1+). I gruppa oppnådde 67(79%) fremgang på 1 cm/time, der 56(81%) av de med tilstrekkelig fremgang fikk gjort fødselsintervensjon. Andelen lavrisikofødende som fødte uten intervensjon var 13(19%). Fra riestart til fødsel var median 5,9 t (39 min – 19,85 t) for P0, vs 2,3 t (6 min – 8,36 t) for P1+,  $p < 0,0005$ . Det var ikke signifikant forskjell mellom P0 og P1+ i bruk av amniotomi,  $p = 0,83$ , men derimot i bruk av oxytocin, 52% (P0) vs 9% (P1+),  $p < 0,0005$ . Av 87 lavrisikofødende endret 45 % seleksjon bort fra lavrisiko under fødselen og 17,2 % ble operativt forløst. Prosedyren for fremgang i fødselen ble fulgt for alle.

**Konklusjon.** På forventede normale fødsler var det høy grad av intervensjon og operative forløsninger. Det stilles derfor spørsmål om prisen for å holde en fremgang på 1cm/time hos lavrisikofødende kvinner gir unødvendig intervensjon i kroppens naturlige fødselsprosess?

## 04 ELECTIVE INDUCTION IN NORWAY - FREQUENCY, CHARACTERISTICS AND OUTCOME

Malin Dögl<sup>1,2</sup>, Pål Romundstad<sup>3</sup>, Line Dahlgaard Berntzen<sup>4</sup>, Oliv Camilla Fremngaarden<sup>5</sup>, Benedicte S. Nygaard<sup>6</sup>, Katrine Kirial<sup>7</sup>, Christian Tappert<sup>2</sup>, Cecilie Fredvik Torkildsen<sup>8</sup>, Magdalena R. Vaernesbranden<sup>9</sup>, Alexander Vietheer<sup>10</sup>, Runa Heimstad<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institute of Laboratory Medicine, Children's and Women's Health, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway; <sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, St. Olav's Hospital, University Hospital of Trondheim, Trondheim, Norway; <sup>3</sup>Department of Public Health, Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway; <sup>4</sup>Department of Obstetrics, Oslo University hospital; <sup>5</sup>Department of Gynaecology and Obstetrics, Innlandet Hospital Trust, Elverum; <sup>6</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Sørlandet hospital, Kristiansand; <sup>7</sup>Department of Gynaecology and Obstetrics, Stavanger University Hospital, Norway; <sup>8</sup>Department of Gynaecology and Obstetrics, Haugesund Hospital, Norway; <sup>9</sup>Department of Gynaecology and Obstetrics, Østfold Hospital Trust, Norway; <sup>10</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

**Introduction.** The induction rate is increasing year by year. Induction of labor is commonly justified by medical or obstetrical indications, but non-medical/elective inductions seem to be increasing. The primary aim of this study was to assess indications for induction and describe the characteristics and delivery outcome in medical versus elective inductions.

**Methods.** All 39 delivery units in Norway inducing labor were invited to participate in this prospective observational study. During the first three months in 2013, 1663 term inductions were registered in 24 delivery units. Inclusion criteria were singleton pregnancy in cephalic presentation with gestational age 37+0 and beyond. Indication of induction, pre-induction Bishop score, mode of delivery and adverse maternal and fetal outcomes were registered, and compared between the medical and elective induction groups.

**Results.** Ten percent of the inductions were elective. The four most common indications for elective induction were maternal request (35%), history of bad delivery experience/obstetric history (19%), maternal fatigue/tiredness (17%) and anxiety (15%). Nearly half of these inductions are performed at gestational age 39+0-40+6. There were less nulliparous women in the elective induction group compared to the medically indicated induction group, 16 vs 52% ( $p < 0.05$ ). The cesarean section rate in the elective induction group was 14% versus 17% in the medically indicated induction group (OR=0.8, 95% CI 0.5-1.3).

**Conclusion.** One in ten inductions in Norway is without medical indication. The majority of women undergoing elective induction are multiparous.

## 05 CHANGES IN BODY PROPORTIONS AND COMPOSITION FROM PRE-CONCEPTION TO EARLY PREGNANCY

Rajkumar H<sup>1</sup>, Johnsen SL<sup>1</sup>, Lie RT<sup>3</sup>, Kiserud T<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway. <sup>2</sup>Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, Norway. <sup>3</sup>Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Bergen, Norway

**Background.** It is commonly assumed that women's weight and body composition before conception is maintained during the first trimester of pregnancy, but systematic documentation hardly exists. We hypothesize that such characteristics change already at this early stage of pregnancy.

**Method.** This is a prospective longitudinal observational study embedded in the research program CONIMPREG. We recruited healthy women aged 20-35y with BMI 18.5-30 and regular menstruation cycle, who intended to become pregnant. At inclusion we measured: height, weight, circumference of head, overarm and abdomen, and used bio impedance to assess body composition in addition to skinfold measurement. The assessment was repeated at 13 weeks of pregnancy.

**Results.** Of the 141 recruited participants, 71 became pregnant, seven had miscarriage before 13th gestational week, and another three missed the 13th week measurements. At inclusion, the 61 women with complete data were at average 29.1y of age (range 20-35), and had height 167.8cm (155-180), weight 64.5kg (47.1-81.1) and BMI 22.8 (18.1-29.9). Total body fat was 28.8% (17-41.9) and lean body mass 45.5% (36-52.4). Compared with preconception, there was a significant increase in weight, 0.98kg (95%CI 0.5-1.5), BMI 0.35 (0.18-0.53), and fat 2.2% (1.6-2.8), but lean body mass declined, -0.5kg (-0.9-0.04). Head and overarm circumference declined, -0.2cm (-0.3-0.04), and -0.2 (-0.5-0.01), respectively, but no skinfold changes.

**Conclusion.** There is a modest but significant increase in weight, BMI and body fat in the first trimester compared with pre-conception while lean body mass decreases during the same period.

## 06 FØDSELSVEKT OG PLACENTAVEKT ER MYE HØYERE I SVANGERSKAP MED DIABETES TYPE-1 SAMMENLIGNET MED SVANGERSKAP MED GESTASJONSDIABETES

Strøm-Roum EM<sup>1</sup>, Tanbo TG<sup>2,3</sup>, Eskild A<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; <sup>2</sup>Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet, Oslo; <sup>3</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**Bakgrunn.** Det er kjent at diabetes i svangerskapet er knyttet til høy fødselsvekt hos barnet og høy placentavekt, men det er ikke kjent om det er forskjell i fødselsvekt og placentavekt mellom svangerskap med forskjellige typer diabetes. Vi studerte derfor om det er forskjell i fødselsvekt og placentavekt mellom svangerskap uten diabetes og svangerskap med diabetes type-1, samt mellom svangerskap uten diabetes og svangerskap med gestasjonsdiabetes.

**Metode.** Vi studerte alle enlinge-fødsler i Medisinsk fødselsregister i perioden 2009-2012 med registrert kroppsmasseindeks (KMI) hos mor og registrert svangerskapslengde (n=106,191). Ved hjelp av lineær regresjonsanalyse beregnet vi forskjeller i fødselsvekt og i placentavekt (i gram) mellom svangerskap uten diabetes (n=103,380) og svangerskap med diabetes type-1 (n=484), samt mellom svangerskap uten diabetes og svangerskap med gestasjonsdiabetes (n=2,078). Vi tok hensyn til forskjeller mellom svangerskap i mors KMI og svangerskapslengde.

**Resultater.** Gjennomsnittlig fødselsvekt var 3527 gram i svangerskap uten diabetes, 3628 gram i svangerskap med gestasjonsdiabetes og 3695 gram i svangerskap med diabetes type-1. Gjennomsnittlig placentavekt var 677 gram i svangerskap uten diabetes, 727 gram i svangerskap med gestasjonsdiabetes og 741 i svangerskap med diabetes type-1. Gestasjonslengde var kortest i svangerskap med diabetes type-1, og mors KMI var høyest i svangerskap med gestasjonsdiabetes. Etter justering for både KMI og svangerskapslengde var fødselsvekten 168 gram høyere i svangerskap med svangerskapsdiabetes enn i svangerskap uten diabetes. I svangerskap med diabetes type-1 var forskjellen 514 gram. Tilsvarende forskjeller i placentavekt var 47 gram og 102 gram.

**Konklusjon.** Gjennomsnittlig fødselsvekt i svangerskap med diabetes type-1 var mer enn 500 gram høyere enn i svangerskap uten diabetes, og nesten 350 gram høyere enn i svangerskap med gestasjonsdiabetes, etter justering for mors KMI og svangerskapslengde. Kan det tenkes årsaken til slik forskjell er at blodsukkeret er høyest i svangerskap med diabetes-type 1, og at det høye blodsukkeret bidrar til veksten av foster og av placenta? Eller kan det tenkes at insulin, som gis som behandling særlig i svangerskap med diabetes type-1, stimulerer veksten foster og av placenta?

## 07 HAR MATERNELL RØYKING BETYDNING FOR PLACENTAVEKT? EN POPULASJONSSTUDIE AV 688 171 ENLINGSVANGERSKAP I NORGE

Sandra Larsen<sup>1,2</sup>, Anne Eskild<sup>1,2</sup>, Johanne Dypvik<sup>1,2</sup>, Elisabeth K. Bjelland<sup>1</sup>, Camilla Haavaldsen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinnekliviken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog, <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**Bakgrunn.** Maternell røyking reduserer barnets fødselsvekt, og placenta er avgjørende for fostervekten. Vi studerte sammenhengen mellom maternell røykestatus i første trimester av svangerskapet og placentavekt, fødselsvekt og placentavekt/fødselsvektratio.

**Metode.** Vi inkluderte alle enlingsvangerskap i Norge i perioden 1999-2013 (n=688 171). Vi beregnet gjennomsnittlig placentavekt, fødselsvekt og placentavekt/fødselsvektratio etter maternell røykestatus i første trimester av svangerskapet. Sammenhengen mellom antall sigaretter daglig og placentavekt, fødselsvekt og placentavekt/fødselsvektratio ble estimert ved hjelp av multivariable lineære regresjonsmodeller.

**Resultater.** Gjennomsnittlig placentavekt var 664.8 g (SD 153.7 g) hos daglige røykere og 673.8 g (SD 150.7 g) hos ikke-røykere. Det var en U-formet sammenheng mellom placentavekt og antall sigaretter daglig. Placentavekt avtok med økende antall sigaretter, men økte igjen ved >10 sigaretter daglig. Gjennomsnittlig fødselsvekt var 3427.2 g (SD 599.4 g) hos daglige røykere og 3571.9 g (SD 568.8 g) hos ikke-røykere. Fødselsvekt avtok med økende antall sigaretter, men oppnådde et platå ved >10 sigaretter daglig. Placentavekt/fødselsvektratio økte med økende antall sigaretter daglig, men forble også uendret ved >10 sigaretter daglig. Justeringer for mors alder, paritet, preeklampsi, diabetes og gestasjonslengde ved fødsel påvirket resultatene i liten grad.

**Konklusjon.** Daglige røykere hadde lavere placentavekt og fødselsvekt sammenlignet med ikke-røykere, men høyere placentavekt/fødselsvektratio. Det var en ikke-lineær, doseavhengig sammenheng mellom antall sigaretter daglig og placentavekt, fødselsvekt og placentavekt/fødselsvektratio.

## 08 MATERNAL CONCENTRATIONS OF HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN (HCG) IN VERY EARLY IVF PREGNANCIES AND DURATION OF PREGNANCY

Tom G. Tanbo<sup>1,4</sup>, Manuela Zucknick<sup>2</sup> and Anne Eskild<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Department of Reproductive Medicine, Division of Gynaecology and Obstetrics, Oslo University Hospital, 0424 Oslo, Norway. <sup>2</sup>Institute of Basic Medical Sciences, University of Oslo, 0317 Oslo, Norway. <sup>3</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital, 1478 Lørenskog, Norway. <sup>4</sup>Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, 0318 Oslo, Norway

**Objectives.** To study whether maternal human chorionic gonadotrophin (hCG) concentrations on a fix day in very early pregnancy are associated with duration of pregnancy.

**Methods.** Follow-up study of 1918 successful singleton IVF pregnancies, from embryo transfer until delivery. Women were recruited at Rikshospitalet during the years 1999 – 2013. We included singleton pregnancies after transfer of 2 Day embryos, and maternal hCG concentrations were quantified on day 12 after embryo transfer. Information about duration of pregnancy after embryo transfer was obtained by linkage to the Medical Birth Registry of Norway. The association of hCG concentrations (log2 transformed) with duration of pregnancies (in days) was estimated as hazard ratios (HR) with 95% confidence intervals (CI) by applying Cox regression proportional hazard model.

**Results.** Concentrations of hCG day 12 after embryo transfer, varied from 1 to 588 IU/L (median 117 IU/L). Duration of pregnancy from embryo transfer varied from 97 to 288 days (median=264, mean=260.4, SD=16.9 days). Duration of pregnancy increased by decreasing maternal hCG concentrations, however, significantly in pregnancies delivered at full term only (HR 1.127, 95% CI 1.026-1.238, p=0.012). In pregnancies delivered at full term, duration of pregnancy was shortened by 0.51 days for each halving of hCG concentration at day 12 after embryo transfer.

**Conclusion.** Women with low hCG concentrations in very early pregnancy had longer duration of pregnancy within the full term period. It is likely that low hCG concentrations in very early pregnancy indicate delayed embryo implantation, and that variation in the timing of embryo implantation explains some of the normal variation in pregnancy duration.

## 09 PREDISPONERENDE FAKTORER FOR TIDLIG OG SEN PREEKLAMPSI

Sande AK<sup>1</sup>, Torkildsen EA<sup>1</sup>, Sande RK<sup>1,2</sup>, Morken NH<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger, <sup>2</sup>Universitetet i Bergen, <sup>3</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

**Bakgrunn.** Sen preeklampsi ( $\geq 34$  svangerskapsuger) er nesten ti ganger vanligere enn tidlig preeklampsi ( $< 34$  svangerskapsuger). Formålet med studien var å kartlegge risiko for tidlig og sen preeklampsi hos kvinner med kjente pregestasjonelle risikofaktorer.

**Metode.** Vi benyttet data fra fødejournalssystemene ved Stavanger universitetssjukehus (1996–2014) og Haukeland universitetssjukehus (2009–2014). Pregestasjonelle risikofaktorer var: astma, allergi, epilepsi, hypertensjon, hjertesykdom, residiverende urinveisinfeksjoner, nyresykdom, revmatoid artritt, diabetes type 1 og type 2. Vi estimerte odds ratioer (OR) med 95% konfidensintervall (KI) ved logistisk regresjon.

**Resultater.** Vi inkluderte 110087 svangerskap, hvorav 2799 (2,54%) med sen preeklampsi og 348 (0,32%) med tidlig preeklampsi. Allergi økte risikoen for tidlig preeklampsi (OR 1,82, KI: 1,36–2,44) og reduserte risikoen for sen preeklampsi (OR 0,79, KI: 0,69–0,91), med en forskjell i effekten på tidlig og sen preeklampsi (OR 2,27, KI: 1,64–3,14). Hypertensjon økte risikoen for både tidlig (OR 17,74, KI: 10,19–30,89) og sen (OR 4,64, KI: 3,15–6,83) preeklampsi, med en forskjell i effekten på tidlig og sen preeklampsi (OR 3,73, KI: 1,98–7,05). Diabetes type I økte risikoen for både tidlig (OR 6,31, KI: 3,22–12,38) og sen (OR 3,08, KI: 2,13–4,46) preeklampsi, med en forskjell i effekt på tidlig og sen preeklampsi (OR 2,43, KI 1,17–5,05). Diabetes type 2 økte risikoen for sen preeklampsi (OR 4,35, KI: 2,55–7,43). Ingen i gruppen med type 2 diabetes fikk tidlig preeklampsi. Vi fant ingen korrelasjon til preeklampsi for de resterende faktorene i studien.

**Konklusjon.** Allergi er en isolert risikofaktor for tidlig preeklampsi. Både hypertensjon og type 1 diabetes øker risikoen mer for tidlig enn for sen preeklampsi.

## 010 PLACENTAVEKT OG RISIKO FOR SPEDBARNSDØD

Dypvik J<sup>1,2</sup>, Larsen S<sup>1,2</sup>, Haavaldsen C<sup>1</sup>, Vatten LJ<sup>3</sup>, Eskild A<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Akershus universitetssjukehus, Lørenskog, <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo, <sup>3</sup>Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

**Bakgrunn.** Placentas funksjon er avgjørende for fostervekten, og placentavekt er en indikator for placentas funksjon. Vi studerte sammenhengen mellom placentavekt, fødselsvekt, placentavekt/fødselsvektsratio og risiko for spedbarnsdød.

**Metode.** Vi fulgte alle levende- og enkeltfødte i Norge i perioden 1999–2012 (n= 713 855) i ett år etter fødsel. Vi lagde kvartiler av placentavekt, fødselsvekt og placentavekt/fødselsvektsratio innenfor to-ukersintervaller av gestasjonsalder ved fødsel. Risiko for spedbarnsdød ble estimert som odds ratio (OR) med 95 % konfidensintervall (KI). Vi brukte 2. og 3. gestasjonsspesifikke kvartiler som referansegruppe (de to midterste vektgruppene).

**Resultater.** Blant 713 855 barn, døde 1152 (0,16 %) i løpet av første leveår. 38 % (436/1152) av barna som døde hadde gestasjonsalder 23–32 uker ved fødsel. Lav placentavekt (1. gestasjonsspesifikke kvartil) økte risikoen for spedbarnsdød signifikant for barn med gestasjonsalder 23–28 uker eller 33–36 uker ved fødsel. Blant disse barna var placentavekt/fødselsvektsratio ikke knyttet til risiko for spedbarnsdød. Blant barn med gestasjonsalder 29–32 uker ved fødsel, var høy placentavekt (4. gestasjonsspesifikke kvartil) (OR 2,61; 95 % KI 1,61–4,22) og høy placentavekt/fødselsvektsratio (OR 3,05; 95 % KI 1,89–4,91) knyttet til økt risiko for spedbarnsdød. Disse barna hadde normal fødselsvekt for gestasjonsalder. For barn med gestasjonsalder 23–28 uker eller 33–42 uker ved fødsel, økte lav fødselsvekt (1. gestasjonsspesifikke kvartil) risikoen for spedbarnsdød.

**Konklusjon.** Lav placentavekt var knyttet til økt risiko for spedbarnsdød. Unntaket var barn med gestasjonsalder 29–32 uker ved fødsel, der høy placentavekt og høy placentavekt/fødselsvektsratio var knyttet til økt risiko for spedbarnsdød.

# 011 SYSTEMATISKE KVALITETSFORBEDRINGSPROSJEKTER VED FØDEAVDELINGEN PÅ ST. OLAVS HOSPITAL – METODIKKEN, PROSJEKTER OG FOLLOW UP AV RESULTATER

Tappert C<sup>1</sup>, Martinussen M<sup>1</sup>, Heimstad R<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim; <sup>2</sup>Fagavdeling, St. Olavs Hospital, Trondheim

**Bakgrunn.** De siste årene har det blitt økt fokus på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i helsevesenet. Både Legeforeningen og St. Olavs Hospital har valgt å fokusere på kvalitetsforbedring gjennom bruk av «Model for Improvement»-og Plan-Do-Study-Act-sirkelen (PDSA).

**Metode.** Ved bruk av basallinje registreringer identifiserte vi flere områder med stort potensiale for forbedring:

1. Prosjekt: Tidsbruk (decision-delivery-interval) i forbindelse med hasteseccio pga. truende asfyksi.

2. Prosjekt: Tilstedeværelse av jordmor under aktiv fødsel.

Med hjelp av forbedringsmetodikken testet vi en rekke forandringer som etter hvert ble implementert. Metoden ble også brukt for å identifisere faktorer hvor det var motstand mot forbedring/forandring og gav oss mulighet til å jobbe målrettet med forbedring. Vi har tidligere presentert resultatene i prosjektperioden for begge prosjekter. For å kontrollere om vi har fått til en varig forbedring følges begge prosjekter opp med regelmessige follow-up målinger som presenteres her.

**Resultater.** I begge prosjekter oppnådde vi i prosjektfasen en betydelig forbedring sammenlignet med basallinjen. Follow-up undersøkelser for begge prosjekter i 2015 og 2016 viste at vi har klart å opprettholde våre gode resultater (tab. 1+2).

	Baseline	Prosjektperiode	Follow up 2015	Follow up 2016
Mean [min]	42,5	26,7	26,9	26,5
Median [min]	40,5	26	27	26
Min – Max [min]	26 - 97	16 - 48	19 - 32	14 - 37

Tab.1. Tidsbruk (decision-delivery-interval) ved hasteseccio pga. truende asfyksi.

	Baseline	Prosjektstutt	Follow up 2015	Follow up 2016
Tilstedeværelse [% av total minutter]	71	87	86	90
Tilstedeværelse mean [%]	79	92	90	94
Tilstedeværelse median [%]	83	100	100	100
Fødsler med jordmor > 90 % tilstede [%]	42	69	69	77

Tab.2. Tilstedeværelse av jordmor under aktiv fødsel.

**Konklusjon.** Bruk av «Model for Improvement» har ført til betydelig og varig forbedring innen to viktige men svært forskjellige kvalitetsmål innen obstetrikk. Vi ønsker å fortsette å jobbe med kvalitets forbedring innad i fødeavdelingen, men også bidra med vår kunnskap om metodikken til andre seksjoner og avdelinger.

## 012 KEISERSNITTFREKVENNS FOR ROBSON GRUPPE 1 VED KVINNEKLINIKKEN, HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS 2008 - 2013

Skorve H, Birkeland S, Macsali Ferenc, Rasmussen Svein, Sun Chen  
Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

**Bakgrunn.** På verdsbasis aukar keisersnittfrekvensen utan tilsvarande betring av perinatal eller maternell morbiditet og mortalitet. Det er uklart kvifor det er så stor variasjon i keisersnittfrekvens, både mellom ulike land og fødeinstitusjonar i same land. Den optimale keisersnittfrekvensen er ukjent. I Noreg har keisersnittfrekvensen vore stigande fram til ca 2005, etter dette meir stabil på rundt 17%. KK vart etter eit tilsyn i 2012/2013 kritisert av fylkeslegen i Hordaland for å ha for høg terskel for keisersnitt. Det har vore ei stor auke i akutte keisersnitt, spesielt for Robson gruppe 1 ved KK dei siste åra. Me ville prøve å kartlegge årsaker til dette.

**Metode.** Gjennomgang av alle akutte keisersnitt for kvinner i Robson gruppe 1 i 2008 og 2013.

**Resultater.** Keisersnittfrekvensen for kvinner i Robson gruppe 1 auka signifikant frå 5,5 % til 8,5 % frå 2008-2013. Fleire kvinner hadde svangerskapsjukdommar i denne gruppa i 2008. I 2013 var det fleire kvinner med ikkje-norsk etnisitet, fleire vart fyrst innlagt lågrisiko avdeling, og fleire måtte overflyttast til høgriisiko avdeling. Fleire fekk EDA og det vart brukt lågare dose Oxytocin. Me fann ingen forskjell vedrørende indikasjon for keisersnitt og ingen endringar i perinatale utfall.

**Konklusjon.** Me har ikkje funne noko god forklaring på auken i keisersnittfrekvens for denne obstetriske gruppa ved vår avdeling. Trass ei signifikant auke i keisersnittfrekvens var det ingen endringar i perinatale utfall. Me kan ikkje talfeste kva som er optimal keisersnittfrekvens for Robson gruppe 1 ved KK. Haldning hjå fødselshjelparane er sannsynlegvis ein viktig faktor for keisersnittfrekvens.

## 013 TERMINHJULET KAN OGSÅ PREDIKERE TERMIN – EN POPULASJONSBASERT EVALUERING AV METODEN

Kessler J<sup>1</sup>, Johnsen SL<sup>1</sup>, Ebbing C<sup>1</sup>, Karlsten H<sup>1</sup>, Rasmussen S<sup>1,2</sup>, Kiserud T<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>2</sup>Universitetet i Bergen, Klinisk Institutt 2, Bergen

**Bakgrunn.** Selv om en korrekt aldersbestemmelse av svangerskapet er avgjørende for den kliniske håndteringen har det vært mye fokus på å predikere tidspunkt for spontan fødsel. Bergensmetoden "Terminhjulet" har blitt kritisert for stor bias i terminpredikasjon. En tidligere evaluering benyttet ikke metodens førstevalg – måling av hodeomkrets (HC), og appliserte referanseverdiene på en fødepopulasjon som i praksis hadde blitt håndtert etter en annen metode for terminpredikasjon.

**Metode.** En observasjonsstudie av alle enkeltsvangerskap med rutineultralydundersøkelse og spontan fødsel eller fødselsinduksjon >293 dagers svangerskapslengde ved Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus fra og med 01.01.2008 til og med 31.12.2015. Flerlinger, dødfødte, industert fødsel ≤293 dagers svangerskapslengde eller forløsning med elektivt keisersnitt ble ekskludert. Bias ble beregnet som differansen mellom estimert fødselstermin etter ultralyd og reelt fødselstidspunkt.

**Resultater.** Av totalt 33433 svangerskap ble 24849 datert ved hjelp av HC måling og dette målet var tilgjengelig fra 21366. Svangerskapene varte etter ultralydestimering 283,03 dager (median), som svarte til en metode bias på 1,03 dager (95% konfidensintervall (KI) 0,89–1,16). Median prediksjonsbias varierte med hodeomkretsen ved undersøkelsestidspunktet (Tab. 1).

**Konklusjon.** Terminprediksjonsbias for Bergensmetoden er betydelig lavere enn tidligere rapportert. Legger man til grunn en svangerskapsvarighet på 283 dager, er bias sammenlignbar med det populasjonsbaserte verktøyet E-Snurra.

HC måling (mm)	Alder (uker+dager)	Antall svangerskap	Median bias (dager) (95%KI)
124–135	16+0–16+6	779	0,45 (-0,12–1,22)
136–147	17+0–17+6	4347	0,40 (0,11–0,78)
148–159	18+0–18+6	11004	0,80 (0,60–0,99)
160–171	19+0–19+6	4367	2,07 (1,80–2,32)
172–183	20+0–20+6	659	2,27 (1,57–3,28)
184–195	21+0–21+6	210	-0,60 (-2,31–1,11)

Tab. 1 Terminprediksjonsbias i forhold til HC måling ved rutine ultralyd.





### Engangsspekkel

- Innebygd LED lys
- Klart til bruk
- Spar tid og penger, ingen rengjøring
- Finnes i small, medium og large

**Be om gratis prøver!**

### VCare® 300

Ny forbedret modell

- Bedre håndtak
- Større kopp, holder trykket
- Større låseskrue
- 4 ulike størrelser



### Gracie gynstol

- Optimal pasientkomfort
- Kan leveres med integrert videokolposkop
- Inngang for ultralydbilde på skjermen
- Innstillinger kan forhåndslagres



Se presentasjon på:

[http://www.gracie.eu/gracie\\_en/](http://www.gracie.eu/gracie_en/)

**BORGAD®**

# medero as

Andrè Vasenden Tel. 45 22 76 71

Knut Eggestad Tel. 93 04 12 83

[www.medero.no](http://www.medero.no)

[andre@medero.no](mailto:andre@medero.no)

[knut.eggestad@medero.no](mailto:knut.eggestad@medero.no)

[ordre@medero.no](mailto:ordre@medero.no)

### Leica Kolposkoper med LED lys



# POSTERE •

## Gynekologi og Obstetrikk

### P1 BOTOXINSTILLASJON I BLÆREN MED EMDA FOR OAB – EN PILOTSTUDIE

Schiøtz HA, Mai HT, Zabielska R  
Kvinnekliviken, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

**Bakgrunn.** Botulinumtoxin gitt som injeksjon i blæreveggen med cystoskop er en godt etablert minimalt invasiv behandlingsmetode hos pasienter med overaktiv blære (OAB). Vår studie ble utført for å vurdere en annen metode å administrere legemiddelet på, nemlig ved installasjon gjennom urinkateter og bruk av EMDA (Electromotive Drug Application).

**Metode.** 14 kvinner med terapiresistent OAB gjennomgikk en enkelt poliklinisk behandlingssøkt med 200 Allerganenheter botulinumtoxin A (Botox) instillert i blæren. En elektrisk generator leverte så 20 mA pulset strøm i 30 minutter gjennom et spesialkateter og to hudelektroder. Primært endepunkt var endring i antall lekkasjeepisoder per 24 timer.

**Resultater.** Ved både én og tre måneder var det statistisk signifikant bedring i det primære endepunktet samt i UDI6-score og antall gram lekkasje per 24 timer. Videre var det statistisk signifikant bedring i IIQ7 og ICIQ-SF-score og antall miksjoner per 24 timer ved én måned, men ikke ved tre måneder. I alt 6/14 (43%) og 5/14 (36%) pasienter ble klassifisert som respondere (definert som score > 5 på tilfredshets-VAS) ved hhv. én og tre måneder. Det var tre tilfeller av ukomplisert cystitt (14%), ingen endring i resturin og ingen tilfeller av urinretensjon.

**Konklusjon.** Installasjonsbehandling med botulinumtoxin i blæren med EMDA er en effektiv, non-invasiv poliklinisk behandlingssmetode av OAB uten behov for anestesi eller cystoskopi. Vi fant statistisk signifikant bedring i hyppighet og antall gram lekkasje samt i subjektive plager av OAB. Imidlertid var dette ikke en komparativ studie og videre studier med denne metoden er nødvendig.

### P2 LANGTIDSRESULTATER VED RETROPUBISK TENSJONSFRI VAGINAL TAPE (TVT) SAMMENLIGNET MED KOLPOSUSPENSIO A.M. BURCH

Holdø B<sup>1</sup>, Verelst M<sup>2</sup>, Svenningsen R<sup>3</sup>, Milsom I<sup>4</sup>, Skjeldestad FE<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Kvinne/Barn Klinikk, Nordlandssykehuset, Bodø; <sup>2</sup>Kirurgi, kreft- og kvinnehelseklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø; <sup>3</sup>Kvinnekliviken, Oslo Universitets-sykehus, Ullevål, Oslo; <sup>4</sup>Avd for obstetrik og gynekologi, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet, Göteborg, Sverige; <sup>5</sup>Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges Arktiske Universitet, Tromsø

**Bakgrunn.** Retropubisk tensjonsfri vaginal tape (TVT) erstattet kolposuspensio a.m. Burch som førstevalg ved kirurgisk behandling av primær stress- og blandingsinkontinens ved Kvinnekliviken, Bodø fra 1998. Denne studien sammenligner kort- og langtidsresultater for disse 2 operasjonsmetodene.

**Metode.** I denne pasientserien sammenlignet vi de siste 5 årene med Burch-prosedyren (n = 127, 1994-1999) med de 5 første årene med retropubisk TVT (n = 180, 1998-2002). Data fra pasientjournaler ble overført til et registreringsskjema for perioperative og sene komplikasjoner samt residiv definert som symptomer på stressinkontinens av klinisk betydning eller som årsak til residivoperasjon. Andre endepunkter var frekvens av perioperative og sene komplikasjoner og frekvens av prolapsoperasjon etter primær inkontinenskirurgi. Analysene ble utført i SPSS med kji-kvadrat-test, t-test og survival analyse.

**Resultater.** Fra 5 år etter operasjon var den kumulative residivfrekvensen signifikant høyere hos Burch-opererte, og forskjellen økte over tid. Det var ingen forskjell i perioperative komplikasjoner, mens kumulativ frekvens av senkomplikasjoner var høyere hos TVT-opererte. De første 15 årene etter operasjon var det en signifikant høyere risiko for operasjon for residiv og genitalt prolaps hos Burch-opererte.

**Konklusjon.** TVT hadde ved langtidsoppfølging klart bedre behandlingseffekt enn Burch-operasjon, men hadde en signifikant høyere risiko for senkomplikasjoner.

## P3 KOMPLIKASJONER VED TOTAL LAPAROSKOPISK HYSTEREKTOMI MED DATA FRA NORSK GYNEKOLOGISK ENDOSKOPIREGISTER I PERIODEN 2013-2015

Skrøppa S, Bohlin T, Putz A, Rakovan M  
Kvinneklubben, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

**Bakgrunn.** Siden opprettelsen av Norsk Gynekologisk Endoskopi Register(NGER) i 2013 er nesten 9000 pasienter registrert, og dette gir gynekologene i Norge en unik mulighet til å følge egne og landsdekkende resultater ved endoskopiske operasjoner. Vi har sett på grad og type av intra- og postoperative komplikasjoner ved total laparoskopisk hysterektomi(TLH) i Norge siden hysterektomi er et av de hyppigste utførte gynekologiske inngrepene i Norge og kan medføre alvorlige komplikasjoner.

**Metode.** Retrospektiv studie med data fra NGER i perioden 2013-2015. Alle fullstendig registrerte pasienter i NGER med operasjonsmetode TLH ble inkludert.

**Resultater.** 17 sykehus og 864 pasienter er registrert med TLH i Norge i perioden 2013-2015. Antall prosedyrer varierte fra 1 til 182 per sykehus. Graden av intraoperative komplikasjoner var 3,5%. Graden av postoperative komplikasjoner var 19,1% hvor infeksjoner var hovedgruppen med 16,3% (UVI 7,9%, sårinfeksjoner 3,6%, intraabdominale infeksjoner 4,9%). Organskade ble funnet i 2,1% og reoperasjoner ble utført ved 2,8% av alle TLH. Graden av mindre alvorlige komplikasjoner var 12,7%, moderate 4,5% og alvorlige 1,9%.

**Konklusjon.** Graden av mindre alvorlige komplikasjoner som sårinfeksjoner og urinveisinfeksjoner var mye høyere enn tidligere publisert i litteraturen. Graden av moderate og alvorlige komplikasjoner var lave og stemmer med internasjonale beregninger. Ved obligatorisk registrering i NGER får man gode tall for en hel populasjon slik at man kan identifisere mål for å redusere risikoen for komplikasjoner ved operasjoner. Reduksjon av komplikasjoner vil føre til bedre livskvalitet for pasientene og ha positiv innflytelse på helseøkonomien.

## P4 MELDEORDNINGENS LÆRINGSNOTAT OM SVANGERSKAP, FØDSEL OG BARSELPERIODE

Kirschner R, Saastad E1  
1Meldeordningen for spesialisthelsetjenesten, Kunnskapssenteret, HelseDirektoratet

**Bakgrunn.** Spesialisthelsetjenesten har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde fra om «betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ført til betydelig personskade». Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten overtok ansvaret for ordningen fra Helsetilsynet 1. juli 2012, kalt Meldeordningen. Hensikten med å flytte meldeordningen var å skape et system for læring og forbedring som ikke er koblet til sanksjonsmyndighet. Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten ved at meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Meldingene skal ikke inneholde personopplysninger, verken om pasient eller helsepersonell. Læringsnotatet omhandler hendelser som har skjedd i forbindelse med svangerskap, fødsel og barselperiode.

**Metode.** Meldeordningens saksbehandlere klassifiserer hendelsene etter en forenklet versjon av WHO's rammeverk, kalt WHO-klassifikasjonen. Klassifikasjonen er svært generell fordi den skal kunne anvendes i alle deler av helsetjenesten. For å identifisere hendelsestyper og sviktområder spesifikt knyttet til aktuelt fagområde, ble derfor hendelsene klassifisert på nytt. Meldeordningen ønsker å synliggjøre forbedringsområder ved å anvende eksempler fra innmeldte hendelser og knytte disse til aktuelle forskningsresultater, rapporter fra offentlige organer og internasjonale fagorganisasjoner. Eksemplene representerer typiske eksempler på hendelser, med årsaksbeskrivelse og forslag til forbedringer.

**Resultater.** I perioden fra 1. juli 2012 til utgangen av 2013 mottok Meldeordningen 692 meldinger om hendelser oppstått i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid i spesialisthelsetjenesten, hvorav 492 ble mottatt i 2013. Dette utgjorde dette 5% av 13048 mottatte meldinger i perioden. Førsteforfatteren saksbehandlet og klassifiserte majoriteten av disse i følgende kategorier: kliniske ferdigheter og kunnskaper, legemiddelfeil, medisinsk utstyr, retningslinjer, kommunikasjon- dokumentasjon og informasjon, organisatoriske forhold – samhandling og ressurser, adekvat kompetanse og annet.

**Konklusjon.** Notatet henvender seg særlig til leger og jordmødre som er tilknyttet svangerskapsfødsel- og barselomsorgen. Formålet med

notatet er å vise muligheter for forbedring av den kliniske virksomheten fordi i flertallet av hendelsene med betydelig skade, kan det se ut som om at situasjonens alvorlighets-grad ikke ble erkjent, at kliniske beslutninger ble tatt for sent, og at en ventet for lenge før tiltak ble satt inn. Basert på de innsendte meldingene og med grunnlag i retningslinjer, anbefalinger og forskningslitteratur, har vi identifisert tiltak som kan bidra til å redusere forekomst av uønskede hendelser innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen: Tilsynelatende har notatet fått begrenset distribusjon som kvalitetsforbedringsverktøy, og læringsaspektene bør derfor presenteres for et bredere forum.

## P5 PELVIC PAIN AND DYSPAREUNIA IN WOMEN WITH AND WITHOUT MAJOR LEVATOR ANI MUSCLE DEFECTS

Siafarikas, F<sup>1</sup>, Stær-Jensen J<sup>2</sup>, Hilde G<sup>3</sup>, Bø K<sup>3</sup>, Ellström Engh M<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>University of Oslo, Faculty Division Akershus University Hospital, Oslo; <sup>2</sup>Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology, Lørenskog;

<sup>3</sup>Norwegian School of Sport Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo

**Objectives.** To investigate differences in self-reported pelvic pain and dyspareunia at 6 weeks and 12 months post-partum in women with and without major levator ani muscle defects.

**Methods.** In this cross sectional study 230 primiparous women were included. At 6 weeks post-partum major levator ani muscle defects, defined as detachment of the levator ani muscle from the pubic bone occurring during delivery were diagnosed using three dimensional transperineal ultrasound. The presence of pelvic pain and dyspareunia at 6 weeks and 12 months post-partum was obtained by the International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire (ICIQ) with the following questions: "Do you experience pain around your back passage?", "Are you aware of dragging pain in your lower abdomen?", "Are you aware of soreness in your vagina?" and "Do you have pain when you have sexual intercourse?". Furthermore, a pain map with the possibility to mark painful areas was included in the questionnaire.

**Results.** Of the 230 women 49 (21.3 %) were diagnosed with major levator ani muscle defects. Significant more women with muscle defects than women without defects reported pain around the back passage (84 % versus 68 %; p= 0.031) at 6 weeks post-partum. Otherwise, there were no differences in self-reported pelvic pain and dyspareunia between the groups at both time-points. At 6 weeks post-partum significant more women with muscle defects were not sexually active compared to women without defects (86 % versus 59 %; p= 0.001).

**Conclusion.** Our data suggest that there are no differences in self-reported pelvic pain and dyspareunia in women with and without levator ani muscle defects neither 6 weeks nor 12 months post-partum.

## P6 LAPAROSKOPISK SACROCOLPOPEXI VED KVINNEKLINIKKEN I BERGEN 2012-2016

Størksen CH, Engelsen IB, Veddeng A

Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

**Bakgrunn.** Frem til 2012 ble det brukt ulike operasjonsmetoder ved behandling av vault prolaps og uterin descens grad 3-4, som fremre eller bakre plastikk med spinafiksasjon, kolkpikleise og abdominal sacrocolpopexi. Det er vist at laparoskopisk sacrocolpopexi (LSC) gir færre residiv og mindre dyspareuni enn spinafiksasjon, og redusert morbiditet sammenlignet med abdominal sacrocolpopexi. LSC ble innført som ny metode ved Kvinneklubben i Bergen våren 2012. Som ledd i kvalitetssikringen ønsket vi å se på om innføringen av denne operasjonsmetoden har påvirket antall komplikasjoner, operasjonstid og residivfrekvens sammenlignet med andre publiserte data.

**Materiale og metode.** Retrospektiv journalgjennomgang av kvinner operert med LSC ved Kvinneklubben i Bergen i perioden januar 2012-mai 2016. Preoperative, peroperative og postoperative variabler er registrert. Alle ble innkalt til 3 måneders kontroll. Dataene er analysert i SPSS.

**Resultater.** Totalt 27 pasienter ble operert med laparoskopisk sacrocolpopexi. 10 kvinner hadde vault prolaps og 17 uterinprolaps grad 3-4. Gjennomsnittlig alder var 56.4 år (34-79), paritet 2.85. 14 pasienter var tidligere operert i bukhulen, 5 av disse laparotomert. Gjennomsnittlig operasjonstid var 153 minutter (min 96 - maks 270). Ingen peroperative komplikasjoner, men to kvinner fikk vaginal infeksjon postoperativt, en av disse hadde bånderosjon. Ved kontroll fant man 9 kvinner med cystocele/rectocele, men bare 6 var behandling-

strengende. 9 rapporterte om urininkontinens postoperativt. To kvinner ble relaparoskopert, en hadde løsning av båndet, den andre et nyoppstått enterocele.

**Konklusjon.** Vi har innført en ny operasjonsmetode med gode resultater. LSC gir få per -og postoperative komplikasjoner. En av 27 fikk båndløsning, reoperert med godt resultat.

---

## P7 NORDIC COLLABORATIVE STUDY GROUP OF MATERNAL DEATHS

Vangen S<sup>1</sup>, Bødker B<sup>2</sup>, Bremme K<sup>3</sup>, Ellingsen L<sup>1</sup>, Geirsson R<sup>4</sup>, Gissler M<sup>5</sup>, Nyfløt<sup>1</sup>, Saltveit S<sup>3</sup>, Ulander V<sup>6</sup>, and the national audit groups.

<sup>1</sup>Oslo University Hospital, Oslo Norway; <sup>2</sup>Nordsjællands Hospital, Denmark; <sup>3</sup>Karolinska University hospital, Stockholm, Sweden; <sup>4</sup>Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland; <sup>5</sup>National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland; <sup>6</sup>Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland

**Background.** In the Nordic countries maternal death ratios are low. Despite the seriousness of the event, maternal deaths are substantially underreported; a missed opportunity to learn from such tragedies. The overarching aim of the Nordic Collaboration established in 2011, is to gain knowledge about how to prevent maternal deaths by 1) identifying all maternal deaths, 2) classifying the causes of deaths based on common criteria, and 3) registering data in a common Nordic database.

**Methods.** The National Audit Groups collect data by linkage of registers and direct reporting from hospitals, and assess each case by care, organization, and possible improvements to care.

**Results.** We present data for years 2005 – 2013. The maternal mortality ratio ranged from 6.8-8.2 per 100,000 live births (WHO classification) (exclusive Sweden). In Iceland there was 1 death in 40,746 live births during this period. In total we registered 168 deaths, 90 direct and 78 indirect maternal deaths. Cardiac disease (N=28) was the most common cause of death followed by preeclampsia (N=25) suicide (N=20), and thrombosis (N=20). Improvements to care which would possibly have made a difference to the outcome were identified on average in 1/3 of the deaths.

**Conclusion.** Because maternal deaths are rare, the pooling of data from the Nordic countries increases the possibility to draw valid conclusions about causes, trends and contributing factors of maternal deaths. Identification of areas that need further research, and where teaching or training would be a benefit, could possibly further reduce the number of future maternal deaths.

---

## P8 STOR PLACENTA – EN BIOLOGISK RESPONS TIL HYPOKSI?

Eskild A<sup>1,2</sup>, Strøm-Roum EM<sup>1</sup>, Dypvik J<sup>1</sup>, Larsen S<sup>1</sup> og Haavaldsen C<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinnekliviken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog; <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**Bakgrunn.** Økt kardannelse er en viktig biologisk respons til hypoksi. Danning av nye kar, og dermed en større placenta, kan være en adekvat biologisk respons i et svangerskap hvor mor har nedsatt evne til å supplere fosteret med tilstrekkelig oksygen. Svangerskap hvor mor har anemi, høy alder eller høy kroppsmasseindeks (KMI) er eksempler på slike svangerskap.

**Mål.** Vi studerte placentastørrelse (vekt) i svangerskap hvor mor har anemi, høy alder eller høy KMI (uten samtidig diabetes).

Vi studerte også placentas vekt i forhold til barnets vekt ved fødselen.

Metode. Vi brukte data fra alle fødsler i Norge (Medisinsk fødselsregister) i perioden 1999-2012 og fra alle fødsler ved Kvinnekliviken, Akershus universitetssykehus i perioden 1998-2013.

**Resultater.** I svangerskap med anemi hos mor (Hb <9 g/l) var gjennomsnittlig placentavekt 45,7 gram (6.5 %) høyere enn i svangerskap med Hb >13,5 g/l. I svangerskap hos kvinner >40 år var placentavekten 20 gram (3%) høyere enn i svangerskap hos mødre <25 år. I svangerskap med KMI hos mor på >35 var placentavekten 59 gram (9%) høyere enn i svangerskap med KMI hos mor på <25. I svangerskap hvor mor har anemi, høy alder eller høy KMI var placentas vekt relativt høyere enn barnets vekt (placenta/fødselsvektratio) sammenliknet med andre svangerskap.

**Diskusjon.** En stor og karrik morkake har antakelig bedre evne til oksygenopptak enn en liten morkake. Det er mulig at morkakevekst er en del av en biologisk respons til hypoksi. Svangerskap hvor mor har anemi, høy alder eller høy KMI har også økt risiko for svangerskapsforgiftning. Både placentavekst og preeklampsi kan derfor være deler av en biologisk respons for å bedre oksygentilførselen til fosteret.

## P9 PREALBUMIN ER EN MARKØR PÅ ERNÆRINGS-MESSIG RISIKO VED HYPEREMESIS GRAVIDARUM

Zybkina O<sup>1</sup>, Sandberg AK<sup>1</sup>, Telje T<sup>1</sup>, Monsen ALB<sup>2</sup>, Dierkes J<sup>3</sup>, Trovik J<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Medisinsk-Odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen (UiB), Bergen. <sup>2</sup>Klinisk Institutt 2, UiB, Bergen. <sup>3</sup>Klinisk ernæring, Klinisk Institutt 1, UiB, Bergen. <sup>4</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

**Bakgrunn.** Hyperemesis gravidarum (HG) affiserer 1% av svangerskap og er potensielt skadelig for kvinnen og foster. Prealbumin er en markør på ernæringsstatus, spesielt proteininntak siste 48t. Vi ønsket å undersøke om serum Prealbuminnivå var assosiert med alvorlighetsgrad og ernæringsmessig risiko ved alvorlig svangerskapskvalme/hyperemesis gravidarum.

**Metode.** Kvinner hospitalisert for HG (n=270) ble sammenliknet med en kontrollgruppe friske gravide (n=36). Serum Prealbumin ble korrelert til kliniske og biokjemiske ernæringsparametre, inkludert 24t retrospektiv matinntaksregistrering.

**Resultater.** HG-pasienter hadde lengre gestasjonslengde enn kontrollene (median 8,3 versus 7,0 uker, p<0.001). Ellers var gruppene like mhp pregravid BMI, paritet og tidligere HG-svangerskap. Prealbuminnivå var signifikant lavere hos HG-pasienter versus kontroll: median 0,20 mg/dL versus 0,23 (95% CI 0,20-0,21 og 0,19-0,24, p=0,026). Sammenliknet med kontrollgruppen hadde HG-pasientene signifikant lavere 24t næringsinntak (energiinntak median 653 kcal versus 1646, p<0,001), tilsvarende forskjeller for både estimert protein-, fett- og karbohydratinnntak (alle p<0,001). HG-pasientene hadde større vektendring ved inklusjon (median -4 kg versus +1 kg, p<0,001), høyere andel ketonuri +3 (41% versus 0% p<0.001) og høyere SUKK-skår (Svangerskaps Unik Kvalme Kvantifisering) median 13 (95% CI 13-14 versus 7, 95% CI 6-9, p<0.001). Prealbuminnivå, 24 t kalori-, fett-, karbohydrat- og proteininntak var signifikant lavere mens vekttap og ketonuri økte med økende kvalmegrad klassifisert ved de tre SUKK-kategorier <6, 7-12 og 13-15 (alle p <0.004). Prealbuminnivå var signifikant korrelert til 24t proteininntak, Pearson Correlation =0,410 (p= 0,001).

**Konklusjon.** Prealbuminmåling validere at pasienter med alvorlig svangerskapskvalme/HG har betydelig ernæringsmessig risiko. Å sikre adekvat ernæring bør være et av behandlingsmålene ved Hyperemesis.

## P10 FOR LITE, FOR SENT? ANTIEMETIKABEHANDLING HOS KVINNER HOSPITALISERT MED HYPEREMESIS GRAVIDARUM; EN RETROSPEKTIV 10 ÅRS KOHORT

Kristiansen C<sup>1</sup>, Heitmann K<sup>1,2</sup>, Holst L<sup>1</sup>, Trovik J<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Senter for farmasi, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen (UiB), Bergen, <sup>2</sup>RELIS-Vest, Helse-Bergen HF, Bergen, <sup>3</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, <sup>4</sup>Klinisk Institutt 2, UiB, Bergen

**Bakgrunn.** Hyperemesis Gravidarum (HG), alvorlig svangerskapskvalme, fører til vektuttap, redusert livskvalitet, sykemeldinger og ofte sykehusinnleggelse. Antiemetika kan redusere kvalmen hos HG-pasienter, men i Norge er ingen medikamenter registrerte med HG som spesifikk indikasjon. Studier som kartlegger bruk av antiemetika i en veldefinert norsk populasjon mangler. Vi ønsket å evaluere den antiemetiske behandlingen brukt ved hospitalisering av kvinner med HG.

**Metode.** En sykehusbasert kohortstudie av 558 kvinner med HG innlagt på gynekologisk avdeling, Haukeland Universitetssjukehus 2002-11. Pasientjournaler ble gjennomgått retrospektivt og antiemetikabruk før og under sykehusopphold korrelert med kliniske pasientkarakteristika samt lokale og nasjonale retningslinjer angjeldende periode.

**Resultater.** Over halvparten av kvinnene som ble innlagt (54 %) hadde ikke brukt noe antiemetika før innleggelse. Signifikant flere ikke-kaukasiske kvinner (p=0,009) hadde ikke brukt antiemetika før hospitalisering. Antiemetikabruk både før og under sykehusinnleggelse økte i løpet av 10-årsperioden. På sykehus benyttet totalt 93 % av kvinnene kvalmestillende, i størst grad metoklopramid (54 %), dernest proklorperazin (41 %) og meklozin (36 %). Ondansetronbruk økte og ble gitt til hele 41 % av kvinnene i den siste 5-årsperioden. Faktisk forskrivning avvek fra nasjonale og lokale retningslinjer denne perioden, da ingen av disse inkluderte metoklopramid i sine anbefalinger.

**Konklusjon.** Mange kvinner, og spesielt de med ikke-kaukasiske etnisitet, hospitaliseres for HG uten at antiemetisk behandling har vært benyttet. Hvis tilbud om antiemetisk behandling hadde vært bedre kunne kanskje en del innleggelse vært unngått? Evaluering av faktisk medikamentbruk er viktig for å si i hvilken grad retningslinjer etterleves.

## P11 FOREKOMST OG OPERATIV BEHANDLING AV GYNEKOLOGISKE FISTLER I NORGE 2008-2014; EN NASJONAL SYKEHUSKOHORT

Flaatten K<sup>1,2</sup>, Acharya G<sup>1</sup>, Kiserud T<sup>3,4</sup>, Trovik J<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Helsevitenskapelige fakultet, UiT, Tromsø, <sup>2</sup>Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, <sup>3</sup>Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler, KK, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, <sup>4</sup>Klinisk Institutt 2, UiB, Bergen

**Bakgrunn.** Gynekologiske fistler er en sjelden tilstand i industrialiserte land. For å sikre likeverdig og god behandling ble Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler (NBTGF) opprettet ved Kvinneklubben Haukeland Universitetssjukehus (KK HUS) i 2012. Vi ønsket med denne studien å belyse nasjonal forekomst og kirurgisk behandling av gynekologiske fistler da data om dette ikke tidligere er publisert.

**Metode.** Retrospektiv nasjonal sykehuskohortstudie av alle kvinner behandlet 01.01.08 - 31.12.14 med diagnose N82 gynekologisk fistel registrert i Norsk Pasientregister (NPR). Utfallsvariablene er antall pasienter registrert med en gynekologisk fisteldiagnose, gynekologisk fisteltype, kvinnens alderskategori, helseregion, avdelingstype og type kirurgi utført (prosedyrekoder). Populasjonsinsidens ble beregnet som antall kvinner med kirurgisk behandlet fistel/antall norske kvinner. Kategoriske variabler ble sammenlignet med Kji-kvadrattest og lineære variabler med ikke-parametriske tester.

**Resultater.** 1627 kvinner med totalt 4475 kontakter var registrert med gynekologisk fisteldiagnose eller fistelprosedyre, 75% med fistel som hoveddiagnose. 44% av pasientene fikk utført gynekologisk fistelrelatert kirurgi, en populasjonsinsidens på 0,02% (95% konfidensintervall 0,02-0,02) og disse hadde median 3 sykehuskontakter (range 1-67). Enterogenitale fistler var vanligst, forekom hos 56% av hele kohorten og disse fikk utført mest fistelkirurgi (65% av alle fistelopererte). I forhold til folketall (21% av Norske kvinner) utførte Helse-Vest mest fistelrelatert kirurgi (31% av alle fistelopererte,  $p < 0,001$ ), mens det ikke ble påvist signifikant økning etter at NBTGF ble opprettet.

**Konklusjon.** Gynekologiske fistler i Norge er en uvanlig tilstand, med insidens på 0.02% som behandles kirurgisk, men representerer stor sykkelighet for den enkelte pasient. Helse-Vest, som inkluderer NBTGF, utfører forholdsmessig mest fistelrelatert kirurgi i Norge.

## P12 TØNSBERGMODELLEN: LAPAROSKOPIUTDANNING I PRAKSIS

Omtvedt M, Kalstad S, Mai HT, Skrøppa S.

Kvinneklubben, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

**Bakgrunn.** Internasjonalt er det stadig økende krav til opplæring og sertifisering av operatører i endoskopisk kirurgi. I europeisk sammenheng har ESGE satt den faglige standarden for gynekologisk endoskopi via sitt strukturerte program og sertifisering The Gynecological Endoscopic Surgical Education and Assessment programme (GESEA). Ved Sykehuset i Vestfold har vi tilpasset GESEA-metoden til norske forhold for å få en standardisert og enhetlig laparoskopitdanning. Målet vårt er å utdanne kompetente LIS-leger innenfor laparoskopi tidlig i spesialiseringen, opprettholde et høyt faglig og kirurgteknisk nivå på operasjonstua og dermed redusere operasjonstiden samt komplikasjoner.

**Metode.** Vi vil presentere vår utdanningsmodell i laparoskopi som inneholder momenter som teoretisk og praktisk opplæring, individuelt tilpasset simuleringstrening med instruktør, tydelige krav til egentrening, praktisk sertifiseringsprøve, standardisering av prosedyrer, strukturert veiledning på operasjonstua samt en årlig laparoskopi-konkurranse mellom kirurger og gynekologer med standardiserte øvelser.

**Resultater.** LIS-legene har en god teoretisk og praktisk bakgrunn innenfor laparoskopi før de slipper til på operasjonstua, som legger til rette for rask progresjon under veiledning av erfaren operatør. I presentasjonen demonstreres statistikk over loggført simuleringstrening siste året, standardiserte øvelser, video som demonstrerer overgangen fra øving til praksis på operasjonstua samt resultater fra årets laparoskopi-konkurranse mellom kirurger og gynekologer hvor to av gynekologene hevdet seg blant topp 5.

**Konklusjon.** En multimodal strukturert teoretisk og praktisk utdanningsmodell i laparoskopi gir trygghet, faglig kompetanse samt laparoskopiferdigheter som styrker utdanningen av LIS-leger innenfor gynekologisk endoskopi, samt vedlikeholder overlegenes ferdigheter. Dette fører til økt pasientsikkerhet ved å redusere unødvendige komplikasjoner samt forkorter operasjonstiden, som igjen vil være kostnadseffektivt for sykehuset.

## P13 MORS ALDER, EPIDURAL ANALGESI OG OXYTOCIN STIMULERING SOM RISIKOFAKTORER FOR KEISERSNITT HOS FØRSTEGANGSFØDENDE

Rossen J<sup>1,2</sup>, Klungsoyr K<sup>3,4</sup>, Albrechtsen S<sup>5,6</sup>, Løkkegård E<sup>7</sup>, Rasmussen S<sup>7</sup>, Bergholt T<sup>8</sup>, Skjeldestad FE<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken Sørlandet sykehus, Kristiansand, Norge; <sup>2</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim, Norge; <sup>3</sup>Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Norge; <sup>4</sup>Medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet, Bergen, Norge; <sup>5</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland universitetssykehus, Bergen, Norge; <sup>6</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen, Norge; <sup>7</sup>Kvinneklivnikken, Nordsjællands Hospital, Universitetet i København, Danmark; <sup>8</sup>Kvinneklivnikken, Rigshospitalet, Universitetet i København, Danmark; <sup>9</sup>Forskningsgruppe Kroniske sykdommers epidemiologi, Institutt for samfunnsmedisin, Helsevitenskapelig fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø, Norge

**Bakgrunn.** Mors alder er en kjent risikofaktor for keisersnitt. Epidural analgesi og oxytocin stimulering kan modifisere denne assosiasjonen.

**Metode.** Vi har undersøkt effekten og interaksjoner mellom mors alder, epidural analgesi og oxytocin stimulering og risiko for keisersnitt. Inkludert i studien er 416 386 kvinner som var førstegangsfødende,  $\geq 37$  svangerskapsuker, ett barn i hodeleie og spontan fødselsstart fra Norge og Danmark i perioden 2000 til 2011. Mors alder var hoved eksponering, stratifisert for bruk av epidural og oxytocin, med keisersnitt som utfall. Alle assosiasjoner ble justert for barnets fødselsvekt og tidsperiode. Khikvadrattest og logistisk regresjon ble brukt for å estimere assosiasjoner og interaksjoner.

**Resultater.** Keisersnittfrekvensen økte kontinuerlig med mors alder, både i hele materialet og stratifisert på epidural og bruk av oxytocin. Sterke interaksjoner mellom mors alder, bruk av epidural og oxytocin og risikoen for keisersnitt ble observert. Kvinner med epidural hadde en redusert risiko for keisersnitt hvis fødselen ble stimulert med oxytocin sammenlignet med ikke stimulert. Dette ble observert i alle aldergrupper i Norge, men kun hos kvinner  $\geq 30$  år i Danmark. Hos kvinner uten epidural var oxytocin stimulering assosiert med økt risiko for keisersnitt i Danmark, men ikke i Norge.

**Konklusjon.** Våre funn indikerer at oxytocin stimulering reduserer risikoen for keisersnitt hos kvinner med epidural. En liberal bruk av oxytocin hos disse kvinnene kan forsvares, men hos kvinner uten epidural bør indikasjonen være god.

## P14 POP-Q ER EN BEDRE DIAGNOSTISK METODE ENN TOMOGRAFISK TRANSPERINEAL ULTRALYD VED SYMPTOMER PÅ DESCENS HOS KVINNER FRA NORMALBEFOLKNINGEN

Volløyhaug I<sup>1,2</sup>, Rodrigo Guzmán Rojas<sup>3</sup>, Siv Mørkved<sup>4</sup>, Kjell Å Salvesen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, St Olavs hospital, Trondheim; <sup>2</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne og kvinnesykdommer NTNU, Trondheim; <sup>3</sup>Uroginecología, Ginecología y Obstetricia, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile; <sup>4</sup>Institutt for Samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim

**Bakgrunn.** Det er ofte diskrepans mellom symptomer på descens og kliniske funn. Vi ville undersøke om transperineal ultralyd er bedre enn tradisjonelle diagnostiske metoder når det er diskrepans mellom symptomer og klinikk.

**Metode.** I 2013-14 gjennomførte vi en tverrsnittstudie der vi undersøkte førstegangsfødende kvinner fra perioden 1990-1997. Kvinnene svarte på et spørreskjema om symptomer på kul i skjeden og vansker med å tømme urinblære eller tarm. De ble undersøkt både med POP-Q (0,5 cm intervaller) og 3D tomografisk transperineal ultralyd (urinblærens og rectalampullens vertikale avstand fra symfyen i mm ved Valsalva) for gradering av descens. Gjennomsnittsverdi for mål på descens ble sammenliknet med t-test mellom kvinner som anga symptomer og de som var asymptomatiske.

**Resultater.** Totalt 596 kvinner svarte på spørreskjema og ble undersøkt med POP-Q og ultralyd. Diagnose av cystocele ved ultralyd (6,5 vs -0,5 mm,  $p < 0.01$ ) og POP-QBa (-1.0 vs -2.0 cm,  $p < 0.01$ ) samvarierte med symptomet "kul i skjeden". For rectocele var det samvariasjon med POP-QBp (-1.6 vs -1.9 cm,  $p = 0.03$ ), men ikke for ultralydfunn (5.8 vs 4.5 mm,  $p = 0.4$ ) for "kul i skjeden". Ingen av metodene samvarierte med "vansker med å tømme urinblæren", mens POP-QBp (-1.7, vs -2.0 cm,  $p = 0.02$ ) og ikke ultralyd (6.2 vs 4.0 mm,  $p = 0.05$ ) samvarierte med "vansker med tarmtømming".

**Konklusjon.** Hos kvinner fra normalbefolkningen var POP-Q-mål en bedre diagnostisk metode enn transperineal ultralyd ved symptomer på cystocele og rectocele, men dette bør også undersøkes i en pasientpopulasjon.



## P15 FIREFLY-PILOT (FUTURE OF NEAR-INFRARED ENCEPHALIC FETAL MONITORING DURING LABOR AND DELIVERY)

Kalstad S<sup>1</sup>, Hwang Y<sup>2</sup>, Dale PO<sup>1</sup>, Lindholm E<sup>3</sup>, Ljungblad U<sup>4</sup>, Acharya G<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Kvinnekliviken, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg; <sup>2</sup>Department of Neurology, University College, London; <sup>3</sup>Akuttavdelingen, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg; <sup>4</sup>Barneavdelingen, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg; <sup>5</sup>Professor UiT, Tromsø og CLINTEC, Karolinska Institutet, Stockholm

**Bakgrunn.** Det foregår en intens faglig debatt om hvilken av nåværende metoder for intrapartum fosterovervåking som bør foretrekkes. Alle nåværende metoder har betydelige begrensninger hva gjelder prediktiv verdi for viktige kliniske utfall. Bedre diagnostikk er selve forutsetningen for bedre føtomaternelle utfall, både ved korrekt å identifisere patologiske fødselsforløp forut for varig hjerneskade og ved å unngå overdiagnostikk med påfølgende iatrogene skader. Near Infrared Spectroscopy (NIRS) er en undersøkelsesmodalitet (cerebral oksymetri) utviklet for mer direkte å overvåke målorganet, hjernen, ved å måle dyp blandet vevsoksygenering. Metoden gir et potensiale for bedre diagnostikk og meritterer nærmere undersøkelser.

**Metode.** FIREFLY er en pilotstudie med inklusjon av 80 fostre i risikopopulasjonen. Disse vil overvåkes med kontinuerlig cerebral oksymetri fra aktiv fødsel og en time postpartum. Monitoren vil være blindet for behandlingspersonalet. Primært undersøkes signal-kvalitet og kvalitative erfaringer med bruk av utstyret. Sekundært undersøkes sjeldne utfall som sammenholdes med nåværende metoder for fosterovervåking samt kliniske fødselsutfall, Apgar, blodgasser fra navlesnorsblod og neonatale utfall.

**Resultater.** Studien er godkjent i Regional Etisk Komite med forventet oppstart høsten 2016. Innledende resultater vil presenteres på Årsmøtet NGF dersom de foreligger.

**Konklusjon.** Intrapartum overvåking med cerebral oksymetri er et område som nå utforskes nærmere.

## P16 TRANSPERINEAL KONTRASTULTRALYD I UTREDNING AV MIDTKOMPARTMENT PROLAPS

Rozsa D<sup>1</sup>, Bjørge L<sup>2,3,4</sup>, Sande RK<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinnekliviken, Stavanger Universitetssjuehus (SUS), Stavanger, <sup>2</sup>Institutt K2, Universitetet i Bergen, <sup>3</sup>CCBIO, Universitetet i Bergen, <sup>4</sup>Kvinnekliviken, Haukeland Universitetssjuehus, Bergen

**Bakgrunn.** Grundig preoperativ vurdering er sentralt ved valg av kirurgisk metode for genitalt prolaps. Transperineal ultralyd har vist seg lovende i studier, men vanskelig å implementere i praksis, da metoden er tidkrevende å mestre og visualisering kan være vanskelig. Cervix og vagina har lignende ekkotetthet og organbegrensninger kan være uklare. Vår hypotese er at vi kan bedre visualisering av midtkompartiment prolaps og definere avgrensningene til cervix uteri bedre ved applikasjon av ekkotett eller ekkosvak kontrast i vagina.

**Metode.** Deltagere: Kvinner med underlivs prolaps ved SUS. Fire kontrastmidler ble evaluert: Silikonperler, ExEm© Foam, Ovesterin© vaginalkrem og ultralydgel. Vi undersøkte med ultralyd både i hvile og ved maksimum utført valsalva manøver, med og uten vaginal kontrast. Undersøker vurderte subjektivt visualisering, skyggedannelse og kontrastlekkasje. Etter undersøkelsen rangerte deltagerene ubehag og smerter knyttet til undersøkelsen på en skala fra en til seks på et spørreskjema, og sammenlignet undersøkelsen med vanlig gynekologisk undersøkelse.

**Resultater.** 46 kvinner i alderen 30-83 år ble undersøkt, gjennomsnittsalder 56,4 år. Silikonperler (n=5) dannet ultralydskygger og visualiserte bare fornices. ExEm© Foam (n=3) dannet ultralydskygger og kontrastlekkasje var et problem. Ovesterin© vaginalkrem (n=9) bedret visualisering uten kontrastlekkasje eller skyggedannelse. Vannbasert ultralydgel (n=36) bedret visualisering uten skyggedannelse, noe kontrastlekkasje ved applisert volum over 20 ml. Syv kvinner ble undersøkt med mer enn ett kontrastmiddel. Undersøkelsen ble tolerert vel, bare to av deltakerne rapporterte smerte eller ubehag, og alle deltakere rapporterte ubehag lik eller mindre enn en vanlig gynekologisk undersøkelse.

**Konklusjon.** Transperineal kontrast ultralyd bedrer visualisering av midtkompartiment og undersøkelsen tolereres vel av pasientene.

## P17 KOMBINERT URETER – OG BLÆRESKADE VED GYNEKOLOGISK LAPAROSKOPI – EN KASUISTIKK

Putz A, Bohlin T, Rakovan M, Skrøppa S  
Kvinneklivnikken, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

**Bakgrunn.** Insidensen for alvorlige organskader ved gynekologiske laparoskopier er gjennomsnittlig lav. Blæreskader er beskrevet internasjonalt mellom 0,03% og 8%, ureterskader mellom 0,03% og 2%. I Norsk gynekologisk endoskopiregister er insidensen for blæreskader i tidsrommet fra 01.02.2013 til 31.12.2015 blant alle laparoskopier 0,14% og ureterskader 0,11%, og ved alle laparoskopiske hysterektomier 0,35% henholdsvis 0,46%. Det viser seg at risikoen for skader på nedre urinveier stiger med kompleksitet av inngrepet. Ved eventuell skade er det ønskelig å oppdage skaden peroperativ slik at den repareres under primæringgrepet.

**Metode.** Det blir gjennomført en total laparoskopisk hysterektomi hos en 46 år gammel to para pga. blødningforstyrrelser og normal stor uterus. Eneste risikofaktor i anamnesen var et sectio. Under preparasjon av blæren fra skjedenveggen kom det til en kombinert blær- og ureterskade. Urologen blir tilkalt og cystoskopien bekreftet funn av en 2 x 2 cm stor blæreskade rundt venstre ureterostium og total klippet venstre ureter intramuralt. Gynekologen gjennomførte laparoskopisk ureternyimplantasjon etter Psoas-Hitch og blæresutur med veiledning av urologen.

**Resultater.** Pasienten ble utskrevet med Foley kateter og JJ-stent på venstre ureter 4. postoperative dag. Videre postoperative forløp var roblemløs og kateteret ble fjernet etter 4 uker, JJ-stentet etter to måneder. Ved en oppfølgingskontroll 9 uker etter inngrepet var pasienten velbefinnende og hadde ingen problemer.

**Konklusjon.** Avhengig av gynekologens kompetanse kan gynekologen operere alvorlige ureter- og blæreskader laparoskopisk med en urolog som veileder eller assistent. Hvis urologene ikke kan reparere denne typen skader laparoskopisk blir det mindre konsekvens for pasientene og raskere rekonvalesens om gynekologen kan gjøre det.

## P18 STANDARDISERT RETROPERITONEAL DISSEKSJON AV URETER OG PROXIMALE ARTERIA UTERINA VED AVANSERT TOTAL LAPAROSKOPISK HYSTEREKTOMI KASUS

Putz A, Bohlin T, Rakovan M, Skrøppa S  
Kvinneklivnikken, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

**Bakgrunn.** Total laparoskopisk hysterektomi (TLH) er blitt en av de hyppigste prosedyrene i operativ gynekologi i Norge i de siste årene. I tilfeller med uttalt adhesjoner i bekkenet, dyp infiltrerende endometriose eller stor uterus er tilgangen til distale arteria uterina ofte vanskelig eller ikke synlig. Dermed blir TLH en utfordring. I tillegg er anatomisk posisjon av ureteres jevnlig forandret. Økt intraoperative blødninger og høy rate med ureterskade er konsekvensen. Det er meget ønskelig å redusere intraoperative blødninger og ureterskader i slike tilfeller av TLH.

**Metode.** På Sykehuset i Vestfold har vi utviklet en TLH prosedyre ved avanserte kasus med standardisert retroperitoneal disseksjon og koagulasjon av proksimale arteria uterina og ureterdisseksjon. Først blir peritoneum på hver side åpnet på nivå av bekkeninngangen og ureter blir fridissekert. Ved å holde ureter medialt blir arteria iliaca interna frilagt til avgangen av arteria uterina og arteria uterine blir koagulert proksimalt.

**Resultater.** Mellom november 2015 og juli 2016 har vi operert 46 pasienter med denne teknikken. Det var ingen tilfelle med intraoperativ blødning mer enn 1,500 ml. Nesten alle blødde < 100 ml. Ingen ureterskade i fossa ovarica og parametralt er registrert.

En ureterskade i intramurale blæredelen ble forårsakt ved blæredisseksjon og ikke ved parametralt disseksjon.

**Konklusjon.** Standardisert retroperitoneal disseksjon og koagulasjon av proksimale arteria uterina og ureter fører til mindre blodtap og mindre antall ureterkomplikasjoner. Operasjonsmetoden anbefales for alle avanserte TLH.

## P20 GJENNOMFØRBARHET OG SIKKERHET AV TRANSVAGINAL BIOPSITAKING AV ADENOMYOSE FOR FORSKNINGSMÅL

Tellum T<sup>1,2</sup>, Qvigstad E<sup>1,2</sup>, Lieng M<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Gynekologisk avdeling, Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**Bakgrunn.** Adenomyose er en hyppig tilstand som kan forårsake smerter og infertilitet. Kunnskap om diagnostikk og behandling av yngre kvinner med adenomyose er begrenset, også fordi eksperimentell forskning på denne tilstanden oftest baseres på hysterektomi-preparater fra eldre kvinner. I denne studien ønsker vi å evaluere om det er mulig og sikkert å høste adenomyotiske lesjoner in vivo, slik at også vev fra yngre kvinner med adenomyose kan bli tilgjengelig for forskning.

**Metode.** Kvinner som deltar i Norsk Adenomyosestudie (n=100) med planlagt hysterektomi på benign indikasjon, får forespørsel om å delta i biopsitakingen. Det tas fire biopsier før planlagt hysterektomi men, under fullnarkose. Biopsiene tas ultralydveiledet transvaginalt med en 16-18G stansebiopsinål. Påvist adenomyosevev i biopsien registreres. Videre registreres eventuelle komplikasjoner til biopsitakingen under den påfølgende hysterektomien.

**Resultater.** Preliminære resultater inkluderer 61 kvinner. Adenomyose ble påvist i operasjonspreparatet etter hysterektomi hos 38 av disse kvinnene (62.3 %). Hos syv av disse kvinnene ble adenomyosevev påvist i biopsiene (sensibilitet 18.4 %). Ingen komplikasjoner er observert i forbindelse med biopsitakingen. Gjennomsnittlig mengde intraperitoneal blødning under biopsitakingen er 14 ml (SD 30) og gjennomsnittlig tidsbruk er 6.6 minutter (SD 1.8). Inklusjonen i studien avsluttes i august 2016 og endelige resultater vil bli presentert på NGFs årsmøte.

**Konklusjon.** De foreløpige resultatene viser at det er mulig og trygt å ta transvaginale uterine biopsier av adenomyose in vivo, men sensibiliteten er lav. En fordel med denne biopsiteknikken er likevel at man unngår livmorkaviteten under prøvetakingen, da eutopt endometrium kan påvirke forskningsresultatene ved molekylære undersøkelser av adenomyosevev.

## P21 DOES THE USE OF DIAGNOSTIC TECHNOLOGY REDUCE FOETAL MORTALITY? EVIDENCE FROM THE INTRODUCTION OF ULTRASOUND AND CTG IN NORWAY

Jostein Grytten<sup>1,2</sup>, Irene Skau<sup>1</sup>, Rune J. Sørensen<sup>3</sup>, Anne Eskild<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Community Dentistry, University of Oslo, Oslo, Norway. <sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Institute of Clinical Medicine, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway. <sup>3</sup>BI Norwegian Business School, Oslo, Norway

**Objective.** To examine the effect that the introduction of new diagnostic technology in obstetric care has had on foetal death.

**Data Source.** The Medical Birth Registry of Norway provided detailed medical information for approximately 1.2 million deliveries from 1967 to 1995. Information about diagnostic technology was collected directly from the maternity units, using a questionnaire.

**Study Design.** The data were analyzed using a hospital fixed-effects regression with foetal mortality as the outcome measure. The key independent variables were the introduction of ultrasound and cardiotocography (CTG) at each maternity ward. Hospital specific trends and risk factors of the mother were included as control variables. The richness of the data allowed us to perform several robustness tests such as leads and lags analyses, alternative trend specifications and whether the effects of the use of diagnostic technology persisted after birth.

**Data collection.** The primary data source was register data, representative for the relevant study population.

**Principal finding:** The introduction of ultrasound caused a significant drop in foetal mortality rate, while the introduction of CTG had no effect on the rate.

**Conclusion.** The introduction of ultrasound made a major contribution to the decline in foetal mortality at the end of the last century.

## P22 INVASIV PLACENTA

Trent P B<sup>1</sup>, Laine K1, Jacobsen AF<sup>1</sup>  
 1Kvinneklivnikken, Oslo universitetssykehus, Oslo

**Bakgrunn.** Økende bruk av keisersnitt gir økende andel pasienter med patologisk placentering (invasiv placenta). Disse kvinnene er utsatt for alvorlig postpartum blødning. Et økende antall pasienter med mistenkt invasiv placenta sendes fra andre sykehus til OUS-Ullevål for forløsning. Det finnes intet nasjonalt register på denne pasientgruppen og vi har etablert et lokalt kvalitetsregister.

**Metode.** Alle pasienter med pre- eller peroperativt diagnostisert invasiv placenta og stor blødning er registrert fra november 2014. Vi har registrert paritet, tidligere forløsningsmetode, operasjoner på uterus, IVF-behandling og diagnosetidspunkt. Videre forløsningsmetode, blødning, behov for intervensjonsradiologi, hysterektomi og komplikasjoner. Registeret er godkjent av personvernombud ved OUS.

**Resultater.** Totalt 11 kvinner er inkludert i perioden november 2014 til juni 2016. Av risikofaktorer fant vi keisersnitt (9), myomektomi (1) og revisio (1). Placenta previa totalis ble funnet hos 6 av 11. Diagnosen invasiv placenta forelå før forløsning hos 9 av 11. En kvinne fødte vaginalt, 10 ble forløst med keisersnitt, 6 planlagte og 4 akutte. Uterotomien ble lagt som lavt tverrsnitt (2), klassisk lengdesnitt (2) eller lengdesnitt i fundus (6). Primær hysterektomi ble gjort hos 9 kvinner, en senere pga infeksjon. Blødningsmengden var gjennomsnittlig 3454 ml (1500 - 5000ml). Aortaballong ble brukt i 7 av 11 tilfeller.

**Konklusjon.** Invasiv placenta er en alvorlig tilstand som kan diagnostiseres ved ultralydscreening. I vårt materiale hadde 6 pasienter placenta previa, 9 hadde tidligere keisersnitt. Vi har erfart at kartlegging av tilstanden og samarbeid med andre spesialiteter (intervensjonsradiolog, anestesilog, urolog) i forkant har vært viktig for optimal behandling og best mulig resultat.

## P23 EVALUERING AV CTG TOLKING, MED ELLER UTEN ST-ANALYSE

Chen Sun, Jørg Kessler, Rasmussen Svein, Susanne Albrechtsen  
 Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

**Bakgrunn.** Kardiotokografi (CTG) alene eller i kombinasjon med ST-analyse (STAN) er grunnleggende verktøy for intrapartum fosterovervåkning, som krever tolking av CTG. Suboptimal eller feiltolking av CTG er en kjent årsak til uønsket perinatal utfall. Intra- og interobservatør variasjon i CTG tolking er tidligere vist å være stor. Vi har laget en nettbasert elektronisk database med CTG og STAN registreringer, som kan brukes til opplæring, sertifisering og forskning.

**Metode.** Femti anonymiserte STAN registreringer med klinisk informasjon ble inkludert i databasen, som er delt i 3 moduler. Første modul inneholder kun CTG; i andre modul vises CTG med klinisk informasjon; i tredje modul blir også ST-analyse synlig. Ved første pålogging blir bakgrunnsdata for brukeren (f.eks. sykehus, lege/jordmor, lengde av klinisk erfaring, tidligere opplæring/sertifisering av CTG/STAN) registrert. Brukeren blir så bedt om å klassifisere CTG (normal, avvikende, patologisk, eller preterminal) etter vanlige kriterier (basalfrekvens, variabilitet, akselerasjoner, deselerasjoner og typer deselerasjoner). Brukeren blir også bedt om å vurdere indikasjon for tiltak/intervensjon og hvilke tiltak. All registrering foregår direkte elektronisk (Firma CheckWare, Trondheim).

**Resultater.** Denne elektroniske registreringen av CTG og STAN tolking kan gi en systematisk oversikt over kunnskapsnivået i CTG tolking blant jordmødre og leger. Resultatene kan brukes til å gi målrettet opplæring og å re-evaluere effekten av opplæring. Databasen vil også gi et verdifullt utgangspunkt for forskning og mulighet for sammenligning innad i avdelingen og mellom forskjellige sykehus.

**Konklusjon.** Dette er den første elektroniske, nettbaserte databasen i Norge med kliniske eksempler for tolking av CTG og STAN. Den vil bidra til både systemisk opplæring og forskning innen feltet.

## P24 URININKONTINENS KIRURGI VED BRUK AV AJUST SLYNGE: 5 ÅRS OPPFØLGINGS RESULTATER

Majida M<sup>1</sup>, Camilla Svensvik<sup>2</sup>, Ala Jabri Haug<sup>3</sup>, Askestad KA<sup>4</sup>  
<sup>1,2,3,4</sup> Kvinneklivikken Akershus Universitetssykehus, Lørenskog

**Bakgrunn.** Mål med denne kvalitetssikringsstudie var å vurdere 5 år postoperative oppfølging resultatene av urininkontinens kirurgi utført med justerbar mini slynge av type AJUST ved Gynekologisk avdeling Akershus universitetssykehus (Ahus).

**Metode.** AJUST (fra Bard) er hoved operasjonsmetode ved Ahus. 5 års postoperativ oppfølging var utført ved å ringe til aktuelle kvinner og registrere svar i Norske kvinnelig inkontinens register (NKIR) sitt spørreskjema.

**Resultater.** 218 kvinner med gjennomsnittsalder 45,1år (range 33-86), gjennomsnitt BMI 26,5 (range 19,1- 41,4) kvalifiserte for denne oppfølgings studie. Ett år postoperativt 165 (77,5 %) kvinner var svært fornøyd med resultatene, 29(13,6 %) kvinner var litt fornøyd, 6 (2,8 %) kvinner var verken fornøyd eller misfornøyd, mens 6 (2,8 %) kvinner var litt misfornøyd og 7 (3,3 %) var svært misfornøyd. Tilfredshet data manglet i 5 (2,3 %) tilfeller. 206 (95,0 %) kvinner fikk ingen komplikasjoner. 5 år postoperativt 138(78 %) kvinner var svært fornøyd, 20(11,3 %) kvinner var litt fornøyd, 8(4,5 %) kvinner var verken fornøyd eller misfornøyd, 2(1,1 %) kvinner var litt misfornøyd og 9 (5,1 %) var svært misfornøyd. Av 218 kvinner som kvalifiserte for 5 års oppfølging 5(2,3 %) var døde. Vi fikk ikke telefoniskontakt med 36(16,5 %) kvinner. 1 (1,2 %) var reoperert, ellers var ingen flere komplikasjoner.

**Konklusjon.** Oppfølgings resultater etter AJUST kirurgi er stabil etter 5 år.



«Sagbladet», Elvebredden skulpturpark, foto: D. Valberg (flickr).

# Årsmelding NGF 2015

Styret har bestått av Jone Trovik (leder), Stine Andreassen nestleder, Marit Lieng vitenskapelig sekretær, Arild Kloster-Jenssen (PSL) kasserer, Tone Shetelig Løvig og Elise Thoresen Sletten (FUGO). Varamedlemmer: Nils Halvdan Mørken, Helene Fjeldvig Pedersen (FUGO) og Åsle Marit Ullern (PSL).

NGF har totalt 1113 medlemmer; 724 menn og 389 kvinner. 16 assosierte medlemmer og 1097 ordinære, 720 godkjente spesialister, 76 ikke-godkjente spesialister uten LIS-stilling, 13 godkjente spesialister i LIS-stilling, 317 LIS.

Det har vært avholdt 7 styremøter; 4 i Oslo, 1 på Norefjell samtidig med laparoskopimøte der, 1 i Kristiansand samtidig med vårmøtet og 1 i Bergen i forut for årsmøtet 2015. Redaktør for Gynekologen Agnethe Lund og nettedaktør Mette Løkeland har møterett og har deltatt på styremøter der det har vært ønskelig.

Styret behandlet i alt 30 nye saker i tillegg til saker fra tidligere år. Fast på hvert møte er orienteringssaker fra Legeforeningen, PSL, NFOG, EBCOG og FIGO. Styret er representert i EBCOG, NFOG og NFGO. Eksterne samarbeidspartnere (som DNLF og Den norske Jordmorforening) har møtt når man har sammenfallende saker å diskutere.

**Gynekologiveilederen** ble ferdig revidert og har også blitt tilgjengelig som App. Kvalitetsutvalget har gjort et stort arbeid også denne gangen, takk til dem og alle kapittelmedarbeidere. Arbeid med at kapitelforfattere for både gynekologi og obstetrikkeveileder oversetter til engelsk er initiert som ledd i NFOG prosjekt, edes av Ferenc Macsali. Norske veiledere utgjorde 14 av de 38 som var publisert innen desember 2015. Stå på!

**Ultralysaksaken.** Etter at Helsedirektoratet Oktober 2014, lanserte sitt vedtak om "Valg av Ultralydmetode for terminbestemmelse", der eSnurra brukt i 2. Trimester skulle være nasjonal metode, var ultralysaksaken et sentralt tema også utover i 2015. Saken foranlediget debatt i foreningen så vel som i media. NGF hadde hatt møte med HDir desember 2014. Kapitelforfatterne av ultralydskapittelet ble kontaktet og en begrunnelse for hvorfor NGF/fagmiljøet ville se bort fra HDir's anbefaling og ikke endre NGFs veileder ble sendt HDir og HOD sammen med kommentar fra legeforeningens fagmedisinske avdeling. DNLF representant hadde møte med

HDir og ytterligere møte NGF-HDir inkludert helsedirektøren april-15. Dette resulterte ikke i noe konkret, prosessen var så tung at selv referat fra dette møtet ikke kunne godkjennes før ultimo august 2015. NGF har fortsatt oppfordret sine medlemmer til å forholde seg til Veilederens retningslinjer for ultralyd og er ikke kjent med at noen avdelinger/helseforetak har endret sine prosedyrer/metode mhp terminbestemmelse.

**Nasjonalt forbedringsprosjekt obstetrik** (tidligere omtalt som "Gjennombruddsprosjekt keisersnitt nr 2"), er gjennomført, Jørg Kessler var prosjektleder og kvalitetsmidler fra DNLF samt 25 deltagende avdelinger har gjort en stor innsats! Deltagende gynekologer og jordmødre har vært entusiastiske og hardtarbeidende og prosjektet har hatt god lokal forankring der hvert sted valgte sin vinkling av forbedringsprosjektet. Arbeidet munnet ut i strategi for felles klassifikasjon av indikasjon for keisersnitt under aktiv fødsel og videre datainnsamling i samarbeid med MFR. Dette berger for fortsatt forbedring av norsk fødselsomsorg!

**NPE som høringsinstans.** Styret mottar en mengde høringer til uttalelse, både fra Legeforeningen og Helse- og Omsorgsdepartementet. Vi besvarer dem vi mener er relevante for fagfeltet vårt og i 2015 har vi avgitt 27 høringsvar, de viktigste har vært

- Høring Legeforeningen som aktør ved utarbeidelse av faglige veiledere og retningslinjer.
- Høring-NOU -prioritering i helsetjenesten.
- Høring –revidert prioriteringsveiledere for 33 fagområder
- i spesialisthelsetjenesten.
- Høring Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten.
- Høring policynotat offentlig og privat helsetjeneste.
- Høring Forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten - fritt behandlingsvalg.
- Høring Legers etterutdanning.



"Hammering Man", Elvebredden Skulpturpark. Foto: Jonathan Borofsky.



Foto: D. Valberg.

- Høring Helsekort for gravide.
- Høring Helsedirektoratets vurdering av EPDS til gravide.
- Høring Nasjonal handlingsplan Gynekologisk kreft.
- Høring Endring juridisk kjønn.
- Høring Helsetilbud kjønnsdysfori.

#### **NGF har bidratt ved flere fagmøter:**

-NGFs vårmøte i Kristiansand ble arrangert med samarbeid mellom Sørlandet sykehus og NGF. 50 deltagere fikk disse to fine sørlandsvårdager bli opplyst om varierte tema som spente fra seksuell motivasjon, fit for fødsel og oxytocin som risiko for sphincterskader til kreftsykdommer; livstil, oppfølging og tilbakefall. Til og med Legeforeningens president bæret oss med sin tilstedeværelse i fagpolitisk debatt om ny stillingsstruktur (faste LIS-stilinger) og fremtidens spesialistutdanning.

-NGFs årsmøte Bergen; årets faglige og sosiale høydepunkt! Tidspunkt for oppstart var endret til onsdag ettermiddag (formøter) mens selve det faglige program strakk seg over torsdag og fredag. Vel 200 deltagere som entusiastisk støttet omleggingen. Hovedforelesning var om uterustransplantasjon og både presse og deltagere var mektig imponert over hvordan prosessen hadde utviklet seg fra prekliniske modeller til dyrestudier før det ble gjennomført uterustransplantasjon hos svenske kvinner som har resultert i svangerskap og barn.

26 frie foredrag og 18 posters ble presentert for vel 200 deltagere. Fagpolitisk debatt torsdag ettermiddag var presentasjon av utvalgte kapitler i gynekologiveilederen mens fredag morgensesjon omhandlet (er)næring i svangerskap og konsekvenser for fremtidig helse.

-**NoHYPE**, verdenskongess (!) om Hyperemesis gravidarum ble arrangert i forkant av årsmøtet NGF. 20 foredragsholdere og i alt 75 deltagere fra Nord-Amerika, Europa og Midt-Østen bidro på dette tverrfaglige møtet over to dager.

Mhp aktivitet i NGFs ulike utvalg se for øvrig separate rapporter fra dem.

Styret får en rekke forespørsler fra ulike media og prøver å besvare dem fortløpende og delta i den offentlige debatt der det er naturlig. I år har det først og fremst vært relatert til terminfastsettelsessaken men andre saker har vært abort, fosterreduksjon, setefødsler/STAN, keisersnitt, prevensjon samt underlivet som sanseorgan. Endog hCG som slankemiddel og biontologi (alternativ behandling) ved endometriose har vi fått henvendelser om.

Styret håper med sitt arbeid i 2015 å ha representert landets gynekologer og fremmet vårt fag på en god måte.

For styret NGF  
*Jone Trovik*  
Leder 2014-2015

# Til medlemmene i Norsk Gynekologisk forening

## UAVHENGIG REVISORS BERETNING FOR 2015

### Uttalelse om årsregnskapet

Vi har revidert årsregnskapet for Norsk Gynekologisk Forening som viser et underskudd på kr 303 681. Årsregnskapet består av balanse per 31. desember 2015 og resultatregnskap for regnskapsåret avsluttet per denne datoen, og en beskrivelse av vesentlige anvendte regnskapsprinsipper og andre noteopplysninger.

### Styrets ansvar for årsregnskapet

Styret er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet og for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge, og for slik intern kontroll som styret finner nødvendig for å muliggjøre utarbeidelsen av et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller feil.

### Revisors oppgaver og plikter

Vår oppgave er å gi uttrykk for en mening om dette årsregnskapet på bakgrunn av vår revisjon. Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder International Standards on Auditing. Revisjonsstandardene krever at vi etterlever etiske krav og planlegger og gjennomfører revisjonen for å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon.

En revisjon innebærer utførelse av handlinger for å innhente revisjonsbevis for beløpene og opplysningene i årsregnskapet. De valgte handlingene avhenger av revisors skjønn, herunder vurderingen av risikoene for at årsregnskapet inneholder vesentlig feilinformasjon, enten det skyldes misligheter eller feil. Ved en slik risikovurdering tar revisor hensyn til den interne kontrollen som er relevant for foreningens utarbeidelse av et årsregnskap som gir et rettviseende bilde. Formålet er å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige etter omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av foreningens interne kontroll. En revisjon omfatter også en vurdering av om de anvendte regnskapsprinsippene er hensiktsmessige og om regnskapsestimatene utarbeidet av ledelsen er rimelige, samt en vurdering av den samlede presentasjonen av årsregnskapet.

Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.



Revisorgruppen

Revisorgruppen FMO DA  
Oscars gate 30  
No. 7154 Majorstuen  
N-0307 Oslo

Tel: +47 23 20 49 00  
Fak: +47 23 20 49 01

E-post: os@rg.no

Foretaksregisteret  
NO 993 555 574 17A

[www.rg.no](http://www.rg.no)





## 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



13479  
PK Cutting Forcep



13210  
PK Lap Loop



13493  
PK Needle



13485  
PK Spatula

# Regnskap NGF 2015

Aktivitetsregnskap			
Norsk Gynekologisk Forening			
	Note	2015	2014
<b>Anskaffede midler</b>			
Medlemsinntekter		18 600	0
Kontingenter DNLF	4	637 287	679 251
Tilskudd	4	51 337	242 534
<b>Sum anskaffede midler</b>		<b>707 224</b>	<b>921 785</b>
<b>Aktivitet som oppfyller formålet</b>			
Kursinntekter	5	394 700	488 900
<b>Sum aktivitet som oppfyller formålet</b>		<b>394 700</b>	<b>488 900</b>
<b>Aktivitet som skaper inntekter</b>			
Annonser	5	402 293	43 178
Standleie	5	533 000	572 000
<b>Sum aktiviteter som skaper inntekter</b>		<b>935 293</b>	<b>615 178</b>
Finansinntekter	2	23 166	51 307
<b>Sum anskaffede midler</b>	<b>10</b>	<b>2 060 383</b>	<b>2 077 170</b>
<b>Forbrukte midler</b>			
<b>Kostnader til formålet</b>			
Produksjonskostnader tidsskrift		548 746	52 246
Kurs og konferanser		838 012	1 235 176
Internasjonalt arbeid		419 734	359 902
Faglig arbeid		348 851	381 759
<b>Sum kostnader til formålet</b>	<b>2, 3, 7</b>	<b>2 155 343</b>	<b>2 029 083</b>
Administrasjonskostnader	2, 3, 7	208 720	106 558
<b>Sum forbrukte midler</b>	<b>2, 10</b>	<b>2 364 063</b>	<b>2 135 641</b>
<b>Årets aktivitetsresultat</b>		<b>-303 681</b>	<b>-58 471</b>
<b>Overføringer til/fra formålskapital (egenkapitalen)</b>			
Avsatt til/fra fri formålskapital		-303 681	-58 471
<b>Sum overføringer</b>	<b>6</b>	<b>-303 681</b>	<b>-58 471</b>

Balanse			
Norsk Gynekologisk Forening			
	Note	2015	2014
<b>Eiendeler</b>			
<b>Fordringer</b>			
Kundefordringer		223 411	121 515
Andre kortsiktige fordringer		80 562	984 487
<b>Sum fordringer</b>		<b>303 973</b>	<b>1 106 002</b>
Bankinnskudd, kontanter o.l.	9	2 074 956	2 296 608
<b>Sum omløpsmidler</b>		<b>2 378 929</b>	<b>3 402 610</b>
<b>Sum eiendeler</b>		<b>2 378 929</b>	<b>3 402 610</b>
<b>Formålskapital og gjeld</b>			
<b>Formålskapital</b>			
Fri formålskapital	6	1 988 389	2 292 070
<b>Sum opptjent formålskapital</b>		<b>1 988 389</b>	<b>2 292 070</b>
<b>Gjeld</b>			
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Leverandørgjeld		93 065	88 115
Skyldig offentlige avgifter		133 280	18 296
Annen kortsiktig gjeld	8	164 195	1 004 129
<b>Sum kortsiktig gjeld</b>		<b>390 540</b>	<b>1 110 540</b>
<b>Sum formålskapital og gjeld</b>		<b>2 378 929</b>	<b>3 402 610</b>
13.06.2016			
Styret i Norsk Gynekologisk Forening			
 Marit Lieng Vitsenskapelig sekretær	 Sune Andreassen nestleder	 Arild Kloster-Jensen kasserer	
 Nils-Halvdan Mørken styremedlem	 Malin A. E. Døgl styremedlem	 Ingrid Vulløyhaug styremedlem	
Norsk Gynekologisk Forening			

## Foretrukket av både leger og pasienter

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



winner 2013  
reddot design award

## Orchid Spec finnes i ulike fargekodede størrelser og varianter

### Orchid Spec open - Åpen på en side



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

### Orchid Spec SX med røykavsug



- Ultratynn røykkanal for enkel instrument håndtering
- Finnes i Wide & Long

### ● Virgo



### ● Medium



### ● Wide



### ● Long



**Besøk vår stand på  
NGF Årsmøte, Lillestrøm  
eller kontakt oss i  
MED & HELSE for mer informasjon**

# Årsrapport

## NFOG 2015-2016

*Kjære medlemmer av NGF og av NFOG!*

### Årets kongress

Det er nå få måneder siden kongress i Helsinki i juni 2016, etter min oppfatning en av de beste NFOG kongressene som har vært. Rammen rundt det hele var Finlandiahuset som er meget godt egnet til en kongress av vår størrelse, og ligger sentrumsnært men samtidig frittliggende med parkområde. Hotellene ligger i kort avstand. Programmet startet med forkurs søndag 12. juni, med get-together om kvelden fulgt av tre dager med kongress. Om morgenen var det plenumsforedrag, og siden tre parallelle sesjoner utover dagen hvorav en i regelen var en sesjon med frie foredrag. Mandag var det Speakers Dinner i Kulosaaren Casino nydelig beliggende ved sjøen, og tirsdag stilig NFOG Dinner i Wanha Satama nede ved havnen. Kongressbyrå fungerte helt perfekt - alt klaffet - til og med godt vær. Deltakelsen var også god: 850 deltakere hvorav 100 fra industrien. Tredve nasjoner fra fem kontinenter var representert: Finland 335, Danmark 160, Sverige 110, Norge 106, Island 12, Estland 30, osv. Endelig regnskap foreligger ikke men det ser ut til at kongressen vil gå i balanse og kanskje med et lite overskudd. I så fall for første gang siden 2010. I senere år har det vært vanskelig å skaffe sponsormidler noe vi også erfarte for Helsinki, men det løsnest på tampen og det ble til slutt flere større sponsorer og hele 40 utstillere. Til sist og slett ikke minst: det var et meget godt faglig program, mer om dette i neste nummer.

*Det følgende er en kort oppsummering av siste års aktiviteter.*

### Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica (AOGS)

AOGS eies av NFOG og vår forlegger er Blackwell Wiley. Impact factor var oppi 2,426 i 2015, falt som ventet noe i år til 2,191. Etter stor omskifting i 2014/15 med nye koster i redaksjonen og nye kontrakter med redaktørene, samt reforhandlet kontrakt med forlegger, og overgang til i hovedsak elektronisk publisering, har det i år ikke vært store endringer. Ganesh Acharya er sjefsredaktør. Han bytter arbeidsted fra Universitetet i Tromsø til Karolinska i Stockholm i løpet av høsten, uten at det får konsekvenser for driften av AOGS. Jens Langhoff-Roos (København) er assisterende sjefsredaktør fram til årsskiftet, og posisjonen ble utlyst internasjonalt i høst. Det er jevnlig utskifting av såkalte Associate Editors fra de ulike nordiske land. NFOG har vedtatt at disse stillingene skal utlyses åpent av de nasjonale foreningene. Her har praksis vært litt ulik tidligere. Redaksjonen gjør en kjempegod jobb og AOGS går gjennom en svært positiv utvikling med et økende antall mottatte manuskripter med stadig bedre vitenskapelig kvalitet, kortere behandlingstid, og bred internasjonal profil. Innbetalingen for AOGS og dermed for NFOG er fortsatt god og det forventes ingen større endringer i driften de nærmeste årene. Papirversjoner finnes fortsatt og sendes alle norske sykehus og til medlemmer som ønsker det. AOGS blomstrer, og med siste års inngåtte kontrakter ligger et meget godt grunnlag for driften de nærmeste fire-fem år. AOGS er et av de fremste tidsskrift i

verden i obstetikk og gynekolog og bør være et klart førstevalg for norske forfattere!

### NFOG Fund

Søknadsinformasjon ligger på nett og søknadsfrister er 1. mars og 1. oktober. Her kan det søkes støtte til internordiske samarbeidsprosjekter, kurs i utland, besøk i utland for vitenskapelige formål eller for å øke klinisk kompetanse, og arbeid i utviklingsland. Det er fortsatt relativt få norske søkere tross informasjon via Gynekologen og nettsider. Igjen: en godt utfylt søknad i henhold til kriteriene har gode sjanser for gevinst. Søknadene vurderes av Scientific Committee, hvor vår norske representant er Nils-Halvdan Morken.

### Educational Committee

Educational Committee diskuterer utdanning i de nordiske land og arrangerer et møte vanligvis over to dager i årene mellom kongressene. De siste møtene har rettet seg mot utdanningskandidatene spesielt. I 2013 var tittel «Harmonizing and improving the Nordic ObGyn training – how to get there» med stort oppmøte og i 2015 tittel «Nordic Ob Gyn training – are we good enough?» også med mange gode foredrag men noe færre utdanningskandidater enn tidligere kurs. Det er derfor ønskelig å arrangere et kurs som favner flere og i april 2017 blir det fokus på hormoner: «Hormones – friends of foe». Se utlysning på nettsidene. Norges representant er leder av spesialitetskomiteen Trond Michelsen.

### Clinical Guidelines Committee

Dette er den tredje og nyeste av NFOGs stående komiteer opprettet i 2014 etter dansk initiativ og ledes av Niels Ulbjerg, Aarhus. I første omgang ønsker vi å gjøre de eksisterende nasjonale retningslinjene tilgjengelige for alle medlemmer i Norden ved oversettelse til engelsk og publisering på nettsidene til NFOG. De oversatte kapitlene finnes på <http://www.nfog.org/>. Vi har også fått en avtale med European Journal of Obstetrics and Gynecology (EJOG) om publisering av oppdaterte retningslinjer, og vår første ut ble Chapter 28 Hypertensive disorders of pregnancy and eclampsia forfattet av Annetine Staff og medarbeidere. Stor takk til Annetine for innsats og tålmodighet med dette pionerarbeidet! Hensikten med slik publisering er å nå et videre publikum enn det vi gjør med nettsidepublisering alene, samt å gjøre det mer meritterende og attraktivt å utarbeide/oversette retningslinjer.

### Kommende kongresser

Neste kongress er i Odense i juni 2018. Kongresspresident Bjarne Rønne Kristensen og hans komite er godt i gang og hadde en



Styremøte og befaring i Finlandiahuset oktober 2015. Fra venstre: Karen Reinhold Wøjdemann (DSOG), Juha Räsänen (SGY), Anne Cathrine Hoffgaard Munk (NFYOG), Thea Lousen (Treasurer), Jone Trovik (NGF), Peter Secher (Webmaster), Lotti Helström (SFOG), Ganesh Acharya (Chief Editor AOGS), Seija Grénman (FIGO), Oskari Heikinheimo (President NFOG 2016), Alexander Smáráson (FÍFK), Knut Hordnes (President). Tone Skeie-Jensen (Secretary General), Antti Perheentupa (Scientific Committee), Tomi Mikkola (Educational Committee Chairman) deltok også men er ikke på bildet.

overbevisende presentasjon på avslutningsseremonien i Helsinki. Etter dette gjøres et hopp forbi 2020 til 2021 da islendingene med Ragnheiður L. Bjarnadóttir i spissen har påtatt seg å arrangere kongress i Reykjavik. Forskyvingen med ett år er som tidligere nevnt med tanke for å unngå kollisjon med EBCOG-kongressene. Bergen arrangerer EBCOG kongress i 2020 (besluttet under EBCOG kongressen i Torino i mai).

#### FIGO

I NFOG holdes kontakt også med verdensorganisasjonen FIGO i første rekke gjennom Seija Grenman som i flere år har sittet i FIGOs Executive Board. Ved valget under verdenskongressen i Vancouver i 2015 ble hun etter samlet nordisk innsats valgt til visepresident. Norge fikk med nordisk støtte valgt inn Margit Steinholt, og i tillegg sitter Anette Tønnes Pedersen fra Danmark. Norden når lengst når vi trekker sammen! I Vancouver ble det arrangert et nordisk seminar nemlig Nordic Ingemar Ingemarsson Memorial Symposium on Preterm Delivery – fullsatt sal og gode tilbakemeldinger.

#### Økonomi

Denne er stadig god pga inntekter fra AOGS og medlemskontingenter. I 2015 var budsjettet tynget av store utgifter til AOGS redaksjonen (6 måneder overlapp mellom ny og gammel sjefredaktør og ny stilling som ass sjefredaktør), men det ble mer enn veiet opp av salg av supplement om progesteron. Resultatet ble positivt med DKK 556.887 og vesentlig bedre enn budsjettet. NFOGs formue er rundt 10 millioner DKK hvorav rundt 4 millioner er plassert i fondet (NFOG Fund). To tredeler av det årlige overskuddet går inn i fondet og kanaliseres tilbake til medlemmene etter søknad.

Generalforsamling og valg av nytt styret. I Helsinki ble et avholdt generalforsamling 14. juni. Ved valget ble det stor utskifting i

styret, med samtidig skifte i de tre mest sentrale posisjoner nemlig president, generalsekretær og kasserer.

Jeg vil med dette få takke for meg etter 10 gode år i NFOG styret hvorav de to siste som leder. Stor takk til alle jeg har arbeidet med og som har bidradd i det nordiske samarbeidet. Spesiell takk til Tone Skeie-Jensen som har vært en utmerket generalsekretær og støttespiller.

Se ellers nettsidene <http://www.nfog.org/>. Her ligger referat fra generalforsamlingen og styreferat, komiterapporter og informasjon om kommende møter og kongresser – og utlysning av fondsmidler.

*Knut Hordnes*

*President NFOG inntil juni i år*

#### Styrets sammensetning etter valget i 2016:

- Karen Reinhold Wøjdemann, president (Danmark)
- Maija Jakobsson, generalsekretær (Finland)
- Espen Berner, kasserer (Norge)
- Thomas Larsen, leder DSOG (Danmark)
- Seija Grenman, leder SGY and liaison officer FIGO Executive Board Member (Finland)
- Lotti Helström, leder SFOG (Sverige)
- Marit Lieng, leder NGF (Norge)
- Alexander Smáráson, leder FIK (Island)
- Katrin Kristjánsdóttir, leder Educational Committee (Finland)
- Ulrik Schiøler Kesmodel, leder Scientific Committee (Danmark)
- Niels Uldbjerg, leder Clinical Guidelines Committee (Danmark)
- Anne Cathrine Hoffgaard Munk, leder NFYOG (Danmark)
- Ganesh Acharya, Editor-in-Chief, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (Norge)
- Bjarne Rønde Kristensen, kongresspresident 2018 (Odense, Danmark)
- Lars Ladfors, webmaster (Sverige)



# Årsberetning 2014/2015

## Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi, NFGO

### Møter

- 1 arbeidsseminar, 4 styremøter, 3 ved telefon, 1 ved onk forum)
- 2 medlemsmøter; Onkologisk forum-NFGO's faggruppesesjon, NFGO-formøte ved årsmøtet i NGF.
- Arbeidsseminaret (årlig arbeidsseminar skal vurdere revisjon/ nye veilederkapitler) ble pga vansker med å finne møtetid til 2 ulike «forfattermøter» på DNR. Effektive arbeidsgrupper møtte; arbeid med CIN, cervix og vulva.

### Fagarbeid:

#### Veilederen

- **Reviderte Gyn Onk Veileder program:**  
NFGO's revisjon av «Nasj handl program gyn kreft» som var til høring høsten-15 ( Hdir) planlegges innsendt til Kvalitetsutvalget i NGF for publisering når tilbakemelding fra/når «Høring»'s resultatet fra HDIR foreligger innen 2015.
- **Nasjonalt handlingsprogram for gyn kreft (HDI) program innsendt okt-15:**  
(Endometrie-cancer sept-13 (2.gang, første gang 2012), VIN okt-13, Ovarialcancer okt-13, BOT okt-13, Sjeldne tumores okt-13). CIN okt-14, Trophoblast, cervix, vulva innsendt vår, sommer-15. Arbeidet ble levert løpende til HDIR fra starten 2013 med en kort høring/godkjenningssrunde vedr. hvert program i styret først. Siste del levert okt-15.

**Sommer -15 fikk NFGO fra HDIR Handlingsprogrammet gyn kreft (produsert fra 2013-15) til «Høring».** Behandlet i styremøte. God diskusjon på tlf-møte etter revisjonsforslag fra hvert styremedlem's faggruppe ved henholdsvis RIT, SUS, Haukeland og RITØ samt forfattergrupper. Revisjonsforslag med oppdaterte referanser levert HDIR innen fristen 1/10. *Ifølge Hdir planlegges et møte Hdir med gjennomgang av disse i 2015. Hvis dette ikke overholdes, sendes revidert Handlingsprogram til Kvalitetsutvalget i NGF for publisering i «Veilederen» som tidligere besluttet på styremøte.*

#### Tema som har vært til orientering, diskusjon og vedtak:

- «Pakkeforløp- forløpstider og type utredning ved gynekologisk kreft» Hdir v Kjell Magne Tveit ansvarlig for nasjonal kreftstrategi; en nasjonalt sammensatt arbeidsgruppe med mandat å

utarbeide «Pakkeforløp- forløpstider og innhold av utredning ved gynekologisk kreft» hvis adekvate ressurser var på plass. Leder NFGO-leder A Dørum. Arbeidet ble utført i 2014. Etter evaluering og godkjenning av styret NFGO, ble det levert HDIR jan-15. Etter innspill fra Anne Gro Bentzen og Marit Sundset til Hdir, ble forløpstider på kirurgi og strålebehandling utvidet. «Pakkeforløp- ved gynekologisk kreft» ble implementert nasjonalt 1/5-15.

- **Nasjonalt gyn kreftregister (GKR);** 2. rapport av registrerte data er sendt ut. Problem er fortsatt innsending av data, elektronisk meldeskjema som fortsatt mangler. Rapporten viste hvilket potensial den har for forskning og evaluering.
- **Vedtatt konsensus i styret ad salpingektomi som profylakse for ovarialcancer:**  
Styremøtevedtak mai-2015: NFGO anbefaler (i tråd med anbefaling fra \**American College of Obstetricians and Gynecologists 2015*):
  - Ved sterilisatio: tubene fjernes in toto i forståelse med pasienten.
  - Ved laparotomi/scopi: hvis ikke aktuelt inngrep blir endret vesentlig, fjernes tubene.
- **Årsmøte i NGF og NFGO's formøte,** i Bergen okt-15. Møteleder Kathrine Woie. Program: Livskvalitet etter strålebehandling ved Ingvild Vistad.
- **Palliasjon ved gynekologisk kreft.** Praktisk håndtering av en utfordrende pasientgruppe, ved Arve Nordbø. Møtet var vellykket, men oppmøtet kunne vært bedre.
- **Onkologisk forum 19-20 nov-15 Stavanger:** NFGO-sesjonens hovedtema er "Forebyggende tiltak mot livmorhalskreft, nye toner". Første del felles med NFPM: Palliasjon ved Camilla Zimmermann
- **Web-side** for NFGO har god aktivitet.

#### Styret 2014-15 besto av (styret valgt nov 2014):

- Fra de 4 universitetssykehusene Tromsø, Trondheim; Bergen, Oslo (2 styre-representanter fra OUS). Fra andre sykehus: 1 representant med vara
- Leder: Anne Dørum (OUS)
  - Vara: Tone Skeie-Jensen (OUS)

- Sekretær: Rita Steen (OUS)
- Nestleder: Kathrine Woie (HUS)
- Vara: Line Bjørge (HUS)
- Styremedlem: Solveig Tingulstad (St.Olav)
- Vara: Bjørn Hagen (St.Olav)
- Kasserer: Anne Beate Vereide(UNN)
- Vara: Martin Lindblad (UNN)
- Styremedlem: Bent Fiane (ikke universitets sykehus)
- Vara: Jostein Tjugum (ikke universitets sykehus)
- NGF representant: Jone Trovik (observatør uten stemmerett)
- WEB-side ansvarlig: Kurt Sachse, rettighet som observatør uten stemmerett.
- Valgkomiteen nov-2014: Harald Helland leder, Anne Ørbo og Elin Ødegaard

#### Styret 2015-2016 (nyvalg nov-15)

- Leder: Kathrine Woie(HUS)
- Nestleder: Rita Steen (OUS)
- Kasserer: Anne Beate Vereide (UNN)

- Sekretær: Anne Dørum (OUS)
- Styremedlem:
- Marit Sundset (St.Olav)
- Bent Fiane (ikke univ.sykehus)
- Vara: Torbjørn Paulsen
- Vara: Martin Lindblad (UNN)
- Vara: Line Bjørge (HUS)
- Vara: Bjørn Hagen (St.Olav)
- Vara: Kurt Sachse (ikke univ.sykehus)
- Web-side ansvarlig: Jostein Tjugum
- NGF representant: Ingrid VOLLØYHAUG (vara Stine Andreasen)
- Valgkomiteen: Tone Skeie Jensen, Elin Ødegaard, Solveig Tingulstad

Styret takker medlemmene for aktivitet og interesse i 2014-15.

30.08.16

*Anne Dørum (tidligere leder)*

*Kathrine Woie (ny leder)*

---

# Årsrapport 2015

## NFOG vitenskapelige komite

Nordisk Forening for Obstetrik og Gynekologi (NFOG) sin vitenskapelige komite består av vitenskapelig sekretær fra hvert av de nordiske landenes nasjonale forening.

I 2015 var disse medlemmer av komiteen:

- Ulrik Schiøler Kesmodel, Danmark (leder)
- Annika Strandell, Sverige
- Antti Perheentupa, Finland
- Hulda Hjartardóttir, Island
- Marit Lieng, Norge

Mandatet til denne NFOG vitenskapelig komite er å bidra til utvelgelse og organisering av frie foredrag og postere under NFOG kongressen annen hvert år, samt å forvalte NFOG-fondet ved å vurdere søknadene som kommer inn to ganger i året (søknadsfrist 1. mars og 1. oktober). Det var ingen NFOG-kon-

gress i 2015, hovedaktiviteten i 2015 var følgelig knyttet til fondet, samt til planlegging av NFOG-kongressen i Helsinki i juni 2016. Komiteen hadde møte 29.3-31.3.2015 i Reykjavik og 19.10 - 20.10.2015 i Oslo. På disse to møtene ble alle søknader som kom inn til NFOG fondet evaluert og det ble besluttet om søknadene skulle innvilges (helt eller delvis) eller avslås. Komiteen vurderte totalt i 59 søknader til NFOG fondet i 2015, hvorav 37 søknader (63 %) ble helt eller delvis innvilget.

*Marit Lieng*

*Vitenskapelig sekretær NGF 2015*

# Årsrapport 2015

## Spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer

**Medlemmer:** Trond Michelsen, Marte Myhre Reigstad, Camilla Kleveland, Ingeborg Bøe Engelsen, Yngvild Skåtun Hannestad, Hilde Sundhagen, Knut Hoff Kierulf og Jeanne Mette Goderstad

Dette var året med fokus på obligatoriske kurs som inngår i spesialistutdanningen.

Vi ønsker å samle tema som naturlig hører hjemme i et introduksjonskurs. Det foreslås ingen utvidelse av antall obligatoriske kurs. Vårt forslag blir derfor: Introduksjonskurs ( x 2 per år), kurs i obstetikk, kurs i gynekologi, kurs i gynekologisk onkologi og ultralydkurs. Det er utarbeidet en målbeskrivelse for kursene. Tilbakemelding på innhold og eventuell oppstart samkjøres med ny spesialitetsstruktur som ønskes fra 2019.

**Komiteemøter:** 29 januar, 17 juni og 21 oktober.

**Høringer:** Høringsuttalelse –Utredning av Helsedirektoratets og RHFenes oppgaver i fremtidig spesialitetsstruktur.

#### Andre møter:

1. Spesialitetsrådet, 29. januar.
2. Konferanse for fagmedisinske foreninger og spesialitetskomiteledere , 12. november.

**Besøk:** Sørlandet sykehus Arendal og St Olavs Hospital. Spesialitetskomiteens utdanningspris 2015 gikk til Gjøvik sykehus!

**Videre oppgaver:** I 2016 vil vi prioritere ny spesialitetsstruktur for leger. Vi skal definere læringsmål, læringsaktivitet og evalueringsmetoder.

#### Ny spesialistutdanning

Helsedirektoratet ønsker en endring i spesialistutdanningen for leger.

Turnustjenesten endres fra høsten 2017 og ny spesialistutdanning i fødselshjelp og kvinnesykdommer fra 2019.

Det innføres læringsmål som erstatning for tjenestetid.

Læringsmål er hva en lege skal forstå, kunne og være i stand til å utføre etter endt utdanning.

Det legges vekt på oppnådd kompetanse fremfor krav til antall utførte prosedyrer.

Læringsmålenes kompetansenivå formuleres som teoretiske mål ( ha kjennskap til, ha kunnskap om, ha god kunnskap om, ha svært god kunnskap om) og praktiske mål ( kunne utføre under supervisjon, selvstendig kunne utføre)

Det skal være et helhetlig utdanningsløp i sammenheng med innføring av faste stillinger.

Spesialitetskomiteen har utarbeidet forslag til læringsmål for vårt fag. Forslagene har vært diskutert med styret i Norsk gynekologisk forening og vil komme på høring i løpet av høsten.

Læringsmål Kompetanse Læringsaktivitet Evaluering.

*Jeanne Mette Goderstad*



Spesialitetskomiteen. Camilla Kleveland, Knut Hoff Kierulf, Ingeborg Bøe Engelsen, Jeanne Mette Goderstad, Trond Michelsen, Johanne Kollvik Iversen (ikke medlem, men innspill obstetikk), Hilde Sundhagen. Marte Myhre Reigstad (ikke tilstede).



# Årsmelding

## Endoskopiutvalget 2016

Endoskopiutvalget har i 2015 bestått av følgende personer:

Klaus A. Oddenes (leder), Haugesund Sjukehus, Stine Andreassen, Norlandssykehuset, Guri Majak, Oslo Universitetssykehus, Jeanne Mette Goderstad, Sørlandet Sykehus Arendal, Jostein Tjugum, Førde Sentralsjukehus, Tiril Tingleff Oslo Universitetssykehus

Endoskopi utvalget har følgende mandat

**Fremme endoskopisk kompetanse blant norske gynekologer gjennom:**

- arrangere kurs i gynekologisk endoskopi
- være referansegruppe for Norsk Gynekologisk Endoskopiregister.
- være rådgiver i høringsuttalelser for Norsk Gynekologisk Forening
- anbefale trening og simulatoropplegg i endoskopiske teknikker
- samarbeide med nasjonale og internasjonale foreninger (f.eks FUGO,ESGE,Nordisk Endoskopi forening)

**Kurs**

Vi har arrangert 2 dagers laparoskopi kurs for LiS på Ullevål i mai. Dette var 3. gang kurset ble arrangert. Kurset er et introduksjonskurs for LiS med hovedvekt på basale ferdigheter og kunnskap. Tilbakemeldingen fra kursdeltagerne har vært meget gode.

Planene er klare for et nytt kurs i mai 2017. I samarbeid med Kvinneklinikken Haukeland Universitetssykehus er planene også klare for et trinn 2 kurs i desember. Her er målgruppen alle som ønsker mer kunnskap innen gynekologisk endoskopi. Årets tema er Laparoskopisk adenexkirurgi. Vi legger opp til et klinisk relevant kurs. Alle interesserte er hjertelig velkommen. Sjekk kurskatalogen på legeforeningens nettsider for mer informasjon.

**Årsmøtet**

På NGF årsmøtet det år blir det for første gang et endoskopisk formøte. Tema blir hysteroskopi og vi håper flest mulig har anledning til å delta på dette.

Endoskopiutvalget har også lagt mye arbeid ned i siste sesjon på programmet under årets årsmøte. Det blir en spennende debatt rundt håndtering av smerte og endometriose pasienter, samt fokus på komplikasjoner ved endoskopisk kirurgi.

*Klaus A. Oddenes  
Leder, NGF's Endoskopiutvalg*

## Årsrapporter 2015 Kvalitetsutvalget

**Sist oppnevnt, 2015:** Leder: Pål Øian, Medlemmer: Heidi Frostad Iversen; Kathrine Woie, Anne Cecilie Hallquist, Jørg Kessler.

**Mandat: 1)** Kvalitetsutvalgets oppgaver er utarbeidelser og kontinuerlig oppdatering og redigering av foreningens tre veiledere: Veileder i fødselshjelp, generell gynekologi og gynekologisk onkologi. 2) Være et rådgivende organ for styret i NGF i saker som gjelder kvaliteten innen fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer i Norge.

I 2015 er jobbet med veileder i gynekologisk onkologi og denne er publisert i 2016. Veileder i fødselshjelp har hatt mindre revisjoner.

*Tromsø 30.08.16  
Pål Øian*

## Årsrapporter 2015 NPE komiteen

**Sist oppnevnt, 2014:** Medlemmer: Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker.

**Mandat:** Bearbeide det erfaringsmateriale som ligger i NPE innen vårt fagfelt for å se om det kan utnyttes på en fornuftig måte. I 2015 ble den første PhD avhandling innen obstetrikk forsvart der NPEs materiale ble brukt. Det var den første avhandling innen alle fagfelt der NPE materialet har ført til en doktorgrad. Det pågår nå et prosjekt innen gynekologi.

*Tromsø 30.08.16  
Pål Øian*

# Årsrapport 2015

## Norsk gynekologisk endoskopi register (NGER)

### Medlemmene i styringsgruppen

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

### Medlemmene i referansegruppen

#### Helse Nord:

Stine Andreassen, Nordlandssykehus Bodø.

#### Helse Vest:

Jostein Tjugum, Førde Sentralsykehus.

#### Helse Sør-Øst:

(*T.o.m. oktober 2015*) Marit Lieng,

Oslo universitetssykehus Ullevål.

(*Etter oktober 2015*) Thomas Thaulow,

Oslo universitetssykehus Ullevål.

#### Helse Midt:

Margaret Lode, Sykehus Ålesund.

#### NGF-oppnevnt medlem:

(*T.o.m. oktober 2015*) Christian Høyer Sørensen,

Sørlandet Sykehus Kristiansand.

(*Etter oktober 2015*) Nils-Halvdan Morken,

Haukeland Universitetssykehus).

#### NGF-oppnevnt medlem:

(*T.o.m. oktober 2015*) Merete Ravlo,

St. Olavs Hospital Trondheim.

(*Etter oktober 2015*) Klaus A. Oddenes,

Haugesund Sykehus.

#### NGF-oppnevnt brukerrepresentant:

Karen Bertelsen (daglig leder av Endometrioseforeningen).

NGER har lagt alt til rette for at vi skal få gode data på vår endoskopiske virksomhet. IKT driften var mer eller mindre stabil i 2015 og servicen fra hjemmesiden har bedret seg betraktelig. Andelen rapporterte inngrep i 2014 var økende, men dekningsgraden på 30% er ikke tilfredsstillende. Etter avtale med Helse SØ og SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering) ble det ikke gjennomført en dekningsgradanalyse i 2015. Det er cirka 36% av estimerte inngrep innrapportert i 2015. For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning, samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende (> 80%). Behovet for å øke dekningsgraden hos NGER har vært adressert i både Nasjonalt helseregisterprosjekt og i Interregional styringsgruppe. På bakgrunn av dette er det i regi av Senter

for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) igangsatt et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i NGER. Erfaringene fra dette arbeidet skal bidra til å utvikle en generisk metodikk for å heve dekningsgraden i samtlige nasjonale kvalitetsregistre.

Det blir utarbeidet følgende tiltak:

#### På institusjonsnivå

- Det ble foreslått å invitere til en fellessamling der majoriteten av innrapporterende enheter deltar, enten ved enhetsleder eller utvalgt kontaktperson. Det kan eksempelvis avholdes et faglig seminar på Gardermoen i mars-april 2016 der registeret presenterer seg og aktuelle data (faglig program) og selger inn viktigheten av høy deltagelse. Det ble også foreslått at endoskopiutvalget deltar på en slik samling og at Nasjonalt service miljø også er til stede og forteller om rapporteringsløsninger og nytten av dette. Det blir viktig å selge inn registeret på nytt og trekke frem viktigheten av gode data og høy dekningsgrad.
- Opplæring i bruk av rapporteringsverktøy (Rapporteket) og tilgang til predefinert rapporter for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid

#### På individnivå

- Se på mulighet for reservasjonsrett istedenfor krav om samtykke.
- Følge opp kodepraksis ved innregistrerende HF
- Se på mulighet for å legge ved informasjon fra NGER i pasientens journal.

Til å lette registreringen har styringsgruppen i samråd med referansegruppen overarbeidet registeret og det ble lagt ut en komplett ny versjon med mange forbedringer i januar/februar 2016. I tillegg har styringsgruppen innført et rapporteringsverktøy (Rapporteket) som gi brukeren tilgang til egne resultater sammenliknet med dataene på landsnivå. I Desember 2015 begynte vi å sende ut automatisk månedsrapporter til utvalgte registrerte bruker. Siden 2016 kan hver bruker registrere seg i Rapporteket til å få predefinert månedsrapporter tilsendt. Predefinerte resultatrapporter blir bestandig oppgradert med hjelp av statistikker fra Helse NN-IKT i Tromsø.

Styringsgruppen deltok i juni 2015 på et interregionalt styringsgruppemøte for kvalitetsregisterlederne i Oslo. I forbindelse med NGF sitt årsmøte i Bergen hadde styringsgruppen et møte med referansegruppen. Sykehuset i Vestfold leverte detaljert regnskap sammen med styringsgruppen til Helse Sør-Øst.

Mer detaljert informasjon om registeret finnes på [www.kvalitetsregistre.no](http://www.kvalitetsregistre.no). Vi oppfordrer igjen alle gynekologer til å bruke registerdataene for forskning og kvalitetsforbedring.

Tønsberg, 02. september 2016

Andreas Putz, daglig leder NGER

# Årsrapport

## Referansegruppe i Fosterovervåking 2015

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

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

### Styret (består av tre faste leger)

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

### Medlemmer (1 lege og 2 jordmødre)

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

**1. STAN erfaringsmøte** ble holdt i Ålesund 25. september 2015. Det deltok 95 leger og jordmødre fra ulike sykehus. Representanter fra den svenske referansegruppen var også tilstede.

Professor Per Olofsson, MD, PhD, Bsc v/Inst for Obstetrik og Gynekologi, Skånes Universitetssjukhus, Malmö og Lunds Universitet holdt et foredrag om "Kritisk granskning av evidensen for fosterovervåking med CTG + STAN".

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

*Neste erfaringsmøte er i Bergen 16. september 2016.*

### 2. Møter

Gruppen har hatt 3 møter i tillegg til utstrakt kommunikasjon på mail. Det er gitt skriftlig besvarelse på 13 innsendte kasus. Det ble også gitt respons på 12 kasus på erfaringsmøtet.

### 3. Kurs i intrapartum fosterovervåking

Gruppen har hatt 2 slike kurs, hvert kurs går over to dager (hhv 26./27. november 2015 og 21./22. april 2016). Nytt er at kurset på høsten er for leger i spesialisering (ikke obligatorisk) og kurset på våren er for jordmødre og leger.

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

### Det undervises i følgende emner:

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

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

### Den amerikanske RCT CTG vs STAN

Referansegruppen har utarbeidet et svar på denne studien hvor vi mener at resultatene fra studien kan ikke overføres til norske/ europeiske forhold på grunn av:

- Utvalg av en lav-risiko populasjon, samt 75% ekskludert
- Andre retningslinjer både for CTG og ST analyse
- Retningslinjer med lengre intervensjons tid ved truende asfyksi
- Langsom læringskurve/rekruttering ( Gjenst.5 kasus / sykehus/ mnd)
- Manglende styrke for både primær og sekundær utkomme

**Vår konklusjon er at:** Det er ingen grunn til å endre praksis på bakgrunn av en studie som ikke er valid for norske forhold.

*Branka Yli*

## Perinataldager 2016 – meld deg på nå!

Årets Perinataldager holdes i Fredrikstad fra 9.-11. November

Program og påmelding finner du på NPFs hjemmeside.

*På vegne av styret, Jørg Kessler*



# Årsberetning fra EBCOG

## – og litt om EBCOG kongress i Bergen i 2020!



I EBCOG er NGF representert ved Arild Kloster Jensen og Knut Hordnes. Rolf Kirschner har meget lang fartstid i EBCOG og ble i år er gjenvalgt til EBCOGs generalsekretær. Vi har ønsket å arrangere EBCOG kongress i Bergen i 2020, har forberedt tildelingen av dette i flere år, og har promotert oss selv med god hjelp av våre nordiske kolleger gjennom NFOG. På EBCOG kongressen i Torino i mai var vi alle tilstede, sammen med vår kongresspresident- kandidat Jone Trovik. Ved avstemning i Council var det fire kandidater: Paris, Aten, Budapest og Bergen. Sterke motstandere, og Norge stilte med et handikap nemlig det høye norske prisnivået. Likevel, Bergen og NGF vant med god margin.

Vi som er involvert i dette arbeidet tror på det europeiske samarbeidet, og mener det er viktig å forsterke kontakten med våre europeiske naboland, ved å delta i EBCOG samarbeidet og ved å invitere til kongress i Norge. Alle medlemmer er kanskje ikke er like kjent med dette samarbeidet og kan ha nytt av følgende avsnitt om EBCOG (og de mange forkortelser), ført i pennen av Rolf Kirschner:

### EBCOG -en kort innføring

European Board and College, EBCOG, ble dannet for 22 år siden og er en del av nettverket av Europeiske Spesialistforeninger, UEMS (Union of European Medical Specialists) som er basert i Brussel i et eget hus, Domus Medica Europae. Som sådan er det en i tett kontakt med EU og myndighetene der, spesielt forbruker – og medisinalmyndighetene, med muligheter til å påvirke både EU Parlament og byråkrati. I korthet arbeider EBCOG for såkalt "harmonisering" av videre – og etterutdanning av medisinsk kunnskap og ferdighet. Det er, og har vært, store ulikheter på alle trinn i kompetanseutviklingen fra grunnutdanning til ferdig spesialitet. EBCOG har særlig konsentrert seg om fullverdig spesialistutdanning (5,5 år) og avdelingsakkreditering, og NGF har vært aktive i nettverket i alle disse årene. For oss har dette

medført innføring av både logg-boken og spesialitetskomiteens avdelingsbesøk, og begge har vært viktige faktorer mht rettigheter og kvalitetsutvikling av utdanningen. EBCOG var delaktig i opprettelsen av ENTOG (Nettverket av europeiske LIS) som organiserer årlig utveksling og vitenskapelige møter, og subsidierer denne 100 %. Norske representanter har vært særs aktive i ENTOG, og allerede etter få år hadde vi utveksling i Skandinavia med stort møte på Lillehammer som avslutning. EBCOGs organisasjon ledes av et styre på 5, valgt av Council, der alle 36 medlemslandsforeninger er representert med 2 delegater, en fra privatsfæren og en fra institusjonshelsetjenesten. Council møtes 2 ganger årlig, og velger en Executive som saksbehandler før endelig avgjørelse i Council. De 4 europeiske subspecialitetene innen faget, Urogyn, Fertilitet (ESHRE), GynOnk (EAGO) og EAPM (perinatalmedisin) er representert og er aktive i fagutviklingen. UEMS har etter hvert også konsentrert seg om etterutdanningen (CME/CPD), med akkrediteringsorganisasjonen EACCME, og har opprettet en egen organisasjon for utvikling av europeiske eksaminer. EBCOG arrangerer kongresser hvert 2 år, i mai i år i Torino, på kort varsel flyttet fra Istanbul. I samband med dette avholdtes den første europeiske diplom-eksamen i spesialiteten, skriftlig del, som leder til Fellowship ved bestått OSCE, som avholdes i Norwich, UK i november. I 2017 arrangeres det en ekstraordinær kongress i Antalya med eksamen, og den regulære EBCOG- kongressen neste gang arrangeres i Paris i mars 2018.

### EBCOG kongressen Torino mai 2016

*Av Arild Kloster Jensen:*

EBCOG er som nevnt over den store europeiske foreningen av gynekologer/obstetrikere med 36 medlemsland. Norge stiller med 2 representanter til Council, Disse er utpekt av NGF styret og har i senere år bestått av leder/tidligere leder av foreningen, og av PSL representanten i NGF.

Rolf Kirschner har jobbet i EBCOG systemet i mange år og han er nå Secretary-General i organisasjonen. Under kongressen i Torino ble Rolf hedret og utnevnt til Honorable Fellow. Det er foreningens høyeste utmerkelse og blir gitt til personer som har gjort en særdeles god innsats for EBCOG. Dette er en stor utmerkelse i europeisk sammenheng. Vi gratulerer!

EBCOG har en stor kongress hvert annet år. 2018 skal være i Paris. Under dette Council møte i Torino skulle man avgjøre lokalisering av 2020 møte. Vi var meget stolte da det etter to runder med avstemming ble et klart flertall for kongress i Bergen. Det er et kjempestort arrangement. Jone Trovik har takket ja til å være kongresspresident og forberedelsene til 2020 er allerede begynt.

EBCOG jobber med flere saker som retningslinjer, utdanning, utveksling av LIS leger med mer. Det anbefales alle å se på deres nettsider. Her ligger mye nyttig informasjon.

Det siste er at man har laget en europeisk eksamen i obstetikk og gynekologi i regi av EBCOG. De første 55 kandidatene tok første del av denne eksamen under Torino møtet. Man ser for seg at en slik europeisk eksamen kan være med på å sette en felles standard for gynekologer som jobber i Europa. Rolf Kirschner har sittet sentralt i dette arbeidet i flere år. Knut Hordnes også med på eksamensforberedelsene og deltok som eksaminator i Torino og vil også være med på del to i Norwich i høst.

Kongressen ble avholdt i Lingotto Congress Center. Et kjempestort kongress senter som også inneholdt et stort kjøpesenter, kontorer og flere hoteller. Hele komplekset var tidligere hovedfabrikken til Fiat bilindustri og fortsatt er det en racerbane på taket! Den ble brukt til å teste bilene før de forlot fabrikken.

Kongressen foregikk i 11 ulike saler med parallelle sesjoner. Dette inkluderte Key lectures, Master classes, Hot courses med Hands on undervisning, frie foredrag, poster presentasjoner samt ulike



komite møter. Yrende aktivitet og vanskelig å bestemme seg for hva man ville høre på. Her var det mye for enhver smak.

Et fullt og godt program som gjorde det vanskelig å være turist i Torino som er en vakker by i nordvest Italia med flott utsikt over alpene og full av mange spennende severdigheter. Flott sommervær i mai satt en perfekt ramme rundt arrangementet.

Vi ser fram til 2020 når Bergen skal ta imot alle delegater og arrangere fest og kongress for alle europeiske kolleger. Vi har god erfaring etter NFOG kongressen i 2012. EBCOG-ledelsen vil nok ha en sterkere innflytelse på kongressens innhold enn NFOG styret vanligvis har, ikke minst gjennom EBCOGs vitenskapelige komite. Vi vil likevel forsøke å sette et nordisk preg på kongressen både rent teknisk (færre parallelle sesjoner?) og ikke minst i innhold. Vi håper og tror på gode nordiske bidrag og stor oppslutning om kongressen i 2020!

*Rolf Kirschner, Arild Kloster Jensen, Jone Trovik og Knut Hordnes*



## Nordic course in vulva disease

**November 3rd – 4th 2016**

**Charlottehaven,**  
Hjørtinggade 12C, 2100 København Ø  
Copenhagen

### Thursday 3rd of November 2016

10.00 - 10.10	<b>Introduction</b>
10.10 - 10.50	<b>Restless genital syndrome</b> Marcel Waldinger, MD, Ph.D, Associate Professor in Sexual Psychopharmacology at the Faculty of Pharmaceutical Sciences of the University of Utrecht in The Netherland
10.50 - 11.20	<b>Break</b>

11.20 - 11.50	<b>Burning mouth and burning vulva (vulvodynia)</b> Rochelle R Torgerson, M.D., Ph.D. MAYO Clinic, Rochester, Minnesota, USA
11.50 - 12.20	<b>Provoked vestibulodynia - Studies on pain genetics and pain co-morbidity</b> Ulrika Heddini, Med dr, Consultant, Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus, Sweden
12.20 - 12.45	<b>A neurological and neurosurgical approach to pelvic pain</b> Axel Forman, professor, Klinik for kvindesygdomme, Aarhus Universitets hospital, Denmark
12.45 - 13.00	<b>Lipotransplantation and lichen sclerosus</b> Mette Meinert, Consultant, Klinik for kvindesygdomme, Aarhus University hospital, Denmark Helle Skyum, Consultant, dept of Plastic surgery, Aarhus University hospital, Denmark
13.00 - 14.00	<b>Lunch</b>
14.00 - 14.30	<b>Hidrosadenitis Suppurativa</b> Ditte Saunte, Consultant, dept of Dermatology, Roskilde University hospital, Denmark
14.30 - 15.00	<b>Free communications</b>
15.00 - 15.30	<b>Coffee break</b>



# Kjære FUGO-medlemmer!

Av Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder



Så er det snart klart for årsmøte! Det er årets begivenhet i det gynekologiske miljøet hvor man møtes på tvers av arbeidsfelt, geografi og interesser. Man møtes for spennende foredrag og ikke minst sosialt samvær. Begge deler gir masse inspirasjon i hverdagen og jeg håper mange LiSer har lyst til å reise og ikke minst får muligheten til å reise.

## Kurs

Som alltid arrangeres det et forkurs i regi av FUGO dagen før årsmøtet. Dette er et initiativ FUGO tok for flere år siden og som har vært veldig populært siden. Tanken med kursene er å dekke temaer som er dårlig dekket på andre kurs, eller temaer som noen brenner spesielt for. Tidligere temaer har blant annet vært laparoskopi, 3D ultralyd og ultralyd under fødsel, kolposkopi og perinatalogi. I år er det urogynekologi som står for tur. I samarbeid med urogynekologimiljøet på A-hus har kursansvarlig Eirin Haugli Falch fått på plass et utrolig mangfoldig og flott program, og jeg er sikker på at samtlige deltakere kommer til å forlate A-hus mange hakk klokere - til glede for både seg selv og pasientene.

En annen tanke med dette kurset er at det er en gylden mulighet for å få dekket reiseutgifter til årsmøtet, hvilket ellers kan være vanskelig, siden det er et legemiddelfirmasponset arrangement. Vi håper på den måten å øke antallet LiSer som kommer seg til årsmøtet.

Temaet for kurset bestemmes til syvende og sist av styret i FUGO, men FUGOs generalforsamling kommer med verdifulle innspill. Dersom man har noen tanker rundt temaer som kunne være interessante, så er det stedet å ta det opp. Eventuelt kan man sende mail eller be noen andre fremme forslag dersom man ikke selv skal på årsmøtet. Tenk på om det er noe spesielt du ønsker å fordype deg i!

« I samarbeid med urogynekologimiljøet på A-hus har kursansvarlig Eirin Haugli Falch fått på plass et utrolig mangfoldig og flott program »

## Ny spesialiststruktur

I tillegg til arrangement av kurs og forberedelser til årsmøtet for øvrig er det viktigste arbeidet til FUGO denne høsten arbeidet med ny spesialiststruktur. Planen er at ny struktur skal være på plass våren 2017 og at LiSer som starter i spesialisering høsten 2017 skal omfattes av ny ordning. Det er foreløpig ikke klart om alle andre LiSer skal godkjennes etter gamle regler, eller om det vil lages overgangsregler for de som er kort kommet når ny ordning trer i kraft. Det er i det hele tatt mye på det praktiske planet som ikke virker helt klart fra de ansvarlige myndigheters side i forslagens nåværende form (i så fall har de tenkt mange kloke tanker som ikke er kommunisert ut) og mye skal gjøres det kommende året for å få på plass en god spesialisering. Når det er sagt, er dette en kjempemulighet til virkelig å få til noe bra for faget vårt, og for å gi spesialistutdanningen et løft vi sårt trenger.

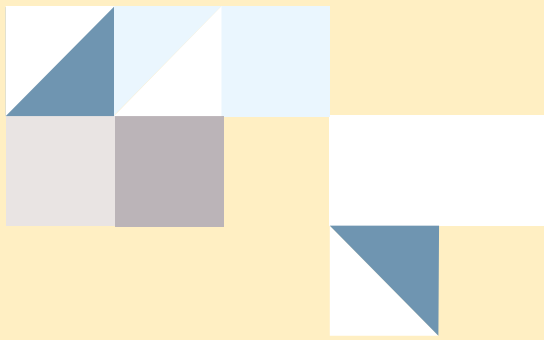
Spesialistkomitéen er bedt om å lage forslag til læringsmål og læringsaktiviteter, det vil si beslutte hva man mener bør kunne som ferdig spesialist, og hvordan man skal lære seg det. Det er lagt ned et stort arbeid og det endelige forslaget er diskutert med NGF-styret og representanter fra FUGO og skal ut på høring 1.oktober.

For FUGO har det vært viktig å arbeide for at dagens operasjonstyper, eller en variant av disse, ikke tas bort. Med erfaring blant annet fra Sverige, hvor det ikke lenger er krav om å ha gjennomført et visst antall inngrep før man er spesialist, vet vi at knivtid for LiS går markant ned dersom man ikke kan vise til at man er i behov av et visst antall inngrep for å fullføre spesialiteten. Det er viktig at alle som får tittelen spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer er gode, vaktkompetente gynekologer og obstetrikere, også hva gjelder kirurgiske ferdigheter.

Vi ønsker også at tjeneste på kirurgisk avdeling fortsatt skal være en del av vår spesialisering. Igjen handler det om å tilegne seg viktige kirurgiske ferdigheter, men også om å få bredest mulig kompetanse hva gjelder diagnostisering, og til dels behandling, av felles pasientgrupper.

Dette har vært to foreløpige hovedanliggender for FUGO, og det virker som vi får gehør for dette blant den eldre garde.

Et viktig arbeid er i gang - nå gjelder det at det settes av nok ressurser, både hva gjelder finansiering og personell, til at en slik omlegging blir gjort på en god måte for oss og til det beste for våre pasienter. Det blir spennende å se hva som tildeles av midler i statsbudsjettet for 2017 den 6. oktober. Det vet vi når vi møtes på årsmøtet. Jeg gleder meg til å diskutere det med dere!



## Formøte FUGO

17.30-19.00

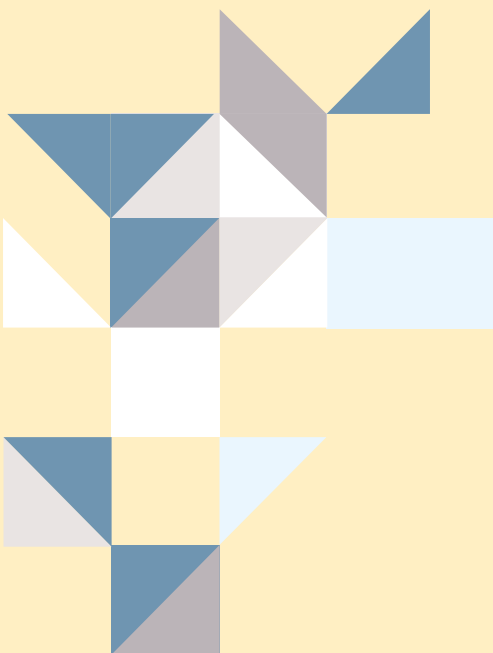
26. oktober 2016

17.30-18.10: **Generalforsamling FUGO**  
*Agenda for generalforsamlingen er følgende:*

- **Styrets arbeid gjennom året:**
  - Økonomi
  - Arbeid i Norge
  - Arbeid med internasjonale foreninger
- **Presentasjon av nytt prosjekt om veiledning**
  - Valg av nye kandidater
  - Evaluering årets kurs

18.10-18.20: Oppdatering på ny spesialiststruktur. *Marte Reigstad fra spesialistkomiteen.*

18.25-19.00: Hva oppnådde vi med streiken og hvor går veien videre?  
*Kristin Kornelia Utne i YLF-styret.*



# Antibiotikafritt legemiddel mot bakteriell vaginose

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

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

**Donaxyl**, CampusPharma. Antiinfektiv til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A C05. Står ikke på WADAs dopingliste. **VAGINALTABLETT 10 mg:** Hver vaginaltablett inneh.: Dekvaliniumklorid 10 mg, hjelpe-stoffer. **Indikasjoner:** Bakteriell vaginose. Det skal tas hensyn til offisielle retningslinjer om riktig bruk av antibakterielle midler. **Dosering:** 1 vaginaltablett daglig i 6 dager. Behandlingen skal avbrytes under menstruasjon og gjenopptas etterpå. Behandling skal fortsette selv om symptombedring innen 24-72 timer er vanlig. Behandling som varer i <6 dager kan gi tilbakefall. **Administrering:** Til vaginal bruk. Føres langt inn i skjeden ved leggetid om kvelden. Innføring er lettest i en tilbakelemt stilling med beina litt bøyd. I sjeldne tilfeller når skjeden er svært tørr, kan vaginaltablettet fuktet med en dråpe vann for innføring. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Sår i vaginalt epitel og i skjededelen av livmorhalsen. Skal ikke brukes av unge jenter som ikke har hatt sin første menstruasjon. **Forsiktighetsregler:** For å minimere eksponering hos nyfødte, bør vaginaltablett ikke brukes senere enn 12 timer før fødsel. Det er ikke innhentet effekt- og sikkerhetsdata knyttet til ny behandling av pasienter som ikke reagerer på eller som har fått tilbakefall umiddelbart etter 1. gangs behandling. Pasienten bør rådføre seg med lege dersom symptomene vedvarer når behandlingen avsluttes, eller hvis symptomene kommer tilbake. Bruk av høyere daglig dose eller økt behandlingstid kan øke risikoen for sår i skjeden. Ingen effekt- og sikkerhetsdata knyttet til behandling av bakteriell vaginose hos kvinner <18 eller >55 år. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner (se G01A C05). Anionaktive stoffer kan redusere antimikrobiell aktivitet. Samtidig intravaginal bruk av såper, sæddrepende midler eller vaginaldusj (vaginalskylling) anbefales ikke. Samtidig bruk av lateksfrie kondomer og annet intravaginalt utstyr (f.eks. pessar) anbefales ikke. Svekker ikke funksjonaliteten til latekskondomer. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Begrensede data viser ingen negativ innvirkning på graviditet eller foster/nyfødt barn. Bør bare brukes under graviditet hvis helt nødvendig. Amming: Systemisk eksponering hos ammende er ubetydelig, og ingen skadelig innvirkning på diende nyfødte/spedbarn forventes. Kan brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Infeksiøse: Vaginalis candidiasis. Kjønnsganer/bryst: Vaginalutflod, vulvovaginal pruritus, vulvovaginal sviende følelse. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Infeksiøse: Bakteriell skjedekatarr, soppinfeksjon i huden, vulvitt, vulvovaginitt. Kjønnsganer/bryst: Vaginale blødninger, vaginalmerter. Nevrologiske: Hodepine. Ukjent frekvens: Infeksiøse: Blærekatarr. Kjønnsganer/bryst: Sår og maserasjon i vaginalt epitel, uterusblødning, rødhet, vaginal tørrhet. Øvrige: Feber, allergiske reaksjoner. **Overdosering/Forgiftning:** Bruk av høyere daglig dose enn angitt kan gi sår i skjeden. Vaginal skylling kan ev. utføres. **Egenskaper:** Klassifisering: Kinolinderivat. Overflateaktivt stoff som virker lokalt i skjeden. Virkningsmekanisme: Øker bakteriecellens permeabilitet, og påfølgende tap av enzymaktivitet gir celledød. Bakteriedrepende aktivitet inntreffer innen 30-60 minutter. Vanligvis følsomme arter: Enterococcus faecalis, Lactobacillus spp., Staphylococcus aureus, Streptococcus agalactiae (gruppe B-streptokokker), Streptococcus pyogenes (gruppe A-streptokokker), Enterobacter spp., Escherichia coli, Klebsiella spp., Pseudomonas spp., Serratia spp., Atopobium vaginae, Bacteroides spp., Fusobacteria, Gardnerella vaginalis, Prevotella spp., Peptostreptococci, Porphyromonas spp. Ingen mekanismer for nedadret resistens er observert. Absorpsjon: Dekvaliniumklorid absorberes i svært små mengder etter innføring i skjeden. Systemisk eksponering regnes som ubetydelig. **Sist endret:** 04.09.2015 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). **Basert på SPC godkjent av SLV:** 12.10.2015. **Donaxyl vaginaltablett:** Styrke: 10 mg; Pakning: 6 st (blister); Refusjon/Byttegruppe: -/-; Pris (kr): 189,70; R.gr.: C<sup>2</sup>

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

# Årsrapport 2015

## FUGO

I 2015 var vi 6 aktive styremedlemmer, 1 hvilende medlem. Det ble avholdt totalt 6 møter.

### Styrets sammensetning i 2015 var som følger:

- Helene Fjeldvik Peterson, leder/NFYOG/ENTOG representant
- Erica Hove, nestleder/webansvarlig/ENTOG representant
- Tiril Tingleff, kasserer/NFYOG representant/GKV
- Thea Falkenberg Mikkelsen, kursansvarlig
- Elise Thoresen Sletten, NGF sekretær
- Cathrine Fiskum, sekretær/representant Gynekologen
- Camilla Rørslett Kleveland, Spes.kom rep. Hvilende styremedlem

I Bergen, i forbindelse med Årsmøtet holdt vi også generalforsamling. Styret brukte i 2015 25955,46 NOK på sin aktivitet, godt under budsjett på 60 000 NOK. Hovedgrunnen var at det var først og fremst østlandsbaserte styremedlemmer som deltok på de fleste møtene. Styremedlemmene er også aktive i de europeiske (ENTOG) og nordiske (NFYOG) Lis foreningene, og deltar på møter her i løpet av sittende periode.

### ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology)

I mai 2015 ble det holdt ENTOG møte i Amsterdam, og ENTOG utveksling i flere ulike byer i Nederland. Vi sendte Theresa N Valle Aguilar (Levanger) og Michael Tomala (Tønsberg), og kunne lese om deres opplevelser i Gynekologen 4/2015.

### NFYOG (Nordic Federation og Young Obstetricians and Gynecologists)

I 2015 hadde NFYOG 3 styremøter. Educational Committee i NFOG arrangerte et seminaret "Feedback, -are we good enough?" hvor representanter for NFYOG var tilstede både på tilhørerbenken og holdt innlegg. Fra Norge stilte Helene F.Peterson. Seminaret dreide seg om både å gi og motta feedback, samt ulike metoder for å evaluere Lis i de forskjellige nordiske landene. Bl.a. sertifisering og eksamen var hete tema til debatt.

### FUGOs Forkurs

Siden 2008 har FUGO arrangert kurs i forkant av NGF Årsmøte. Målet er å stimulere Lis til å delta på årsmøtene og forsøke å dekke et tema som er interessant for Lis, men som ikke dekkes i særlig grad av andre etablerte kurs. Forkurset i 2015 var Perinata-

logi i et tverrfaglig lys. Vi hadde et godt samarbeid med bl.a. pedia-tere på Haukeland og OUS og dedikerte Lis fra hele landet deltok.

### FUGO Årsmøte

FUGOs Årsmøte ble arrangert 21.oktober i Bergen og startet med generalforsamlingen. Referat fra generalforsamlingen kan leses i Gynkologen nr.4/2015. FUGO fikk valgt inn 3 nye styremedlemmer; Malin Dögl (Levanger), Eirin Haugli Flach (UNN), Renee Waage (OUS). Tiril Tingleff (Ringerike) ble gjenvalgt for en ny periode. Det ble også vedtatt at FUGO skal ha 1 representant for Endoskopiutvalget.

Videre fortsatte Årsmøte med besøk fra leder i Spesialistkomiteen Trond Melby Michelsen og YLF leder Christer Mjåset. Begge var svært engasjerende forelesere, og hovedtema var ny spesialiseringsstruktur og de store spørsmålene knyttet til dette.

### "Gi kniven videre"

På generalforsamlingen 2013 ble det vedtatt at vi skulle holde kampanjen "Gi kniven videre" i Norge, inspirert av våre søsterorganisasjoner i Sverige og Danmark. Hovedmålsetting: bedre utdanning av Lis innen kirurgiske ferdigheter. Den aktive kampanjeperioden var fra okt 2014 til mai 2015. Det ble sendt ut questback før kampanjen og etter kampanjeperioden. 1 versjon til alle Lis, og 1 versjon til Lis i utdanningsutvalget ved de ulike sykehusene. Det ble laget og sendt ut informasjonsmateriell, plakater, HUSK kort og buttons. Det ble også registrert over 4500 tellende inngrep underveis; med Lis' rolle under inngrepet. Det ble lagt ut råmateriale på FUGOs hjemmeside med oversikt over alle sykehusenes registrerte tall. Under Årsmøtet i Bergen holdt Tiril Tingleff en presentasjon av resultatene og delte ut "Gi-kniven-videre" prisen til Haukeland. Kampanjen har ikke gått ubemerket hen hos andre spesialiteter, og både ortopediske Lis og ØNH Lis planlegger nå å kjøre lignende kampanjer.

### Annet

Se nettsiden; <http://www.legeforeningen.no/fugo> for informasjon om FUGOs aktivitet, ENTOG utveksling og en rekke nyttige lenker.



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



## Norsk kvinnelig inkontinensforum

**Fredag 04. november 2016 Oslo universitetssykehus, Ullevål**

**Rødt Auditorium, Patologibyggget**

### *Møteleder Ingrid Volløyhaug*

10.55	Ingrid Volløyhaug ønsker velkommen	
11.00	Idiopatisk overaktiv blære og botox	Maria Øyasæter
11.25	Stimulator/vibrator som stress ink behandling	Ingard Nilsen
11.50	Inkontinenskirurgi hos de helt unge og de helt gamle	Madeleine Engen
12.15	Pause	
12.30	Urinary incontinence in elderly women	R Thakar (UK)
13.05	Hjelpemidler ved inkontinens en oppdatering	Anne Torine Litherland
13.20	Produktinformasjon fra Astellas	
13.25	Produktinformasjon fra Allergan	
13.30	Lunch	

### *Møteleder Rune Svenningsen*

14.30	Urinary incontinence and sexual function	R Thakar (UK)
15.05	Kliniske erfaringer som sexologisk rådgiver vedrørende urinlekkasje	J Toftner
15.30	Diskusjon om sex/inkontinens – evt kasuistikker	
15.40	Kaffepause	

### *Møteleder Anita Vanvik*

15.55	Håndtering av urinretensjon etter MUS – kateter, tøying eller kutt av bånd?	L Rimstad
16.20	Ajust –like bra som andre slynger?	Ala Haug
16.45	NKIR satsningsområde 2017	Dimoski/ Kulseng-Hanssen
17.00	Møteslutt	

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

# 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.

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

### Godkjenninger leger:

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

### Godkjenning bioingeniører:

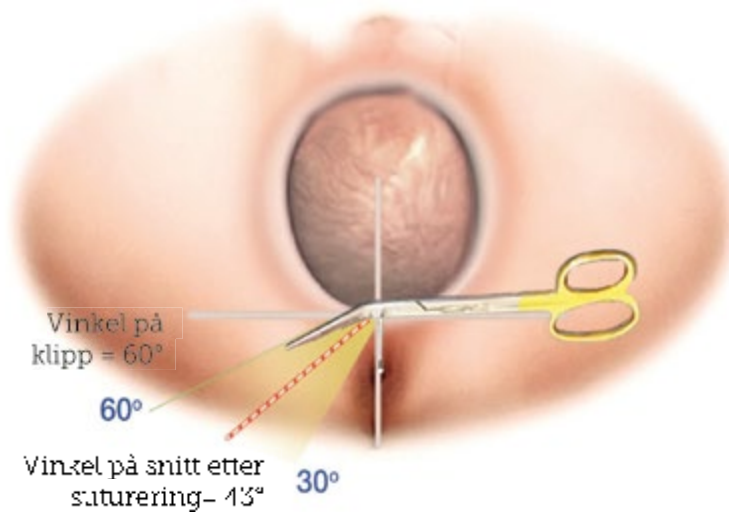
Kurset gir 7,5 tellende timer i spesialistgodkjenning for bioingeniører

For spørsmål om fagdagen kontakt: Ameli Tropé, [Ameli.Trope@krefregisteret.no](mailto:Ameli.Trope@krefregisteret.no) eller Irene Kraus Christiansen, [Irene.Kraus.Christiansen@ahus.no](mailto:Irene.Kraus.Christiansen@ahus.no)

Påmelding: [www.Deltager.no](http://www.Deltager.no) eller via <http://krefregisteret.no/fagdag>

Fagdagen arrangeres av Livmorhalsprogrammet ved Krefregisteret og Referanselaboratoriet ved Akershus universitetssykehus

## Leverandør av utstyr til gynekologi og obstetrikk



### Episcissors-60

Vinklet saks med retningsguide til bruk ved epiostomi

- Gir kontrollert klipp på 60°
- Etter suturering er snitt 43°
- Mindre fare for skade på anal-sfinkter



### Fetal Pillow

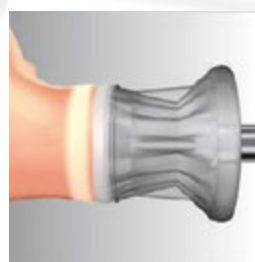
Brukes ved sectio etter mislykket tang- eller vakuum

- Gjør det enklere å utføre sectio
- Reduserer skade på mor og barn
- Kortere operasjonstid og sykehusopphold

Fetal Pillow legges inn under barnets hode rett før sectio, og tilsettes 180 ml væske som gir et skånsomt løft av barnets hode.



Uterus fikseres med vakuum



Lyser gjennom livmorhalsen

### Wolf SecuFix Uterus-manipulator

- Benyttes ved TLH
- Består av få deler
- Enkel i bruk
- Utstyrt med lys og vakuum
- Forenkler kolpotomien



Fødeavdelingen.

## Norge Rundt

# Kvinneklinikken ved Ahus

Av Silje Sommerfelt

Kvinneklinikken (KK) ved Akershus universitetssykehus (Ahus) er en av landets største kvinneklinikker. Vi består av seks avdelinger: Føde/barsel, gynekologi, polikliniske tjenester, forskning, kontortjenester og avdeling for leger. Fødselstallet er like over 5000, og vi har en stor gynekologisk virksomhet og høy dagkirurgisk aktivitet både på Nordbyhagen og på Ski sykehus. Poliklinikken har 150 konsultasjoner daglig, kort ventetid og ingen fristbrudd. Forskningsavdelingen er liten, men produktiv, og leverer årlig flere doktorgradsarbeid og mange publikasjoner. Kvinneklinikkens visjon er «Ledende innen kvinnehelse – et naturlig førstevalg».

### Tidligere besøkt:

2:2016: Kvinneklinikken ved Nordlandssykehuset, Bodø  
 2:2015: Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen  
 4:2015: Kvinneklinikken i Stavanger  
 1:2011: Kvinneklinikken i Hammerfest





Ahus.

« Fødselstallet er like over 5000, og vi har en stor gynekologisk virksomhet og høy dagkirurgisk aktivitet både på Nordbyhagen og på Ski sykehus »



Glassgata, Ahus.

Ahus ligger i Lørenskog, og er lokal- og sentralsykehus for Akershus, unntatt Asker og Bærum, samt Oslo-bydelene Alna, Stovner og Grorud. Opptaksområdet ble økt fra 300 000 til 460 000 mennesker i 2011, nær 10% av Norges befolkning!

#### Historikk

Sykehuset ble opprettet som Sentralsykehuset i Akershus (SiA) i 1961. Kvinnekliviken, ved bl.a. Arne Urnes og Anton Langebrekke, var ledende innen laparoskopiske nyvinninger. Inspirert av pionerer i utlandet startet man med laparoskopiske hysterektomier fra 1992. Stortinget vedtok i 1999 at SiA skulle bli et universitetssykehus. Det skal sies at da hadde det allerede hatt status som universitetssykehus i en periode etter 1972, da Franco-regimet stengte universitetet i Madrid, og de norske medisinstudentene måtte returnere.

Bygningsmassen ble utvidet flere ganger grunnet økende kapasitetsbehov, og «gamle SiA»s fasiliteter forbigås her i stillhet. Dagfinn Høybråten tok første spadetak for bygging av «Nye Ahus» i 2004, og det stod ferdig i oktober 2008. Nå er det kjent som Ahus, fordi man fremtidsrettet nok innså at sykehuset ikke ville forbli nytt i all evighet. Dessuten unngikk man det utmerkede alternativet «Akershus nye universitetssykehus, ANUS».

Den nye kvinnekliviken opplevdes som moderne, stor og fin, med splitter nytt utstyr. Fødeavdelingen ligger like ved siden av operasjonsavdelingen, og i kjellerens kulverter surrer pratsomme robottraller omkring. De storøydde ansatte fikk omvisninger for å finne frem. Samme lege gjorde siste sectio i det gamle huset, og det første i det nye. Da ble navlesnoren klippet med gullsaks.

#### Gynekologisk avdeling

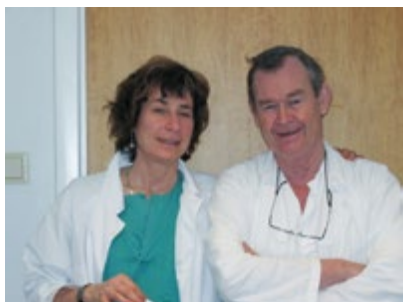
Gynekologisk aktivitet foregår på KKS poliklinikker ved Nordbyhagen og ved Ski sykehus, på sengepost, på sentraloperasjon (SOP), og på dagkirurgiske sentra (DKS) ved Nordbyhagen og ved Ski sykehus. Medisinsk kompetanse i legestaben er på internasjonalt nivå, med spesialkompetanse innen flere områder, for eksempel onkologi, endoskopisk kirurgi, urogynekologi, bekkenbunnslidelser og gynekologisk ultralyd. Vi har innført pakkeforløp med stor suksess, og Ahus har holdt tidsfristene. Vi ser en stor økning i antall behandlinger med cytostatika hos oss det siste året.

Kirurgiske inngrep gjøres på SOP og DKS, og uten narkose på skifte-stua på poliklinikken. Alle typer gynekologiske operasjoner utføres på Ahus, med enkelte unntak, for eksempel avansert cancerkirurgi som gjøres ved Radiumhospitalet i Oslo.

Andelen dagkirurgi er stor i forhold til andre spesialiteter og andre gynekologiske avdelinger. Vi gjorde nesten 1900 dagkirurgiske inngrep i 2015. Antall hysterektomier er relativt stabilt. Vi ønsker å stabilisere andel vaginale hysterektomier på rundt 35%. Vi ser en dalende andel laparotomier, og økende andel avanserte laparoskopiske inngrep, som LH og uterovaginal sacropeksi. Ventelistene våre er korte. Vi følger retningslinjene for ERAS (enhanced recovery after surgery), og våre operasjonspasienter på sengepost skrives godt smertelindrede ut etter gjennomsnittlig 1,9 døgn.

#### Fødeavdelingens tv-stjerner

Fødeseksjonen tar imot fødende fra uke 26. Fra uke 23 til uke 26 henvises de til Oslo universitetssykehus. Omtrent 40% av pasientene



Marie Ellström Engh og Arne Urnes.



Ines Panaderog og Ashi Ahmad.



Memona Majida og Marie Ellström Engh.

## « Den nye kvinneklinikken opplevdes som moderne, stor og fin, med splitter nytt utstyr »

har ikke-vestlig bakgrunn. Vi har to fødeseksjoner, A og B, der friske gravide med normale svangerskap selekteres til å føde ved tun A. Tun B har 8 fødeenheter og 7 familierom, tilbyr alle former for smertelindring, og innførte selvstyrt epidural i 2012. Vi er en godkjent mor/barn-vennlig avdeling. Observasjonspost for gravide har 6 senger, og en del poliklinisk aktivitet i tillegg. I 2015 startet man med Misodel for induksjoner, som forkortet latensfasen. Barselhotellet har 20 rom.

Vi har fødepoliklinikk, diabetespoliklinikk, Ahusteam for oppfølging ved rus eller psykososiale risikosvangerskap, STAN-gruppe, perinatalkommisjon, sorggrupper og tilbud om fødselsforberedende samtaler og kurs. Det ble i 2015 utført 772 keisersnitt ved Ahus, 15,3% av alle forløsninger. Dette tallet har vært stabilt de siste årene. Samme år gjorde vi operative vaginale forløsninger hos 9,7% av de fødende. Målet vårt er å ha null sfinkterrupturer, og vi har stort

fokus på rift-prosjektet. I 2015 var det totalt 105 sfinkterrupturer, noe som tilsvarer 1,8%, og viser en nedgang fra året før, både ved spontane og instrumentelle forløsninger. Vi jobber videre for å nå målet!

I løpet av 2015 var det et tv-team på fødeavdelingen, under innspilling av dokumentarserien «Fødeavdelingen». Mange fikk bakoversveis ved tanken på å ha kamera til stede på jobb, men vi synes programmene ser fine ut, og vi håper serien gir god folkeopplysning og positivt fokus på det som foregår på fødeavdelinger!

### Vulvakameratene

I dag har vi rundt 240 årsverk på Kvinneklinikken, hvorav 19 for overleger og 18 for LiS, samt to turnusleger. Vi har et tett tverrfaglig samarbeid med jordmødre, sykepleiere og andre kollegaer. Arbeids-

miljøet beskrives som i «Arnes ånd», det henvises her til Arne Urnes, en leder som satte preg på klinikken gjennom mange år, med fokus på varme, humor og omsorg for både pasienter og hverandre. Vi kan ha en slitsom og emosjonelt utfordrende jobb, og alle har et stort engasjement, på godt og vondt. Da har vi lov til å vise hele vårt arsenal av følelser og reaksjoner, lov til å bruke hverandre. Og å bruke humor. Masse humor. Humor over alle grenser. Vi har vært opptatt av å bevare arbeidsmiljøet vårt, under Pernille Schjønshys ledelse. Arne Urnes gjør fortsatt gjesteopptredener her. Pernille Schjønshy ble klinikkssjef i år, og Runar Eraker tar dermed over som avdelingsleder for legene. Ledelsen og legegruppen er preget av tilgjengelighet og raushet. Vi stiller opp for hverandre, og er flinke til å ta vare på hverandre. Vi vil ha samhold, trivsel og felles innsats.

I grønn lagdrakt stiller Vulvakameratene årlig i Holmenkollstafetten. Vulvakameratene har også bygget det høyeste tårnet noensinne under Jahus-jakten, de årlige felleselevene for alle ansatte ved Ahus. Konkurransen instinktet når nye høyder, og hovedkonkurrenten er selvsagt jordmorlaget. Vi har sosiale utflukter og mer uformelle samlinger, og det går gjetord om spillopper på hytteturer i årevis etterpå. Seth Granbergs julebord har blitt tradisjon, med påfølgende røverhistorier om vodka i strie strømmer, og tenners gnissel hos stakkarene som måtte passe huset på vakt.

Vakteamene våre har fire sjikt, med 9-delt vakt i primær- og sekundærsjiktet. Natt og helg er vi tre i tilstedevakt, og kvartervakt i hjemmeberedskap. Alle LiS har en veileder, og det er laget en utdanningstrapp for LiS, som bl.a. kan brukes i veiledningsmøter. Avdelingen har jobbet aktivt for å engasjere LiS i forsknings- og kvalitetssikringsoppgaver. Vi har for tiden tre stipendiater og tre ansatte i post.doc-stillinger. Forskningsavdelingen ledes av Anne Eskild og Marie Ellström Engh, som er overleger og professor 2 ved UiO. Gruppen skaper ny kunnskap om bl.a. svangerskap, svangerskapskomplikasjoner, bekkenbunnen, helsevesenets betydning for folkehelsen, perioperativ behandling og reproduksjonsmønstre.

Vi har etablert faste operasjonsuker for LiS, for å få kontinuitet i den operative opplæringen. Som ledd i internundervisningen har vi hvert halvår laparoskopitrening, og en LiS har oversikt over deltakelse i operasjoner. Hver uke har vi felles internundervisning som koordineres av LiS, og egne fagmøter for henholdsvis gynekologi og obstetikk hver torsdag. Hver onsdag holdes fellesmøte ledet av forskningsavdelingen. I 2015 hadde tre overleger utdanningspermisjon, og en overlege får opplæring i spesialisert gynekologisk ultralyd. Overlegene deltar ofte på kurs og seminarer.

KK mottar årlig studenter innen sykepleie, jordmorlag, medisin og helsearbeid. Turnuslegene våre får en bratt læringskurve, og blir drevne på orienterende vaginal ultralyd og akutte gynekologiske problemstillinger. LiS har gruppe 1-tjeneste ved klinikken vår. Vi implementerer NEWS/ISBAR i 2016. Fagutviklerene våre har mange spennende prosjekter på gang, som simuleringstrening in situ, lyntreningsprosjektet, forbedringsprosjektet med mål om å redusere sectiofrekvensen på landsbasis, og våre årlige akuttkurs.

Takk for at vi fikk presentere vår vakre, stimulerende og sosiale arbeidsplass. Vi er stolt vertsskap for Årsmøtet 2016! Det er tross alt ikke alle som har et universitetssykehus hvor man kan både ta bussen rett til Karl Johan, og bedrive elgjakt like utenfor døren.

*Norge Rundt-stafett-pinnen går videre til Tønsberg.*

« Takk for at vi fikk presentere vår vakre, stimulerende og sosiale arbeidsplass »



*Båttur! Pernille Schjønshy, Ida Årving og Ellen Marie Strøm-Roum.*



*Seth Granberg og Shahryar Ighani.*



*Kristian Nordlie og Mari Chammas.*

# Regionsmøte våren 2016: TeVeBu (Telemark-Vestfold-Buskerud)

Av Sara Kalstad

Hele 34 deltagere møtte på vårmøtet den 26. april 2016. Møtet går på tur, forrige møte i Drammen var en stor suksess og denne gang var det Tønsberg som var vertskap. Arrangementet foregikk på ettermiddagen med kun 2,5 time faglig program før middag og sosial omgang utover kvelden.

## Vårens tema var som følger:

- Praktiske retningslinjer for myomenukleasjon/-reseksjon ved Andreas Putz, Seksjonsoverlege Gynekologi, Tønsberg, Adrian Botea, Overlege Kvinneklubben, Skien og Sigrid Vingerhagen Pethick, Overlege Kvinneklubben, Drammen
- Myomer og infertilitet ved Hans Ivar Hanevik, Overlege Ph.D Medisinsk ansvarlig ved Fertilitetsavdelingen Sør, Porsgrunn
- Ulipristalacetat – nye data ved Erik Wadell, Medical Advisor, Gedeon Richter
- Medisinsk teamtrening i operativ gynekologi ved Andreas Putz, Seksjonsoverlege Gynekologi, Tønsberg

Oppfølging av slankeopererte gravide, ved Linn Tokheim Nistov, Seksjonsoverlege Kirurgisk klinikk, Kvinnesenteret, Tønsberg  
Deltagerne fikk først et foredrag hvordan myomer håndteres ved de tre ulike sykehusene. Det gav et godt innblikk i hvordan myomer bør vurderes både diagnostisk og terapeutisk avhengig av størrelse, alder og barneønske. Man gikk gjennom hysteroskopisk versus laparoskopisk behandling, med fine videoer fra de ulike avdelingene. Nivået er jevnt høyt nivå med flere smarte praktiske operative løsninger. Deretter fulgte et innsiktsfullt foredrag fra Fertilitetsavdelingen i Porsgrunn, med fokus på myomer og evidensnivået for behandling. Vi fikk så et kortere industrisponset foredrag om Ulipristalacetat med gjennomgang av studier og tid til kritiske spørsmål.

Neste foredrag på planen var om ukentlig medisinsk teamtrening på operasjonssalen ved Sykehuset i Vestfold. Alle leger ved Kvinneklubben ruller på å delta i et scenario med kritiske situasjoner i samarbeid med teamet fra operasjonsavdelingen og anestesivdelingen, med en strukturert gjennomgang i etterkant. Pga. tidsaspektet måtte dessverre innlegget utgå. Det faglige programmet ble avrundet med obstettrikk og foredrag om fedme og fedmeopererte, og anbefalinger for oppfølging under svangerskap og fødsel. Dette er særlig et tema ved Sykehuset i Vestfold hvor Kvinneklubben har et tett samarbeid med Senter for Sykelig Overvekt. Pasientgruppen er voksende og krever tett tverrfaglig oppfølging under svangerskapet. Etterpå ble det servert en treretters middag av god kvalitet, og praten gikk livlig over bordene utover kvelden.

« Erfaringene fra vår region er overveiende positive. Fordelen med regionsmøtene er at man blir bedre kjent med samarbeidende kolleger fra nabosykehusene og privatpraktiserende gynekologer »



Det har vært diskutert om man bør sløyfe NGF vårmøte og heller satse på regionale møter fremover. Erfaringene fra vår region er overveiende positive. Fordelen med regionsmøtene er at man blir bedre kjent med samarbeidende kolleger fra nabosykehusene og privatpraktiserende gynekologer. Dessuten er det betydelig lettere å få med mange leger med ulik bakgrunn når det er relativt kort reisevei og arrangementet foregår like etter arbeidstid. Diskusjonene favner bredt og man får et godt innblikk i hvordan pasientbehandlingen er både ved og utenfor sykehuset. Det største problemet er å få tid til alt på en kveld, det var stort engasjement både på foreleser og deltagerensiden og man så seg til nødt til å sløyfe et foredrag pga. tidsaspektet. Det er tydelige fordeler ved å bli bedre kjent i egen region, og da er det kjekt å ha regelmessige kontaktpunkter som kombinerer det faglige med det sosiale.



## Ny medredaktør

(Associate Editor) i Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica (AOGS)

I samsvar med NFOGs vedtekter er det behov for en ny norsk medredaktør i AOGS per. 1 januar 2017.

Redaksjonen består av sjefsredaktør (Chief Editor) og hans stedfortreder, assisterende sjefredaktør (Deputy Chief Editor), en redaksjonssekretær (Editorial Manager) og 13 nasjonale redaktører, tre av disse oppnevnes av NGF. De nasjonale medredaktørene ansettes for 4 år med opsjon på forlengelse i ytterligere 2 x 2 år, dvs. for maksimalt 8 år. AOGS går gjennom en svært positiv utvikling med et økende antall mottatte manuskripter og en økende impact factor.

Medredaktørene mottar hvert år mellom 20 og 50 manuskripter for vurdering. Manuskriptene fordeles mellom medredaktørene avhengig av den enkeltes fagbakgrunn. Faglige og vitenskapelige kvalifikasjoner er en forutsetning for ansettelse. Redaksjonelt arbeid gir erfaring og innsikt i vitenskapelig publisering og er en meritterende akademisk aktivitet. Det er et nært samarbeid mellom medredaktørene, sjefsredaktør, assisterende redaktør og redaksjonssekretær. Det avholdes årlig to felles redaksjonsmøter.

Medredaktørens kostnader dekkes gjennom NFOGs budsjett. Det bevilges hvert år opp til NOK 35 000, delvis basert på antall behandlede manuskripter. Denne sum kan gå til å dekke ulike utgifter som datautstyr og lignende eller kongressutgifter knyttet til redaksjonelt arbeid. Utgifter til redaksjonsmøter dekkes separat.

Den faglige blanding av dagens medredaktører er bred og alle fagdisipliner innen gynekologi og obstetrikk er interessant. Vi ønsker først og fremst en dedikert kollega som vil bidra til fortsatt fremgang for AOGS.

### Spørsmål rettes til:

NGF's vitenskapelige sekretær og Associate Editor i AOGS Nils-Halvdan Morken, mail: [nils-halvdan.morken@uib.no](mailto:nils-halvdan.morken@uib.no) eller

Chief Editor, AOGS, Professor Ganesh Acharya, mail: [ganesh.acharya@uit.no](mailto:ganesh.acharya@uit.no) or [ganesh.acharya@ki.se](mailto:ganesh.acharya@ki.se)

Søknad inkl. relevant CV sendes på mail til Nils-Halvdan Morken ([nils-halvdan.morken@uib.no](mailto:nils-halvdan.morken@uib.no)) innen 1. November 2016

# Repadina<sup>®</sup>

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](mailto:info.no@azanta.com)

## Azanta

Azanta AS | Postboks 39, Tveita | 0671 Oslo

# The Biennial Pelvic Floor Centre Symposium

## Incontinence and Pelvic Floor Disorders 2016

### The Biennial Pelvic Floor Centre Symposium, Akershus University Hospital 25th of November, 2016

#### Symposium objectives:

To address evidence-based treatment methods for incontinence and pelvic floor disorders.

Discussion and questions can be in Norwegian or English.

#### Who should attend:

The program is for urologists, gynaecologists, gastroenterologists, colorectal surgeons, general practitioners, registered nurses, physiotherapists and other interested health professionals

#### Location:

Store Auditoriet  
Akershus University Hospital  
Sykehusveien 27, Lørenskog

#### Fee:

NOK 1,000

#### To Register:

<https://www.deltager.no/ahussymposium2016>

#### Contact details:

Catherine Planke Teig: 4800 3263

#### Visit our homepage:

[www.ahus.no/bekkensenteret](http://www.ahus.no/bekkensenteret)

This symposium has submitted an application for accreditation to the Norwegian Medical Association and the Norwegian Nurses Organization. Accreditation for Physiotherapists requires an individual application to the Norwegian Organization of Physiotherapists after completion of the symposium.

#### Program:

- 09.00 – 09.05** Introduction
- 09.05 – 09.45** **Does physical activity protect the pelvic floor or is it a risk factor for pelvic floor dysfunction?**  
Kari Bø, Professor, Physiotherapist, Department of Sports Medicine, Norwegian School of Sports Sciences
- 09.45 – 10.20** **Update on the management of the overactive bladder**  
Linda Cardozo, Professor of Urogynaecology, Consultant Gynaecologist, King's College Hospital, London
- 10.20 – 11.00** **Mode of delivery and subsequent pelvic floor dysfunction**  
Jette Stær Jensen, PhD, Consultant Gynaecologist, Akershus University Hospital
- 11.00 – 11.15** Break
- 11.15 – 11.50** **Advances in sacral nerve stimulation**  
Kim Gorissen, Consultant Colorectal Surgeon, Oxford University Hospitals NHS Trust
- 11.50 – 12.25** **Sutured Transanal Mucosectomy and Plication; rediscovery of the intra-anal Delormes**  
Kim Gorissen, Consultant Colorectal Surgeon, Oxford University Hospitals NHS Trust
- 12.25 - 13.10** Lunch
- 13.10 – 13.45** **Female cosmetic genital surgery**  
Linda Cardozo, Professor of Urogynaecology, Consultant Gynaecologist, King's College Hospital, London
- 13.45 – 14.25** **Scientific session: pelvic floor dysfunction**
- Anal SphinKeeper in patients with faecal incontinence – A European Multicenter pilot study**  
Steen Buntzen, Professor, Consultant, The National Advisory Board of Incontinence and Pelvic Floor Health of Norway, University Hospital of North Norway, Tromsø
- Conservative treatment for pelvic organ prolapse - The POP study**  
Ingeborg Hoff Brækken PhD, Physical therapist with specialty in manual therapy and women's health, Kolbotn Physical Therapy Institute, University of Bergen, Dep. Global Public Health and Primary Care Norway
- 14.25-15.00** **Surgical treatments for obstetric sphincter injuries**  
Ylva Sahlin, PhD, Consultant Colorectal Surgeon, Hamar Hospital and The Pelvic Floor Centre, Akershus University Hospital
- 15.00 – 15.20** Break
- 15.20 – 15.55** **Conservative and surgical treatments for Bladder Pain Syndrome**  
Yr Logadottir, PhD, Consultant Urologist, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden
- 15.55 – 16.35** **Sexual traumatization and the complicated pelvic floor patient - what is the connection and how to deal with it in clinical practice?**  
Svein Staff, Consultant Psychiatrist, The Pelvic Floor Centre, Akershus University Hospital
- 16.35- 17.05** **Panel Discussion**
- 17.05 -17.10** **Adjourn**
- 17.10 - 17.55** **Guided tour of Akershus University Hospital**

Hun har ovariekreft.

# TEST HENNE

for BRCAm.

# BEHANDLE HENNE

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

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

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 inneholder: 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 fordelene 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 laboratoriefunn av generelt mild eller moderat (CTCAE grad 1 eller 2) anemi, nøytropeni, trombocytopeni og lymfopeni. Behandling bør ikke startes før restitusjon fra hematologisk toksisitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og nøytrofilverdier bør være innenfor normalområdet eller CTCAE grad 1). Fullstendig blodtelling ved 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. Tilfelle 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. *Biljøring og betjening av maskiner:* Asteni, tretthet og svimmelhet er rapportert, og pasienter som opplever disse symptomene bør utvise forsiktighet ved biljøring eller ved bruk av maskiner.

**Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Kombinasjon med andre legemidler mot kreft, inkl. DNA-skadelige midler, viser forsterket og forlenget myelosuppressiv toksisitet. Kombinasjon med vaksiner eller immunsuppressiver er ikke undersøkt, og forsiktighet bør utvises. Pasienten bør overvåkes nøye. Effekt av andre legemidler på olaparib: Olaparib metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4/5. Samtidig bruk av sterke CYP3A-in-dukter 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 overvåking 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 overvåking 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 før behandling bør graviditetstest utføres. Effektiv prevensjon skal brukes under behandlingen og i 1 måned etter siste dose. Siden det ikke kan utelukkes at olaparib kan redusere effekten av hormonelle prevensjonsmidler, bør en ekstra ikke-hormonell prevensjonsmetode og jevnlig graviditetstester vurderes. *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, diarè, dyspepsi. Neurologiske: 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 

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

 **Lynparza**<sup>TM</sup>  
olaparib  
capsules 50 mg 



# EN ANNEN BEHANDLINGSMETODE FOR OVERAKTIV BLÆRE<sup>1</sup>

- Den første  $\beta_3$ -agonisten mot overaktiv blære<sup>1,2</sup>
- Dokumentert effekt på alle OAB-symptomer<sup>1,2</sup>
- Munntørrhet på placebonivå<sup>1,2</sup>

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. Uroligisk 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 m<sup>2</sup>) 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 m<sup>2</sup>) 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 <sup>1</sup>	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	50 mg	25 mg
	Alvorlig	25 mg	Ikke anbefalt
Nedsatt leverfunksjon <sup>2</sup>	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	25 mg	Ikke anbefalt

<sup>1</sup> Lett: GFR 60-89 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Moderat: GFR 30-59 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Alvorlig: GFR 15-29 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>.  
<sup>2</sup> 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  $\geq 180$  mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk  $\geq 110$  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  $\geq 160$  mm Hg eller diastolisk blodtrykk  $\geq 100$  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 m<sup>2</sup>) 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. Digoksin konsentrasjonen 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, amning og fertilitet:** Graviditet: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som som prøver å bli gravide. Amning: Bruk under amning bør unngås. **Bivirkninger:** Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $<1/10$ ): Gastrointestinale: Kvalme/ forstoppelse, diaré. Hjerte/kar: Takykardi. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Neurologiske sykdommer: Hodopine, svimmelhet. Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $<1/100$ ): Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerte/kar: Palpitasjon, atrieflimmer. Hud: Urticaria, utslett inkl. makuløst og papuløst, pruritus. Infeksiøse: Vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnsganer/bryst: Vulvovaginal pruritus. Muskel-skjelettsystemet: Hovne ledd. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk, forhøyet  $\gamma$ -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 ( $<1/10000$ ): Hjerte/kar: Hypertensiv krise I. Ukjent frekvens: Psykiske: Insomni.  
<sup>1</sup> 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 ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vilkår:** 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.