

28-I
2015

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHOOLD

■ Intervju med Torvid Kiserud s. 6 ■ Ebola Treatment Center i Sierra Leone s. 11 ■ Intern herniering i svangerskap s. 15 ■ Risiko for fosterdød i Norge s. 22 ■ Kurs i vaginal hysterektomi s. 30





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 innsetning. Dersom vaginal innlegg faller ut, skal det ikke erstattes. Ved påfølgende administrering av oksytocin, vent minst 30 minutter etter at vaginalinnlegget er tatt ut. **Spesielle pasientgrupper:** Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med opplæring innen obstetrikk på sykehus med tilgjengelig utstyr for kontinuerlig føtal og uterin overvåkning. Cervix skal undersøkes nøye før bruk. Uterin aktivitet og føtal tilstand overvåkes nøye etter innsetning. Tas ut av fryseren og ut av folieposen like før innsetning. Opptining er ikke nødvendig. Åpne posen ved å rive ved merket langs toppen. Saks kan ødelegge uttakingsystemet. Plasseres vaginalt i bakre fornix, og vendes 90° slik at det ligger på tvers. Vannløselig glidemiddel kan brukes. Ved innsetning vil det øke i størrelse 2-3 ganger og bli bøyleg. Etter innsetning kan tråden klippes av med saks, men påse at det er tilstrekkelig tråd igjen på utsiden av vagina for fjerning. Pasienten må bli i sengen i 30 minutter. Påse at Misodel ikke fjernes ved toalettbesøk eller undersøkelser. Tas ut ved å dra i tråden. Vaginalinnlegget må aldri fjernes fra uttakingsystemet. Etter uttak, påse at både innsetnings- og uttakingsystemet er fjernet. Se pakningsvedlegg for ytterligere informasjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om eller bevis på at barnets liv er i fare før induksjon. Dersom oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er gitt. Ved mistanke eller bevis på 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 innsetning. Ved positiv streptokokk gruppe-B status som krever profylaktisk antibiotikabehandling, bør tidspunkt for antibiotikabehandling vurderes nøye for å oppnå adekvat beskyttelse. Hvis oksytocin gis, skal innlegget først tas ut, og deretter skal en vente minst 30 minutter før oksytocin gis. Misodel er kun undersøkt i svangerskap med 1 foster i hodeleie. Er ikke undersøkt ved multiple svangerskap eller ved >3 tidligere vaginalfødsler etter uke 24 i svangerskapet. Forsiktighet utvises ved modifisert «Bishops score» (mBS) >4. En påfølgende dose utover maks. dose anbefales ikke pga. manglende data. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC) post-partum er beskrevet ved induert fødsel (fysiologisk eller farmakologisk metode). Butylert hydroksyanisol kan forårsake hudreaksjoner eller irritasjon i øyne og slimhinner. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er kontraindisert pga. økt uterotonisk effekt. Andre prostaglandinpreparater ble i en studie gitt ved behov 1 time etter uttak av Misodel uten negative effekter. **Graviditet, amming og fertilitet:** 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 hjerterytmefrekvens, føtal hjerterytmeforsening, 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 takypnø hos nyfødte. **Neurologiske:** Neonatal hypoksisk-iskemisk encefalopati. **Svangerskap:** Blødning antepartum, føtal acidose, blødning postpartum, prematur morkakeløsning, uterin hypertonus, uterin ruptur. **Undersøkelser:** Lav Apgar-score, forhøyet blodtrykk hos mor. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen erfaring. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk prostaglandin E1 (PGE1)-analog. **Virkningsmekanisme:** Forårsaker modning av cervix og uterine kontraksjoner. **Absorpsjon:** Kun misoprostolsyre påvises i plasma. Cmax: 45,8 pg/ml. **Median Tmax:** 4 timer. **Proteinbinding:** Misoprostolsyre <90% i serum (avhengig av terapeutisk dose). **Halveringstid:** Median terminal T1/2 (etter uttak): Ca. 40 minutter. **Metabolisme:** Raskt til aktiv metabolitt, misoprostolsyre, som metaboliseres videre til inaktiv dinor- og tetranorsyremetabolitter. **Utskillelse:** Renal for dinor- og tetranorsyremetabolitter. **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

Johanne Holm Toft
LIS, Stavanger Universitetssykehus
E-mail: johanne.holm.toft@gmail.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: magnehalvorsen@hotmail.com

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

Nettredaktør

Mette Løkeland,
Haukeland universitetssykehus, 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

Agnethe Lund

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

■ Redaktøren	4
■ Leder	5
■ Intervju Torvid Kiserud - fostermedisinar med hjarte for Afrika	6
■ Artikkel Fem uker på Ebola Treatment Center i Sierra Leone Intern herniering i svangerskap	11 15
■ Hormonhjørnet Turners syndrom	18
■ PhD Ovarian Cancer: a clinical challenge requiring basic answers Risikofaktorer for skulderdystoci ved fødsel Risiko for fosterdød i Norge	19 20 22
■ FUGO Leder Årsmøte 2015	23 24
■ Utdanning, kurs og møter 20. COGI kongress i Paris Kurs i vaginal hysterektomi ICS, 42th Annual meeting	26 30 34
■ Gynekologen anbefaler Gynekologen anbefaler bøker	39



28-1
2015

Styret i Norsk gynekologisk forening 2014-2015

Leder	Jone Trovik	Haukeland Universitetssykehus	jone.trovik@helse-bergen.no
Nestleder	Stine Andreasen	Nordlandssykehuset Bodø	stine.andreasen@online.no
Vitenskapelig sekretær	Marit Lieng	Ullevål Universitetssykehus	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 Løvvik	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

Fifty shades



..igjen?! Fifty shades of Grey er omtalt i media til det kjedsommelige. Jeg hører sannsynligvis til i målgruppen, men har hverken lest boken eller sett filmversjonen. Likevel vi jeg vie fenomenet oppmerksomhet i Gynekologen.

Det er mulig Fifty shades ikke kan levere kunstnerisk eller intellektuelt, men suksess har det blitt. Hvorfor? Fordi det handler om sex. Og hvilken sex? Sex som i vårt ellers kroppsfikserte samfunn er lite beskrevet. De ujevne fantasier.

I 1957 ble Agnar Mykles "Sangen om den røde rubin" forbudt i Norge. Dommen beordret umiddelbart beslag av boken da denne ble ansett å være utuktig. Høyesterett opphevet dommen året etter. Bedre reklame kan man neppe få. En hel generasjon leste boken med lommelykt under dynen. Et avsnitt som i sin tid gjorde inntrykk er Ask Burlefots samkvem med en såkalt "syk" ung kvinne. Også i Fifty shades omtales menstruasjon. Visstnok i form av en opphissende tampong. Tampongscenen ble aldri forbudt men den er ikke overraskende utelatt i filmen. Mensen er fortsatt et av mange tabu ved kvinnekroppen - og tabu kan tydeligvis være sexy.

Mang en kvinnelig filmfigur har vært nær

orgasme utløst kun av hete kys på halsen. Så fader scenen ut og overlater resten til fantasien. Dette er filmbransjens løsning på alt man ikke tør vise. Disse ufarlige scenene skaper illusjoner og rollemodeller. Derfor setter jeg pris på Den røde rubin og Fifty shades. Kanskje er det kritikkverdige å dyrke kvinnen som underkaster seg Mr. Grey. Men debatten som følger, om hvordan media fremstiller sex, er viktig fordi det vi ser påvirker våre forventninger. På tross av at vi overøses med seksuelle referanser i populærkulturen er det lite ekte sex å spore. Hvem gidder å filmatisere et utilfredsstillende samleie - selv om det nok er en ganske vanlig erfaring?

Så hva nå - når vi har sett og diskutert alt fra mensensex til Mr. Greys sadomasochisme? Hva står igjen som vår tids største tabu? Kanskje det å mangle sexlyst? Manglende lyst er den vanligste årsak til seksuell dysfunksjon hos kvinner. Og ved dysfunksjon er det kvinnen selv som må definere om hun har et problem. For det må da også være lov å leve uten sex, eller hva? Elsa Almås holder innlegg under vårmøtet i Kristiansand med tittel - Hva er seksuell motivasjon: Kåthet, lyst og/eller intimitet? Det ser jeg frem til!

Fifty shades lar jeg nok ligge ulest. Men det er absolutt behov i vårt fag for mer kunnskap om sex. Så lær mer, bli trygg og spør kvinnene om seksuelle bekymringer. Det er min oppfordring i Gynekologens vår(kåte) utgave! God lesning.

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 Andreasen, Guri Majak, Jostein Tjugum.

Nettredaksjonen

Mette Løkeland

Gynekologen

Agnethe 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 Hoffte 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)

Lager vi vårt eget «glasstak»?



Acta (Obstetricia et Gynecologica Scandinavica) har fått ny sjefsredaktør; Acharya Ganesh, velkommen! Jeg ble så tildelt oppgaven som

headhunter da to norske medredaktører skulle finnes og har siden juni aktivt kontaktet mange kompetente kolleger i hele landet. Da vi først fikk aksept hos Vasilis Sitras (definitivt velkommen til deg også) ble jakten etter en kvinnelig kandidat intensivert. Med så stor kvinneandel som vår spesialitet innehar føltes det riktig og viktig å tilstrebe kjønnsbalanse også på redaktørnivå. Men det var ikke enkelt; ingen av de kvinner jeg spurte ville påta seg dette vervet, til tross for den vitenskapelige kapasitet og kvalitet jeg vet de besitter. Å editere vårt hovedorgan for nordiske gynekologer er jo et både interessant og viktig verv som også så definitivt er akademisk meritterende. Hvorfor ville de så ikke de kvinnelige gynekologene takke ja?

Hvis vi skal øke kvinneandelen i den akademiske del av medisinen så må altså vi kvinner påta oss slike oppgaver når vi faktisk får muligheten!

Ved den åpne utlysning fikk vi svært

kompetente søkere, alle fra Bergen, også det tankevekkende. Vi hadde allerede Line Bjørge som medredaktør og jeg prøvde primært å sikre geografisk bredde utover Vestlandets hovedstad. Når nå Nils-Halvdan Morken tok imot tilbudet vet jeg han er særdeles godt kvalifisert og helt sikkert kommer til å gjøre en flott innsats for Acta (og selvfølgelig hjertelig velkommen til deg også Nils-Halvdan!).

Ultralydsaken (Helsedirektoratets overkjøring av vår felles nasjonale Veileder i fødselshjelp) kjører videre. Møtet med HDir i november ga ingen ny informasjon men bekreftet at direktoratet overhode ikke hadde hatt noen kontakt med Norsk Gynekologisk Forenings organer underveis i prosessen. At de heller ikke vil eller kan fremlegge dokumentasjon på sin saksgang/beslutningsgrunnlag og hvilken ekspertise de har støttet seg på illustrerer hvor ugjennomsiktig og lukket prosess dette har vært. Vi fikk ingen ny informasjon som ikke allerede var kjent da Veilederen var revidert våren 2014.

Det mest problematiske med anbefalingen er at vi skal måtte ignorere informasjon der vi har kjent konsepsjonstidspunkt (IVF) eller når kompetent gynekolog har utført første trimester ultralyd. Dette strider mot det vi alle vet; at den biologiske variasjon i fosterstørrelse er minst jo

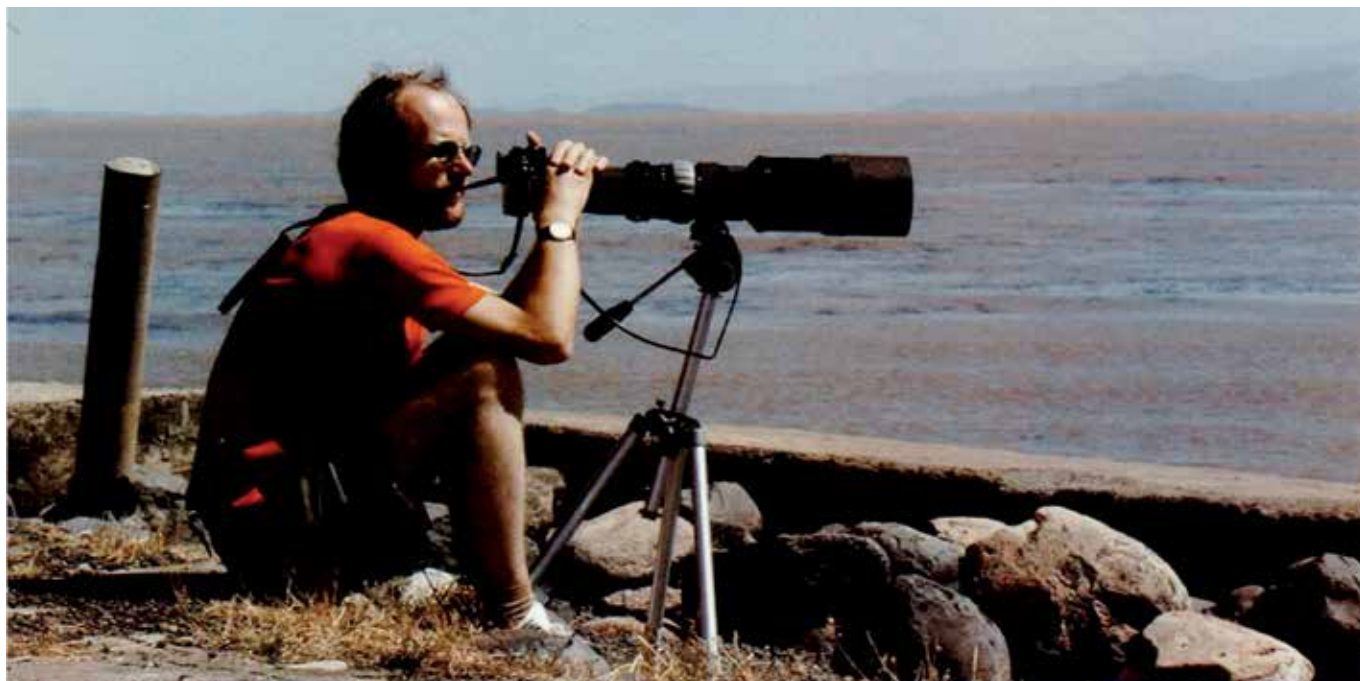
tidligere i svangerskap en kan måle. Når aldersbestemming i 16.-19. uke skiller seg 0.88 dag mellom Terminhjulet og eSnurra blir det en betydningsløs forskjell gitt den biologiske variasjon hos fostre på det tidspunkt.

Det er uklokt av våre helsemyndigheter å fatte beslutninger uten å sikre fagmedisinsk forankring, da oppnås ikke hverken faglig legitimitet eller lojalitet til beslutningen.

Når vi alle vet hvor stort arbeid som nedlegges når vi lager våre Veiledere er det desto mer demotiverende at våre myndigheter ignorerer og overprøver det vi mener er godt faglig begrunnet. Jeg vil likevel rette en stor takk og oppmuntring til dem som nå er i prosessen med å revidere Veileder i generell gynekologi. Vi må fortsette å basere oss på best mulig evidens og nasjonal konsensus, da kan vi fortsette å bruke Veilederne som referanse når vi søker hva som er best mulig behandling for våre pasienter.

Veileder i Fødselshjelp er ute som App og skal nå virke både på Apple og Androidplattformer. Actatilgang skal komme automatisk når man er innlogget på NGFs nettsider. Etter noe oppstartsvansker håper vi nå dette fungerer.

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



1977 - fuglefotografering ved Lake Abaya

Torvid Kiserud - fostermedisinar med hjarte for Afrika

Babyboomgenerasjonen har gitt oss ei rekke framtrekande fagpersonar innafor vårt felt, mange av desse er i våre dagar ved slutten av karrieren. Gynekologen vil i ein serie artiklar intervju nokre av desse. Med det ynskjer vi å takke for innsatsen, kaste eit historisk blikk tilbake og ikkje minst nytte høvet til å hauste av erfaringane desse har gjort seg gjennom eit langt yrkesliv. Denne gongen er det Torvid Kiserud som deler av sin visdom.

Fortel fyrst litt om oppveksten din?

Jeg har hatt en litt rotløs oppvekst. Jeg bodde seks år i Argentina som barn, fra jeg var tre til jeg var ni år. Jeg fikk dermed spansk som morsmål. Mine foreldre ble skilt da jeg var ni år, vi flyttet da hjem til Norge, og jeg skulle forsøke å slå rot her i Stavanger. Jeg hadde en emosjonelt ganske problematisk tid, og var vel på kanten av lovligheten i flere år. Politiet var etter meg, og jeg var elendig på skolen. Kompisen min havnet på Lindøy, jeg slapp unna det, men var inne hos politiet til samtale fordi jeg hadde solgt våpen som jeg hadde funnet. Det kunne fort endt den veien.



Argentina 1953 - Torvid Kiserud er 8 år og tek bilde til ID-kort.



1963 - Torvid Kiserud studerer medisin

Da jeg var 10-11 år giftet mor seg på nytt, og min stefar lærte meg sjakk. Jeg begynte i sjakkklubben i Stavanger, det var en lykke for meg på mange måter. Tidligere hadde jeg vært elendig på skolen, både i språk og i regning, som det het den gang. Sjakk fikk meg til å konsentrere meg og fikk meg inn i et annet miljø. Jeg lyktes ganske godt, og ble nærmest en sjakknerd i noen år. Vi var med i norgesmesterskap for folkeskoler og ble der norgesmestere for lag. Jeg ble juniorkretsmeister i sjakk, og brukte fantastisk med tid til å studere sjakk. Vi abonnerte på sovjetiske sjakkblader, studerte åpningsteori og prøvde å lære oss tegnene slik at vi kunne følge med i den form for litteratur. Dette holdt jeg på med til jeg begynte på gymnasen, jeg hadde så vidt greid å karre meg inn på Svithun. En dag ved jernbanestasjonen i Stavanger traff jeg på en av de eldre ved Stavanger sjakkklubb som sa at: "Nå syns jeg du bør slutte på skolen og heller konsentrere deg om sjakk!". Det førte til at jeg neste uke gav vekk sjakkbrettet, og spilte ikke sjakk på mange år. Jeg konsentrerte meg om skolen i stedet.

Det sjakken ikke fikk, fikk matematikken. Tror jeg løste alle oppgaver som fantes i Thams Lyches 3-binds lærebok og hadde en avtale med meg selv om å studere matematikk om det gikk bra på eksamen. Det gjorde det ikke, og sosialt tror jeg det var en lykke for meg å ikke grave meg inn i mer nerdethet.

Da russetiden kom, gikk det bare noen dager før jeg følte at den russefeiringen vi drev med ikke var noe for meg, så jeg mønstret på Den Norske Amerikalinje og seilte frem og tilbake som oppvaskmann den sommeren. Jeg var dermed ikke til stede ved vitnesbyrdsutdelelsen i Stavanger, men fikk en utmerkelse som beste franskelev det året. Jeg hadde vel en fordel av å ha hatt spansk som morsmål.

Du starta på medisinstudiet rett etter gymnasen?

Jeg begynte studiene i Tyskland, for jeg fikk ikke god nok artium til å komme inn på studiet i Norge. Jeg hadde den første delen i Würzburg, og så kom jeg inn på annen avdeling i Bergen. En vestlending som hadde kommet inn i Oslo, ville til Bergen,



1978 - Gjensyn med pasient ved Chew Bahir

og vi byttet. I studietiden hadde jeg en avtale med en som kunne koinegresk, altså nytestamentlig gresk, og hver lørdag hadde vi to timer med gresk, og deretter sjakk. Det gikk til klokken fem om morgenen.

Etter studiet tok jeg et halvt år for å lære meg hebraisk for å forstå bibelen, jeg var blitt ganske religiøs. Hadde da allerede startet med å lære med Johannesevangeliet utenat på gresk. For å overleve hadde jeg en bijobb ved infeksjonsmedisinsk avdeling på Ullevål. Etter å ha hatt gynekologi og obstetrikk under studiet, med mellom andre Schjøtt-Rivers, var det det siste jeg kunne tenke meg, det stod nederst på listen over hva jeg ville bli.

Kvar hadde du din turnus?

Jeg fikk godkjent min tid ved infeksjonsmedisinsk avdeling på Ullevål som

medisinsk turnus og hadde kirurgisk turnus på Røros. Røros var ganske interessant, jeg likte meg godt der. Det var eksotisk på mange måter, det var noe urnorsk ved det. Jeg lærte meg treskjæring og ble opptatt av bergarter og fossiler... Det var en bitteliten avdeling med en kirurgisk overlege, en turnuslege, det var meg, en øre-nese-hals lege og røntgen. Jeg fikk praktisert det meste av det jeg hadde lært i studiet, det var veldig praktisk nyttig. Jeg husker jeg hadde en pasient som kom inn med akutt hjertestans, resusciterte ham og la inn pacemaker, for det hadde vi sett/lært på 7. Avdeling på Ullevål.

Etter turnus avtjente jeg verneplikt, Harald Hårfagre et halvt år og resten av tiden var jeg sjøsyk på en fregatt som seilte rundt i Atlanterhavet.

Og så tok du din spesialisering...

Gjennom hele studiet hadde jeg tanke om å reise ut og gjerne arbeide i tropiske land. Jeg reiste først til Kirkenes og fikk halvannet år kirurgi som assistentlege. Hovedinteressen var imidlertid infeksjonsmedisin og pediatri, men man må jo takle den øyeblikkelige hjelpen, derfor ønsket jeg meg kirurgisk erfaring. Jeg hadde hele tiden Afrika i hodet, så etter Kirkenes meldte jeg meg til misjonsorganisasjonen, de pekte ut muligheten for meg til å reise til Etiopia eller Tanzania, og da valgte jeg Etiopia. Som forberedelse til det tok jeg tropemedisinkurs i Liverpool for Diploma of Tropical Medicine and Hygiene derifra.

Høsten 1974 reiste vi til Addis Abeba med hele familien. Vi skulle grave oss litt inn i kulturen, men det viktigste var å lære språket, så jeg lærte meg sånn noenlunde amharisk. Deretter ble vi plassert ut på et nybygd sykehus som var i innkjøringsfasen sør i Etiopia, Arba Minch. Jeg var der i fire år i første omgang, til 1978. Vi hadde ingen indremedisiner, ingen kirurg, vi var to leger der, det var jeg og en dansk lege, vi gjorde det som vi kunne gjøre.

Det var revolusjon i Etiopia, så der var ganske hett rundt ørene på oss. Nesten trekvart år før jeg reiste hjem måtte vi sende familiene hjem til Norge på grunn av krigføringen. Det var den røde revolusjon som gikk over landet i flere år. Det ble mye kirurgi i tillegg til pediatri, infeksjoner og tropemedisinske problem

Vi hadde avtale om en fireårs arbeidsperiode, jeg reiste hjem to og en halv måned tidligere fordi jeg ble utvist. De militære synes ikke jeg hadde behandlet deres soldater pent ved en anledning. Da jeg kom på flyplassen hadde innenriksministeren sendt en unnskyldning; det var en misforståelse. Jeg hadde fått inn en militiamann på sykehuset som hadde brukket beinet, så vi måtte legge det i strekk. Da jeg skulle sette pinnen gjennom tibia hoppet han til og grep tak i pinnen, for han trodde jeg skulle sage av beinet. Dermed var alt blitt usterilt, og jeg kunne ikke gjøre noe mer for ham der og da. De trodde da at jeg for det første hadde prøvd å sage av ham beinet, og for det andre at jeg ikke var villig til å behandle ham. Resultatet bli at militærsejefen utviste meg.



1978 - med eit av fosterbarna.

Du kom heim i 1978? Kva gjorde du då?

Da fortsatte jeg på kirurgisk utdannelse i Stavanger. I løpet av min tid i Etiopia så jeg at mye av behovet for øyeblikkelig hjelp blant kvinner knyttet seg til fødsler, fistler og andre gynekologiske og obstetriske problemer og at disse utfordringene var lavt prioritert. Jeg hadde allerede operert endel fistler, og forsto at dette var det ingen ende på, stadig flere kom. Du blir helt av å lukke en fistel, men den som forebygger fistel lager ingen helter. Jeg bestemte meg for å lære mer om obstetrikk og gynekologi, og ønsket utvikle en svangerskapsomsorg tilpasset afrikanske forhold for å få bukt med det at de ble liggende så lenge i fødsel. Det bød seg mulighet til sideutdannelse i gynekologi og obstetrikk i Stavanger, søkte ass.legestilling og fikk den. Så ble jeg hengende ved det, fikk godkjent min kirurgiske tjeneste som sideutdannelse og ble ferdig spesialist i 1982 og reiste til Etiopia igjen.

Var det då du bygde fistelsjukehus?

Jeg har ikke akkurat bygget fistelsjukehus... Jeg hadde jobbet ganske mye med fistler allerede da. Jeg hadde egentlig ikke tenkt å arbeide med fistler den første gangen jeg reiste ut, så den første fistelen jeg så sendte jeg til Addis Abeba med en henvisning. Tre måneder senere kom hun tilbake, fremdeles med fistel; hun hadde ikke reist i det hele tatt. Så jeg sa "Vel, hvis ikke du kan reise, så kanskje jeg skal prøve å operere deg", og det var jo en veldig liten, snill fistel som jeg lyktes i å operere etter boka. Jeg var heldig med at den første fistelen var lett, så kom de litt vanskeligere etterhvert, så jeg lærte litt på veien og hadde en bra læringskurve.

Da jeg reiste ut i annen omgang hadde jeg med meg et ultralydapparat med tanke på et prosjekt, lage symfyse-fundus kurver for en afrikansk befolkning. Ultralyd skulle tjene til gestasjonsalderbestemmelse i et land hvor siste menstruasjon oftest ikke var kjent. Det ble en bra longitudinell



2009 Mount Everest nasjonalpark.

studie med "blindede" SF-mål. Dette bygget vi inn i et "antenatal chart", en liten svangeskapsjournal i papp. SF-kurve på den ene siden og en risk score på den andre. Det stod også litt om at hun ikke burde ligge hjemme lenge i fødsel. Dette fikk alle kvinnene som var innom hos oss, og de tok bedre vare på det enn jeg tok vare på mitt pass.

Norad gav oss altså budsjett til en ultralydmaskin i 1982, og den brukte vi til absolutt alt. Det var slutt på røntgen urografi, røntgen galleveier... Vi gjorde alt med ultralyd, drenerte abscesser og empemyer, tok biopsier, fjernet kuler, splinter, fremmedlegemer og sekvester. Mange gladhistorier. En var skutt i ryggen, dura var revet opp. Med ultralyd fikk vi lokalisert kula og hentet den ut etter lamektomi, og fikk gjort en slags duraplastikk. Neste dag på visitten spør mannen om vi fant kula. Jeg plukket den frem av lommen, han strålte med kula i hånden, kom seg ut av sengen

og nesten løp ut av sykehuset. En tøffing, en helt. Slik ble det i stor grad autodidaktisk utdannelse, og ultralydinnsikt og ferdigheter i invasiv ultralyd. Karl Roth som senere ble radiolog i Ålesund, var en fantastisk kollega i Arba Minch disse årene.

I 1986 gikk turen tilbake til Stavanger hvor jeg hadde fått min barnelærdom i obstetrikk, og fortsatte der. Jeg hadde da to "ferdigheter", ultralyd og å operere, som egnet seg å videreutvikle. Ultralyden var i sin barndom, i Stavanger hadde de en Brüel & Kjær scanner. Den hadde en prostataprobe som jeg brukte transvaginalt; den fungerte veldig godt til å se på cervix og bekkenorganene. Jeg tenkte jeg skulle videreutvikle meg i ultralyd og spurte om jeg kunne komme til Trondheim, men Sturla hadde den gang ikke plass til meg der. Asbjørn Skryten var i Stavanger da, han hadde vært i Sverige. Jeg hørte med ham om det fantes noe sted i Sverige han kunne linke meg opp til. Han fant tre muligheter; Göteborg, der jeg kunne

gå inn i et concerteam for å videreutvikle kirurgien, Linköping, der drev de med ultralyd og intrauterine transfusjoner, og Malmö, der mye biometri og obstetrisk Doppler var utviklet.

Jeg tok kontakt med Malmö i 1989, og de tok i mot meg og inkluderte meg som bare svensker kan greie. Der var jeg et viktig halvt år. Den gang var det slik at doktorandene måtte samle litteraturen i "fotostatkopi". Hver gang en doktorgrad var ferdig, ble all litteraturen samlet i et rom i kjelleren. Der hadde det etterhvert samlet seg noen hyllemeter med litteratur og jeg gikk ned og leste systematisk gjennom "hulle-litteraturen". Målet var å forstå mer av fosteret og særlig sirkulasjonsfysiologien som vi da hadde begynt å se på, ikke minst hjertet. Det ble en liten bunke med hjem hver kveld. Jeg fant til slutt et lite hull der som het ductus venosus der det ikke var gjort noe på mennesker enda, og det var tydelig at det var fysiologisk en lovende struktur. En dag kom Sturla innom (han hadde selv arbeidet i Malmø med sin doktorgrad) og spurte om jeg kunne tenke meg å gjøre prosjektet jeg hadde tenkt ut i Trondheim i stedet for Sverige. Det ville være praktisk mye enklere for meg, jeg sa ja, fikk permisjon fra Stavanger og dro januar 1990. Der ble jeg til 1995, da jeg flyttet til Bergen hvor jeg har blitt værende bortsett fra et par år i London.

Kva vil du seie er den største skilnaden på å vere i vårt fag no, i forhold til det det var då du starta?

Ja, det er noen forskjeller. Den gangen arbeidet de fleste av oss mer, vi investerte mer av vår personlighet i faget, det var nesten en forventet "kontrakt" overfor samfunnet, yte tilbake til kollektivet for den muligheten til utdannelse vi hadde fått. Vi hadde ikke 48-timers uke, det var 60-70-80-90 timer. I Etiopia gikk jeg enten endelt eller todelt vakt, vi fikk en enorm praktisk erfaring og bratt læringskurve. Vi fikk mye praktisk innsikt, men vi hadde også vært klare til å løse pasientproblemer allerede dagen vi var ute av "doktorskolen" (hadde eget stetoskop, otoskop og paracentesutstyr, oftalmoskop, reflekshammer, førstehjelpskoffert med intubasjons- og resusiteringsutstyr etc). Vi hadde hatt ansvar for alvorlig syke pasienter og blitt vist stort ansvar og tillit. I dag er det

annerledes. Det er store kull, studentene slipper lite til, det er vanskeligere å tilegne seg praktiske ferdigheter og det er vanskeligere å få feriejobber. Det er mye mer fokus på kvalitetssikring og "feilfrihet", du får ikke stå alene med ting på samme måte som den gang og selvstendighet og trygghet kan fort bli mangelvare.

I studietiden var jeg interessert i infeksjonsmedisin, så jeg fikk sommerjobb på infeksjonsklinikken i Karlstad. De viste tillit; det er ganske typisk. De stolte på at jeg spurte om råd dersom jeg ikke visste hva jeg skulle. Dermed løste du så mye som du kunne og fikk veldig mye ansvar. Læringskurven var kjempebratt. Du betalte med å arbeide hardt, lese mye og ha mang en dårlig natt pga engstelse for pasientens forløp, grubling omkring diagnose og behandling. Tøffe dager kunne være tunge å bære, men ga også innsikt og ydmykhet; men også etter hvert egentrygghet nok til å kunne stå rolig ved dine avgjørelser. Det var kanskje et nødvendig og forventet mønster for sin tid. I dag er man ferdig med spesialiteten og likevel har mange kanskje ikke gjort et keisersnitt uten å ha en mer erfaren ved siden av seg. Det gjør noe med psykologien, men det er kanskje nødvendig slik livet er i dag. Jeg føler meg ikke overbevist om at det bare er et gode. Jeg er redd at mye innsikt og erfaring bare går tapt.

I studietiden fikk jeg også den gleden å bli fast følgesvenn for en blind gammel mann (han var bare 64 da han ble blind) flere ganger hver uke. Vi gikk milevis, og jeg følte det var mye innsikt, holdninger og kommunikasjonskunst som ble overført i de timene. Hvorfor skulle jeg neglisjere det som de før meg hadde erfart og forstått, når jeg kunne lære og forstå av dem og ta innsikten med meg? I dag er eldre mennesker ofte sett på som noe en bør ta vare på og hjelpe til å ha et "godt liv". For meg var og er de en ressur. Vi arver gener, vi har epigenetisk setting som omgivelsene i høy grad modellerer, og vi har en sosial og intellektuell arv vi kan annamme (for å bruke et gammelt uttrykk), gjøre til vårt eget og videre-foredle.

Det håndverksmessige er kommet litt i bakgrunnen i dag i forhold til det det var tidligere. Det er mange andre saker som har fått mye mer plass. Det er dokumentasjon, digitalisering, rapportering, økonomi og kvalitetssikring, forskning. Alt dette gjør at det har blitt et mye mer tett og "sofistikert" yrke hvor det å stå alene og skulle ta avgjørelser ikke lenger er dagligdags på samme måte.

Vi har lett for å tenke at i gamle dager fikk folk mindre informasjon, og at det var en mye større avstand fra lege til pasient, og det er nok riktig. Vi må prøve å forstå det ut fra deres samtid. Jeg tror ikke hjertelaget var noe mindre den gangen. Legene kommuniserte ut fra sine forutsetninger og slik det var forventet den gang. Kommunikasjonen kunne nok være kort, men det betyr ikke at den ikke kunne være like hjertelig og empatisk. Du kan si en setning og veksle et blikk og ha formidlet en hel verden av informasjon, trygghet, transparens og innsikt som pasienten oppfatter og finner adekvat. Det viktige er å formidle det pasienten selv har bruk for der og da. Non-verbal kommunikasjon var høyt verdsatt, og kanskje viktigere enn mange forstår i dag. I dag er kommunikasjon blitt mer verbal. Man har blitt veldig opptatt av kommunikasjon og vektlegger skriftlig og muntlig informasjon. Jeg tror mange av våre forgjengere var flinkere enn oss på den verbale siden til å tilpasse informasjonen til det pasienten trengte. Mange hadde brukt år til å trenge ned i litteratur og beflidd seg på å forstå pasienten. Det var tross alt den aller viktigste kilden til diagnosen, pasientens egen fremstilling. I dag har vi biokjemi og billeddiagnostikk og elektroniske algoritmer å hjelpe oss med. Direkte kommunikasjon, øye til øye, har ikke den store andelen av oppmerksomheten lenger. Men da kan noe "medmenneskelig" gå tapt, kanskje noe viktig for pasienten liv? Det å tilpasse informasjonen til det pasienten trenger akkurat da, krever litt innsikt, i pasienten.

Vil du seie at noko har gått tapt på veien?

Om vi ikke greie å innse at foregående generasjoners fokusering på verbal og boklig

formidling og vektlegging av ferdigheter også i dag har noe vesentlig å bidra med i vår egen tilværelse, mister vi noe og må finne opp hjulet på nytt. På den annen side, det gir også ny innsikt å finne opp hjulet på nytt i hver tidsperiode, men vi trenger likevel ikke kaste all kostbar erfaring på søppelhaugen. Den er stor i våre dager.

Har du nokon råd til unge kollegaer som tar fatt på sin spesialisering?

Det må være det at du blir ikke god uten at du investerer tid i det, og du blir ikke god hvis du ikke er glad i det du fokuserer. Er det noe du liker, som du tror har betydning for faget, og du tror du kan bidra med, er det viktig at du investerer og er villig til å gå den ekstra veien. Resten av samfunnet er avhengig av sanne.

Og med det takkar vi Torvid Kiserud for at han stilt opp for Gynekologen. Vi avsluttar med dette vår intervjuserie med babyboomgenerasjonen, frå og med neste nummer vil vi ta for oss kollegaer som nettopp har tatt fatt på si spesialisering under vignetten "Ung og Lovande".



Torvid Kiserud sykklar til jobb, klima og distanse til tross.



Fem uker på Ebola Treatment Center i Sierra Leone

Det er lett å glemme at man ikke bare er født med ski på beina men også med et gullodd i hånden når man er født i Norge. Men hver gang det tikker inn en melding fra Røde Kors med spørsmål om min tilgjengelighet for å reise ut å hjelpe til, blir jeg minnet på det.

Jeg ble tatt opp som delegat etter intervju og kurs i 2007, etter det har det bare blitt ett oppdrag i 2010 i Pakistan før nå.

Planlagt avreise ble uke 44. Ullevål sykehus, KK føden, ga permisjon og kolleger måtte gi sitt bidrag til bekjempelsen av Ebola ved å dekke mine arbeidsoppgaver. Slik bidrar mange flere enn man tenker over. Destinasjon var den 3. største byen i Sierra Leone, Kenema. I 5 uker skulle Ebola treatment senter være hovedgeskjeften.

Arbeidsoppgaven var å være generell lege og gi basis behandling.

Figur 1 Gikk forbi hver morgen

Briefing på hovedkontoret i Oslo. Her møttes vi som skulle reise sammen, godt at vi ikke skulle reise alene. Flere skulle vi bli fra Geneve. Vi fikk informasjon og erfaringer fra andre som hadde vært der. Utstyr, mat inklusiv pålegg på tube og penger. Videre gikk ferden til Geneve for ytterligere 2 dagers kurs om Ebola

mission. I bakgården til hovedkontoret til IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies) hadde de satt opp et mini ETC på 2 telt slik at vi fikk øvd oss i på- og avkleddning av PPE(personal protective equipment) som man må ha på seg inne i område hvor pasientene oppholder seg aka: high risk area og på håndtering av døde mennesker.

Etter noen dager i Geneve gikk flyet videre til Freetown, hovedstaden i Sierra Leone.

Et land med 6 millioner innbyggere. Litt på bedringens vei etter borgerkrigen som hadde vart i 11 år og sluttet i 02. Ressursene i landet virker å være ubegrenset i form av diamanter, buxite, rutil, og en jord som man får grøde fra. Men nå er man satt langt tilbake. Gruver og bedrifter er stengt, skolen har vært stengt siden juni. Julaften er avlyst, ingen samlinger av folk er tillat pga frykt for smitte spredning.

Vi landet midt på natten etter å ha tilbrakt 6 timer i mellomlanding på Casablanca flyplass i Marokko. Flyplassen lever ikke opp til det romantiske bilde man har av stedet etter å ha sett filmen med samme navn. Røykelov har man ikke hørt om i Marokko! Trett og sliten var det godt å bli møtt av Røde Kors representant som stod klar med taxi videre til hotellet. For 135 \$ (noen skor seg) fikk vi en dusj og 2 timers søvn før ferden gikk videre til Kenema med bil, på tvers av nesten hele landet.

Klinikken som er bygd opp av et spansk

Røde Kors team og åpnet i september, lå 15 km utenfor byen. Kapasiteten er på 60 senger, som vi alle fikk bruk for til nyttår. Den er delt opp i lav og høy risiko sone. Det er i høy risiko sonene pasientene er, og dette område er igjen delt opp i tre: bekreftet-, sannsynlig- og mistenkt Ebola. Figur 2 Helikopter bilde av klinikken i Kenema

Pasientene kan ikke bevege seg fritt mellom sonene. Inne i høyrisiko sonene må man ha på PPE (personal protective equipment). På og avkledding blir nøye overvåket slik at det ikke blir brudd på rutinen.

Arbeidsturnus ble satt opp uke for uke. Døgnet bestod av 2 skift, vi jobbet ikke om natten. Enten dagskift 8 til 16 eller kveldsskift fra 2 til 9.

Når vi kom om morgnen kl 8 hadde vi 30 min til å få orden på listen, registret de som hadde dødd i løpet av natten og de

som skulle få "happy shower" og få reise hjem.

Så fikk vi rapporten fra nattevakten lest opp av en fra dagskiftet, for nattarbeiderne satt på røde kors bussen tilbake til byen, ingen offentlig transport tilgjengelig. Etter rapporten skulle første sykepleier-runde gå, så kom de ut og ga rapport før lege-runden gikk. Etter lunsj var det enda en sykepleier-runde. Kveldskiftet var stort sett likedann. Lege-runde etter behov på kveldskiftet. Det trengtes hvis det kom inn nye pasienter som var dårlig.

Alle som kom inn som ikke hadde bekreftet Ebola havnet enten i suspect eller probable area, hvor avhengig av om de hadde hatt kontakt med bekreftet Ebola syke. De ble testet dagen etter innkomst for Lassa feber og Ebola virus. Blodprøvene ble tatt av et eget i.v. team som bestod av 2 lokale sykepleiere eller av internasjonal stab som gjorde dette til vanlig i sitt virke hjem. Ebola testen ble



Gikk forbi hver morgen



1 mnd gammel når hun fikk Ebola, tatt hånd om av helsepersonell og andre pasienter

fraktet til Bo, nabo by hvor CGC (center for disease control) hadde satt opp et laboratorium. Blodprøven ble sendt avgårde med bil i løpet av formiddagen og om kvelden hadde vi svaret på en internettadresse. Hvis prøven var negativ ble pasienten testet igjen etter minst 48 timer. Hvis begge var negativ ble de skrevet ut fra P eller S med en happy shower og videre oppfølging av sosialteamet som fulgte opp alle som har hatt kontakt med smittede.

Hvis positiv ble de overført til confirmed området og det ble ikke tatt noen ytterligere prøver før de hadde vært på bedringens vei i minst 3 dager.

Det har så langt ikke vært tilgjengelig noen behandling for Ebola, så alt vi kunne gjøre var symptomlindring og nøde pasientene til å drikke og spise. De som ikke klarte det, eller hadde diare og oppkast så de ikke

fikk erstattet væsketapet, gav vi intravenøs væske. Vi delte også ut beroligende, kvalmestillende, smertestillende. Det var umulig å forutsi hvem som ville overleve, unge menn som man tenkte ville klare det døde, andre igjen som man tenkte var for svake kom seg igjennom.

Gravide og nybakte mødre vet man ikke klarer det. Så vidt jeg vet har kun en gravid overlevd. Ingen fostre eller nyfødt har overlevd.

I high risk område må man hele tiden tenke sikkerhet og sette sine kolleger og sin egen sikkerhet før pasientens vel, og det er kanskje noe av det vanskeligste å venne seg til. Det finnes prosedyrer som bl.a. sier at man ikke skal intervensere ved graviditet, de skal ikke induseres og ikke gis oxytocin som riestimulerende. Men etter fødsel/abort kan man gi oxytocin eller cytotec for å forhindre atoni og

ytterligere blødning. Alt dette fordi graviditetsprodukter og fostervann er fylt med virus – det var vanskelige avgjørelser. De nybakte mødre døde plutselig etter noen dager.

Mor, far og 2 barn kom inn, minste barn 1mnd gammel. Mor dør kort tid etter innleggelse og en far står igjen med 5 barn (3 var hjemme, ikke smittet). Far og den eldste av de innlagte barna dro hjem og minste mann på da 2 mnd dro hjem uken etter. Da kjenner man hvor urettferdig livet er og hvor heldige vi er.

2 søsken kom inn med sin mor og far, far dør snarlig etter innleggelse men mor lever i endel dager. 2 barn på 5 og 3 står igjen uten pårørende. 21 dager tilbringer de hos oss, de er for kontakter å regne siden de har vært sammen med sine smittede foreldre og må være til observasjon i tilfelle de utvikler symptomer. De er på inngjerdet



Gravlunden ved siden av klinikken i Kenema, frem til 29.01 var 248 blitt begravet her.

område, og passes på av sykepleier som selv har hatt ebola og overlevd og dermed har antistoffer og er antatt immun. De må så klart ta samme forhåndsregler som alle oss andre. De kommer tilbake for å gi sitt bidrag i kampen. Men de slipper å jobbe inne i high risk område, det hadde vært for tøft for dem.

Noen barn kom inn uten noen pårørende og ingen vi kunne kontakte. Alle som døde ble tatt bilde av. Hvis de var uten slektninger er det håp i fremtiden at kanskje noen vil etterlyse dem og få en grav å gå til. Rød Kors sitt community health team gjør en formidabel jobb med å søke opp pårørende og kontakter til pasienter - døde som levende. De hjelper også de som skrives ut fra klinikken til å komme tilbake i lokalsamfunnet.

Mens jeg var i Kenema hadde vi ingen nye tilfeller av Ebola fra Kenema, men vi fikk pasienter fra Kono, et distrikt nord for oss. Etterhvert bygget og åpnet Røde Kors en klinikk der. Den åpnet begynnelsen av januar, så vårt pasienttall begynte å falle.

I tillegg til klinikker drives det arbeid på andre fronter for å stoppe epidemien som har fått herje siden desember 2013. Opplysning til lokalbefolkningen, sporing av kontakter, oppfølging av de som trenger hjemmekarantene, og sikre begravelser. I Vest Afrika er det en tradisjon å røre den døde og det har gjort at begravelser er en spredningskilde. Derfor er det opprettet begravelsesteam, de reiser rundt og begraver folk på en trygg måte. En kultur er endret, noe som ikke alltid er like lett å få til.

Klinikken i Kenema hadde en egen gravlund, så alle som døde hos oss fikk en grav med gravstøtte der og med seg en islamsk og Kristen bønn da vi ofte ikke viste hvilken religion de tilhørte.

Etter 5 uker var det godt å komme hjem, oppfølging etter hjemkomsten har som etter Pakistan vært strålende med debrief og ukentlige telefoner for å høre hvordan det går. Mange har spurt om jeg var redd. Da kan jeg med hånden på hjerte si: aldri, selv ikke når jeg fikk forkjølelse og lå til sengs tenkte jeg Ebola. Jeg ville ha reist ut igjen hvis det hadde blitt aktuelt, men heldigvis er antall nysmittede på vei ned. La oss håpe at i løpet av våren er epidemien bekjempet og at vi har lært noe. Vi er på en klode. Det som rammer et annet kontinent rammer også oss.

Intern herniering i svangerskap - en alvorlig komplikasjon etter fedmekirurgi hos fertile kvinner

Rundt 1200 fertile kvinner opereres årlig for sykkelig overvekt i Norge. I tillegg opereres et ukjent antall i utlandet. Den mest brukte metoden er laparoskopisk Gastrisk Bypass (LGBP). Ved OUS Ullevål har vi i de siste årene fått henvist flere gravide etter LGBP, hvor det har vært behov for operasjon som øyeblikkelig hjelp på mistanke om intern herniering. Sen diagnostikk kan medføre tarmreseksjon, langvarig sykeleie og i verste fall maternell mortalitet (1). Det er derfor viktig at magesmerter hos gravide etter gastrisk bypass er kjent som en potensielt alvorlig tilstand, og at alle obstetriske avdelinger har rutiner og prosedyrer for håndtering av dette.

Svangerskap etter fedmekirurgi

Nedsatt fertilitet og PCOS er hyppig forekommende hos kvinner med sykkelig overvekt, og det er velkjent at et større vekttag bedrer fertiliteten. (2, 3)

Flere studier viser at både maternell og perinatal risiko i svangerskap etter fedmekirurgi er mindre enn ved svangerskap hos ekstremt overvektige. Det ser ut til at de har lavere risiko for hypertensjon, preeklampsi og gestasjonell diabetes, og også lavere sectio-frekvens (4, 5).

Den hyppigste komplikasjonen etter LGBP er mild ernæringssvikt. Denne lar seg relativt enkelt korrigeres med kosttilskudd

og ernæringsveiledning.

Intern herniering er en like velkjent, men i kontrast, livstruende komplikasjon til samme prosedyre. Det er flere kasuistikker med ileus og tarmiskemi beskrevet i litteraturen, der man har oversett de gravide LGBP-operertes særlige risiko for intern herniering. Foreløpig foreligger det ingen oversiktsartikler.

Intern herniering

Ved LGBP oppstår (dannes/lages?) 2 slitser i tynntarmskrøset (FIG 1). Intern herniering oppstår dersom tynntarmen blir innkilt i en av disse. 80% av bariatriske sentre lukker i dag slitene under primæroperasjonen, dog

har retrospektive studier hvor det er brukt forskjellige lukningsmetoder vist at risikoen for intern herniering ikke minsker selv om disse slitene lukkes profylaktisk under primæroperasjonen.

Insidensen for intern herniering er oppgitt å være rundt 10%. Under graviditet vil den voksende uterus komprimere og dytte tynntarmen opp mot øvre abdomen i større grad, og det antas derfor at insidensen i denne gruppen er enda høyere (FIG 2)

Aleris Oslo er det bariatriske senteret i Norge som utfører flest LGBP årlig. Inntil mai 2013 rapporterte de å ha operert 3157 kvinner. I deres database er det registrert

167 graviditeter etter LGBP. Av disse har hele 32 hatt intern herniering (19%) i forbindelse med graviditeten (6). Ut fra dette kan man forvente 15 gravide med intern herniering pr år i Norge.

Det kliniske bildet kan være vanskelig å tolke. Typiske symptomer er intermitterende smerter i øvre abdomen med forverring ved matinntak, samt kvalme, brekninger, og perioder med løs avføring.

De klassiske symptomene på tynntarmsileus er ofte ikke tilstede. Blodprøver er som regel normale, det gjelder også vitale parametre.

Symptomene forveksles lett med flere gastrokirurgiske og obstetriske tilstander som gallestein, reflux-sykdom og preeklampsi.

Utredning med tanke på dette kan gi uforholdsmessig lang tid mellom symptomdebut og diagnose/tiltak.

Kvinner som gjennomgår fedmekirurgi anbefales vanligvis å vente minimum 12-18 måneder etter kirurgi før de forsøker å bli gravide (7, 8). Det vil derfor være ytterst viktig at kvinnen har informasjon om gjennomgått LGBP på sitt helsekort, og selv har blitt informert om viktigheten av å nevne dette ved akutte magesmerter.

Amerikanske retningslinjer anbefaler nå at alle kvinner med LGBP-kirurgi i historien skal ha en tidlig konsultasjon hos gynekolog, med fokus på informasjon om de mulige komplikasjonene.

Ved OUS Ullevål ble i perioden februar 2012-februar 2014 i alt 9 pasienter laparoskopert på mistanke om intern herniering i svangerskap. Gjennomsnittlig tid fra symptomer til diagnose/operasjon var 2 døgn.

Av disse 9 hadde 7 herniert tarm. 2 hadde uttalt tarmiskemi og måtte gjennomgå tarmreseksjon. Alle inngrepene ble startet laparoskopisk, og det ble gjort lukking av



slits og evt reponering av tarm. En pasient fikk konvertert prosedyre til laparotomi grunnet feilplassering av trokar (visiport) i uterus. Dette ble løst ved tobakkspung-sutur og kontrollert lukning av defekt i uterinveggen. Pasienten ble nøye fulgt opp. I uke 30 fikk hun smerter over uterus, og ble sectio-forløst på mistanke om truende ruptur. Ingen forandringer ble sett på uterus per-operativt (9). Av de 7 som ble operert for herniert tarm, gikk 5 til termin og fødte levende barn.

En pasient hadde IUFD i svangerskapsuke 27 i forbindelse med herniering, tarmiskemi og sepsis. En pasient hadde intern herniering i forbindelse med en indusert sen-abort. Denne pasienten hadde uttalt tarmiskemi ved diagnosetidspunkt, måtte reopereres gjentatte ganger med tarmreseksjon, og har rapportert betydelig sekvele i etterkant.

Råd om håndtering av mulig intern herniering hos en gravid:

1. Ha muligheten RASKT oppe som differensialdiagnose, tiden er viktig! Pasienten skal ha oppført gjennomgått LGBP på sitt helsekort, og også selv være informert om sin risikoprofil.
2. Kontakt gastrokirurg og vær tydelig i bestillingen.

Differensialdiagnoser er også gallestein og nyrestein.

3. Vurder kortikosteroider ved svangerskap < 34 uker
4. Vurder laparoskopi/laparotomi ved vedvarende smerter. Operasjonen bør utføres av et team bestående av

gastrokirurg med kompetanse innen fedmekirurgi og gynekolog/obstetiker. Nyfødt må være informert/forberedt ved risiko for prematur forløsning.

CT med peroral og intravenøs kontrast kan iblant bidra med informasjon der hvor man er usikker på diagnosen. CT kan da kjøres som øvre abdomen og med lavere stråling (<10 mGY) og likevel ha adekvat kvalitet.

Vurderingen av bildene er imidlertid vanskelig, og det skal understrekes at diagnosen hovedsakelig er klinisk.

Referanser:

1. Renault K, Gytrup HJ, Damgaard K, Hedegaard M, Sorensen JL. Pregnant woman with fatal complication after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2012;91(7):873-5.
2. Uzoma A, Keriakos R. Pregnancy management following bariatric surgery. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*. 2013;33(2):109-14.
3. Weintraub AY, Levy A, Levi I, Mazor M, Wiznitzer A, Sheiner E. Effect of bariatric surgery on pregnancy outcome. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2008;103(3):246-51.
4. Kominarek MA. Pregnancy after bariatric surgery. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2010;37(2):305-20.
5. Bennett WL, Gilson MM, Jamshidi R, Burke AE, Segal JB, Steele KE, et al. Impact of bariatric surgery on hypertensive disorders in pregnancy: retrospective analysis of insurance claims data. *Bmj*. 2010;340:c1662.
6. Aghajani E. Utfordringer etter RYGBP hos fertile kvinner. *Kirurgen*. 2013;4:280-2.
7. Guelinckx I, Devlieger R, Vansant G. Reproductive outcome after bariatric surgery: a critical review. *Human reproduction update*. 2009;15(2):189-201.
8. Wax JR, Cartin A, Wolff R, Lepich S, Pinette MG, Blackstone J. Pregnancy following gastric bypass for morbid obesity: effect of surgery-to-conception interval on maternal and neonatal outcomes. *Obesity surgery*. 2008;18(12):1517-21.
9. Mala T HN, Røstad S, Mathisen LC, Jacobsen AF. Perforation of the Pregnant Uterus during laparoscopy for suspected Internal Herniation after Gastric Bypass. *Hindawi, Case reports in Obstetrics and Gynecology*. 2014;2014:3.

Vi ønsker velkommen til
NGF'S VÅRMØTE
 i Kristiansand

Vi håper at det faglige programmet lokker mange sørover – i tillegg ser vi frem til debatt angående utdanningen av våre fremtidige spesialister. Hege Gjessing kommer også i den sammenheng, for å svare på spørsmål angående innføringen av faste stillinger hos Lis. For fullstendig program, se kurskatalogen.

Kristiansand 23. og 24. april

Torsdag kveld treffes vi til middag og fest på Sjøhuset Restaurant, med eget husband og godt humør!

Håper å se deg!
 Hilsen arrangementkomiteen



Påmelding: Via kurskatalogen til Legeforeningen på nett.

Påmelding til middag: Kr 350,- settes inn på på konto: 3080.31.51571 innen 20. mars.
 Merk med navnet ditt.

Overnatting: Vi har reservert rom på Scandic Hotell Bystranda frem til 20. mars.
 Du må selv bestille rom med bestillingskode BKV1230415. Telefon: 21 61 50 00.
 I samme bygg som hotellet er det tilgang på spa og badeanlegg som vi sterkt kan anbefale!

Spørsmål kan rettes til leder for arrangementskomiteen, Randi Andersen,
 via e-post: randi.k.andersen@sshf.no

- Mette Haase Moen
- Professor emerita, NTNU, Trondheim

Turners syndrom

Ved overgang til pensjonering mister man ikke bare de daglige impulser fra kolleger, fra morgenmøter og stabsmøter. Man mister også kontakten med pasienter. Med dagens rasjonalisering av konsultasjoner og oppfølging får man sjelden langvarig kontakt med pasienter, det blir som regel 'en-gangs pasienter'. Jeg har vært så heldig å få anledning til å følge en gruppe pasienter i opp til nesten 30 år.

Da jeg i 1986 ble ansatt ved St Olavs Hospital (den gang 'RiT') fikk jeg tildelt spesialområdet ' tenårsgynekologi' som bla. omfatter jenter med Turners syndrom (TS). I de fleste tilfeller ble de henvist fra barneavdelingen. Når pediaterne hadde utført deres del av arbeidet med å optimere lengdeveksten med veksthormon og initiere puberteten med lavdosert østrogen, fortsatte vi på gynekologisk poliklinikk med økende doser av østrogen for utvikling av bryster og senere tilskudd av gestagen for å få til menstruasjoner. Det var en glede å se disse jenter stolt løfte genseren og vise resultatet ved kontrollene. Det ble gjerne så de fortsatte med årlige kontroller for eventuell justering av hormonbehandling (og en evig kamp med 'systemet' om man søkte tilskudd til det som ikke var det billigste alternativ, men som ble vurdert som det mest gunstige for pasienten).



med mange spesialiteter inkl. allmenmedisin. Kontrollene burde kunne administreres fra fastlegen, men det krever kontinuitet på legekantoret, noe som dessverre ofte svikter. Jentene – som etter hvert blir kvinner- foretrekker ofte å komme til gynekologen som de kjenner.

Da jeg var utdanningskandidat, ble jeg fortalt at det beste man kunne gjøre for jenter med TS var å søke uføretrygd for dem. Det er heldigvis ikke tilfelle i dag. Med tidlig diagnose (i fosterliv, som nyfødte, som barn) og tidlig behandling kan de ikke bare oppnå pen høyde og få normal pubertetsutvikling, de kan også utvikle seg normalt psyko-sosialt-seksuelt med utdanning og parforhold. Spørsmålet melder seg 'kan jeg få barn?' Bare et fåtall med TS-mosaikker har sjanse for spontan graviditet, de fleste har ikke fungerende ovarier. Eggdonasjon er en mulighet, og vi kan bli spurt om råd. Et er klart. Før de tenker på et slikt prosjekt bør de ha kardiologisk utredning for å utelukke forhold hvor graviditet kan medføre risiko



Kontrollene var ikke bare en ny resept, men også oppfølging som anbefales av en ekspert-gruppe1,2.

Kontroll av høyde/vekt (dessverre er mange med TS overvektige), blodtrykk, blodprøver for sjekk av nyrer, thyreoidea, blodsukker, lipider, lever (leverprøver er ofte lett forhøyde uten at det har klinisk betydning) og gynekologisk undersøkelse som for andre kvinner i samme alder. Det er absolutt ingen grunn til gyn.us. før de er seksuelt aktive da deres Müllerske ganger er normalt utviklet. Det må henvises til BMD (ben mineral tetthet) ca. hvert 3.år, kardiologisk undersøkelse hvert. 5 år og hørselskontroll hvert 10 år (eller før ved behov)3.

Mange har i tillegg til deres grunnsykdom autoimmune sykdommer som diabetes, revmatoid artritt, hypotyreose, vitiligo og alopeci etc. De har økt risiko for hjertesykdommer, ikke bare kongenitte, men også for utvikling av dissekerende aortasykdommer. Det kan bli samarbeid

for deres helse. Det fødes i Norge årlig ca. 15 jenter med TS. Det gis tilbud om kurs på Frambu, senter for sjeldne diagnoser4. Det er dannet en pasient forening5.

Hvem var så Turner? Henry H. Turner (1892-1970) var amerikansk endokrinolog som i 1938 beskrev syndromet.

Referanser

1. Bandy CA. Care of girls and women with Turner syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92:10-25
2. Pinsky JE. Clinical review: Turner syndrome: updating the paradigm of clinical care. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97:994-103
3. Skjema for oppfølging finnes som dokument i gruppen 'HORMONER OG ENDOMETRIOSE' på <https://legeforeningen.no/Community/Grupper/Grupp/?clubId=327>
4. <http://www.frambu.no>
5. <http://www.turnersyndrom.no/>

Ovarian Cancer:

A Clinical Challenge Requiring Basic Answers.

Eggstokkreft er den nest hyppigste formen for underlivskreft i den vestlige del av verden, og i Norge rammes årlig ca 450 kvinner. Først nylig har man påvist at dette er en heterogen tumorgruppe som kan klassifiseres på basis av bestemte morfologiske og genetiske karaktertrekk. Forståelsen av sykdomsprosessen og hvordan eggstokkreft utvikles er således fortsatt mangelfull. Prognosen for kvinnene med denne sykdommen er dårlig, og mindre enn 45% bli kurert. Dette skyldes hovedsakelig at sykdommen allerede har spredt seg på diagnosetidspunktet, samt utvikling av medikamentresistens. Det er derfor nødvendig med nye behandlingsstrategier.

Gode modellsystemer er nødvendig for å teste ut nye medikament. Et av hovedmålene med denne avhandlingen var å utvikle en klinisk relevant xenograft musemodell for eggstokkreft. Ovariecancer celler ble transfekterte in vitro med luciferase før de ble injisert ortotopisk hos immunsupprimerte mus. Vekst og effekt av behandlingen ble vurdert ved hjelp av den optisk visualiseringsteknikken bioluminescence imaging (BLI) og kliniske parametere.

Tumorer etablerte seg i eggstokkene, karsinomatose og ascitesvæske ble dannet og fjernmetastaser i lever og lunge utviklet seg. Nærmere karakterisering viste at den etablerte tumorsykdom representerte et lite differensiert serøst karsinom. BLI signalene korrelerte med svulststørrelse og lokalisasjon.

Etter at en kirurgisk "debulking teknikk" hvor uterus, adnex og makroskopisk synlige metastaser ble fjernet og en metode for intraperitoneal administrasjon av kjemoterapi med karboplatin og paclitaxel var utviklet, ble effekten av dagens standard kombinasjonsterapi ("debulking kirurgi" etter fulgt av adjuvant kjemoterapi) sammenliknet med monoterapi med kirurgi eller kjemoterapi. Lengst overlevelse ble, som hos pasienter, funnet hos den gruppen som ble tilbudt kombinasjonsbehandling.

Modellen ble også brukt til å sammenlikne effekten av dagens standardbehandling opp mot et nytt medikament, panobinostat. Panobinostat viste seg å være like effektiv som carboplatin vurdert ut fra BLI- og overleveledata.

I siste del av avhandlingen var målet å vurdere i hvilken grad regulatoriske T-celler (T-reg-celler) undertrykte kreftspesifikke immunresponser ved eggstokkreft. En detaljert flowcytometrisk karakterisering av inflammatoriske celler i ascitesvæske og i perifert blod fra pasienter med eggstokkreft ble gjennomført, og viste at Treg-celler akkumuleres i ascites og mengden var korrelert med antall tumorceller. I ascitesvæsken viste Treg-celler økt aktivering sammenliknet med de Treg-cellene som var isolert fra perifert blod hos samme pasient. Dette indikerer at tumor selv rekrutteres immunsuppressive Treg-celler lokalt til ascitesvæsken, noe som kan fremskynde sykdomsutviklingen



Foto: Herdlevær

Personalia:

Øystein Helland er født i 1974 i Bergen. Han avla medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Bergen 2000. Etter endt spesialistutdannelse ved Førde sentralsjukehus og Haukeland Universitetssjukehus ble han godkjent spesialist i Fødselshjelp og kvinnesykdommer i 2009 og arbeider nå som overlege ved Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus. Avhandlingen utgikk fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen hvor han var doktorgradskandidat i perioden 2009-2013. Veileder har vært professorene Line Bjørge, Bjørn Tore Gjertsen og Emmet McCormack.

Risikofaktorer for skulderdystoci ved fødsel



Skulderdystoci, eller fastsittende skuldre ved fødsel, er en situasjon hvor barnets skuldre ikke følger lett etter at barnets hode er født. Dette oppstår hvis skuldrene ikke passerer bekkeninngangen i en skråvidde, men i likevidden i det hodet fødes. Slik blir fremre skulder sittende fast over symfyse eller sjeldnere: bakre skulder blir sittende fast over promontoriet.

Dette er en sjelden, men muligens en av de mest dramatiske situasjonene vi kan oppleve under en vaginal fødsel. I litteraturen omtales denne situasjonen gjerne som "the nightmare of the obstetrician". Det er imidlertid ikke bare fødselslegen som vil oppleve dette som et mareritt; dette kan være et mareritt både for mor, jordmor og ikke minst for barnet. Tilstanden kan medføre komplikasjoner for mor i form av vevstraume og påfølgende blødning samt gi en psykisk traumatisering. For barnet er det fare for plexus brachialis skade, frakturer; asfyksi med fare for hypoxisk ischemisk encephalopati og potensielt død. Situasjonen krever resolutt handling hvor samarbeid og tid er av avgjørende betydning. I litteraturen finner vi at risikoen for hypoxisk hjerneskade øker dramatisk hvis intervallet mellom fødsel av hode til fødsel av

hele kroppen overstiger fem minutter.

Jeg begynte å interessere meg for skulderdystoci for flere år siden, etter at jeg hadde opplevd denne dramatiske situasjonen på fødestuen. Helt konkret opplevde jeg å komme på vakt en ettermiddag hvor en kvinne med to tidligere vakuumbefølgninger, begge ganger på langsom fremgang og begge ganger med påfølgende skulderdystoci, hadde blitt indusert, angivelig for å unngå ny skulderdystoci. Den erfarne jordmora som hadde kvinnen i fødsel tok meg til side og spurte "Eva, det er vel ikke så lurt å indusere en kvinne med to tidligere skulderdystoci, hva ville du ha gjort?". Slik begynte mitt forskningsprosjekt; med et spørsmål om gjentagelsesrisiko for skulderdystoci og en undring omkring hvilken råd vi bør gi til kvinner som har opplevd dette med tanke på neste fødsel. Da jeg gikk til litteraturen stod det ofte referert "once a shoulder dystocia, always a cesarean"; dvs har man opplevd en tidligere skulderdystoci, så bør kvinnen alltid tilbys en forløsning med keisersnitt ved et eventuelt senere svangerskap. Imidlertid var evidensgrunnlaget bak en slik påstand noe svakt da det ikke fantes gode studier vedrørende gjentagelsesrisiko for skulderdystoci.

Vi benyttet data fra Medisinsk fødselsregister (MFR) og studerte alle kvinner som hadde to påfølgende vaginale fødsler av enling i hodeleie i perioden fra 1967 til 2005, totalt vel en halv million kvinner. I totalpopulasjonen var forekomsten av skulderdystoci 0,8 %, men hadde kvinnen opplevd en skulderdystoci ved en tidligere fødsel, var risikoen for ny skulderdystoci hele 10 ganger så stor. Imidlertid fant vi at denne gjentagelsesrisikoen varierte med barnets fødselsvekt i det aktuelle svangerskap. Hvis barn veide mer enn 4,500 gram ved fødsel, var det hele 20 % risiko for skulderdystoci. Vi konkluderte derfor med at en kvinne som har

opplevd en skulderdystoci ved en tidligere fødsel og som nå venter et barn vi har god grunn til å tro vil veie 4,500 gram eller mer ved fødsel, bør anbefales en forløsning med keisersnitt. Derimot, hvis barnet ved andre fødsel er normalvektig, det vil si inntil 4,000 gram, er risikoen for skulderdystoci ikke høyere enn hos andre andregangsfødende. Derfor kan en kvinne som har opplevd en tidligere skulderdystoci og som nå bærer på et antatt normalvektig barn, trygt anbefales en vaginal fødsel. Vi må derfor ha en individuell tilnærming når vi rådgir kvinner som har opplevd en tidligere skulderdystoci og påstanden "once a shoulder dystocia, always a cesarean" bør modifiseres.

I vår andre studie studerte vi på om fødselsvekt og paritet var assosiert med risiko for skulderdystoci. Vi benyttet data fra MFR og studerte samtlige vaginale fødsler av enlinger i hodeleie i perioden 1967-2006, nær to millioner fødsler. Vi fant en meget sterk assosiasjon mellom økende fødselsvekt og risiko for skulderdystoci og hele $\frac{3}{4}$ av alle tilfeller av skulderdystoci forkom ved fødsler hvor barnet veide mer enn 4,000 gram. Vi fant at denne sterke assosiasjonen mellom fødselsvekt og risiko for skulderdystoci var gjeldene for samtlige pariteter, men ved høy fødselsvekt (>4,5000 gram) hadde flergangsfødende en høyere risiko for skulderdystoci enn førstegangsfødende. Å være flergangsfødende beskytter derfor ikke mot å oppleve en skulderdystoci.?

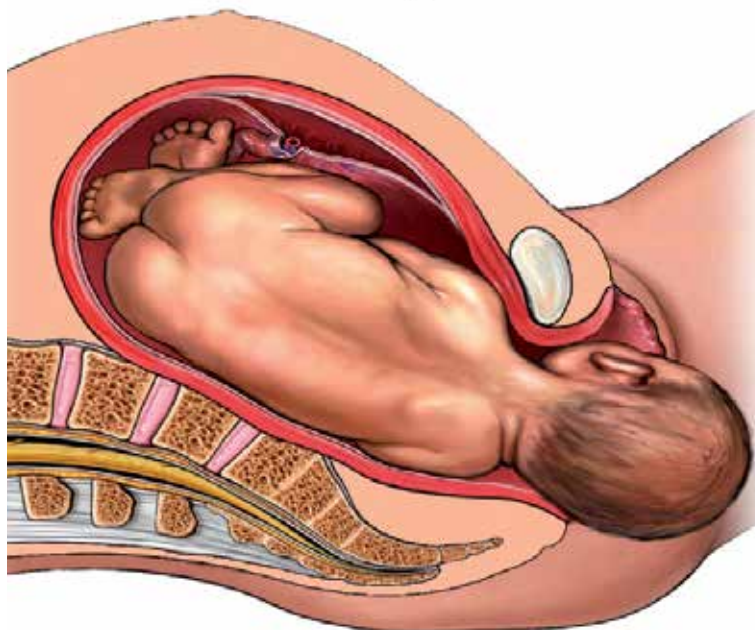
I vår tredje studie studerte vi svangerskapslengde ved fødsel og assosiasjonen med skulderdystoci. Vi benyttet nok engang data fra MFR, men nå studerte vi alle vaginale fødsler av enling i hodeleie i perioden fra 1967 til 2009, over to millioner fødsler. Barnets vekt øker med svangerskapslengden og av den grunn økte risikoen for skulderdystoci med økende svangerskapslengde. Imidlertid fant vi at etter justering for fødselsvekt, ble

risikoen for skulderdystoci redusert med økende svangerskapslengde. Det er således farligere å føde et stort barn før termin sammenlignet med om man føder et stort barn til termin eller på overtid. Vi kan derfor konkludere med overtidighet ikke er en selvstendig risikofaktor for skulderdystoci, noe som hevdes i litteraturen.

Vi gjorde separate analyser for kvinner med diabetes. Risikoen for skulderdystoci var mer enn firedoblet hvis mor hadde diabetes i svangerskapet (type I, type II og svangerskapsdiabetes). Også for kvinner med diabetes fant vi at etter justering for fødselsvekt, var det en høyere risiko for skulderdystoci hvis man fødte før termin sammenlignet med å føde til termin. I avhandlingen foretok jeg tilleggsanalyser for å illustre om det er hensiktsmessig å indusere før termin, eller å vente på spontan fødselsstart ved termin, men da med et naturlig nok noe større barn. Disse analysene antyder at det ikke er en fordel å indusere før termin med tanke på risiko for skulderdystoci. Selvsagt kan det være andre grunner som kan tilsa at det er hensiktsmessig med en forløsning før termin.

Vi fant også at risiko for skulderdystoci øker noe ved induksjon; justert OR 1.20 (1.15–1.26), langsom fremgang; justert OR 1.39 (1.28–1.51) og ved vakuumforløsning; justert OR 2.86 (2.71–3.02). Imidlertid var mors alder ingen selvstendig risikofaktor.

Vi fant videre at forekomsten av skulderdystoci økte jevnt i løpet av studieperioden, også etter justering for fødselsvekt. Årsaken til denne økningen kan vi kun spekulere i, men det er nærliggende å tro at dette har med diagnosestillingen å gjøre. Tradisjonelt stilles diagnosen skulderdystoci hvis skuldrene ikke fødes når man gjør en lett traksjon av hodet nedover og man må bruke tilleggsmanøvrer for å forløse barnet. Imidlertid sier denne definisjonen ingenting om rier, noe jeg mener er helt essensielt. Hvis man tilstreber en kontrollert utskjæring av hodet, vil man ofte oppleve at rien er over før skuldrene er født. Foretar man da en traksjon av hodet vil man oppleve at skulderforløsningen blir vanskelig. Potensielt kan man da kile skulderen fast over symfyen og samtidig kan man utføre traksjonen av hodet med alt for stor kraft. Da kan man påført en skulderdystoci og i verste fall kan barnet få en plexus brachialis skade. Det å vente på neste ri kalles i internasjonal litteratur for "the two step



approach" og fremheves som en fysiologisk riktig, men i praksis ofte glemt tilnærming til naturlig forløsning av skuldrene. I USA har man i de siste tiårene hatt en høy forekomst av skulderdystoci, fire ganger så høy som i Skandinavia. Dette til tross for at man i USA har forløst en stor andel av risikopasientene med keisersnitt. De har i den samme perioden tilstrebet en praksis med rask forløsning av skuldrene etter at hodet er født. I USA har man nå en fått en debatt omkring viktigheten av hente frem "the two step approach" fra glemmeboken. Det kan være at vi også i Norge i de siste årene har fått en viss "amerikanisering" av forløsningsmetodene slik at vi har blitt noe utålmodige når vi skal forløse skuldrene ved en normal fødsel. Dette kan muligens forklare noe av den økte forekomsten av skulderdystoci vi har sett i Norge de siste årene. Vi må derfor minne hverandre på at det er viktig å respektere den naturlige og fysiologiske prosessen ved forløsning av skuldrene; hvis rien er over idet hodet blir født, vent på neste ri!

Vi vet stadig mer om risikofaktorer for skulderdystoci. Slik kan vi gi bedre råd vedrørende forløsningsmetode og redusere forekomsten av skulderdystoci. Likevel kan denne situasjonen oppstå også helt uventet. Det er derfor svært viktig at vi som er fødselshjelpere er trent slik at vi er i stand til å løse situasjonen på den best mulige måten, når den oppstår. Å løse en situasjon med skulderdystoci er et teamarbeid og alle fødeinstitusjoner bør gjennomføre regelmessig trening slik at vi kan utføre de anbefalte manøvrene og sikre at vi arbeider godt sammen i team. Norsk gynekologisk

forenings "Veileder i fødselshjelp" ble revidert i 2014 og i kapittelet for skulderdystoci har vi fått inn anbefalinger om tverrfaglig simuleringstrening. Vi har også fått inn en beskrivelse av Løvsets utmerkede håndgrep ved fastsittende skuldre ved hodeleie.

Oppsummert kan vi si at den altoverskyggende risikofaktoren for skulderdystoci er stort barn. Det er en viss gjentakelsesrisiko for skulderdystoci og vår rådgivning til den gravide må være individuelt tilpasset; har man opplevd en tidligere skulderdystoci og nå venter et barn på over 4,500 gram, bør man anbefale en forløsning med keisersnitt. Å være flergangsfødende beskytter ikke mot skulderdystoci og overtidighet er ingen selvstendig risikofaktor for skulderdystoci. Husk "two step approach" ved vaginale fødsler og vær alltid godt trent og beredt.

Artikler som inngår i avhandlingen:

- Overland EA, Spydslaug A, Nielsen CS, Eskild A. Risk of shoulder dystocia in second delivery: does a history of shoulder dystocia matter? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009; 200:506.e1-6.
- Øverland EA, Vatten LJ, Eskild A. Risk of shoulder dystocia: associations with parity and offspring birthweight. A population study of 1 914 544 deliveries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2012; 91:483-488.
- Øverland EA, Vatten LJ, Eskild A. Pregnancy week at delivery and the risk of shoulder dystocia: a population study of 2 014 956 deliveries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology* 2014; 121(1):34-42.

Risiko for fosterdød i Norge

En dødfødsel eller fosterdød er en dramatisk hendelse som hvert år rammer ca. 2,6 millioner kvinner på verdensbasis. På slutten av 1960 tallet døde nesten 1000 barn i mors liv årlig i Norge, og selv om dette tallet nå er betydelig redusert, blir det hvert år født over 200 barn uten livstegn i Norge. Årsakene til fosterdød er stort sett ukjente og for å kunne forebygge fosterdød er det behov for økt kunnskap om årsaker og risikofaktorer.



I doktorgradsavhandlingen "Fetal death – population-based studies of pregnancies in Norway", som utgår fra Universitetet i Oslo og Kvinneklinikken ved Akershus universitetssykehus, har Ashi Sarfraz Ahmad og medarbeidere foretatt befolkningsbaserte epidemiologiske studier av dødfødsler. Prosjektet var finansiert av Helse og rehabilitering via Landsforeningen uventet barnedød.

Parvovirus B19-infeksjon er en "uskyldig" barnesykdom, som i svangerskapet kan forårsake fosterdød. Vi ønsket å studere

sammenhengen mellom parvovirus B19-infeksjon hos gravide kvinner i Norge og risikoen for fosterdød, og benyttet data fra Toksoplasmosestudiets forskningsregister. Dette registret inneholder serumprøver fra over 35.000 gravide kvinner i Norge, som deltok i en landsdekkende prospektiv studie (Toxoplasmose studien) utført av Folkehelseinstituttet i perioden 1992-1994. Vår studie viste at parvovirus B19-infeksjon ikke forekom hyppigere i svangerskap med fosterdød.

I de tre andre artiklene ønsket vi å studere forekomst av fosterdød i Norge, samt å studere betydning av høy alder og hypertensjon hos mor. Til dette formålet benyttet vi tall fra Medisinsk fødselsregister, som inneholder data om alle fødsler etter 16. svangerskapsuke i Norge siden 1967.

Vi fant at risikoen for fosterdød har blitt betydelig redusert i Norge, og at den største nedgangen var til termin (>37. svangerskapsuke), hvor fosterdødeligheten har blitt redusert med over 70%. Derimot har det vært en økning i fosterdød mellom svangerskapsuke 16 og 22 i løpet av perioden 1967-2006.

I tredje artikkel fant vi at eldre kvinner (>40

år) har økt risiko for fosterdød gjennom hele svangerskapet, men mest uttalt etter svangerskapsuke 37, hvor risikoen er 2-3 ganger forhøyet. Imidlertid har den økte risikoen for fosterdød blant eldre fødende blitt vesentlig lavere i løpet av 1967–2006. I fjerde artikkel fant vi at kvinner med høyt blodtrykk i svangerskapet har økt risiko for fosterdød og risikoen tilar særlig etter svangerskapsuke 40. Risikoen for fosterdød blant kvinner med forhøyet blodtrykk har blitt redusert i løpet av årene 1967-2006, dette gjelder spesielt kvinner med svangerskapsforgiftning (preeklampsi).

I Norge har vi hatt en sterk reduksjon i fosterdød i perioden 1967-2006 og dermed har Norge en av de laveste fosterdødføremkomstene i verden. Avhandlingen bidrar med nyttig kunnskap om betydningen av risikofaktorer for fosterdød, som kan være et nyttig supplement ved utarbeidelse av strategier for reduksjon av dødfødsler.

Alle artiklene er publisert i høyt rangerte internasjonale tidsskrifter, og resultatene har i tillegg blitt presentert på flere konferanser.

Avhandlingen er tilgjengelig på: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/41769>

Kjære FUGO-medlemmer!



2015 er godt igang, det samme kan man si om det nye FUGO styret. Vi har fått fire nye, engasjerte medlemmer fra både store og små sykehus med god geografisk spredning. Fra Namsos har vi Cathrine Fiskum som er allemennpraktiker i bunn. Hun er vår sekretær og representant i redaksjonen her i Gynekologen. Vi oppfordrer Lis til å skrive, så ta kontakt med Cathrine (catfisk@hotmail.com) dersom du har en sak til Gynekologen! Fra Stavanger har vi Erica Hove, hun er nestleder og web-ansvarlig. FUGOs nettside har fått ny adr; www.legeforeningen.no/fugo. Her vil det komme oppdateringer om arrangementer, både innenlands og utenlands for Lis, -så følg med! Thea Falkenberg Mikkelsen har tatt på seg den store jobben som kursansvarlig, hun jobber til vanlig ved OUS. Vår vararepresentant Camilla Kleveland fra Harstad er for tiden i barselspermisjon, men fungerer som vår representant i Spesialistkomiteen og i prosjektgruppa "Gi kniven videre". Heldigvis fortsetter Tiril Tingleff og Elise Sletten fra gammelt styre, og sikrer god kontinuitet og som alltid god stemning på møter.

Jeg har vært så heldig å få overta stafettpinnen som leder av FUGO etter erfarne Marte Reigstad. Takk Marte, for din entusiasme, kloke innsikt og stødige kurs. Vi fortsetter å holde tett kontakt med Marte, da hun fortsetter i prosjektgruppa "Gi kniven videre" og er Lis representant i Spesialistkomiteen. Ellers vil jeg også takke resten av det gamle styret for en kjempefin innsats! 2015 ser ut til å bli et spennende år med særlig mye fokus på utdanning. Det er bare å finne frem kalenderen og merke av!

"Gi kniven videre" er godt i gang, og kampanjen avsluttes 1.april 2015. Vi får fortløpende inn spørsmål ang. registrering og det virker som mange er engasjerte. Selve registreringen kan være tidkrevende, men håper dette er en nyttig kampanje både for avdelingsledere, overleger og Lis. Vi gleder oss veldig til evaluering og høre tilbakemeldingene når perioden er over.

Vår møtet i år holdes 23. og 24. april i Kristiansand. Få med deg vårsola sørpå og 14 tellende kurstimer. I år er det hyperaktuelt for Lis. Foruten interessante faglige foredrag, er det ekstra fokus på utdanning. Hege Gjessing kommer og svarer på spørsmål om faste stillinger. Det vil også bli paneldebatt med tema "Er utdanningen av spesialister i kvinnesykdommer godt nok?". Se Kurskatalogen.

7. og 8. mai har NFOGs Educational Committee seminar i København. Der diskuteres utdanning i de nordiske landene, og om den er god nok. Særlig verktøy, metoder og ulik praksis innen veiledning, vurdering og tilbakemeldinger belyses. Sjekk ut www.NFOG.org. Veldig nyttig for alle Lis, og ikke minst de som snart er veiledere selv.

I mai sender vi 2 Lis på ENTOG utveksling til Nederland. Vi har fått inn flere gode søkere, men hvert land har kun mulighet til å sende 2 representanter. Vi gleder oss til å lese reisebrev om hjemmefødsler, rare europeere og robotkirurgi i en senere utgave av Gynekologen.



I oktober i uke 43 går NGF Årsmøte av staben i Bergen, og vi håper så mange Lis som mulig får fri av sjefen til både dette og ikke minst FUGOs forkurs. Vi er igang med arbeidet med kurset, og etter forslag på generalforsamlingen har vi bestemt oss for tema perinatalogi. Endelig program er ikke ferdig enda, men du kan lese en liten teaser fra kursarrangør Thea i denne utgaven av Gynekologen.

Ta kontakt med FUGO om det er noe vi kan bidra med! Lykke til med innspurten av "Gi kniven videre", - og håper å se så mange som mulig på Vår møtet i Kristiansand.

På vegne av 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

Årsmøte 2015

Årets årsmøte holdes som kjent i Bergen, og tradisjonen tro, kommer FUGO til å arrangere et kurs for LIS og andre interesserte dagen før årsmøtet, dvs tirsdag 22. oktober. Årets tema blir perinatalogi. Endelig program annonseres senere, men vi jobber nå for å knytte til oss både fostermedisinere, pедиater og obstetrikere som kan belyse temaer som "asfyksi under fødsel - hvordan går det med barnet?", "vekstrestriksjon - hvordan følge opp og når forløse?", "prematurnitet - behandling og prognose",

"medikamentbruk i svangerskap" og "LAR-pasienter - hvordan følge opp, og hvor skal de forløses?". Andre emner dukker nok opp under utarbeiding av endelig program.

Oppslutningen om disse kursene har vært god tidligere, og vi håper mange har lyst til å være med i år også, og bli enda bedre obstetrikere!

Hei alle lis!

**Vil du reise til et annet europeisk land for å lære mer om faget vårt?
Søk *ebcog* om stipend!**

For å stimulere til utveksling av utdanningskandidater i Europa, tilbyr EBCOG (European Board og College of Obstetricians and Gynaecologists) tre individuelle stipender pålydende 3000 Euro hver, til trainees i obstetrik og gynekologi.

Uttevslingsperioden vil ha en varighet på tre måneder og skal være ferdig innen 31. desember 2015.

Søknadsfrist for 2015 har nylig utløpt, men ta kontakt med FUGO dersom dette er interessant.

For mer informasjon vedrørende kriterier og søknad;

[http://www.ebcog.org/images EBCOG_Fellowships_2015.pdf](http://www.ebcog.org/images/EBCOG_Fellowships_2015.pdf)

Har du spørsmål angående prosjektet eller søknadsprosessen kan du også kontakte FUGO per mail: helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com



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.

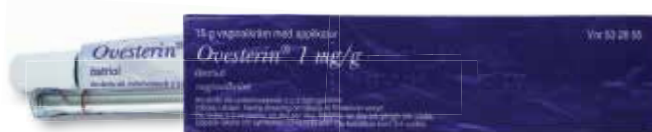
Til lokal behandling i skjeden av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen.

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 for bruk.

Ovesterin® vaginalkrem (østriol)



Ovesterin® vagitorier (østriol)



Navamedic ASA
E-post: info@navamedic.com
www.navamedic.com

 Navamedic



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

20. COGI kongress i Paris

20. Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility (COGI) kongress ble holdt i Paris 4.-7. desember 2014.

Selv om respekten for COGI kongressene ble svekket da COGI-grunnleggeren ble fratatt legelisens etter uthenting av ova uten pasientens samtykke (Siegel-Itzkovich J. BMJ 2007;334(7602):1023), imponerer COGI 2014 med mangfoldig program og over 2000 deltakere. Man ble møtt i Paris av 150 inviterte foredragsholdere innen flere aktuelle emner i gynekologi og obstetikk (riktig nok var de fleste av dem eldre herrer). Fire Workshop og 100 frie foredrag var også på programmet. Her er noen "highlights" fra kongressen.

HRT: pendulum swings back. Management of menopausal symptoms.

Under "Management of menopausal symptoms" symposiet snakket man om pre- og post-WHI era. Publisering av data fra Women's Health Initiative (WHI) trial i 2002 førte til mer kritisk syn på HRT (hormone replasement therapy). Ifølge prof. Serge Rozenberg fra Brussel svinger nå pendelen tilbake til en mer liberal pre-WHI holdning.

Prof. Sven Skouby fra København refererte til data fra Danish Osteoporosis Prevention Study, som viste at tidlig oppstart av HRT rundt 50 års alder har forebyggende kardiovaskulær effekt uten å øke brystkreft- og tromboserisiko (Schierbeck LL. BMJ 2012;345:e6409). Resultater av andre studier (ESPRIT, E3N cohort, ESTHER) gir også nytt grunnlag for moderne HRT.

Alle hadde blitt enige om at eldre kvinner ikke bør behandles - problemstillingen "Right treatment to the right early post-menopausal woman" ble diskutert på symposiet. Men det er fremdeles aktuelt med individuelt tilpasset

HRT kombinert med livsstilsveiledning, for å behandle vasomotoriske symptomer og for å forebygge osteoporose og kardiovaskulær sykdom.

New combinations in the market. Sven Skouby presenterte nye behandlingsmuligheter ved bruk av TSEC (Tissue-selective estrogen complex) - kombinasjon av SERM og østrogen som kan gi bedre lipidprofil og mindre effekt på hemostatisk balanse enn klassisk HRT og SERM alene. Første TSEC, - kombinasjon av Bazedoxifene (BZA) og konjugert østrogen, - er nå godkjent av FDA (Skouby S. Menopause 2014;22:6).

Contraception and premenopause. Prof. Alfred Mueck (Tyskland) kom med gode forslag til prevensjon i premenopause. Hans valg er Levonorgestrel-IUD eller østrogenfrie p-piller kombinert med transdermal E2; p-piller med E2(val) og kombinasjons p-piller med Levonorgestrel.

Why don't we give COC (Combined Oral Contraceptive) users their androgens

back? Seksolog van Lunsen fra Amsterdam presenterte resultater av en studie som viser betydelig reduksjon av fritt Testosteron blant COC-brukere som korrelerer med ugunstig COC-effekt på seksuell funksjon. Hans forslag er å legge 50 mg DHEA til EE/LNG kombinasjonspillen. Forskere har observert gunstig effekt på seksuell funksjon blant kvinner med den kombinasjon sammenlignet med EE/LNG p-piller alene.

Van Lusen har også foreslått "controversial" antropometrisk indikator for kvinnenes sensitivitet til androgen - 2D-4D ratio. Med andre ord, kvinner med lav 2D-4D ratio (dvs. med en lang 4. finger) er mer utsatte for å få ugunstig COC-effekt på seksuell funksjon! (Oinonen KA. Psychoneuroendocrinology 2009;34:713-26).

Lactobacilli and biofilms. Ny vitenskap om hvordan bakterier danner biofilmer på vaginal slimhinne kan gi bedre forståelse om patogenese av kroniske bakterielle og Candida vaginitter. Gary Ventolini (USA) forklarte oss hvordan bakterier former



Anita Soland og Helena Enger fra Volvat i kongresslokaler på Paris Marriott Rive Gauche Hotell and Conference Centre

komplekse konglomerater omdannet av ekstracellulær polymerisk substans (EPS) for å unngå både kroppens immunforsvar og antibiotikavirkning. Alessandra Graziottin (Italia) kom med forslag hvordan man kan angripe patogene biofilmer. Hun forsøker å gjøre det ved hjelp av D-mannose.

Anti-Müller hormon predicts quantity but not quality

Ifølge Scott N. Nelson (Skottland) er Anti-Müller hormon (AMH) bekreftet å være best nåværende enkel biomarker for eggstokkapasitet og ovarial respons. Men den er ikke så bra for å forutsi outcome (ongoing pregnancy og life birth) og derfor anbefales den ikke som kriterium for å selektere par til kunstig befruktning. Forskjellige prediksjonsmodeller ble diskutert (IVFpredict.com).

AMH in PCOS: not only a matter of follicle number. Didier Dewailly (Frankrike) gav en glimrende update på AMH i PCOS. Det er vist at AMH er tett koblet ikke



Gunhild Bærheim og Nargiza Svanadze tester 2D-4D ratio

bare til antall antrale follikler, men også til alvorlighetsgrad av follikulær arrest. Det er mulig at hypersensitivitet til FSH er ansvarlig for overproduksjon av AMH i antrale

follikler som en slags beskyttelsesreaksjon induisert av selve FSH, og at den adaptive reaksjonen overstiger seg selv når det skjer follikkelseleksjon. En slags ond sirkel...



I Paris bør man bruke anledning til å spise god mat

HPV Workshop

Elmar Joura (Australia) og Jorma Paavonen (Finland) gav en oppdatering i HPV-vaksinasjon. Per i dag forebygger HPV-vaksiner 79-100% av CIN3+. Det forventes at nåværende vaksiner kommer til å forebygge opp til 70% av cervixcancer og fra 50 til 90% av alvorlige dysplasier i den vaksinerte kohorten. Det forventes også at tall for de nyere polyvalente vaksiner kommer til å ligge på 90 og 80% tilsvarende.

Quik Swee Chong (Singapore) beroliget oss med at HPV-vaksiner er trygge. Kontinuerlig overvåkning fra register basert follow-up gir oss sikkerhet. Vedvarende immunologisk effekt av HPV-vaksiner er observert 9-15 år etter vaksinerings.

Elmar Joura demonstrerte at HPV-assosiert kreft hos menn er et økende problem og at anogenitale veneriske vorter rammer begge kjønn i like stor grad. Derfor er vaksinerings av begge kjønn høyst aktuelt og anbefalt av et ekspertpanel.

Ovarian cancer: to screen or not to screen? Ian Jacobs (UK) har oppsummert status for eggstokkreft screening. Det er en lovende utvikling i screeningsmodeller, men markører som er bedre enn CA125 er ikke funnet enda.

The United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS) bruker Risk of Ovarian Cancer (ROC) tidsserie-algoritme for tolkning av CA125. UKCTOCS har vist oppmuntrende resultater med spesifisitet på 99.9% og sensitivitet på 88.1%. Ian Jacobs har en optimistisk visjon at vi i 2020 klarer å redusere mortalitet med 40-60% ved hjelp av Risk Prediction- og Ovarian Cancer Screening Algorithm.

Uterustransplantasjon

Det var fullt i salen da Mats Brännström og hans team presenterte resultater av uterustransplantasjoner. Status per i dag er: 9 vellykkede transplantasjoner med 1 levende født og 2 pågående graviditeter.

Videoen med flott operasjonsteknikk imponerte alle. Det engasjerte publikum kom med mange spørsmål og bemerkninger, men overraskende nok var det mangel på kritiske kommentarer...

Mange norske kollegaer deltok på kongressen og førjulsstemningen i Paris var fantastisk.



Gry Findal nyter julestemning i St. Germain distriktet

NYHET

Pre-rolled TachoSil®

Hemostaseproduktet som er spesielt designet for hemostase og forsegling.¹⁾

Klar til bruk når du trenger den



1) Maisano F, Kjærgård H, Bauernschmitt R, Pavie A, Rábago G, Laskar M, Marstein JP, Falk V. TachoSil surgical patch versus conventional haemostatic fleece material for control of bleeding in cardiovascular surgery: a randomised controlled trial. Eur J Cardiothorac Surg 2009;36:708-14

TachoSil «Takeda Nycomed»

Lokalt hemostatikum.

ATC-nr.: B02B C30

MATRIKS TIL VEVSLIM: Hver cm² inneholder: Humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2 IE, equint kollagen, humant albumin, natriumklorid, natriumsitrat, L-argininhydroklorid. Fargestoff: Riboflavin [E 101].
Indikasjoner: Til voksne som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen, fremme vevsforsegling 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 før bruk, se pakningsvedlegg.
Administrering: Kun til epilesjonell bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Se pakningsvedlegg for instruksjoner vedrørende administrering. Det er sterkt anbefalt å journalføre navn og batchnr. hver gang preparatet benyttes.
Kontraindikasjoner: Intravaskulær bruk. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.
Forsiktighetsregler: Data for anvendelse ved nevrokirurgi eller gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Allergiske hypersensitivitetsreaksjoner (utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustethet, hypotensjon og anafylaksi) kan oppstå. Dersom disse symptomer 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 erytropoiesis (f.eks. hemolytisk anemi).
Interaksjoner: Preparatet kan denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f.eks. antiseptiske oppløsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av preparatet.
Graviditet, amming og fertilitet: Sikkerheten ved bruk under graviditet eller amming er ikke klarlagt. Skal ikke administreres til gravide og ammende, hvis ikke strengt nødvendig.
Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Øvrige: Feber. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Immunsystemet: Hypersensitivitet eller allergiske reaksjoner (inkl. alvorlig anafylaksi) kan oppstå i sjeldne tilfeller. Slike reaksjoner kan spesielt observeres ved gjentatt bruk av legemidlet eller dersom det administreres til pasienter med kjent hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. Antistoffer mot innholdsstoffer i fibrinpreparater til sårlukking/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 innholdsstoffene i belegget og diffunderer delvis inn i såroverflaten. Dette etterfølges av fibrinogen-trombinreaksjonen som initierer det siste trinnet av den fysiologiske blodkoagulasjonsprosessen. Fibrinogen blir omdannet til fibrinmonomere som spontant polymeriserer til et fibrinkoagel, og som på denne måten holder 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 19.02.2015: 3 x 2,5 cm: 1 stk. 601,10kr. 5 stk. 2840,50kr. 4,8 x 4,8 cm: 1 stk. (ferdigrullet) 1805,70kr, 2 stk. 2981,90kr. 9,5 x 4,8 cm: 1 stk. 2714,50kr

R15037/11375

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

Kurs i vaginal hysterektomi

Sørlandet sykehus, Arendal, november - 14

Gynekologisk avdeling ved Sørlandet sykehus Arendal, tidligere Aust Agder Sentralsykehus, har siden 1996 arrangert 14 nasjonale kurs i vaginal hysterektomiteknikk med live video – overføring fra operasjonsstua til auditoriet.

Initiativet til kursene ble tatt av tidligere overlege ved avdelingen, Kåre Leikanger. Han er utdannet i Basel i Sveits hvor han fikk god opplæring og erfaring med vaginal hysterektomi på ikke decendert uterus. Dette har en vært lite utbredt teknikk i Norge frem til midten av 90 tallet.

Det har lenge vært kjent at vaginal hysterektomi er en foretrukket operasjonsmetode for benigne lidelser. Det er kort operasjonstid, lav komplikasjonsfrekvens, kort liggetid, lave kostnader og fornøyde pasienter.

Fra begynnelsen på 90 tallet gikk man derfor i Arendal over til aktivt å velge vaginal hysterektomi ved benign indikasjon. Allerede på slutten av 90 tallet ble over 80% av hysterektomier i Arendal gjort vaginalt. Alle avdelingens leger lærte seg metoden og man hadde gode resultater med tanke på komplikasjoner, liggedøgn og tilfredshet hos pasientene.

Ved en studietur til Royal Free College i London traff dr. Leikanger professor Adam Magos som arbeidet og foreleste ved Royal Free College. Han har vært og er fortsatt en foregangsperson for vaginal hysterektomi i England. Han har forfattet en rekke artikler i anerkjente tidsskrift om emnet og holdt flere kurs om denne operasjonsteknikken. I 1996 arrangerte Gyn. Avd. SSA med dr. Leikanger i spissen, det første norske kurset



Kåre Leikanger foredrar om hysterektomiens historie

i vaginal hysterektomi med dr. Magos som invitert gjesteoperatør og foredragsholder. Kurset var meget vellykket og frem til i dag har nærmere 500 norske og skandinaviske gynekologer deltatt på kurset. Deltakerne har tatt med seg metoden til sin egen avdeling og gradvis har vaginal hysterektomi vunnet frem som metode for hysterektomi i Norge.

Nå inviterte altså Gyn. Avd. SSA til vaginal hysterektomikurs nr. 14 i Arendal.

Kurset gikk over to dager fra Torsdag morgen kl. 08 til Fredag ettermiddag kl. 15. Det gir 15 tellende timer i videre og etterutdanning i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Denne gangen var det 28 påmeldte unge

kolleger fra hele landet hvor et flertall av landets gynekologiske avdelinger var representert.

Overlege Ph.D Astrid Liavaag SSA var årets kurs og møteleder og ønsket deltakerne velkommen i sykehusets auditorium. Hun styrte og koordinerte 9 foredrag med 7 ulike foredragsholdere avbrutt av live-videooverføring fra 8 hysterektomier samt plenumsdiskusjoner, kaffe og lunchpauser, uten en eneste forsinkelse og på sin alltid vennlige væremåte. Imponerende!

Dr. Leikanger som nå er pensjonist og tilbringer 5-6 mnd. i året i sitt maison i Provence, startet det faglige programmet med Hysterektomiens historie - illustrert med en rekke av sine egne fantastiske tegninger, anekdoter og fakta.

Seranos fra Efesos 120 e. Kristus var den første som utførte vaginal hysterektomi. Trolig var indikasjonen langt kommet livmorhalskreft. Pasienten døde dessverre.

Dr Osiander og dr. Langenbeck i Göttingen, hhv 1801 og 1813, var de to første som beskrev vaginal hysterektomi på ikke fremfallen livmor hvor pasientene overlevde inngrepet. I dag er mortaliteten ved hysterektomi ca. 1,2 promille!

Deretter foreleste dr. Leikanger om Anatomiske betraktninger og praktiske knep ved vaginal hysterektomi illustrert med egne didaktiske og kunstneriske tegninger. Dette er en forelesning som er gull for unge og uerfarne kolleger så vel som for drevne vaginaloperatører. Alle har mye å hente. Detaljer som innstikkssted for en omstikning og ideell åpning av blæreperitoneum fortil kan være forskjellen på en vellykket og komplisert hysterektomi.

Så ble det overført 2 vaginale hysterektomier på kun moderat forstørrede uteri på indikasjon blødning og smerter. Operatører var hhv overlege Jakob Almås, Gyn.avd. SSA og avdelingsoverlege Ole Georg Torjusen, Gyn.avd. SSA. Her



Seranos fra Efesos inspiserer preparatet etter vaginal hysterektomi

fikk publikum oppleve live at visse steg i operasjonen som i teorien kan synes enkle, i det virkelige liv kan få operatøren til å svette. Da hjelper det godt å ha erfaring og en plan for å omgå vanskelighetene. Begge



Kåre Leikangers noe humoristiske illustrasjon av laparoskopisk hysterektomi



Astrid Liavaag organiserte og ledet kurset.

livmødre kom greit ut uten komplikasjoner .

Etter velfortjent lunch i personalkantinen vegg i vegg med auditoriet fortsatte kurset med direkteoverføring av vaginal hysterektomi ved dr. Magos av myomatøs uterus. Han demonstrerte med sin nydelige operasjonsteknikk hvor glatt det kan gjøres å fjerne en stor livmor med intramurale myomer. Han demonstrerte også en tiltalende høflighet og vennlighet overfor assistent og operasjonssykepleiere. Her har nok mange av oss noe å lære.

Deretter fulgte en laparoskopisk supra-vaginal uterusamputasjon utført av overlegene Sigurd Hortemo og Mariann Eidet, SSK. Meget didaktisk og elegant utført. Det ble demonstrert en god metode for opplæring av yngre kollega hvor man

opererer på hver sin side og delvis er operatør, delvis assistent. God metode for å føre kniven videre.

LIS lege SSA Fride E. Austad som i lesende stund er LIS ved KK Ullevål gikk gjennom Resultatene for hysterektomier ved SSA 2010- 2013, unntatt LAVH. Hun har gjort en kjempejobb og gransket pasient- journalene. Det ble gjort 341 hysterektomier. 72% av benigne tilstander ble operert vaginalt.

Indikasjoner: 82% blødning med eller uten myom og eller smerter. Andre indikasjoner var smerter, premaligne forandringer, myom og decens.

Resultatene: Operasjonstid: 69 min, Blødning: 183 ml, liggetid :2,6 døgn etter op. Komplikasjoner: 4 blæreskader 2,5%,

Blødningskomplikasjoner 13%, infeksjon 7,9%. 77,6 % hadde ingen komplikasjon.

Dr. Magos holdt så et meget oversiktlig og interessant foredrag: Methods of hysterectomy, my choice. Han gikk systematisk gjennom ulike metoder og klarte på meget overbevisende måte å redegjøre for grunnen til at his choice is the vaginal route. Kort operasjonstid, få komplikasjoner, lav kostnad, kort liggetid og fornøyde pasienter.

Foredragene dag en ble avsluttet av overlege Sigurd Hortemo, SSK Kristiansand: Mitt valg av hysterektomimetode. Laparoskopisk hysterektomi?

Han følte seg litt som lammet i løvens hule, men klarte på en meget oversiktlig, saklig

og overbevisende måte å argumentere for grunnene til at man i Kristiansand har valgt laparoskopisk hysterektomi for å redusere antallet åpne abdominale hysterektomier.

Første dag ble avsluttet med festmiddag for deltakere og arrangører på Tyholmen hotell. Det var god stemning, nydelig mat og mange flotte unge kolleger.

DAG 2 Fredag startet kl. 08.00

Dr. Magos holdt en lærerik forelesning: Vaginal hysterectomy of the large uterus. Her ble det forklart og illustrert nyttige teknikker for fjerning av myomatøse livmødre som i prinsippet kan stå til umbilicus. Teknikker som hemisectio, kontrollert morcellering med kniv og korketrekker var sentrale. Disse teknikkene fikk han senere vist i praksis ved liveoverføring av vaginal hysterektomi på myomatøs uterus.

Overlege Jakob Almås foreleste om Fallgruver og komplikasjoner ved vag. Hysterektomi. De vanligste komplikasjonene

i internasjonal litteratur er:

Infeksjoner: 4%, Organskade 2% og blødning > 300 ml- 3%. Dette var mindre enn man fant i gjennomgangen av vag. Hysterektomier ved SSA. Man har en del å strekke seg etter.

Den teoretiske del av hysterektomikurset ble avsluttet med en meget inspirert forelesning om; Hysterektomimetoder i Norge -ved overlege SSA Jeanne Mette Goderstad, som er nestleder i Norsk Gynekologisk Forenings undervisningsutvalg.

Hun viser at det er store regionale forskjeller i foretrukne hysterektomimetoder. Snittet i landet ligger langt over 50% for åpen abdominal hysterektomi. Dr. Goderstad fremholder at målet må være å redusere denne andelen til fordel for vaginal og laparoskopisk hysterektomi.

Hun forsker selv på simulatortrening i laparoskopisk kirurgi og promoterte ivrig denne læringsformen. Hun kastet

også ut brannfakkelen at det i framtida ikke er sikkert at alle gynekologer bør og skal kunne beherske åpen abdominal hysterektomi. Dette skal diskuteres ved vårmøtet i Kristiansand våren 15. Det kan bli friske diskusjoner. Meld dere på!

Den praktiske delen av kurset ble avsluttet ved elegante vaginale hysterektomier av henholdsvis LIS ved gyn. Avd. SSA Sindre Grindheim og tidligere avdelingsoverlege og nå privatpraktiserende spesialist Arild Kloster Jensen.

Vi har fått se evalueringsskjema fra deltakerne. De er jevnt over svært positive. Etter 6 ukers observasjonstid har alle de 8 hysterektomiene gått uten noen form for komplikasjoner.

Gynekologen gratulerer kurskomiteen og Sørlandet sykehus med godt gjennomført kurs i vaginal hysterektomi. Det kan absolutt anbefales å melde seg på neste års kurs.



Fornøyde kursdeltakere på hyggelig middag Tyholmen hotell.

- Ellen Borstad
- Pensjonert seksjonsoverlege, urogynekologisk avdeling, Ullevål



Reisebrev fra Rio

ICS, 42th Annual Meeting

De fleste som ikke til daglig beskjeftiger seg med urogynekologi, vet kanskje ikke hva ICS står for, men det er altså International Continence Society. Foreningen var tenkt å hete Incontinence Society fordi urinlekkasje var det primære interesseområde, men navnet måtte endres fordi det viste seg vanskelig å få reservert hotellrom. Det endelige navnet har unektelig en mer optimistisk klang. Personlig har jeg vært medlem og deltatt på ICS møtene nesten årlig siden midten av 80-tallet. Det er også der jeg har presentert de fleste av mine studier. Foreningen startet nærmest som en europeisk klubb, men har vokst seg til en stor internasjonal forening med deltagere fra absolutt alle verdenshjørner. Økningen har også vært stor i antall norske deltagere og spesielt mange var det jo i

den tiden medisinfirmaene inviterte med seg leger på kongress. Fokus i programmet har også endret seg bort fra basal fysikk og nevrologi og over mot mer praktisk klinikk med prolaps- og inkontinenskirurgi, noe som avgjort har ført til stor økning i interessen blant gynekologer. Etter hvert har dette også blitt en forening for andre yrkesgrupper, spesielt fysioterapeuter og urosykepleiere.

De fleste av oss reiser vel på internasjonale kongresser for å følge med i utvikling og snappe opp nye trender i pasientbehandling. Det viktigste ved slike møter er kanskje at det ofte gir ideer til nye behandlingsstrategier eller forskningsprosjekter. Når sant skal sies,

reiser man nok ofte hjem med følelsen av at ikke så mye nytt har skjedd siden sist.

For en pensjonist som ikke har den daglige



Liv Rimstad presenterer på ICS

kontakt med egen avdeling, men fortsatt jobber en del, er det ekstra viktig med den input en slik kongress gir. Det er heller ingen direkte ulempe at reisemålet er så eksotisk som Rio de Janeiro.

For mange år siden var FIGO i Rio. Den gang var det imidlertid så mange rykter om ran og mord og tapte organer, at jeg faktisk ikke torde reise. Flere av dem som våget, ble da også utsatt for væpnet ran. Selv om ryktene kanskje ikke har bedret seg så mye, ga Rio nå et helt annet inntrykk, men mer om det siden.

ICS 2014

ICS er en stor internasjonal kongress med deltagelse fra hele verden og fra mange ulike disipliner. Hovedkontingenten er nok fortsatt leger og urologer spesielt. Norge var i år relativt godt representert i forhold til folketal og det faktum at Rio ligger veldig langt borte. Det var nok færre gynekologer enn det pleier, tre fra Ullevål, en fra Fredrikstad og to pensjonister (forbehold om at det kan være noen jeg ikke traff).

Dette er en stor kongress med mange parallelle sesjoner, slik at det er nokså umulig å gi et fullstendig faglig referat, men jeg skal prøve å skissere hvorledes møtet er bygget opp og fremheve enkelte poenger og nyheter jeg personlig syntes var interessante.

I flere år nå har det vært arrangert "workshops" i to dager før den egentlige kongressen begynner. Et ekspertpanel belyser ulike sider ved nokså avgrensede temaer, og med rikelig tid til diskusjon. Det har ofte vært denne del av programmet som har vært den mest verdifulle, så også i år. Temaene som tas opp, sier ofte noe om hva som rører seg i tiden. Det temaet som i år fikk spesielt mye oppmerksomhet var blæretømningsproblemer hos kvinner, behandlet i hele fire forskjellige "workshops". Det har vært tradisjon for å se på dette som et nærmest ikke eksisterende problem fordi urethrastenoser og dysssynergier er sjeldne og kvinner stort sett kan kompensere for svak detrusor med bruk av bukpressen. Men den stadig økende bruk av en kirurgisk

metode som i noen grad obstruerer, har avdekket at denne funksjon faktisk er av interesse også hos kvinner. Det arbeides nå parallelt mange steder for å utarbeide normogrammer for trykk-flow hos kvinner, noe som til nå kun har eksistert for menn (Bristol normogrammet). Dette tror jeg er noe som bør få praktisk betydning for oss i utredningen før inkontinenskirurgi.

Hver av de tre kongressdagene hadde "State of the Art Lectures". I år startet det med: "Aging and NO(nitric oxide)" Meget tung og vanskelig biokjemi. Men vi fikk i alle fall med oss at NO reduseres med alderen og er involvert i en rekke sykelige tilstander også i blæren, så som LUTS (lower urinary tract symptoms) og OAB (over active bladder). Og tapet av NO kan påvirkes ved behandling (statiner og hormoner (østrogen)). Dag to var temaet "Living with Pelvic Dysfunction and its Consequences" og man fikk ikke stort annet ut av dette enn selvfølgeligheter. "Neuromodulation" var temaet tredje dag og fremtidsvyene på dette området er knyttet til nye lokalisasjoner for stimulering (pudendus) og ny teknologi.

Alle tre dager hadde også "Plenum Poster Sessions" med følgende temaer "Insight into Neural Pathways", "Female Pelvic Floor", "Neurology of Continence".

Det jeg vil fremheve fra denne del av programmet, er en meget modig studie fra Nederland som etterprøvde en kirurgisk prosedyre som ble fremsatt for noen år siden og av de fleste oppfattet som ren "science fiction": Man reanastomoserte nerverøtter hos tverrsnittslammede. Operasjonen skulle kunne gjenopprette blærefunksjonen og fantastiske resultater ble presentert. Publiseringen har ført til falske forhåpninger for tverrsnittslammede som har betalt store summer for operasjon i Kina. Den nederlandske studien kunne ikke finne noen positiv effekt av operasjonsmetoden og frarådet sterkt at den ble tilbudt til pasienter. Denne måte å etterprøve resultater på vakte stor begeistring.

Det var også hver dag 4-5 parallelle podium poster presentasjoner, innenfor ulike temaer som henvendte seg til ulike spesialiteter og ulike yrkesgrupper.

"Open discussion posters" hadde 8-10 parallelle sesjoner, også innenfor ulike temaer slik at man stort sett kunne få samlet presentasjonene innen sitt eget spesialfelt.

Det var satt av mye mer tid enn vanlig til å se på "Non- Discussion Posters". En leder styrte diskusjonen ved en gruppe postere innenfor et gitt tema samtidig som



Footballkamp på Maracanã. Sissel Oversand, Liv Rimstad og Ellen Borstad

forfatteren måtte være tilgjengelig ved sin poster. Det ble litt rotete.

Hvis jeg skulle prøve med få ord å oppsummere et helhetsinntrykk, er det jo for så vidt som mange år før: at det faktisk er lite nytt og at vi behandler våre pasienter i henhold til det som er internasjonal kunnskap for tiden, men det er jo faktisk også en vesentlig erkjennelse.

Det er tydelig mindre presentasjoner som omhandler bruk av vaginale syntetiske nett og mindre medikamentstudier.

Det er et økende fokus på tømning-funksjonen hos kvinner. Viktig for å unngå postoperativ retensjon

Økende fokus på blærens sensoriske funksjon og en erkjennelse av at dette er komplisert og kanskje like viktig for symptomet OAB som selve detrusormuskelen. Det foregår mye basalforskning på dette feltet.

Det er skuffende at stamcelleforskningen, som har stått på agendaen en del år nå, ikke kommer videre til den kliniske anvendelse. Spesielt ved Urethra sfinkter insuffisiens burde den behandlingen teoretisk være nyttig.

Det var hele 5 presentasjoner fra Norge i følge møtets offisielle statistikk, faktisk flere enn fra Sverige. Det var to fra gynekologisk avdeling OUS. Liv Rimstad holdt en elegant presentasjon av sin studie (i samarbeid med Rune Svenningsen, Hjalmar Schiøtz og Sigurd Kulseng-Hanssen): "Early tape mobilisation: a better method for the management of postoperative urinary retention after mid-urethral tape surgery?" Hun så på pasienter som hadde hatt tømningbesvær etter TVT og sammenlignet dem som fikk slyngen mobilisert tidlig mot dem som fikk den kuttet og dem der man kun avventet med bruk av RIK. Hun fant at mobilisering av slyngen i minst grad affiserte operasjonsresultatet. Sissel Oversand klarte det kunststykke med svært få ord å få frem budskapet i sin studie som hun hadde gjort hos dr. Dietz i Australia: "The association between different measures of pelvic floor muscle contractility and female pelvic organ



Botanisk hage. Liv Rimstad, Kari Western, Rune Svenningsen og Sissel Oversand

prolaps". Hun konkluderer med at palpasjon av bekkenbunnsmuskulatur under kontraksjon og gradering med modifisert Oxford scale (0-5) bedre korrelerer med symptomer og funn av prolaps enn ulike ultralydparametre

Begge disse studiene omhandlet veldig sentrale temaer helt i tråd med det som dette året i økende grad er satt på agendaen.

Økende bruk av billeddiagnostikk med MR og senere ultralyd har av-dekket at avrivningsskader av selve bekkenbunnsmuskulatur ikke er sjelden etter fødsler. Dette er skader som nærmest aldri går å reparere anatomisk. Men det vil sikkert bli viktig å diagnostisere disse skadene før prolapskirurgi og finne detaljer i operasjonsteknikken som kan kompensere for dem.

Det var også to presentasjoner fra Urologisk avdeling OUS RH om inkontinens etter prostatectomi.

RIO de JANEIRO

Å reise på kongress kan så absolutt gi mer enn bare medisinsk påfyll, og det er på ingen måte noen ulempe at kongressen er lagt til et så eksotisk sted som Brasil og Rio.

Rio ble en stor og gledelig overraskelse, eller kanskje ikke overraskende, for det har skjedd mye her i forberedelse til fotball VM og sommer OL i 2016. Rio er en meget vakker og livlig by og fortonet

seg mye tryggere enn vi hadde forstilt oss. Kongressinvitasjonen inneholdt flere sider med råd om hvilke forholdsregler man burde ta for å ferdes ute i gatene, det har jeg aldri støtt på før i noen kongresshjemmeside. Men Rio følte seg ikke mer farlig enn enhver annen storby. Vår følelse av trygghet, kan selvfølgelig ha noe å gjøre med at vi ikke besøkte favelaen. Riktignok så vi mord på åpen gate der politiet bare vinket trafikken forbi mens liket ennå lå på fortauet, men bare en gang. Vi ble etter hvert svært modige og reiste rundt i byen med buss og metro, noe som for øvrig er gratis for pensjonister, også utlandske! Vi fem norske gynekologer, Kari Western, Rune Svenningsen, Liv Rimstad, Sissel Oversand og undertegnede bodde på samme hotell og holdt jo for det meste sammen. Med helg i forkant og etterkant ble det avgjort litt tid til å bli litt kjent med denne fantastiske byen. Vi bodde på et hotell et kvartal innenfor Copacabana (det halverte prisen) og like ved baksiden av det berømte Copacabana Palace Hotel. Vi hadde 2 minutter til denne utrolige stranden og derfor ble dagene innledet med vandring/ jogging i vannkanten på denne flere kilometer lange sandstranden, gjerne avsluttet med en kokosnøtt i en av alle de "kioskene" som finnes langs stranden.

Copacabana er ingen typisk turiststrand, den ble brukt av befolkningen: Turgåing, fiske, surfing, forballtrening for barn og voksne og all annen form for ballspill. Massasjeboder og treningsaktiviteter var stasjonert langs hele stranden. Det fantes ikke solsenger, men man kunne leie seg en stol og parasoll fra folk som dro rundt på store stabler på håndkjerrer eller sykler. Svømming var nærmest umulig-bølgene var for voldsomme, men veldig forfriskende og gøyale bad ble det.

Som om ikke denne eventyrlig lange og brede stranden med utrolig fin sand var nok, så fortsetter det bare rundt neste odde med Ipanema og deretter Leblon. Mye roligere og smalere strender og avgjort mer fasjonabelt. Jeg er glad vi valgte å bo ved Copacabana, for når du er i en by for så kort tid, er det jo morsomt å være der det er liv og røre.

Rios skjønnhet beror nok mye på disse fantastiske strendene, men også alle de grønne fjelltoppene som omkranser dem med små bydeler spredt utover i alle kløfter. De absolutt obligatoriske severdigheter i Rio fikk vi da med oss: Sukkertoppen og Kristus statuen på Corcovado fjellet. Dette er et fantastisk monument over en by, statuen våker liksom over hele byen. Den sees nesten flottere fra mange steder rundt i byen enn på selve toppen. For de av oss som avsluttet dagen med en Caiparinha på en takterrasse, lyste den opp nattehimmelen som en enorm stjerne. Vi var feige nok til å ta banen opp til toppen. Selv om en tur gjennom Tijuana parken hadde vært flott, var det svært varmt og visstnok stor risiko for å bli utsatt for landveisrøvere.

Sukkertoppen er et mye brattere fjell, men noe lavere og i følge Liv, som er en erfaren fjellklatrer, så forlokkende at hun vil tilbake. Hun fikk faktisk også anledning til å intervju fjellklatrere som nettopp var kommet ned fra klatring i denne og omliggende topper. Men for oss dødelig var det helt greit å nå denne fantastiske utsikt med en taubane. Herfra ser man videre utover havet og alle de øyene som også er del av Rio.

Maten er, i hvert fall etter mitt syn, noe av det mest interessante ved en reise. Takket vær gode råd fra en av våre kollegaer som kjenner Rio veldig godt, Anette Berg, fant vi frem til en veldig morsom restaurant på Avenida Atlantica, Marius, en Churrascario Rodizio (barbecue house). Her kunne man spise på den typiske brasilianske måten, der kelnerne går rundt med nygrillet kjøtt, fisk og skaldyr av alle sorter og så skjærer av en bit etter ditt ønske. Mett blir man garantert!!

Samba-barer fant vi aldri frem til selv om vi vandret gatelangs i bydelen Santa Theresa, men uansett, også uten samba, var dette en meget pittoresk bydel på en høyde med flott utsikt. Og etter hvert følte vi oss så hjemme i Rio (eller kanskje så tåpelige) at Liv og jeg faktisk vandret rundt her alene på kveldstid og bra gikk det jo det også.

Men høydepunktet for de fleste av oss var nok fotballkamp på selveste Maracaná. Vi var på kamp mellom Flamengo (Rio



Kristusstatuen på Corcovado fjellet

Vålerenga) og Internacional fra Porto Alegre (by litt lenger sør). Vi hadde skaffet oss supporterkjoler og "vi" vant og det gikk ikke akkurat stille for seg.(se bildet)

Den flotte Botaniske Hage i Rio gir en ørliten smakebit på de enorme regnskogsområder som finnes i Brasil, den fikk vi med oss alle, men et reisebrev fra denne turen blir ikke helt fullstendig uten fortsettelsen etter Rio for noen av oss.

Når man er pensjonist eller det klaffer med avspaseringsuke, kan man gjøre litt mer ut av en kongressreise. Liv Rimstad og jeg tok fly til Manaus, en storby med et fantastisk operahus, midt inne i den enorme regnskogen - bygget for den enorme rikdom som fantes her i gummitappingens glansdager, før billig syntetisk gummi tok over markedet. Derfra

dro vi inn i regnskogen i Amazonas for noen dager. Selv om vi ikke fikk oppfylt vårt ønske om cruise med elvebåt på denne mektige floden, var det slett ikke verst med noen dager på Anavilhanas Lodge ved Rio Negro, en av sideelvene til Amazonas, og der traff vi Sigurd Kulseng-Hanssen og frue og en amerikaner som kjenner Kirsten Hald godt - verden er ikke stor.

Denne regionen har den store fordel at det ikke finnes Malaria mygg pga det veldig sure jordsmonnet. Elven, Rio Negro, er virkelig svart, det er som å svømme i sterk te. Det var angivelig trygt å svømme her og vi gjorde det. Man måtte bare holde seg på riktig side av bryggen slik at man ikke ble tatt av strømmen. Kaimanene er visstnok bare aktive om natten. Det var formiddags og ettermiddagsutfluktet hver



Copacabana. Rios berømte strand

gode ideer. Jeg synes alltid det har vært fascinerende å vandre i regnskog, den er så tett at man ikke ser himmelen. I denne spesielle regnskogen var det påfallende lite blomster og dyreliv pga den spesielle surhetsgraden i jordsmonnet som kommer av at skogen oversvømmes hver regntid. Mens vi var der, var det en masse øyer i elven, men i regntiden kan man se og kjøre med båt fra den ene bredden til den andre. Et utrolig fascinerende landskap.

”Brasil - Kjempen våkner” er en nylig utkommet bok av en Torkjell Leira, det var for meg en veldig inspirerende bok i forkant av en reise til Brasil, og den kan varmt anbefales.

Så bar det hjemover med nok et døgn i Rio, en siste tur langs Copacabana og en dupp i Atlanterhavsbølgene.

Denne gangen tror jeg vel man må si at den sosiale delen av reisen, overskygget de medisinske nyvinninger en kunne ta med seg hjem.

dag, kanopadling, nattsafari, jungelturer, landsbybesøk etc. Her fikk man jo se typer bedrifter som vårt regnskogfond støtter. En bedrift laget treskjæringsprodukter av rester av trevirke fra båtbygging. Regnskogfondet skal støtte virksomhet i

denne regionen som hindrer nedhugging av regnskog for å skaffe jordbruksarealer, spesielt til soya som trenger store arealer. Det litt forstemmende er imidlertid at det fortsatt står mye penger på bok i dette fondet fordi man ikke kommer opp med

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 eller agn.lund@online.no.

Gynekologen anbefaler bøker Med varierende grad av fagleg relevans

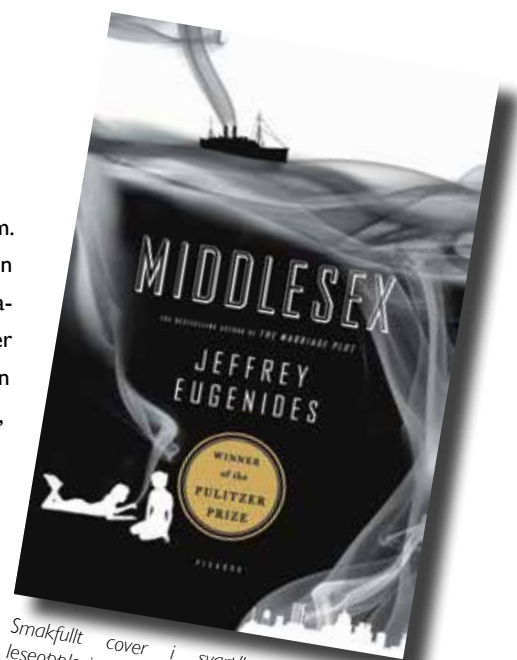
Denne gongen: “Middlesex” av Jefferey Eugenides

Kva er no dette? Eit skjønnlitterært verk om 5-alfa-reduktasemangel? Midt i blinken for gynekologen. For dei som ikkje har vore på kurs med Mette Moen i det siste, kan vi repetere at 5-alfa-reduktasemangel er ein autosomal recessiv tilstand som fører til at genetisk XY individ utviklar ein meir eller mindre kvinneleg fenotype, vanlegvis med ei grad av maskulinisering i puberteten. Dette kan forståleg nok skape noko kjønnsforvirring hos involverte individ, noko Eugenides har skrive bok om (Figur 1).

“Middlesex” er eit omfattande verk; det er ei bok om nyare amerikansk historie, ei bok om kjønnsidentitet hos personar med 5-alfa-reduktasemangel, men fyrst og

fremst er dette ei fortelling om blodskam. Blodskam er som kjent fruktbar grunn for recessive tilstandar, mellom dei 5-alfa-reduktasemangel. Hovudpersonen er av gresk avstamming, høveleg nok sidan grekarane har lange tradisjonar for innavl, og har skrive klassiske litterære verk om dette (Figur 2).

Vi følgjer familien frå dei kjem til Amerika for snart hundre år sidan, slår seg ned i Detroit og tek til å formere seg med nære og endå nærare slektningar. I bakgrunnen flimrar Ford sin automobilfabrikk, depresjonen, raseopprør og andre historiske hendingar, medan vi frå tid til anna får korte glimt inn i



Smakfullt cover i svart/kvitt hevar alltid leseopplevinga. Synd dei måtte øydelegge det med pulizerprisen i gull midt på.

notida

der hovudpersonen

forståleg nok har problem med å nærme seg det motsette kjønn (kva det no måtte vere).

Boka slår inn åpne dører i “Født sånn eller blitt sånn”-debatten, men serverer truverdige innblikk i tankar og kjensler hos eit individ med uvanleg kjønnsidentitet. Det manar til ettertanke at det trass alt ikkje er særleg lenge sidan framttredande representantar for vår profesjon valde å sjå kjønnsidentitet som ein rein sosial og hormonell konstruksjon.

Framfor alt er dette ein spennande og underhaldande roman, godt skriven og med imponerende innsikt i temaet. Den kan anbefalast på det varmaste som påskelektyre for ferierende gynekologar, genetikarar og andre med særleg interesse for blodskam.



Gresk tradisjon for innavl; Ødipus har stukke ut augene sine etter å ha oppdaga at han har drepe far sin og gifta seg med mor si.

Munntørret på placebonivå^{1,2}

Ingen skal behøve å leve
og bo på toalettet

 **Betmiga® 50 mg** ▾
mirabegron

Den første β_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 spasmodolytikum.** ATC-nr.: G04B D12 **DEPOTTABLETTER, filmdrasjerte 25 mg og 50 mg:** Hver deppottablett inneh.: Mirabegron 25 mg, resp. 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 25 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172), 50 mg: Gult jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 50 mg 1 gang daglig. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon: Preparatet er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 ml/minutt/1,73 m² eller pasienter som trenger hemodialyse) eller ved alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C), og anbefales ikke til disse pasientgruppene. Det foreligger begrensede data fra pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m²) og det anbefales en dosereduksjon til 25 mg for denne pasientgruppen. Tabellen viser anbefalt daglig dose for pasienter med nedsatt lever- eller nyrefunksjon ved fravær og tilstedeværelse av sterke CYP 3A-hemmere.

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

¹Lett: GFR 60–89 ml/minutt/1,73 m². Moderat: GFR 30–59 ml/minutt/1,73 m². Alvorlig: GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m².

²Lett: «Child-Pugh» klasse A. Moderat: «Child-Pugh» klasse B.

Barn og ungdom: Bør ikke brukes, da effekt og sikkerhet ikke er tilstrekkelig dokumentert. **Administrering:** Tas 1 gang daglig. Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele med væske. Skal ikke deles eller knuses. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **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 blærebobstruksjon (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 m²) 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 tiordiazin, antiarytmika type 1C (f.eks. flekainid, propafenon) og trikykliske 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 digoksinosen for å oppnå ønsket klinisk effekt. Det bør tas hensyn til muligheten for at mirabegron kan virke hemmende på P-gp ved kombinasjon med sensitive P-gp-substrater, som f.eks. dabigatran. Økt eksponering for mirabegron forårsaket av interaksjoner kan være forbundet med forhøyet puls. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som som prøver å bli gravide. **Amming:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** **Vanlige (1/100 til <1/10):** Hjerte/kar: Takykardi. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. **Mindre vanlige (1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerte/kar: Palpasjon, atrieflimmer. Hud: Urticaria, utslett, inkl. makuløst og papuløst utslett, pruritus. Infeksiøse: Vaginal infeksjon, cystitt. **Kjønnsorganer/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) 372,50kr. 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:** ICPC: U04 Urininkontinens; ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vilkår:** Ingen spesifisert. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddeldeverk 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