

# Gynekologen

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening

3 • 2015



**ÅRSMØTEUTGAVEN 2015**  
Bergen 21. - 23. oktober

**Program årsmøte** s. 14

**Generalforsamling** s. 18

**Abstract** s. 48



Norsk gynekologisk  
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

**NYHET**

# KLAR NÅR DU ER TACHOSIL® PRE-ROLLED

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



1. TachoSil SPC 16. april 2015, www.legemiddelverket.no



R15096

## TachoSil "Takeda Nycomed"

Lokalt hemostatikum  
ATC-nr.: B02B C30

**MATRIKS TIL VEVSLIM:** Hver cm<sup>2</sup> inneholder: Humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2 IE, equint kollagen, humant albumin, natriumklorid, natriumsitrat, L-argininhydroklorid. Fargestoff: Riboflavin (E 101).<sup>1</sup>

**Indikasjoner:** Til voksne som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen, fremme vevsforsegling og for suturstøtte ved kirurgi der standardteknikker ikke er tilstrekkelige.  
**Dosering:** Skal bare brukes av erfarne kirurger. Voksne: Antall enheter som anvendes bør alltid være i samsvar med underliggende klinisk behov, relatert til størrelsen på sårflaten og må vurderes individuelt. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 matriser (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 7 er rapportert. For mindre sårflater, f.eks. ved kikkhullskirurgi, anbefales matriser av mindre størrelse (4,8 cm x 4,8 cm eller 3 cm x 2,5 cm) eller den ferdigrullede (4,8 cm x 4,8 cm). Spesielle pasientgrupper: Barn og ungdom < 18 år. Anbefales ikke pga. utilstrekkelige data.  
**Tilberedning/Håndtering:** For instruksjoner vedrørende håndtering før bruk, se pakningsvedlegg. Administrering: Kun til eplesjonell bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Se pakningsvedlegg for instruksjoner vedrørende administrering. Det er sterkt anbefalt å journalføre navn og batchnr. hver gang preparatet benyttes.  
**Kontraindikasjoner:** Intravaskulær bruk. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.  
**Forsiktighetsregler:** Data for anvendelse ved nevrokirurgi eller gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Allergiske hypersensitivitetsreaksjoner (utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustethet, hypotensjon og anafylaksi) kan oppstå. Dersom disse symptomene oppstår, skal administreringen avbrytes umiddelbart. Hvis sjokktilstand inntreffer, skal prosedyre for sjokkbehandling følges. Tiltak for å forebygge infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod/plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivering/fjerning av virus under produksjonen. Til tross for dette kan en ikke fullstendig utelukke muligheten for overføring av smittsomme agens. Dette gjelder også virus eller patogener som hittil er ukjent. Tiltakene anses effektive mot kappekledde virus som hiv, HBV og HCV, og mot det ikke-kappekledde viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappekledde virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erytropoiesis (f.eks. hemolytisk anemi).  
**Interaksjoner:** Preparatet kan denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f.eks. antiseptiske oppløsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av preparatet.  
**Graviditet, amming og fertilitet:** Sikkerheten ved bruk under graviditet eller amming er ikke klarlagt. Skal ikke administreres til gravide og ammende, hvis ikke strengt nødvendig.  
**Bivirkninger:** Vanlige (≥ 1/100 til < 1/10): Øvrige: Feber. Mindre vanlige (≥ 1/1000 til < 1/100): Immunsytemet: Hypersensitivitet eller allergiske reaksjoner (inkl. alvorlig anafylaksi) kan oppstå i sjeldne tilfeller. Slike reaksjoner kan spesielt observeres ved gjentatt bruk av legemidlet eller dersom det administreres til pasienter med kjent hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. Antistoffer mot innholdsstoffet i fibrinpreparatet til sårlukking/hemostatika kan forekomme i sjeldne tilfeller. Svært sjeldne (< 1/10 000): Hjerter/kar: Livstruende tromboemboliske komplikasjoner kan forekomme ved utilsiktet intravaskulær administrering.  
**Overdosering/Forgiftning:** Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering.  
**Egenskaper:** Klassifisering: Lokalt hemostatikum. Inneholder fibrinogen og trombin som er tørket belegg på overflaten av en kollagenmatris. Den aktive siden er farget gul. Virkningsmekanisme: Ved kontakt med fysiologiske væsker, f.eks. blod, lymfe eller fysiologisk saltvann, oppløses

innholdsstoffene i belegget og diffunderer delvis inn i såroverflaten. Dette etterfølges av fibrinogen-trombinreaksjonen som initierer det siste trinnet av den fysiologiske blodkoagulasjonsprosessen. Fibrinogen blir omdannet til fibrinmonomere som spontant polymeriserer til et fibrinkoagel, og som på denne måten holder kollagenmatrisen fast til såroverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limegenskaper som bidrar til å lukke såret. Metabolisme: Fibrinkoagellet metaboliseres som endogent fibrin ved fibrinolyse og fagocytose. Kollagenmatrisen degraderes ved resorpsjon til vev. Ca. 13 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten tegn til lokal irritasjon. Nedbrytningen ble forbundet med infiltrering av granulocytter og dannelse av resorptivt granulasjonsvev som kapsler inn de nedbrutte restene av TachoSil. Ingen bevis for lokal intoleranse er sett i dyrestudier. Fra erfaringen hos mennesker, har det vært isolerte tilfeller hvor rester ble observert som tilfeldige funn uten tegn på funksjonell svekkelse.  
**Andre opplysninger:** Leveres ferdig til bruk i sterile pakninger.  
**Pakninger og priser pr 08.05.2015**

**TachoSil, MATRIKS TIL VEVSLIM:**

**3 x 2,5 cm:** 1 stk. 601,10 5 stk. 2840,50  
**4,8 x 4,8 cm:** 1 stk. 1805,70 (ferdigrullet) 2 stk. 2981,90  
**9,5 x 4,8 cm:** 1 stk. 2714,50

### Referanser

1. TachoSil SPC 16. april 2015, www.legemiddelverket.no



Norsk gynekologisk forening  
DEN NORSKE LEGEFORENING

## Gynekologen

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening

### Ansvarlig redaktør

Agnethe Lund  
Overlege, Helse Bergen HF  
E-mail: agn.lund@online.no.

### Redaksjonsmedlemmer

Cathrine Fiskum,  
LIS Namsos  
E-mail: catfisk@hotmail.com

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

Guri B. Majak  
stipendiat, UiO  
E-mail: gurifb@hotmail.com

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

Ragnar Sande  
Stavanger Universitetsjukehus  
E-mail: ragnar.sande@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 2015

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

Opplag: 1250

# INNHOOLD

REDAKTØR .....	5
LEDER .....	7

### ÅRSMØTE 2015

Velkommen til Bergen .....	11
Program formøter .....	12
Program årsmøtet .....	14
Generalforsamling NGF 2015 .....	18
Vedtekter NGF .....	18
Presentasjon av styret .....	19
NGF Representanter .....	21

### ÅRSRAPPORTER

Årsmelding NGF 2014 .....	24
Regnskap NGF 2014 .....	26
Revisor beretning 2014 .....	28
Rapport fra NFOG 2015 .....	30
Årsmelding fra Endoskopiutvalget 2015 .....	34
Årsrapport 2014, Endoskopiregister .....	36
Årsrapport 2014, EBCOG .....	37
Nasjonalt forbedringsprosjekt obstetikk .....	38
Årsrapport 2014, NGF Kvalitetsutvalget .....	40
Årsrapport 2014, STAN .....	41
Årsrapport 2014, Spesialist komiteén .....	42
Årsberetning 2013/2014, NFGO .....	43

### FUGO

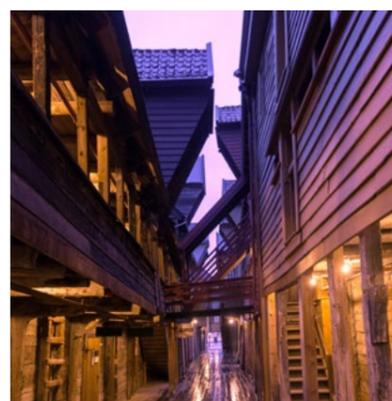
Leder .....	44
FUGO forkurs .....	44
Årsrapport 2014 .....	45
Gi kniven videre .....	46

ABSTRACT ..... 48-62

POSTERE ..... 64-74

### Styret i Norsk gynekologisk forening 2014-2015

**Leder:** Jone Trovik, Haukeland Universitetssjukehus. jone.trovik@helse-bergen.no  
**Nestleder:** Stine Andreassen, Nordlandssykehuset Bodø. stine.andreassen@online.no  
**Vitenskapelig sekretær:** Marit Lieng, Ullevål Universitetssykehus. marit.lieng@ous-hf.no  
**Kasserer (PSL):** Arild Kloster-Jensen, Spes. praksis, Arendal. akloster@online  
**Sekretær (FUGO):** Elise Thoresen Sletten, LIS KK UNN Tromsø. elise.thsletten@gmail.com  
**Styremedlem:** Tone Shetelig Løvrik, St Olavs Hospital. tone.shetelig.Lovrik@stolav.no  
**Varamedlem (PSL):** Åsle Marit Ullern, BestHelse, Nordstrand. amar-u@online.no  
**Varamedlem (FUGO):** Helene Fjeldvik Peterson, LIS KK Ahus. helene\_fjeldvikpeterson@hotmail.com  
**Varamedlem:** Nils-Halvdan Morken, Haukeland UiS og UiB. nils-halvdan.morken@kk.uib.no



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: Bryggen i Bergen av K. Belcynski (Flick).



- 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

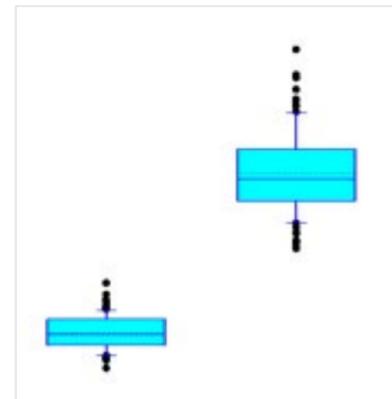
**Misodel «Ferring Legemidler AS» Prostaglandin.** ATC-kode: G02A D06. **VAGINALINNLEGG 7 µg/time:** Hvert vaginalinnlegg inneholder: Misoprostol 200 µg (avgir 7 µg/time i løpet av 24 timer), kryssbundet hydrogelpolymer, butylert hydroksyanisol. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel hos kvinner med umoden 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 innlegget faller ut, skal det ikke erstattes. Ved påfølgende administrering av oksytocin, vent minst 30 minutter etter at vaginalinnlegget er tatt ut. **Spesielle pasientgrupper:** Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med opplæring innen 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 for induksjon. Dersom oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er gitt. Ved mistanke eller bevis på arveavhengig 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. For uke 36 i svangerskapet. **Forsiktighetsregler:** Kan føre til overdreven uterin stimulering dersom det ikke fjernes før fødselen er i gang. Fjernes ved langvarige eller unormalt kraftige kontraksjoner, eller dersom det foreligger bekymring for mor eller barn. Dersom kraftige kontraksjoner vedvarer etter uttak bør tokolytisk behandling vurderes. Ved preeklampsi bør bevis eller mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen data finnes ved alvorlig preeklampsi eller hull på fosterhinnen >48 timer før innsetting. Ved positiv streptokokk gruppe-B status som krever profylaktisk antibiotikabehandling, bør tidspunkt for antibiotikabehandling vurderes nøye for å oppnå adekvat beskyttelse. Hvis oksytocin gis, skal innlegget først tas ut, og deretter skal en vente minst 30 minutter før oksytocin gis. Misodel er kun undersøkt i svangerskap med 1 foster i hodeleie. Er ikke undersøkt ved multiple svangerskap eller ved >3 tidligere vaginalfødsler etter uke 24 i svangerskapet. Forsiktighet utvises ved modifisert «Bishops score» (mBS) >4. En påfølgende dose utover maks. dose anbefales ikke pga. manglende data. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC) post-partum er beskrevet ved induert fødsel (fysiologisk eller farmakologisk metode). Butylert hydroksyanisol kan forårsake hudreaksjoner eller irritasjon i øyne og slimhinner. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er kontraindisert pga. økt uterotonisk effekt. Andre prostaglandinpreparater ble i en studie gitt ved behov 1 time etter uttak av Misodel uten negative effekter. **Graviditet, 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** ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Hjerter/kar: Føtal hjerterytmesykdom (føtale hjerterytmeforstyrrelser, føtal bradykardi, føtal takykardi, fravær av normal variasjon av ukjent årsak, nedsatt føtal hjerterytmefrekvens, føtal hjerterytmeforsinkelser, 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** ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Hud: Utslett. Kjønnsganer/bryst: Genitalkløe. Luftveier: Neonatal respirasjonsdepresjon, neonatal åndenødssyndrom, forbigående takypné hos nyfødte. Nevrologiske: Neonatal hypoksisk-iskemisk encefalopati. Svangerskap: Blødning antepartum, føtal acidose, blødning postpartum, prematur morkakeløsning, uterin hypertonus, uterin ruptur. **Undersøkelser:** Lav Apgar-score, forhøyet blodtrykk hos mor. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen erfaring. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk prostaglandin E1 (PGE1)-analog. **Virkningsmekanisme:** Forårsaker modning av cervix og uterine kontraksjoner. **Absorpsjon:** Kun misoprostolsyre påvises i plasma. C<sub>max</sub>: 45,8 µg/ml. Median T<sub>max</sub>: 4 timer. **Proteinbinding:** Misoprostolsyre <90% i serum (avhengig av terapeutisk dose). **Halveringstid:** Median terminal T<sub>1/2</sub> (etter uttak): Ca. 40 minutter. **Metabolisme:** Raskt til aktiv metabolitt, misoprostolsyre, som metaboliseres videre til inaktiv dinor- og tetranorsyrederivater. **Utskillelse:** Renal for dinor- og tetranorsyrederivater. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i fryser (-10 til -25°C). **Pakninger og priser pr.august:** 5 stk. (folieposer) kr 6 489,10.



Ferring Legemidler AS  
Postboks 4445 Nydalen  
0403 OSLO



MIS/007/10/2015



Regn i Oslo og Bergen. R. Skjærven.

## Gynekologpatriotisme

«Jeg tok min nystemte» er ikke min favorittmelodi, selv om jeg er født og oppvokst i byen mellom de syv fjell. Jeg identifiserer meg ikke med myten – en høylytt og brautende type av den mening at Bergen er best, uansett! For det regner i Bergen, ofte og mye. Rolv Skjærven, statistiker i Medisinsk fødselsregister, har moret seg med følgende; det er ikke overlappende plot dersom man sammenlikner nedbør i Bergen og Oslo. Altså, det våteste året i Oslo var signifikant tørrere enn året det regnet minst i Bergen. Og jeg spør meg, hvorfor bor jeg her?

Det er heldigvis mange gode grunner til å bli i min hjemby. Kvinnekliviken er en av dem. KK i Bergen er stadig i hardt vær i media og det kan være tungt å overbevise pasientene om at vi fortjener tillit. Men jeg opplever et stødig og levende fagmiljø. Setefødsler, lav keisersnittfrekvens og kompetent bruk av tang er fanesaker hos oss. Dette er vi kjent for selv utenfor landets grenser. Dessuten har vi et meget sterkt gynekologisk-onkologisk forskningsmiljø og høy kompetanse innen endoskopi og generell gynekologi.

Men dette var jo selvsagt og jeg er jo ikke en sånn typisk Bergenser... Les denne årsmøteutgaven og du vil finne at hele vårt norske fagmiljø og foreningen blomstrer. Jeg er imponert over hva NGF og årsmøteprogrammet kan by på. Vårt store og allsidige fagfelt kan man bare ikke bli lei av. Gynekologi er best - uansett.

Drar du til Bergen har jeg en liten guide til deg som kanskje blir en ekstra dag eller har lyst på en pause. Fra Ørnen går du langs Lille Lungaardsvann og tar turen innom kunstmuseet Kode. Du kan finne utstillingen «Bevegelser i det 20. århundre» i Kode4. Her vises blant annet politisk kunst fra 60-tallet, meget informativ om kvinnelig anatomi og prevensjon og et nyttig historisk perspektiv for oss som tar p-piller for gitt.

Gå videre over Festplassen og ned i Skostredet. Her ser du gatekunst og finner byens kreative undergrunn men også Litteraturhuset med et godt brasseri og bokhandel. Videre svinger du opp Korskirkeallmenningen og tar en kopp på Kaffemissionen. Vil du ha utsikt fortsetter du oppover i smug og gater til utkikkspunktet Skansen.

Eller følg Lille Øvregate, den koseligste veien til Bryggen, der de gamle trehusene gir deg stemningen fra den gamle Hansatiden (se forsidefoto). Inne i Bryggen er det også en fin liten kaffebar, Bastant, med god økologisk suppe og lunsj. På vei tilbake kan du få med deg Galleri 3,14 og foto-utstillingen 22 Women, den gjør inntrykk.

Kjære gynekolog, gled deg over årsmøteutgaven. Velkommen til Bergen og husk paraply!

Vennlig hilsen  
Agneth Lund

# Noen plager er helt unødvendige

**Ovesterin®** østriol

**Ovesterin® krem og vagitorier er effektiv behandling av urogenital østrogenmangel<sup>1</sup>:**

- ved dyspareuni
- ved residiverende UVI
- forsøksvis ved visse former for urininkontinens

Selges reseptfritt på alle apotek

1) ref: Raz & Stamm. N Engl J Med 1993; 329: 753-6



Ovesterin® Vagitorier og Vaginal Krem er reseptfrie legemidler. Les pakningsvedlegget før bruk.



Kjære lesere!

## ”Der har vi det som fisken i vannet”

Så klart landets gynekologer kommer til å strømme til årsmøtet i Bergen for å oppleve internasjonale foredragsholdere som opplyser oss om hvordan transplantasjonskirurgi nå er en realitet også innen vårt fagfelt, hva implikasjoner utilstrekkelig ernæring i tidlig graviditet kan ha og om hvordan optimalisere intrauterin prevensjon.

Under bolken fagpolitisk debatt vil vi få rapport fra FUGO- prosjektet ”Gi kniven videre” samt at sentrale kapitler i den nyreviderte gynekologi-veilederen blir presentert.

Apropos vann; vi som bokstavelig talt vasser i fostervann eller gjennomspyling ved cystoskopi/hysteroskopi går vel ikke av veien for litt regn? Hjertelig velkommen alle sammen!

På generalforsamlingen vil vi gjerne diskutere hvordan komme videre med prosjektet web-basert CTG/STAN-opplæring. Vi vet blant annet fra NPE-NGFs gjennomgang av obstetrikksaker at økt kompetanse i CTG-tolkning er nødvendig for bedret fødselsomsorg. NGFs STAN-utvalg har et betydelig underlagsmateriale med CTG/STAN tolkninger og enkeltpersoner har lagt mye arbeid ned i å utarbeide forprosjekt. Hvordan skal vi nyttiggjøre oss den kompetansen og alt det arbeid som er gjort i foreningsregi når vi opplever at Helseforetak vil ”ta over” prosjektet, uten å formelt inkludere representanter fra fagmedisinsk hold? Hvordan kan vi få til en konstruktiv prosess der vi jobber sammen mot felles mål; NGF bidrar med landets ypperste kompetanse og underlagsmateriale, helseforetakene med frikjøp av tid for at de aktuelle prosjektmedarbeidere skal få laget og fylt webprogrammet med godt innhold. På den måten skal vi kunne sikre at resultatet blir så godt at vi alle vil stille oss bak og oppfordre til implementering. Vi ønsker å unngå en ny ”ultralysprosess” der manglende nasjonal fagmedisinsk involvering gjør at verktøyet ikke oppleves legitimt.

Vennlig hilsen

Jone Trovik



# 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.

ESM0915023NO

**esmya® 5mg**  
Ulipristalacetat

**Esmya «Gedeon Richter» Progesteronreseptormodulator.** ATC-nr.: G03X B02. **TABLETTER 5 mg:** Hver tablett inneh.: Ulipristalacetat 5 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterine fibroider hos voksne kvinner i fertil alder. Intermitterende behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterine fibroider hos voksne kvinner i fertil alder. **Dosering: Voksne:** 1 tablett 1 gang daglig i behandlingsregimer på inntil 3 måneder hver. Behandlingene skal startes når menstruasjon har inntruffet. Det 1. behandlingsregimet skal startes i den første uken av menstruasjonen. Etterfølgende behandlingsregimer skal starte tidligst under den 1. uken av den andre menstruasjonen etter at det forrige behandlingsregimet er fullført. Behandlende lege skal fortelle pasienten om behovet for behandlingsfrie perioder. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 4 intermitterende behandlingsregimer. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering anbefalt ved lett nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering anbefalt ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Bruk anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. **Barn og ungdom:** Ikke relevant for bruk. Sikkerhet og effekt kun fastslått for kvinner >18 år. **Administrering:** Skal svelges med vann. Kan tas med eller uten mat, men grapefrukt/grapefruktjuice skal unngås. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Graviditet og amming. Genital blødning av ukjent etiologi eller av andre årsaker enn uterine fibroider. Kreft i livmor, livmorbals, eggstokker eller bryster. **Forsiktighetsregler:** Ulipristalacetat skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. Graviditet skal utelukkes før behandling. De fleste kvinnene som tar en terapeutisk dose av ulipristalacetat har anovulasjon, likevel anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode under behandlingen. Ulipristalacetat har spesifikk effekt på endometrium, og endringer i histologien til endometrium kan oppstå. Endringene er reversible etter seponert behandling. Disse histologiske endringene kalles PAEC (Progesterone Receptor Modulator Associated Endometrial Changes), og må ikke forveksles med endometriehyperplasi. I tillegg kan en reversibel økning av endometriets tykkelse oppstå under behandling. Ved gjentatt intermitterende behandling anbefales periodisk overvåkning av endometrium. Dette omfatter årlig ultralyd som skal utføres etter tilbakevendt menstruasjon i en behandlingsfri periode. Hvis det oppdages endometrietykkelse som vedvarer etter tilbakevendt menstruasjon i behandlingsfrie perioder eller >3 måneder etter avsluttede behandlingsregimer, og/ eller endret blødningsmønster oppdages, bør det utføres en undersøkelse som omfatter biopsi av endometrium, for å utelukke andre underliggende sykdommer, deriblant endometriell malignitet. Ved hyperplasi (uten atypi) vil overvåkning ifølge normal klinisk praksis (f.eks. en oppfølgende kontroll 3 måneder senere) være anbefalt. Ved atypisk hyperplasi bør det utføres undersøkelser og kontroller ifølge normal klinisk praksis. Behandlingsregimene skal ikke overskride 3 måneder hver, siden risikoen for negative effekter på endometrium er ukjent hvis behandlingen fortsettes uten avbrudd. Pasienten skal informeres om at ulipristalacetatbehandling normalt fører til en signifikant reduksjon i blodtap under menstruasjon eller amenoré innen de første 10 behandlingsdagene. Hvis de kraftige blødningene vedvarer, må pasienten underrette lege. Menstruasjonen vender normalt tilbake innen 4 uker etter hvert avsluttet behandlingsregime. Hvis, under gjentatt intermitterende behandling, etter den innledende reduksjonen av blødning eller amenoré, det oppstår et endret vedvarende eller uventet blødningsmønster, som intermenstruell blødning, bør det utføres en undersøkelse av endometrium, herunder endometriebiopsi, for å utelukke andre underliggende tilstander, deriblant endometriell malignitet. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 4 in- termitterende behandlingsregimer. Nedsatt nyrefunksjon forventes ikke å signifikant endre eliminasjonen av ulipristalacetat. Pga. manglende spesifikke studier anbefales ikke ulipristalacetat ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Det foreligger ingen terapeutisk erfaring med ulipristalacetat ved nedsatt leverfunksjon. Nedsatt leverfunksjon er forventet å endre eliminasjonen av ulipristalacetat og føre til økt eksponering. Dette anses ikke å være klinisk relevant ved lett nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Bruk ved alvorlig astma som ikke kontrolleres tilstrekkelig med perorale glukokortikoider, anbefales ikke. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner anbefales interaksjonsanalyse. Ulipristalacetat har en steroidstruktur og fungerer som en selektiv progesteronreseptormodulator med hovedsakelig hemmende effekter på progesteronreseptoren. Hormonelle prevensjonsmidler og progestagen vil derfor trolig føre til redusert effekt av ulipristalacetat grunnet en konkurrerende virkning på progesteronreseptoren.

Samtidig administrering av legemidler som inneholder pro- gestagen anbefales derfor ikke. Etter administrering av den potente CYP3A4-hemmeren ketokonazol (400 mg 1 gang daglig i 7 dager) til friske frivillige, øker C<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, itrakonazol, telitromycin, klaritromycin) CYP3A4-hemmere anbefales ikke. Administrering av den potente CYP3A4-induktoren rifampicin (300 mg 2 ganger daglig i 9 dager) til friske frivillige reduserer betydelig C<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-induktorer (f.eks. rifampicin, rifabutin, karbamazepin, okskarbazepin, fenytoin, fosfenytoin, fenobarbital, primidon, johannesurt, efavirenz, nevirapin, langvarig bruk av ritonavir), anbefales ikke. Ulipristalacetat kan forstyrre virkningen til hormonelle prevensjonsmidler (rent progestagen, progestagenfrisettende antikonsepsjon (spiral) eller kombinasjonspiller) og progestagen administrert av andre årsaker. Samtidig administrering av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Legemidler som inneholder progestagen skal ikke tas innen 12 dager etter seponert behandling med ulipristalacetat. In vitro data indikerer at ulipristalacetat kan være hemmer av P-gp ved klinisk relevante konsentrasjoner i den gastrointestinale veggen under absorpsjon. Samtidig administrering av ulipristalacetat og et P-gp-substrat er ikke undersøkt, og interaksjon kan ikke utelukkes. Resultater in vivo viser at ulipristalacetat (administrert som 1 enkel 10 mg tablett) 1,5 time før administrering av P-gp-substratet feksosfenadin (60 mg) ikke har noen kliniske relevante effekter på farmakokinetikken til feksosfenadin. Det anbefales derfor at samtidig administrering av ulipristalacetat og P-gp-substrater (f.eks. dabigatranetiksilat, digoksin, feksosfenadin) utføres med minst 1,5 timers mellomrom. **Graviditet, amming og fertilitet:** Se Kontraindikasjoner. **Graviditet:** Kontraindisert under graviditet. **Amming:** Ulipristalacetat og dens aktive mono-N-demetylerede metabolitt utskilles i brystmelk med et gjennomsnittlig AUC<sub>0-24</sub> melkplasma-forhold på 0,74±0,32 for ulipristalacetat. Effekten på nyfødte/spedbarn er ikke undersøkt. Risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. Kontraindisert under amming. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Kjønnsorganer/bryst: Amenoré, endometriehyperplasi. *Van- lige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Smarter i abdomen, kvalme. Hud: Akne. Kjønnsorganer/ bryst: Hetetokter, bekkenmerter, ovariecyste, ømhet/smarter i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Smarter i muskler og skjelett. Neurologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. Øre: Vertigo. Øvrige: Tretthet. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Munntørhet, konstipasjon. Hud: Alopeci, hyperhidrose, tørr hud. Kjønnsorganer/bryst: Metroragi, genital utflod, ubehag i brystene, uterin blødning. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter. Neurologiske: Nyrer/urineveier: Urininkontinens. Psykiske: Angst, emosjonell forstyrrelse. Undersøkelser: Forhøyede blodtriglyserider, forhøyet blodkolesterol. Øvrige: Asteni, ødem. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/ 1000):* Gastrointestinale: Dyspepsi, flatulens. Kjønnsorganer/bryst: Oppsvulmede bryster, ruptert ovariecyste. Luftveier: Epistakse. **Overdosering/ Forgiftning:** Begrenset erfaring med overdosering. Enkelt doser på opptil 200 mg og døgndoser på 50 mg i 10 etterfølgende dager ble administrert til et begrenset antall personer, og ingen alvorlige bivirkninger ble rapportert. Se Giftinformasjonens anbefalinger for ulipristalacetat G03A D02 side c. **Egenskaper: Klassifisering:** Peroralt aktiv syntetisk progesteronreseptormodulator som karakteriseres av en vevsspesifikk delvis progesteronantagonisteffekt. **Absorpsjon:** T<sub>max</sub>: Median på 0,75 timer. **Proteinbinding:** Bindes i høy grad (>98%) til plasmaproteiner, inkl. albumin, alfa-I-syre-glykoprotein, lipoprotein med høy tetthet og lipoprotein med lav tetthet. **Halveringstid:** Terminal halveringstid i plasma etter en enkelt dose på 5 eller 10 mg er beregnet til ca. 38 timer, med en gjennomsnittlig peroral clearance (Cl/F) på ca. 100 liter/time. **Metabolisme:** Omdannes til mono-N-deme-tylerte og deretter di-N-demetylerede metabolitter, hovedsakelig via CYP3A4. **Utskillelse:** Hovedsakelig via feces, <10% via urin. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser:** 28 stk.<sup>1</sup> (blister) 190889. **Refusjon:** <sup>1</sup>Se G03X B02\_1 side d i Refusjonslisten. **Sist endret:** 30.06.2015



# Kjære kollega!

Det er en glede å kunne ønske velkommen til Bergen og NGFs årsmøte i 2015, 21-23 oktober.

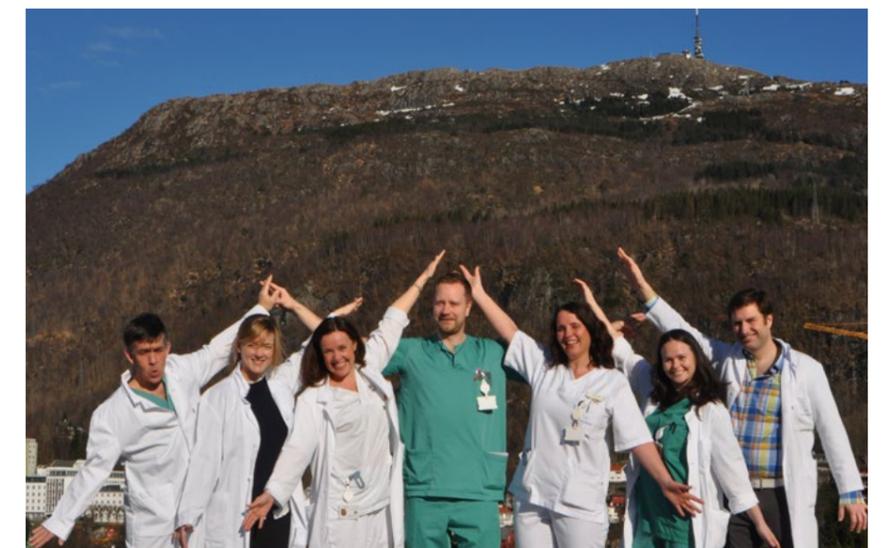
Møtet finner sted på nye Hotell Scandic Ørnen, midt i sentrum. Tradisjonen tro satser vi på høyt faglig innhold med foredrag, forskningsnyheter og symposier.

Når så mange kolleger møtes er det sosiale selvfølgelig også viktig, og samværet starter med en Get-together onsdag kveld på UNA restaurant og mikrobryggeri. UNA ligger sentralt i Bergen, midt på Bryggen. Her blir det velkomstdrink med servering og god stemning. Torsdag kveld pynter vi oss til årsmøtemiddag, som finner sted på Hotell Scandic Ørnen. Storbandet Soul Mates spiller til dans.

I tillegg til et spennende og variert årsmøteprogram kan Bergen, som UNESCO-beskyttet Hansaby, med sin beliggenhet gi muligheter for natur- og kulturopplevelser. Fra vertshotellet er det kun få minutter til Fløibanen og nærmeste topptur med strålende utsikt. For de kulturhungrige kan KODE kunstmuseene by på flotte utstillinger.

Den lokale arrangementskomité takker styret for tilliten. Vi ser frem til å kunne vise venner og kolleger varmen og atmosfæren, som «verdens beste by» kan tilby. Hjertelig velkommen til årsmøtet og Bergen by!

Hilsen fra lokale arrangementskomité, Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus: Kim Danielsson, Anna-Helen Kolle, Heidi Thornhill, Knut Bakke, Grete Iversen, Stine Birkeland, Christopher Riley.



LOK gjengen.

# Program formøter -NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

Onsdag 21.10 kl. 17.30-19.00



Bryggen i Bergen. Foto: Per Nybø.

## Internasjonal Kvinnehelse

- 17.30-18.15 Yaliso Yaya Balla, Bs, PhD Senter for Internasjonal Helse, UiB.  
"Maternal mortality in rural Ethiopia - measurements to assess obstetric care".
- 18.15-18.35 Spørsmål-diskusjon.
- 18.35-18.50 Hilde Engjom, stipendiat Institutt for global helse, UiB.  
"Legeforeninga sitt arbeid med tema innen global kvinnehelse".
- 18.50-19.00 Spørsmål-diskusjon.

## Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL)

- 17.30-19.00 Pakkeforløp for gynekologisk kreft; en gjennomgang. Hva er nytt?  
*Marit Sundset, St. Olavs Hospital.*

## Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

*Møteleder: Kathrine Woie*

- 17.30-17.35 Velkommen ved Kathrine Woie
- 17.35-17.45 Avastin ved ovarialcancer. Biverknader. Kva må informerast og kontrollerast.  
*Kristin Kaiander. Roche.*
- 17.50-18.20 Livskvalitet etter strålebehandling. *Overlege Ingvild Vistad, Kristiansand*  
+ 5 min. diskusjon
- 18.25-19.00 Palliasjon ved gynekologisk kreft. Praktisk håndtering av en utfordrende pasientgruppe. *Overlege Arve Nordbø.*  
+ 5 min. diskusjon

## NUGG i Bergen

*Ansvarlig: Memona Majida KK Ahus*

- 17.30-17.50 PFDI-20 og PFIQ-7: Internasjonale livskvalitet bekkenbunns spørreskjema validert på norsk.  
*Catherine A.J. Teig. Administrativ leder for Bekkensenteret, PhD stipendiat, Akershus Universitetssykehus.*
- 17.50-18.10 Ny metode for konservativ behandling av stressinkontinens hos kvinner.  
*Ingar Nilsen, Avdelingsleder/overlege, KK UNN.*
- 18.10-18.30 Pelvic floor changes during pregnancy and after delivery assessed by ultrasound. *Jette Stær-Jensen, Overlege KK Ahus.*
- 18.30-18.40 Er det interesse i fagmiljøet for oppstart av et nasjonalt descensregister?  
*Ingrid Volløyhaug, Overlege KK St. Olavs Hospital Trondheim.*
- 18.40-19.00 Komplikasjonskvarter. Kasus med nett komplikasjoner.  
*Ivar Jostein Tjugum, Overlege sykehus i Førde*  
*Jone Trovik, Overlege, Haukeland universitetssjukehus.*
- Eventuelt.

# PROGRAM NGF ÅRSMØTE

## Bergen 2015

### Onsdag 21.10

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

- Internasjonal kvinnehelse
- Norsk Urogynkologisk gruppe
- FUGO
- Praktiserende spesialisters Landsforening
- Norsk Forum Gynekologisk Onkologi

19.30-23.00: Get-together på UNA Bryggen

### Torsdag 22.10

09.00-09.30 **Åpning av årsmøtet**

09.00-09.10 Ordfører Trude Drevland ønsker velkommen

09.10-09.15 Åpning av årsmøtet ved leder i NGF Jone Trovik

09.15-09.25 Kulturelt innslag

09.30-10.30 **Hovedforelesning**

09.30-10.15 Mats Brännström:

«Prosjektet uterustransplantasjon, fra unnfangelse til fødsel»

10.15-10.30 Spørsmål/diskusjon

10.30-11.00 PAUSE. Kaffe, besøk postere og utstillingen

11.00-12.00 **Frie foredrag (1)**

**G1 TOM TANBO:** Autotransplantation of cryopreserved ovarian tissue after treatment for malignant disease – the first norwegian results.

**G2 NORA JOHANSEN:** Seksualfunksjon etter kreftforebyggende fjerning av eggstokkene: effekt av hormonbehandling.

**G3 SIRI VANGEN:** Risk of different breast cancer subtypes by type of menopausal hormone therapy.

**G4 ELISABETH SMOGELI:** Utfall for pasienter med høyrisiko endometriecancer etter behandling med adjuvant kjemoterapi: en retrospektiv studie.

**G5 KATHARINA BISCHOF:** Høyt uttrykk av  $\delta 133p53$  indikerer forbedret overlevelse ved høygradig serøse ovarialcancer.

12.00-13.00 **LUNSYMPOSIUM FERRING:**

Induksjon av fødsel

**LUNSJ - ØVRIGE DELTAGERE**



Knøsesmuget på Nordnes i Bergen.

13.00-14.30: **Frie foredrag (2)**

**O1 MARIT CAMILLA HAAVALDSEN:** Gjentakelsesrisiko for hypertensive svangerskapskomplikasjoner.

**O2 JOHANNE DYBVIK:** Placentavekt i det første svangerskapet og risiko for preeklampsi i det andre svangerskapet – en kohort med 186 859 kvinner.

**O3 HEIDI TILLER:** Plater og placenta – samspill for livet.

**O4 GRY FINDAL:** Lav toxoplasma igg i graviditet er vanlig i svangerskapet hos kvinner smittet prekonsepsjonelt.

**O5 HENRIETTE O. KARLSEN:** Både fosterstørrelse og vekst predikerer negative perinatale utfall.

**O6 KIM DANIELSSON:** Hypertensive svangerskapskomplikasjoner hos kvinner med epilepsi med og uten antiepileptika behandling.

**O7 ANE MOE HOLME:** Placentær frigjøring av placental growth factor (plgf) og soluble fms-like tyrosine kinase-1 (sflt-1) i normale og preeklampiske svangerskap.

**O8 MARIE CECILIE:** Longitudinelle endringer i glukose- og lipidmetabolisme roland: påvirkes ulikt av maternell bmi.

Program fortsetter på neste side ►

- 14.30-15.00: Pause. Kaffe, besøk postere og utstillingen.
- 15.00-16.10: **Revisjon av veilederen i generell gynekologi.**
- 15.00-15.10: Anny Spydslaug innleder.
- 15.10-15.30: Nan Oldereid: Fertilitetsbevarende tiltak hos kvinner med kreft.
- 15.30-15.50: Sigrun Kjøtrød: Infertilitetsbehandling/ovarielt hyperstimuleringsyndrom.
- 15.50 -16.10: Mette Løkeland og Maria Ræder:  
Rhesusproblematikk ved provosert abort og spontanabort.
- 16.10-16.30: **FUGO** ved Tiril Tingleff: Spesialistutdanning. "Gi kniven videre".
- 16.30-17.00: Pause. Kaffe, besøk postere og utstillingen.
- 17.00-18.30: **Generalforsamling**
- 19.30-01.00: **Årsmøtemiddag**

## Fredag 23.10

- 09.00-10.30: **Obstetikk: Svangerskap og fremtidig helse.**
- 09.00-09.30: Iris J. Grooten: Implications of insufficient nutrition/ hyperemesis during pregnancy.
- 09.30-10.00: Tore Henriksen: Obesity and health over generations.
- 10.00-10.30: Annetine Staff: Future maternal health after placental dysfunction and preeclampsia- possible mechanisms and how to follow up women at risk.
- 10.30-11.00: Pause. Kaffe, besøk postere og utstillingen.
- 11.00-12.00: **Frie foredrag (3)**

**G6 CATHERINE TEIG:** Translation and validation of condition-specific quality of life questionnaires for women with pelvic organ prolapse in the norwegian context.

**G7 MARIE ELLSTRØM ENGH:** Ett års resultater ved bruk av transvaginal nett med suturapplikator, for apikalt fremfall med eller uten cystocele.

**G8 INGRID VOLLØY HAUG:** Er seksuell aktivitet hos kvinner relatert til symptomer og tegn på descens og inkontinens?

**G9 TONJE BOHLIN:** Videopresentasjon herlyn-werner-wunderlich syndrom.

**G10 TONE SHETELIG LØVVIK:** Androgener og cervixlengde hos gravide kvinner med polycystisk ovarial syndrom.

- 12.00-13.00: **LUNJSYMPOSIUM MEDA:**  
Vulvar intraepitelial neoplasi (VIN)
- LUNSJ ØVRIGE DELTAGERE**

13.00-14.30: **Frie foredrag sesjon (4)**

**O9 SÉVERINE CALUWAERTS:** Blood, birthing and body fluids: delivering and staying alive in an ebola management centre.

**O10 TUVÅ KRISTINE HALLE:** Forekomst av analsfinkterruptur hos førstegangs fødende etter operativ vaginal-forløsning og risiko for anal inkontinens 16-23 år etter.



Foto: Bernt Rostad (Flickr), regnfestival, skostredet i Bergen.

**O11 SANDRA LARSEN:** Intrauterin fosterdød og risiko for skulderdystoci.

**O12 ERIK ANDREAS TORKILDSEN:** Occiput posisjon vurdert med ultralyd – keisersnitt eller vaginal fødsel?

**O13 THERESE S. HANSEN:** komplikasjoner til induksjon av fødsel på indikasjon fødselsangst.

**O14 JANNE ROSSEN:** Targeted use of oxytocin augmentation.

**O15 BIRGITTE SANDA:** Fit for fødsel-livsstilsintervensjon fører til økt fysisk aktivitetsnivå hos førstegangs fødende.

**O16 HEGE MIKALSEN:** 3 kasus med ogilvie´s syndrom.

- 14.30-15.00: Pause. Kaffe, besøk postere og utstillingen.
- 15.00-16.30: Generell gynekologi/gynekologisk kreft.
- 15.00-15.30: Oskari Heikinheimo: Optimizing intrauterine contraception.
- 15.30-16.00: Knut Håkon Hole: Utredning av ovarialtumor med MR.
- 16.00-16.30: Jone Trovik: Profylaktisk salpingektomi ved hysterectomi.
- 16.30-16.45: Avslutning. Priser for beste frie foredrag i gynekologi og i obstetikk.



# Generalforsamling NGF 2015

Saksliste NGFs generalforsamling Bergen torsdag 24. oktober 2015 17.00-18.30

Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere.  
Minnestund.

- Årsmelding 2014
- Regnskap 2014
- Revidert budsjett 2015
- Budsjett 2016
- Fastsettelse av ekstrakontingent
- Årsrapporter: Kvalitetsutvalget, Endoskopiutvalget, STAN gruppen, Spesialitetskomiteen, NFGO, FUGO, NPE-utvalget, NFOG vitenskapelig komite, m.fl.
- Orienteringssaker
- Saker fremlagt av styret:
  - Mandat for Fond Internasjonal kvinnehelse, godkjenning
  - Skal vi fortsatt arrangere Vårsmøtet i nåværende form?
  - CTG/STAN opplæringsprogram, hvordan kan/skal NGF bidra?
  - Engelskoversettelse veileder(e) for publisering ikke bare NFOG-prosjekt?
- Saker fremlagt av medlemmene:
  - Opprettelse av NGFs Forskningsfond, forslagsstiller Erik A Torkildsen
- Valg:
  - Leder NGF
  - Styre NGF
  - Kvalitetsutvalget NGF
- Årsmøtested 2017

Vel møtt!

Jone Trovik  
Leder

## Vedtekter/

Statutter for Norsk gynekologisk forenings solidaritetsfond for kvinnehelse.

Fondet bygger sin kapital på ekstrakontingent 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
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. Fondet er ikke et reisefond.
6. Fondet skal tilgodese søknader som fremmer kvinnehelse i et globalt perspektiv.
7. Det kan søkes om midler til opplæringsprogram, teknisk og medisinsk utstyr osv
8. Det kan søkes midler til kollegiale nettverk i lav- og mellominntektsland.
9. Søknader knyttet til store hjelpeorganisasjoner prioriteres ikke.

## Presentasjon av styret



**Jone Trovik, leder NGF.**

Overlege KK Haukeland  
Universitetssjukehus,  
professor UiB.



**Marit Lieng.**

Vitenskapelig sekretær NGF.  
Seksj. leder generell  
gynekologi, OUS. Professor,  
UiO. President NSGE.



**Stine Andreasen.**

Overlege KK Nordlands-  
sykehuset Bodø.



**Tone Shetelig Løvvik.**

Styremedlem NGF,  
overlege Fødeavd. St. Olavs  
Hospital, PhD stipendiat.



**Elise Thoresen Sletten.**

FUGO repr. og sekretær NGF,  
LiS ved UNN, PhD stipendiat  
gynekologisk onkologisk  
forskningsgruppe.



**Arild Kloster Jensen.**

Kasserer NGF, PSL/  
avtalespesialist i Arendal.

**Valgkomiteens forslag til nye representanter i Norsk Gynekologisk Forenings styre.**

Det blir avholdt valg under NGF generalforsamling, se egen innkalling og saksliste.

**Leder:** Marit Lieng

**Styremedlemmer:** Stine Anderassen, Arild Kloster Jensen (PSL), Nils Halvdan Morken, Ingrid Volløyhaug og Renee Waage (FUGO)

**Vara:** Hans Kristian Opøien, Åsle Marit Ullern (PSL), Malin Døgl (FUGO)



13.5 MG INTRAUTERINE DELIVERY SYSTEM  
LEVONORGESTREL

# Jaydess minispiral - kan være et alternativ for unge kvinner

## Egenskaper:

- Lav hormondose
- Lokal effekt i livmøren
- Inneholder kun gestagen - ingen økt tromboserisiko har blitt påvist <sup>3</sup>
- Hormonspiral endrer ikke fremtidig fertilitet
- Liten risiko for brukerfeil
- Tynt innføringsrør
- Varighet i 3 år

- **94 %** av behandlere syntes Jaydess er enkel å sette inn <sup>1</sup>
- **72 %** av kvinnene opplevde mild eller ingen smerte ved innsetting av Jaydess <sup>1</sup>
- Jaydess er nå, på samme måte som andre langtidsvirkende prevensjonsmidler, inkludert i bidragsordningen for jenter 16-19 år <sup>2</sup>



## C Jaydess ▼ «Bayer AB»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G02B A03

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

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

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

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

**Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet etter konsultasjon med spesialist, eller uttak bør vurderes, dersom en av følgende tilstander foreligger eller oppstår for 1. gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer på forbigående cerebralt iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsoff, markert økning i blodtrykket, alvorlig arteriesykdom (f.eks. slag eller myokardinfarkt). Kan påvirke glukosetoleransen, og blodglukosenivået bør overvåkes ved diabetes. Def er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. Før innsetting skal det informeres om nytte/risiko ved bruk, inkl. tegn og symptomer på perforasjon og risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynekologisk og brystundersøkelse og cervikalutstryk. Graviditet og seksuell overførbare sykdommer må utelukkes. Genitale infeksjoner må være ferdigbehandlet. Livmorens plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøting. Instruksjoner for innsetting bør følges nøye. Def bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig innsettingsteknikk. Innsetting og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Ny legeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter innsetting for å sjekke trådene og riktig posisjon. Undersøkelse er deretter anbefalt 1 gang årlig, eller hyppigere dersom klinisk indisert. Skal ikke brukes som postkoitalt prevensjonsmiddel. Bruk til behandling av kraftige menstruasjonsblødninger eller som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogener og risiko for ektopisk graviditet er ca. 0,11 pr. 100 kvinner. 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, kirurgisk 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 utblitte 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 blødningsmengde 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 trengs ikke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom ikke andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftigere og/eller mer uregelmessige blødninger over tid, må passende diagnostiske tiltak igangsettes, da uregelmessig blødning kan være symptom på endometriepolypper, hyperplasi eller kreft, og kraftige blødninger kan være tegn på at innlegget er utstøtt uten at det er oppdaget. Selv om innlegg og innføringshylse er sterile, kan de pga. bakterieforurensning under innsetting føre med seg mikrober til øvre genitalier. Infeksjon i øvre genitalier er sett ved bruk av alle intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Med Jaydess er bekkeninfeksjon sett hyppigere i begynnelsen, med kobberinnlegg er raten høyest i løpet av de 3 første ukene etter innsetting og deretter avtagende. Pasienten må vurderes ut i fra risikofaktorene forbundet med infeksjon i øvre genitalier (f.eks. flere seksualpartnere, seksuelt overførbare infeksjoner, tidligere bekkeninfeksjon) før bruk. Infeksjon i øvre genitalier slik som bekkeninfeksjon kan få alvorlige følger, og kan påvirke fertilitet og øke risikoen for ektopisk graviditet. Alvorlig infeksjon eller sepsis (inkl. sepsis forårsaket av streptokokgruppe A) kan oppstå etter innsetting, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende endometritt eller bekkeninfeksjon, eller hvis en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle, må innlegget tas ut. Bakteriologiske undersøkelser må utføres og oppfølging anbefales, selv ved milde infeksjonssymptomer. Insidensen av utstøting er lav og tilsvarende som for andre intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Symptomer på delvis/fullstendig utstøting kan omfatte blødninger eller smerter. Delvis/fullstendig utstøting kan forekomme uten at det merkes, og føre til redusert/ manglende prevensjonseffekt. Da innlegget ofte over tid reduserer menstruasjonsblødningen, kan økt blødningsmengde være tegn på at innlegget er utstøtt. Et delvis utstøtt innlegg skal tas ut. Nytt innlegg kan settes inn samtidig dersom graviditet er utelukket. Kvinnen bør instrueres i hvordan hun skal kontrollere trådene, og om å kontakte helsepersonell dersom hun ikke finner dem. Perforasjon/penetrering av uterus/cervix kan skje, særlig under innsetting, selv om dette kanskje ikke oppdages før senere. Dette kan redusere effekten. Ved problemer ved innsetting og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under eller etter innsetting, bør passende tiltak umiddelbart igangsettes for å forhindre perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Slike innlegg må tas ut, og kirurgi kan være nødvendig. Amming ved innsetting og innsetting <36 uker etter fødsel gir økt risiko for perforasjon. Risiko kan også være økt ved fiksert retrovertert uterus. Dersom 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 ovulasjon, vanlig follikkelutvikling, frigjøring av oocyttar og follikkelatresi hos fertile kvinner. Ibland forsinkes follikkelatresi, og follikkelutviklingen kan fortsette. Disse forstørrede folliklene kan ikke skilles klinisk fra cyster på eggstokkene, og er sett som bivirkning hos ca. 13,2% (cyster på eggstokkene, hemorragiske cyster på eggstokkene og cyster på eggstokkene med ruptur). De fleste cystene er asymptomatiske, men noen kan medføre smerter i øvre genitalier eller dyspareuni. De fleste forstørrede folliklene forsvinner spontant i løpet av 2-3 måneder. Hvis ikke, kan det være nødvendig med fortsatt overvåking med ultralyd og andre diagnostiske/terapeutiske tiltak. I sjeldne tilfeller kan det være nødvendig med kirurgisk inngrep.

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

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

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

**Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Smerter i abdomen/øvre genitalier. Hud: Akne/seboré. Kjønnsgener/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyste på eggstokkene, vulvovaginitt. Neurologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopesi. Kjønnsgener/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystsmerte/ubehag, utstøting av innlegg (helt eller delvis), utflod fra skjedene. Neurologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Hirsutisme. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Kjønnsgener/bryst: Perforasjon av uterus (ved amming ved innsetting og innsetting <36 uker etter fødsel er frekvensen «mindre vanlig»). Følgende er sett ved innsetting/uttak: Smerter og/eller blødning, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved innsetting. 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 livmøren. Beregnet gjennomsnittlig frigjøringshastighet over 3 år er 6 µg/24 timer. Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogener- 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 spermie mobilitet og -funksjon og forhindrer befruktning. Risiko for graviditet ca. 0,4% 1. år, kumulativ risiko ca. 0,9% etter 3. år. Absorpsjon: Tmaks 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 1100,40  
**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

Drammensveien 288,  
0283 OSLO  
Tlf 24 11 18 00



Ref 1: Gemzell-Danielsson K, Schnellschmidt I, Apter D. Fertility and Sterility. Vol 97, No 3/March 2012  
Ref 2: www.nav.no/rettpkildene/ Rundskriv, bidrag til spesielle formål §5-22, 31.12.2014  
Ref 3: Lidegaard Ø. Expert Opin- Drug Saf. (2014) 13(10):1353-1360

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

**C Aldara «Meda-**  
*Immunstimulerende middel*

*ATC-nr.: D06B B10*

**T KREM 5%:** 1 g *inh.*: Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, cetylalkohol, stearylalkohol, hvitt parafin, polyisorbat 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylhydroksybenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, lisdikajsoner. Lokalebehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflatiske basalcellekreft (SBCc) hos voksne. Klinisk karakteristisk, ikke-hyperkeratotisk, ikke-hyptertrofisk aktinisk keratose (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller aksepterbarheten 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 før sengetid 3 ganger pr uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag eller tirsdag, torsdag og lørdag). Kremen bør være på huden i 6-10 timer. Behandling bør fortsette til synlige genitale eller perianale kondylomer er forsvunnet, eller i maks. 16 uker ved hvert utbrudd. Median tid til tilheling hos menn og kvinner er *hiv. 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. **Overflatisk basalcellekreft:** Voksne: Kremen påføres før sengetid 5 ganger pr uke (f.eks. mandag til fredag) i 6 uker. Nok krem til å dekke hele behandlingsområdet skal benyttes, inkl. 1 cm av huden rundt tumoren. Kremen bør være på huden i ca. 8 timer. Behandlingseffekten skal vurderes 12 uker etter avsluttet behandling. Ved utfullstendig tilheling, bør en annen behandling benyttes. **Aktinisk keratose:** Voksne: Behandlingen skal startes og følges opp av lege. Kremen påføres før normal sengetid 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag) i 4 uker. Kremen bør være på huden i ca. 8 timer. Nok krem til å dekke hele behandlingsområdet skal benyttes. Etter 4 uker uten behandling, vurderes det behandlede området av legen for å bestemme om keratosen er fjernet, ev. gjentas behandlingen i ytterligere 4 uker. Maks. enkeltdose er 1 pose. Maks. ukentlig behandlingstid er 8 uker. Ved intense lokale inflammatoriske reaksjoner eller infeksjon i behandlingsområdet, bør det vurderes å avbryte behandlingen. I sistnevnte tilfelle skal da adekvate tiltak iverksettes. Hver behandlingsperiode skal ikke overstige 4 uker, inkl. ev. glemte doser eller hvileperioder. Ved utfullstendig respons ved oppfølging 4-8 uker etter 2. behandlingsperiode, skal alternativt behandling benyttes. **Glemt dose:** Ved glemte dose kan kremen påføres så snart pasienten husker det og så fortsette med normal plan. Kremen skal ikke påføres mer enn 1 gang i døgnet. **Spesielle pasientgrupper: Barn og ungdom:** Anbefales ikke til bruk hos barn. Tilgjengelige data på bruk hos barn og ungdom med godkjente indikasjoner finnes ikke. Bør ikke brukes hos barn med molluscum contagiosum pga. manglende effekt. **Administrering:** Kontakt med øyne, lepper og nesebor skal unngås. Pasienten bør vaske behandlingsområdet med mild såpe og vann og tørke det godt før påføring av kremen. Kremen skal gnis inn i behandlingsområdet til kremen forsvinner. Hvor lenge kremen skal være på avhenger av indikasjon, se ovenfor. Unngå dusj og bading mens kremen er på. Kremen fjernes med mild såpe og vann. Det er viktig at kremen fjernes på denne måten etter at de respektive tidsperioder for hvor lenge kremen skal være påført, er avsluttet. Påføring av for mye krem eller forlenget kontakt med huden, kan medføre uttalle lokale reaksjoner. En engangspose er nok til å dekke et område på 20 cm². Etter påføring bør en åpent pose ikke gjenbrukes. Hendene skal vaskes før og etter applisering. Se pakningsveilegg for detaljert bruksanvisning. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** *Utvortes genitale vorter, overflatisk basalcellekreft, aktinisk keratose:* Kan gi oppblussing av eller forverring av inflammasjonslilstander 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 et systemisk absorpsjon og økt risiko for bivirkninger. Okklusiv behandling av kondylomer anbefales ikke. Intense inflammasjonsreaksjoner med erosjoner/væskende hud kan forekomme etter kun få appliseringer. Influensalignende tegn/symptomer kan forekomme før eller etter lokale inflammasjonsreaksjoner, ev. seponering bør vurderes. Brukes med forsiktighet ved reduserte hematologiske reserver. *Utvortes genitale vorter:* Begrenset erfaring ved behandling av vorter under forhuden hos menn som ikke er omskåret. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosi, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjæring. Behandling av denne gruppen anbefales kun hos menn som er i stand til å vareta god daglig forhudshygiene. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudirritasjoner, f.eks. erosjon, sårdannelse, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet med å trekke forhuden tilbake. Ved slike symptomer skal behandlingen stoppes umiddelbart. Kremen er ikke testet for behandling av interne genitale vorter og perianale veneriske vorter og anbefales ikke til behandling av kondylomer i urethra, vagina, cervix eller rektum. Behandling skal ikke startes i områder med åpne sår. Ved en ikke-toolerbar hudreaksjon, bør kremen vaskes av med mild såpe og vann. Behandling kan gjenopp tas etter at hudreaksjonene har avtatt. Risiko for utvikling av uttalle hudreaksjoner kan øke ved bruk av høyere doser enn anbefalt. I sjeldne tilfeller er det observert uttalle lokale reaksjoner som har krevd behandling eller vært forbigående funksjonshemmende, ved bruk av anbefalt dosering. Hos kvinner, hvor slike reaksjoner har oppstått ved urinrørsåpningen, har reaksjonene hos enkelte medført vanskeligheter med vannlating og i enkelte tilfeller har kateterisering vært nødvendig. Ingen klinisk erfaring med bruk umiddelbart etter annen lokal farmakologisk behandling av kondylomer. Kremen bør vaskes av før seksuell aktivitet. Kan svekke kondomer eller pessarer, samtidig bruk bør derfor unngås. Alternativ prevensjon bør vurderes. Hos immunsupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrensede data har vist en økt vortetilheling hos hiv-positive pasienter. Til tross for dette har ikke kremen vist seg å være så effektiv mht. å fjerne vorter hos denne pasientgruppen. *Overflatisk basalcellekreft:* Hudområdet som behandles bør beskyttes mot sollys. Ikke undersøkt ved behandling av basalcellekreft innenfor et område på 1 cm fra øyeløkk, nese, lepper eller hårreste. 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 gjenoppas når hudreaksjonen har avtatt. Ingen erfaring med bruk ved tilbakesvøndende og tidlige behandling av basalcellekreft. Behandling av tidligere behandlede tumoror anbefales ikke. Store tumører (>7,25 cm²) responderer sannsynligvis ikke. *Aktinisk keratose:* Lesjoner som er klinisk atypiske eller som gir mistanke om kreft, bør undersøkes med vesprøve før å bestemne egnet behandling. Imiquimod er ikke evaluert for behandling av aktinisk keratose (AK) på øyelokkene, inne i neseboerne eller ørene eller leppområdet innenfor vermiliongrensen. Begrensede data vedrørende behandling av AK i andre anatomiske områder enn ansikt og hodebunn. Tilgjengelige data vedrørende behandling av AK på underarmer 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 hudreaksjonen krever det, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandling kan gjenoppas når hudreaksjonen er moderert. Behandlingseffekt vurderes 4-8 uker etter avsluttet behandling. Manglende klinisk erfaring med bruk ved svekket immunsystem. Manglende data vedrørende gjentatt behandling av AK som er fjernet etter 1-2 behandlingsperioder og deretter dukker opp igjen. Slik gjentatt behandling anbefales ikke. Studier tyder på at full fjerning skjer langsomere 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 immunsuppresiv behandling. **Graviditet, amning og fertilitet:** *Graviditet:* Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. Det foreskr anbefaler ikke direkte eller indirekte skadevirkninger på graviditet, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller utvikling etter fødselen. *Amning:* Det må tas en beslutning om amning skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) er detektert i serum etter enkle eller multiple lokalt appliserte doser. **Bivirkninger:** De fleste hudreaksjonene var milde/moderate i alvorlighetsgrad, og ble borte innen 2 uker etter seponering. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** *Svært vanlige (≥ 1/10):* Hud: Pruritus og smerte på påføringsstedet. *Vanlige (≥ 1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Brennende følelse og irritasjon på påføringsstedet. Infeksiøse: Infeksjon.

Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Tretthet. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymf: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Abdominal smerte, diaré, oppkast, rektal forstyrelse, rektal tenesmus. Hjerne/kar: Rødming. Hud: Kloe, dermatitt, follikulitt, erytematøst utslett, eksem, utslett, økt svetting, urticaria. Infeksiøse: Herpes simplex, genital candidiasis, vaginitt, bakteriell infeksjon, soppinfeksjon, øvre luftveisinfeksjon, vulvitt. Kjønnssorganer/bryst: Genital smerte (menn), penisforstyrrelse, dyspareuni, erektil dysfunksjon, uterovaginal prolaps, vaginalsmerte, atrofisk vaginitt, vulvaforstyrrelser. Luftveier: Faryngitt, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, ryggmerter. Neurologiske: Parestesi, svimmelhet, migræne, døsighet. Nyre/urinvæier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øre: Tinnitus. Øvrige: Pyreksi, influensalignende symptomer, smerte, asteni, malaise, rigor. **Overflatisk basalcellekreft:** *Svært vanlige (≥ 1/10):* Hud: Pruritus på påføringsstedet. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Blod/lymf: Lymfadenopati. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerte, brennende følelse, irritasjon, blødning, erytem, papula, parestesi, utsett. Infeksiøse: Infeksjon, pustula. Muskel-skjelettsystemet: Ryggmerter. *Mindre vanlige (≥ 1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Kvalme, munntørhet. Hud: Dermatitt, reaksjoner på påføringstedet: utsondring, inflammasjon, ødem, skorpedannelse, hudnedbryting, vesikler, hevelse. Psykiske: Irritabilitet. Øvrige: Influensalignende symptomer, døsighet. **Aktinisk keratose:** *Svært vanlige (≥ 1/10):* Hud: Pruritus på påføringsstedet. *Vanlige (≥ 1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerte, brennende følelse, irritasjon, reaksjon, erytem. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter, ledddsmerter. Neurologiske: Hodepine. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øvrige: Tretthet. *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, parestesi, skorpedannelse, 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 øyeløkk. Øvrige: Pyreksi, asteni, rigor, ubehag, inflammasjon. Hud: Lokal hypo- og hyperpigmentering, erytema multiforme, Stevens Johnsons-syndrom, kutan lupus erythematosus. Øvrige: Håravfall, forverring av autoimmune sykdom. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. minimal percutan absorpsjon. Vedværende 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. Blodtrykk kan normaliseres ved oral eller iv. væsketilførelse. Se Giftinformasjonens anbefalinger D06B B10. **Egenskaper:** *Virkningsmekanisme:* Modifiserer immunrespons. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreceptor på responderende immunceller. Har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er det vist effekt 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 overflatisk basalcellekreft (SBCcs) hos voksne. Aktiniske keratoser: Flere enn 10 behandlingskrevende klinisk karakteristiske, ikke-hyperkeratotiske, ikke-hypertrofiske aktiniske keratoser (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller aksepterbarheten av kryoterapi.Ved immunsvikt: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata). Palliatv behandling i livets sluttfase.
**Refusjonskode:**

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

***Vikår:***

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

54 Skal være instituert av spesialist i hud og veneriske sykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet.

136 Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

167 Refusjon ytes kun i tilfeller der eksisjonskirurgi er vurdert som uegnet eller uønsket av særlige kosmetiske hensyn.

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

**MEDA**

# NGF Representanter

**STAN gruppen**

*Sist oppnevnt: 2014*

**Leder:** Branka Yli

Medlemmer fra NGF: Jørg Kessler,

Marit Martinusen, Thomas Hahn.

**Mandat: 1)** Være ansvarlig for kapitlene om fosterovervåkning i den reviderte ”Veileder i fødselshjelp 2005”.
**2)** Bidra til kollegial læring og forbedring mht bruk av STAN metoden nasjonalt. Dette innebærer at kolleger kan sende STAN registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og kommentarer.
**3)** Være med på planleggingen det årlige erfaringsmøte som er for alle som bruker STAN overvåking. Gruppen er ikke er et sakkyndig organ, men en lærings-innstans. Vurderinger og kommentarer er således ikke en del av pasientens journal.

### Endoskopiutvalget

*Sist oppnevnt: 2014*

**Leder:** Klaus A. Oddenes

Stine Andreassen, Guri Majak, Jeanne

Mette Goderstad, Jostein Tjugum.

**Mandat:** Fremme endoskopisk kom-petanse blant norske gynekologer gjennom; Arrangere kurs i gynekologisk endoskopi. Være referansegruppe for Norsk Gynekol-ogisk Endoskopiregister. Være rådgiver i høringsuttalelser for Norsk Gynekologisk Forening. Anbefale trening og simulator-opplegg i endoskopiske teknikker. Samarbeide med nasjonale og inter-nasjonale foreninger (f.eks. FUGO, ESGE, Nordisk Endoskopi forening).

#### Gynekologen

**Redaktør:** Agnethe Lund, oppnevnt: 2014

Ragnar Sande, Guri Majak, Irina Eide,

Catrine Fiskum, Magne Halvorsen.

**Mandat:** Gi ut 4 utgaver årlig til medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening, sørge for sunn økonomi via annonseinntekter, overholde Vær varsom plakaten.

**Kvalitetsutvalget**

*Sist oppnevnt:*

**Leder:** Rolf Kirschner,

Pål Øian, Anny Spydslaug, Anne Dørum,

Runa Aabø.

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

#### FUGO

*Sist oppnevnt: 2014*

Funksjonstid: 2 år

**Leder:** Helene Fjeldvik Peterson

Erica Hove, Tiril Tingleff, Thea F. Mikkelsen,

Cathrine Fiskum, Elise Thoresen Sletten,

Camilla Kleveland.

**Mandat:** Stiftet 1998. FUGO har egne vedtekter og organiseres uavhengig av moderforeningen NGF. Mandatet uttrykkes i vedtektenes §2:
**1)** Å fremme utdanningskandidatenes interesser under spesialistutdanningen.
**2)** Internasjonalt samarbeid gjennom ENTOG og NFYOG.

#### NPE komiteèn

*Sist oppnevnt: 2014*

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker.

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

#### EBCOG

European Congress of Obstetrics and Gynecology. Knut Hordnes, Martin Andresen (PSL/NGF), Rolf Kirschner (General Secretary, EXEC)
Sist oppnevnt/ funksjonstid/mandat: se EBCOG http://www.ebcog.org/

**Spesialistkomiteèn**

*Sist oppnevnt: 2011, funksjonstid 4 år*

**Leder:** Trond Melbye Michelsen

Jeanne Mette Goderstad (nestleder),

Knut Hofft Kierulf, Ingeborg Bøe Engelsen,

Hilde Sundhagen (PSL), Marte Myhre

Reigstad (Ylf), Yngvild Skätun Hannestad

(vara), Camilla Rørslett Kleveland (Ylf vara).

**Mandat:** Sentralstyret i Legeforeningen utnevner komiteen, som er direkte rådgivende organ for sentralstyret i spørsmål som omhandler utdanning. Mandatet fremgår av “Bestemmelser for spesialistutdanningen”, Generelle bestemmelser, §1.

**NFGO – Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi**

**Leder:** Anne Dørum

Kathrine Woie (HUS) Rita Steen (OUS),

Tone Skeie-Jensen (OUS), Solveig Tingulstad,

Elisabeth Ataya, Anne Beate Vereide,

Ann Hanson, Bent Fiane, Jostein Tjugum,

Marta Eide (vara).

**Mandat:** NFGO har egne vedtekter vedtatt ved opprettelsen 181105, her fremheves kun §2:
Forumets mål er å fremme kunnskap om å samarbeide innen gynekologisk onkologi.

**NFOG – Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology**

*Sist oppnevnt: 2014 Funksjonstid: 2 år*

Knut Hordnes (president), Marit Lieng

(vitenskapelig komite).

**Mandat:** se NFOG http://www.nfog.org/

#### Nettredaktør

*Sist oppnevnt: 2013*

Mette Løkeland.

# Årsmelding NGF 2014

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 Morken, Helene Fjeldvig Pedersen (FUGO) og Åsle Marit Ullern (PSL).

Medlemstallet pr desember 2014 var totalt 1079 (hvorav 14 assosierte medlemmer og 138 pensjonister).

Det har vært avholdt 7 styremøter; 2 i Bergen, 2 i Oslo samt i forbindelse med NGFs vårmøte i Tromsø, NFOGs kongress i Stockholm og NGFs årsmøte i Trondheim. Redaktør for Gynekologen Agnethe Lund og nettredektør Mette Løkeland har møterett og har deltatt på styremøter der det har vært ønskelig.

Styret behandlet i alt 26 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.

**Abort** har vært et hett tema gjennom 2014 med fastlegers reservasjonsrett, kvinners adgang til å kontakte sykehus direkte, selektiv fosterreduksjon, reorganisering av landets abortnemder og innskjerping av rett til innvilgelse av abort innenfor 22+0. Styrets medlemmer har deltatt ved høring i Stortinget, levert høringsuttalelser og uttalt seg i media en rekke ganger for å informere om aktuell praksis og fronte foreningens standpunkt. Legeforeningens landsstyremøte i Loen hadde reservasjonsrett som sak og Ole-Erik Iversen møtte på vegne av NGF. Abort ble et naturlig valg som fagpolitisk debatt på NGFs årsmøte i Trondheim. Mulighet for abort hos avtalespesialist har vært fremmet fra NGF for flere år siden og ble nå endelig realisert som et prøveprosjekt etter at finansiering kom på plass.

**Obstetrikkeveilederen** ble ferdig revidert og utgitt vår 2014. I tillegg til å foreligge på nett er den også blitt tilgjengelig som App. NGF fikk ikke kvalitetsmidler for å oversette veileder til engelsk og anbud mhp profesjonell oversettelse ble ansett som for kostbart for foreningen å finansiere alene. NFOG har initiert et

prosjekt for å sammenlikne veiledere i de nordiske land. Ferenc Macsali er NGFs representant i det arbeidet. Vi har bedt de enkelte kapitelforfattere om å oversette sine kapitler og to kolleger (Jobe Smith og Ole Georg Torjussen) kan hjelpe med å korrekturlese. Dette arbeidet er godt i gang.

**Ultralydsaken.** Oktober 2014, rett før NGFs årsmøte, lanserte Helsedirektoratet sitt vedtak om "Valg av Ultralydmetode for terminbestemmelse", der det ble slått fast at eSnurra brukt i 2. Trimester skulle være nasjonal metode. NGF hadde ikke vært involvert i den forutgående prosess; verken kapitelforfattere for Ultralydkapittelet, hovedredaktører for Obstetrikkeveilederen eller NGFs representanter i Fagråd for svangerskap, fødsel- og barselomsorg hadde mottatt noen henvendelse om å bidra til saken tidligere. Styret kontaktet umiddelbart Helsedirektoratet for å få klarhet i deres prosess og presentere våre retningslinjer og den faglige bakgrunn for dem. Første møte med Helsedirektoratet v/avdelingsdirektør Torunn Janbu var ikke vesentlig oppklarende og foranlediget at debatt om temaet fortsatte utover våren 2015. NGF oppfordret sine medlemmer til å fortsatt forholde seg til Veilederens retningslinjer for ultralyd.

Revisjon av *Veileder i Generell gynekologi* ble startet og ferdigstillelse forventes 2015. Kvalitetsutvalget gjør en stor jobb mhp å initiere og koordinere dette arbeidet!

**Gjennombruddsprosjekt (keisersnitt) nr 2** er startet med kvalitetsmidler fra DNLF og Jørg Kessler som prosjektleder. 26(!) av 25 inviterte avdelinger meldt sin interesse og 1. samling ble avholdt 17. og 18.09.14. Tilbakemeldinger fra deltagende kolleger og jordmødre er overveldende positive! Prosjektet avsluttes ilp 2015, se for øvrig fylligere separat rapport.

**Stipendiatprosjekt NPE saker innen gynekologi.** NGF har tidligere hatt vellykket samarbeid med NPE om gjennomgang og

evaluering av obstetrikksaker. Nå har man fått bevilget penger til stipendiat for å evaluere NPE-saker innen gynekologi og dette prosjekt ble oppstartet 2014. Stipendiat og hovedveileder er fra St.Olav og ytterligere medveiledere er faste NPE sakkyndige.

**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 2014 har vi avgitt 23 høringsvar, de viktigste har vært:

- Fastlegers reservasjonsrett.
- Presisering grenser for senabort.
- Forslag om å fjerne henvisning fra fastlege ved abort.
- Revisjon retningslinjer svangerskapsomsorgen «vold og seksuelle overgrep mot gravide».
- Kvinnehelse – 10 år etter kvinnehelsestrategien.
- Over- og underbehandling - Tilbakemelding til Prioriteringsutvalget.
- Fritt sykehusvalg.
- Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten.
- Styringsstruktur og strategi for nasjonale screeningprogrammer.
- Helsedirektoratets utredning og konsekvensvurdering om fremtidens spesialitetsstruktur.
- Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten.

NGF har bidratt ved flere fagmøter:

-**NGFs vårmøte i Tromsø** ble arrangert med samarbeid mellom UNN og Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse. Sentrale tema om bekkenbunnskader og behandling samt alvorlige tilstander i obstetrik ble lagt frem.

-Ved EBCOGs kongress i Glasgow organiserte NGF en sesjon om Hyperemesis gravidarum. NGF har også lansert Bergen som kongressby for EBCOG 2020.

-**NFOGs kongress i Stockholm.** NGFs vitenskapelige sekretær er med i NFOG scientific board som har ansvar for det vitenskapelige program, inkludert utvelgelse av frie foredrag/poster. Det var gode norske foredragsholdere både i plenum og som frie foredrag og en fin kontingent norske kongressdeltagere. Vi er også stolt over at tidligere NGF leder Knut Hordnes nå ble valgt til president i NFOG!

-**NGFs årsmøte Trondheim;** årets faglige og sosiale høydepunkt! James Walker holdt hovedforedrag om "Patient security and Blame free audits". 31 frie foredrag og 22 posters ble presentert for 188 deltagere. Fagpolitisk debatt var om abort, vesentlig opp mot senabort/nemd; etiske, praktiske og juridiske aspekter ble presentert. På generalforsamlingen ble det vedtatt at fremtidige årsmøter skulle avholdes torsdag-fredag, dette effektueres fom. årsmøtet 2015.

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

Styret får en rekke henvendelser fra 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 abort men andre saker har vært omskjæring, labiareduksjonsplastikk, arbeidsbelastning ved fødeavdelinger, AMH-test, HPV-vaksine, tidlig ultralyd og setefødsler/STAN.

Styret håper med sitt arbeid i 2014 å ha representert landets gynekologer og fremmet vårt fag på en god måte.

For styret NGF

Jone Trovik  
leder



Foto: Anne Worner (Flickr). Local Colour, Skostredet i Bergen.

## Regnskap NGF 2014

## Aktivitetsregnskap

Norsk Gynekologisk Forening

Anskaffede midler	Note	2014	2013
Kontingenter DNLF	4	679 251	671 514
Tilskudd	4	242 534	427 763
<b>Sum anskaffede midler</b>		<b>921 785</b>	<b>1 099 277</b>
<b>Aktivitet som oppfyller formålet</b>			
Kursinntekter	5	488 900	736 550
<b>Sum aktivitet som oppfyller formålet</b>		<b>488 900</b>	<b>736 550</b>
<b>Aktivitet som skaper inntekter</b>			
Annonser	5	43 178	284 746
Standleie	5	572 000	598 000
<b>Sum aktiviteter som skaper inntekter</b>		<b>615 178</b>	<b>882 746</b>
Finansinntekter	2	51 307	57 583
<b>Sum anskaffede midler</b>	<b>10</b>	<b>2 077 170</b>	<b>2 776 156</b>
<b>Forbrukte midler</b>			
<b>Kostnader til formålet</b>			
Produksjonskostnader tidsskrift		52 246	213 449
Kurs og konferanser		1 235 176	1 274 355
Internasjonalt arbeid		359 902	348 320
Faglig arbeid		381 759	646 065
<b>Sum kostnader til formålet</b>	<b>2, 3, 7</b>	<b>2 029 083</b>	<b>2 482 188</b>
Administrasjonskostnader	2, 3, 7	106 558	180 534
<b>Sum forbrukte midler</b>	<b>2, 10</b>	<b>2 135 641</b>	<b>2 662 722</b>
<b>Årets aktivitetsresultat</b>		<b>-58 471</b>	<b>113 435</b>
<b>Overføringer til/fra formålkapital (egenkapitalen)</b>			
Avsatt til/fra fri formålkapital		-58 471	113 435
<b>Sum overføringer</b>	<b>6</b>	<b>-58 471</b>	<b>113 435</b>

## Balanse

Norsk Gynekologisk Forening

Eiendeler	Note	2014	2013
<b>Fordringer</b>			
Kundefordringer		121 515	0
Andre kortsiktige fordringer		984 487	311 129
<b>Sum fordringer</b>		<b>1 106 002</b>	<b>311 129</b>
Bankinnskudd, kontanter o.l.	9	2 296 608	2 281 597
<b>Sum omløpsmidler</b>		<b>3 402 610</b>	<b>2 592 727</b>
<b>Sum eiendeler</b>		<b>3 402 610</b>	<b>2 592 727</b>
<b>Formålkapital og gjeld</b>			
<b>Formålkapital</b>			
Fri formålkapital	6	2 292 070	2 350 540
<b>Sum opptjent formålkapital</b>		<b>2 292 070</b>	<b>2 350 540</b>
<b>Gjeld</b>			
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Leverandørgjeld		88 115	43 937
Skyldig offentlige avgifter		18 296	151 718
Annen kortsiktig gjeld	8	1 004 129	46 532
<b>Sum kortsiktig gjeld</b>		<b>1 110 540</b>	<b>242 186</b>
<b>Sum formålkapital og gjeld</b>		<b>3 402 610</b>	<b>2 592 727</b>

30.06.2015

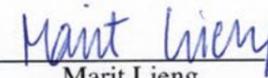
~~22.10.2015~~

Styret i Norsk Gynekologisk Forening

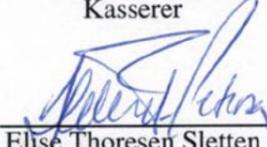
  
Jone Trovik  
Styreleder

  
Stine Andreassen  
Nestleder

  
Arild Kloster-Jensen  
Kasserer

  
Marit Lieng  
Vitenskapelig sekretær

  
Tone Shetelig Løvvik  
Styremedlem

  
Elise Thoresen Sletten  
Styremedlem

HELENE PJELOVIC (VARA)

# Til medlemmene i Norsk Gynekologisk forening

## UAVHENGIG REVISORS BERETNING FOR 2014

### Uttalelse om årsregnskapet

Vi har revidert årsregnskapet for Norsk Gynekologisk Forening som viser et underskudd på kr 58 471. Årsregnskapet består av balanse per 31. desember 2014 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 regnskapsestimaterne 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.

### Konklusjon

Etter vår mening er årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av den finansielle stillingen til Norsk Gynekologisk Forening per 31. desember 2014 og av resultatet for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

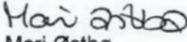
### Uttalelse om øvrige forhold

#### Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisjonskontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foreningens regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringskikk i Norge.

Oslo, 30. juni 2015

Revisorgruppen FMØ DA

  
Mari Østbo  
statsautorisert revisor

Medlem av UHY International, en sammenslutning av uavhengige revisjons- og konsultantselskaper.





Revisorgruppen

Revisorgruppen FMØ DA  
Oscars gate 30  
Pb. 7154 Majorstuen  
N-0307 Oslo

Tlf: +47 23 20 49 00  
Fax: +47 23 20 49 01

E-post: oslo@rg.no

Foretaksregisteret  
NO 993 556 517 MVA

www.rg.no

Statsautoriserte  
revisorer

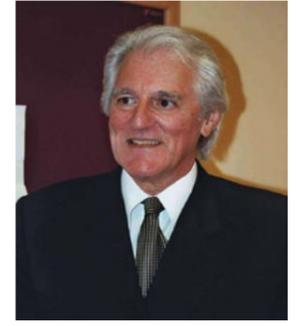
## HOLD AV DATOENE 1- 3 desember 2015

– for et ekstra kolposkopikurs.

I forbindelse med Tropé-Kolstad møtet ønsker vi i år å minnes den viktige jobben professor Kolstad gjorde innen kolposkopi og cervixdiagnostikk, og tilbyr et 3 dagers kurs i regi av Norsk Forening for Kolposkopi (NFK).

Kursets hoved foredragsholdere blir:

Albert Singer og Jo Jordan fra London, som er to av verdens mest anerkjente kolposkopører.



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

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

Kurset holdes i regi av Norsk Forening i kolposkopi, Avd. for gynekologisk kreft og Nasjonalt kompetansesenter for gynekologisk onkologi, OUS, Radiumhospitalet.

Sted: Radiumhospitalet. Program og påmeldingsinformasjon finnes i DNLF kurskatalog.

Spørsmål om kurset kan sendes til [ameli.trope@mac.com](mailto:ameli.trope@mac.com).



# Rapport fra NFOG 2015

*Kjære medlemmer av NGF og av NFOG!*

Det er nå vel et år siden kongressen i Stockholm juni 2014 og undertegnede tok over som leder for NFOG. Det kan med glede meddeles at foreningen av nordiske foreninger fortsatt lever videre i beste velgående. Det følgende er en kort oppsummering av siste års aktiviteter.

## Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica (AOGS).

AOGS eies av NFOG og vår forlegger er Blackwell Wiley. Impact factor passerte 2.0 i fjor høst og er i skrivende stund 2.426. En betydelig framgang vi er meget stolte av. Ved årsskiftet overtok Ganesh Acharya som sjefsredaktør etter Reynir Geirsson. Ganesh er fostermedisiner og professor i Tromsø, og har en tung vitenskapelig bakgrunn og redaksjonell erfaring blant annet som redaktør i BJOG. Han er en mann med stor entusiasme og arbeidskapasitet, og har tatt gode grep for å gjøre AOGS enda bedre. Jens Langhoff-Roos (København) ble samtidig tilsatt som assisterende sjefsredaktør. For å sikre en god overgang i redaksjonen har Reynir vært tilsatt til 1. juli i år (Emeritus Editor). Samarbeidet i med Wiley har vært utmerket og i vinter forhandlet vi fram en ny fem års kontrakt med Wiley som løper til slutten av 2019. Redaksjonsstaben har flere såkalte Associate Editors fra hvert nordisk land. Norge har tre, nemlig Line Bjørge og Vasilis Sitras, samt Nils Halvdan Morken som ble tilsatt i år. Tilsetting har tidligere foregått ved direkte kontakt med aktuelle kandidater men skjedde denne gang etter utlysning, søknad og intervjurunde, en åpen framgangsmåte vi kommer til å benytte også ved fremtidige tilsettinger. Videre er det skrevet ny kontrakt med AOGS meget sentrale ledd nemlig Editorial Manager Susana Benedet, som effektivt administrerer det redaksjonelle arbeidet fra sitt kontor på Sahlgrenska i Göteborg. Tidsskriftet vårt er nå i hovedsak elektronisk med tilgang blant annet via eTOC (electronic Tables Of Content) sendt per epost. 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 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 økende antall søknader og i vår ble 21 av 25 søknader helt eller delvis innvilget. 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 Marit Lieng. Se hennes rapport.

## Educational Committee.

I år var det ikke kongress men Educational Committee ledet av Tomi Mikkola arrangerte møte i København 7-8 mai med tittel «Nordic Ob Gyn training – are we good enough?». Mange gode tema ("How to become a good trainer", "Assessment and evaluation", "Modern tools of assessment", "How to give and receive feedback") og mange gode foredrag men færre utdanningskandidater enn ved tidligere kurs og det er aktuelt å arrangere et «bredere» kurs ved neste anledning. Norges representant er leder av spesialitetskomiteen Trond Michelsen.

## Clinical Guidelines Committee.

Dette er den tredje av NFOGs stående komiteer opprettet i 2014 etter dansk initiativ og ledes av Niels Uldbjerg, 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. I neste omgang vil en identifisere likheter og ulikheter og identifisere emner/kapitler hvor ny evidensbasert gjennomgang kan være nyttig og som kan utgis som nordiske retningslinjer. Oversettelsene er krevende arbeid men er godt i gang. I Norge har vi begynt med vår mest oppdaterte Veileder nemlig Veileder i fødselshjelp fra 2014. De oversatte kapitlene finnes på <http://www.nfog.org/>. Vår representant i komiteen er Ferenc Macsali.

## Kongresser.

Neste kongress er i Helsinki 12-15. juni neste år. Arbeidet med kongressen er godt i gang og ledes av kongresspresident Oskari

Heikinheimo. Mange generelle kongresser, også NFOG kongressene, har vel ofte en overvekt av obstetriske tema. Oskari er gynekolog-gynekolog, og neste års kongress sikter mot bedre balanse og flere gynekologiske tema i tråd med ønske uttrykt gjennom evalueringer fra tidligere kongresser. Det foreløpige program ligger på nettsidene linket fra <http://www.nfog.org/>. Neste NFOG kongress er Odense i 2018 før det gjøres et hopp forbi 2020 til 2021 da islendingene 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, og Bergen søker om å arrangere EBCOG kongress i 2020.

## FIGO.

I NFOG holdes kontakt også med verdensorganisasjonen FIGO i første rekke gjennom vårt styremedlem Seija Grenman som også sitter i FIGOs Executive Board. I år er det verdenskongress og valg på nytt FIGO styre i Vancouver, og de nordiske land har sammen promotert Seija til visepresident. I Vancouver arrangeres også et nordisk seminar Nordic Ingemar Ingemarsson Memorial Symposium on Preterm Delivery.

## Økonomi.

Denne er stadig god pga gode inntekter fra AOGS og fra medlemskontingenter, henholdsvis 1.4 mill og 1,2 mill DKK. For 2014 var utgiftssiden tyntet av tap på Stockholmskongressen: tross en meget god kongress med beste deltakelse på 10 år ble det likevel underskudd på rundt en million DKK. Hovedårsaken kan en kanskje si er at det er meget vanskelig å skaffe sponsorer, slik det har vært ved i alle fall de siste tre kongressene. Dels har NFOG kanskje vært «for snille» med både deltakeravgift og dekning til foredragsholdere, dels var banketten i Stockholm rådhus ganske dyr (men stilig). Dette er lærdom som er tatt med til neste kongress i Helsinki.

I 2015 tynges budsjettet av store utgifter til AOGS redaksjonen (6 mnd overlapp mellom ny og gammel sjefredaktør og ny stilling som ass sjefredaktør). Det hele bærer likevel godt og det er budsjettet med 700.000 DKK i utbetalinger via NFOG Fund for 2015 (2/3 av forventet overskudd).

## Strategi.

NFOG styret har diskutert strategien for videre og arbeid, og har



Helsinki.

funnet at nåværende satsing på AOGS og det nordiske samarbeidet inne de respektive komiteer og fondsfinansiering av medlemsaktiviteter fungerer godt og er riktig også fremover. AOGS er styrket og det er opprettet en ny komite for kliniske retningslinjer. Det nordiske samarbeidet er i et meget godt spor. NFOG styret har med dette ganske høy aktivitet og vil være forsiktig med å ta på seg nye oppgaver.

Se nettsidene <http://www.nfog.org/>. Her ligger all informasjon om møter og kongresser – og utlysning av fondsmidler.

*Knut Hordnes*  
President NFOG

## Styrets sammensetning for øvrig:

- Tone Skeie-Jensen, generalsekretær (Norge)
- Thea Lousen, kasserer (Danmark)
- Karen Reinhold Wøjdemann, leder DSOG (Danmark)
- Juha Räsänen, leder SGY (Finland)
- Dr Lotti Helström, leder SFOG (Sverige)
- Jone Trovik, leder NGF
- Alexander Smarason, leder FIK (Island)
- Tomi Mikkola, 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)
- Oskari Heikinheimo, kongresspresident 2016 (Finland)
- Peter Secher, webmaster (Danmark)
- Seija Grenman, liaison officer FIGO Executive Board Member (Finland)

Hun har ovariekreft.  
**TEST HENNE**  
 for BRCAm.

**BEHANDLE  
 HENNE**

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

Lynparza som vedlikeholdsbehandling hos pasienter med tilbakefall av **BRCA-mutasjonspositiv og platinumsensitiv ovariekreft** har vist en medial progresjonsfri overlevelse (PFS) på 11,2 måneder vs 4,3 måneder mot placebo (HR=0,18; 95 % KI 0,10 - 0,31; P<0,00001).<sup>2</sup>

1. Lynparza (olaparib) SPC AstraZeneca 16.12.2014 pkt 4.1.  
 2. Ledermann J et al. The Lancet Oncology 2014;15(8):852-861.

892.064.011\_09/15\_NO

AstraZeneca

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

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

Vil du vite mer, ta gjerne kontakt.



**Med hilsen,**  
 Sissel Remmen  
 Strategic Accounts Manager  
 AstraZeneca Onkologi  
 Mobil: 90068020  
 sissel.remmen@astrazeneca.com

▼ **Lynparza «AstraZeneca»**

C *Antineoplastisk middel.*

ATC-nr.: L01X X46

**KAPSLE, harde 50 mg:** Hver kapsel inneh.: 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. **Administrering:** Oral bruk. Tas minst 1 time etter mat, og helst 2 timer før mat. Skal svelges hele.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av 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, nøyropeni, 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 behandlingssopstart 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 behandlingssavbrudd, anbefales benmargsanalyse og/eller cytogenetisk blodanalyse. **MDS/AML:** Rapportert hos et lite an-tall ved monoterapi eller i kombinasjon med annen kreftbehandling. Behandlingsvarighet hos pasienter som utviklet MDS/AML varierte fra <6 måneder til >2 år. Tilfellene var typiske for sekundær MDS/kreft-terapirelatert AML. Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert, anbefales det at pasienten får egnet behandling mot disse sykdommene. Olaparib bør seponeres, og ikke gis i kombinasjon med annen kreftbehandling. **Pneumonitt:** Ved bekreftet pneumonitt avbrytes behandlingen, og pasienten behandles hensiktsmessig. Behandlingen bør avbrytes og utredes raskt, ved nye eller forverrede respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller radiologisk abnormitet. **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 immunosuppressiver er ikke undersøkt, og forsiktighet bør utvises. Pasienten bør overvåkes nøye. **Effekt av andre legemidler på olaparib:** Olaparib metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4/5, men effekten av kjente CYP3A-hemmere og -induktører er ukjent, og bruk av kjente sterke hemmere eller induktører bør derfor unngås. Olaparib er substrat for P-gp in vitro, men effekten av kjente P-gp-hemmere og P-gp-induktører er ukjent. **Effekt av olaparib på andre legemidler:** Olaparib kan hemme CYP3A4 in vitro, og økt eksponering for CYP3A4-substrater in vivo kan ikke utelukkes. Forsiktighet bør utvises ved kombinasjon med CYP3A4-substrater, spesielt de med smalt terapeutisk vindu. Ukjent om olaparib kan inducere CYP3A, CYP1A2, CYP2B6, CYP2C9, CYP2C19 og P-gp. Effekten av hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres ved samtidig administrering med olaparib. Olaparib kan hemme P-gp og hemmer BRCP, OATP1B1, OCT1 og OCT2 in vitro. Økt eksponering for substrater av disse kan ikke utelukkes. Særlig forsiktighet bør utvises ved kombinasjon av olaparib og 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. Pga. potensiell interaksjon mellom olaparib og 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-monoterapi er forbundet med bivirkninger, vanligvis av mild eller moderat alvorlighetsgrad (CTCAE 1 eller 2). Frekvens for alle CTCAE-grader er som følger: **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diaré, dyspepsi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, dysgeusi. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Anemi, nøyropeni, lymfopeni, økt kreatinin i blod, økt gjennomsnittlig cellevolum. Øvrige: Tretthet/fatigue, inkl. asteni. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smarter i øvre del av abdomen, stomatitt. Undersøkelser: Trombocytopeni.

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

**Egenskaper: Klassifisering:** Antineoplastisk middel. **Virkningsmekanisme:** Potent hemmer av humane poly (ADP-ribose) polymerase (PARP-1, PARP-2 og PARP-3)-enzymene. Hemmer veksten av selekterte tumorcellelinjer in vitro og tumorvekst in vivo, enten som eneste behandling eller i kombinasjon med etablerte kjemoterapier. **Absorpsjon:** C<sub>max</sub> nås etter 1-3 timer. Ingen markant akkumulering ved gjentatt dosering. Steady state nås innen ~3-4 dager. Samtidig administrering med mat reduserer absorpsjonshastigheten (T<sub>max</sub> 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 t<sub>1/2</sub>: 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. kr 61350,80.

Sist endret: 20.03.2015

AstraZeneca

AstraZeneca AS, AstraZeneca Nordic-Baltic, Postboks 6050 Etterstad, 0610 Oslo Norway  
 T: + 47 21 006400 astrazeneca.no

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

892.064.011\_09/15\_NO

# Årsmelding fra Endoskopiutvalget 2015

## Endoskopiutvalget har i 2015 bestått av følgende personer:

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

## 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)

Det har vært gjennomført 3 møter og 2 telefonmøter.

## Kurs

Vi har arrangert 2 dagers endoskopi kurs for LiS på Ullevål i mai. Dette var 2. gang kurset ble arrangert. Kurset begynner nå å finne sin form som et introduksjonskurs for LiS. Tilbakemeldingen fra kursdeltagerne har vært meget gode. Planene er klare for et nytt endoskopikurs i mai 2016.

Vi planlegger også å utvide med et kurs i mer avansert endoskopi primært for overleger.

## Simulatortrening

De laparoskopiske inngrep blir stadig mer kompliserte. Vi opplever da at på mange inngrep er det vanskelig for LIS å slippe til. Dette kommer samtidig med at en stadig får flere LIS ved avdelingene. Resultatet av dette er at hver enkelt LIS får mindre tid på operasjonstuen enn før. Det er derfor viktig at den basale treningen i instrumentbevegelse skjer utenfor operasjonstuen.

Praktisk trening gir bedre kirurger. Det bør derfor stilles krav om praktisk trening til LIS som skal operere pasienter. Det ideelle er et definert treningsprogram som ender i en sertifisering. For at et slikt treningsprogram skal være effektivt må det stilles krav til programmet, til den enkelte LIS og til avdelingsledelsen.

Det finnes i dag få validerte programmer. Flere avdelinger har leger med interesse for laparoskopi og utdanning som har satt tidskrav til enkelte øvelser både på boks og simulator. Det ideelle er ferdighetskrav der også instrumentbevegelse og vevshåndtering

vurderes. Det må være klare læringsmål på øvelsene som inngår i treningsprogrammet. Ferdighetsnivåene bør beregnes ut i fra hvordan leger med mye laparoskopisk erfaring gjennomfører øvelsene. Treningen er mest effektiv (man når ferdighetskravet raskere) om man trener kort og ofte (distribuert trening) fremfor å trene sjeldent og lenge (mass training).4 LIS når ferdighetskravene raskere om de har en trener.5

Erfaring viser at det er utfordrende å implementere treningsprogrammer i praksis.6 Dette stiller krav til avdelingsledelsen om at det settes av tid til trening. Ønsker avdelingsledelsen at tiden skal brukes mest mulig effektivt må det også settes av tid til en trener.

Det må settes krav til LIS om at de har teoretisk kunnskap om det utstyret som brukes på operasjonsstua og at de gjennomfører praktisk trening før de kan forvente å få operere pasienter.

Det er vanskelig å sette formelle krav til boks/simulatortrening per i dag. Vi ser for oss at det i fremtiden tilbys validerte treningsprogrammer med en teoretisk del og en praktisk del (boks og simulator). Når dette tilbudet er på plass vil man i spesialistutdanningen kunne sette krav til at LIS har gjennomført og bestått slike treningsprogrammer.

**Anbefaling:** Avdelingene må ta sine bokser og simulatorer i bruk på en systematisk måte. Avdelingen må ha forslag til øvelser som er relevante for de ferdighetene LIS skal lære og disse øvelsene må ha ferdighetsnivåer slik at LIS får tilbakemelding på sin praktiske utførelse. Det må settes av tid til ferdighetstrening for LIS. I opplæringsfasen i laparoskopisk kirurgi bør de trene på boks/simulator hver uke. LIS kan bruke 1 time av sin fordyppningstid på dette. Det anbefales at LIS har gjennomført og fått godkjent et slik basalferdighets program før de starter på operasjonstuen. Et konkret eksempel vil kunne være at LiS må være i stand til å gjennomføre simulatorboksens hinderløype på rimelig tid.

Vi vil også understreke viktigheten av at denne treningen skjer under supervisjon.

## Endoskopiregisteret

Jeg vil også benytte anledningen til å mine om Norsk Gynekologisk Endoskopiregister. Andreas Putz og han team i Tønsberg har

lagt alt tilrette for at vi kan få gode data på vår endoskopiske virksomhet.

Nå må bare vi som fagfolk gjøre vår del. Innarbeid gode rutiner for registrering! Med god organisering behøver registreringen ikke være en så stor ekstrabelastning.

Likevel er dekningsgraden av innrapporterte endoskopi inngrep altfor lav. Andelen av rapporterte inngrep i 2014 var økende, men likevel var det bare rundt 20% av estimerte inngrep som ble innrapportert til registeret. Kan vi som fagmiljø og klinikere være bekjent av dette?

Hvis vi skal kunne si noe fornuftig og statistisk signifikant så må dekningsgraden være rundt 80% . Uro gynekologene får det til med sitt NUGG register. Ortopedene får det til med sitt hofteregister.

Så hvorfor får vi det ikke til?

Etter å ha spurt rundt på ulike avdelinger er svaret nokså unison. ”Vi har ikke tid til enda et skjema. I hvertfall ikke et som tar så lang tid.”

Jeg ser at en full registrering kan ta litt lang tid mellom 2 operasjoner. Men hva skal vi gjøre da? Registerets formål er jo forbilligelig. Jeg regner med at de fleste har lyst til å få oversikt over egne resultater.

Har lyst til å bidra til å sikre kvaliteten i norsk endoskopi. Husk at registeret ringer opp alle dine pasienter etter operasjonen, og kan dermed fange opp ting du ellers ikke får med deg.

Her følger da oppskriften på vellykket og smertefri endoskopi-registrering på 3 min.

## Følgende må ordnes på forhånd:

- Få forankring avdelingsledelsen om at dette er viktig.
- Allier deg med en dyktig sekretær.
- Kopier opp skjemaet i papirformat
- Instruer alle LiS/sykepleiere på avdelingen om at første side på skjema fylles ut ved journalopptak.
- Operatør fyller ut skjemaets operasjonsdel på papir i forbindelse med diktering/registrering i Dips. Estimert tid på dette er ca 3 min.
- Operatør leverer fornøyd papirutgaven til sekretær som i ro og mak logger seg inn 1x pr uke og legger inn papir-skjemaene digitalt.

Dersom en får etablert en kultur for dette i avdelingen vil mer arbeidet med å fylle ut skjemaet bli betydelig forenklet.

## God registrering!

Klaus A. Oddenes

Leder Endoskopiutvalget

**VEREGEN®**  
**GRØNN TE-EKSTRAKT**

– et naturlig valg til behandling av kjønnsvorter

- Fjerningsrate på 52,4%<sup>1</sup>
- Residivrate på 6,5%<sup>1</sup>
- Milde lokale hudreaksjoner er relatert til virkningsmekanismen og bør ikke føre til seponering<sup>1</sup>

**Antiviralt middel.** ATC-nr.:D06B B12. **SALVE 10%:** 1 g inneholder 100 mg ekstrakt (som tørt ekstrakt, raffinert) fra Camellia sinensis (L.) O. Kuntze, blad (blad av grønne te) (40-50:1), som inneholder: 50-72 mg/l-epigallocatekatingallat, hvitt myk parafin, hvitt voks, isopropylmyristat, dley-alkohol, propylenglykolmonopantotostat. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) hos immunkompetente pasienter som er 18 år eller eldre. **Dosering:** Voksne: Inntil 250 mg Veregen, som tilsvarer en stripe med salve på omtrent 0,5 cm (maks. total enkeltdose) påføres tre ganger daglig på alle vorter på ekstern kjønnsorgan og det perianale området (750 mg total dagdose). **Barn:** Sikkerhet og effekt av Veregen er ikke undersøkt hos barn og ungdom under 18 år. **Bråkens varighet:** Behandlingen bør fortsette helt til alle vortene er forsvunnet, men i gjennomsnitt ikke mer enn 16 uker totalt (maks. varighet), selv om det skulle komme nye vorter i løpet av behandlingsperioden. **Administrering:** Den tiltenkte mengden Veregen påføres på hver vorte ved bruk av fingre og smøres på for å sikre at alt dekkes fullstendig. Et tynt lag av salve skal være igjen på vortene (maks. 250 mg totalt for alle vorter/enkeltdose). Hvis en dose forglemmes skal pasienten fortsette behandlingen som normalt. Det anbefales å vaske hendene før og etter påføring av Veregen. Det er ikke nødvendig å vaske bort salven fra det behandlede området før neste påføring. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor ett eller flere av hjelpestoffene. Effekt og sikkerhet hos pasienter som bruker immunmodulerende legemidler har ikke blitt undersøkt. Slike pasienter skal ikke bruke Veregen salve. **Pasienter med sterkt nedsatt leverfunksjon** (f.eks. klinisk relevant forhøyede leverenzymmer, bilirubinøkning, INR-økning) skal ikke bruke Veregen på grunn av utilstrekkelige sikkerhetsdata. **Forsiktighetsregler:** Unngå kontakt med øyne, nesebor, lepper og mun. Veregen skal ikke påføres åpne sår eller skadet eller betent hud. Behandling med Veregen anbefales ikke før huden er fullstendig helet etter eventuelle tidligere kirurgisk eller medikamentell behandling. Veregen er ikke blitt vurdert for behandling av vorter i urinrør eller intravaginale, cervikale, rektale eller intra-aneale vorter. **Kvinnelige pasienter** med kjønnsvorter i vulva bør utvise forsiktighet ved bruk av salven, siden behandling i vagina, vask øyeblikkelig bort salven med varmt vann og mild såpe. Ikke-ormskårne mannlige pasienter som behandles for vorter under forhuden, skal trekke forhuden tilbake og vaske området daglig for å forebygge fimose. Ved tidlige tegn til striktur (f.eks. urinrasjon, indurasjon eller større vanskeligheter med å trekke tilbake forhuden) skal behandlingen avbrytes. Det kan utvikle seg flere vorter i løpet av behandlingen. Bruk kondomer helt til alle vortene er borte, siden Veregen ikke fjerner HPV-virus eller forebygger overføring av sykdommen. Veregen kan redusere effekten av kondom og vaginale spiraler. Derfor skal salven vaskes bort fra det behandlede området før bruk av kondomer og seksuell kontakt. **Ytterligere prevensjonsmetoder** bør vurderes. Hvis pasientens seksuelle partner mottas, anbefales det å behandle partneren for å forebygge ny infeksjon av pasienten. Ikke utsett det behandlede området for sollys eller UV-stråling, siden Veregen ikke er blitt testet under slike forhold. Unngå bruk av okklusiv bandasje. Avbrudd i behandlingen kan indiseres i tillegg til en rekke av reaksjoner i lymfeknutene eller med intense lokale hudreaksjoner som fører til uakseptabel ubehag eller økt alvorlighetsgrad. Behandlingen med Veregen kan gjenopptas etter at hudreaksjonen er redusert. **Dersom det oppstår en lokal vesikulær reaksjon,** skal pasientene rådes til å oppsøke lege for å utelukke en genital herpesinfeksjon. **Sikkerhet og effekt for behandling i mer enn 16 uker** eller for flere behandlingsrunder har ikke blitt fastslått. Veregen inneholder propylenglykolmonopantotostat som kan forårsake hudirritasjoner og isopropylmyristat som kan forårsake irritasjon og sensasjonering av overdosering. Ved utslått oralt inntak er behandling av symptomene indisert. **Behandling:** Det finnes ingen spesifikk antidot mot Veregen. Det finnes ikke tilgjengelige erfaringer med oralt inntak av produktet. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kjemoterapeutika til utvortes bruk, antivirale midler. **Virkningsmekanisme:** Virkningsmekanismen til grønn te-ekstrakt er ikke kjent. Som påvist i ikke-kliniske studier hindrer grønn te-ekstrakt veksten av aktive keratinocytt ved antioksidativt virkning på påføringstidspunktet. Den kliniske betydningen av disse funnene er uklart. **Absorpsjon:** Basert på konsistente data fra eksperimentelle studier (topikal påføring av Veregen 15 % og grønn te som drikk) kan det forventes at systemisk eksponering av katekiner etter dermal påføring av Veregen ikke overstiger systemisk eksponering ved oralt inntak av grønn te. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25 C. Brukes innen 6 uker etter første gangs åpning. **Pakninger, priser og refusjon:** Vnr. 459688. Veregen salve, styrke 10%, tube 15g, Pns Kr. 491,30. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no. Meld bivirkninger på www.legemiddelverket.no/meldskjema. **Referencer:** 1. Veregen<sup>®</sup> preparatomtale

# Årsrapport 2014

## Norsk gynekologisk endoskopi register (NGER)

### Medlemmene i styringsgruppen

Andreas Putz (Sykehuset i Vestfold), daglig leder

Anne Veddeng (Haukeland Universitetssykehus)

Martin Rakovan (Sykehuset i Vestfold)

Tove Sørli (Sykehuset i Vestfold), sekretær

Ariane Maria Putz (Sykehuset i Vestfold), sekretær

### Medlemmene i referansegruppen

#### Helse Nord:

Stine Andreassen, Nordlandssykehus Bodø

#### Helse Vest:

Jostein Tjugum, Førde Sentralsykehus

#### Helse Sør-Øst:

Marit Lieng, Oslo universitetssykehus Ullevål

#### Helse Midt:

Margaret Lode, Sykehus Ålesund

#### NGF-oppnevnt medlem:

Christian Høyer Sørensen, Sørlandet Sykehus

Kristiansand

#### NGF-oppnevnt medlem:

Merete Ravlo, St. Olavs Hospital Trondheim

#### NGF-oppnevnt brukerrepresentant:

Karen Bertelsen (daglig leder av Endometrioseforeningen)

Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER) har som mål å sikre kvaliteten på laparoskopiske og hysteroskopiske prosedyrer som utføres ved norske sykehus. NGER er oktober 2012 blitt godkjent som et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister med godkjenning fra Helse- og Omsorgsdepartementet. Registeret er et web basert register og registrering av personopplysninger skjer etter inngrepet ved det enkelte sykehus gjennom kvalitetsregisterportalen <https://helseregister.no> via Norsk Helsenet.

#### Aktivitet i styringsgruppen og referansegruppen i 2014

Styringsgruppen har jobbet mye med forbedring av IKT-løsningen. Derfor avholdt NGER i juni 2014 et møte sammen med SKDE og Helse NN-IKT i Tromsø. Styringsgruppen deltok i juni

2014 på et interregionale styringsgruppemøte for kvalitetsregisterlederne i Oslo. Det blir utarbeidet en årsrapport for 2013 med en dekningsgradanalyse som ble lagt ut på nett november 2014.

<http://www.kvalitetsregistre.no/getfile.php/Norsk/Bilder/Offentliggj%C3%B8ring%202014/%C3%85rsrapport%202013%20NGER.pdf>

I forbindelse med NGF sitt årsmøte i Trondheim hadde styringsgruppen et møte med referansegruppen. Styringsgruppen leverte detaljert regnskap til Helse Sør-Øst.

#### Datakvalitet 2014

For tiden jobber styringsgruppen sammen med NPR (Norsk Pasientregister) og SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering) for å beregne dekningsgraden 2014. I 2013 er dekningsgraden beregnet til å være på 7 prosent i oppstartsåret. Ikke alle behandlingssteder har rapportert til NGER i 2013 (16 avdelinger fra 39). Dekningsgrad beregnet når kun deltakende behandlingssteder i NGER inkluderes øker til 17 prosent. Det er stor variasjon i dekningsgraden mellom sykehusene, med høyest dekningsgrad på over 50 prosent ved Sykehuset i Vestfold.

I 2014 har antall deltakende avdelinger økt fra 16 til 24 og antall registrerte inngrep fra 779 til ca. 2.916. Dekningsgraden i 2014 er foreløpig beregnet til å være ca. 29 prosent. Dekningsgraden beregnet når kun deltakende avdelinger i NGER inkluderes øker til ca. 64 prosent.

#### Resultater 2014

Martin Rakovan i styringsgruppen sammen med IKT Helse NN og SKDE lagrer statistikken for 2014. Årsrapport 2014 blir lagt ut i november 2015 på [www.kvalitetsregistre.no](http://www.kvalitetsregistre.no). En enkelt statistikk kan lastes ned på hjemmesiden vårt (<https://helseregister.no>) etter pålogging via statistikkmodulen "Rapporteket". Rapporteket blir bestandig oppgradert slik at det er mulig for alle brukere å hente ut egne data sammenliknet med data på landsnivå.

#### Mål for 2015

- Videre forbedring av IKT-løsningen
- Økning av dekningsgraden
- Oppgradering Rapporteket

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

Tønsberg, 28. august 2015

Andreas Putz, daglig leder NGER

# Årsrapport 2014

## European Board & College of Obstetrics and Gynecology, (EBCOG)

Det har blitt avholdt 2 councilmøter i 2014. Det første i Glasgow 10 mai i forbindelse med EBCOG-kongressen , 11-12. mai, og det andre i Brussel 29. november.

Representanter fra NGF har vært Knut Hordnes (leder NGF) og Martin Andresen (PSL-representant i NGF) . Rolf Kischner sitter i styret (Executive) som generalsekretær.

EBCOG – European Board & College of Obstetrics and Gynecology, er en arbeidsgruppe under Union Europeenne des Medecins Specialistes(UEMS). EBCOG's hovedmål er å "fremme kvinner og barns helse ved å sikre høyest mulig kvalitet på helsetjenester i alle europeiske land".

Visitasjoner og akkrediteringer utført av SCTA (Standing Committee on Training and Assessment) er et viktig virkemiddel for å "harmonisere" spesialistutdanningen i Europa. Visitasjonene i Europa blir ledet av Prof Juriy Wladimiroff. Dette er en krevende og stadig økende oppgave.

Andre virkemidler for å høyne kvaliteten på spesialistutdanningen er utdanningsprotokoller, log-bøker, utdanningskurs for veiledere (Training the Trainer) og nettbaserte kurs.

Se hjemme side [www.ebcog.org](http://www.ebcog.org). Her er det mye informasjon om e-læringsprogrammet, fremtidig kurs, og om EBCOG's viktige arbeid i Europa, for å fremme og sikre høyest mulig kvalitet på helsetjenester i alle europeiske land.

I tillegg blir det arrangert kurs, bl.a. det første EBCOG Basic Ultrasound Course, som ble holdt i Malta i Oktober. Training the Visitors" kurs ble arrangert i Brussel i november.

Det viktigste arbeidet i EBCOG de siste årene har vært utarbeidelse av "Standards of care for Obstetric and Neonatal Services for Gynaecology Services". Dokumentet har blitt godkjent av alle nasjonale spesialist-foreninger i EBCOG. og av UEMS. Dokumentet ble lagt fram i EU-parlamentet i nærvær av den italienske helseminister. Arbeidet ble ledet av Dr Tahir Mahmood, sammen med en rekke kollegaer i arbeidsgruppen, bl.a. vår egen Rolf Kirschner. Hele dokumentet kan lastes ned på hjemmesiden.

Lanseringen av Standards of Care førte til tettere samarbeid og kontakt med andre organisasjoner som WHO, FIGO og UNFPIA.

Samarbeidet med ENTOG (European Network of Trainees in ObGyn) er viktig og prioriteres høyt. Presidenten i ENTOG er medlem i Styret (Executive Committee), har stemmerett i Council, og en representant fra ENTOG er med på alle visitasjoner. ENTOG arrangerer utveksling av LIS hvert år, hvert annet år i samband med kongressarrangørlandet.

Glasgow var arrangør for EBCOG-kongressen 7. – 10. Mai. Deltagere fra 62 nasjoner deltok. Arrangementskomiteen med kongresspresident Prof Alan Cameron i spissen, hadde satt sammen et spennende program. Kongressen ble en stor suksess, både faglig og økonomisk, med god deltagelse. Alle seminarene spesielt med "Hands-on-training" er meget populære blant LIS spesielt.

Neste EBCOG-kongress avholdes i Istanbul 19. – 21. mai 2016, og deretter i Paris i 2018. Bergen ønsker å arrangere EBCOG-kongressen i 2020. Med Knut Hordnes i spissen er søknad skrevet, og han vil promotere kandidaturet ved neste Council-møte i november. Vi mener Bergen vil være i det absolutte favoritt-skikt!

Ved Council-møtet i november ble Dr Tahir Mahmood valgt til ny President for 3 år. Ny president- elect ble prof Jacky Nazard, Frankrike. Ved det neste møtet ble Rolf Kirschner gjenvalgt som generalsekretær. Han nyter stor respekt i EBCOG, er både talefør og lyttende, og er satt på oppgaven å administrere Fellowship-eksamens-prosjektet, som debutterer ved kongressen i Istanbul neste år.

Vi anbefaler alle å logge inn på nettsiden for en oversikt over medlemmer i de styrende organene og styringsdokumentene og benytte EBCOGs muligheter for utveksling og stipendier. ([www.EBCOG.org](http://www.EBCOG.org))

Oslo 1. september 2015

Martin Andresen

# Nasjonalt forbedringsprosjekt obstetikk

Av Jørg Kessler, Bergen september 2015

Entusiasmen var stor da Norsk Gynekologisk Forening avholdt en idedugnad for et nytt gjennombruddsprosjekt innenfor obstetikk høsten 2013 på Soria Moria. Basert på idedugnden ga en ressursgruppe med leger og jordmødre prosjektet en faglig ramme. Prosjektet fikk så sin finansiering gjennom legeföreningens kvalitetsfond.

## Det ble satt ambisiøse mål for prosjektet:

- redusere variasjonen i bruk av keisersnitt i veldefinerte, sammenlignbare grupper og
- sikre at inngrepet kun utføres der det er godt medisinsk begrunnet.

## For oppnå disse mål ble det utarbeidet fem forbedringsområder:

- håndtering av langsom fremgang og bruk av oxytocin
- fosterovervåking og diagnose av truende asfyksi
- ikke-medisinske årsaker til keisersnitt
- indikasjoner og metoder for induksjon av fødsel
- kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under fødsel

## Gjennomføring

Hele 25 fødeavdelinger deltok i prosjektet. Legeföreningen stilte opp både med administrativ hjelp og et kompetent veilederkorps. Fokuset på den første fellessamlingen i september 2014 på Gardermoen var en grundig innføring i gjennombruddsmetoden, statistisk bearbeidelse av data i forbedringsprosjekter. For de fleste var det ikke vanskelig å finne det forbedrings-området som passet best for egen avdeling. Det var ikke overraskende at 23 avdelinger valgte et prosjekt som hadde med håndtering av langsom fremgang og bruk av oxytocin å gjøre. Noe uventet våget bare en avdeling å gå i gang med et prosjekt om ikke-medisinske årsaker til keisersnitt, et tema som fylte en stor del av diskusjonen på idedugnden.

Tidsplanen i prosjektet var stram og krevde stor disiplin fra alle deltakende team. Allerede på den andre fellessamlingen på Flesland i januar i år skulle de konkrete forbedringstiltak helst være satt ut i praksis og målingen av effekten i gang eller nærforstående. Alle kunne gjøre seg opp en mening over fremgangen på en posterutstilling med foreløpige resultater og status fra den enkelte avdeling.

Prosjektets høydepunkt var utvilsomt den siste fellessamlingen på Værnes. Posterutstillingen vitnet om et obstetrisk miljø i Norge med entusiasme og innsatsvilje. Mange kunne vise til endret praksis, noen også med en målbar positiv effekt på fødselsutfall. Forbedringsteamene selv kåret beste poster – OUS, Rikshospitalet med sitt prosjekt om induksjonspraksis blant førstegangsfødende kvinner.

Fellessamlingene ble mer enn en arena for å få fortgang i forbedringsprosjektet. En rekke faglige innlegg dannet en interessant ramme rundt prosjektet, en stor takk til alle som bidro. Selvfølgelig ble det også tid til uformelle samtaler i pausene og rundt middagsbordet på tvers av profesjonene og avdelingene landet rundt.

## Hva har vi oppnådd ?

Fremfor alt har prosjektet utdannet både jordmødre og leger i et tankesett og en arbeidsmåte egnet til å drive systematisk forbedringsarbeid på avdelingene – også etter at prosjektet nå formelt er avsluttet. Endringer i variasjonen i bruk av keisersnitt krever nok en noe lengre observasjonstid og en mer detaljert datatilgang. Jeg har likevel våget å lage en fremstilling basert på data fra MFRs institusjonsstatistikk (<http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>). Den viser at keisersnittfrekvensen i Norge ikke har steget de siste 10 årene og ligger rundt 16% (Fig.1). Det i seg selv er oppsiktsvekkende i internasjonal målestokk. Videre er det en sammenfallende trend at keisersnittfrekvensen i spesifikke Robson-grupper er lavere i 2015 enn i de senere år (Fig.1). Hvorvidt et keisersnitt blir utført med en velfundert medisinsk indikasjon, slik formulert som hovedmål for prosjektet vil ikke komme frem i noe enkel tilgjengelig statistikk. Først og fremst fordi vi mangler et enhetlig klassifikasjonssystem for indikasjoner og dermed vanskelig kan sammenligne data. Dette gjelder spesielt akutte keisersnitt utført i fødsel, noe som utgjør over halvparten av alle keisersnitt i Norge.

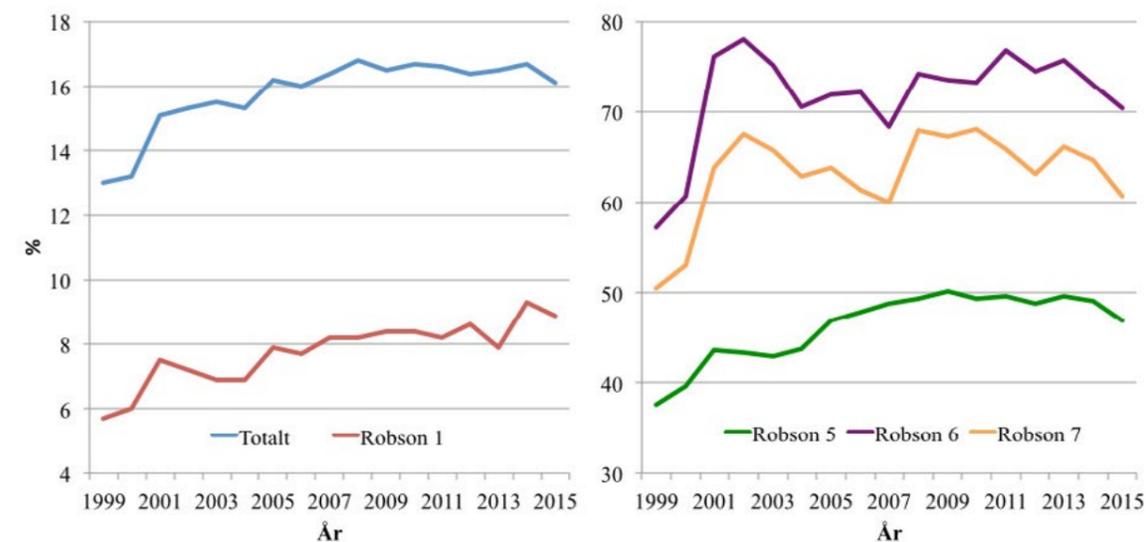


Fig. 1: Andel keisersnitt i Norge siden første gjennombruddsprosjektet i forhold til årstall og utvalgte Robsongrupper (1: Para 0, enkeltfødsel, hodeleie, spontan fødselsstart,  $\geq 37$  uker; 5: Para  $\geq 1$ , enkeltfødsel, hodeleie, tidligere sectio,  $\geq 37$  uker; 6: Para 0, enkeltfødsel, seteleie; 7: Para  $\geq 1$ , enkeltfødsel, seteleie).

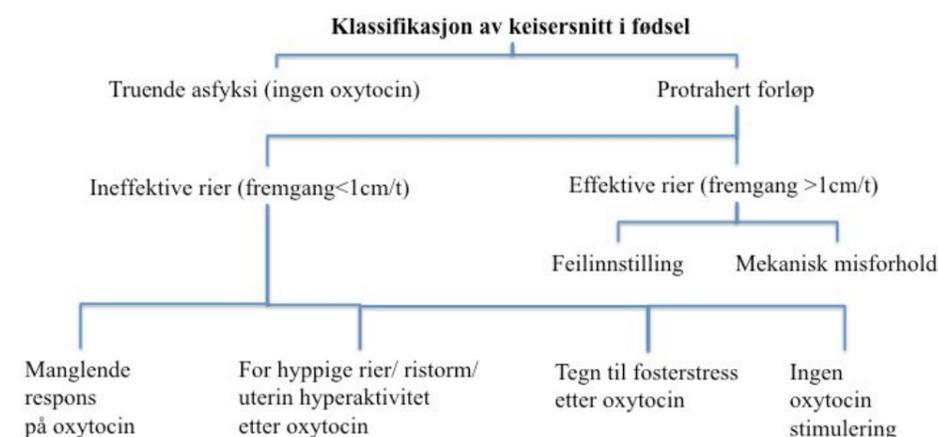


Fig. 2: Klassifikasjonssystem for intrapartum keisersnitt (etter: Robson M. National Maternity Hospital Clinical Report for the year 2010. Dublin, Ireland: National Maternity Hospital).

## Datainnsamling i forbindelse med forbedringsprosjektet

Indikasjoner for å forløse med keisersnitt kan være subjektive, og ofte brukes flere forskjellige på samme fødsel. Det ligger derfor et stort potensiale i et enkelt og entydig klassifikasjonssystem for keisersnitt utført i fødsel (Fig. 2).

Den store fordelene av denne klassifikasjonen er at den er uavhengig av prosedyrer og metoder på den enkelte avdeling, men samtidig reflekterer obstetrisk praksis på avdelingen. Derfor vil den åpne helt nye muligheter for kvalitetskontroll ikke bare på den enkelte avdeling men også på nasjonalt plan.

Denne klassifikasjonen vil derfor stå i sentrum av en planlagt data

innsamling i kjølvannet av forbedringsprosjektet under paraplyen av Medisinsk Fødselsregister. Alle deltakende forbedringsteam var positive til en slik datainnsamling og vi kommer tilbake med mer informasjon om dette i løpet av høsten.

Til slutt en stor takk til alle deltakende forbedringsteam, til medlemmene i ressursgruppen, til veilederteamet med Gro Sævil Haldorsen i spissen og til legeföreningen med Anne Sofie Torp og Audun Fredriksen.

En ekstra takk til Michael Robson fra National Maternity Hospital, Dublin, for hans engasjerende faglige bidrag og støtte i prosjektet.

# Årsrapport 2014

## Norsk Gynekologisk Forening

### Kvalitetsutvalget

#### Utvalget har bestått av:

Rolf Kirschner, Best Helse Nordstrand/ KVB-OUS/ Meldeordningen Kunnskapsenteret, Leder. Pål Øian, UIT/KK-UNN, Fødselshjelp. Anny Spydslaug, Gyn. avd- KVB/OUS, Gynekologi. Anne Dørum, Norsk Forum for Gynekologisk Kreft, Gynekologisk kreft. Runa Aabø, PSL-Avtalespraksis

#### Utvalget har hatt 3 møter, deltatt ved 1 seminar og hatt rikelig elektronisk kontakt i 2014.

1. **"Veileder i fødselshjelp"** ble ferdigstilt ved utgangen av 2013, og ble med forord ved NGF- og Legeforeningsledere lagt ut på Legeforeningens nettsider i begynnelsen av året.
2. **"Veileder i generell gynekologi 2015"**: Hovedarbeidsoppgaven dette året har vært revisjon av "Veileder i generell gynekologi". Det var laget en fremdriftsplan identisk med "Fødselshjelp", med et seminar våren 2014, for tentativ ferdigstilling våren 2015. Redaktør Anny Spydslaug var assistert av Ingeborg Bøe Engelsen ved Haukeland Sykehus og Pernille Schjønsby ved AHUS i redaksjonskomiteen. Med midler fra "Fondet for Kvalitetsutvikling og Pasientsikkerhet", og et godt tilfang av hoved- og delforfattere, inkludert både LIS og PSL-representanter, med god geografisk spredning, har progresjonen vært god. Seminaret 15-16 mai på Soria Moria samlet 39 deltagere, og følgende foredragsholdere deltok med kompetanseforedrag: Aadel Heilemann, Legeforeningen: "Det juridisk bindende ved veileder-/retningslinje-/prosedyre-begrepet", Jens Grøgaard, Helse-direktoratet: "Direktoratets syn på den medisinske siden ved veileder-/retningslinje-/prosedyre-begrepet", Ingvil Sæterdal, Kunnskapsenteret: "Hvordan lage kunnskaps-baserte medisinske retningslinjer", og Audun Fredriksen fra Legeforeningen om "Fremtiden for faglige veiledere". Anne Flem Jacobsen kom med erfaringer fra revideringen av Fødeveilederen. Det ble planlagt en presentasjon og kapittelrevisjon ved årsmøtet i oktober.
3. **"Veileder for gynekologisk kreft"**. Oppdatering av enkeltkapitler gjøres i regi av NFGO. Det omfattende kapitlet om CIN er ferdigstilt, og blir linket opp mot de to øvrige veilederne. Kapitlet er å anse som en

"Nasjonale retningslinje". Kapitler om Endometrie-, Cx- og vulvacancer samt palliasjon, er ferdigstilte. Mesteparten av Veilederen fra 2009 er da gjennomgått med en noe endret mal pga det "nasjonale preget". Da oppgraderingen av denne veilederen utføres av NFGO, støttet av HDir, med enkeltkapitler som "Nasjonale Retningslinjer", anses ikke arrangement av seminarer som nødvendige.

4. **"Medikamentell abort i praksis"**  
Et NGF-prosjekt ledet av Runa Aabø har endelig kommet i gang etter at progresjonen var sviktende, pga myndighetenes nøling. Det er ordnet med finansiering og rapporteringsrutiner og individuelle avtaler er gjort med en rekke avtalespesialister som samarbeider med lokale sykehusavdelinger.
5. **Rh-immunisering.**  
Det ble besluttet at endelige råd vil bli forfattet i samband med revisjon av gynekologiveilederen.
6. Anny Spydslaug har deltatt for utvalget og NGF i legeforeningens drøfting om "Faglige veiledere og retningslinjer". Rolf Kirschner har likeledes deltatt på HDir's "Implementeringsseminar" ref retningslinjer.
7. Utvalget har for øvrig diskutert forslag om engelskoversettelse av faglige veiledere, "app-utvikling" av veilederne og andre løpende saker.
8. I tillegg er det utført løpende rettinger av veilederstekster sammen med Legeforeningens web-redaktør.

Oslo 6. august 2015

Rolf Kirschner

# Årsrapport 2014. STAN referansegruppe

Av Branka Yli, leder STAN gruppen, september 2015

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

- Bidra til kollegial læring og forbedring mht bruk av STAN metoden nasjonalt. Dette innebærer at kollegaer kan sende STAN eller CTG 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 ansvarlig for kapitlene om fosterovervåking i revidert "Veileder i Fødselshjelp".
- 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: Tore Henriksen, professor, OUS Rikshospitalet
- Branka M. Yli, Overlege, PhD, OUS
- Torunn Eikeland, Seksjonsoverlege, fødeavdeling Haugesund

Torunn Eikeland døde i september 2014. Tore Henriksen trakk seg fra gruppen etter landsmøtet i NGF. NGF er foreslått erstatte :

Ny leder : Branka M. Yli  
Ny styremedlem: Jørg Kessler går i styre  
Nye medlemmer: prof Marit Martinusen, overlege PhD, St Olav sykehus, Trondheim. Thomas Hanh , overlege , fødeavdeling, Haugesund sykehus

#### Medlemmer (1 lege og 2 jordmødre):

- Jørg Kessler, Overlege, PhD, Haukeland Kvinneklinikken
- Berit Lunden Hustad, Fagutviklingsjordmor, Sørlandet sykehus Kristiansand (Jordmorforbundet Norsk Sykepleierforbund). Berit Lunden Hustad trekker seg fra gruppen, mars 2015 , og den ny medlem fra Jordmorforbundet Norsk Sykepleier forbund er ennå ikke utnevnt.
- Hilde Christin Lie, Jordmor, fødeavdelingen Akershus Universitetssykehus (Den Norsk Jordmorforening)

#### 1. STAN erfaringsmøte 26.9.2014 i Göteborg.

Erfaringsmøtet ble for første gang holdt sammen med den svenske referansegruppen, og på møtet deltok ca 150 jordmødre og leger fra begge land.

Branka M. Yli og Jørg Kessler fra referansegruppen og Tony Lavesson fra Helsingborg bidro med innlegg om "Feber under forløsningen, chorionamnionitt og fosterovervåking". Jørg Kessler holdt også et foredrag om "Nevrologiske langtidstiltak i relasjon til fosterovervåkingsmetode i fødsel". Videre hadde Maria Jonsson fra Uppsala et innlegg om "Utdrivningsskedet – risk og paritet".

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

Norge og Sverige, med påfølgende diskusjon og kommentarer fra begge referansegruppene.

*Neste erfaringsmøte er i Ålesund 24. september 2015.*

2. **Gruppen har hatt 2 møter i tillegg til kommunikasjon på mail.** Det er gitt skriftlig besvarelse på 12 innsendte kasus. Det ble også gitt respons på 4 kasus på erfaringsmøtet.

#### 3. Kurs i intrapartum fosterovervåking

Gruppen har hatt 2 slike kurs, hvert kurs over to dager (hhv 10./11. april og 11./12. desember 2014).

Ansvarlige for kursene var Branka M. Yli, Jørg Kessler og Berit Lunden Hustad.

Det undervises i følgende emner:

- Grunnleggende fysiologi, samt CTG fysiologi/klassifisering.
- EKG fysiologi/tolkning.
- Hvordan oppnå optimalt foster EKG?
- Vurdering av barnet, tolkning/feilkilder av syre-baseverdier i navlesnor, samt avnavlingsprosedyre.
- Spesielle utfordringer v/fosterovervåking: Trykktid under fødsel, diabetes, lite liv, intrauterin veksthemning, intrapartum infeksjon.
- Antenatal CTG
- Lokal opplæring/kunnskap: Kvalitetssikring/undervisning på avdeling. Hvordan organisere undervisning og oppfriskning på klinikken? Resertifisering? Kasusgjennomgang? Undervisningsmateriale?  
*På slutten av hvert kurs er det en bolk med kasusgjennomgang og diskusjon.*

#### 4. Etablering av kurs i fødselsovervåking for leger i spesialisering

CTG-kurs er godkjent for LIS-leger, dog ikke som obligatorisk. Kursene på høsten ( november ) vil heretter være for LIS-leger, mens kursene på våren vil være for jordmødre og overleger.

#### 5. Web-opplæring

Arbeidgruppe for Web-opplæring i fødselsovervåking har 2011 sendt søknad vedrørende opplæring i fødselsovervåking til Helsedirektoratet (HD) og de 4 RHF. HD gav 150.000 kr i oppstartsmidler under forutsetning av at RHF-ene også ville delta. RHF- ene støtter søknaden faglig, men ikke økonomisk. Det ble søkt Helsetilsynet i juni 2012, som har videresendt søknad til HOD. De fire RHF- ene som har vurdert på nytt vår søknad og vurderer en felles finansiering for hele Norge.

#### 6. CTG lommeveileder

Referansegruppen har bidratt med oversettelse, kasus utvalg og utstrakt revidering av NeoventaAcademy sin svenske lommeveileder slik at den nå er godkjent til bruk i Norge.

# Årsrapport 2014

## Spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer

### Utvalget har bestått av:

Rolf Kirschner, Best Helse Nordstrand/ KVB-OUS/ Meldeordningen Kunnskapsenteret, Leder. Pål Øian, UIT/KK-UNN, Fødselshjelp. Anny Spydslaug, Gyn. avd- KVB/OUS, Gynekologi. Anne Dørum, Norsk Forum for Gynekologisk Kreft, Gynekologisk kreft. Runa Aabo, PSL-Avtalspraksis

- Møter:** avholdte møter i komiteen 23/1 og 24/1 Legenes hus, Oslo; 10/6 Radisson Waterfront, Stockholm (NFOG); 2/9 Legenes hus, Oslo; 22/10 Clarion Hotel&Congress, Trondheim (NGF årsmøte)
- Spesialistreglene:** har det vært endringer eller forslag om endringer i spesialistreglene? Nei.
- Kursvirksomheten:**  
- tilfredsstillende kvalitet og volum på obligatoriske og valgfrie kurs? Ja. Komiteen planlegger et nytt obligatorisk begynnerkurs for LIS.
- Vitenskapelig aktivitet/forskning:**  
- aktivitet blant leger i spesialisering? Aktiviteten er økende på gruppe 1-institusjonene, men om lag halvparten av LIS deltar ikke i vitenskapelig aktivitet/forskning.
- Simulering/ferdighetstrening:**  
- hvilken betydning har ferdighetstrening/simulering i spesialistutdanningen i faget?  
- er simulertreningen i tråd med den faglige utviklingen? Svært viktig både innenfor obstetrikk og operativ gynekologi. Ultralydsimulatorer vil bli mer og mer brukt.
- Rapporter fra utdanningsinstitusjonene:**  
- tilstrekkelig veiledning og supervisjon?  
- inneholder rapportene tilstrekkelig informasjon?  
Flere institusjoner har problemer med å få tid til veiledning. Supervisjon rapporteres å fungere godt de fleste steder.
- Besøk spesialitetskomiteen har gjennomført:**  
- Hvor?  
- Konklusjon?  
- Spesielle utfordringer?  
Tromsø 13. mai. Store problemer med overlegebemanningsproblemer og utfordringer knyttet til stengning av hovedoperasjon. Bergen 26. mai. Klart bedre bemanning enn ved forrige besøk. Bedret balanse mellom forskning og utdanning. Skien 8. desember.
- Søknader fra sykehusavdelinger og institusjoner om godkjenning som utdanningsinstitusjoner eller endring av godkjenningsstatus:** Ikke behandlet innenfor kalenderåret.
- Spesialistgodkjenning:**  
- sakkyndighetsvurderinger for Helsedirektoratet?  
Fire sakkyndighetsvurderinger. Spesialitetskomiteen bemerker at det er få henvendelser om oppdrag fra HDir. Vi undres over dette.
- Etterutdanning:**  
- overordnet vurdering av tilbud og aktivitet i fagfeltet.  
Vi har til gode å se avdelinger som har organisert etterutdanning. Dette må prioriteres i kommende periode.
- Problemer i spesialistutdanningen i faget:**  
- konkretiser  
Omfattende ressursproblemer. Vi har kartlagt alle utdanningsinstitusjoner basert på fjorårets rapporter. Ingen av universitetsklinikkene klarer å fylle utdanningsforpliktelsene på grunn av underbemanning på legesiden. Hele 60% av avdelingene har mangler i spesialistutdanningen på grunn av bemanningsproblemer. Dette er bekymringsfullt og har vært poengtert av komiteen i tre årsrapporter på rad.
- Eventuelt**

Oslo, 17. august 2015

Trond Melbye Michelsen, leder

# Årsberetning 2013/2014

## Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi, NFGO

### Møter

- 1 arbeidsseminar, 4 styremøter (2 ved telefon, 1 i tilslutning til arbeidsmøte og onk. forum)
- to medlemsmøter; Onkologisk forum-NFGO's faggruppe-seksjon, NFGO-formøte ved årsmøtet i NGF.
- Arbeidsseminaret (årlig arbeidsseminar skal vurdere revisjon/ nye veilederkapitler) ble til slutt i Oslo, forsket pga usikker økonomi, ingen overføring fra HDIR. En liten, men effektiv arbeidsgruppe møtte. Arbeid med forslag, endringer og revisjon: vulva-, cervixcancer og CIN.
- Planla tema og detaljer til NGF-NFGO-formøtet og Onkologisk forum-13.

### Veilederen, reviderte program innsendt til Kvalitetsutvalget i NGF for publisering:

VIN jan -13 (nytt program), Ovarialcancer okt-13, BOT okt-13, Sjeldne tumores okt-13. Trophoblast, cervix, vulva, CIN innsendes i nov-14.

### Nasjonale handlingsprogram HDIR, alle program innsendt per nov-14:

Endometriecancer sept-13 (2.gang, første gang 2012), VIN okt-13, Ovarialcancer okt-13, BOT okt-13, Sjeldne tumores okt-13. Trophoblast, CIN, Cervix, Vulva okt-nov-14

### 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 nedsatte en nasjonalt sammensatt arbeidsgruppe med mandat å utarbeide et ideelt «Pakkeforløp-forløpstider og innhold av utredning ved gynekologisk kreft» hvis adekvate ressurser var på plass. Leder av gruppen var NFGO-leder A Dørum. Arbeidet ble levert 1 okt -14 etter kort høringsrunde blant styremedlemmene. Planen er at pakkeforløpet skal implementeres nasjonalt i løpet av 2015.
- Nasjonalt gyn kreftregister;** første rapport av registrerte data er sendt ut. Problem videre er innsending av data, elektronisk meldeskjema som fortsatt har mangler. Noen institusjoner har tatt skjema i bruk, ikke DNR.
- Bruk av tamoxiphen og risiko for endometriecancer; consensus med NBCG besluttet: ingen vesentlig øket risiko og ingen regelmessig endometrie kontroll.
- Web-side for NFGO** har øket aktivitet, en utmerket kongresskalender.

- HDIR's økonomiske støtte** til NFGO er sterkt forsinket. Leder hadde et nyttig møte med Hdir v Bente Bryhn og Anne Hafstad 15/10 med avklaring og løfte om kr 100 000 i 2014, og ubrukte midler kan overføres til 2015. Bruk av midler kan være NGF-formøte, NFGO-seksjon v Onkologisk forum og styremøter. Arbeidsseminar ble anbefalt flyttet av Hdir til Oslo-Hdir lokaler.
- Årsmøte i NGFog NFGO's formøte,** i Trondheim okt-14. Møteleder Solveig Tingulstad. Program: Lavrisiko endometriecancer. Utredning og behandling ved Henrica Werner (Haukeland) og Høyrisiko endometriecancer. Utredning og behandling v Gunnar Kristensen, Radiumhospitalet. Møtet var vellykket, godt oppmøte.
- Onkologisk forum 20-21 nov-14:** NFGO-seksjonen omhandler Vulva cancer, malign og premalign sykdom. Øystein Lund Carlsen, Kreftregisteret, gir en oppdatering av KREMT – Kreftregisterets meldetjeneste.

### Styret 2013-14 besto av:

Styremedlemmer fra de 4 universitetssykehusene, 2 fra OUS, og 1 representant med vara fra andre sykehus.

Leder: Anne Dørum (OUS)  
Sekretær: Rita Steen (OUS)  
Vara: Tone Skeie-Jensen (OUS)  
Nestleder: Kathrine Woie (HUS)  
Vara: Marta Eide (HUS)  
Styremedlem: Solveig Tingulstad (St.Olav)  
Vara: Elisabeth Ataya (St.Olav)  
Kasserer: Anne Beate Vereide(UNN)  
Vara: Anne Hanson (UNN)  
Styremedlem: Bent Fiane (ikke universitets sykehus)  
Vara: Jostein Tjugum (ikke universitets sykehus)  
Web ansvarlig: Kurt Sakhse AHUS  
NGF representant: Jone Trovik  
Valgkomité: Anne Ørbo- Harald Hellend- Elin Ødegaard

Styret takker medlemmene for aktivitet og interesse i 2013-14.

21. november 2014

Anne Dørum, leder NFGO

# Kjære FUGO-medlemmer!

Håper alle har hatt en fin sommer! Nå gleder vi oss til oktober, og håper å se mange Lis i Bergen på Årsmøte, -både som deltager og som foredragsholdere! Det er flere aktiviteter for Lis før Årsmøte braker løs. FUGO holder selvfølgelig sitt faste forkurs som i år har tema "Perinatalogi for gynekologer og obstetrikere". Det var naturlig å bruke lokal obstetrisk kompetanse når vi nå endelig er i Bergen. Barnelege og farmasøyt vil gi oss et tverrfaglig perspektiv. Programmet finner dere i denne utgaven av Gynekologen. Dagen etter kan Lis delta på hyperemesismøte, NoHype, som også gir tellende timer. Industrisponset lunsjsymposium med tema urogn arrangeres for Lis på onsdagen.

På kvelden 21.10 har vi FUGO-formøte hvor Christer Mjåset, ny leder for YLF kommer og orienterer om deres arbeid og våre rettigheter. Trond Melbye Michelsen, leder av Spesialistkomiteen kommer også. Kanskje får vi høre litt om nytt obligatorisk introduksjonskurs? Det vil bli tid til spørsmål fra salen. Kanskje kan tema som eksamen, laparoskopisertifisering og lignende diskuteres? God arena for temperert diskusjon!

Vi vil også presentere årets ENTGO utveksling i Nederland, hvor 2 Lis reiste i mai 2015. Ikke minst skal vi orientere om neste utveksling, - som vil være i fantastiske Istanbul! FUGO sender som vanlig 2 kandidater. Du kan lese mer på [www.entgo.eu](http://www.entgo.eu), og det er mulig å sende søknad allerede nå til oss i FUGO.

Dersom dere har noe dere vil ta opp i Generalforsamlingen, tar vi gjerne imot innspill. Har du lyst til å jobbe med FUGO, kan du også melde din interesse. Saker kan mailes til [help@ahus.no](mailto:help@ahus.no) i god tid før møtet.

På selve Årsmøte skal vi endelig presentere resultater fra kampanjen "Gi Kniven Videre". Resultatene er nå under arbeid, men vi kan allerede se stor spredning av knivtid hos Lis mellom sykehusene.



Helene Fjeldvik Peterson.

Det blir ikke bare spennende å se om kampanjen har hatt effekt, men også hvor skoen trykker på de ulike avdelingene og å se statistikk på hvordan det faktisk står til med den kirurgiske opplæring av Lis rundt om i landet. Du finner en teaser av Tiril Tingleff i denne utgaven av Gynekologen.

Vi håper å møte så mange som mulig av dere i Bergen, både på kurs og Årsmøte!

På vegne av alle i FUGO styret,

Helene Fjeldvik Peterson  
Leder  
[help@ahus.no](mailto:help@ahus.no)

## Perinatalogi for gynekologer og obstetrikere (FUGO forkurs før NGF årsmøte)

Tirsdag 20. oktober

09:45	Registrering med morgenkaffe.	14:00	Nyfødtresuscitering - gjennomgang av teori.
09:55	Velkommen.	14:20	Praktiske øvelser: Nyfødtresuscitering gruppe 1/CTG kasuistikker gruppe 2.
10:00	Prematuritet. Hvordan vurdere forløsningstidspunkt ved IUGR.	15:20	Pause med kaffe/kake.
10:30	Prematuritet. utfordringer, behandling og prognoser.	15:30	Praktiske øvelser: Nyfødtresuscitering gruppe 2/CTG kasuistikker gruppe 1.
11:00	Pause med frukt/kaffe.	16:30	Pause.
11:15	Truende asfyksi - hvor mye haster det?	16:45	Smertestillende og beroligende medikamenter i svangerskapet og intrapartum. Hva er trygt for barnet?
11:45	Asfyksi. Behandling og prognoser.	17:30	Slutt.
12:30	LAR-behandling - fordeler og ulemper for mor og barn.		
13:15	Lunsj.		

## FUGOs årsrapport 2014.

### Styrets sammensetning for 2014:

Leder/entog: Marte Myhre Reigstad

Nestleder,

kursleder/entog: Olav Nordbø

Kasserer/NFYOG

/Gi kniven videre: Tiril Tingleff

NGFs representant: Elise Thoresen Sletten

NFYOG: Helene Fjeldvik Peterson

Sekretær: Åsmund Mjøen Iversen

Vara/Gynekologen: Johanne Holm Toft

Permisjon: Silje Eilertsen Denstad

FUGO hadde i 2014 fem møter, hvorav et ble holdt samtidig med NGFs årsmøte i Trondheim. Vi la også et møte til NFOG kongressen i Stockholm i juni, og deltok der på forkurset og LiS-middagen som ble arrangert av NFYOG (se under). Styrets utgifter for 2014 var godt innenfor budsjettammen på 60 000 NOK.

### Kurs i 3D Ultralyd og ultralyd under fødsel

Styret jobbet i hovedsak med to prosjekter i løpet av 2014. Først ut arrangerte vi som vanlig vårt årlige kurs, i forkant av NGFs Årsmøte, hvor temaet var Ultralyd. Vi hadde en praktisk del, og en teoretisk del. Evalueringene var gode, og gjennomføringen av kurset rent praktisk gikk fint. Vi fikk gode tilbakemeldinger, men alle deltagerne ville gjerne hatt enda flere praktiske øvelser.

### Gi Kniven Videre

Det andre vi holdt på med i 2014 var Gi Kniven Videre, som sikkert alle nå har hørt mye om. FUGO har opprettet en prosjektgruppe som består av to medlemmer fra styret (Tiril Tingleff og Helene Fjeldvik Peterson) og to medlemmer fra spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer (Camilla Kleveland og Marte Myhre Reigstad). Vi fikk i mars 2014 bevilget rammemidler på 70 000 NOK fra Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet. Dermed kunne vi iverksette prosjektplanlegging og begynne å reklamere og informere via diverse kanaler. Kampanjen startet 1. november 2014, og ble avsluttet 30. april 2015. Oppstarten gikk veldig bra, responsen var overraskende god, og nesten alle avdelinger i landet deltok. Vi venter spent på evalueringen, som blir presentert på årsmøtet.

### FUGOs Årsmøte

I tilknytning til NGFs årsmøte i Trondheim, arrangerte FUGO sitt eget årsmøte. Vi inviterte sentralstyremedlem i legeforeningen, Christian Grimsgaard, til å snakke om «tingenes tilstand» i deler av Helsevesenet. Dette var både opplysende og underholdende, og hans engasjerte synspunkter kunne nok være interessant for alle NGFs medlemmer. Blant annet ble det snakket mye om den nye

spesialiststrukturen, som er aktuelt for alle LiS, men også berører ferdige spesialister.

Vi avholdt også valg av nye styremedlemmer, og følgende fire nye medlemmer ble valgt inn:

- Thea Falkenberg-Mikkelsen – OUS
- Camilla Kleveland – Harstad sykehus
- Erica Hove – SUS
- Cathrine Fiskum – Namsos

Olav Nordbø, Åsmund Iversen, Johanne Holm Toft, Marte Myhre Reigstad og (Silje Eilertsen Denstad – i permisjon 2014) gikk ut av styret.

### ENTGO (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynecology)

Vi er medlemmer i denne foreningen, som bl.a. årlig arrangerer den Europeiske utvekslingen, og som i 2014 ble holdt i Glasgow og omegn. Vi sendte LiS Anja Skogen fra Mo i Rana, og styrets Helene Fjeldvik Peterson reiste og deltok på ENTGOs generalforsamling.

### NFYOG (Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists)

Denne foreningen dannes av to representanter fra hver av de nordiske landene. Her utveksles erfaringer og tidligere har foreningen arrangert kurs. Pga dårlig oppslutning de siste årene, har disse arrangementene ikke blitt holdt, men foreningen organiserer alltid et kurs/seminar med påfølgende sosialt arrangement for LiS i forkant av NFOG kongressen. Denne var i 2014 i Stockholm, og kurset omhandlet blødningsforstyrrelser og har deltatt i NFOGs arbeid med «Train the trainer», som kulminerte i et fagmøte med samme tema i København høsten 2014. Tiril Tingleff og Camilla Kleveland deltok fra FUGO.

### Annen aktivitet

FUGO deltar også aktivt i NGF ved at en av våre styremedlemmer sitter i NGFs styre, og i 2014 satt Elise Thoresen Sletten som FUGOs representant i FUGO. Dette bidrar til kontakt med NGF, og gir oss i FUGO styret et innblikk i hva «de voksne» gjør. Ved at vi også til enhver tid har en representant i spesialitetskomiteen, gir dette godt samarbeid begge veier, både når spesialitetskomiteen trenger innspill, og når det er oppdateringer i spesialistløpet.

Flere andre fagmedisinske foreninger er i gang med å starte en underforeninger for LIS. Spesielt har vi fått en del henvendelser etter vi hadde to artikler i Ylfs medlemsblad FORUM, den første «Hva er FUGO?» i utgave nr 5, 2013, og i nr 5 2014, en artikkel om Gi Kniven Videre prosjektet. Flere LiS foreninger ønsker å gjøre et tilsvarende prosjekt, spesielt har kirurgene og ØNH legene være interesserte.

# Gi kniven videre



Av Tiril Tingleff

30. april var kampanjeperioden for "Gi kniven videre" offisielt over. Kampanjens mål var å sette fokus på og bedre den kirurgiske opplæringen av LiS innen kvinnesykdommer og fødselshjelp.

Etter mal fra tilsvarende kampanjer, først i Danmark, senere i Sverige, er det laget et arbeidsdokument som tar opp ulike problemstillinger knyttet til den kirurgiske opplæringen og som også inneholder forslag til tiltak som kan bedre situasjonen. Tiltakene omfatter ulike måter avdelingen kan legge til rette for læring, hva overlegen/instruktøren bør tenke på og hva LiS selv må ta ansvar for og initiativ til. For å bedre kommunikasjonen mellom mester og svenn er det laget et verktøy, et lite kort som vi har kalt HUSK. Kortet inneholder punkter som bør gjennomgås før og etter hvert enkelt inngrep. HUSK er også sendt ut som informasjonsplakat til å henge opp på vaktrom og over vasken på operasjonsavdelingen.

## Registrering av inngrep

Under hele kampanjeperioden har avdelingene registrert LIS og overlegens rolle under utvalgte gynekologiske inngrep. Resultatene av registreringene vil bli presentert på gynekologisk årsmøte i Bergen og legges ut på FUGOs hjemmeside, slik at hvert sykehus kan se hvordan forholdene er på deres avdeling og sammenligne seg med andre.

## Evaluering

Før kampanjen ble det sendt ut to spørreskjemaer, ett til hver enkel LiS, og ett til hver avdeling. Orienterende resultater fra den første undersøkelsen ble gjengitt i Gynekologen 4 2014. Da kampanjeperioden var over ble det sendt ut en ny runde med spørreskjemaer for å evaluere hvordan kampanjen er mottatt og hva slags effekt den har oppnådd.

216 LiS svarte på det første skjemaet, det gir en svarprosent på 65. Svarene viste 66,7 % har hatt tjeneste på gruppe I sykehus og 65,1 % har hatt tjeneste på gruppe II sykehus.

114 LiS svarte på spørreskjemaet som ble sendt ut i andre runde, det gir en svarprosent på 32. 19% av LiS som svarte oppgav at de hadde mer læringsutbytte av operasjoner enn tidligere, 18% fikk operere mer enn tidligere og 11% følte de ble evaluert mer enn tidligere.

Generelt viser tallene antydning til bedring etter kampanjen, både på områdene hvor rammene er kartlagt, graden av å slippe til og de områdene LiS selv må ta ansvar for.

Antallet LiS i klinisk arbeid ved avdelingen.	Ved de siste 20 hysterektomiene i avdelingen, hvor mange deltok LiS?		I hvor mange av disse var LiS hovedoperatør?	
	Før kampanje	Etter kampanje	Før kampanje	Etter kampanje
< 6	13	16	6	9
6-10 leger i spesialisering	13	12	4	5
> 10	11	14	4	7

Antallet LiS i klinisk arbeid ved avdelingen.	Ved de siste 20 laparoskopiske adnexoperasjonene i avdelingen, hvor mange deltok LiS?		I hvor mange av disse var LiS hovedoperatør?	
	Før kampanje	Etter kampanje	Før kampanje	Etter kampanje
< 6	12	16	7	11
6-10 leger i spesialisering	17	13	11	9
> 10	13	18	7	15

Diagram 1: Avdelingstall

## 10: Snakker du med pasienten før og etter inngrepet?

	Alltid		Oftest		Sjeldent		Total	
	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall
Før	38%	81	60%	129	2%	4	100%	214
Etter	46%	52	54%	61	1%	1	100%	114

## 11: Gjør du samme type inngrep gjentatte ganger i en sammenhengende periode?

	Alltid		Oftest		Sjeldent		Aldri		Total	
	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall
Før	1%	2	35%	74	54%	115	11%	23	100%	214
Etter	2%	2	40%	45	54%	60	4%	5	100%	112

## 12: Utfører du delmomenter av kompliserte operasjoner?

	Alltid		Oftest		Sjeldent		Aldri		Total	
	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall
Før	4%	9	33%	71	52%	111	11%	23	100%	214
Etter	10%	11	45%	50	39%	44	6%	7	100%	112

Diagram 10, 11 og 12: Spørsmål.

Det kom inn vesentlig færre svar på undersøkelsen etter kampanjen. Det er mulig det kan påvirke resultatene, ved at de som er mest fornøyd med at kampanjen svarte. På den annen side kan man tenke seg at de som er misfornøyd er motivert for å svare. Reduksjonen i svarprosent kan også helt enkelt komme av at den siste undersøkelsen ble sendt ut like før sommerferien, en periode som stort sett er svært hektisk ved hele landets avdelinger.

I avdelingsundersøkelsene kom det fram at både deltagelsen til LiS og andel LiS som hovedoperatør økte både ved de små og de store avdelingene.

Mer detaljerte resultater fra spørreundersøkelsene og registreringene vil presenteres på NGFs årsmøte og på FUGOs hjemmeside.

De uformelle tilbakemeldingene vi har fått på e-post og i møte med kolleger i forskjellige situasjoner har i all hovedsak vært positive. Informasjonen om kampanjen virker å ha nådd ut til de fleste, og alle har vært klar over kampanjens formål og innhold. Det som har medført noe belastning har vært registrering av inngrepene, spesielt ved de større avdelingene. De fleste har løst dette ved å fordele oppgaven på flere personer. Det virker som om denne løsningen har fungert bra og at de som har ønsket å delta i kampanjen, har registrert samvittighetsfullt.

## HUSK har vært nyttig

HUSK har generelt blitt tatt godt i mot. Selv om ikke alle har brukt kortet systematisk, har det fungert godt som hjelpemiddel. Noen har også tatt med seg prinsippene ved opplæring av forløsningsmetoder og andre prosedyrer, spesielt det som handler om hvilke momenter man bør ha tatt stilling til ved hvert inngrep, og evalueringen av LiSs ferdigheter.

Ventelister, produksjonspress, store operasjonsprogram og travle

fødeavdelinger gjør at det mange steder er vanskelig for LiS å delta på operasjoner de kan ha læringsutbytte av, og ofte er det ikke er tid til at LiS bruker den tiden de trenger ved de inngrepene de gjør. Det virker imidlertid som om mange har fått økt bevissthet omkring det å slippe LiS til og å øke kvaliteten på den kirurgiske opplæringen.

Gjennom undersøkelsene vi har gjort har det kommet fram mange aktuelle problemstillinger i forhold til opplæringen av nye spesialister. Vi ønsker å holde fokus på utdanning og kanskje kan resultatene fra spørreundersøkelsene og registreringen inspirere til nye kampanjer i fremtiden?

Vi håper kampanjen har vært med på å skape forbedringer som vil vedvare. Vår appell er:

*Til avdelingsledelsen:* Fortsett å legge til rette for at LiS får den opplæringen de trenger for å bli gode, selvstendige gynekologer. Se på det som en investering at de får tid til å være med å operere. La dem få fri til å gå på de kursene som arrangeres og til å tørrtrene med simulator, og forsøk å legge til rette for sertifisering der det er mulig.

*Til overlegen:* Fortsett å være tålmodige med deres uerfarne kollegaer. Veiled dem og lær fra deg det du kan. Har du operert 10 pasienter, har du hjulpet 10 pasienter. Har du lært opp 10 LiS, har du hjulpet 10 ganger så mange!

Til LiS: Fortsett å øve på grunnleggende kirurgiske ferdigheter. Sett deg inn i inngrepene du skal delta på og i pasienten du har ansvar for. Gi beskjed om hva du forventer når du er med på operasjon og be om å få kniven!

PS: Til Spes Kom: Legg til rette for at det blir arrangert flere kurs i grunnleggende kirurgiske ferdigheter for gynekologspirene, slik at de får plass tidlig i utdanningen og lærer hvordan de skal øve.

# FRIE FOREDRAG • NR. 1

## AUTOTRANSPLANTATION OF CRYOPRESERVED OVARIAN TISSUE AFTER TREATMENT FOR MALIGNANT DISEASE – the first norwegian results

Tanbo T<sup>1</sup>, Greggains G<sup>1</sup>, Storeng R<sup>2</sup>, Langebrette A<sup>1</sup>, Busund B<sup>1</sup>, Fedorcsak P<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Gynecology, Oslo University Hospital, Oslo, <sup>2</sup>Norwegian National Advisory Unit on Women's Health, Department for Women and Children's Health, Oslo University Hospital, Oslo.

**Background.** With increasing survival rate after treatment for cancer in prepubertal girls and reproductive age women, an increasing focus on quality of life has emerged. Both irradiation and cytotoxic drugs can be detrimental to future fertility, consequently several treatment alternatives have been developed to spare or restore fertility in young females diagnosed with cancer. One of these options is cryopreservation of ovarian tissue prior to treatment and autotransplantation at a later time.

**Methods.** We present the Norwegian experience after eleven years' practice with ovarian tissue cryopreservation. A total of 164 patients have had ovarian tissue cryopreserved during the period 2004 to 2014. Fifteen patients deceased during the observation period. Six patients requested autotransplantation, which was performed in two cases.

**Results.** Both patients conceived, one spontaneously and one after assisted reproduction due to a concomitant male factor. The pregnancies were uneventful and they both gave birth to a healthy child.

**Conclusion.** Cryopreservation with later autotransplantation of ovarian tissue should be offered to a selected group of young women with cancer.

## SEKSUALFUNKSJON ETTER KREFTFOREBYGGENDE FJERNING AV EGGSTOKKENE: EFFEKT AV HORMONBEHANDLING

Johansen N<sup>1,2,3</sup>, Liavaag AH<sup>1,2</sup>, Tanbo TG<sup>3,4</sup>, Dahl AA<sup>3,5</sup>, Pripp AH<sup>6</sup>, Michelsen TM<sup>2,7,8</sup>

<sup>1</sup>Gyn/Obst. avd., Sørlandet sykehus, Arendal; <sup>2</sup>Forskningsetheten, Sørlandet sykehus, Arendal; <sup>3</sup>Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo; <sup>4</sup>Gynekologisk avdeling Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>5</sup>Nasjonalt kompetansetjeneste for senefekter etter kreftbehandling, Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>6</sup>Oslo senter for biostatistikk og epidemiologi, Forskningsstøtteavdelingen, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>7</sup>Fødeavdelingen Rikshospitalet, Kvinne- og Barneklivnikken, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>8</sup>Nasjonalt kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus, Oslo

**Bakgrunn.** Kvinner med BRCA-mutasjon har 60% risiko for eggstokkreft og 65% risiko for brystkreft innen fylte 75 år. Risikoreduserende salpingooforektomi (RRSO) anbefales omkring 40 års alder og reduserer risikoen for eggstokkreft med omtrent 80% samtidig som brystkreft risikoen halveres. RRSO fører til umiddelbar menopause, og en stor andel av kvinnene opplever postmenopausale plager som også omfatter redusert seksualfunksjon.

**Metode.** Retrospektiv kohortstudie. 294 kvinner som hadde gjennomgått RRSO og 1228 kvinner fra et befolkningsutvalg (NORM) besvarte norsk versjon av The Sexual Activity Questionnaire (SAQ).

**Resultater.** Kvinnene i RRSO-gruppa rapporterte lavere nytelsesskår (10.5 vs 11.9, P = 0.009), høyere skår på seksuelle plager (1.9 vs 0.83, P < 0.001) og sjeldnere seksuell aktivitet (P = 0.007) enn kvinner fra NORM. Å tilhøre RRSO-gruppa (vs NORM), høyere alder, tidligere kreftsykdom, dårligere kroppsbilde, bedre rollefunksjon (evne til å jobbe) og dårligere livskvalitet var signifikant assosiert med lavere nytelsesskår. Å tilhøre RRSO-gruppa (vs NORM), høyere alder, tidligere kreftsykdom, dårligere kroppsbilde og dårligere livskvalitet var signifikant assosiert med høyere skår på seksuelle plager. Innad i RRSO-gruppa hadde kvinnene som brukte systemiske hormoner mindre seksuelle plager (1.2 vs 2.4, P = 0.001) enn ikke-brukerne. Vi fant ingen signifikant sammenheng mellom nytelsesskår og hormonbruk.

**Konklusjon.** Kvinnene i RRSO-gruppa hadde mindre seksuell nytelse, mer seksuelle plager og sjeldnere seksuell aktivitet enn kontroller fra den generelle befolkningen. Innad i RRSO-gruppa rapporterte kvinnene som brukte systemiske hormoner mindre seksuelle plager. Kvinner med BRCA-mutasjon bør få realistisk informasjon om mulig redusert seksualfunksjon som følge av RRSO og adekvat oppfølging hvis de velger operasjon.

## RISK OF DIFFERENT BREAST CANCER SUBTYPES BY TYPE OF MENOPAUSAL HORMONE THERAPY

Román M<sup>1</sup>, Ursin G<sup>1</sup>, Graff-Iversen S<sup>2</sup>, Sakshaug S<sup>3</sup>, Vangen S<sup>4</sup>, Weiderpass E<sup>1</sup>, Hofvind S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cancer Registry of Norway, Oslo; <sup>2</sup>National Institute of Public Health, Division of Epidemiology, Department of Chronic Diseases; <sup>3</sup>National Institute of Public Health, Division of Epidemiology, Department of Pharmacoepidemiology; <sup>4</sup>Norwegian National Advisory Unit on Women's Health, Department for Women's and Children's Health, Oslo University Hospital.

**Introduction.** There is substantial evidence that menopausal hormone therapy is a risk factor for breast cancer, with combined estrogen and progestin therapy (EPT) presenting a greater risk than estrogen therapy (ET) alone. Data are inconclusive on the effects that different estrogens and progestin therapies have on tumour characteristics.

**Aims.** To assess the effect of oral ET formulations of estradiol and tibolone and EPT preparations of estradiol-norethisterone (NETA), by histological subtypes and hormone receptor status of breast cancer.

**Methods.** Nationwide retrospective cohort study including data from 686,614 Norwegian women, aged 45-79 in January 2004, followed until December 2008. The Norwegian Prescription Database provided information on HT use. Breast cancer incidence was obtained from the Cancer Registry of Norway. Poisson regression was used to estimate incidence rate ratios (RR) and 95% confidence intervals (CI).

**Results.** During an average 4.8 years of follow-up, 8877 breast cancers were diagnosed. Compared with non-users, use of estradiol and tibolone was more strongly associated with lobular cancers (RR:2.00; 95%CI: 1.22-3.29; RR:2.56; 95%CI: 1.57-4.15, respectively), ER positive tumours (RR:1.51; 95%CI: 1.18-1.93; and RR:2.08; 95%CI: 1.66-2.59, respectively), PR positive tumours (RR:1.75; 95%CI: 1.34-2.27; and RR:2.53; 95%CI: 2.00-3.19, respectively), and ER+/PR+ tumours (RR:1.71; 95%CI: 1.31-2.24; and RR:2.58; 95%CI: 2.04-3.25, respectively). Similarly, users of oral estradiol-NETA preparations of Kliogest<sup>®</sup>, Activelle<sup>®</sup>, and Trisekvens<sup>®</sup> were more strongly associated with good prognosis tumour characteristics as lobular cancers (RR:4.57; 95%CI: 3.18-6.58; RR:4.50; 95% CI: 3.51-5.76; and RR:3.76; 95%CI: 2.00-7.04, respectively), ER positive tumours (RR:3.58; 95%CI: 3.00-4.26; RR:3.46; 95%CI: 3.08-3.89; and RR:3.36; 95%CI: 2.48-4.54, respectively), PR positive (RR:3.79; 95%CI: 3.11-4.61; RR:3.74; 95%CI: 3.28-4.25; and RR:3.73; 95%CI: 2.69-5.18, respectively), and ER+/PR+ (RR:3.80; 95%CI: 3.11-4.64; RR:3.79; 95%CI: 3.32-4.32; and RR:3.65; 95%CI: 2.61-5.10, respectively).

**Conclusions.** Users of estradiol-NETA components of Kliogest<sup>®</sup>, Activelle<sup>®</sup> and Trisekvens<sup>®</sup> were strongly associated with tumour characteristics conferring good prognosis, while the risk was moderate among users of oral estradiol and tibolone.

# UTFALL FOR PASIENTER MED HØYRISIKO ENDOMETRIECANCER ETTER BEHANDLING MED ADJUVANT KJEMOTERAPI: EN RETROSPEKTIV STUDIE

Smogeli E<sup>1</sup>, Cvancarova M<sup>2</sup>, Kristensen G<sup>1,3,4</sup>, Lindemann K<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Avd. for gynekologisk kreft, Det norske Radiumhospital, Oslo Universitetssykehus, Oslo; <sup>2</sup>Kvinneklubben, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; <sup>3</sup>Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultetet, Universitet i Oslo, Oslo; <sup>4</sup>Institutt for kreftgenetikk og informatikk, Det norske Radiumhospital, Oslo Universitetssykehus, Oslo.

**Bakgrunn.** Til tross for dårlig prognose ved høyrisiko endometriecancer, er adjuvant behandling kontroversielt.

**Metode.** Retrospektiv studie som inkluderer pasienter med endometriecancer FIGO stadium I type II, stadium Ib type I/grad 3 og stadium IIIc, som ble behandlet på Oslo Universitetssykehus i perioden 2005-2013.

**Resultater.** 184 pasienter (55 stadium Ia, 42 stadium Ib, 87 stadium IIIc) med median oppfølgingstid 47.7 måneder ble inkludert. Etter median på 15.9 måneder hadde 50 (27%) pasienter fått tilbakefall, 13 (7%) med isolert vaginalt residiv, 2 (1%) med bekkenresidiv og 35 (19%) med residiv utenfor bekkenet. 3-års sykdomsfri overlevelse for stadium Ia var 83%, stadium Ib 90% og stadium IIIc 62%. Standard kirurgisk behandling med minimum bekkenglandeltolett og adjuvant kjemoterapi ble gitt til 60 (62%) i stadium I og 76 (87%) i stadium IIIc. Etter median 18.3 måneder, var den ujusterte andelen som fikk tilbakefall 10% i stadium I, 2 (3%) residiver enten i vagina eller bekkenet og 4 (7%) med residiver utenfor bekkenet. I stadium IIIc fikk 40% av pasientene tilbakefall, 6 (8%) med isolert vaginal residiv og 24 (32%) med residiv utenfor bekkenet. Bare to av disse var utelukkende lokalisert til paraaortale lymfeknuter. 3-års sykdomsfri overlevelse var 97% for stadium Ia, 85% for stadium Ib og 64% for stadium IIIc.

**Konklusjon.** Hos pasienter med høyrisiko endometriecancer kan adjuvant kjemoterapi uten strålebehandling anses som akseptabel behandling siden det oppnås god kontroll over tilbakefall i vagina/bekkenet. Imidlertid er prognosen dårlig for pasienter med positive lymfeknuter. Disse har en særdeles høy risiko for fjernmetastaser selv etter kjemoterapi.

# HØYT UTTRYKK AV Δ133p53 INDIKERER FORBEDRET OVERLEVELSE VED HØYGRADIG SERØSE OVARIALCANCER

Katharina Bischof<sup>1,2</sup>, Bjørn T. Gjertsen<sup>5,6</sup>, Beryl Leirvaag<sup>3,4</sup>, Helga B. Salvesen<sup>1,2</sup>, Stian Knappskog<sup>3,4</sup>, Line Bjørge<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus, Bergen. <sup>2</sup>Centre for Cancer Biomarkers CCBIO, Universitet i Bergen; <sup>3</sup>Onkologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen. <sup>4</sup>Seksjon for Onkologi, Klinisk institutt 2, Universitet i Bergen. <sup>5</sup>Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen. <sup>6</sup>Centre for Cancer Biomarkers CCBIO, Klinisk institutt 2, Translasjonell Hemato-Onkologisk Gruppe, Universitet i Bergen.

**Bakgrunn.** Mutasjoner i TP53 skjer tidlig i utviklingen av ovariale høygradige serøse carcinom (HGSC) og opptrer i nesten alle tumorene. TP53 pre-mRNA spleises og kan kode for minst 12 ulike p53 protein isoformer. Spleiseformen Δ133p53 modulerer gen-transkripsjon og medierer celledød, og økt uttrykk i HGSC er tidligere blitt foreslått som en markør for overlevelse. Vi har analysert mRNA uttrykket av utvalgte p53 isoformer i et tumormateriale fra HGSC pasienter, og undersøkt hvordan uttrykk av disse korrelerer med progresjonsfri overlevelse og total overlevelse.

**Metode.** 69 HGSC pasienter med FIGO stadium IIIc/IV ble inkludert i denne enkeltcenterstudien ved Haukeland Universitetssykehus. Av disse responderte 40 kvinner på standard kjemoterapi (Carboplatin og Taxol) (definert som sykdomsfritt intervall ≥ 17 måneder) mens 29 var kjemoresistente (definert som sykdomsprogresjon ≤ 6 måneder). mRNA ekspresjon av full-lengde p53, og isoformene Δ133p53, p53β og p53γ ble analysert med RT-qPCR og sammenholdt med kliniske pasientdata. Isoformene ble analysert både alene og etter korreksjon for uttrykk av full-lengde p53 ekspresjon.

**Results.** Ratione Δ133p53 / full-lengde p53 mRNA ekspresjon var signifikant forbundet med forbedret pasientoverlevelse (hazard ratio = 0.418, p = 0.017, 95% CI: 0.205-0.854). Videre viste et høyt uttrykk av Δ133p53 mRNA alene en signifikant forlengelse av det sykdomsfri intervallet (hazard ratio = 0.528, p = 0.041, 95% CI: 0.286-0.973).

**Konklusjon:** I vår pasientserie predikerer et høyt uttrykk av p53 isoformen Δ133p53 et lengre sykdomsfritt intervall og bedre pasient-overlevelse. Betydningen av p53 isoformene som mulige prediktive markører for behandling av ovarialcancer bør undersøkes nærmere.

# FRIE FOREDRAG • NR. 2

## GJENTAKELSESRISIKO FOR HYPERTENSIVE SVANGERSKAPSKOMPLIKASJONER

IPD PREPARE study group. Haavaldsen C<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklubben, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog.

**Bakgrunn.** Hypertensive svangerskapskomplikasjoner forekommer i 2-8 % av alle svangerskap på verdensbasis, og er en av de vanligste årsakene til mødredødelighet. Studier har vist svært varierende risiko for å få slike komplikasjoner også i neste svangerskap, fra noen få prosent, og opp til 65 %.

**Metode.** Det ble utført et elektronisk litteratursøk etter kohortstudier av kvinner med hypertensive svangerskapskomplikasjoner og som hadde hatt minst ett påfølgende svangerskap. Førsteforfatterne av studiene ble kontaktet, og data fra studiene ble innsamlet. Av totalt 94 studier, ble 22 studier med individuelle data fra 99 415 kvinner inkludert i denne metaanalysen.

**Resultater.** Gjentakelsesrisikoen for hypertensive svangerskapskomplikasjoner var 20,7 % (95 % CI 20,4 - 20,9). Risikoen for å få preeklampsi i andre svangerskap var 13,8 % (95 % CI 13,6 - 14,1), svangerskaphypertensjon 8,6 % (95 % CI 8,4 - 8,8) og HELLP syndrom 0,2 % (95 % CI 0,16 - 0,25). HELLP-syndrom, fødsel av et barn som var lite for gestasjonsalder (SGA) eller lav gestasjonsalder ved forløsning i første svangerskap økte risikoen for gjentakelse. Ved gjentakelse var sykdommen ofte av mildere art. Kvinner som tidligere hadde hatt normalt blodtrykk, men som hadde gjentatte hypertensive svangerskapskomplikasjoner, hadde økt risiko for å få kronisk hypertensjon etter svangerskapet.

**Konklusjon.** Blant kvinner med hypertensive svangerskapskomplikasjoner i svangerskapet er gjentakelsesrisikoen i neste svangerskap relativt lav, og sykdommen er ofte av mildere art ved gjentakelse. Disse funnene kan brukes i rådgivningen av kvinner som vurderer et nytt svangerskap etter å ha hatt hypertensive svangerskapskomplikasjoner i det første svangerskapet.

## PLACENTAVEKT I DET FØRSTE SVANGERSKAPET OG RISIKO FOR PREEKLAMPSI I DET ANDRE SVANGERSKAPET – en kohort med 186 859 kvinner

Dypvik J<sup>1,2</sup> og 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>Kvinneklubben, Akershus universitetssykehus, Lørenskog, <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo, <sup>3</sup>Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

**Bakgrunn.** Vi studerte om placentavekt i det første svangerskapet var assosiert med risiko for preeklampsi i det andre svangerskapet hos kvinner med og uten tidligere preeklampsi.

**Metode.** Vi inkluderte alle kvinner registrert i Medisinsk fødselsregister med to enlingfødsler mellom 1999 og 2012 (n = 186 859). Vi beregnet placentavekt z-scores og delte z-scorene inn i kvintiler (fem like store deler). Vi estimerte crude odds ratio (cOR) med 95% konfidensintervall (95% KI) for preeklampsi i det andre svangerskapet i henhold til hvilken kvintil placentavekten var i det første svangerskapet.

**Resultater.** 1,5% (2597/177 239) av kvinnene uten tidligere preeklampsi utviklet preeklampsi i sitt andre svangerskap, mens tilsvarende andel var 15,7% (1522/9710) for kvinner med tidligere preeklampsi. Blant kvinner uten tidligere preeklampsi, var placentavekt i laveste kvintil (cOR 1,30; 95% KI 1,14-1,47) og placentavekt i høyeste kvintil (cOR 1,20; 95% KI 1,06-1,36) assosiert med økt risiko for preeklampsi i det andre svangerskapet sammenlignet med placentavekt i 3. kvintil (referanse). Hos kvinner med tidligere preeklampsi og placentavekt i laveste kvintil, var cOR for gjentatt preeklampsi 1,30 (95% KI 1,10-1,55) sammenlignet med kvinner med tidligere preeklampsi og placentavekt z-score i 3. kvintil (referanse). Placentavekt z-score i høyeste kvintil økte ikke gjentakelsesrisikoen blant disse kvinnene.

**Konklusjon.** Både høy og lav placentavekt i første svangerskap var assosiert med økt risiko for preeklampsi i det påfølgende svangerskapet hos kvinner uten tidligere preeklampsi. Hos kvinner med tidligere preeklampsi, var kun lav placentavekt knyttet til ytterligere økt gjentakelsesrisiko.

## PLATER OG PLACENTA – SAMSPILL FOR LIVET

Heidi Tiller<sup>1,2</sup>, Jesper Dahl<sup>2</sup>, Mariana Eksteen<sup>2</sup>, Ganesh Acharya<sup>1,3</sup>, Bjørn Skogen<sup>2,4</sup>, Gøril Heide<sup>2</sup>, Mette Kjær<sup>5</sup>, Anne Husebekk<sup>2</sup> og Tor B Stuge<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø; <sup>2</sup>Immunologisk forskningsgruppe, UiT Norges Arktiske Universitet, Tromsø; <sup>3</sup>Forskningsgruppe Kvinnehelse og perinatologi, UiT Norges Arktiske Universitet, Tromsø; <sup>4</sup>Laboratoriemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø; <sup>5</sup>Finnmarkssykehuset, Hammerfest

**Bakgrunn.** Føtal og neonatal alloimmun trombocytopeni (FNAIT) kan være årsak til alvorlig hjerneblødning hos foster/ nyfødt.

Det har også vært rapportert mulig sammenheng mellom FNAIT og redusert fødselsvekt. Det studeres nå hvorvidt placentafunksjon kan påvirkes av mors anti-blodplate antistoffer i svangerskapet (anti-HPA-1a og anti-HLA klasse I).

**Metode.** Bruk av retrospektive registerdata for å studere assosiasjoner mellom mors alloantistoffer i graviditet og fødselsvekt/ placentavekt. Første trimester trofoblast cellekulturer med tilsetning av blodplateantistoffer.

**Resultater.** Både anti-HPA-1a antistoffer og anti-HLA klasse I antistoffer var signifikant assosiert med lavere fødselsvekt hos barn som hadde trombocytopeni ved fødsel. Økende alloantistoffnivå hos mor var signifikant assosiert med tilsvarende lavere fødselsvekt. Økende anti-HLA klasse I antistoff var også signifikant assosiert med lavere placentavekt hos trombocytopen barn. Barn som ikke hadde trombocytopeni ved fødsel, men der mor hadde anti-HLA klasse I antistoff, hadde normal fødselsvekt. Anti-HPA-1a antistoffer binder til 1. trimester invasive trofoblastceller og preliminare cellekulturstudier tyder på at slik binding fører til redusert adhesjon, migrasjon og invasjon.

**Konklusjon.** Blodplatespesifikke alloantistoffer (anti-HPA-1a) og vevstypeantistoffer (anti-HLA klasse I) hos mor i svangerskapet er assosiert med lavere fødselsvekt når barnet samtidig har trombocytopeni ved fødsel. Foreløpige studier tyder på at tidlig placentautvikling påvirkes negativt av anti-HPA-1a antistoffer. Større studier av både anti-HLA klasse I antistoff, effekt av anti-HPA-1a antistoff på 1. trimester placenta funksjon og histopatologiske studier av term placenta fra FNAIT svangerskap er planlagt.

## LAV TOXOPLASMA IGG AVIDITET ER VANLIG I SVANGERSKAPET HOS KVINNER SMITTET PREKONSEPSJONELT

Findal G<sup>1,2</sup>, Stray-Pedersen B<sup>1,2</sup>, Holter E<sup>3</sup>, Berge T<sup>3</sup>, Jenum PA<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin; <sup>2</sup>Divisjon for kvinner og barn, Oslo Universitetssykehus HF Rikshospitalet; <sup>3</sup>Mikrobiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus HF Rikshospitalet; <sup>4</sup>Avdeling for medisinsk mikrobiologi, Vestre Viken HF, Drammen.

**Bakgrunn.** Maternell primærinfeksjon med parasitten Toxoplasma gondii, kan føre til fostersmitte via placenta og gi alvorlig fosterskade. Prekonsepsjonell smitte, medfører produksjon av immunoglobulin G antistoffer (IgG) som beskytter fosteret. Maternell infeksjon diagnostiseres via antistoffene Toxoplasma IgG og IgM og IgG aviditet. Høy IgG aviditet indikerer minst 3-4 mnd. siden infeksjon, mens lav aviditet indikerer fersk infeksjon. Vurdering av smittetidspunkt er utfordrende, da IgM kan være positiv og IgG aviditeten lav over flere måneder. Studien ble igangsatt for bedre å forstå variasjon i toxoplasma IgG aviditeten i svangerskapet.

**Metode.** Retrospektiv kvalitetssikringsstudie av kvinner som gjennomgikk amniocentese på indikasjon suspekt toxoplasma smitte ved Oslo Universitetssykehus, 1993-2013 der toxoplasma IgG aviditet var målt flere ganger i svangerskapet (n=176). Data er innhentet fra journaler og laboratoriefiler. Kvinnene ble kategorisert på bakgrunn av serologisk profil og aviditetsendring.

**Resultater.** Hos 139 (79%) kvinner holdt IgG aviditeten seg lav i mer enn tre mnd., hvorav 74 (43%) hadde stabilt lav aviditet. Median varighet av lav aviditet var 201 dager (range 90-260, q25 176, q75 219). Første test ble tatt i gestasjonsuke 10,6 (range 90-260, q25 176, q75 219). 17 gravide (9,7%) hadde IgG serokonversjon, 31 (17,6%) signifikant IgG antistoff stigning og 128 (72,7) IgM positivitet og lav IgG aviditet som indikasjon for amniocentesen. Fire barn var smittet.

**Konklusjon.** IgG aviditeten holdt seg lav hos 2/3. Vi anbefaler å ta første serologiske prøve før uke 11 i svangerskapet. Hvis positiv, bør ny serologi tas etter 3-4 uker og ved tvil en prøve etter ytterligere 3 uker før amniocentese utføres.

## BÅDE FOSTERSTØRRELSE OG VEKST PREDIKERER NEGATIVE PERINATALE UTFALL

Karlsen HO<sup>1</sup>, Johnsen SL<sup>2</sup>, Rasmussen S<sup>1,2</sup>, Kiserud T<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinisk institutt <sup>2</sup>, Universitetet i Bergen; <sup>3</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjuehus, Bergen.

**Bakgrunn.** Fostre som er små for alder (SGA), har økt risiko for negative perinatale utfall. Målet med denne studien var å undersøke om bruk av vekstpersentiler (betingede persentiler) i tillegg til størrelsespersentiler bedret prediksjonen av negative utfall i en risikopopulasjon.

**Metode.** I en prospektiv studie ble gravide kvinner med økt risiko for veksthemning og de med påvist SGA inkludert med henblikk på serielle ultralydmålinger. De to siste målingene (estimert fostervekt) ble brukt i regresjonsanalysen. Utfallsvariablene var operativ forløsning pga. truende asfyksi, preterm fødsel (< 37 uker), 5 minutt Apgar score <7, hypoglykemi (glukose <2.0 mmol/l), overflytning til nyfødt intensiv og perinatal mortalitet.

**Resultater.** Komplette biometriske mål var tilgjengelig hos 211 av 220 deltagere. Fosterstørrelse og fostervekt (≤5 eller ≤10 persentilen) var uavhengige prediktorer for negativt utfall, og kombinasjonen av disse gav signifikant bedre prediksjon enn størrelse alene, henholdsvis p = 0.023 og p = 0.012 (log likelihood test). Spesifisiteten steg signifikant fra 78% (95% KI: 70-84%) for størrelsespersentil ≤5 som prediktor til 94% (95% KI: 89-97%) ved tillegg av vekstpersentil ≤5. Sensitivitet var ikke signifikant endret.

**Konklusjon.** Studien viser at liten fosterstørrelse og fostervekst har uavhengig effekt på negative perinatale utfall og at kombinasjonen av disse to bedrer prediksjonen. Funnene støtter bruk av vekstpersentiler (betingede persentiler) i tillegg til fosterstørrelse i overvåkningen av risikosvangerskap eller der SGA er påvist.

## HYPERTENSIVE SVANGERSKAPSKOMPLIKASJONER HOS KVINNER MED EPILEPSI MED OG UTEN ANTIEPILEPTIKA BEHANDLING

Danielsson K<sup>1,2</sup>, Borthen I<sup>1</sup>, Morken NH<sup>1,2,3</sup>, Gilhus NE<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; <sup>2</sup>Klinisk institutt, Det medisinsk-odontologiske fakultetet, Universitetet i Bergen; <sup>3</sup>Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinsk-odontologiske fakultetet, Universitetet i Bergen; <sup>4</sup> Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus, Bergen.

**Bakgrunn.** Kvinner med epilepsi har økt risiko for hypertensive svangerskapskomplikasjoner. Antiepileptika har potensielt alvorlige konsekvenser for fosteret og er hyppig brukt i svangerskapet. Det er lite undersøkt i hvilken grad ulike antiepileptika påvirker svangerskapet og mor.

**Metode.** Data fra Medisinsk fødselsregister i perioden 1999-2013 ble benyttet. Førstegangsfødende kvinner med epilepsi og bruk av de tre vanligste antiepileptika ble identifisert og sammenlignet med friske kvinner, samt kvinner med epilepsi uten antiepileptika bruk. Primære utfall var gestasjonell hypertensjon, lett og alvorlig preeklampsi, tidlig preeklampsi, HELLP og eklampsi. Data ble analysert med logistisk regresjon og justert for konfoundere.

**Resultater.** Vi identifiserte 363 532 kvinner hvorav 2838 hadde epilepsi. Av disse var 1057 eksponert for antiepileptika (895 med monoterapi: lamotrigin [n= 367], karbamazepin [n= 240] og valproat [n= 123]). Kvinner med epilepsi hadde økt risiko for lett preeklampsi både med (justert odds ratio (OR) 1,6, [KI 1,2-2,1]) og uten (justert OR 1,4, [KI 1,1-1,7]) antiepileptika sammenlignet med kvinner uten epilepsi. Kvinner behandlet med karbamazepin hadde signifikant høyere risiko for lett preeklampsi sammenlignet med friske kvinner (justert OR 3,1, [KI 2,0-4,8]) og med kvinner med epilepsi uten antiepileptika behandling (justert OR 2,2, [KI 1,4-3,7]). Kvinner behandlet med valproat hadde kun signifikant høyere risiko for lett preeklampsi sammenlignet med friske kvinner (justert OR 2,1, KI [1,03-4,3]). Lamotrigin behandling var ikke assosiert med økt risiko. Det var ingen økt forekomst av andre hypertensive komplikasjoner.

**Konklusjon.** Kvinner med epilepsi har økt risiko for lett preeklampsi uavhengig av antiepileptika bruk. Karbamazepin behandling er assosiert med utvikling av lett preeklampsi.

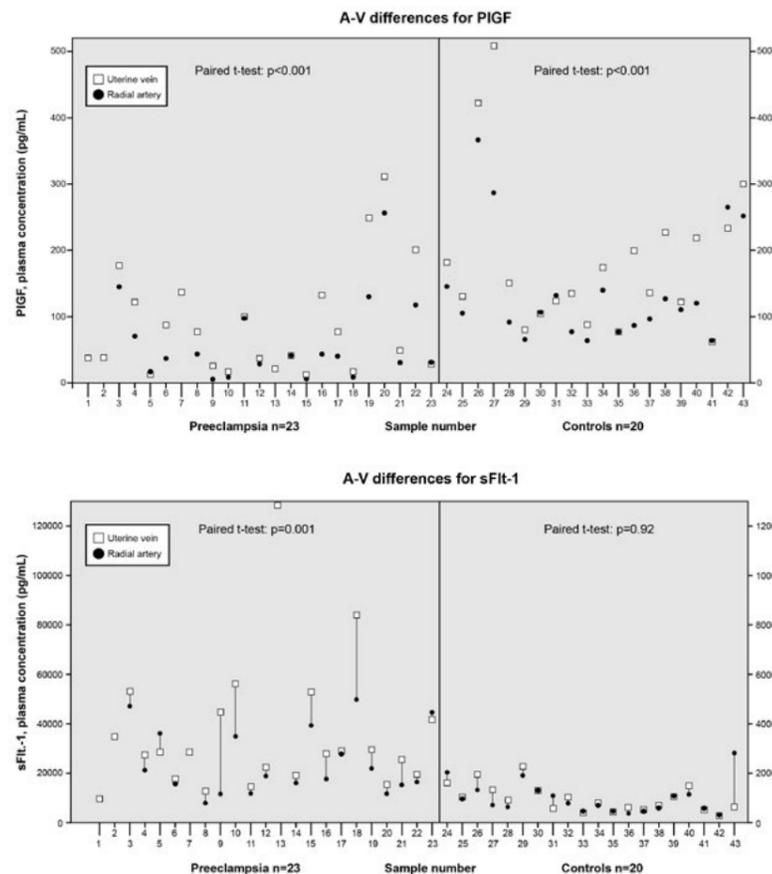
# PLACENTÆR FRIGJØRING AV PLACENTAL GROWTH FACTOR (PIGF) OG SOLUBLE FMS-LIKE TYROSINE KINASE-1 (sFlt-1) I NORMALE OG PREEKLAMPTISKE SVANGERSKAP

AM Holme<sup>1</sup>, MCP Roland<sup>1,2</sup>, T Henriksen<sup>1,3</sup>, TM Michelsen<sup>1,4,5</sup>

<sup>1</sup>Fødeavdelingen Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus; <sup>2</sup>Avd. for gynekologi og fødselshjelp, Drammen sykehus; <sup>3</sup>Universitetet i Oslo; <sup>4</sup>Norsk kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus; <sup>5</sup>Forskningsenheten, Sorlandet sykehus, Arendal

**Bakgrunn.** Maternell endotelial dysfunksjon ligger til grunn for det kliniske bildet ved preeklampsi. Dette antas å skyldes en ubalanse mellom sirkulerende angiogenese-fremmende (PIGF) og -hemmende (sFlt-1) faktorer. Gjeldene teori er at placenta er kilden til PIGF og sFlt-1 og at det placentære bidraget er endret ved preeklampsi. Bidrag fra endotelet generelt er likevel ikke utelukket. Vi ønsket å studere hvorvidt placenta frigjør disse stoffene i normale og preeklamptiske svangerskap ved å bestemme uteroplacentære arteriovenøse (AV) forskjeller.

**Metode.** Kasus-kontrollstudie som inkluderte kvinner med tidlig debuterende preeklampsi (diagnose <34 uker) og 20 kvinner med ukompliserte svangerskap (kontroller). Ved keisersnitt ble det tatt blodprøver fra tre kar samtidig (v.uterina, a.radialis og v.ante cubiti). Konsentrasjoner av PIGF og sFlt-1 ble bestemt ved ELISA. Data ble sammenlignet ved hjelp av parett og uavhengig t-test.



Figuren viser at preeklamptiske kvinner hadde lavere nivåer av PIGF og høyere nivåer av sFlt-1 ( $p < 0,001$ ). Placenta frigjorde PIGF hos begge gruppene (signifkant uteroplacentær AV-forskjell). Til tross for lavere PIGF-konsentrasjoner hos kvinner med preeklampsi var den placentære frigjøingen ikke ulik mellom gruppene ( $p = 0,41$ ). Det var signifikant uteroplacentær AV-forskjell i sFlt-1-nivåer i preeklampsigruppen, men ikke hos kontrollene. Vi fant ingen forskjeller i PIGF- eller sFlt-1-konsentrasjon mellom a.radialis og v.ante cubiti.

**Konklusjon.** Placenta synes å bidra til høyere nivåer av sFlt-1 ved preeklampsi. Våre resultater tyder på at placenta frigjør PIGF til mors sirkulasjon, men kan ikke bekrefte at manglende PIGF-produksjon i placenta er sentralt ved preeklampsi.

# LONGITUDINELLE ENDRINGER I GLUKOSE- OG LIPIDMETABOLISME PÅVIRKES ULIKT AV MATERNELL BMI

Roland MC<sup>1</sup>, Friis C<sup>2</sup>, Godang K<sup>3</sup>, Bollerslev J<sup>3,4</sup>, Henriksen T<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Avd for gynekologi og fødselshjelp, Drammen Sykehus, Vestre Viken HF; <sup>2</sup>Fødeavdelingen, Oslo Universitetssykehus; <sup>3</sup>Seksjon for spesialisert endokrinologi, Avd for endokrinologi, sykelig overvekt og forebyggende medisin, Oslo Universitetssykehus; <sup>4</sup>Universitetet i Oslo.

**Bakgrunn.** Glukose- og lipidmetabolismen endres betydelig i løpet av et normalt svangerskap. Økt BMI gir forstyrrelser i metabolismen. Målet med studien var å studere glukose- og lipidmetabolisme hos friske gravide med ulik BMI.

**Metode.** 1031 friske gravide kvinner ble fulgt opp prospektivt og kategorisert i tre grupper etter BMI; BMI < 25 ( $n = 628$ ), BMI 25-30 ( $n = 286$ ) og BMI > 30 ( $n = 89$ ). Fastende glukose (FPG) og insulin ble målt ved 15 uker (V1) og 31 uker (V3) og lipider ble målt ved 15 uker og 36 uker (V4). Analyser ble gjort ved parett og enveis ANOVA.

**Resultater.** Oppgitt som gjennomsnitt mmol/l (SD) for hver gruppe. Høyere BMI ved V1 ga høyere konsentrasjonen av glukose/insulin og alle lipider unntatt HDL; FPG 3.92(0.4), 4.07(0.4), 4.24(0.4), insulin (median) 23.0, 33.0, 49.5, total kolesterol 4.85(0.9), 4.99(0.8), 5.14(1.0), LDL 2.49(0.8), 2.66(0.7), 2.88(0.8) og triglyserider 1.10(0.4), 1.28(0.5), 1.57(0.5). HDL; 1.86(0.4), 1.75(0.4), 1.55(0.4). Alle konsentrasjoner unntatt HDL økte signifikant fra V1 til V3/V4; FPG 0.09 (0.4), 0.17(0.5), 0.23(0.5), insulin 10.0, 19.0, 20.5, total kolesterol 1.95(1.0), 1.66(1.0), 1.28(1.0), LDL 1.44(0.9), 1.13(0.9), 0.73(0.8) og triglyserider 1.29(0.6), 1.35(0.7), 1.23(0.8). HDL; -0.07(0.3), -0.08(0.4), -0.006(). Økt BMI ga større longitudinelle endringer for glukose og insulin ( $p < 0.05$ ), mindre endringer i total kolesterol og LDL ( $p < 0.05$ ) og ingen endring for HDL og triglyserider (ns).

**Konklusjon.** Økt BMI gir økte konsentrasjoner av glukose, insulin og lipider i tidlig svangerskap, men ulik effekt på longitudinelle endringer gjennom svangerskapet. Overvektige gravide har større endringer i glukosemetabolismen, men mindre uttalte endringer i lipidmetabolismen enn normalvektige gravide.

# FRIE FOREDRAG • NR. 3

## TRANSLATION AND VALIDATION OF CONDITION-SPECIFIC QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRES FOR WOMEN WITH PELVIC ORGAN PROLAPSE IN THE NORWEGIAN CONTEXT

Teig C<sup>1</sup>, Martini A<sup>2</sup>, Grotle M<sup>3</sup>, Cvancarova S M<sup>4</sup>, Øresland T<sup>5</sup>, Kjollesdal M<sup>6</sup>, Saga S<sup>7</sup>, Ellström E M<sup>8</sup>

<sup>1,4,8</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus Universitetssykehus; <sup>2</sup>University of Western Australia, Centre for Health Services Research, School of Population Health; <sup>3</sup>Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Health Sciences, Department of Physiotherapy and FORMI, Clinic for surgery and neurology, Oslo University Hospital, Norway; <sup>5</sup>Clinic for Surgical Sciences, University of Oslo, Akerhus University Hospital; <sup>6</sup>Drammens Gynekologen; <sup>7</sup>Sør-Trøndelag University College, Faculty of Health and Social Science, Department of Nursing Science.

**Background.** Today, no validated questionnaire exists in Norwegian assessing symptom severity and impact of women's pelvic organ prolapse (POP). The objective of this study was to translate and validate the self-administrated condition-specific Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) and Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) in a Norwegian context.

**Method.** Translation and cross-cultural adaptation of the PFDI-20 and PFIQ-7 was completed using modified EORTC guidelines. Subsequently, 204 women referred to Akershus University Hospital with POP and Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) grade 1-4 completed the questionnaires at baseline and 49 of the 204 after 1-2 weeks. Test-retest reliability was tested by Intraclass Correlation Coefficients (ICC) and Smallest Detectable Change (SDC), internal consistency reliability by Cronbach's alpha, and construct validity by a priori formulated hypotheses. Content validity was assessed by floor and ceilings effects and missing items.

**Results.** ICC values for summary and subscales for the PFDI-20 and PFIQ-7 ranged from 0.85 to 0.94. SDC at the individual level constituted 6%-10% of total scores for PFDI-20 and PFIQ-7. Internal consistency was 0.66-0.93. Construct validity was adequate with 75% of a priori hypotheses confirmed. No floor and ceiling effects were found in PFDI-20 and PFIQ-7 summary scores and missing data was 0.82-1.59%, respectively.

**Conclusion.** The Norwegian PFDI-20 and PFIQ-7 questionnaires indicate adequate test-retest reliability, internal consistency, content and construct validity. The questionnaires are adequate and robust tools to assess symptom severity and impact on women with POP in both clinical and research settings. Testing for responsiveness is ongoing and will be published shortly.

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

Ellström Engh M<sup>1</sup>, Altman D<sup>2</sup>, Mikkola TS<sup>3</sup>, Möller Bek K<sup>4</sup>, Rahkola-Soisalo P<sup>5</sup>, Gunnarsson J<sup>6</sup>, Falconer C<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Akershus universitetssykehus, Norge, <sup>2</sup>Danderyd sjukhus Sverige, <sup>3</sup>Helsinki University Central Hospital, Finland, <sup>4</sup>Aarhus University Hospital, Denmark, <sup>5</sup>Sahlgrenska University Hospital, Sweden.

**Bakgrunn.** Nåværende trender for bruk av nett ved vaginalplastikker har hatt fokus på å forenkle prosedyren og minske mengden nett. Man har og hatt større fokus på å forankre øvre delen av skjeden ved fremfall av uterus og fremre skjedevegg. Vi har tidligere funnet akseptabel perioperativ morbiditet ved bruk av et transvaginalt nett med disse egenskapene (Uphold™ LITE). Nettet blir fiksert i sakrospinosusligamenten med bruk av en suturapplikator. Vi presenterer nå objektive og subjektive resultater et år etter operasjon ved bruk av den nye operasjonsmetoden.

**Metode.** Nordiske prospektive multisenter (n= 24) kohort studie. 207 kvinner med symptomgivende apikalt fremfall ≥ stadium 2 (POP-Q) med eller uten cystocele ble inkludert. Objektive resultater ble evaluert med POP-Q systemet og subjektive resultater med

en norsk versjon av Pelvic Floor Distress Inventory spørreskjema et år etter operasjon.

**Resultater.** 164 kvinner ble undersøkt ett år etter operasjon. Anatomisk godt resultat (POP-Q stage ≤ 1 ) fant man hos 94 % av kvinnene (p < 0.001). Subjektiv symptom lettelse rapporteres av 91 % av kvinnene (p < 0.001). De var to operasjoner (1 %) med fjerning av nett på smerteindikasjon. Fire kvinner (2 %) ble reoperert med revisjon eller fjerning av nett grunnet erosjon. To pasienter (1.0 %) trengte ny operasjon for rektocoele.

**Konklusjon.** Den nye operasjonsmetoden, med fiksasjon av to armer gjennom sakrospinosusligamentene og med mindre mengde nett, gir et godt objektive og subjektive resultat men har lignende komplikasjonsprofil som de tidligere brukte vaginale nettene.

## ER SEKSUELL AKTIVITET HOS KVINNER RELATERT TIL SYMPTOMER OG TEGN PÅ DESCENS OG INKONTINENS?

Voløyhaug I<sup>1,2</sup>, Mørkved S<sup>3,4</sup>, Salvesen KÅ<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, St.Olavs Hospital, Trondheim, <sup>2</sup>Institutt for Laboratoriemedisin, Barne og Kvinnesykdommer, NTNU, Trondheim, <sup>3</sup>Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim, <sup>4</sup>Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs Hospital, Trondheim, <sup>5</sup>Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim

**Bakgrunn.** Forekomsten av inkontinens og descens er høy blant kvinner som har født barn, og mange oppgir at dette har innvirkning på seksuallivet. Vi ville undersøke om kvinner som unngår seksuell aktivitet grunnet underlivsplager har mer symptomer på inkontinens og descens enn seksuelt aktive kvinner, og om kvinner som unngår sex har større forekomst av klinisk relevant descens.

**Metode.** I 2013 sendte vi ut spørreskjema til 3115 kvinner som var førstegangsfødende på St. Olavs Hospital i perioden 1990-1997. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål fra pelvic floor distress inventory (PFDI-20) med spørsmål om symptomer på urininkontinens (UDI), analinkontinens (CRADI) og urogenitaldescens (POPDI) for beregning av symptomscore fra 0-100. Kvinnene ble også spurt om de unngikk sex grunnet symptomer fra underlivet. 816 kvinner ble innkalt til klinisk undersøkelse, der descens grad ≥2 i ett eller flere compartment ble definert som klinisk relevant.

**Resultater.** 1641/3115 (53%) kvinner svarte på spørreskjemaet. 21 kvinner unngikk sex grunnet underlivsplager, og hadde signifikant høyere symptomscore for urininkontinens (mean UDI= 38.8, SD 16.8 vs 10.2, SD 14.1), analinkontinens (mean CRADI= 36.6, SD 21.8 vs 11.3, SD 14.5) og urogenitaldescens (mean POPDI=10.9, SD10.4, vs 2.4, SD 5.7), p<0.001 (Mann Whitney U-test). Vi undersøkte 608/816 (72%) kvinner og fant at 274/608 (45%) hadde descens grad ≥2. Like mange kvinne unngikk sex enten de hadde descens grad ≥2 eller ikke (4/274 vs 5/330), p=1 (Fishers Exact test).

**Konklusjon.** Kvinner som unngikk sex grunnet underlivsplager hadde høyere symptomscore for urin-, analinkontinens og descens, men de hadde ikke mer descens grad ≥2 enn seksuelt aktive.

## VIDEOPRESENTASJON: HERLYN- WERNER- WUNDERLICH SYNDROM

Bohlin, T., Putz, A

Kvinneklinikken, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

**Bakgrunn.** Herlyn- Werner- Wunderlich Syndrom (HWWS) er en svært sjelden genital misdannelse som omfatter triaden: uterus didelphys, obstruert hemivagina og ipsilateral renal agenesi. Det oppstår ved en malfusjon i både Mulleriske og Wolfiske ganger. Det er ikke tidligere beskrevet tilfeller av dette i norsk litteratur ved litteratursøk. Insidensen av syndromet er rapportert fra noen hundre tilfeller på verdensbasis til 0.1- 3.8%. Komplikasjoner dersom tilstanden forblir ubehandlet inkluderer smerter, endometriose og infertilitet.

**Metode.** I løpet av de siste 6 månedene har vi diagnostisert to tilfeller av HWSS ved Kvinneklivnikken SIV Tønsberg. Kasus 1: Presentasjon av MR og videopptak fra kombinert laparoskopisk og vaginal kirurgi med drenasje av hemivagina og diagnostisering av endometriose, samt planlagte Second Look laparoskopi. Kasus 2: Presentasjon av MR og operative funn, utfall av graviditet og forløsning.

**Resultater.** Kasus 1: 18 år gammel jente som presenterte med 3 uker abdominal smerter og palpabel abdominal tumor, påvist HWWS. Kasus 2: 25 år gammel jente - påvist HWWS i graviditet.

**Konklusjon.** Ved smerter i forbindelse med uklare oppfylninger i bekkenet hos unge jenter (<20 år) må man mistenke genitale misdannelser og ha lav terskel for utredning med vaginal ultralyd og MR. Ved påviste urologiske eller genitale misdannelser bør hele det urogenitale systemet utredes. Ved økt bruk av MR kan det bli enklere å kartlegge insidensen og diagnostisere HWSS. Gynekologer i Norge bør være bevisste på genitale misdannelser som differensialdiagnose hos alle jenter slik at disse får optimal behandling og unngår unødvendige komplikasjoner.

## ANDROGENER OG CERVIXLENGDE HOS GRAVIDE KVINNER MED POLYCYSTISK OVARIAL SYNDROM.

Løvrik T<sup>1,2</sup>, Stridsklev S<sup>1,2</sup>, Carlsen SM<sup>3,4</sup>, Salvesen O<sup>3</sup>, Vanky E<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital, Trondheim, <sup>2</sup>Institutt for Laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU, Trondheim, <sup>3</sup>Enhet for anvendt klinisk forskning, Institutt for cancer forskning og molekylær medisin, NTNU, <sup>4</sup>Avdeling for endokrinologi, St. Olavs hospital, Trondheim

**Bakgrunn.** Kvinner med polycystisk ovarial syndrom (PCOS) har høyere risiko for for tidlig fødsel. Forkortning av livmorhalsen er et forutgående tegn på tidlig fødsel.

Målet med denne studien var å undersøke en mulig effekt av metformin på cervixlengde, og å undersøke hvorvidt androgennivåer korreler med cervixlengden i PCOS svangerskap.

**Metode.** Studien er en sub-studie av en RCT hvor man sammenliknet 2000 mg metformin daglig med placebo fra første trimester til fødsel. Vi sammenliknet cervixlengden og androgennivåene i henholdsvis metformin- og placebo-gruppen, hos totalt 261 kvinner i gestasjonsuke 19 og 32. Vi undersøkte og korrelasjoner mellom cervixlengde og androgennivåer.

**Resultater.** Vi fant ingen forskjell i cervixlengde mellom metformin og placebo gruppen hverken i gestasjonsuke 19 eller 32. Det var ingen assosiasjon mellom androgennivå og cervixlengde i uke 19. I gestasjonsuke 32 viste androstendion ( $p=0.02$ ) og DHEAS ( $p=0.03$ ) en tendens til negativ korrelasjon med cervixlengde. Androstendion korrelerte positivt med endringen i cervixlengde ( $\Delta$ -cervix) fra uke 19 til 32 ( $p=0.003$ ). Testosteron ( $p=0.03$ ), DHEAS ( $p=0.02$ ) og FTI ( $p=0.03$ ) viste en lignende tendens når man justerte for confoundere.

**Konklusjon.** Metformin gitt i svangerskapet synes ikke å påvirke cervixlengden hos kvinner med PCOS. Høye maternelle androgennivåer korrelerte til forkortning av cervix fra andre til tredje trimester i svangerskapet. Dette kan tolkes som et tegn på modning av cervix.

## BLOOD, BIRTHING AND BODY FLUIDS: DELIVERING AND STAYING ALIVE IN AN EBOLA MANAGEMENT CENTRE

Séverine Caluwaerts<sup>1</sup>, Daphne Lagrou<sup>1</sup>, Patricia Lledo<sup>2</sup>, Benjamin Black<sup>1</sup>, Tom Decroo<sup>1</sup>, Alseny Modet Camara<sup>3</sup>, Michel Van Herp<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médecins Sans Frontières (MSF), Brussels-Belgium, <sup>2</sup>Médecins Sans Frontières (MSF), Barcelona-Spain, <sup>3</sup>Médecins Sans Frontières (MSF), Conakry-Guinea

\*severine.caluwaerts@brussels.msf.org

**Background.** Data on pregnancy complicated by Zaire-strain Ebola virus disease (EVD) are scarce. Maternal mortality with EVD is usually around 90%, foetal/neonatal mortality of transplacental infection is 100%. Suspected/confirmed EVD in pregnancy poses practical and ethical challenges. We aimed to describe the pregnant EVD survivors, the EVD/pregnancy management protocol used during the 2014/2015 West Africa epidemic, and the foetal/neonatal outcome of transplacental EVD infection.

**Methods.** We analysed routine programme data from 8SF Ebola Management Centers (EMCs) in Guinea, Sierra Leone, and Liberia from 1/04/2014 until 1/06/2015. EMC teams were asked to systematically report on any pregnant EVD cases admitted. This retrospective review of programmatic data met the MSF Ethics Review Board criteria.

**Results.** Pregnant patients EMCs were managed according to an adapted obstetric protocol. Initially, the main emphasis was on the protection of health-care workers and avoidance of invasive procedures. This protocol was later modified: oral rather than intravenous drug management was introduced and the possibility of blood transfusion and MgSO<sub>4</sub> for eclampsia was added. At the 1st of June 2015 33 patients had survived EVD during pregnancy. Few first trimester pregnancies (9/33); the remainder were divided between second and third trimester. All foetuses were stillborn, apart from one neonatal death. No health-care workers became infected. EVD testing of amniotic fluid/placenta after delivery was done by PCR in 15 patients: all were positive (cycle threshold [CT] <30 ++), even after maternal blood EVD PCR had become negative.

**Conclusions.** This is the largest case series of pregnant EVD survivors reported. A survival rate is unknown; this can only be reported if pregnancy tests are done systematically at admission. Foetal mortality was 100%. First-trimester pregnancies were underreported. Amniotic fluid EVD-PCR remained EVD-positive after cure of the patient, which has possible implications for the infectivity of cured pregnant women.

## FOREKOMST AV ANALSFINKTERRUPTUR HOS FØRSTEGANGSFØDENDE ETTER OPERATIV VAGINALFORLØSNING OG RISIKO FOR ANAL INKONTINENS 16-23 ÅR ETTER.

Halle, T<sup>1,2</sup>, Salvesen, KÅ<sup>1,3</sup>, Volloyhaug, I<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. <sup>2</sup>Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim <sup>3</sup>Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim.

**Bakgrunn.** Analsfinkterruptur har vært et økende problem de siste tiår. Operativ vaginalforløsning er en risikofaktor, og noen mener tang øker risikoen i forhold til vakuu. Vi ville sammenligne insidensen av analsfinkterruptur ved spontane og operative vaginale forløsninger, og spesielt undersøke forskjell mellom vakuu- og tangforløste kvinner. Vi ville også undersøke forekomst av analinkontinens 16-23 år senere, i relasjon til analsfinkterruptur ved første fødsel.

**Metode.** Tverrsnittstudie av 8137 kvinner som fødte sitt første barn ved St. Olavs Hospital i perioden 1990-97, da frekvensen av tang og vakuu var lik. I 2013 besvarte 1122 av kvinnene et spørreskjema med Colorectal-Anal Distress Inventory (CRADI-score) som mål på analinkontinens. Utkomstvariabler var insidens og odds ratio for analsfinkterruptur relatert til forløsningsmetode, og forskjell i mean CRADI-score relatert til analsfinkterruptur.

**Resultater.** Insidens av analsfinkterruptur var 2% (140/6815) ved spontane forløsninger, 10% (75/717) ved tangforløsning, og 9% (55/605) ved vakuuforløsning. Justert odds ratio (aOR) for analsfinkterruptur var 5.01 (95% CI: 3.85, 6.51) for operativ vaginalforløsning sammenliknet med spontan vaginalforløsning. Det var ingen forskjell mellom tang og vakuu (aOR 1.15, 95% CI: 0.79, 1.67), men tang var assosiert med høyere risiko for perinealrift grad 4 sammenliknet med vakuu (aOR 5.08, 95% CI: 1.47, 17.49). Kvinner med sfinkterruptur (n=66) hadde høyere CRADI-score (Mean 17.5, SD 19.1) enn kvinner uten sfinkterruptur (n=1056) (Mean 11.4, SD 14.3),  $p<0.01$ .

**Konklusjon.** Operativ vaginalforløsning var assosiert med økt risiko for analsfinkterruptur. Tangforløsning hadde høyere risiko for perinealrift grad 4 sammenliknet med vakuuforløsning. Analsfinkterruptur ved første fødsel var assosiert med høyere CRADI-score 16-23 år etter.

## INTRAUTERIN FOSTERDØD OG RISIKO FOR SKULDERDYSTOCI

Sandra Larsen<sup>1</sup>, Joanna Dobbin<sup>1</sup> and Oliver McCallion<sup>1</sup>, Anne Eskild<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

**Bakgrunn.** Både intrauterin fosterdød (IUFD) og skulderdystoci er sjeldne, men alvorlige hendelser. Vi har undersøkt om IUFD øker risikoen for skulderdystoci. Vi har også studert om IUFD i svangerskap med skulderdystoci er assosiert med høyere risiko for maternelle komplikasjoner: analsfinkterruptur og postpartumbldning >500ml.

**Metode.** Vi brukte Medisinsk fødselsregister og inkluderte alle vaginale enlingfødsler i hodepresentasjon i perioden 1967-2012 (n=2 209 027). Risikoen for skulderdystoci og maternelle komplikasjoner ble estimert som absolutt risiko (%) og odds ratio (OR) med 95 % konfidensintervall (KI). Vi gjorde subanalyser av fødselsvektskategorier (<4000 gram og ≥4000 gram) og av svangerskap med maternell diabetes.

**Resultater.** Skulderdystoci forekom i 1,1 % av alle svangerskap med IUFD og 0,8 % av alle svangerskap uten IUFD (p <0,0001). I svangerskap med fødselsvekt ≥4000 gram, forekom skulderdystoci i 14,6 % av alle svangerskap med IUFD sammenlignet med 2,8 % i svangerskap uten IUFD (p <0,001), crude OR 5,94 (95 % KI 4,47-7,89). I svangerskap med fødselsvekt ≥4000 gram og maternell diabetes, forekom skulderdystoci i 57,1 % av alle svangerskap med IUFD sammenlignet med 12,5 % av alle svangerskap uten IUFD (p <0,001), crude OR 12,5 (95 % KI 5,87-26,6). I svangerskap med skulderdystoci var ikke IUFD assosiert med økt risiko for analsfinkterruptur eller postpartumbldning > 500ml.

**Konklusjoner.** Risikoen for skulderdystoci var svært høy i svangerskap med IUFD og høy fødselsvekt, særlig hvis mor hadde diabetes. IUFD var ikke assosiert med økt risiko for maternelle komplikasjoner i svangerskap med skulderdystoci.

## OCCIPUT POSISJON VURDERT MED ULTRALYD – KEISERSNITT ELLER VAGINAL FØDSEL?

Eggebo<sup>TM1,2</sup>, Hassan WA3, Salvesen KÅ<sup>3,4</sup>, Torkildsen EA<sup>1</sup>, Østborg TB<sup>1</sup>, Lees CC<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Stavanger universitetssjukehus; <sup>2</sup>Nasjonalt senter for fostermedisin, Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital; <sup>3</sup>Delivery Unit, Rosie Maternity Hospital, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK; <sup>4</sup>Avdelingen for obstetrik og gynekologi, Skånes universitetssjukhus, Lund, Sverige; <sup>5</sup>Centre for Fetal Care, Queen Charlottes and Chelsea Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK.

**Bakgrunn.** Ultralyd er en mer presis metode til å vurdere fosterhodets posisjon enn klinisk palpasjon, samt enklere å lære. Occiput posterior (OP) posisjon er vanlig i begynnelsen av fødselen. De fleste roterer til en occiput anterior, men OP som persisterer er assosiert med langvarige fødsler og sfinkterrupturer. En systematisk oversikt konkluderte med at fosterets posisjon i begynnelsen av fødselen har lite klinisk betydning. Hensikten med denne studien var å vurdere om ultralyd vurdert posisjon var assosiert med forløsningsmetode hos kvinner med langvarig første stadium.

**Metode.** To-senter prospektiv observasjonsstudie. Førstegangs fødende med énlinger i hodeleie, ≥ 37 svangerskapsuger, og med et langsomt forløp i stadium I. Primær målet var keisersnitt vs. vaginal fødsel, og sekundære mål var vaginal operativ forløsning, gjenværende tid for fødsel og enighet med vaginal palpasjon.

**Resultater.** Hodets posisjon kunne vurderes i 142/150 tilfeller (95%) med ultralyd. 19/50 (38%) av kvinnene med fostre i OP posisjon ble forløst med keisersnitt vs. 16/92 (17%) av kvinnene som hadde fostre som ikke var i OP posisjon (p=0,01). I en multivariabel logistisk regresjonsanalyse predikerte OP keisersnitt med OR 2,9 (95% KI 1,3-6,7; p=0,01) og fødselsinduksjon predikerte keisersnitt med OR 2,4 (95% KI 1,0-5,6; p=0,05). Fosterhodets posisjon var ikke assosiert med vaginal operativ forløsning eller med gjenværende tid av fødselen. Sammenhengen mellom palpasjon og ultralydvurdert posisjon var svak (Kappa = 0,19; p = 0,18).

**Konklusjon.** Ultralyd vurdert OP posisjon var assosiert med keisersnitt hos kvinner med langsom framgang i første stadium.

## KOMPLIKASJONER TIL INDUKSJON AV FØDSEL PÅ INDIKASJON FØDSELSANGST

Salvadores-Hansen T<sup>1</sup>, Ivarson D<sup>2</sup>, Sande RK<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssjukehus, Stavanger; <sup>2</sup>Faculty of Medical Sciences, University of Groningen.

**Bakgrunn.** Fødselsangst var indikasjon for 7,6 % av alle sectio i Norge i første halvdel av 1999, og 9,5 % av alle sectio i Stavanger i første halvdel av 2015. Årsakene til fødselsangst er komplekse, og for noen kvinner er behovet for kontroll og forutsigbarhet sentralt. Vi har i flere år tilbudt induksjon før termin som et alternativ til sectio for disse kvinnene. Komplikasjoner knyttet til induksjon av fødsel på indikasjon fødselsangst er ikke tidligere kartlagt. Tidligere studier har indikert en betydelig komplikasjonsrate ved induksjon av fødsel på somatisk indikasjon, men det er uklart om dette skyldes induksjonen eller indikasjonen.

**Metode.** Etter en styrkeberegning og i henhold til en REK-godkjent protokoll hentet vi ut data fra fødsler ved Stavanger Universitetssjukehus i perioden 2009-2013, totalt 24437 fødsler. Ved hjelp av binær logistisk regresjon i SPSS sammenlignet vi induksjon på indikasjon fødselsangst, overtid og annen somatisk indikasjon med kvinner med spontan fødselsstart. Vi korrigerer for tidligere sectio og vaginale fødsler. Vi så på risiko for akutt sectio, 5-minutt apgarscore under 7, operativ forløsning, skulderdystoci, atoni, abruptio, perinealruptur grad 3 og truende intrauterin asfyksi.

**Resultater.** Vi fant signifikant økt risiko for akutt sectio, operativ vaginal forløsning, atoni og truende asfyksi for gruppen som ble indusert på indikasjon fødselsangst. Risikøkningen var sammenlignbar med gruppene som ble indusert på annen indikasjon.

**Konklusjon.** Induksjon av fødsel på indikasjonen fødselsangst gir økt risiko for komplikasjoner på nivå med induksjon av fødsel på annen indikasjon, og bør forbeholdes de tilfeller det er et reelt alternativ til elektivt sectio.

## TARGETED USE OF OXYTOCIN AUGMENTATION

Rossen J<sup>1,2</sup>, Østborg TB<sup>3</sup>, Lindtjorn E<sup>3</sup>, Schulz J<sup>4</sup>, Eggebo TM<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Sorlandet Hospital HF, Kristiansand, Norway; <sup>2</sup>Norwegian University of Science and Technology; <sup>3</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital, Norway; <sup>4</sup>Department of Clinical Science, University of Stavanger, Stavanger Norway; <sup>5</sup>National Center for Fetal Medicine, St.Olavs Hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norway

**Introduction.** To investigate if a protocol with targeted use of oxytocin augmentation would change the use of oxytocin and eventually influence labour and fetal outcomes.

**Materials and method.** Cohort study. The study population comprised 20 227 delivering woman with singleton pregnancies, cephalic presentation ≥37 weeks of pregnancy, spontaneous or induced onset of labour without previous cesarean section from 2009 to 2013 at Stavanger University Hospital, Norway. Data were collected prospectively. Before the protocol was implemented in 2010, oxytocin augmentation was used if progress of labour was perceived as slow. After implementation, use of oxytocin for prolonged labour could only be started when the cervical dilatation had crossed the four-hour action line in the partograph.

**Results.** The overall use of oxytocin augmentation was significantly reduced from 34.9% to 23.1% (p<0.01). The overall frequency of acute cesarean section declined from 6.9% to 5.3% (p<0.05) and the frequency of acute cesarean section performed due to fetal distress was reduced from 3.2% to 2.0% (p=0.01). The rate of women with duration of labour over 12 hours increased from 4.4% to 8.5% (p<0.01) and more women experienced severe postpartum hemorrhage, 2.6% vs. 3.7% (p=0.01). The frequency of children with pH<7.1 in the umbilical artery was reduced from 4.7% to 3.2% (p<0.01).

**Conclusions.** A reduction in the frequency of acute cesarean section was observed after an implementation of targeted use of oxytocin augmentation. Our findings might be of interest in the ongoing discussion of how balanced use of oxytocin for labour augmentation can best be achieved.

## FIT FOR FØDSEL-LIVSSTILSINTERVENSJON FØRER TIL ØKT FYSISK AKTIVITETSNIVÅ HOS FØRSTEGANGSFØDENDE

Sanda B1,2, Vistad I2, Sagedal LR2, Lohne-Seiler H1, Haakstad LAH3, Torstveit MK1

1 Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder, Kristiansand, 2 Kvinneklinikken, Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand, 3 Norges idrettshøgskole, Oslo.

**Bakgrunn.** Lavt fysisk aktivitetsnivå er en utfordring i befolkningen generelt og blant gravide spesielt. Få intervensjonsstudier har undersøkt hvordan fysisk aktivitetsnivå kan økes i svangerskap. Hensikten med denne studien var derfor å undersøke effekten av livsstilsintervensjonen i Fit For Fødsel på fysisk aktivitetsnivå i svangerskapet og første året postpartum.

**Metode.** Fit For Fødsel er en randomisert kontrollert studie hvor friske førstegangsfødende kvinner ble randomisert til en intervensjonsgruppe (n=296) eller en kontrollgruppe (n=295). Deltagerne i intervensjonsgruppen ble oppmuntret til å delta på 2 x 60 minutters gruppetreninger ukentlig og fikk kostholdsveiledning i form av to telefonsamtaler og tilgang på egen kostholdsrelatert web-side. Kontrollgruppen fulgte vanlig svangerskapsomsorg. Alle deltagerne besvarte et egenrapporteringskjema på fysisk aktivitetsnivå; International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) short form, i svangerskapsuke 16, 36, samt 6 og 12 måneder postpartum. Fysisk aktivitetsnivå ble estimert i MET (Metabolic Equivalent of Task) -min/uke. Independent-sample t-tests ble benyttet i analysene.

**Resultater.** Det var ingen forskjell i fysisk aktivitetsnivå mellom gruppene ved inklusjon i svangerskapsuke 16 (intervensjonsgruppen 1144,7 vs. kontrollgruppen 1137,0 MET-min/uke, p=0,934). Intervensjonsgruppen økte sitt aktivitetsnivå signifikant mer enn kontrollgruppen i svangerskapsuke 36 sammenlignet med inklusjonstidspunktet (454,0 vs. 92,2 MET-min/uke, p=0,005). Det ble ikke funnet signifikante forskjeller i fysisk aktivitetsnivå mellom gruppene ved 6 måneder (931,9 vs. 769,2 MET-min/uke, p=0,274) eller 12 måneder (689,0 vs. 466,5 MET-min/uke, p=0,144) postpartum sammenlignet med inklusjonstidspunktet.

**Konklusjon.** Deltagerne i Fit For Fødsel-intervensjonen hadde en signifikant økning i fysisk aktivitetsnivå i svangerskapet, men den samme effekten ble ikke funnet postpartum.

## 3 KASUS MED OGILVIE'S SYNDROM

Mikalsen H<sup>1</sup>, Opøien HK<sup>1</sup>, Häger R<sup>1</sup>, Ellström Engh M<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog. <sup>2</sup>Universitetet i Oslo.

**Bakgrunn.** Ogilvie's syndrom eller akutt pseudo-obstruksjon av colon er en sjelden, men livstruende tilstand med akutt tykktarmsdilatasjon uten mekanisk obstruksjon. Patogenesis til Ogilvie's syndrom er ikke klarlagt, men man antar det skyldes en ubalanse i det autonome nervesystemet som medfører reduksjon i tarmperistaltikk, dilatasjon av coecum og høyre colon. Dette gir risiko for nekrose og perforasjon av tarmen. Utløsende årsaker kan være infeksjon, hjertesykdom og kirurgi. Sectio er et av de hyppigste forutgående kirurgiske inngrepene relatert til syndromet. Medikamenter som forstyrrer tarmmotorikken, som opiater og anticholinergika, bidrar til utvikling av dilatasjonen.

**Metode.** I denne kasusrapporten gjennomgår vi anamneser, utredning og behandling for 3 pasienter diagnostisert med Ogilvie's syndrom etter sectio ved Akershus universitetssykehus i perioden mars 2014 til oktober 2014.

**Resultater.** Felles for alle pasientene var økt perioperativ blødning fra 900 til 3000ml. Alle debuterte med sterke magesmerter andre postoperative dag som medførte økt opiatbruk. CT/rtg-oversikt abdomen viste dilatert coecum. Gastrokirurger ble involvert på et tidlig stadium, likevel endte samtlige pasienter med høyresidig hemicolektomi og -stomi. Ingen av pasientene fikk neostigmin (Robinul-Neostigmin®) som er den best studerte behandlingen ved Ogilvie's syndrom.

**Konklusjon.** Ogilvie's syndrom er en sjelden, men svært alvorlig komplikasjon etter sectio som gynekologer bør være oppmerksom på. Det er viktig å være offensive i diagnostikk og behandling i nært samarbeid med gastrokirurger og anestesileger, samt være klar på ansvarsfordelingen.



Akershus universitetssykehus HF Auditoriet frontbygg

**Dato:**  
2.november 2015

**Seminarnavn:**  
Prevensjonsbruk i Norge – Behov for endring av praksis?

**Målgruppe:**  
Invitasjonen går til alle som har ansvar for individuell prevensjonsveiledning eller for råd om prevensjonsbruk til befolkningen; Norsk gynekologisk forening, Helsedirektoratet, Medisinernes seksualopplysning, Norsk allmennlegeforening, Klinikk for seksuell opplysning, Folkehelseinstituttet, Landsgruppen av helsesøstre og andre.

**Påmelding:**  
Påmelding med navn, tittel og arbeidssted til jody@ahus.no

**Komite:**  
Anne Eskild  
Ellen Marie Strøm-Roum  
Johanne Dypvik  
Akershus universitetssykehus HF

## Prevensjonsbruk i Norge – Behov for endring av praksis?

Program mandag 2.november

12:00-12:15 Velkommen v/Anne Eskild, Akershus universitetssykehus

Data fra Norge: Abort og prevensjon

12:15-12:30 Graviditeter hos kvinner uten lønnsarbeid ender ofte i abort. Ida Herdlevær, Akershus universitetssykehus.

12:30-12:45 Nesten førti prosent av kvinnene som tar abort, har brukt prevensjon. Julie Lid Ström, Akershus universitetssykehus

12:45-13:00 Nesten førti prosent av kvinnene som søker abort, har tatt abort før og andelen har muligens økt siden 1980-tallet. Ragnhild Therese Justad-Berg, Akershus universitetssykehus

13:00-13:20 Utvikling i bruk av reseptpliktige prevensjonsmidler i Norge 2005-2014. Kari Furu, Folkehelseinstituttet

13:20-13:40 Endring i forekomst av sterilisering i Norge. Inger Johanne Bakken, Folkehelseinstituttet

13:40-14:00 Pause med kaffe

Bivirkninger av langtidsvirkende prevensjon

14:00-14:20 Bivirkninger ved spiral. Anne Flem Jacobsen, OUS, Ullevål

14:20-14:40 Bivirkninger ved langvarig bruk av gestagener: Beinskjørhet/veksthemming? Elisabeth Krefting Bjelland, Akershus universitetssykehus/Folkehelseinstituttet

14:40-15:00 Bivirkninger ved langvarig bruk av gestagener: Nedsatt fruktbarhet/hemmet kjønnsmodning? Tom Tanbo, OUS Rikshospitalet

15:00-15:45 Diskusjon

Bør kvinner bruke prevensjon de slipper å huske på? I så fall hvilken? Bør sterilisering bli gratis for kvinner? Bør spiraler tilbys til mange flere? Kan unge kvinner bruke gestagener over flere år?

Det tas forbehold om endringer i programmet.

# POSTERE

## RESULTATER FRA NASJONALE GYNEKOLOGISKE ENDOSKOPIREGISTER I PERIODE 2013-2015

Rakovan M; Putz A; Putz AM  
Kvinnekliviken, Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg

**Bakgrunn.** Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER) er et webbasert nasjonalt medisinsk helseregister som omfatter både laparoskopier og hysteroskopier. Hensikten med et slikt register er først og fremst å forbedre kvaliteten på diagnostikk og operativ behandling av gynekologiske sykdommer. Vi vil se på forekomst av type operasjoner, komplikasjoner og hva som påvirker forløp.

**Metode.** Vi undersøkte alle fullstendig registrerte inngrep i NGER mellom oppstart feb. 2014 til mars 2015.

**Resultater.** Inntil mars 2015 har 24 gynekologiske avdelinger registrert 3333 pasienten i NGER.

Det ble gjort 2308 (69,25%) laparoskopier, 949 (28,47%) hysteroskopier og 76 (2,28%) begge type operasjoner samtidig. Derfra ble det utført 2021 (60,64%) inngrep dagkirurgisk. 60 (1,80%) operasjoner forgikk i vakttid. Videre analyser viste at det var 64 (2,77%) intraoperative komplikasjoner ved laparoskopi og 35 (3,69%) ved hysteroskopi. Ved 63 (2,73%) av alle laparoskopier måtte man konvertere til laparotomi og 39 (1,69%) pasienter ble reoperert. Frekvens av alle postoperative komplikasjoner er 12,05% (278) ved laparoskopi, 3,69% (35) ved hysteroskopi og 5,26% (4) ved begge type operasjoner samtidig. Komplikasjoner fordelt etter alvorlighetsgrad viste 219 (9,49%) lite alvorlige, hos 37 (1,60%) middels alvorlige og hos 22 (0,95%) alvorlige komplikasjoner. Det var ingen dødsfall registrert. Ved hysteroskopi fant vi hos 33 (3,48%) lite alvorlige, hos 2 (0,21%) middels alvorlige og hos ingen alvorlige komplikasjoner og ingen dødsfall.

**Konklusjon.** Resultater viser høyere antall komplikasjoner ved laparoskopi sammenlignet med publikasjoner i verden. NGER er et godt informasjonsverktøy som kan hjelpe for å forbedre kvaliteten på gynekologiske laparoskopier og hysteroskopier.

## HYSTEREKTOMI PÅ BENING INDIKASJON VED ST.OLAVS HOSPITAL- EN SAMMENLIGNING AV SEKS ÅRGANGER OVER 25 ÅR

Denstad S<sup>1</sup>, Aasen S<sup>2</sup>, Østrem A<sup>2</sup>, Bakkeheim V<sup>2</sup>, Fossum GH<sup>2</sup>, Moen M<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinnekliviken St.Olavs Hospital, Trondheim; <sup>2</sup>Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

**Bakgrunn.** Hysterektomi er en av de vanligste gynekologiske operasjonene. Operasjonsmetodene har endret seg i de siste decenni. Nye utredningsmuligheter og alternative behandlingsmetoder har tilkommet. Hensikten med denne studien er å beskrive utviklingen av hysterektomi på benign indikasjon ved St.Olavs hospital i perioden 1989 – 2014.

**Metode.** 903 pasienter som ble hysterektomert på benign indikasjon ved St.Olavs hospital i årene 1989, 1994, 1999, 2004, 2010 og 2014 er inkludert. Journalopplysninger om demografi, preoperativ utredning og behandling, operasjonsindikasjon, operasjonsmetode, operasjonstid, komplikasjoner, liggetid og sykmeldingsperiode er registrert retrospektivt.

**Resultater.** Andelen operert med laparotomi ble redusert fra 1989 til 2014 ( 97 % til 31,5 %) til fordel for vaginale og laparoskopiske inngrep. I 2014 ble 49 % av hysterektomiene utført med robotassistert laparoskopisk hysterektomi. Endometriediagnostikk ved abrasio ble redusert fra 68 % til 3,9 %, mens pipelismetoden økte til 68 % i 2014. Ultralydundersøkelse ble i 2014 utført hos 97 %. Laparoskopi har medført lengre operasjonstid, mindre blødning, kortere liggetid og sykmeldingstid.

**Konklusjon.** Operasjonsmetoden har utviklet seg fra abdominal hysterektomi mot mindre invasive metoder som vaginal hysterektomi og spesielt robotassistert laparoskopisk hysterektomi, som nå er den vanligste operasjonsmetoden. Mindre invasive inngrep er gunstig for sikkerhet og rekonvalesens.

## DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING AV UTERINE LEIOMYOSARKORMER I NORGE I PERIODEN 2000-2012

Skorstad M<sup>1</sup>, Lieng M<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Gyn/Obst avd. sykehuset i Vestfold, Tønsberg. <sup>2</sup>Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetshospital, Oslo, <sup>3</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**Bakgrunn.** Uterint leiomyosarkom (LMS) er en sjelden, men meget alvorlig kreftform. Ved sterk mistanke om LMS fjernes uterus ved laparotomi. Utredningen kan være vanskelig og LMS kan feil-diagnostiseres som benign myom. Kvinner med myomer behandles ofte med supracervical eller total hysterektomi. Laparoskopi benyttes i økende grad ved hysterektomi på grunn av myomer. Ved laparoskopisk supracervical hysterektomi benyttes morcellator for vev-ekstraksjon. Da morcellering av sarkomer er vist å kunne forverre prognosen, har man i løpet av det siste året redusert bruken av morcellator betydelig i flere land, som følge av rapporter om morcellering av sarkomer. Redusert bruk av morcellering vil overveiende sannsynlig medføre at flere kvinner med myomer behandles med laparotomi, noe som vil øke postoperativ morbiditet. Vi ønsket å undersøke i hvilken grad norske kvinner med uterine LMS har fått diagnosen før de ble operert, og om det er vært økning av morcellering av sarkomer i Norge i tråd med at laparoskopisk hysterektomi stadig er blitt mer utbredt.

**Metode.** Vi har innhentet alle data som forekommer i Kreftregisteret av kvinner diagnostisert med uterine LMS i perioden 2000 til 2012. I tillegg har vi hentet supplerende opplysninger fra kvinnenes journaler. Ut fra dette vil vi analysere raten av uidentifiserte LMS på behandlingstidspunktet, hvordan LMS har blitt diagnostisert og hvilken primærbehandling kvinnene med LMS fikk.

**Resultater.** 212 kvinner er diagnostisert med LMS i tidsrommet 2000-2012. Bearbeidingen av materialet pågår og vi forventer å ferdigstille analysene i god tid slik at resultatene kan presenteres på NGF sitt årsmøte.

**Konklusjon.** Vil bli presentert.

## VIDEOPRESENTASJON: SIV`S STANDARDMETODE FOR TOTAL LAPAROSKOPISK HYSTEREKTOMI

Skroppa S, Putz A

Kvinnekliviken, SIV Tønsberg

**Bakgrunn.** Hysterektomi er et av de hyppigste gynekologiske inngrepene i Norge, og kan medføre alvorlige komplikasjoner. For KVI ved SIV Tønsberg var det viktig å finne en standardisert operasjonsmetode som er minimal invasiv, gir få komplikasjoner og rask rekonvalesens. Kan forbedret utstyr og standardisert operasjonsprosedyre ved laparoskopisk hysterektomi (TLH) føre til en tryggere operasjon med færre komplikasjoner?

**Metode.** Vi har valgt TLH som vår standardmetode for hysterektomi, og vi har utarbeidet en standardisert prosedyre for inngrepet. Vi bruker 30 graders HD-kamera. Uterusmanipulatoren SecuFix fra Wolf har en elastisk silikonkopp med LED-gjennomlysning som presenterer og definerer vaginale fornix svært godt når vi fripreparerer blæren og utfører kolpotomien. Silikonkoppen opprettholder i tillegg pneumoperitoneum etter åpning av vagina. Thunderbeat brukes til disseksjon og til å sette av uterus fra vaginaltoppen. Vaginaltoppen sutureres med V-loc-sutur.

**Resultater.** Det er utført 123 TLH ved vår avdeling fra januar 2014 til juni 2015. Vi har i denne perioden totalt hatt 8,1% komplikasjoner sammenliknet med 20,6% nasjonalt. Peroperativt har vi kun hatt en (0,8%) skade (hull i blæren) som ble reparert under primær-operasjonen (3,6% nasjonalt). Postoperativt har vi hatt 6 (4,9%) moderat alvorlige (hematom, abscesser på vaginaltoppen og dehiscens) og 3 (2,4%) mindre alvorlige skader (sårinfeksjon, urinveisinfeksjon). Vi har ikke hatt noen ureter- eller tarmskader, eller andre alvorlige komplikasjoner (1,2% nasjonalt).

**Konklusjon.** Standardisert operasjonsprosedyre for TLH sammen med forbedret utstyr gir en raskere og tryggere operasjon som medfører færre komplikasjoner.

## MEDISINSK TEAMTRENING I OPERATIV GYNEKOLOGI

Putz, A, Bohlin, T, Skroppa, S  
Kvinnekliviken, Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg

**Bakgrunn.** Arbeid på operasjonsstuen innebærer en høy risiko for komplikasjoner og det er meget viktig å redusere risikoen ved operasjoner mest mulig. Ca. 234.000.000 operasjoner på verdensbasis fører til 3-16% alvorlige komplikasjoner i industrialiserte land. Gjennomsnittlig finnes 0,4-0,8% peroperativ dødsfall i verden. Per- og postoperative komplikasjoner er dyrt for samfunnet. I Norge var erstatningsutbetalinger i NPE som gjelder gynekologiske inngrep tilknyttet vedtak fra 2004 til 2013 totalt kr. 79.463.281. Luftfartverket har satt i gang risikoreduserende tiltak som førte til en signifikant forbedring av sikkerheten. Kan vi bruke erfaringer fra Luftfartverket for å redusere operasjonsrisikoen?

**Metode.** Vi overførte erfaringer fra Luftfartverket med risikoforbedrende tiltak til operasjonsstuen. Sykehuset i Vestfold hadde allerede før innført sjekklister for trygg kirurgi som standard ved alle inngrep. I mars 2015 gjennomgikk fire operasjonsteam et definert scenario (akutt blødning ved gynekologisk laparoskopi).

**Resultater.** Mange problemstillinger ble oppdaget. Hovedutfordring var kommunikasjonsfeil som mangel av ”closed loop” kommunikasjon, ikke presis informasjon, og målpersonen var upassende. Gjennomsnittlig observasjonstid var 4:32 min. Gjennomsnittlig antall kommunikasjonsfeil var 12.

**Konklusjon.** Kommunikasjonsfeil kan føre til uønskede hendelser. Derfor har vi satt i gang en rekke risikoreduserende tiltak. Operasjonsenheten fikk en felles opplæring angående kommunikasjon i krisesituasjoner. Det blir utarbeidet en felles retningslinje ”Akutt blødning ved gynekologiske inngrep”. Videre er det innført en sjekkliste ”trygg laparoskopi” og retningslinjer for standard-operasjoner og –situasjoner. Ledelsen var enige å innføre medisinsk teamtrening som et viktig, regelmessig tiltak på sykehuset. Medisinsk teamtrening gir et trygt miljø på operasjonstuen og hjelper til å redusere uønskede hendelser.

## ERNÆRING VIA VENTRIKKELSONDE VED HYPEREMESIS GRAVIDARUM, EN PILOTSTUDIE

Charlotte Nilsen<sup>1</sup>, Mona Lunestad<sup>1</sup>, Ingeborg Bøe-Engelsen<sup>1</sup>, Ragnhild Sekse<sup>1</sup>, Jone Trovik<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>KK, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen. <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin 2, Universitetet i Bergen

**Bakgrunn.** Hyperemesis gravidarum rammer 1 % av svangerskap og affiserte kvinner utsettes for en betydelig ernæringsmessig risiko. Vår avdeling har lang erfaring med jejunalsonde for enteral ernæring. Disse gir ikke kateterrelaterte komplikasjoner som sepsis eller trombose men må posisjoneres via gastroskopi. Vi vil beskrive våre initiale resultat av ernæring med ventrikkelsonde nedlagt av postpsykepleier hos pasienter med hyperemesis gravidarum.

**Metode.** Retrospektiv kohortstudie av hyperemesis gravidarum pasienter behandlet med nasogastrisk sondeernæring på KK, Haukeland Universitetssjukehus september 2014 - august 2015.

**Resultater.** Av 71 kvinner med hyperemesis gravidarum fikk 65 kun væske-/elektrolytt- eller ernæringstilskudd via perifer veneffon mens 6 fikk enteral sondeernæring. Ingen trengte total parenteral ernæring. Sonden (Freka, 8French, 80cm, Fresenius Kabi, Chesire, UK) ble fuktet med vann, introdusert gjennom nesen og dyttet forsiktig ned mens pasienten svelgte. Korrekt posisjon ble bekreftet med å infundere luft og auskultere over ventrikkelen. Sondeernæring ble oppstartet umiddelbart med Fresubin (Fresenius Kabi) 20ml/time økende med 20ml/time hver 6. time til maksimalt 80ml/time. Kvinnen kunne utskrives når hun håndterte utstyret selv. Sonden lot seg vellykket plassere hos alle pasienter og ble beholdt i gjennomsnittlig 3,25 døgn (fra 6 timer til 9 døgn). To kvinner fikk nedlagt sonde to ganger; en pga tett sonde, den andre pga at hun kastet opp tuben. To pasienter kontinuerte sondeernæring etter utskrivelse i 1 og 17 døgn respektivt.

**Konklusjon.** Enteral ernæring ved hyperemesis lar seg gjennomføre med ventrikkelsonde posisjonert av postpsykepleier.

Større studier er nødvendige for å sammenlikne pasienttilfredsstillelse, svangerskapsutfall og økonomiske aspekter mellom ventrikkel- og jejunalsondeernæring.

## VALIDITY OF THE REGISTRATION OF OPERATIVE VAGINAL DELIVERIES IN THE MEDICAL BIRTH REGISTRY OF NORWAY

Baghestan E<sup>1,2</sup>, Stenhjem JA<sup>2</sup>, Caspersen TM<sup>2</sup>, Rasmussen S<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway; <sup>2</sup>Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, Norway.  
\* Co-second authors

**Objective.** To evaluate the validity of the registration of variables related to operative vaginal deliveries in the Medical Birth Registry of Norway (MBRN).

**Methods.** The doctors at Haukeland university hospital registered variables related to operative vaginal deliveries and vaginal breech deliveries in the period 1 April 2011 to 31 December 2012. The registration of 1098 in the hospital record was compared to the registration in MBRN. The main outcome measures were sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), Negative predictive value (NPV).

**Results.** Sensitivity, specificity, PPV and NPV for registration of vaginal breech deliveries in MBRN were 95.5%, 99.7%, 98.1%, and 99.2%, respectively. The sensitivity, specificity, PPV and NPV for registered vaginal forceps- and vacuum assisted deliveries in MBRN were respectively 95.1 %, 94.6%, 95.2%, 95.3% and 92.3%, 99.6%, 99.5%, 93.2%. The sensitivity, specificity, PPV and NPV for registered obstetric anal sphincter injuries (OASIS) in MBRN were 94.6%, 99.9%, 98.6% and 99.7%, respectively. The sensitivity, specificity, PPV and NPV for registered episiotomies performed in operative vaginal deliveries in MBRN database were correspondingly 95.8%, 77.1%, 94.1%, and 82.5%. The sensitivity, specificity, PPV and NPV registered shoulder dystocia in vaginal instrumental deliveries were 46.4%, 98.7%, 74.4% and 95.9%, respectively.

**Conclusions.** The precision of the MBRN registration of vaginal breech deliveries, forceps and vacuum deliveries and OASIS was high. The accuracy of the MBRN registration of episiotomy and shoulder dystocia in operative vaginal deliveries was lower and needs to be improved.

## ER TRENING UNDER SVANGERSKAPET ASSOSIERT MED PLACENTAVEKT?

Hilde G<sup>1</sup>, Bjelland EK<sup>2,3</sup>, Owe KM<sup>4,3</sup>, Bø K<sup>3</sup>, Eskild A<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup>Kvinnekliviken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog; <sup>2</sup>Avdeling for helsetjenesteforskning, Akershus universitetssykehus, Lørenskog; <sup>3</sup>Avdeling for psykosomatikk og helseatferd, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo; <sup>4</sup>Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, Oslo; <sup>5</sup>Seksjon for idrettsmedisinske fag, Norges idrettshøgskole, Oslo; <sup>6</sup>Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

**Bakgrunn.** Placenta og foster trenger oksygentilførsel fra morens sirkulasjonssystem for vekst og utvikling. Under fysisk aktivitet og trening øker blodstrømmen til skjelettmuskulaturen, noe som kan påvirke blodstrømmen til placentaen og dermed placentavekst.

Vi studerte om mors treningsfrekvens under svangerskapet er assosiert med placentavekt og med placentavekt/fødselsvekt ratio.

**Metode.** Prospektiv studie av 80515 enlingsvangerskap i Den norske mor og barn-undersøkelsen. Spørreskjemadata om treningsfrekvens ble innhentet i graviditetsuke 17 og 30, placentavekt og fødselsvekt ble hentet fra Medisinsk fødselsregister. Ujusterte og justerte assosiasjoner mellom treningsfrekvens, placentavekt og placentavekt/fødselsvekt ratio ble beregnet med lineær regresjonsanalyse.

**Resultater.** Av de 80515 gravide, rapporterte 22.4% at de ikke trente i uke 17, og 32.7% trente ikke i uke 30. Andelen som trente  $\geq$  6 ganger ukentlig var 5.0% og 2.9% henholdsvis i uke 17 og 30. Ujustert placentavekt avtok med økende treningsfrekvens. Gjennomsnittlig placenta-vekt var 686.1 gram (Standard deviasjon (SD) 189.7) hos ikke-trenende, og 667.3 gram (SD 182.0) hos gravide som trente  $\geq$  6 ganger ukentlig i uke 17. Tilsvarende var gjennomsnittlig placentavekt 684.9 gram (SD 187.5) hos ikke-trenende, og 661.6 gram (SD 152.1) hos de som trente  $\geq$  6 ganger ukentlig i uke 30. Etter justering for paritet og kroppsmasseindeks før graviditet, fant vi ingen signifikant sammenheng mellom treningsfrekvens og placentavekt, og heller ikke med placentavekt/fødselsvekt ratio.

**Konklusjon.** Frekvens av trening under svangerskapet var ikke assosiert med placentavekt eller placentavekt/fødselsvekt ratio.

Derimot var lav paritet og lav kroppsmasseindeks knyttet til høyere treningsfrekvens og lavere placentavekt.

## RISK FACTORS FOR COMPLETE UTERINE RUPTURE AFTER TRIAL OF LABOR IN SCARRED UTERUS

Iqbal Al-Zirqi<sup>1,2</sup>, Lisa Forsen<sup>1,3</sup>, Anne Kjersti Daltveit<sup>4,5</sup>, Siri Vangen<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Norwegian National Advisory Unit on Women's Health, Oslo, Norway. <sup>2</sup>Women and Children's Division Rikshospitalet, Oslo University Hospital, Oslo, Norway.

<sup>3</sup>Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway. <sup>4</sup>Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Bergen, Norway. <sup>5</sup>Medical Birth Registry of Norway, Norwegian Institute of Public Health, Bergen, Norway

**Introduction.** Uterine rupture is rare, but known to increase in scarred uteri. Complete rupture is the rarest type, defined as tearing of all layers of uterine wall and is associated with catastrophic maternal and neonatal outcome. As cesarean section (CS) is increasing worldwide, uterine rupture is expected to increase.

**Aims.** The aim of this study was to identify the risk factors for complete uterine rupture in scarred uteri, through studying a validated sample of mothers after trial of labor (TOL) in the period 1967-2008 in Norway.

**Methods.** This was a retrospective population based study, using the Medical Birth Registry of Norway and Patient Administration System. All records with uterine ruptures were studied, and information validated.

Population: 57859 mothers with scarred uteri having TOL.

Main Outcome Measure: Complete uterine rupture

Explanatory variables: Demographic, pregnancy and labor risk factors.

A multivariable logistic regression was used to measure the adjusted odds ratios AORs with 95% confidence intervals (CI).

**Results.** There were 122 complete ruptures after TOL (22.1/10 000). Adjusted OR with 95% CI for risk factors for ruptures were: maternal age  $\geq 35$  (1.5; 1.1-2.3), Mothers from non-Western origin versus European (2.2; 1.4-3.6), Previous miscarriages (4.9; 3.4-7.4), Antepartum fetal death (6.8;2-22.9), Birth weight  $\geq 4000$  gm (2.0; 1.3-2.9), Gestational age  $\geq 41$  weeks versus 37-40 weeks (1.6; 1.1-2.2), Induced labor (2.2; 1.5-3.2); Induction methods versus spontaneous labor: Prostaglandins (2.8; 1.6-4.6), Oxytocin (2.7; 1.4-4.9), Combination Prostaglandins/Oxytocin (18.5 (9.9-34.2), mechanical induction (0.3; 0.07-1.2), Augmentation of labor with oxytocin (4.5; 3.0-6.6), Malposition of vertex (2.1;1.1-4.3), and manual removal of placenta (6.7; 1.9-23.3).

**Conclusion.** The rate of Complete uterine rupture after TOL in scarred uteri is low in Norway. Most important risk factors are related to our obstetric interventions as induction and augmentation of labor. Mothers with previous miscarriages and antepartum fetal death are high risk groups that need extra vigilance. Guidelines for management of labor should be updated.

*Keywords: uterine rupture, cesarean, trial of labor.*

## RISK FACTORS FOR COMPLETE UTERINE RUPTURE AFTER TRIAL OF LABOR IN INTACT UTERUS

Iqbal Al-Zirqi<sup>1,2</sup>, Lisa Forsen<sup>1,3</sup>, Anne Kjersti Daltveit<sup>4,5</sup>, Siri Vangen<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Norwegian National Advisory Unit on Women's Health, Oslo, Norway. <sup>2</sup>Women and Children's Division Rikshospitalet, Oslo University Hospital, Oslo, Norway.

<sup>3</sup>Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway. <sup>4</sup>Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Bergen, Norway. <sup>5</sup>Medical Birth Registry of Norway, Norwegian Institute of Public Health, Bergen, Norway

**Introduction.** Uterine rupture is very rare in intact uterus in developed world. However, we noticed an increasing trend in its incidence in recent years in Norway.

**Aims.** The aim was to identify the risk factors for complete uterine rupture in intact uteri, through studying a validated sample of mothers having trial of labor (TLO) in the period 1967-2008.

**Method.** This was a retrospective population based study, using the Medical Birth Registry of Norway and Patient Administration System. All records with uterine ruptures, were studied, and information validated.

Population: 1 317 967 mothers with intact uteri, having TOL (1967-2008)

Main outcome measure: Complete uterine rupture

Explanatory variables: Demographic, pregnancy and labor risk factors.

A multivariable logistic regression was used to measure the adjusted odds ratios AORs with 95% confidence intervals (CI).

**Results.** There were 51 complete ruptures after TOL (0.4/10 000). Adjusted OR with 95% CI for risk factors for ruptures were: maternal age  $\geq 35$  (2.2; 1.2-3.8), Parity  $\geq 3$  (3.2; 1.8-5.4), Mothers from non-Western origin versus European (2.7; 1.2-5.7), Previous miscarriages (9.5; 5.2-17.2); Birth weight  $\geq 4000$  gm (2.6; 1.4-4.6), Antepartum fetal death (16.2; 6.6-39.2), Gestational age  $\geq 41$  weeks (1.9; 1.1-3.3), Induced labor (4.9 ; 2.7-8.7); Induction methods versus spontaneous labor (Prostaglandins: 4.3; 1.7-10.4, Oxytocin: 5.9; 2.9-12.2, Combination Prostaglandin/Oxytocin: 41.3; 17.5-97.1), Augmentation of labor with Oxytocin (14.3;7.1-28.6), Malpositioned vertex (3.7; 1.3-10.5), Breech/Transverse lie (3.1: 1.2-7.7), Breech extraction (73.93; 29.2-214.1) and Manual removal of placenta (10.8; 3.3-35.8).

**Conclusion.** Complete uterine rupture is very rare in intact uterus. Most important risk factors are related to our obstetric interventions such as Induction and augmentation of labor and breech extraction. Antepartum death is an important risk factor indicating reduced vigilance due to the absence of fetal heart. Mothers with previous miscarriages, constitute a high risk group indicating disrupted uterine wall integrity after curettage. Guidelines for management of labor should be updated.

*Keywords: complete, uterine rupture, intact uterus, trial of labor, Odds ratio*

## SYKLISKE VARIASJONER I BLODSTRØM I NAVLEVENEN

Eggebo TM<sup>1,2</sup>, Heien C<sup>1</sup>, Scholbach T<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fødeavdelingen, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger; <sup>2</sup>Nasjonalt Senter for Fostermedisin, St.Olavs Hospital, Trondheim; <sup>3</sup>Leipzig Ultrasound Institute, Leipzig, Germany

**Bakgrunn.** Det er komplisert å måle faktisk blodstrøm, og i daglig praksis blir blodstrøm vurdert med indekser (resistance index (RI) og pulsatility index (PI)). Disse indeksene er beregnet ut fra hastigheter på blodstrømmen og assosiert med motstanden i sirkulasjonssystemet, men viser ikke faktisk blodstrøm. In vitro studier har vist at det kan være sykliske konstriksjoner i navleavenen. Hensikten med denne studien var å måle blodstrøm i navleavenen ved rutineundersøkelsen i andre trimester hos kvinner med ukompliserte svangerskap. **Metode.** Vi gjorde 3D-opptak med farge-Doppler av navleavenen i fostervannet hos 43 kvinner med gestasjonsalder mellom 17 og 20 uker. Det ble gjort 10 opptakt i løpet av fem minutter og med 30 sekunders intervaller. Opptakene ble bearbeidet med dataprogrammet Pixel Flux (<http://www.chameleon-software.de>) der man først vinkelkorrigerte karet og deretter vurderte fargen på hver enkel pixel i et tverrsnittsbilde. Programmet beregnet ut fra dette blodstrøm i navleavenen.

**Resultater.** Vi observerte sykliske variasjoner i blodstrømmen hos alle fostrene med individuelle syklusvariasjoner omkring 4-5 minutter. Gjennomsnittlig blodstrøm varierte fra 1,0 ml/sek til 2,6 ml/sek. Absolutt blodstrøm varierte fra 0,1 ml/sek til 4,1 ml/sek. Vi observerte også en syklisk variasjon av arealet til venen, og både variasjoner i areal og hastigheter hadde betydning for variasjon av samlet blodstrøm. **Konklusjon.** Vi fant sykliske variasjoner i blodstrøm i navleavenen hos alle de undersøkte fostrene. Nye studier må til for å undersøke om dette har fysiologisk betydning.

# HAR MATERNELL DIABETES BETYDNING FOR SAMMENHENGEN MELLOM MORS KROPPSMASSEINDEX OG BARNETS FØDSELSVEKT OG PLACENTAVEKT?

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

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

**Bakgrunn.** Både høy kroppsmasseindex (KMI) og diabetes hos mor er knyttet til fødsel av et stort barn og stor placenta. Vi studerte om betydningen av mors KMI for barnets vekt og placentavekt varierte med mors diabetes status.

**Metode.** Vi inkluderte enkeltfødslar i Norge i perioden 2009-2012 (n=106,191), og data er hentet fra Medisinsk fødselsregister. Vi beregnet betydningen av mors KMI for barnets fødselsvekt og placentavekt i svangerskap uten diabetes, i svangerskap med svangerskapsdiabetes og i svangerskap med diabetes type 1.

**Resultater.** I svangerskap uten diabetes (n=103,380), økte fødselsvekten med 14.7 gram (g) (95 % CI 14.1-15.2) per enhets økning i mors KMI, mens økningen i placentavekt var 4.2 g (95 % CI 4.0-4.4). Tilsvarende økning i svangerskap med svangerskapsdiabetes (n=2,078) var 11.8 g (95 % CI 8.3-15.4) og 2.9 g (95 % CI 1.7-4.0). I svangerskap med diabetes type 1 (n=484) fant vi ingen økning i fødselsvekt eller placentavekt med økning i mors KMI. Vi har justert for gestasjonsalder, mors og fars alder, paritet, preeklampsi, røyking og IVF. Gjennomsnittlig fødselsvekt var høyest i svangerskap med diabetes type 1 (3695.2 g (SD 748.0 g)), etterfulgt av svangerskap med svangerskapsdiabetes (3627.5 g (SD 614.2 g)) og svangerskap uten diabetes (3527.4 g (SD 552.2 g)). Tilsvarende for placentavekt var 741.4 g (SD 190.4 g), 726.7 g (SD 173.0 g), og 677.4 g (SD 150.1 g).

**Konklusjon.** Vi fant at barnets fødselsvekt og placentavekt økte med mors KMI i svangerskap uten diabetes og svangerskap med svangerskapsdiabetes, men ikke i svangerskap med diabetes type 1.

# ASSOSIASJONEN MELLOM MATERNELLE HEMOGLOBINKONSENTRASJONER OG FØDSELSVEKT OG PLACENTAVEKT

Sandra Larsen<sup>1</sup>, Samantha S. Adams<sup>1</sup>, Anne Eskild<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

**Bakgrunn.** Det er antatt at både høye og lave maternelle hemoglobinkonsentrasjoner kan føre til suboptimale forhold for fosteret.

Vi har undersøkt om det er en assosiasjon mellom maternelle hemoglobinkonsentrasjoner og fødselsvekt, placentavekt eller placentavekt/fødselsvektratio.

**Metode.** Vi inkluderte alle enlingfødslene ved Akershus universitetssykehus i perioden 1998-2013 (n = 56 897). For svangerskap med maternelle hemoglobinkonsentrasjoner på henholdsvis <9 g/dl, 9-13,5 g/dl eller >13,5 g/dl, sammenlignet vi fødselsvekt, placentavekt og placentavekt/fødselsvektratio. Vi justerte for svangerskapslengde ved fødsel, mors alder, paritet, preeklampsi, maternell diabetes, mors kroppsmasseindeks og røyking, barnets kjønn og fødselsår.

**Resultater.** Vi fant ingen forskjell i gjennomsnittlig fødselsvekt hos barn av mødre med hemoglobinkonsentrasjoner <9 g/dl sammenlignet med mødre med hemoglobinkonsentrasjoner 9-13,5 g/dl, etter justering for svangerskapslengde ved fødselen og de andre studie-faktorene. Derimot var gjennomsnittlig fødselsvekt 85 gram lavere i svangerskap med maternelle hemoglobinkonsentrasjoner >13,5 g/dl.

Gjennomsnittlig placentavekt var høyest ved maternell hemoglobinkonsentrasjoner >9 g/dl; 47 gram høyere enn ved hemoglobinkonsentrasjoner >13,5 g/dl. Placentavekt/fødselsvektratio var også høyest i svangerskap med hemoglobinkonsentrasjoner <9 g/dl.

**Konklusjon.** Vi fant ingen assosiasjon mellom lave maternelle hemoglobinkonsentrasjoner og fødselsvekt, etter justering for konfunderende faktorer. Derimot var placentavekt samt placentavekt/fødselsvektratio høyere i svangerskap med lave maternelle hemoglobinkonsentrasjoner. Vi fant lavest gjennomsnittlig fødselsvekt og placentavekt i svangerskap med høye maternelle hemoglobinkonsentrasjoner.

# TRYGG FØDSEL MED JORDMOR TILSTEDE

Tappert C<sup>1</sup>, Vedvik BS<sup>1</sup>, Selmer-Olsen T<sup>1</sup>, Skaget Aas LC<sup>1</sup>, Martinussen M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken / Fødeavdelingen, St. Olavs Hospital, Trondheim

**Bakgrunn.** Det er dokumentert at en-til-en-oppfølging av den fødende kvinne i aktiv fødsel gir færre keisersnitt, færre instrumentelle forløsninger og mindre bruk av epidural. En-til-en-omsorg anbefales derfor i nasjonale og internasjonale retningslinjer. I en travel hverdag på en stor fødeavdeling virker det vanskelig å tilby slik omsorg. Det er fare for at pasienten tilbyes en «intervall-omsorg» t.o.m. når aktiviteten ville tillate kontinuerlig oppfølging. I forbindelse med den nasjonale gjennombruddsprosjekt obstettrikk som ble gjennomført fra september 2014 til mai 2015 valgte vi å fokusere på jordmors tilstedeværelse under aktiv fødsel.

**Metode.** Målsetting var at jordmor skal være 100 % tilstede under aktiv fødsel hos alle fødende. Jordmors tilstedeværelse ble registrert, samt hvorfor det ikke kunne gis kontinuerlig omsorg. Med veletablerte teknikker fra forbedringsarbeid la vi til rette for en-til-en-oppfølging. For å oppnå kulturendringen fra «intervall-omsorg» til kontinuerlig omsorg brukte vi multiple informasjonskanaler. Kvinnens tilfredshet med omsorgen under fødselen ble kontrollert med et eget spørreskjema.

**Resultater.** Baselineregistreringen viste stor variasjon i hvor stor grad jordmor var tilstede under fødselen. Gjennom prosjektperioden fant vi en jevn økning av tilstedeværelse og samtidig en betydelig reduksjon av variasjonen. Gjennomsnitts-tilstedeværelse økte fra 79 % til 92 % (mean) og 83 % til 100 % (median). Andel fødslar med jordmor > 90 % tilstede økte relativ med 64,3 % fra 42 % til 69 %.

De fødende kvinner var svært fornøyde med den omsorgen de fikk.

**Konklusjon.** Prosjektet viser en vellykket kulturendring i vår fødeavdeling med betydelig økning av jordmors tilstedeværelse under fødselen.

# ASSOSIASJON MELLOM PLACENTAVEKT OG CEREBRAL PARESE: EN POPULASJONSBASERT KOHORTSTUDIE

Strand KM<sup>1</sup>, Andersen GL<sup>1,2</sup>, Haavaldsen C<sup>3</sup>, Vik T<sup>1</sup>, Eskild A<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim; <sup>2</sup>Cerebral pareseregisteret i Norge, sykehuset i Vestfold, Tønsberg; <sup>3</sup>Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog; <sup>4</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo.

**Bakgrunn.** Årsakene til cerebral parese er dårlig forstått, men langt de fleste tilfellene oppstår trolig prenatalt. Vi ønsket å studere risiko for cerebral parese (CP) forbundet med placentavekt, og også med placentavekt-/fødselsvektratio samt placentavekt-/fødselslengderatio.

**Metode.** Perinatal informasjon fra Medisinsk fødselsregister ble koblet med kliniske opplysninger fra Cerebral pareseregisteret i Norge for alle barn født i Norge i årene 1999-2008. Blant 533 743 singleton, levendefødte barn utviklet 779 CP. Placentavekt, placentavekt-/fødselsvektratio og placentavekt-/fødselslengderatio ble gruppert i gestasjonsspesifikke kvartiler. Vi brukte logistisk regresjon til å estimere odds ratio (OR) med 95% konfidensinterval (KI) for CP hos barn med eksponeringsvariabler i laveste eller høyeste kvartil, sammenlignet med de i andre til tredje kvartil.

**Resultater.** Barn med lav placentavekt hadde økt risiko for CP (OR 1,5; 95% KI 1,2 til 1,7). Lav placentavekt-/fødselsvekratio (OR 1,2; 95% KI 1,0 til 1,4) og lav placentavekt-/fødselslengderatio (OR 1,5; 95% KI 1,2 til 1,8) var også forbundet med økt risiko for CP. Hos barn født til termin var lav placentavekt assosiert med to ganger økt risiko for spastisk bilateral CP (inkludert både spastisk kvadriplegi og spastisk diplegi) (OR 2,1; 95% KI 1,5 til 2,9). Hos premature var høy placentavekt assosiert med økt OR for spastisk kvadriplegi (OR 2,0; 95% KI 0,9 til 4,1).

**Konklusjon.** Resultatene våre tyder på at placentadysfunksjon kan være en del av årsakskjeden som fører til de mer alvorlige subtype av CP.

## DO MAJOR LEVATOR ANI MUSCLE DEFECTS HURT 12 MONTHS POST-PARTUM?

Siafarikas, F<sup>1</sup>, Stær-Jensen J<sup>2</sup>, Hilde G<sup>3</sup>, Bø K 3, 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 in primiparous women with and without major levator ani muscle defects diagnosed 12 months post-partum.

**Methods.** In this cross sectional study 208 primiparous women were examined at 12 months post-partum using transperineal ultrasonography. Major levator ani muscle defects, defined as detachment of the levator ani muscle from the pubic bone occurring during delivery were diagnosed. The presence of pain and dyspareunia was obtained by an electronic questionnaire, including questions from the International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire (ICIQ) and a pain map. The pain map showed a female body from the front and the back, with the possibility to mark out the following areas to be pain full: pubic symphysis, inguinal area, iliac crest, sacroiliac joints, lower back, coccyx, buttocks and thighs. The ultrasound examiners were blinded to the women's questionnaire data.

**Results.** There were no differences in pelvic pain and dyspareunia assessed by the ICIQ in women with and without major muscle defects. Furthermore the frequencies of marked areas on the pain map did not differ in women with and without defects.

**Conclusion.** Our data suggest that there are no differences in self-reported pelvic pain and dyspareunia in women with and without muscle defects 12 months post-partum.

## PERINATAL DØDELIGHET VED 37 TIL 41 UKER ER KNYTTET TIL REISEAVSTAND TIL FØDEINSTITUSJONER OG TIL AKUTTFUNKSJON

Engjom H<sup>1</sup>, Høydal E<sup>2</sup>, Morken NH<sup>1,3</sup>, Moster D<sup>4</sup>, Norheim OF<sup>5</sup>, Klungsoyr K<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Bergen; <sup>2</sup>Avdeling for befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå, Kongsvinger; <sup>3</sup>Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus, Bergen; <sup>4</sup>Medisinsk Fødselsregister, Folkehelseinstituttet, Bergen; <sup>5</sup>Avdeling for forskning og utvikling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen.

**Bakgrunn.** I Norge har det funnet sted en omfattende sentralisering av fødeinstitusjoner. Kompetanse og medisinsk teknologisk utvikling bedrer nyfødt overlevelse. Vår hypotese var at perinatal dødelighet ville være uendret eller redusert som følge av sentraliseringen, og være uavhengig av mors reiseavstand til fødeinstitusjoner.

**Metode.** Datagrunnlaget omfatter enkeltfødte uten alvorlige misdannelser, meldt til Medisinsk Fødselsregister i perioden 1.1.1999 til 31.12.2009. (n=520802). Reisesoner rundt institusjonene ble beregnet ved hjelp av geografiske koordinater og norsk veidatabase. Mors reiseavstand ble deretter fastsatt på grunnlag av individuelle koordinater fra folkeregisteret (n= 512387, 98,5% ) eller basert på majoriteten i kvinnens bostedskommune (n= 7567, 1,5%). Akuttinstitusjoner ytte alle 9 signalfunksjoner i tråd med WHO's veiledning. Hovedutfall

var fosterdød før fødselstart, fødselsrelatert død (dødfødte med ukjent dødstidspunkt og død under fødsel) samt neonatal død (død innen 28 dager). Statistiske analyser: krysstabeller og logistisk regresjon, odds ratio (OR) med 95 % konfidensintervall (KI).

**Resultater.** Vi fant 1086 perinatale dødsfall. Kvinner med bosted >1 time fra fødeinstitusjon hadde økt risiko for ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon, OR 6,3 (95% KI 5,8-6,9). Risiko for fosterdød før fødselstart økte ved reiseavstand >1 time til alle institusjoner, OR 1,2 (0,8-1,8), og >2 timer, OR 10,2 (2,5-41,1). Vi fant høyere risiko for fødselsrelatert død ved ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon, OR 4.0 (1.6-9,8), og hos kvinner som bodde >2 timer fra akuttinstitusjon. Reiseavstand >2 timer til akuttinstitusjon var assosiert med økt neonataldød, OR 2.1 (1,1-3,7).

**Konklusjon.** Perinatal dødelighet til termin var høyere for kvinner som hadde lang reiseavstand og ved ikke-planlagt fødsel utenfor fødeinstitusjon.

## KAN TRENING FØR SVANGERSKAPET REDUSERE RISIKOEN FOR BEKKENLEDDSSMERTER HOS FØRSTEGANGSFØDENDE KVINNER?

Owe KM<sup>1,2</sup>, Bjelland EK<sup>2,3</sup>, Stuge B<sup>4</sup>, Orsini N<sup>5</sup>, Eberhard-Gran M<sup>2,3,7</sup>, Vangen S<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup>Nasjonalt kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet, Oslo; <sup>2</sup>Avdeling for psykosomatikk og helseatferd, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo;

<sup>3</sup>Avdeling for helsetjenesteforskning, Akershus universitetssykehus, Lørenskog; <sup>4</sup>Ortopedisk avdeling, Oslo universitetssykehus Ullevål, Oslo; <sup>5</sup>Instituttet for Miljømedisin,

Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige; <sup>6</sup>Avdeling for folkesykdommer, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo; <sup>7</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo.

**Bakgrunn.** Bekkenleddsmerter i svangerskapet er svært vanlig blant gravide kvinner med en forekomst på 20 %. Tidligere studier har vist at bekkenleddsmerter i svangerskapet har vært forbundet med fysisk inaktivitet, som er en risikofaktor for flere uønskede svangerskapsutfall. Få studier har imidlertid undersøkt om fysisk aktivitet og trening før svangerskapet kan ha en forebyggende effekt. Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom treningsnivå før og bekkenleddsmerter i svangerskapet.

**Metode.** Vi benyttet data fra en stor populasjonsbasert kohort studie med 39184 førstegangsfødende kvinner som deltok i Den norske mor og barn undersøkelsen. Informasjon om trening tre måneder før svangerskapet (frekvens og type) ble registrert ved hjelp av spørreskjema i svangerskapsuke 17. Bekkenleddsmerter, definert som smerter over symfyen og iliosakralleddene, var selvrappertert i svangerskapsuke 30.

**Resultater.** 4069 kvinner (10,4%) rapporterte bekkenleddsmerter i svangerskapet, og forekomsten blant kvinner som ikke trente før svangerskapet var 12,5%. Sammenheng mellom trening før svangerskapet og risikoen for bekkenleddsmerter var ikke lineær (test for linearitet, P = 0,003). Risikoen for bekkenleddsmerter var 14% lavere for kvinner som trente 3-5 ganger i uken før graviditeten sammenlignet med de som ikke trente (justert relativ risiko 0,86, 95% konfidensintervall 0,77-0,96). Kvinner som drev med løping, jogging, orientering, ballspill, nettbull eller aerobic med løp/hopp før de ble gravid, hadde en lavere risiko for bekkenleddsmerter i svangerskapet enn de som ikke trente.

**Konklusjon.** Regelmessig trening før første svangerskap, og da særlig treningsformer som innebærer løp og hopp, kan ha en redusert risiko for utvikling av bekkenleddsmerter i svangerskapet.

# KLINISK BETYDNINGSFULLE FORSKJELLER I VERKTØY FOR ESTIMERING AV FOSTERVEKT – FIRE KASUISTIKKER

Kessler J<sup>1</sup>, Johnsen SL<sup>1</sup>, Kiserud T<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

**Bakgrunn.** Bedømmelse av fosterets vekt og vekst ved hjelp av biometriske målinger med ultralyd står sentralt i overvåkingen av alle risikosvangerskap og har stor betydning for håndtering og utfall av svangerskapet. I Norge brukes to metoder til dette: et populasjonsbasert verktøy (e-snurra vekst) og longitudinelle utvalgsbaserte referansekurver (Bergensstudien). Det er ukjent i hvilken grad disse metodene resulterer i likeverdige resultater.

**Metode.** Sammenlikning av estimert fostervekt (EFV) og vekt percentiler (perc.) basert på to metoder hos fire pasienter henvist fra lokalsykehus til Haukeland Universitetssykehus. Vektestimering på lokalsykehuset ble gjort ved hjelp e-snurra vekst verktøy på lokalsykehuset, mens Bergensstudiens referansekurver ble brukt på Haukeland Universitetssykehus.

**Resultater.**

Kasus 1: Para 1, tidligere alvorlig veksthemning og preeklampsi med sectio uke 28.

*E-snurra:* uke 27+1, vekstsvik -11%, EFV 898 g, 15 perc.

*Bergensstudien:* uke 27+1, EFV 843 g, < 1 perc.

Forløsning uke 27+6, fødselsvekt 675 g

Kasus 2: Para 0, hypertensjon behandlet med Trandate.

*E-snurra:* uke 27+2, vekstsvik -12%, EFV 906 g, 13 perc.

*Bergensstudien:* uke 27+2, EFV 898 g, < 1 perc.

Forløsning uke 27+3, fødselsvekt 740 g

Kasus 3: Para 3, tidligere alvorlig veksthemning med fosterdød i uke 23.

*E-snurra:* uke 29+0, vekstsvik -13%, EFV 1102 g, 11 perc.

*Bergensstudien:* uke 29+0, EFV 1192 g, 2 perc.

Forløsning uke 30+6, fødselsvekt 1070 g

Kasus 4: Para 0, monochoriale, diamnionale tvillinger, preeklampsi.

*E-snurra:* uke 29+0, vekstsvik -2%, EFV 1356 g, 42 perc.

*Bergensstudien:* uke 29+6, EFV 1352 g, 9 perc.

Forløsning uke 30+2, fødselsvekt 1330 g

I fire kompliserte svangerskap estimerte det populasjonsbaserte verktøyet en vekt percentil innenfor normalvariasjonen, mens det utvalgsbaserte indikerte patologi.

**Konklusjon.** Bruk av vekt på fødte barn som referanse i det populasjonsbaserte verktøyet medfører en normalisering av biometrisk små fostre, fordi populasjonen av prematurt fødte barn inneholder en overvekt av sykkelighet. Dette unngås ved bruk av det utvalgsbaserte verktøyet som baserer seg på friske gravide og estimert intrauterin vekt.

**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 06. november 2015 Store Auditorium Ullevål

*Møteleder Rune Svenningsen ønsker velkommen*

10.55	R Svenningen ønsker velkommen	
11.00	Lavtykksuretra – hva betyr det og hvordan går det?	Kjartan Moe
11.25	Recurrent UI after MUS - what do we know? An update on diagnostics and treatment	Tomi Mikkola (Fi)
12.00	Ulike vektparametre ikke bare BMI er viktig for inkonitnensutvikling	Langeland Wesnes
12.25	Diskusjonsforum 15 + 15 min: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke råd gir vi pasientene etter inkontinenskirurgi Kan vi klare å bli mer harmonisert</li> </ul>	G Eikeland
12.55	Cystitt etter MUS – hvor vanlig er det?	H Schiøtz
13.20	Lunch	
<i>Møteleder Anita Vanvik</i>		
14.10	Postmenopausal hormone therapy and incontinence	Tomi Mikkola (Fi)
14.45	Kan regelmessig trening under svangerskap forebygge urininkontinens?	Signe Stafne (Fysioterapi)
15.10	Hvilken standardisert stresstest er den beste?	L Rimstad
15.35	Kaffepause	
<i>Møteleder Ingrid Volløyhaug</i>		
15.55	Urininkontinens etter ryggmargsskade	T Gloth
16.20	De novo urgency og forverring av urgency etter MUS	Rune Svenningsen
16.45	Hvilke komplikasjonsdiagnoser og prosedyrekoder bør vi velge etter inkontinenskirurgi	Ellen Borstad
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



Munntørret på placebonivå<sup>1,2</sup>

Ingen skal behøve å leve  
og bo på toalettet

**Betmiga<sup>®</sup> 50 mg<sup>▼</sup>**  
mirabegron

Den første  $\beta_3$ -agonisten mot overaktiv blære

**Referanser:** 1. Khullar et al. *European Urology* 63;(2013):283–295. 2. Nitti et al. *J Urol* 2013;189:1388–1395. **▼** Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. **Betmiga Urologisk spasmolytikum** ATC-nr.: G04B D12 **DEPOTTABLETTER, filmdrasjerte 25 mg og 50 mg:** Hver depottablett inneholder: Mirabegron 25 mg, resp. 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 25 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172). 50 mg: Gult jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 50 mg 1 gang daglig. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon: Preparatet er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 ml/minutt/1,73 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 begrenset 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 CYP3A-hemmere	
		Uten hemmer	Med hemmer
Nedsatt nyrefunksjon <sup>1</sup>	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	50 mg	25 mg
Nedsatt leverfunksjon <sup>2</sup>	Alvorlig	25 mg	Ikke anbefalt
	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	25 mg	Ikke anbefalt

1 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>.  
2 Lett: «Child-Pugh» klasse A. Moderat: «Child-Pugh» klasse B.  
**Barn og ungdom:** Bør ikke brukes, da effekt og sikkerhet ikke er tilstrekkelig dokumentert. **Administrering:** Tas 1 gang daglig. Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele med væske. Skal ikke tygges. Skal ikke deles eller knuses. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene.  
**Forsiktighetsregler:** Nedsatt lever- og nyrefunksjon: Se Dosering. **Hypertensjon:** Preparatet er ikke evaluert hos pasienter med alvorlig, ukontrollert hypertensjon (systolisk blodtrykk  $\geq$  180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk  $\geq$  110 mm Hg), og anbefales ikke til denne pasientgruppen. Det foreligger begrenset 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 blæreobstruksjon (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:** Hos pasienter med lett til moderat nedsatt nyrefunksjon (GFR 30–89 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>) eller lett nedsatt leverfunksjon (Child Pugh klasse A), som samtidig får behandling med sterke CYP 3A-hemmere (f.eks. itrakonazol, ketokonazol, ritonavir og klaritromycin), er anbefalt dosering 25 mg/dag. Det bør utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler med smal terapeutisk indeks som metaboliseres signifikant via CYP 2D6, slik som toridazin, antiarytmika type 1C (f.eks. flekainid, propafenon) og tisykliske antidepressiver (f.eks. imipramin, desipramin). Det bør også utvises forsiktighet ved samtidig bruk av CYP 2D6-substrater, der dosen titreres individuelt. For pasienter som skal starte behandling med en kombinasjon av Betmiga og digoksin, bør laveste dose digoksin forskrives i starten. Digoksinkonsentrasjonen i serum bør overvåkes og brukes til titrering av digoksin dosen for å oppnå ønsket klinisk effekt. Det bør tas hensyn til muligheten for at mirabegron kan virke hemmende på P-gp ved kombinasjon med sensitive P-gp-substrater, som f.eks. dabigatran. Økt eksponering for mirabegron forårsaket av interaksjoner kan være forbundet med forhøyet puls. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som prøver å bli gravide. **Amming:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** **Vanlige (1/100 til <1/10):** Hjerte/kar: Takykardi. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Gastrointestinale sykdommer: Kvalme. **Mindre vanlige (1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerte/kar: Palpitasjon, atrieflimmer. Hud: Urticaria, utslett, inkl. makuløst og papuløst utslett, pruritus. Infeksjoner: Vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnsganer/bryst: Vulvovaginal pruritus. Muskel-skjelettsystemet: Hovne ledd. **Undersøkelser:** Forhøyet blodtrykk, forhøyet GGT, forhøyet ASAT, forhøyet ALAT. **Sjeldne (1/10 000 til <1/10000):** Gastrointestinale: Leppeødem. Hud: Leukocytoklastisk vaskulitt, purpura, angioødem. Øye: Øyelokksødem. **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. 02.09.2015): 25 mg:** 30 stk. (blister) 372,50 kr. 90 stk. (blister) 1 034,90 kr. **50 mg:** 30 stk. (blister) 372,50 kr. 90 stk. (blister) 1 034,90 kr. 90 stk. (boks) 1 034,90 kr. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv blæresyndrom 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 preparatømtale godkjent av Statens Legemiddelverk 03.2015. **Full preparatømtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 20.04.2015