

28-2  
2015

# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



## INNHOLD

■ Intervju med Kjell W. Skarsten s. 6 ■ "We love children" s. 10 ■ Alvorlige hendelser i obstetrikken s. 24 ■ Gyllen helg i havgapet s. 30 ■ Kurs i gynekologisk endoskopi s. 36







# Misodel™

## MISOPROSTOL VAGINAL INSERT



- Eneste godkjente misoprostol legemiddelet ved induksjon av fødsel
- Kontrollert frigivelse: 7 µg/time i løpet av 24 timer
- Behandlingen 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 obstetrikk på sykehus med tilgjengelig utstyr for kontinuerlig føtal og uterin overvåkning. Cervix skal undersøkes nøye før bruk. Uterin aktivitet og føtal tilstand overvåkes nøye etter innsetting. Tas ut av fryseren og ut av folieposen like før innsetting. Opptining er ikke nødvendig. Åpne posen ved å rive ved merket langs toppen. Saks kan ødelegge uttakingsystemet. Plasseres vaginalt i bakre fornix, og vendes 90° slik at det ligger på tvers. Vannløselig glidemiddel kan brukes. Ved innsetting vil det øke i størrelse 2–3 ganger og bli bøyelig. Etter innsetting kan tråden klippes av med saks, men påse at det er tilstrekkelig tråd igjen på utsiden av vagina for fjerning. Pasienten må bli i sengen i 30 minutter. Påse at Misodel ikke fjernes ved toalettbesøk eller undersøkelser. Tas ut ved å dra i tråden. Vaginalinnlegget må aldri fjernes fra uttakingsystemet. Etter uttak, påse at både innsetnings- og uttakingsystemet er fjernet. Se pakningsvedlegg for ytterligere informasjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om eller bevis på at barnets liv er i fare før induksjon. Dersom oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er gitt. Ved mistanke eller bevis på arrev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. hjerteformet livmor). Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie. Tegn eller symptomer på korioamnionitt, med mindre behandling er gitt. Før uke 36 i svangerskapet. **Forsiktighetsregler:** Kan føre til overdreven uterin stimulering dersom det ikke fjernes før fødselen er i gang. Fjernes ved langvarige eller unormalt kraftige kontraksjoner, eller dersom det foreligger bekymring for mor eller barn. Dersom kraftige kontraksjoner vedvarer etter uttak bør tokolytisk behandling vurderes. Ved preeklampsi bør bevis eller mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen data finnes ved alvorlig preeklampsi eller hull på fosterhinnen >48 timer før innsetting. Ved positiv streptokokk gruppe-B status som krever profylaktisk antibiotikabehandling, bør tidspunkt for antibiotikabehandling vurderes nøye for å oppnå adekvat beskyttelse. Hvis oksytocin gis, skal innlegget først tas ut, og deretter skal en vente minst 30 minutter før oksytocin gis. Misodel er kun undersøkt i svangerskap med 1 foster i hodeleie. Er ikke undersøkt ved multiple svangerskap eller ved >3 tidlige 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 induisert 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:** Kontraindisert før uke 36 i svangerskapet. **Amming:** Misoprostolsyre utskilles i kolostrum og i morsmelk (peroral administrering), men bør ikke hindre amming. Ingen negative effekter sett hos diende spedbarn. Fertilitet: Ikke relevant. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hjerter/kar: Føtal hjerterytmesykdom (føtale hjerterytmeforstyrrelser, føtal bradykardi, føtal takykardi, fravær av normal variasjon av ukjent årsak, nedsatt føtal hjerterytme, føtal hjerterytmedeselerasjon, tidlige eller sene deselerasjoner, variable deselerasjoner, forlengede deselerasjoner). **Svangerskap:** Unormal fødsel som påvirker fosteret (uterin takysystole eller uterin hypertonus med føtal hjerterytmesykdom). Mekonium i fostervann. Unormale uteruskontraksjoner (uterin takysystole). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): **Gastrointestinale:** Kvalme, oppkast. **Hud:** Utslett. **Kjønnsorganer/bryst:** Genitalkløe. **Luftveier:** Neonatal respirasjonsdepresjon, neonatal åndenødssyndrom, forbigående takypné hos nyfødte. **Neurologiske:** Neonatal hypoksisk-iskemisk encefalopati. **Svangerskap:** Blødning antepartum, føtal acidose, blødning postpartum, prematur morkakeløsning, uterin hypertonus, uterin ruptur. **Undersøkelser:** Lav Apgar-score, forhøyet blodtrykk hos mor. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen erfaring. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk prostaglandin E1 (PGE1)-analog. **Virkningsmekanisme:** Forårsaker modning av cervix og uterine kontraksjoner. **Absorpsjon:** Kun misoprostolsyre påvises i plasma. C<sub>max</sub>: 45,8 pg/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, priser og refusjon: 5 stk. (folieposer) kr 6 489,10. Sist endret: 28.02.2015



# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening

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.

## 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 Universitetssjukehus  
E-mail: ragnar.sande@gmail.com

## Nettredaktør

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

## Design/layout

Cecilie Rott  
Centrum Trykkeri AS  
E-mail: cecilie@centrum-trykkeri.no  
Tlf: 94 00 04 73

## Annonseansvarlig

Kjell O. Hauge  
Akuttjournalen Arena AS  
E-mail: koh@akuttjournalen.com  
Tlf: 932 41 621

## Forsidefoto

Ragnar Sande

## GYNEKOLOGEN på internett

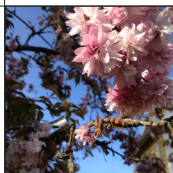
www.legeforeningen.no/ngf

## Materiellfrister 2015

nr 1; 15. februar  
nr 2; 15. mai  
nr 3; 15. september  
nr 4; 15. november

# Innhold

■ <b>Redaktøren</b>	4
■ <b>Leder</b>	5
■ <b>Intervju</b> Kjell W. Skarsten, Norges eldste gynekolog	6
■ <b>Artikkel</b> "We love children" Universitetsutdannelse i sexologi. Nye teknologier innen assistert befruktning	10 12 14
■ <b>PhD</b> Kirurgi for bekkenbunndysfunksjon	17
■ <b>FUGO</b> Leder	19
■ <b>Hormonhjørnet</b> Morris' syndrom	21
■ <b>Utdanning, kurs og møter</b> 2nd Oslo Endoscopic Winter Meeting Alvorlige hendelser i obstetrikken Vår møte Gyllen helg i havgapet Kurs i gynekologisk endoskopi	22 24 27 30 32
■ <b>Debatt</b> Skal gynekologer beherske hysterektomi?	35
■ <b>Norge rundt</b> Betanien Sykehus Dagkirurgisk Senter	36
■ <b>Gynekologen anbefaler</b> Gynekologen anbefaler bøker	39



28-1  
2015

## Styret i Norsk gynekologisk forening 2014-2015

Leder	Jone Trovik	Haukeland Universitetssjukehus	jone.trovik@helse-bergen.no
Nestleder	Stine Andreasen	Nordlandssykehuset Bodø	stine.andreasen@online.no
Vitenskapelig sekretær	Marit Lieng	Ullevål Universitetssjukehus	marit.lieng@ous-hf.no
Kasserer (PSL)	Arild Kloster-Jensen	Spes. praksis, Arendal	akloster@online.no
Sekretær (FUGO)	Elise Thoresen Sletten	LIS KK UNN Tromsø	elise.thsletten@gmail.com
Styremedlem	Tone Shetelig Løvik	St Olavs Hospital	tone.Shetelig.Lovvik@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

- Agnethe Lund
- Overlege/Stipendiat, Helse Bergen HF
- agn.lund@online.no

## Brain drain



Fenomenet er et problem der høyt utdannede flytter til bedre levekår og en lysere fremtid. Hjemlandet sitter fast i en ond sirkel av få ressurser og dårlig kompetanse.

Men brain drain skjer vel også innen fagmiljø lokalt? Debatten om intimkirurgi har rast. Plastikkirurger, og kanskje noen gynekologer (?), utfører såkalt estetisk kirurgi. Det er unyttig bruk av operatørens tilegnede kompetanse og oftest helt unødvendige inngrep. Men så lenge det finnes et marked vil noen med «brain» trekkes ned i denne «drain».

Innen vårt fag dukker flere private aktører og tilbud opp. I denne utgaven av Gynekologen presenterer Knut Hordnes sykehuset Betanien, en stiftelse med offentlig finansiering men som styres etter markedsprinsipp. Terje Sørdaal fra Trondheim deler noen av sine erfaringer med IVF teknologi ved fertilitetsklinikken Medicus. Vi skulle vel gjerne hatt deres hoder og hender med i daglig drift og vakt ved sykehusene?

Jeg lurer noen ganger på hvorfor jeg jobber ved Kvinneklinikken i Bergen? Står man klokken 04 til knes i misfarget fostervann, med ansvaret for en risikoforløsning, kan man ønske seg bort. Men ofte, på vei hjem etter vakt, er jeg tilfreds. Ja det var utfordrende, adrenalinet pumpet, men det gikk bra!

Sykehusene tilbyr kollegialt fellesskap og spennende faglige utfordringer. Samtidig

har vi en jobb som er belastet med tilstedevakter og tøffe saker. Hvordan kan vi unngå brain drain og tap av ressurser? Noen må jo tilby akutt beredskap, undervise studenter, LIS og andre faggrupper. Noen må forske og noen bør gjøre de inngrepene der DRG ikke dekker kostnader.

Som i det globale markedet, der kompetanse er ettertraktet og flyttbar, må også de offentlige institusjonene her til lands konkurrere om vår ekspertise. Og kanskje er det sunt at nye aktører finner løsninger for pasientomsorg og logistikk. Vi vet at det er tungrodd i Helseforetakene.

Det er liten grad av «drain» i vårt fag slik som enkelte andre spesialiteter opplever. Men for å holde på de gode hodene må gynekologer ivretas der vi velger å jobbe - som fagpersoner og som mennesker. Det er en oppfordring til våre arbeidsgivere!

Heldigvis er det heller ingen tørke når det gjelder tilfanget av stoff til Gynekologen. Intervju med Norges antakelig eldste gynekolog setter vi pris på. Skarstens livshistorie og legegjerning gjør meg ydmyk. Det gjør også Ingrid Langen som har jobbet for Leger uten grenser i Sierra Leone.

Jeg har etterlyst mer sex i gynekologien. Magne Halvorsen tok utfordringen og har besøkt sexologiutdanningen i Agder. Dessuten kan du lese om kurs og møter som viser det store faglige engasjementet blant oss. Ragnar Sande starter intervjuerien «ung og lovende» i neste utgave men bidrar denne gang med forside – se nøye etter hva den mannen klarer å pøse. Med det ønsker Gynekologen alle en blomstrende sommer!

### NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

#### Stan-gruppen

Tore Henriksen, Branislava (Branka) MYli, Torunn Eikeland, Jørg Kessler, Berit Lunden Hustad

#### Laparoskopiutvalget

Klaus Oddernes (leder), Stine Andreassen, Guri Majak, Jostein Tjugum.

#### Nettredaksjonen

Mette Løkeland

#### Gynekologen

Agethe Lund (red), Irina Eide, Guri B. Majak, Magne Halvorsen, Ragnar Sande

#### Kvalitetsutvalget

Rolf Kirschner (leder), Anny Spydslaug, Runa Aabø, Anne Dørum, Pål Øian

#### FUGO

Helene Fjeldvik Peterson, Erica Hove, Tiril Tingleff, Thea Falkenberg Mikkelsen, Cathrine Fiskum, Elise Thorsen Sletten, Camilla Kleveland

#### NPE-komiteen

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

### Andre relaterte instanser:

#### Spesialitetskomiteen

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

#### EBCOG (For 2012-2014)

Knut Hordnes, Martin Andresen (PSL/NGF), Rolf Kirschner (EXEC)

#### NFOG

Jone Trovik

#### Styret i NFGO

Leder: Anne Dørum (OUS)  
 Vara: Tone Skeie-Jensen (OUS)  
 Sekretær: Rita Steen (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 UiS)  
 Vara: Jostein Tjugum (ikke UiS)



## Kom mai du skjønne milde...



**D**et rinner i hu når jeg sitter og skriver dette en tidlig maidag (trykketiden gjør dog at dette leses først i juni). Hvordan skal gemyttene mildnes etter til dels opprivende møter og diverse debattinnlegg om ultralyddatering? Den faglige enighet som er nedfelt i Veilederens ultralydkapittel ble tilsidesatt og vi endte med to sterke fronter på barrikadene. Forut for dette opplevdes det ikke som et stort klinisk problem at det var to ulike referansetabeller for andretrimesterdatering. Begge er gode men har litt ulike styrker og svakheter. Våre nordiske kolleger har ikke opplevd tilsvarende detaljstyring fra myndigheter, der brukes ulike/flere referansetabeller innad i hvert av landene men hos alle benyttes førstetrimesterdatering der det foreligger gode opplysninger. Vi kan derfor fortsatt trygt gi våre pasienter god medisinsk behandling ved å støtte oss på Veilederanbefalinger. Og så la roen senke seg gjennom sommeren?

**N**ettopp for å fremme Nordisk samarbeid er det igangsatt prosjekt med å sammenlikne veiledere fra disse landene. NFOG Guideline Committee har begynt med å oversette kapitler til engelsk. Dette trenger ikke være suverent korrekt engelsk, det skal i første omgang være forståelig for nordiske gynekologer, ikke publiseres. Så til kapittelforfattere for Veileder i Fødselshjelp som er forespurt om å oversette sitt kapittel: ikke nøl, oversett så godt du klarer og send til den norske representant i komiteen Ferenc Macsali: ferenc.macsali@helse-bergen.no. President NFOG Knut Hordnes brukte google translate på sitt kapittel og leste så over slik at åpenbare feil kunne lukes ut ( f.eks. at tang oversettes som seaweed ...).

**V**årmøtet i Kristiansand ble arrangert med et godt program, takk til arrangørene! Vel 30 deltagere er ikke mye. Vil vi fortsette å ha dette i NGF-regi? Så lenge det økonomisk går i balanse (ikke medfører utgifter) er det vel mest opp til om avdelinger ønsker å påta seg arrangementet. Det er mye arbeid som nedlegges for å lage et slikt møte i den form det har nå. Å ekskludere industrien (som faktisk stadig spør om å få bidra) har

vært mest mhp LIS, slik at de skal få møtet tellende som valgfritt kurs. Det var få LIS som deltok, de prioriterer obligatoriske kurs. Skal vi heller oppmuntre til at det arrangeres regionsspesifikke møter slik det allerede er i Nord-Norge, Vest-Norge («Vestlandske») og Oslo?

**M**en Årsmøtet blir selvfølgelig godt besøkt! Denne gang i Bergen. Lokal komite har lovet et flott sosialt program og kanskje regndans? Styret i NGF anført av vitenskapelig sekretær Marit Lieng har laget et flott faglig program. Når alle sender inn det hotteste de har av ny forskning for å bidra med fritt foredrag eller plakat så får vi en tøff jobb med å velge hvem som skal få presentere hva. Nytt av året er Acta Posterpris der Actaredaktører vil peke ut den beste plakaten. Å få en slik pris lover godt mhp at tema er interessant for vårt Nordiske GynObst Tidsskrift med stadig stigende impaktfaktor. Så skynd deg og samle de siste dataene, lag et godt abstrakt, send inn og meld deg på!

- Kristina Hernborg Johannessen,
- Pensjonert avtalespesialist, Bergen
- kristina@bergen.online.no



Skarsten i Tysklandsbrigaden

## *Møte med Kjell W. Skarsten,* **Norges eldste gynekolog**

**I min assistentlegetid ved KKB på 70-tallet hørte jeg ofte om Kjell Skarsten og hans virksomhet ved Kvinneklinikken i Stavanger. Da og senere har jeg hatt mange møter og samtaler med ham. For en tid siden traff jeg ham på en av hans turer i Fjellveien. Etterpå skrev jeg til Gynekologens redaktør at Skarsten burde intervjues . Svaret ble at det ville være interessant - og kunne jeg gjøre det selv? Som nybliven pensjonist har jeg tid -vi tilbragte en ettermiddag hos Skarsten og en hos meg. Skarsten ville gjerne se mitt hus, der han hadde lekt på 30-talet som barn. Det var meget interessant å høre ham fortelle om sitt liv som barn, student og gynekolog. Det var meget interessant å høre 92 åringen fortelle om sitt liv som barn, student og gynekolog.**

### **Vi begynner kronologisk.**

Skarstens far var tannlege fra Nedre Eiker og mor hjemmевærende fra Oslo (datter av en høyesterettsadvokat). Faren hadde kontor på Torvalmenningen. Skarsten var født hjemme på Møhlenpris i 1923. Privatpraktiserende spesialist Bjarne Wilman assisterte. Det kan fortelles at storesøsteren også var født hjemme - i seteleie. Severin Petersen, sjef ved KKB før Løvset, forløste.

Skarsten gikk i privatskole, Fayes gutteskole, som lå i nærheten av Hotel Terminus ved jernbanen. Der gikk bare barn av velhavende

foreldre. Han og vennene hadde meget liten kunnskap om sosiale forskjeller. Man kunne begynne på denne skolen 5 år gammel og bli ferdig i løpet av 6 år -7 år. Familien flyttet til Blaauws vei på Årstad. Kjell fortsatte på Sydneshaugen og tok artium der i 1941.

### **Skarsten ville bli lege.**

Medisinstudiet var lukket, kun 42 av landets artianer kom inn på bakgrunn av karakter i skriftlige fag. Han kom inn 1941 i Oslo, sammen med Hans Bassøe og Christopher Gjertsen fra Bergen. Den gangen var der ikke medisinsk fakultet i Bergen.

Han bodde på Blindern Studenthjem. Der likte han seg godt og fikk treffe ulike studenter, spesielt syns han at det var interessant med dialekter. Det var nesten som et hotell, de sov en eller to på hvert rom, fikk 3 måltider hver dag og "piker" ryddet rommene. Det kostet 250 kr/måned som "pappa" betalte. Ikke piker på rommet etter kl 22, hvis man brøt den regelen ble det utvisning. Husfar var senere prof. Jansen (anatomi). Presens var Eilert Eilertsen fra Bergen, senere en stor samfunnsmedisiner og politiker, bl.a. ordfører i Bergen. Han delte en tid rom med Sven Stray, senere



utenriksminister i en høyregering. Og en periode med Jon Lundeval, senere professor i rettsmedisin.

Tyskerne trengte lokalene og studentene ble kastet ut. Han fikk da bo hos en venn, Bernhard Getz, sønn til Eyvind G., høyesterettsadvokat og stortingsrepresentant for høyre. De hadde stort hus. Dette var en musikalsk familie der grunnlaget for Skarstens interesse for musikk ble lagt. Bernhard ble anatom men døde kun 46 år i M.S.

**I november 1943 omringet tyskerne universitetet** og arresterte alle studenter. Skarsten var heldig, han hadde ikke kommet med på et kurs i desember og fikk derfor reise til Bergen - og ble altså ikke tatt. Han fikk beskjed å holde seg i dekning. Han kjente lensmannen i Lofthus i Hardanger, denne skrev et nytt grenseboerbevis, som alle måtte ha, og forandret stilling fra student til gårdsgutt. Skarsten holdt seg i dekning 3-4 mndr. Det var forbudt å ha radio, alle radioapparater var samlet inn av tyskerne, men noen trosset forbudet og hadde radio gjemt et sted. Skarsten forteller at han satt med en fyr og lyttet på en berghylle etter å ha hentet en radio som egentlig var forseglet av tyskerne. Han syklet med den på bagasjebrettet. Tyskere passerte med bil men oppdaget ikke hans last.

Når "faren var over" reiste han tilbake til Bergen. Han fikk vite at 5-600 studenter var sendt til Tyskland med båt. De ble holdt der under hele krigen, en del av dem til "omskoling". 18 døde der i ulykker eller sykdom.

#### **Universitetet var stengt til 1945.**

Skarsten var i Bergen og fikk jobb ved ulike avdelinger på Haukeland Sykehus. Han skulle være med Volgelsangs (bakteriolog) folk og ta halsprøver 20.april 1944. Han skulle møte ved Mariakirken kl 09 men da han kom til Katedralskolen sa det PANG! Det var den store eksplosjonsulykken i Bergen. 98 døde, 4500 ble skadet. Skader på bygninger var også omfattende og Skarsten ble satt til å syde skadde på Haukeland Sykehus.

Etter freden tok studiene til igjen i Oslo. De måtte ta igjen det tapte. 20 studenter ble tilbudt plass i Bergen for å fortsette studiene der, det første kullet i Bergen. Det var mest vestlendinger som dro. Erik Waaler (patolog) var primus motor i Lærerrådet. Skarsten fremhever Nils Backer Grøndahl som lærer i kirurgi, eminent foreleser og veileder. Vogelsang var og en solid lærer. Bøe og Hummerfelt er kjente navn i Bergen - de var underordnede leger. Skarsten forteller at



*Skarsten med sin kone Inger Johanne Grieg.*

det var et meget godt miljø. Ved eksamen var studenten og pasienten sammen med alle studenter og lærere i auditoriet. Jørgen Løvset (1896-1981) var meget interessert i studentene, ga dem rom på Kvinneklinikken bl.a. lesesal og tilbød studentene billig middag i kantinen der. Jørgen Løvset var overlege ved KKB 1940-1966 og har betydd mye for Skarsten.

**I 1949 var det første kullet utdannet i Bergen**, klinisk avdeling, ferdig. Fordi de ikke fikk all undervisning i Bergen måtte de reise til Gøteborg, der de studerte øye, ØNH, pediatri og nevrologi. De ble tatt godt vare på der, i alt 8 måneder. Dermatologi måtte de ta i Oslo.

Turnus ordningen var ikke innført., men der var kandidatstillinger 6+6 måneder i indremedisin og kirurgi. Skarsten måtte i militæret og var i Tysklandsbrigaden 6 måneder 1950.

I 1950 søkte han flere vikariater ved Haukeland Sykehus. På dette tidspunktet hadde han bestemt seg for å bli gynekolog, men det var ikke så lett å få utdannelsestilling. Han

var hospitant på KK i Bergen, en selvstendig stilling med vakter men uten lønn. Han var årskandidat på KK og fikk 2 års kirurgi som var kravet for å bli spesialist. Han var og i distrikt på Gol våren -57. I denne tiden hadde han giftet seg med Inger Johanne Grieg, Mensendieckfysioterapeut fra Bergen.

#### **Familien flyttet 16 ganger!**

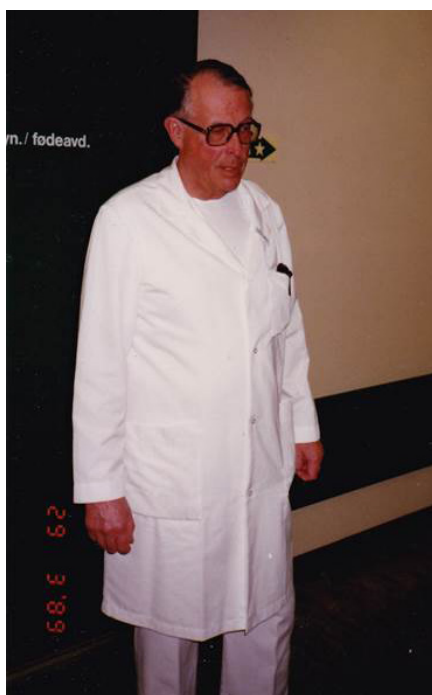
I perioden 1957-1959 var han på Aker i assistentlegestilling. Finn Bøe (omtalt av Bergsjø i Gynekologen 2008) var sjef og Skarsten likte seg meget godt, det var en godt organisert ny avdeling med god opplæring og gode kollegiale forhold. Av andre kolleger der kan nevnes Ivar Quigstad og Ola Rygg.

I 1959 bar det tilbake til Bergen og Jørgen Løvset for 3 år. Det var lykken å være nær Løvset og lære av ham. Løvset, som bodde i overlegeboligen på sykehusområdet kom ofte ned på Fødeavdelingen og ga rettleiing utenom arbeidstid. Blant kolleger var Johan Walde og Svein Wilhelmsen, begge ble i Bergen - og Svendsen som ble overlege i Kristiansand. I -62 hadde Skarsten universitetsstipend og forsket på immunologi i svangerskapet. Deretter bar det tilbake til

Aker og en periode som reservelege på Rikshospitalet der Schjøtt-Rivers og Bjøro var de dominerende. I Oslo arbeidet Skarsten også sammen med Gerda Evang, en radikal lege, gift med helsedirektør Karl Evang. Han forteller at Gerda E. på et møte kom dragende på mannen sin og sa: Du må hilse på Skarsten.

### I 1966 tiltrådte Skarsten overlegetillingen i Stavanger 43 år gammel.

Der trengte de en som kunne være med å bygge opp en avdeling. Han ble der til pensjonen 1990. Da han kom var det 2500 fødsler, noe som steg til 4400 fødsler årlig under hans tid - mye pga nedleggelse av små fødeenheter. De var tre leger; overlegen, en reservelege (Harald Bratt, senere Trondheim) og en assistentlege. Overlegen var kontinuerlig bakvakt. De hadde ikke egen avdeling. Etter hvert ble det kommunale og fylkeskommunale sykehusene slått sammen til et nytt sykehus, Stavanger Sykehus i 1982. Skarsten la mye arbeid i å organisere den nye avdelingen og han var åpen for nye idéer, både faglig og administrativt. Han var imponert av hva Finn Bøe hadde fått til på Aker og prøvde å gjøre det delvis etter hans modell. Sissel Moe Lichtenberg forteller at



Sjef på KK Stavanger 1989



Båttur på Vestlandet med Jenny og Per Bergsjø.

Bilde av gutten Kjell 9 år gammel.

de var tidlig ute med ultralydapparat, de fikk en Disionograf allerede 1976. Skarsten var hele tiden allround- det måtte man være på den tiden, men var spesielt interessert i obstetikk og vaginale forløsninger. Han hadde jo lært mye av Jørgen Løvset. Interesserte kolleger i utlandet spurte hvordan Løvset forløste. Mange var imponert over Løvsets arbeid.

### Skarsten er litt oppgitt over den høye sectiofrekvensen

men forstår det og. Han mener at legene i dag ikke får den mengdetrening i obstetikk som man fikk før. Det er forskjellige grunner til det. Dessuten er frykten for "saker" større nå. Han er imponert over hva man får til med laparoskopiske operasjoner, han var selv med da man begynte med sterilisering per laparoscopi på 70-tallet. Utviklingen av ultralyd er han og imponert over, men han mener at yngre kolleger ikke får glemme klinisk erfaring og common sense midt i all teknologi.

### Kjell Skarsten hadde et spesielt forhold til p-piller.

1956 hadde Bjarne Landås (senere Levanger) hørt om en pille som forhindret graviditet. Det var sensasjonelt og det ble veldige diskusjoner om dette, hormoner kunne vel være farlig å ta... Det sies at Schjøtt-Rivers sa at p-pillen aldri vil komme til å bli brukt i Norge. Skarsten

skrev en kritisk artikkel i Tidsskriftet. Han foretrakk å sette inn Lippes loop på 60-tallet.

Da han sluttet 67 år gammel 1990 kunne han være stolt over at det aldri hadde vært noen sak mot sykehuset.

### Skarsten har et meget godt omdømme

blant yngre og eldre kolleger. Han hadde struktur på avdelingen, han var høflig, korrekt, rettferdig, var genuint interessert i sine pasienter. Det fremheves spesielt at han ga sine kolleger mulighet for vekst, han slapp dem til. Han lærte opp staben i vaginale forløsninger. Han tok opp nye fremskritt innen faget.

Da han ble pensjonist for 25 år siden flyttet han og Inger Johanne tilbake til fødebyen Bergen. Han er fortsatt interessert i faget sitt, følger godt med og er regelmessig å se i Det Medisinske Selskap. Han går sine daglige turer i Fjellveien, rundt Storetveitmarken eller rundt Tveitevannet. Sin musikkinteresse fra studenttiden har han bevart og går regelmessig i Grieghallen og hører Bergen Filharmoniske Orkester.

En sprek og vital gentleman.



# Ovesterin® østriol

## Noen plager i overgangs- alderen er helt unødvendige

- behandling med reseptfritt  
Ovesterin® (østriol) er effektivt



### Ovesterin® 0,5mg Vagitorier 15 stk Ovesterin® Vaginal Krem 01% m/applikator 15g

Ovesterin® inneholder østriol, som er et av de kvinnelige hormonene (østrogenerne) som kroppen produserer.

Til lokal behandling i skjeden av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen.

Under og etter overgangsalderen (klimakteriet) går østrogenproduksjonen ned. Kvinner kan da få plager som irritasjoner og tørrhet i skjeden, smerter under samleie, tilbakevendende urinveisinfeksjoner og urininkontinens.

Ovesterin® vagitorier og krem er hormonerstatningsbehandling som kan brukes for behandling av slike plager.

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

### Ovesterin® vaginalkrem (østriol)



### Ovesterin® vagitorier (østriol)



Navamedic ASA  
E-post: [infono@navamedic.com](mailto:infono@navamedic.com)  
[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

 Navamedic



- Ingrid Langen,
- Rikshospitalet,
- ingridla@hotmail.com



Positiv graviditetstest, kvinnen testet heldigvis negativt for Ebola

# “We love children”

Freetown 02.01.15

**Jeg har hørt det så mange ganger i afrikanske land. Barn tas varmt imot i storfamilien. Til enhver tid er 4 prosent av befolkningen gravide i Sierra Leone. Helsetjenesten var før ebolaepidemien vurdert som en av verdens dårligste.**

## Sårbare gravide

I hvilket øyeblikk i livet er man mest sårbar? Til vanlig tar jeg mot norske fødende, de fleste friske, noen syke. Mange opplever sitt mest sårbare øyeblikk i livet. Jeg er nå i Sierra Leone med Leger Uten Grenser. Målet er å etablere et ebolasenter med tilbud for gravide og fødende. Det har vært gjort forsøk før, men det er lagt

bort fordi man ikke har funnet løsninger. Forklaringen er enkel, risikoen er for stor for helsearbeiderne og prognosen for dårlig for mor og barn. I en ebolaepidemi innstilles nesten all kirurgisk aktivitet og prosedyrer som involverer kroppsvæsker. I fostervann og morkake er det ekstremt høy viruskonsentrasjon. Mange helsearbeidere er døde i Sierra Leone, mange har jobbet

med fødsler. Av de 120 legene i landet før epidemien er 11 døde. Selv i Norge, med verdens høyeste legetetthet, ville man merke det om 10 prosent av oss ble borte.

## Ebola og fødsel

Men barna kommer, kvinnene føder. Få klinikker tar i mot fødende, og har de det minste av symptomer blir de enten plassert



i et "venteområde" eller avvist, overlatt til seg selv i sitt mest sårbare øyeblikk. Hvis den gravide er smittet av ebola og føder hjemme er det en ekstrem risiko for smitte av andre i nærheten. Boligområder med mistenkte smittetilfeller settes i karantene med militær bevoktning. Noen hentes og tvinges inn i "venteområder". Der er det minimalt tilsyn, i realiteten venter man på døden.

### **Et barn dør alene**

Som ledd i kartleggingen har jeg jobbet på et annet ebolasenter. Der har man disse to ukene tatt i mot tre gravide. Alle døde. Tidligere i uka kom en ambulanse med en 8 dager gammel baby. Omstendighetene er uklare, men sannsynligvis er begge foreldrene i et "venteområde" eller ebolasenter. Barnet ble tatt vare på av andre, men begynte å blø

fra munnen. Hun ble båret inn i avdelingen for mistenkte tilfeller av en fremmed med tildekket ansikt og gul drakt, lagt på en madrass på gulvet i eget avlukke. Ei flaske med kald morsmelkerstatning stod klar, og alle som gikk inn i høyrisikoområdet forsøkte å gi henne mest mulig av svært dyrebare minutter. Nummeret hennes var strøket av tavlen da jeg kom tilbake på morgenen. Hun døde alene i løpet av natta. Ingen vet hva som har skjedd med jordmoren som tok imot henne eller familien hennes.

### **Lindrende omsorg**

Tallene er små, men så langt er det ikke registrert at noen barn har overlevd når en gravid blir smittet. De dør i magen eller kort tid etter fødsel. Det er kun enkelttilfeller der gravide har overlevd. I går kom det inn en pasient gravid i åttende måned, hun fødte

et dødt barn i går og ligger nå for døden. Det er ubeskrivelig å jobbe i et prosjekt hvor jeg som fødselsmedisiner først og fremst kan bidra med lindrende omsorg. Sårbarhet er ikke dekkende for situasjonen hvor man har en dødelig sykdom, skal føde et dødt eller døende barn og blir avvist av de som vanligvis hjelper syke og fødende. Nå i romjulen tenkte jeg på julesangen Mariavise, "Når livet blir til må det elskes, og elskes fordi det er til" (Hans-Olav Mørk). Om det så bare er i åtte dager. Vi håper å ta imot, lindre, hjelpe og i hvert fall holde noen hender, med to par hansker.



*Ingrid sammen med venn og kollega i Malawi*



*Mange kom ikke levende ut fra dette området,*



*En gruppe ansatte på vei inn i høyrisikozonen*



*Utstyret er varmt midt på dagen*

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

# GYNEKOLOGEN BESØKER LANDETS FØRSTE OG ENESTE UNIVERSITETSUTDANNELSE I SEXOLOGI.

## Først litt historie

Universitetet i Agder (UIA) er Norges 7. universitet. Det er lokalisert i Kristiansand og Grimstad med henholdsvis 8000 studenter i Kristiansand og 3000 i Grimstad. Universitetet har 686 vitenskapelig ansatte. Opprinnelsen til dagens universitet er Kristiansand lærerhøyskole fra 1839 og Agder distriktshøyskole fra 1969. UIA fikk universitetsstatus i 2007.

Sexologiundervisning her til lands begynte så smått med professor Berthold Grunfeldt og psykolog Tore Langfeldt, som begge underviste ved medisinstudiet i Oslo fra 70 tallet.

I 1978 ble Nordic Association for Clinical Sexology stiftet. Dette er en organisasjon for nordiske sexologer for å fremme vitenskapelig utveksling og praktisk samarbeid innen sexologi. I 2001 ble sexologi et fag ved høyskolen i Agder og fra 2007 altså et universitetsfag.

Primus motor for innføring og opprettelse av Sexologi som universitetsfag ved UIA har uten tvil vært ekteparet Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad. Begge er kjent som sexologer langt utenfor Sørlandet og Norge. De er begge landets første og eneste professorer i sexologi og ble utnevnt til professorer ved UIA i 2012. For helsepersonell generelt og

gynekologer spesielt er mangel på reell kompetanse innen sexologi et problem i den kliniske hverdagen. Så vidt jeg vet er ingen norsk gynekolog spesialutdannet i klinisk sexologi. Gynekologen bringer her et lite innblikk i sexologistudiet.

## Morgenstemning

Vi var heldige og fikk en avtale med professorene Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad om å overvære forelesninger en fredag formiddag og lage et lite intervju mellom forelesningene. En litt kald og tidlig marsmorgen ankom jeg som en av de første denne dagen til et flunkende nytt og flott universitetsbygg. Stort, lyst, glass, metall og tre. Spannende arkitektur og høyt under taket, men ennå ingen studenter. God kaffebar med utmerket espresso.

I auditoriet hvor forelesningen skulle holdes hadde første student ankommet. Også han med en kaffe i pappkrus. Dette var kollega og allmennlege Nils Erik Hatlem fra Drammen. Han er inne i siste av i alt 10 ukesamlinger, fordelt på 2 år. Utenom har han full jobb i DPS Drammen. Han har permisjon med lønn fra DPS og han finner videreutdanningen i sexologi meget relevant både som allmennlege og i sin jobb i DPS.

## Forelesning

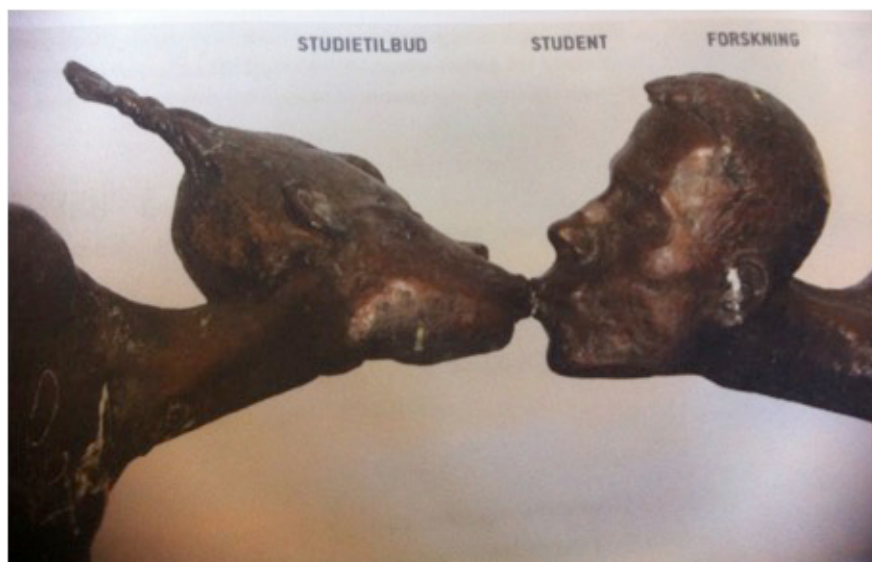
Første forelesning var ved Professor Elsa Almås; BEHANDLING AV VAGINISME. Vi fikk en utfyllende og saklig gjennomgang om hva vaginisme «kanskje» er. Alt dokumentert med henvisning til internasjonale studier. Vaginisme ble første gang beskrevet av Trotula av Salerno i 1547 e.Kr. En definisjon er: Ufrivillig og smertefull spastisk sammentrekning i den vulvovaginale kanal. Prevalens er angitt til fra 5- 15%, Etiologi er sammensatt og spenner fra candidavaginit til overgrep, nevrologisk sequele og lichen blant flere. Behandlingen spenner derfor fra sopp-kur, fysioterapi, masturbasjon, desensitivisering, samspill med partner, medisinsk smertebehandling til HRT (Husband Replacement Treatment).

Auditoriet var aktivt med i undervisningen med gode og engasjerte innspill. Undertegnede ble også spurt om min erfaring med vaginisme og jeg må si som sant er at den er helt minimal.

## Elsa og Espen Esther

I pausen før neste forelesning ble det tid til et kort intervju med professorene Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad. Vi fikk tatt et par bilder av professorene foran et nydelig maleri av Sørlandskunstneren Kjell Nupen. Vi slo oss ned i kaffebaren med en kaffe latte denne gangen og her gjengis det viktigste av det jeg lærte om





Sexologi Universitetet i Agder



Professorene Esben Esther Pirelli Benestad t.v og Elsa Almås t.h.

sexologistudiet ved UIA i løpet av 15 minutters hyggelig samtale med Elsa og Esben Esther.

Dette er det 7. kullet som uteksamineres og det blir nytt opptak med oppstart høsten 15. Studiet går over to år og nye kull tas derfor opp annethvert år. Undervisningen er lagt opp med til sammen 10 ukesamlinger fordelt på disse to årene. Studiet gir 60 studiepoeng og kvalifiserer til å arbeide som sexologisk rådgiver, behandler, videreformidler av sexologisk kunnskap og videre forskning på sexologi. Det tas opp 35 studenter annethvert år av en søkermasse på 150.

### Ingen gynekologer

Opptakskravene er minimum 3-årig helse -og / eller sosialfaglig utdanning på høyere nivå, og minst 1 års yrkespraksis fra pasient/klientarbeid etter fullført utdanning. Alderen på studentene varierer fra 27 til 60 år. Studentene må underveis i studiet være i minst 50% stilling med klinisk relevant arbeid ved siden av studiet. Det tilstrebes at minst 3 ulike faggrupper er representert blant studentene. Det er flere leger som har tatt og tar utdanningen, men foreløpig ingen gynekologer! Studentene må gjennomføre 3 ulike eksamener hvorav to som hjemmeoppgave

i gruppe med muntlig fremleggelse i plenum og med karakter bestått/ikke bestått, og en 5 timers skriftlig individuell skoleeksamen med graderte karakterer fra A til F. Studentene rekrutteres fra hele landet samt Danmark.

Det er de nevnte professorene Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad samt Psykologspesialist Rikke Pristed fra Danmark som er ansvarlige for undervisningen. I tillegg inviteres gjesteforelesere, blant annet urologi-kollega dr. Klem og hollandske dr. Gianotten som er obstetriker og foreleser om sykdom og seksualitet, og høyskolelektor Venke F. Johansen.

Etter denne pausen med innlagt intervju fikk jeg delta i mesteparten av Esben Esthers forelesning:

### Medikamenter og seksualitet

Dette var en oversiktlig og didaktisk gjennomgang av medikamenter med innvirkning på seksualitet. Medikamenter som spenner fra canesten, Viagra, antidepressiva, p-piller til testosteron gel og mange flere. Også her ble det henvisning til forskning og resultater fra anerkjente studier.

Så måtte jeg si takk for meg og en

spennende og lærerik formiddag og haste tilbake til gyn. Poliklinikk. Kanskje ser jeg en pasient med vaginisme? Eller en pasient som savner libido og kunne ha nytte av tilskudd med testosterongel?

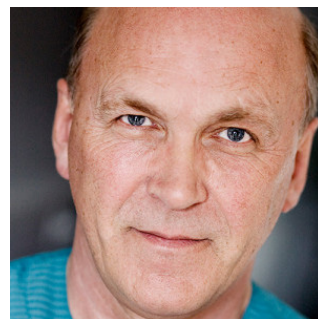
Jeg fikk et særdeles positivt inntrykk av sexologiundervisningen ved UIA og ildsjelene Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad. Gynekologer burde komme på søkerlisten til sexologistudiet.



Høyt under taket og lyse lokaler. f.å studenter



- Terje Sørdal
- Gynekolog og medisinsk ansvarlig ved Medicus i Trondheim



# Nye teknologier innen assistert befruktning

**Assistert befruktning er et felt i stadig utvikling. Nye metoder, medisiner og teknologier tas jevnlig i bruk både i inn- og utland. Noen viser lovende effekt, andre er vi mer usikre på. Som gynekolog i privat praksis kan det være vanskelig å rådgisere pasienter rundt hva de skal satse på og av behandlingstilbud rundt omkring i inn- og utland. Som en hjelp til dette tenkte jeg her å skrive litt om noen av metodene og hvordan disse er dokumentert. I tillegg har jeg lyst å fortelle om to innovative teknologier vi har tatt i bruk ved Medicus i Trondheim som vi håper kan gjøre at vi hjelper enda flere par enda raskere til en graviditet.**

## **Stimuleringsprotokoller – tradisjonelle og nye metoder**

Mye har skjedd siden oppstarten når det gjelder stimuleringsprotokoller ved assistert befruktning. Det som tidligere var en behandling med mye bivirkninger og lang varighet er blitt kortere, enklere og mer skånsomt.

Fortsatt bruker mange klinikker såkalt "lang protokoll", nedregulering av hypofysen med GnRh - analog. Forbehandlingen som ofte strekker seg over 2 - 3 uker gir mange kvinner betydelige bivirkninger i form av nedstemthet, heteplager og andre symptomer som vi ellers kjenner fra kvinner i menopausen. Dette skyldes den lange perioden med lave østrogenverdier som kjennetegner denne protokollen. Mer "moderne" klinikker bruker GnRh - antagonist til å få kontroll med LH - hormonet. Behandlingen starter da på en av de første dagene i kvinnens syklus og varer sjelden mer enn 14 dager før eggene

kan hentes ut. Altså vesentlig kortere behandlingsperiode og uten de samme bivirkningene som skyldes den langvarige nedreguleringen med agonist.

Det siste på markedet når det gjelder selve stimuleringen er langtidsvirkende FSH, et preparat som settes som en injeksjon tidlig i syklus og som stimulerer eggutviklingen i 7 dager. Altså en injeksjon i stedet for 7. En enklere og mer skånsom måte å stimulere til eggutvikling som vi ofte velger å bruke. Stimuleringsprofilen er også mer fysiologisk, med høyest effekt tidlig i syklus og synkende etter hvert som follikkeltilveksten kommer i gang.

## **Skraping av endometrie**

Nye studier viser at det å provosere livmorslimhinnen (på engelsk "endometrial scratching") hos kvinner som skal gjennom IVF-behandling kan øke sjansene for å bli gravid med opptil 40 %. Om det er sirkulatoriske, immunologiske

eller inflammatoriske endringer i livmorslimhinnen som gir denne økte sjansen er det foreløpig ikke konkludert med.

Ved en såkalt 'scratching' skraper livmorslimhinnen med en pipelle. Resultater viser at det ofte oppstår graviditet også etter andre prosedyrer som kan ha gitt endometrieskade, som hysteroskopi og infertilitetslaparoskopi.

Foreløpig konklusjon er at provosering av livmorslimhinnen sannsynligvis øker sjansen for å bli gravid.

## **Assisted hatching**

Assisted hatching er ikke tillatt i Norge. En del par reiser til Danmark og får tilbud om dette der. Det går ut på at man lager et litt brudd i eggskallet ved bruk av laser for å hjelpe egget å «klekke», noe som er nødvendig for videre utvikling. Den siste Cochrane Review omtaler dette som

en «lovende intervensjon», men at flere studier er nødvendig. Så langt har studiene rapportert en knapp signifikant økning i graviditetsrate, men ikke flere barn.

### Nye teknologier tilgjengelig i Norge

Vi ved Medicus i Trondheim har som første fertilitetsklinikk i Norden nå tatt i bruk to teknologier som på hver sin kant optimaliserer behandlingsforløpet; embryo overvåkes og analyseres av den høyteknologiske Eeva-testen og tilsynelatende normale, men døende sædceller separeres ut ved hjelp av Macs.

### Utvelgelse av embryo med Eeva

En av de største utfordringene når det gjelder å bli gravid ved IVF er utvelgelsen av det riktige embryoet for tilbakeføring til kvinnens livmor. Vanligvis velger embryologen ut hvilket embryo som skal settes tilbake i kvinnens livmor basert på undersøkelse av embryoet i et mikroskop på visse tidspunkt i løpet av noen dager. I det senere har det kommet teknologi som tar bilder av embryoene ved jevne mellomrom slik at man kan spille det av som en video. Embryologen kan se gjennom videoen og bruke den som tilleggsinformasjon for å gjøre et bedre valg.

Eeva er det første og eneste systemet som er godkjent av amerikanske FDA for å hjelpe embryologer å identifisere det beste embryoet for tilbakeføring til kvinnens livmor. Eeva er en vitenskapelig basert og klinisk validert test som identifiserer embryoene som har det største utviklingspotensialet. Gjennom bruk av patentert programvare og avansert bildeteknologi analyserer Eeva-systemet automatisk embryoutviklingen ved bruk av celledelingsparametere. Dette gjøres ved at systemet tar ett bilde av embryoene hvert 5. minutt og registrerer når de befructede embryoene deler seg videre til 2-celle, 4-cellestadiet. Denne informasjonen brukes deretter til å vurdere utviklingspotensialet til hvert enkelt embryo og forteller til slutt embryologen hvilke av embryoene som har utviklet seg normalt. Resultatet er nyttig og objektiv informasjon som hjelper embryologene med å velge ut de beste embryoene.

Med Eeva-systemets analyse av hvert



Eeva klassifiserer embryoene som grønt, oransje eller gult basert på bildeanalyse gjennom to døgn. De med grønt har høyest sannsynlighet for å utvikle seg videre. Klassifiseringen og videoen som blir generert kan embryologen bruke for å ta beslutning om hvilket som skal settes tilbake.

embryos utviklingspotensial kan klinikken dermed optimalisere behandlingen og øke parets sjanse til å bli gravid.

MACS – en metode for å separere ut døende sædceller

Hvis et par ikke blir gravid, eller graviditeten stopper opp tidlig selv om kvinnen har fått satt tilbake et godt embryo, kan det være fordi egget ble befructet med en unormal sædcelle.

Det er da MACS kommer inn i bildet. I alt vev, også testiklene, foregår cellevekst og celledød (apoptose). Blant sædcellene som brukes ved assistert befructning vil et høyt antall kunne være i et eller annet stadium av celledød. Noen vil være så tidlig i prosessen at de ikke skiller seg ut fra normale sædceller, og vil dermed kunne bli valgt ut til å befructe egget. Egg som er befructet med sædceller i celledød vil ikke utvikle seg normalt og gir ikke opphav til barn.

Noen kvinner opplever gjentatte spontanaborter eller kjemiske graviditeter, mens andre ikke blir gravide på tross av at de har fått tilbakeført høykvalitets embryo flere ganger. MACS vil hjelpe oss med å unngå at dette skjer, om årsaken er sædceller i celledød. Teknologien gjør at unormale sædceller blir holdt tilbake i en kolonne ved hjelp av en magnetfelt, mens

de normale sædcellene passerer uhindret gjennom og samles opp. Disse normale sædcellene brukes så videre til å befructe egg.

Vi har noen grupper vi anbefaler denne behandlingsmetoden til. Det kan være par som har fått satt tilbake høykvalitets embryo uten å bli gravid, som har hatt flere kjemiske graviditeter eller tidlige spontanaborter etter IVF. Vi tror at vi ved hjelp av disse teknologiene både kan hjelpe flere å bli gravid, og hjelpe flere til å bli gravid raskere.



En skål med embryo plasseres under Eevas' kamera.



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

Ingen skal behøve å leve  
og bo på toalettet

**Betmiga® 50 mg**  
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 spasmodikum.** 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 begrensede data fra pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>) og det anbefales en dosereduksjon til 25 mg for denne pasientgruppen. Tabellen viser anbefalt daglig dose for pasienter med nedsatt lever- eller nyrefunksjon ved fravær og tilstedeværelse av sterke CYP 3A-hemmere.

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

<sup>1</sup>Lett: GFR 60–89 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Moderat: GFR 30–59 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Alvorlig: GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>.

<sup>2</sup>Lett: «Child-Pugh» klasse A. Moderat: «Child-Pugh» klasse B.

**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 innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Nedsatt lever- og nyrefunksjon: Se Dosering. **Hypertensjon:** Preparatet er ikke evaluert hos pasienter med alvorlig, ukontrollert hypertensjon (systolisk blodtrykk f180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk f110 mm Hg), og anbefales ikke til denne pasientgruppen. Det foreligger begrensede data fra pasienter med hypertensjon trinn 2 (systolisk blodtrykk f160 mm Hg eller diastolisk blodtrykk f100 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. itraconazol, 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 tioridazin, antiarytmika type 1C (f.eks. flekainid, propafenon) og trisykliske 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 digoksidosen for å oppnå ønsket klinisk effekt. Det bør tas hensyn til muligheten for at mirabegron kan virke hemmende på P-gp ved kombinasjon med sensitive P-gp-substrater, som f.eks. dabigatran. Økt eksponering for mirabegron forårsaket av interaksjoner kan være forbundet med forhøyet puls. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som som prøver å bli gravide. **Amning:** Bruk under amning bør unngås. **Bivirkninger:** Vanlige (1/100 til <1/10): Hjerterkar: Takykardi. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Mindre vanlige (1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerterkar: Palpitasjon, atrieflimrer. Hud: Urticaria, utslett, inkl. makuløst og papuløst utslett, pruritus. Infeksiøse: 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 <1/1000): 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. 23.01.2015): **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 neurogen blære med lekkasje (urgeinkontinens). **Refusjonskode:** ICP: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vilkår:** Ingen spesifisert. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 11.2014. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 04.12.2014

Astellas Pharma | Solbråveien 47 | 1383 Asker | Telefon 66 76 46 00 | Faks 66 90 35 20 | kontakt.no@astellas.com | www.betmiga.no | www.astellas.no



Risa Anna Margaretha Lonnée-Hoffmann disputerte 16.april 2015 for Pd.D.-graden Ved Norges Teknisk og Naturvitenskaplige Universitet med avhandlingen



# Kirurgi for bekkenbunndysfunksjon: Risikofaktorer og effekt på seksualfunksjon

Dysfunksjon i bekkenbunnen hos kvinner inkluderer tilstandene underlivsfremfall og urininkontinens av typen stressinkontinens. Disse tilstandene kan opereres, og hovedformålet med slike operasjoner er å forbedre kvinnes livskvalitet, inkludert seksualfunksjonen. Det finnes få studier som undersøker forekomst av bekkenbunnskirurgi. Risikofaktorer for både bekkenbunndysfunksjon og kirurgisk behandling av tilstanden antas å være økende alder og antall vaginale barnefødsler. Vi vet mindre om ikke-obstetriske risikofaktorer. Nyere forskning tyder på at kirurgisk behandling av bekkenbunndysfunksjon kan forbedre seksualfunksjonen hos de opererte kvinnene, men vi vet stort sett ikke hvilke faktorer som kan predikere forbedring. Svært få forskere har undersøkt seksualfunksjonen hos mannlige partnere av de kvinnene som er operert for bekkenbunndysfunksjon.

Formålet med avhandlingen var å undersøke forekomsten av kirurgisk behandling av bekkenbunndysfunksjon i et nordisk land og å finne ut om det fantes risikofaktorer som ikke hadde med vaginale barnefødsler å gjøre. I tillegg skulle det undersøkes hvilke faktorer var involvert i forandret seksualfunksjonen blant kvinnelige pasienter som ble operert for bekkenbunndysfunksjon, samt utforske om deres mannlige partners seksualfunksjon forandret seg etter slik kirurgi.

Grunnlaget for beregninger av forekomst og risikofaktorer er hovedsakelig basert på informasjon fra den tredje Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3, data innsamling 2006-8). Dette er en tverrsnittsundersøkelse basert på selvrapporing via spørreskjema og på kliniske undersøkelser. Omtrent halvparten av hele den kvinnelige befolkning over 30 år i dette fylket hadde svart på spørsmål om operativ behandling av bekkenbunndysfunksjon.

I tillegg spurte vi kvinner som ble operert ved St. Olavs Hospital i Trondheim for bekkenbunndysfunksjon og deres partnere om seksualfunksjonen. Dette var en oppfølgingsstudie, der informasjon fra selvrapporerte spørreskjema fra både kvinnene og deres partnere ble samlet inn før og ett år etter bekkenbunnskirurgi. I tillegg gjennomførte vi både før og etter kirurgi en standardisert klinisk undersøkelse av kvinnes bekkenbunn og informasjonen fra pasienten sin pasient journal ble samlet inn.

Blant kvinner over 80 år rapporterte henholdsvis 17 og 7 % at de hadde fått utført operasjon for underlivsfremfall eller urininkontinens. Fra HUNT-3 fant vi at kronisk forstoppelse, overvekt og kronisk obstruktiv lungesykdom økte sjansen både for operasjon for underlivsfremfall og for urininkontinens, i tillegg til økende alder og antall fødte barn. Astma og røyking var kun risiko faktorer for operasjon for urininkontinens.

Blant de opererte pasientene fra St. Olavs Hospital fant vi at seksualfunksjonen i gjennomsnitt hadde forbedret seg ett år etter kirurgi. God generell helse eller urinlekkasje under samleie før operasjonen predikerte forbedring, mens psykologisk stress eller målet å forbedre tarmtømmingen predikerte forverring av seksualfunksjonen. Eldre kvinner med planlagt kirurgi for stressinkontinens hadde større sjanse for forbedret seksualfunksjon og samt de som hadde født mer enn to barn. Postmenopausale kvinner med planlagt kirurgi for descens hadde større sjanse for forbedret seksualfunksjon, sammenlignet med premenopausale. For menn var seksuell drift, ereksjon og tilfredshet med seksuallivet uforandret, mens ejakulasjonen hadde blitt litt bedre. Denne forbedringen syntes å ha sammenheng med det forhold at færre menn opplevde at kvinnene hadde samleiesmerter etter inngrep.

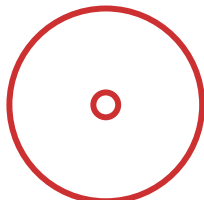
Konklusjonen i avhandlingen er at livstidsrisiko for å bli operert for bekkenbunndysfunksjon er relativt høy også i Norge. Faktorer som øker belastningen på bekkenbunnen var assosiert med høyere forekomst av slik kirurgi. Blant kvinnelige pasienter som ble operert ble seksualfunksjonen bedre hvis de hadde generelt god helse, ingen mentale helseplager, hadde urinlekkasje under samleie før operasjonen eller var eldre. For mannlige partnere var seksualfunksjonen stort sett uforandret eller litt bedre.

## Program for FUGO-kurs i perinatalogi 20. oktober 2015

- 9.45: Registrering med morgenkaffe  
9.55: Velkommen
- 10.00-10.30 Prematuritet. Hvordan vurdere forløsningstidspunkt ved IUGR (Cathrine Ebbing)  
10.30-11.00: Prematuritet. Behandling, utfordringer og prognoser (Hans Jørgen Guthe)
- 11.00-11.15: Pause med frukt/kaffe
- 11.15-11.45: Truende asfyksi – hvor mye haster det? (Jørg Kessler)  
11.45-12.15: Intrauterin asfyksi. Behandling og prognose (Hans Jørgen Guthe)
- 12.30-13.15: LAR-behandling – fordeler og ulemper for mor og barn (Lisa Bjarkø)
- 13.15- 14.00: Lunsj
- 14.00- 14.20: Nyfødtresuscitering. Bakgrunn for algoritme (Hans Jørgen Guthe)
- 14.20-15.20: Praktiske øvelser: Nyfødtresuscitering gruppe 1/CTG kasuistikker gruppe 2 (Guthe/Kessler)
- 15.20-15.30: Pause med kake/kaffe
- 15.30-16.30: Praktiske øvelser: Nyfødtresuscitering gruppe 2/CTG kasuistikker gruppe 1 (Guthe/Kessler)
- 16.30-16.45: Pause
- 16.45-17.30: Smertestillende og beroligende medikamenter i svangerskapet og intrapartum. Hva er trygt for barnet? (Sofia Frost Widnes)



# Kjære FUGO-medlemmer!



## FUGO

Spesialisering og utdanning er i vinden, -og vinden blåser fra flere hold! Både utdanningsstrukturen, tidsperspektivet, nye kurs, faste spesialiststillinger og endring av kravene er hete tema. På Vår møtet i Kristiansand var det en engasjert paneldebatt som involverte bl.a. Legeforeningen, Hdir, Spesialistkomiteen og Lis. Utdanning og evaluering av Lis i de ulike nordiske landene var også tema for NFOG Educational Committees seminar i København i mai. Interessante tema som ulike evalueringsverktøy og metoder for kvalitetssikring ble diskutert. Innføring av evalueringsskjema (f.eks. OSATS), laparoskopisertifisering og eksamen før spesialistgodkjenning kan bli aktuelt også i Norge.

FUGO har forsøkt å sette fokus på den kirurgiske utdanningen for Lis i 2014/2015. Kampanjeperioden for "Gi kniven videre" er nå over, og prosjektgruppen jobber med å runde av med et siste spørreskjema og deretter evaluering. Du kan lese en foreløpig oppsummering av Tiril Tingleff i denne utgaven av Gynekologen.

Årsmøtet 2015 er lagt til Bergen. Vi drar nytte av både obstetrisk og pediatrik kompetanse der og arrangerer i år forkurs i perinatalogi 20.oktober. Programmet er klart, du finner det her i denne utgaven av Gynekologen. Det legges også ut i Kurskatalogen i disse dager.

I juni reiser 2 kandidater til Nederland på ENTOG utveksling, og vi får gleden i et senere nummer av Gynekologen av å høre hvordan Lis har det i andre deler av Europa. Internasjonal erfaringsutveksling er både gøy og viktig.



Vi i FUGO er glade for at utdanning er i vinden! Nå gjelder det å spenne seil og engasjere seg mens vi kan, slik at vi havner i riktig havn. Vi blir lyttet til. Ta kontakt om du har noe på hjertet!

God vår og sommer til alle rundt om i landet!

På vegne av alle i FUGO styret  
Helene Fjeldvik Peterson  
Leder

### Det nye FUGO styret

Helene Fjeldvik Peterson	Leder	ENTOG / NFYOG, LIS Ahus
Erica Hove	Nestleder/webansvarlig	ENTOG, LIS Stavanger
Tiril Tingleff	Kasserer	NFYOG, LIS Ringerike
Thea Falkenberg Mikkelsen	Kursansvarlig	LIS OUS
Cathrine Fiskum	Sekretær	Gynekologen, LIS Namsos
Elise Thorsen Sletten	NGF-sekretær	LIS/pH D Tromsø
Camilla Kleveland	Vara/ Spesialitetskomiteén	LIS Harstad

Rydd plass i kalenderen og meld deg på via NGFs nettside:  
<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/>



Norsk gynekologisk  
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

# Norsk Gynekologisk Forening

## INVITERER TIL ÅRSMØTE I BERGEN 21. – 23. OKTOBER 2015.

**FUGO kurs 20. oktober, tema Perinatalogi (tellende LIS kurstimer)**

**Husk at møtet holdes fra onsdag til fredag i år.**

**Lokal organisasjonskomite ønsker velkommen til Bergen!**

**Frist 15. august**

**Abstract: leveres via NGFs nettside, bruk tilgjengelig mal**

**Saker til generalforsamling og forslag til NGFs hederspris:**

**sendes [jone.trovik@helse-bergen.no](mailto:jone.trovik@helse-bergen.no)**

**Se vedlagt invitasjon og program i denne utgaven av Gynekologen**





# Morris' syndrom

**Vi fortsetter med syndromer innen gynekologien. Denne gangen med Morris' syndrom som nok er mer kjent under betegnelsen 'testikulær feminisering' eller 'androgen insensitivitets syndrom'. Hyppigheten er 1:30.000-50.000 fødsler, altså fødes ett til to barn årlig med tilstanden. Det er en X-bunden recessiv tilstand.**

Kort fortalt dreier deg som en fenotypisk jente med kromosombesetningen 46XY hvor gonadene er testikler, men hvor fosteret utvikles til jente på grunn av mangel på testosteronreseptorer som gjør kroppen ufølsom for testosteron. Testiklene produserer også AMH (Anti Müller hormon) som bevirker at de Müllerske strukturer tilbakedannes i fosterlivet. Hun har derfor ikke uterus og vagina, eller bare en meget kort vagina.

Det finnes partielle og komplette former for androgen insensitivitet som forkortes til respektive PAIS og CAIS. De fleste bruker bare forkortelsen AIS. (Min prinsipielle holdning til slike forkortelser er at de bare skal brukes i en indre krets hvor alle vet hva det dreier seg om. Ellers virker forkortelser ekskluderende, men det er en annen sak).

Som gynekologer er det sannsynligvis bare den komplette tilstand vi ser. Den inkomplette form med virilisering avslører seg tidligere, og barnet henvises til barneendokrinolog. De ikke descenderte testikler kan vise seg som bilaterale hernier i tidlige barneår. Hernier hos jenter er uvanlig, man må tenke på syndromet. Gynekologer får henvist disse jenter på grunn av primær amenore. Diagnosen kan for den observante være lett å stille. Det er høye, flotte jenter med brede skuldre, velutviklede bryster og smale hofter. De har ikke aksillebehairing eller pubesbehairing, men hvilken ung jente har for øvrig det i dag? Man må høre om de fjerner kjønns hår. Manglende kjønns hår forklares ved at testosteron er nødvendig for hårveksten, og uten reseptorer blir det ingen stimulasjon. Brystutviklingen forklares ved at testosteron (som er i øvre del av normalområdet for menn) omdannes til østradiol. En forsiktig gynekologisk undersøkelse vil avsløre at vagina er kort, og evt. supplerende ultralyd vil vise fravær av uterus.



Som det er rutine ved tilstedeværende Y-kromosom hos jenter, må gonadene fjernes på grunn av risiko for malignitet. Ved Morris' syndrom er risikoen ikke så stor (25 %) og evt. utvikling kommer senere enn ved andre tilstander med Y-kromosom. Gonadektomi kan vente til brystutviklingen er komplett, kanskje ved 16-18 års alderen. De bør deretter substitueres med østrogen (uten gestagen da de ikke har uterus). Informasjon er en utfordring. Tilstanden er sjelden, så jeg har ikke stor erfaring. Jeg mener at det ikke skal skjules at de har et Y-kromosom, men man bør

gå forsiktig frem med informasjon. Jeg starter med å fortelle at de har en kjønnskirtel som ikke fungerer normalt, at det er risiko for ondartet utvikling, og at den derfor bør fjernes. De må vite at de ikke har livmor. Senere når de har etablert sin kjønnsidentitet, kan man opplyse om kromosomforholdene; at de har et Y-kromosom som ikke kan utøve sin virkning. De bør få tilbud om psykologisk hjelp. Med hensyn til deres korte vagina, så vil den tøye seg ved samleie. Det er ikke nødvendig med operasjon.

Noen vil reagere på informasjon om kromosomforholdene med: 'Da er jeg altså en mann'. Jeg svarer: 'Når du ser deg selv i speilet, ser du da en mann? Andre kvinner vil bli maskuline ved tilførsel av mannlig hormon, det biter ikke på deg. Kvinner med Morris' syndrom ses blant de flotteste jenter på 'cat walken'. Ikke tvil om at du er en kvinne.'

Hvem var så John Morris? En amerikansk gynekolog som i 1953 beskrev syndromet ut fra 82 rapporterte tilfeller, inkl. to av hans egne pasienter.



- Birgitte Mitlid-Mork og Nina Kemi
- Begge LIS ved OUS.

# 2nd Oslo Endoscopic Winter Meeting

## 5.-8. mars 2015

For andre gang ble Oslo Endoscopic Winter Meeting arrangert på Quality Hotel & resort Norefjell. Som relativt ferske i faget, men med stor interesse for endoskopisk kirurgi, ble vi fristet av programmet som la opp til spennende foredrag og diskusjoner og ikke minst skimuligheter. Med høye forventninger satte vi kurs mot Norefjell. Det var lagt opp til hele dager med foredrag og diskusjoner, en god skipause midt på dagen og deilig middag på kvelden. Prikken over i'en var selvsagt GEs årlige slalomkonkurranse og banketten på lørdag kveld.



Det var en imponerende deltagerliste med 150 deltagere fra Norge, Nederland, Belgia, Tyskland, Danmark, Sverige, Østerrike, Australia, USA og England. Arrangementskomiteen hadde uten tvil gjort en svært god jobb med å sette sammen årets program. Det var flere store navn innen endoskopisk kirurgi som i år hadde funnet veien til Norefjell, Jon Ivar Einarsson (Harvard University), Jacques Donnez og Michel Canis for å nevne noen. Som nevnt et variert program, så et

fullstendig referat skal vi ikke forsøke å begi oss ut på.

Det temaet som uten tvil skapte mest debatt og oppmerksomhet var morcellering og om dette fortsatt har en plass i endoskopisk kirurgi. Dette var ingen stor overraskelse etter at FDA i april 2014 frarådet bruk av morcellering ved fjerning av uterus eller myomer grunnet risiko for spredning av uoppdaget cancer. Selv om vi i Norge ikke har merket så mye til dette enda, har det

for kirurger i bl.a. USA blitt umulig å bruke denne teknikken. Konsekvensen av dette er at både kirurger og de store produsentene innen operasjonsutstyr nå jobber for fullt med å utvikle nytt og bedre utstyr. Professor Einarsson presenterte på møtet en ny type morcellator som han har utviklet hvor all destruksjon av vev foregår inni en lukket pose. Det skal bli spennende å følge denne utviklingen videre.



Vinnere av slalomkonkurransen viser med stolthet frem medaljene



Foredragsholdere Donnez og Einarsson



God stemning under bankettmiddagen

Et annet interessant tema er kampen mellom tradisjonell endoskopisk kirurgi og robotkirurgi. Dette skapte også stort engasjement i salen, men uten de mest aktive robotkirurgene til stede så var det vel ingen tvil om hvilken side som vant denne diskusjonen i år.

Etter mange timer med foredrag var det nok mange som gledet seg til en tur i alpinbakken eller i langrennssporet. Arrangementskomiteen hadde avtale med

værgudene som sørget for strålende forhold. Som tidligere stilte GE opp som arrangør av lørdagens slalomkonkurranse. Dette vekket helt klart konkurranseinstinktet hos flere enn undertegnede. Her var det full gass fra samtlige deltagere og en svært aktiv heiajeng i målområdet. Helgen ble så avrundet med en fantastisk bankett til langt ut i de små nattetimer.

Det var to svært fornøyde LIS som satte seg i bilen tilbake til Oslo på søndagen. Det å

få delta på disse møtene gir ny motivasjon og inspirasjon for å jobbe videre. Vi vil oppfordre flere LIS til å melde seg på neste kongress 9.-12.mars 2017. Dette er en unik mulighet til å få et bedre innblikk i hva som rører seg innen faget vårt, men også å knytte nye bekjenskaper og kontakter. Foruten alt det faglige fra helgen, så lærte vi at det er en ting som er viktig for en gynekolog: "Helt om natten, helt om dagen"

- Marte M Reigstad, LiS/Stipendiat, OUS
- Kjersti Rimstad, Overlege, Akershus Universitetssykehus

# Alvorlige hendelser i obstetrikken

## – en innholdsrik dag.

**Kursleder Liv Ellingsen. Kursarrangør Nasjonal kompetanetjeneste for kvinnehelse og Den norske legeforening. Rapporten om maternelle dødsfall i Norge, “Hvorfor dør kvinner av graviditet i dag?”**

Liv Ellingsen åpnet kurset med å fortelle om den norske audit gruppen for maternelle dødsfall, som har utarbeidet en rapport (vedlegg til Gynekologen, 4- 2014/ se NGFs hjemmeside). Av 67 dødsfall i Norge mellom 1996-2011 hadde 35% indirekte årsaker, resten var direkte relaterte til svangerskapet, hvorav preeklampsi og HELLP var den ledende dødsårsak. Av de indirekte årsakene var kardiovaskulære dødsfall vanligst. Lærdom fra disse sakene er viktig, ikke bare i lys av de faktiske mødre-dødsfall, men også fordi de samme faktorene forårsaker også mødremorbiditet, noe som ikke er registrert i like stor grad som mortalitet. Det er, på grunn av økende alder, økende immigrasjon og økt BMI, flere risikogravide nå enn tidligere. Auditgruppen har utviklet en rekke kliniske anbefalinger basert på sitt arbeid, som finnes i rapporten. Konklusjonen var «Do not presume normality, confirm it».

### Stopp krana!

Lill Trine Nyfløt snakket utfyllende og engasjert om alvorlige blødninger, og kom med mye ny kunnskap om et kjent tema. Hennes konklusjon var at hovedproblemet vårt ved alvorlige obstetriske blødninger er at det er «too little, too late». Viktige innspill til behandling var å behandle anemi antenatalt, gjerne med i.m. injeksjoner av jern, være forberedt intra- og postpartum: FORUTSE PROBLEMER. Hun minnet også om at observasjon underveis er viktig, siden unge friske kvinner kompenserer lenge. Hun listet opp MEOWS (Modified Early Obstetric Warnings Signs) og anbefalte bruk av observasjons-skjema for vitale tegn (se

vedlagt bilde). I følge NICE guidelines skal avnavling skje mellom 1 og 5 minutter post partum, som en del av «mixed management» i tredje stadium.

Når det gjelder medikamentell behandling for post partum blødninger, er den aller viktigste behandling profylaktisk oxytocin, som er vist å redusere risiko for post partum blødning med 60%. Tilleggseffekt av cytotec er minimal, og er ifølge Nyfløt unødvendig når oxytocin allerede er administrert. Avslutningsvis ble videre behandling av blødning og sjokk gjennomgått.

### Dr Robson om “The Abnormally Invasive Placenta”

Professor i fostermedisin Stephen Robson fra Newcastle Universitetet, var hentet inn fra England og holdt et drivende godt og omfattende foredrag om «The Abnormally Invasive Placenta (placenta creta)» (AIP). Han påsto at «loosing a mother by placenta per/increta without diagnosing it prior to surgery is a complete system failure». Første del omhandlet diagnosestilling av placenta percreta og increta. Han gjennomgikk nøye eksisterende litteratur, klassifisering og risikofaktorer, før han gikk over til å vise hvordan man best stiller diagnosen AIP (vi fikk se mange bilder og en rekke ultralyd videoer). Fire viktige ultralyd funn ble beskrevet: 1) lakuner med flow 2) manglende hypo-ekkogen retroplacenta sone 3) Uregelmessig uterus-blære overgang 4) Uregelmessig placenta vaskularisering. Det er relativt stor diskrepans i rapportert forekomst, og i forekomst av risikofaktorer (i hans

materiale hadde 95% av pasientene med AIP enten tidligere sectio, placenta previa eller begge deler, mens i et materiale fra USA var forekomst av disse to risikofaktorene litt under 70%). Han mente at alle kvinner med tidligere sectio og lavtliggende placenta bør screenes for AIP i uke 20.

### Hjertesyke gravide - en 9 mnd lang joggetur!

Anne Sofie Letting snakket om hjertesyke gravide; «å bli gravid med et sykt hjerte, er omtrent som en kontinuerlig joggetur i 9 mnd». Den fysiologiske anemien tåles dårligere av hjertesyke kvinner, og det er flere hjertesyke nå enn tidligere på grunn av en landskapsendring:

- Teknologiske fremskritt og bedre overlevelse blant barn og unge, Grown Ups with Congenital Heart defects (GUCH). (16 000 er nå voksne behandlet for medfødte hjertefeil i Norge)
- Immigrasjon fører til at vi har flere innvandrere med reumatisk hjertesykdom som barn.
- Autonomi: eldre gravide.

GUCH er en heterogen gruppe, og skal følges opp og får nøye prevensjonsveiledning, prekonseptuell veiledning (tidspunkt for graviditet). Bør til utredning før svangerskap planlegges (skal de ha ablation før graviditet, trappe ned teratogene medikamenter, etc). I tillegg bør noen kanskje ikke være for gamle før de får barn.

Når det gjelder forløsningsmetode kan de



fleste kvinner med GUCH føde vaginalt. Det samme gjelder de fleste kvinner med hjertesykdom. Forutsetningen er for de fleste spontan fødselsstart, at man tar hensyn til vena cava syndrom og unngår langvarig ryggleie. Alle hjertesyke gravide i fødsel skal ha venefflon og ringer etablert, CTG/STAN overvåkning, og for en del er det aktuelt med trådløs telemetri. Adekvat smertelindring med EDA er en fordel, og man har lavere terskel for vakuumpump og tang for å unngå langvarig trykktid. Det ble også presisert at disse pasientene har høyest mortalitet post partum, spesielt ved kardiomyopati, aortadilatasjon og pulmonal hypertensjon.

Den gruppen hjertesyke gravide som anbefales keisersnitt er: Pasienter med Marfan syndrom med aortadiameter over 45mm, pasienter behandlet for aortadisleksjon, med svært alvorlig hjertesvikt eller de som står på Warfarin behandling. For øvrig kom det nytt kapittel i veilederen i 2014, og fra 2016 har Rikshospitalet OUS landsfunksjon, hvor pasientene behandles av et tverrfaglig team.

Take Home Message:

1. Planlegg svangerskapet,
2. Tverrfaglig oppfølging
3. Fødsels- og barselplan

### Preeklampsi-enuforsigbartilstand

Björg Lorentzen fortalte om sin gamle sjef i Bodø som sa «de med lave trombocytter og vondt i magen, de er farlige..!» Hun gjennomgikk definisjoner på alvorlighetsgrad av preeklampsi. Man kan ha alvorlig preeklampsi hvis man har symptomer på det, uten at BT trenger å være over 160/110 eller det er uttalt proteinuri. Hvis kliniske symptomer er tilstede og BT er høyt skal man vurdere induksjon/snarlig forløsning. Blodprøvene forteller oss om pas har fått HELLP og eller DIC.

I den norske auditen var det 15 tilfeller av maternell død på grunn av preeklampsi. Det er viktig å huske at det for hvert mødredødsfall er et antall pasienter vi ikke har statistikk på med alvorlige komplikasjoner. (sequele etter hjerneblødning, organsvikt). Alice

Beate Andersgaard, fant i sin avhandling at 42 % av tilfellene kunne vært unngått ved bedre blodtrykksbehandling, spesielt behandling av det systoliske. Det ble presisert viktigheten av å overvåke BT tett, også og spesielt etter oppstart av antihypertensiva, for å forsikre seg om at man faktisk oppnår god nok BT reduksjon. Ved bruk av intravenøs BT behandling, husk at noen har rask reaksjon på medikamentene, titrer deg frem. Mål for BT behandling: syst: 150 og diastolisk 80-100.

Trolig bør kvinnene forløses tidligere, ved alvorlig PE bør induksjon/forløsning vurderes etter uke 34, evt tidligere, og ved moderat PE bør induksjon/forløsning vurderes etter uke 37. Kliniske anbefalinger er å finne i rapporten til den norske audit gruppen.

Take Home Message:

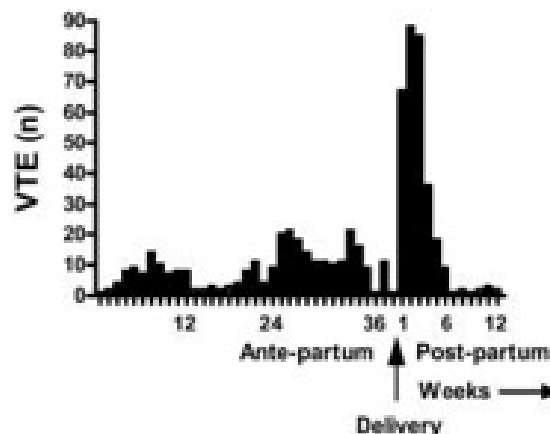
- Klinikken viktigst
- Uforutsigbar tilstand
- Tidlig og sen preeklampsi kan ha forskjellig patogenese
- 40-50% av dødsfallene kan trolig unngås

### Levertilstander i Graviditeten

Björg Lorentzen fortsatte så i kjent stil, med kasuistikker fra sin lange erfaring. Stikkord for disse sjeldne tilstandene, som vi også bør kjenne til var:

1. Intrahepatisk cholestase: Leveraffeksjon i svangerskap, Lorentzen minnet oss på at 6 av 10 intrauterine fosterdød forekommer før uke 37. Anbefalinger er fortsatt induksjon ved uke 37. Et annet viktig moment er at 7 av 10 har annen komorbiditet.

2. Akutt fettlever i graviditet som gir alvorligere symptomer enn HELLP, mor: multiorgansvikt (med samtidig preeklampsi i 30-60%). Barnet kan også affiseres, i form av truende preterm fødsel og risiko for asfyxi. Laboratoriefunn er lav antitrombin,



Distribution of VTE in pregnancy and puerperium  
Number of VTEs per week.  
Jacobsen AF1. Am J Obstet Gynecol. 2008

og tegn på syntesvikt (TG, kolesterol, protein C- er vanligvis høye i graviditet, men ved fettlever kan de være lave). Ammoniakk kan være forhøyet. Leukocytose er vanlig (20-40 g/mmol), samt hypoglykemi.

3. Hepatitter i svangerskapet finnes også: infeksjøs (HAV, HBV, herpes) og autoimmun, PSC og PBC (som sjelden gir problemer i svangerskap).

### DVT og lungeemboli i svangerskap

Anne Flem Jacobsen gjennomgikk temaet som hun har svært god oversikt over. I av 1000 får en venøs trombose i løpet av svangerskapet, og halvparten av tromboser i graviditet kommer i de første seks ukene post partum.

D Dimer har høy negativ prediktiv verdi i svangerskap, i 1 trimester har alle normal D-Dimer, i 2. trimester 40-50% normal D Dimer, mens alle har høy D dimer post partum. Flem Jacobsen viste til veilederen, og også de internasjonale evidensbaserte retningslinjer for hematologer og indremedisinere som i fjor ble oversatt til norsk. Husk å utrede dyspne hos gravide!

### “Do not presume normality, confirm it”

I følge Liv Ellingsen forekom 3 dødsfall i det norske materialet relatert til sepsis. I Storbritannia var 1 av 4 mødre som døde affisert av sepsis, noe som har ført til kampanjer om sepsisbehandling, og det finnes også en egen World Sepsis Day (13. september, så da er det bare å begynne forberedelser!). Stikkord for kampanjen var:

Tidlig diagnose, hurtig start av antibiotika og tidlig inn med bakvakt/erfarne jordmødre.

I det britiske materialet hadde 63% ikke god nok diagnose, oftest sent erkjent diagnose, og hos 82% oppsto sepsis post partum, I av 11 kvinner som døde hadde influensa i UK Audit.

SIRS kriterier er muligens mindre egnet for gravide. Ellingsen anbefalte MEWS skjema til overvåkning av dårlige pasienter eller risikopasienter (puls, bt, resp frekv, temp). Antibiotikabehandling ved sepsis skal startes raskt, og man skal som hovedregel starte med Penicillin 5 mill IE x 4 i.v. kombinert med Gentamicin 5mg/kg/døgn x1 i.v. Konklusjon: Sepsis hos gravide og barselpasienter kan være vanskelig å diagnostisere. Økt oppmerksomhet på sepsis kan redde liv da pasienten får adekvat antibiotikabehandling i tide.

Det Britiske slagordet ble oppsummeringen: «Do not presume normality, confirm it”.

Noen referanser:

Risks of contraception and pregnancy in heart disease. Heart. 2006 Oct; 92(10): 1520-1525. doi: 10.1136/hrt.2006.095240. PMID: PMC1861048

Sara Thorne, Anne MacGregor, and Catherine Nelson Piercy

Eclampsia in Scandinavia: incidence, substandard care, and potentially preventable cases. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(8):929-36. Andersgaard ABI, Herbst A, Johansen M, Ivarsson A, Ingemarsson I, Langhoff-Roos J, Henriksen T, Straume B, Oian P.

Direct maternal deaths in Norway 1976-1995. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(8):856-61. doi: 10.1080/00016340802237067.

Andersgaard ABI, Langhoff-Roos J, Oian P. Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium--a register-based case-control study. Am J Obstet Gynecol.

2008 Feb;198(2):233.e1-7. Jacobsen AF1, Skjeldstad FE, Sandset PM.

**NYHET**

**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, raffineret) fra *Camellia sinensis* (L.) O. Kunze. Blad (blad av grønn te) (45-56:1), som tilsvarende: 50-72 mg/l-epigallocatektingallat, hvit myk parafin, hvit voks, isopropylmyristat, oleylalkohol, propylenglykollimonpatilfosfaat. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) hos immunkompetente pasienter som er 18 år eller eldre. **Dosering:** Voksne: Inntatt 250 mg Veregen, som tilsvarende en stripe med salve på omtrent 0,5 cm (maks. total enkeltdose) påføres tre ganger daglig på alle vorter på eksterne 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 uansett ikke mer enn 16 uker totalt (maks. varighet), selv om det skulle komme nye vorter i løpet av behandlingsperioden. **Advarsel:** En liten mengde Veregen påføres på hver vorte ved bruk av fingrene, 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. Kvinnelige pasienter som bruker tamponger, skal sette inn tampongen før påføring av Veregen. **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 forhøyet leverenzym, bilirubinøkning, INR-økning) skal ikke bruke Veregen på grunn av utilstrekkelige sikkerhetsdata. **Forsiktighetsregler:** Unngå kontakt med øyne, nesebor, lepper og munn. Veregen skal ikke påføres åpne sår eller skadet eller betent hud. Behandling med Veregen anbefales ikke for huden er fullstendig helet etter eventuelle tidligere kirurgisk eller medikamentell behandling. Veregen er ikke blitt undersøkt for behandling av vorter i unntatt eller intravaginale, cervikale, rektale eller intra-ale vorter. Kvinnelige pasienter med kjønnsvorter i vulva bør utvise forsiktighet ved bruk av salven, siden behandling i dette området oftere er forbundet med alvorlige lokale bivirkninger. Utisiktet påføring i vagina må unngås. I tilfelle utisiktet påføring i vagina, vask øyeblikkelig bort salven med varmt vann og mild såpe. Ikke-omsiktlige mannlige pasienter som behandles for vorter under behandlingen, skal trekke forhuden tilbake og vaske området daglig for å forebygge fimose. Ved tidligere tegn til striktur (f.eks. ulcerasjon, 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 infiseres, 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 tilfeller som er forbundet med en reaksjon i utflytningene eller med intense lokale hudreaksjoner som fører til uakseptabelt ubehag eller økt alvorlighetsgrad. Behandlingen med Veregen kan gjennopptas etter at hudreaksjonen er redusert. Dersom det oppstår en lokal vesikulær reaksjon, skal pasientene raskes til å oppsøke lege for å utelukke en genital herpesinfeksjon, sikkerhet og effekt for behandling i mer enn 16 uker eller for flere behandlingskurs har ikke blitt testet. Veregen inneholder propylenglykollimonpatilfosfaat som kan forårsake hudirritasjoner og isopropylmyristat som kan forårsake irritasjon og sensibilisering av huden. Veregen bør vaskes bort fra det behandlede området før seksuell aktivitet. Veregen setter flekker på tøy og sengetøy. **Interaksjoner:** Ingen interaksjonsstudier er blitt utført. Samtidig bruk av annen lokal behandling i området med vorter bør unngås (f.eks. sitrebad, opplyst pått sink eller vitamin E, etc). Samtidig inntak av hydrokortison orale grønn te-ekstraktprodukter (kvekkstikk) bør unngås. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Det er begrenset mengde data på bruk av Veregen hos gravide kvinner. Studier på dyr har vist reproduksjonstoksicitet. Som et forsiktighetsiltak er det anbefalt å unngå bruk av Veregen under graviditet, selv om systemisk eksponering av epigallocatektingallat forventes å være lav etter dermal påføring av Veregen. **Amning:** Det er uklart om Veregen eller dets metabolitter blir skilt ut i morsmelk hos mennesker. En risiko for spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Ingen effekt på nyfødte/spedbarn som ammes er forventet ettersom systemisk eksponering av epigallocatektingallat forventes å være lav etter dermal påføring av Veregen. **Fertilitet:** Det foreligger ikke studier på mennesker. Studier på dyr viser ikke effekt på fertiliteten hos rotter etter dermal (hanner) og vaginal (hunner) påføring. **Bivirkninger:** Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ): Lette lokale hudreaksjoner er knyttet til virkemåten og skal ikke føre til seponering av behandlingen. Vanlige bivirkninger er lokale reaksjoner på påføringsstedet som erytem, kløe, irritasjon (for det meste en svende følelse), smerte, ødem, ulcer, indurasjon og blærer. Disse svårer etter de første ukene av behandlingen. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. **Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ):** Lokale reaksjoner på påføringsstedet, som avskalling, væp, blødding og opphovning. **Blokk/hymfe:** Inguinal/lymfadenitt/lymfadenopati. **Kjønnsorganer/bryst:** Fimose **Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ):** Lokale reaksjoner på påføringsstedet som misfarging, ubehag, tørrhet, erosjon, reiner, hyperestesi, anæstesi, arr, knuter, dermiditt, overfølsomhet, lokal nekrose, tåkygghet og ekskor. **Hud:** Utislett og papulært utislett. **Infeksjoner:** Infeksjon på påføringsstedet, pusler på påføringsstedet, genital herpesinfeksjon, stafylokok- infeksjon, uretritt, vaginal candidiasis, vulvovaginit. **Kjønnsorganer/bryst:** Balanitis, dyspareuni. **Nyre/urinsveier:** Dysuri, hyppig vannlating, polyakiuri. **Bivirkninger:** oppstår med høyere hyppighet under okklusive beitelser. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering. Ved utisiktet 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:** Kvasisærlig: Kjønnsorganer/utvortes bruk, antivirale midler. **Virkningsmekanisme:** Virkningsmekanismen til grønn te-ekstrakt er ikke kjent. Som påvist i ikke-kliniske studier tandler grønn te-ekstrakt veksten av aktiverte keratinocytter ved antioksidative virkninger på påføringsstedet. Den kliniske betydningen av disse funnene er uklart. **Absorpsjon:** Basert på konsistente data fra eksponeringsstudier (topikal påføring av Veregen 15 % og grønn te som drøkke) 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. 458688. Veregen salve, styrke 10%, tube 15g. Pris Kr. 491,30. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no. Meldt bivirkninger på www.legemiddelverket.no/meldeskjema. **Referencer:** 1. Veregen® preparatomtale

Azanta AS, Norge, Postboks 39, Tveita - 0617 Oslo - Tel: 21555990 - www.azanta.com

**Azanta**





I fra v. Jone Trovik, Trond Michelsen, Hanne G Blom, Hege Gjessing

## REFERAT FRA NORSK GYNEKOLOGISK **VÅRMØTE** KRISTIANSAND 23 OG 24 APRIL 2015

### **Gynekologisk avdeling Sørlandet Sykehus Kristiansand inviterte til vårmøte i Norsk gynekologisk forening.**

Til tross for meget godt og spennende faglig program var det få påmeldte deltagere frem til siste uke før møtet. Men da møtet startet kl. 10 torsdag 23. april var det 50 deltakere og god stemning.

Sørlandet viste seg fra sin beste side med mild vårluft og strålende sol fra blå himmel - som vi jo ikke fikk se så mye av.

Møtet ble åpnet av direktør ved Sørlandet Sykehus HF Jan Roger Olsen som kunne slå fast at Sørlandet sykehus (med Arendal og Flekkefjord) trolig var det sykehuset i landet utenom universitets-sykehusene som bedrev mest forskning. Det er i snitt 10 doktorgrader per år på Sørlandet Sykehus.

#### **Fit For Fødsel**

Det faglige programmet ble startet med Linda Sagedal Reme – Overlege gyn. Kristiansand som presenterte studien Fit For Fødsel. Et samarbeid mellom fødeavdelingene Sørlandet sykehus og Universitet i Agder. Målet er å se om trening og kostintervensjon i svangerskapet kan redusere vektøkning hos overvektige gravide og redusere forekomst av blant annet svangerskapsdiabetes. Dessuten om utfallet for barna kan bedres. Det var 606 gravide som ble randomisert til intervensjon eller ikke. De foreløpige og ikke offisielle resultatene er en 1,3 kg forskjell i vektøkning mellom gruppen og hele 3,1 kg i gruppen med medisinsk fedme. Det var ikke signifikant forskjell i utvikling

av svangerskapsdiabetes og heller ikke for andre komplikasjoner i svangerskap og fødsel. Men intervensjonen viste seg å ha effekt og kan skape gode nye vaner hos mor og forhåpentlig hos barnet.

#### **Kreftsykdom og livsstil**

Overlege onkologisk avd. SSK Christian Kersten fortsatte i samme gate og foredro om temaet: Bli kreftsykdommen påvirket av livsstilen? Han fortalte meget engasjert om en ny studie ved Sørlandet Sykehus «I CAN». Den går ut på livsstilsintervensjon for alle typer kreftpasienter med tanke på kost og aktivitet. Take home message : Fysisk aktivitet er positivt. Fysisk aktive med bryst og tykktarmskreft har halvert risiko

for å dø av sykdommen sammenlignet med fysisk inaktive. Ikke kurative pasienter får bedre livskvalitet med økt fysisk aktivitet. Man øker ikke sjansen for spredning av en kreftsvulst ved å hoppe og sprette.

Gravide med bindevevssykdommer.

Overlege og reumatolog Monica Østensen ved St. Olavs Hospital, Trondheim, har i en årrekke arbeidet med gravide reumatikere. Hun hadde en meget interessant og nyttig gjennomgang av reumatisme og graviditet. Nyttige budskap å ta med hjem: Planlegg svangerskap til rolig fase. RA og Ankyloserende Spondylitt er vanligst og har god prognose. SLE er sjelden, men alvorlig og har stor risiko for prematur forløsning. Ingen av de reumatiske sykdommene er i seg selv indikasjon for sectio.

### Når noe går galt.

Fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten, ved Terje Mesel som er teolog og har tatt doktorgrad ved det medisinske fakultet i Oslo. Denne er bygget på dybdeintervju med helsearbeidere hvor noe gikk helt galt. Han holdt et sterkt foredrag der trolig alle i salen kjente seg igjen. Viktigste budskap: Ikke farlig å be om unnskyldning. Hold kontakt med pasient/pårørende. Ta ansvar. Gi god begrunnelse for at noe gikk galt. Debriefing med kolleger er viktig. Og til slutt: Ledere må ta ansvar.

Etter lunsj var resten av dagen satt av til fagpolitisk debatt med president i DNLF Hege Gjessing og advokat i legeforeningen Hanne G. Blom som redegjorde for den nært forestående innføringen av faste stillinger for LIS. Deretter ble det frisk diskusjon om fremtidens utdanning av gynekologer med et panel bestående av: Trond Michelsen, Anny Spydslaug, Marte Reigstad, Jeanne Mette Goderstad og Hege Gjessing. Denne fagpolitiske seksjonen refereres i eget innlegg i Gynekologen.

Torsdag kveld møttes (nesten) alle møtedeltagere og foredragsholdere til hyggelig samvær og deilig fiskesuppe på restaurant Sjøhuset. Herlig kveld med gode samtaler med nye og gamle kolleger i flotte omgivelser omgitt av blått vannspeil.

Kastrering av kvinner for å unngå eggstokkreft, hvilke konsekvenser får det? Ved doktorgrads-stipendiat Nora Johansen, Sørlandet sykehus Arendal. 85-90 % prosent av ca. ovarii er sporadisk forekommende. 10-15 % skyldes arvelig defekt i DNA reparasjons-prosessen og 90% av disse tilfellene skyldes BRCA 1 og BRCA 2 genfeil. Arvegangen er autosomal dominant, men alle bærere blir som kjent ikke syke. Risiko for brystkreft er 50- 65% mens risiko for eggstokkreft er 20- 60% hos bærere. Ved bilateral salpingo-oophorectomi reduseres risiko for brystkreft med 50% og for eggstokkreft med 88%. Ved bilateral mastectomi reduseres risiko for brystkreft med 90%.

Det er tidligere vist at kvinner som i fertil alder fjerner eggstokkene har økt risiko for blant annet hjertekarsykdommer. Det anbefales derfor østrogentilskudd-HRT til pasienter som ikke har hatt brystkreft. I hennes materiale er det 324 pasienter som er operert med profylaktisk fjerning av begge adnex. Dr. Johansen finner i sin undersøkelse at kun 56% av pasientene <53 år og som ikke har hatt brystkreft får tilskudd med systemisk østrogen. Trolig skyldes dette lave tallet mangelfull eller feilaktig informasjon fra ansvarlig lege. Her har vi opplagt et ansvar for å følge opp.

### LEON

Anny Spydslaug refererte innføring av LEON (Laveste Effektive Omsorgs Nivå) ved gynekologisk poliklinikk Ullevål Universitetssykehus. Poliklinikken var sprengt og ventetidene for lange slik at pasienter som virkelig trengte time i gynekologisk poliklinikk fikk for lang ventetid. Privatpraktiserende spesialister og allmennlegene i Oslo ble informert og var med i prosessen. Planen var at følgende pasientgrupper skulle henvises og undersøkes ved gyn. poliklinikk OUS: Der hvor man forventet et kirurgisk inngrep. Akutt syke pasienter som måtte behandles i sykehus. Pasienter med stressinkontinens som hadde gjennomført bekkenbunnstrening og pasienter hvor man mistenkte malign sykdom. Alle andre henvisninger ble videresendt til privatpraktiserende gynekolog og henvisende primærlege ble kontaktet og fikk liste over aktuelle privatpraktiserende gynekologer i Oslo samt en liste over hvilke pasienter som fortsatt skulle henvises til gynekologisk poliklinikk. Prosjektet startet i 2010 og resultatene har vært meget gode. Ventetidene er redusert fra 5-6 mnd. til noen uker og pasientene blir undersøkt i et lavere og fortsatt faglig forsvarlig nivå. Innvendingene er at LIS ved OUS ser færre «vanlige» pasienter og at ventetidene er forskjøvet til praktiser



Nydelige omgivelser og pene gjester på restaurant sjøhuset



ende spesialister. Fordelene er utvilsomt at pasienter som trenger rask undersøkelse og behandling kommer tidligere til. Imponerende snuoperasjon.

### **Ønsker fastleger å følge gynekologiske kreftpasienter?**

Fastlege og stipendiat Heidi Fidjeland holdt neste foredrag: Svaret er vel nei. Kun 10% av fastleger følger gyn.kreftpasienter. Årsakene er trolig at man ikke føler seg kompetent. Mye å sette seg inn i og det er tidspress. Og man har ikke ultralyd. Fordelene er at fastlegene kjenner pasient og familie, de følger hele sykdomsforløpet, det er lavterskeltilbud og det er kostnadseffektivt. Trolig er kreftkontroller hos samvittighetsfull fastlege god nok og disse kontrollene vil nok i større grad overføres til fastlegene i framtida.

### **Tilbakefall av gynekologisk kreft**

Ingvild Vistad refererte fra sin nasjonale studie i tilbakefall for gynekreft-tilfeller som startet i februar 12 og skal gå til februar 16. Man registrerer tilbakefall for pasienter som er kurativt behandlet for sin gynekreftsykdom. Kontrollerende leger ved de ulike sykehusene i landet registrerer første residiv og opplysninger sendes dr.Vistad sørlandet sykehus Kristiansand. De fleste residivene gir symptomer og blir derfor oppdaget av pasienten selv. Residiv av ca. ovarii oppdages ved forhøyet ca. 125. Kun symptomfritt residiv av ca. corporis uteri stadium I endometrioid type kan behandles kurativt. Svært få andre residiv av gynekreft kan behandles kurativt og det er spørsmål om hvor indisert det er med hyppige kontroller slik rutinen er i dag. Trolig vil kontrollrutinene bli endret i framtida.

### **Laparoskopi og endoskopi**

Dr. A. Putz Gyn. Avd Tønsberg, Leder av norsk endoskopiregister: Hvor farlig er det? Svar: Heldigvis ikke så farlig: 12 % av laparoscopererte får per eller postoperativ komplikasjon hvorav kun 1% alvorlig så som skade på tarm, ureter, blære og alvorlig blødning. Hysteroskopi har kun 4% komplikasjoner hvorav svært sjelden alvorlig. Derimot er kombinasjon av hysteroskopi og laparoskopi farligere med 16 % komplikasjoner. Likevel. Alle komplikasjoner er en for mye og arbeidet med å redusere forekomsten viktig.

Vi har mye å lære av luftfarten og stikkord her er: Standardiserte prosedyrer. Team trening. Simulatorentrening. Sjekklister og kommunikasjon.

Oxytocin ved stimulering av rier. Dr. Janne Rossen SSK redegjorde for sin studie for målrettet bruk av oxytocin for stimulering av rier ved fødeavd. SSK. Hun viste til studie for det samme ved Stavanger Universitets Sykehus fra 2013 hvor man ved målrettet bruk av oxytocin (dvs. ved WHO definert langsom fremgang) kunne vise: Nedgang i akutt sectio. Nedgang i tilfeller av asfyxi. Økt blødning og lengre fødselsvarighet. Flott at søkelys settes på behandling som er potensielt farlig og som man i de fleste tilfeller kan klare seg bedre uten.

Alt du trenger å vite om hormonet oxytocin.

Per Medbøe Thorsby, Hormonlaboratoriet Aker sykehus, holdt et meget interessant og morsomt foredrag om oxytocin. Produksjon skjer hovedsakelig i hypofysebaklapp i neuroendokrine celler som har store likheter med nerveceller. Det gir som kjent kontraksjon av muskelceller i brystkjertler og livmor. Dessuten er det «redegbyggingshormonet» som forbereder den gravide til å bli mor og øke tilknytning til barn og familie.

Bruk av oxytocin og sfinkterskader.

Astrid Rygh SUS refererte fra studien som bygger på tidligere nevnte undersøkelse ved SUS -hvor oxytocinbruk ble registrert og målrettet. Pasientene var i Robson gruppe I og oxytocinstimulering falt fra 30% til 13%. Resultatet viste at stimulering med oxytocin øker risiko for sfinkterskade med RR 1,8.

### **Hva er seksuell motivasjon?**

Elsa Almås, Professor ved sexologistudiet UIA om Kåthet, lyst og /eller intimitet? Hun gikk gjennom historisk syn på kvinners seksualitet. Antatt kloke hoder i sin tid mente at kvinner var aseksuelle til langt inn i 1900 tallet. Først med Kinseyrapporten i 1949 (USA)



Doktorgradsstipendiat Nora Johansen.

ble det slått fast at kvinner hadde en egen seksualitet. Rapporten var en sensasjon og var datidens mest leste bok etter bibelen!

Det ble redegjort for ulike forskeres syn på kvinners motivasjon for sex og for hvilke mekanismer som utløser seksuell lyst. Rundt 90% beskriver kjærlighet, nærhet og intimitet som viktigste motivasjon. Lyst kommer trolig av en kombinasjon av seksuelle fantasier, erotisk litteratur/film, taktile stimuli som bringer kvinnen inn i en sirkel som fører til de kjente fasene av opphisselse, platå, evt orgasme(r) og avslapning. Igjen er oxytocin et sentralt hormon. Det ble diskusjon om bruk av testosterontilskudd til kvinner som savner libido. Dette er jo en behandling som allerede er i utstrakt bruk i for eksempel USA. Kanskje burde vi gynekologer bli enige om en slags prosedyre og adekvat dosering for denne pasientgruppen.

Gynekologisk avdeling SSHF Kristiansand med leder Randi Andersen i spissen har gjort en flott jobb med arrangement og faglig innhold i vårmøtet.

Alle var enige om at det var et fint kurs og reiste fornøyde hjem.

- Hilde Mari Furnes
- LIS, Haukeland Universitetssjukehus



Rib - naturlig stresstest i 3 meter bølger

# Gyllen helg i havgapet

**Det Gylne Spekel gikk til en fengselsdømt misjonærlege mens Helsedirektoratet fikk dårlig karakter. Vestlandsgynekologenes årlige vårsamling var en sprek opplevelse, Apgar 9/10.**

Det begynte med en halvtimes båttur med RIB fredag ettermiddag. Rundt Marsteinen fyr i full fart og med 2-3 meter høye bølger ble det en forfriskende start med magesug og harde landinger - en glimrende stresstest for halvfulle blærer.

Årsmøtet i Vestlandske Gynekologforening var lagt til nyoppussede Panorama konferansehotell ytterst i havgapet på Sotra, en times kjøretur vest for Bergen. Tilsammen 48 kolleger fra Haugesund, Stavanger, Førde og Bergen var påmeldt til

det tradisjonsrike seminaret som hvert år inviterer til helgesamling med fag og fest.

12 foredragsholdere var invitert og fikk lørdagen ta et lite dypdykk i sitt interessefelt. Ingrid M. Kolseth, fersk PhD og LIS ved Førde Sentralsjukehus, åpnet med «Kronisk inflammasjon og cancer» og brukte ovulasjon som et eksempel på en inflammasjonstilstand som kan øke risikoen for ovarialcancer. En interessant hypotese er at på samme måte som Albyl E har vist å redusere risikoen for coloncancer, kan

acetylsalisylsyre og Cox2-hemmere, brukt over lengre tid, redusere risikoen for epitelialcancer, den langt hyppigste formen for ca.ovarii.

Deretter var det tid for vinterens store tema i gyn-kretser: Helsedirektoratets anbefaling om bruk av eSnurra for fastsetting av svangerskapslengde og termin. Allerede kvelden før gikk debatten høyt i baren: - Hva gjør vi? Kan ikke ultralydfolk bare bli enige?





Vestlandsgynekologer er vakre og smiler alltid



Vestlandsgynekologer vil ha utstyret i orden



Vestlandsgynekologer er (litt for) gode venner



«Obstetriske menn» og en obstetrisk kvinne

Seksjonsoverlege ved Seksjon for fostermedisin ved Haukeland Universitetssjukehus (HUS), Synnøve Lian Johnsen, var kritisk til både prosessen i forkant og det faglige grunnlaget for anbefalingen. Hvorfor ble ikke Norsk Gynekologisk Forening involvert før anbefalingen kom? Og hvorfor vil ikke Helsedirektoratet oppgi hvilke rådgivere de har hatt underveis? Dette er spørsmål som ennå ikke er besvart og som bidrar til inntrykket av en lukket prosess med skjult agenda, et dårlig fotarbeid fra Helsedirektoratets side. Faglig er Lian Johnsen kritisk til at man med direktoratets anbefaling blander termin og aldersbestemmelse, og overser biologisk variasjon.

- Er det viktigste å predikere når 4% av populasjonen skal føde, eller er det viktigst å finne faktisk alder for det enkelte fosteret? I noen kliniske tilfeller kan det være helt avgjørende å komme så nær som mulig fosterets faktisk alder. Lian Johnsen understrekte også at det er viktig å bruke relevante referanseverdier for intrauterine vekstvurderinger, det vil si referanser for fostre og ikke for fødte barn som eSnurra anvender - det fører til feilaktig oppjustering av vektpercentilene, særlig for premature .

Debatten i etterkant var intens men dessverre altfor kort. Mange talere ventet på tur, Jørg Kessler (HUS) oppsummerte problemstillingen presist:

- Metodevalg betyr lite for friske fostre men anbefalingen setter fosterliv i fare i patologiske svangerskap. Dette fordi vi risikerer å ikke fastsette riktig alder og vekst.

Så fulgte interessante foredrag om blant annet tidlig og sen preeklamsi, de nye pakkelopene for gyn-kreft som gjelder fra 1.mai 2015, cervixmåling, og en spennende kasuistikk om missed abortion. I sum en seks timers speed-oppdatering avsluttet av Johanne Kolvik Iversens innlegg om obstetrisk trening som nå starter ved fire norske sykehus. Som en vekkelserpredikant oppildnet hun forsamlingen til å kjempe for faget sitt og ikke la sectiotallene gå i været på grunn av ytre press.

Utdelingen av Det Gylyne Spekel var timet til festmiddagen i Stormsalen lørdag kveld. Seksjonsoverlege Arne Heggheim ved Stavanger Universitetssjukehus vant den ærerike utmerkelsen og i begrunnelsen fikk vi blant annet høre at prisvinneren en gang ble dødsdømt i Kamerun! Så ille var det ikke, kunne den tidligere misjonærlegen avsløre i takketalen, men faktisk var han dømt til

fire års fengsel for å ha amputert benet - og reddet livet - til en muslimsk pasient og dermed frarøvet mannen muligheten til å komme til Paradis. Fengselsstraffen, i tillegg til en bot på 200.000 kroner, ble ikke fullbyrdet.

Klaus Oddenes fra Haugesund sjukehus avsluttet den organiserte delen av programmet med en quiz som sparket liv i konkurranseinstinkt og satte gynekologsamholdet på prøve med sine listige spørsmål og tungt vektete avslutningspoeng. Så overtok bandet Obstetriske menn - Erik Andreas Torkildsen, Ragnar Kvie Sande og gjestevokalist Agnethe Lund. Oppbyggelige låter («Legg en tang, en Pipers Tang» og «Sang om induksjon») fikk publikum til å bryte ut i allsang. Resten av lørdagskvelden styrte DJ-Klaus dansegulvet. Det ble en i perioder forrykende stemning, helt på høyde med RIB-turen som åpnet helgesamlingen ett døgn tidligere.

Bortsett fra i Nord-Norge og Oslo, er det bare på Vestlandet gynekologene har jevnlig medlemstreff. Det anbefales for dere som samarbeider i regionene å treffes for fag og fest!

- Siri Kløkstad
- LIS, OUS

# Kurs i gynekologisk endoskopi

## ved OUS Ullevål 4-5 mai 2015

**Endoskopisk kirurgi blir en stadig større og viktigere del av gynekologens hverdag. LH, LSH, salpingektomier, cystektomier, avansert endometriosekirurgi, enkel staging, myomektomier og LAM, TCRE, TCRM og TCRP; vi kan nevne i fleng. Det er viktig å bli god, og det er viktig å bli god tidlig. Og siden vi vet at «øvelse gjør mester», så får vi vel gjøre det da: øve, bli gode. Men hvordan?**

I mai i fjor arrangerte NGF's endoskopiutvalg kurs i gynekologisk endoskopi for første gang. Det var en stor suksess og det ble raskt klart at dette er et kurs man bør arrangere igjen.

Derfor har NGF's endoskopiutvalg, i samarbeid med gynekologisk seksjon OUS Ullevål med Guri Majak i spissen, igjen arrangert dette vellykkede kurset. Dette blir nå et årlig kurs som kan inngå som 16 valgfrie kurstimer for leger i spesialisering i gynekologi og obstetikk, og på sikt er det ønskelig at det blir obligatorisk for spesialiteten.

Målet for kurset var å oppnå tilfredsstillende basale ferdigheter og kunnskap innen gynekologisk endoskopisk kirurgi. Dette ved å lære konkrete basale tekniske ferdigheter i laparoskopi, forståelse for grunnleggende prinsipper i gynekologisk endoskopi, kunnskap om basale laparoskopiske og hysteroskopiske inngrep og ikke minst faglig og sosial nettverksbygging blant utdanningskandidater. Intet mindre altså, mye å gape over på bare to dager.



Men dette skremte altså ikke lærevillige LIS'er og unge overleger fra det ganske land. 25 utdanningskandidater fra Bodø i nord til Kristiansand i sør hadde meldt seg på og det var like mange på venteliste.

Vi møtte opp mandag morgen i Laboratoriebygget, Ullevål. Etter å ha blitt ønsket velkommen av seksjonsoverlege Marit Lieng og fått en innføring i forberedelser til laparoskopisk kirurgi og laparoskopisk tilgang, var det klart for kurset første virkelig store utfordring. Endometrioseekspert og laparoskopist Anton Langebrekke hadde forberedt en forelesning i bekkenanatomi. En forelesning som gikk unna i et forrykende tempo og nok fikk tilhørerne til å gjenvinne ny respekt for anatomien som fag. Vi ble virkelig minnet på at bekkenanatomi dreier seg om veldig mye mer enn noen ligamenter og ureters uransakelige veier.

Videre forløp timene frem mot lunsj i et noe roligere tempo hvor vi lærte om energikilder (diatermi, ultralyd) ved Kirsten Hald og fikk en gjennomgang av salpingektomi, salpingooforektomi, cystektomi og hysterektomi ved Jelena Kistic og Klaus Oddenes.

Så var det tid for lunsj og det som, i hvert fall hos undertegnende, falt mest i smak på hele kurset. Rundstykker og livekirurgi. Som i en kinosal satt vi på rekke og rad mens vi fikk være med inn i buken til en kvinne

som skulle hysterektomeres på grunn av intraktable smerter. Dr Langebrekke viste oss hvor elegant man kan gjøre en laparoskopisk hysterektomi på litt i overkant av 30 minutter. Deretter fikk vi se Dr Kistic skrelle ut et stort myom på 10 centimeter hos en kvinne med barneønske.

Etter et foredrag om hvordan vi bør trene kort og ofte for å bli gode laparoskopister, ved Janne-Mette Goderstad, ble resten av dagen tilbrakt med nettopp trening. Vi skrellet ut cyster (les: doble hansker med vann i), dissekerte ut sjokoladecyster (les: Twist) og «løp» hinderøype på tid. Alt selvfølgelig laparoskopisk. Man trenger altså ikke en fancy simulator for å kunne øve, en D-boks eller bare pappeske med nettbrett, er mer enn nok!

Dag 2 var det duket for hysteroskopi og mer praktisk trening. Marit Lieng ga oss en innføring i hysteroskopisk teknikk og metode, og fikk vi nok en gang fantastisk





live overføring fra operasjonsstuen hvor Kirsten Hald gjorde en transcervical endometrireseksjon. Videre lærte vi laparoskopisk sutureringsteknikk og fikk øve oss på svinetarm. Vi fikk prøve lekke simulatorer, og virkelig boltre oss i stilig grafikk.

Dagen og kurset ble avrundet med et realitetsorienterende foredrag om komplikasjoner ved laparoskopisk kirurgi. Dersom man kanskje var litt «høy» etter dagens mange spennende aktiviteter, kom man raskt ned på jorden igjen ved Dr Kistic's kasuistikker av tarmskader, ureterskader og skader på store og mindre kar.

Kort oppsummert et veldig bra kurs i basale ferdigheter i gynekologisk endoskopi som jeg mener absolutt bør bli et obligatorisk kurs for spesialiteten, og som gjerne bør gjennomføres i løpet av de første to årene av utdanningen.



## Oversikt over relevante kurs og kongresser finnes på NGFs nettside:

<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Kalender/>



**Norsk gynekologisk forening**

**DEN NORSKE LEGEFORENING**

Kjenner du til kurs som ikke står oppført, tips [lokeland@gmail.com](mailto:lokeland@gmail.com) eller [agn.lund@online.no](mailto:agn.lund@online.no).

# NO HYPE NORSK HYPEREMESIS INITIATIV

ØNSKER DEG VELKOMMEN TIL

## Første Verdenskollokvium om HYPEREMESIS GRAVIDARUM i Bergen, 20-21. oktober 2015



Hyperemesis Gravidarum rammer 1 av 100 gravide kvinner så alvorlige at de må sykehusbehandles. På dette møtet med internasjonalt anerkjente forelesere vil du kunne lære mye om årsaker, konsekvenser samt behandling. Legeforeningen har godkjent dette som et 16 timers kurs. Forskere kan bidra med posterpresentasjoner.

For informasjon om program og påmelding se:

[www.delegia.com/hyperemesis](http://www.delegia.com/hyperemesis)

### TUESDAY 20TH OCTOBER

- 09:00-10:00 Registration  
10:00-10:20 Welcome  
10:20-10:30 My experience as hyperemesis gravidarum patient.  
Katrine Moholt  
10:30-11:00 Hyperemesis gravidarum- a historic overview.  
Roger Gadsby – UK  
Session I: Causes of hyperemesis gravidarum  
– what do we know?  
11:00-11:20 Hormones – what do they have to do with it?  
Peng Chiong Tan – Malaysia  
11:20-11:40 Hyperemesis gravidarum and genetic susceptibilities  
– presentation of Norwegian Studies.  
Per Magnus – Norway  
11:40-12:00 And USA genetic data. Marlena Fejzo -USA  
12:00-12:10 Discussion – Moderators  
12:10-12:30 Coffee break  
12:30-12:50 Latest news on intestinal ecology and pregnancy  
related conditions. Merete Eggesbø -Norway  
12:50-13:10 Hyperemesis gravidarum and Helicobacter pylori.  
Kjetil Melby –Norway  
13:10-13:30 Discussion - Moderators  
13:30-14:30 Lunch  
Session II: Consequences of hyperemesis gravidarum  
– what do we know?  
14:30-15:00 Hyperemesis gravidarum associated with adverse  
pregnancy outcomes or not? Andrej Grijbovski – Norway  
15:00-15:20 Hyperemesis and maternal complications.  
Åse Vikanes -Norway  
15:20-15:40 Is hyperemesis gravidarum associated with cancer  
in mothers and offspring? Kathrine Vandraas - Norway  
15:40-15:50 Consequences of HG for the cardio-metabolic health  
of the offspring. Iris Grooten - The Netherlands  
15:50-16:10 Discussion  
16:10-16:30 Coffee break  
16:30-16:50 Similarities between hyperemesis and the Dutch Famine.  
Tessa J Roseboom –The Netherlands

- 16:50-17:10 Psychosocial burden of hyperemesis gravidarum.  
Marlena Fejzo -USA  
17:10-17:30 Hyperemesis and mental health illness.  
Caroline Maltepe - Canada  
17:30-17:50 Prepregnancy physical activity and risk of  
hyperemesis gravidarum. Wenche Nystad – Norway  
17:50-18:05 Prepregnancy diet and risk of hyperemesis gravidarum.  
Margareta Haugen-Norway  
18:05-18:30 Discussion – Future research questions. Moderators

### WEDNESDAY 21ST OCTOBER

- 08:00-08:30 Breakfast  
Session III: Definitions  
08:30-09:00 Hyperemesis gravidarum, definition and biomarkers.  
Rebecca Painter – the Netherlands  
09:00-09:20 PUQE- a useful diagnostic tool ?  
Gideon Koren – Canada  
09:20-10:00 Discussion – Moderators  
10:00-10:20 Coffee break  
IV: Evidence based treatment of nausea and  
vomiting in pregnancy  
10:20-10:40 The Mother-risk Program and NVP-call line – 20 years  
of clinical experience. Caroline Maltepe -Canada  
10:40-11:00 Prescription of antiemetic's in UK.  
Roger Gadsby - UK  
11:00-11:20 Safety of interventions to treat nausea and vomiting  
in pregnancy. Gideon Koren - Canada  
11:20-11:40 The art of rehydration and parenteral nutrition.  
Jone Trovik- Norway  
11:40-11:50 Enteral nutrition.  
Rebecca Painter - The Netherlands  
11:50-12:10 Coffee break  
12:10-12:30 Patient perspective: Finally!  
Representatives from Norwegian HG organization  
12:30-12:50 Discussion; How to move forward together?  
12:50-13:00 Summary of conference. Åse Vikanes



# Skal gynekologer beherske hysterektomi?

## Det ble en interessant debatt om spesialisering i kvinnesykdommer og fødselshjelp under Vår møtet i Kristiansand.

Spesialistutdanningen i faget vårt står foran store endringer. Ny spesialitetsstruktur og faste stillinger vil påvirke utdannings situasjonen. Skal vi fortsatt ha kirurgjår? Skal vi telle inngrep eller gå over til en modell basert på ferdighetsbedømming? Hvordan kan vi utdanne spesialister med like høy kompetanse når tjenesteplanene blir kortere og Helsedirektoratet vil korte ned på utdanningstiden? På vårmøtet ble fremtidens spesialisering i fødselshjelp og kvinnesykdommer debattert med stort engasjement.

Leder i spesialitetskomiteen, **Trond Michelsen**, innledet om utfordringer i spesialiseringen. Komiteen ser at de fleste institusjonene mangler ressurser til å utnytte potensialet for god utdanning. En ny undersøkelse utført av Spesialitetskomiteen basert på rapportene fra utdanningsinstitusjonene, viser at 60% ikke gir så god utdanning som de kunne på grunn av ressursmangel. Alle de store utdanningsinstitusjonene er underbemannet i forhold til sine utdanningsoppgaver.

Den nye spesialitetsstrukturen gir nye utfordringer for spesialiseringen. Det er ikke klart hva slags kirurgitjeneste gynekologer vil få i det nye oppsettet for kirurgiutdanning.

Videre tok man opp mulige endringer i evaluering av kandidatene. Er det fortsatt best å telle inngrep? Bør vi fokusere mer på ferdigheter og hva de ferdige spesialistene faktisk behersker? Er det tid for å innføre eksamen?

President i Legeforeningen, **Hege Gjessing**, redegjorde for faste stillinger og ny spesialitetsstruktur. Legeforeningen mener at faste stillinger vil gi en mer forutsigbar utdannings situasjon som vil gjøre det enklere å planlegge både for LIS, arbeidsgiver og veileder. Samtidig gir faste stillinger et stillingsvern og en sikkerhet som Legeforeningen har arbeidet for i mange år. Det er fortsatt uklarer omkring innføring av ny spesialitetsstruktur. Både NGF og Spesialitetskomiteen har avgitt hørings svar til og kommentert utredningene. Helsedirektoratet arbeider med innføringen nå, og Legeforeningen gir innspill. Legeforeningen har så langt ikke anbefalt spesialisteksamen.

**Anny Spydslaug** har lang erfaring som gynekolog både fra små og store sykehus. Hun argumenterte for at vi må opprettholde sjekklister fordi det er viktig å sikre at LIS får tilstrekkelig erfaring med operative inngrep. Videre mente hun at kirurgjåret

bør bestå fordi det gir viktig erfaring med alvorlig syke pasienter, akutt abdomen og kirurgisk teknikk.

**Marte Reigstad** er medlem av spesialitetskomiteen, tidligere leder av FUGO og representerte LIS i panelet. Hun fastholdt at LIS ønsker å bevare operasjonslistene og kirurgjåret. Hun viste til at de aller fleste LIS rapporterer stort læringsutbytte etter kirurgjåret. LIS ønsker ikke spesialisteksamen.

**Jeanne Mette Goderstad** ønsker at vi skal begynne å se spesialiseringen fra en ny vinkel. LIS må øve før de slipper til på operasjonsstuen og fødestuen, og de må dokumentere ferdigheter før de skal operere eller forløse. Det vil si at man bruker simulatorer og fantomer inntil man når et tilstrekkelig ferdighetsnivå. Det er ikke viktig hvor mange inngrep de gjennomfører, men hvor godt de lærer seg prosedyrene. Hun mente at vi ikke trenger kirurgjåret fordi elementene i målbeskrivelsen kan dekkes på gynekologisk avdeling og fødeavdelingene. Hun mente også at en fremtidig spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer ikke trenger å beherske hysterektomi.

- Knut Hordnes
- Overlege, Sykehuset Betanien



Sykehuset Betanien i Fyllingsdalen

## Betanien Sykehus Dagkirurgisk Senter

**Gynekologen starter med dette en ny serie, Norge Rundt, hvor norske gyn-føde avdelinger presenterer seg selv. Serien er inspirert av tilsvarende serie i vårt søsterorgan Kirurgen. Serien blir en stafett hvor avdelingen som presenteres, utfordrer neste avdeling til presentasjon. Vi starter med Betanien Sykehus Dagkirurgisk Senter i Bergen.**

Offentlig drift av dagkirurgisk enhet utenfor større sykehus med hovedvekt på gynekologi er nok uvanlig her i landet. Vi har derfor lyst til å presentere konseptet her i Gynekologen.

### Betanien Sykehus Dagkirurgisk Senter

Senteret er en del av Stiftelsen Betanien og ligger i Fyllingsdalen 3-4 km fra Bergen sentrum. Betanien Sykehus har avtale med Helse Vest og pasientene betaler vanlig egenandeler. Foruten dagkirurgi er her også laboratorium, røntgen avdeling samt psykiatri (BUP og DPS), rehabiliteringsavdeling og sykehjem. Senteret ligger sentralt men er likevel frittliggende med lett tilkomst og gode parkeringsforhold.

Dagkirurgisk senter driver dagkirurgi og poliklinisk virksomhet innen gynekologi og kirurgi. Det er tre operasjonsstuer, hvorav en større ny stue særlig tilpasset laparoskopi

og hysteroskopi. I mange år gikk enheten under navnet «spesialistpoliklinikken» og for legene var dette oftest biarbeid i tillegg til hovedstilling på Haukeland eller Haraldsplass sykehus. Dette gjaldt både gynekologer, urologer, gastrokirurger, karkirurger og andre spesialister. Undertegnede arbeidet her på denne måten fra 2003, sluttet på Kvinneklinikken Haukeland i 2010 og har siden hatt Betanien som arbeidsted på heltid. Repertoaret av gynekologiske operasjoner har blitt utvidet mye, og vi utfører de aller fleste inngrep innen generell gynekologi. Enheten er effektiv og tar unna en vesentlig del av operasjonene i Bergensområdet. Undertegnede har fire operasjonsdager i uken, ispedd noe poliklinikk. Kollega Mette Løkeland har også vært her på deltid, og økte i januar opp til 3-4 dager i uken, med en operasjonsdag og poliklinikk de øvrige dagene. Mette har interesse for kronisk smerte, og her utfyller vi hverandre... Kapasiteten vår er dermed øket.

### Historikk

Hospitalet Betanien i Bergen har eksistert i over hundre år. Fra 1914 til 1989 lå det på Kalfaret, altså nærmest i sentrum av Bergen, og flyttet så til Fyllingsdalen i 1989. Hospitalet hadde et høydepunkt i 1959 med 162 senger: det var avdelinger innen kirurgi, medisin, gynekologi og plastisk kirurgi, foruten føde- og barselavdeling. En barneavdeling ble opprettet i 1960. Professor Løvset hadde også noe av sin virksomhet på Betanien (og forflyttet seg helst på sykkel mellom Haukeland og Betanien – se bilde). Fødeavdelingen ble nedlagt i 1984. Hospitalet Betanien flyttet fra Kalfaret til Fyllingsdalen i 1989 var det et stort behov for sykehjemsplasser, noe som medførte en dreining av driften fra lokalsykehusfunksjon til en større andel av sykehjemsdrift. Senere har driften igjen endret seg til å ha en større del av tjenestetilbudet innen ulike typer spesialisthelsetjenester som psykiatri, røntgen og dagkirurgi.





Professor Løvset på sykkel – på vei ned Kalfaret til Betanien?

### Den dagkirurgiske driften

Pasientene våre blir henvist til operasjon fra spesialistene i Bergensområdet, både avtalespesialistene og spesialister tilknyttet private senter som Aleris, Volvat og Klinikk Hausken. Samarbeidet og dialogen med disse er utmerket. De fleste pasientene herfra kan tas direkte til operasjon uten preoperativ vurdering på Betanien. Dette vurderes ut fra henvisningen. Noen pasienter blir imidlertid tatt inn til preoperativ vurdering og informasjon. Senteret har fast avtale med Norsk Anestesi AS og anestesilege Morten Finne, som vurderer anestesilogiske forhold og operabilitet. Blodtrykk, cor og pulm er dermed en saga blott for oss gynekologer, og vi synes det er en god arbeidsdeling som bidrar til effektiv drift. Morten har bidratt sterkt til et systemisert opplegg for pre- og postoperativ smertelindring samtidig vi gynekologer gjør hva vi kan (we do what the surgeon can do..) – vi bruker mye infiltrasjonsanestesi og PCB, enten pasienten har sedasjon eller TIVA.

Vi tror at forståelse av helheten og kjennskap til andres oppgaver er viktig for godt samarbeid og dermed god pasientbehandling. Dette er en viktig grunn til at også spesialsykepleierne roterer på ulike funksjoner, i tillegg til å være henholdsvis anestesi- eller operasjonssykepleiere: de yter assistanse i poliklinikken, gjør postoperativ overvåking, bemanner telefonen for pasienthenvendelser, eller fungerer som koordinator i avdelingen. Ordningen gir også stor fleksibilitet, og er godt egnet for mindre enheter som vår. Så vidt jeg vet er

den også ganske unik. Den er ganske sikkert vanskeligere å gjennomføre for større avdelinger, men kan være en ide også for andre. Det gir klart en større forståelse hos sykepleierne for gynekologien som fag, og for helheten i pasientforløpet. Kanskje bidrar det til at vi aldri stryker en pasient, selv om vi iblant må gå ut over normal arbeidstid for å bli ferdig.

Vårt fremste mål er å drive god behandling, men vi vil også at senteret skal gå i økonomisk balanse. Det er oftest veldig godt forenlig med god medisin: for hysterektomi velger vi om mulig ren vaginal hysterektomi. Siden det er valgt som hovedmetode, blir det ofte mulig... Vaginal hysterektomi er som kjent omtrent like bra for pasienten som total laparoskopisk hysterektomi, og forbruk av tid og engangsutstyr er minimalt i forhold. I tillegg er inngrepet bedre egnet for en enslig operatør enn LH. Descensoperasjonene er ganske økologiske altså uten bruk av nett, også bra medisin. Krav til økonomisk

balanse legger imidlertid en viktig hindring: vi gjør ikke TVT operasjoner- her er taksten for lav og slyngen for dyr og lønnsom drift er absolutt ikke mulig. Dette er for øvrig en sak som har vært tatt opp med myndighetene og har vært omtalt både i Gynekologen og i

### Dagkirurgisk forum.

Betegnelsen dagkirurgi antyder at pasienten reiser hjem samme dag, og det er også tilfelle for de aller fleste av vår pasienter. Vi har imidlertid 3 sengeplasser tilgjengelig for overliggere til neste dag, og bruker det konsekvent til hysterektomiene. Hb måling et par ganger gjør at evt blødning og hematom fanges opp. Eldre pasienter med tretrinns descens operasjoner, operert på ettermiddagen, er heller ikke godt egnet til utskrivelse samme dag og blir oftest overliggere. Vårt klare inntrykk er at disse pasientene er mer fornøyd med en natt hos oss fremfor å reise hjem samme dag. Operatør har ansvar for pasientene, og er tilgjengelig på mobiltelefon.

<b>Hysterektomier</b>			40
	Vaginal hysterektomi	24	
	LAVH/LASH/TLH/laparotomi	6/4/4/2	
<b>Operative hysteroskopier</b>			110
	TCER evt med TCMR	86	
	TCMR/TCPR for fertilitet, septumreseksjoner (4)	24	
<b>Laparoskopier (utenom hysterektomi)</b>	Mange ulike inngrep ofte kombinerte; inndeling vilkårlig:		97
	Inkluderende fjerning av ett adnex	18	
	Begge adnex	27	
	Alle andre	52	
<b>Descensoperasjoner</b>			112
	Fremre plastikker (kombinert/alene)	62/10	
	Portioamputasjoner (k/a)	50/6	
	Bakre plastikker m/enteroceler (k/a)	79/27	
	Tretrinnsplastikker (F+P+B)	28	
<b>Koniseringer</b>	Diatermislynge		101
<b>Småinngrep (i TIVA/sedasjon/lokal)</b>			
	Abrasio/uterine polyper (ikke kombinert med TCER)	40	127
	Fastsittende IUD/spiralbytter (alle fra gyn)	48	
	Diverse (vaginalcyster, septum, Bartolini-cyster, revisjon fødselrifter osv)	39	

Tabell 1. Gynekologiske operasjoner på Betanien i 2014.

### Operasjonene

Vi utfører som nevnt de aller fleste inngrep innen generell gynekologi, altså operasjoner for benigne gynekologiske tilstander samt koniseringer for dysplasiene. Avgrensingene er at vi ikke har den samme beredskap for overvåking som større sykehus har, og heller ikke blodbank (det er således lett å si til Jehovas vitner at vi ikke kommer til å gi blod, vi har det ikke..). Dermed operer vi ikke store myomatøse livmødre, noe de henvisende gynekologer vet godt og disse blir i stedet sendt til Haukeland.

Tabell 1 viser omfanget av operasjonene vi utførte i 2014. I tillegg hadde vi en omfattende poliklinikk.

### Pasientinformasjon

Vi har funnet det hensiktsmessig å ha to sett skriftlig pasientinformasjon for hver type operasjon, en som blir utsendt preoperativt sammen med innkallelsen, og en postoperativ informasjon som pasienten får operasjonsdagen. Først fokus på forholdsregler før operasjon og planlegging av sykemeldingstid, dernest fokus på tiden etter operasjonen. Denne informasjonen er nylig oppdatert og det er lagt en del arbeid i å få dette best mulig. Informasjonen ligger også på vårt nett ([www.betanien.no/hospitalet/dagkirurgisksenter](http://www.betanien.no/hospitalet/dagkirurgisksenter)) . I tillegg gis selvsagt muntlig informasjon av operatør og anestesilege før og etter operasjonen.

### Rutiner for oppfølging

Det er viktig at pasientene skal bli ivaretatt ikke bare under oppholdet men også etter utskrivelse. Dagen etter operasjonen blir pasientene kontaktet per telefon av sykepleier. De blir informerte om å ta kontakt med oss (ikke Legevakten), dersom det oppstår problemer relatert til operasjonen. Kontrolltime blir avtalt ved utreise, og vi har nylig systematisert rutinene. Se tabell 2. Intervallet fra operasjon til kontroll er tenkt slik at de fleste vanlige postoperative plager har gått over, slik at det som evt gjenstår kanskje må gjøres noe med. Som det fremgår kontrolleres de aller fleste av operatør, alternativt hos henvisende gynekolog. Det kan nok synes litt unødvendig for noen, men vi tror det har noen positive effekter: pasienten har et holdepunkt fram i tid der evt. problemer kan tas opp, og operatøren lærer noe hele tiden og kan justere seg deretter. En del fanges opp og kan gjøres noe med: for stramme eller for lite stramme vaginalplastikker, urinlekkasje, for mye blødning tross TCER osv. Terskelen for å ta opp problemer blir lavere enn om pasienten måtte henvende seg på nytt via fastlegen. Det betyr at vi får presentert en del problemer vi ellers ikke ville fått, men pasientene blir til syvende og sist mer fornøyde - tror vi.

### Avslutning

En liten avdeling har noen «smådriftsfordeler» som god kontinuitet både av operatør og sykepleiere, og uavhengighet av fødeavdeling



Uten legeassistent blir operasjonssykepleierne gode assistenter.

og øyeblikkelig hjelp sikrer at driften kan planlegges godt og gjennomføres uten strykninger. Vi kan også i styre våre rutiner og gjøre ting på vår måte lettere enn på et større sykehus. Slik sett er vi privilegerte. Vår svakhet er utdanningsiden: vi gir jo absolutt ikke kniven videre, vi holder godt på den. Foreløpig må vi trøste oss med at vi tar unna, slik at andre får bedre tid til å drive utdanning. På sikt, og med andre rammevilkår, kan det tenkes at vi kan bidra også her.

Vi takker for at vi fikk lov å presentere oss og gir herved stafettpinnen videre i Norge Rundt serien. Vi utfordrer herved Kvinneklinikken i Stavanger .. Ragnar Sande, er du der?

Tabell 2. Kontroll opplegg.

	Operasjon	Kontroll når	Kontroll hvor	Brevomhistologisk resultat*
1	Operativ hysteroskopi (inkluderer TCER)	6 mnd	Betanien	-
2	Vaginal hysterektomi	3-4 mnd	Betanien operatør	-
3	LAVH	3-4 mnd	Betanien operatør	-
4	LASH	3-4 mnd	Betanien operatør	-
5	Genital descens	3-4 mnd	Betanien operatør	-
6	Laparoskopi	Avhengig av problemstilling	Oftest henvisende gynekolog evt Betanien	-/+
7	Sterilisering	-		-
8	Konisering	4-6 mnd	Fastlege/henvisende gynekolog/Betanien	+
9	Abrasio	-		+

\*Alle pasienter for selvsagt beskjed om avvikende svar som har betydning. Vi sender ikke brev om normal portio fjernet ved descensoperasjon, normale spon etter TCER osv – det har neppe interesse.



## Gynekologen anbefaler bøker Med varierende grad av fagleg relevans

# Denne gongen: “Kroppen” av Trond-Viggo Torgersen.



*Framsida på verket dreg linjene til da Vinci si klassiske studie i anatomi. Eg har alltid lurt på kvifor mannen vert hylla for ei anatomisk teikning der han ikkje eingong har klart å få rett tal på armar og bein.*

Det er uforståeleg at Torgersen vel vekk denne viktige delen av faget, vi får håpe dette vert retta opp i neste utgåve.

Torgersen er ein pedagogisk fortellar av dei sjeldne, og for mange av oss som no er middelaldrande stod han for det fyrste møtet med humanbiologien. No har han altså forfatta dette strålende verket, som bør stå i hylla både på kontoret og heime hos einkvar gynekolog. Verket er oppsiktsvekkande lågt prisa i forhold til før nemnde Turnbells og Williams, så her har alle råd til to eksemplar.

Etter at vi sist tok ein ny kikk på skjønnlitteratur, skal vi denne gongen igjen ta for oss tung faglitteratur. Torgersen har hatt ein lang og variert karriere, han har legeutdanning i botnen, men er vel kanskje mest kjend som underhaldar. Han har her forfatta eit allsidig verk med hovudfokus på fysiologi, med nokre kortare patologikapittel mot slutten. Verket er delt inn i kapittel som kvar tar for seg eit organsystem, ei oversiktleg og grei løysing.

Obstetrikken er via eit omfattande kapittel tidleg i boka, som seg hør og bør. Her blir fysiologien grundig gjennomgått, frå befruktning til fødsel. Torgersen nyttar seg av eit fiffig fortellargrep når han formidlar delar av stoffet gjennom ein tenkt dialog mellom ”Øyvind” og ”far”. Dette bidrar til å gjere stoffet meir tilgjengeleg enn slik det

vert formidla i eldre verk som ”Williams Obstetrics” og ”Turnbells Obstetrics” (anmeldt i Gynekologen tidlegare).

Her fins mange obstetriske gullkorn, mellom anna ”Det tar vanligvis ni måneder til barnet er så ferdig at det kan bli født, og imens må alle vente.” Ord å legge seg på minnet i desse tider då gud og kvarmann tar til å mase om induksjon kring veke 37. Vidare kan Torgersen fortelle at ”fødsler er slitsomme og spennende”, noko dei fleste i faget vel kan seie seg einige i.

Gynekologien vert dessverre svært kursorisk behandla, ein stor mangel i eit ellers solid verk. Det nærmaste vi finn er gjennomgangar av urinvegsinfeksjon, condylom og scabies, tilstandar som i beste fall kan seiast å ligge i utkanten av faget.



Obstetrikken er grundig illustrert, her byr Torgersen på seg sjølv i eit bilde frå eigen fødsel. Torgersen var tydelegvis svaksynt allereie ved fødselen, all den tid han var fødd med briller. Obstetrisk må det ha vore utfordrande, ikkje minst med tanke på å forebygge perinealskader.



# KLAR NÅR DU ER

**NYHET**

## TACHOSIL® PRE-ROLLED

Den første matriks som er spesielt designet for lukket kirurgi. Krever ingen forberedelser.<sup>1</sup>

TachoSil er en ferdig kombinasjon som sikrer både hemostase og vevsforsøgling.<sup>1</sup>

### TachoSil "Takeda Nycomed"

Lokalt hemostatikum  
ATC-nr.: B02B C30

**MATRIKS TIL VEVSLIM:** Hver cm<sup>2</sup> inneh.: 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 vevsforsøgling og for suturstøtte ved karkirurgi 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 sårlåten og må vurderes individuelt. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 matrikser (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 7 er rapportert. For mindre sårlåter, f.eks. ved kikkhullskirurgi, anbefales matrikser 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 for bruk, se pakningsvedlegg. Administrering: Kun til epilesjonell bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Se pakningsvedlegg for instruksjoner vedrørende administrering. Det er sterkt anbefalt å journalføre navn og batchnr. hver gang preparatet benyttes. **Kontraindikasjoner:** Intravaskulær bruk. Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **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 inaktivisering/fjerning av virus under produksjonen. Til tross for dette kan en ikke fullstendig utelukke muligheten for overføring av smittsomme agens. Dette gjelder også virus eller patogener som hittil er ukjent. Tiltakene anses effektive mot kappekleddede virus som hiv, HBV og HCV, og mot det ikke-kappekleddede viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappekleddede virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erythropoiese (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 ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Øvrige: Feber. Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  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 innholdstoffene. Antistoffer mot innholdstoffer i fibrinpreparater til sårlukkning/hemostatika kan forekomme i sjeldne tilfeller. Svært sjeldne ( $< 1/10\ 000$ ): Hjerne/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 et tørket belegg på overflaten av en kollagenmatriks. Den aktive siden er farget gul. Virkningsmekanisme: Ved kontakt med fysiologiske væsker, f.eks. blod, lymfe eller fysiologisk saltvann, oppløses innholdstoffene 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 kollagenmatriksen fast til såroverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limeegenskaper som bidrar til å lukke såret. Metabolisme: Fibrinkoagellet metaboliseres som endogen fibrin ved fibrinolyse og fagocytose. Kollagenmatriksen 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

