

27-3  
2014

# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



## ÅRSMØTEUTGAVEN 2014

Trondheim 23. - 25.oktober 2014

■ Program s. 17 ■ Årsrapporter s. 24 ■ Abstrakts s. 40



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

Ingen skal behøve å leve  
og bo på toalettet

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

Den første  $\beta_3$ -agonisten mot overaktiv blære

**Referanser:** 1. Khullar et al. *European Urology* 63;(2013):283–295. 2. Nitti et al. *J Urol* 2013;189:1388–1395.  
▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Betmiga Urologisk spasmolytikum. ATC-nr.: G04BD12. **DEPOTTABLETTER, filmdrasjerte 25 mg og 50 mg:** hver depottablett inneholder mirabegron 25 mg, resp. 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 25 mg: gult og rødt jernoksid (E 172), 50 mg: gult jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). **Dosering: voksne inkl. eldre:** anbefalt dose er 50 mg 1 gang daglig. **Spesielle pasientgrupper: nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** preparatet er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup> eller pasienter som trenger hemodialyse) eller ved alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C), og anbefales ikke til disse pasientgruppene. Det foreligger begrensede data fra pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>) og det anbefales en dosereduksjon til 25 mg for denne pasientgruppen. Tabellen viser anbefalt daglig dose for pasienter med nedsatt lever- eller nyrefunksjon ved fravær og tilstedeværelse av sterke CYP 3A-hemmere.

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

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

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

**Barn og ungdom:** bør ikke brukes, da effekt og sikkerhet ikke er tilstrekkelig dokumentert. **Administrering:** tas 1 gang daglig. Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele med væske. Skal ikke tygges. Skal ikke deles eller knuses. **Kontraindikasjoner:** overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler: nedsatt lever- og nyrefunksjon:** se Dosering. **Hypertensjon:** preparatet er ikke evaluert hos pasienter med alvorlig, ukontrollert hypertensjon (systolisk blodtrykk  $\geq 180$  mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk  $\geq 110$  mm Hg), og anbefales ikke til denne pasientgruppen. Det foreligger begrensede data fra pasienter med hypertensjon trinn 2 (systolisk blodtrykk  $\geq 160$  mm Hg eller diastolisk blodtrykk  $\geq 100$  mm Hg). **Kongenital eller ervervet QT-forlengelse:** ved terapeutiske doser i kliniske studier, har mirabegron ikke gitt klinisk relevant QT-forlengelse. Pasienter med tidligere kjent QT-forlengelse eller pasienter som bruker legemidler som er

kjent for å gi forlenget QT-intervall er imidlertid ikke inkludert i studiene, og effekten er ukjent. Varsomhet må utvises ved bruk til disse pasientene. **Pasienter med blærebstruksjon (BOO) og pasienter som tar antimuskariner mot overaktiv blæresyndrom (OAB):** hos pasienter som tar mirabegron er det etter markedsføring rapportert om urinretensjon hos pasienter med BOO og hos pasienter som tar antimuskariner som behandling mot OAB. En kontrollert klinisk sikkerhetsstudie av pasienter med BOO viste ingen økt urinretensjon hos pasienter behandlet med mirabegron, men mirabegron bør likevel administreres med forsiktighet ved klinisk signifikant BOO. Mirabegron bør også administreres med forsiktighet til pasienter som tar antimuskariner som behandling mot OAB. **Interaksjoner:** hos pasienter med lett til moderat nedsatt nyrefunksjon (GFR 30–89 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>) eller lett nedsatt leverfunksjon (Child Pugh klasse A), som samtidig får behandling med sterke CYP 3A-hemmere (f.eks. itraconazol, ketokonazol, ritonavir og klaritromycin), er anbefalt dosering 25 mg/dag. Det bør utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler med smal terapeutisk indeks som metaboliseres signifikant via CYP 2D6, slik som tioridazin, antiarytmika type 1C (f.eks. flekainid, propafenon) og trisykliske antidepressiver (f.eks. imipramin, desipramin). Det bør også utvises forsiktighet ved samtidig bruk av CYP 2D6-substrater, der dosen titreres individuelt. For pasienter som skal starte behandling med en kombinasjon av Betmiga og digoksin, bør laveste dose digoksin forskrives i starten. Digoksinkonsentrasjonen i serum bør overvåkes og brukes til titrering av 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 <1/100):** hjerte/kar: takykardi. Infeksjoner: urinveisinfeksjon. **Mindre vanlige (1/1000 til <1/100):** gastrointestinale: dyspepsi, gastritt. Hjerte/kar: palpitasjon, atrieflimmer. Hud: urticaria, utslett, inkl. makulært og papuløst utslett, pruritus. Infeksjoner: 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. 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. 05.08.2014.): **25 mg:** 30 stk. (blister) 372,50 kr. 90 stk. (blister) 1034,90 kr. **50 mg:** 30 stk. (blister) 372,50 kr. 90 stk. (blister) 1034,90 kr. 90 stk. (boks) 1034,90 kr. **Refusjon: refusjonsberettiget bruk:** motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode: ICPC: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens. Vikår:** ingen spesifisert. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 04.2014. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 03.06.2014.

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.

# 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  
Dr.med, PSL, Bodø  
E-mail: irina.eide@gmail.com

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

Mariann Eidet  
KK Sørlandet Sykehus Kristiansand  
E-mail: mariann.eidet@sshf.no

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

## Annonsansvarlig

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

## Forsidefoto

Christian Tappert

## GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

## Materiellfrister 2014

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

# Innhold

■ <b>Redaktøren</b>	4
■ <b>Leder</b>	5
■ <b>Artikkel</b>	
Intervju med Mette Haase Moen	6
Helsetenester ved svangerskap og fødsel i Norge	10
Overlegeperm i Etiopia	12
■ <b>Årsmøte</b>	
Velkommen til Trondheim	16
Program formøter	17
Program NGF Årsmøte	18
Generalforsamling NGF 2012	20
Presentasjon av NGF styret	21
Presentasjon av ulike utvalg	22
■ <b>Årsrapport</b>	
Årsrapport NGF	24
Årsrapport NGF økonomi	27
Årsrapport Kvalitetsutvalget	30
Årsrapport Endoskopi register	31
Årsrapport Laparoskopikutvalget	31
Årsrapport Audigruppen maternelle dødsfall	32
Årsrapport STAN	33
Årsrapport Spesialitetskomiteen	35
Årsrapport FUGO	36
Årsrapport EBCOG	37
Årsrapport NFGO Vitenskapelig komite	37
NFOG	38
■ <b>Abstrakt</b>	40
■ <b>FUGO</b>	
Kjære FUGO medlemmer!	56
Gi kniven videre	57
FUGOs forkurs	60
ENTOG utveksling	60
FUGO forkurs, 3D ultralyd og UL under fødsel	61
■ <b>Kurs/kongress</b>	
Rapport fra NFOG i Stockholm	62
SERGS rapport	65
■ <b>Helt til slutt</b>	
Gynekologen anbefaler bøker	69

27-3  
2014



Norsk gynekologisk forening  
DEN NORSKE LEGEFORENING

## 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 Åhus	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

# To breech or not to breech



... that is the question. Står vi nok en gang foran et være eller ikke være for vaginale seteforløsninger?

I Dagens Medisin kunne vi i sommer lese at «Keisersnitt ved seteleie reduserte dødeligheten», som refererer til en nederlandsk undersøkelse (F. Vlemmix, Acta Obstet Gynecol Scand, aug 2014). Aftenposten hadde uken før oppslaget «Trygt å føde naturlig selv om barnet ligger i seteleie», basert på en studie fra Haukeland Universitetssykehus (J. Kessler, BJOG, juli 2014). En journalist tok kontakt med meg og lurte på hvordan dette skulle tolkes. Vanskelig å forklare - jeg henviste gladelig videre til Kessler!

Det er en pedagogisk utfordring å begrunne Norsk Gynekologisk Forenings anbefalinger ved seteleie. Hvordan kan man formidle at sectio, selv om det eliminerer viktig risiko, ikke nødvendigvis alltid er det rette?

I en by hadde man lange (noen hevdet konservative) tradisjoner innen fødselshjelp. Man la vekt på kompetanse og trening, også for å håndtere setefødsel vaginalt. Heldigvis kunne en rapport konkludere med at det var trygt å føde barn i seteleie ved denne klinikken – forutsatt at rutiner ble fulgt og kompetente leger var til stede.

I nabobyen hadde man også et godt fagmiljø som fulgte med på internasjonale trender. En del år tidligere hadde sykehuset innført sectio som rutine ved seteleie. Dette viste seg også å være trygt. Ja, faktisk tryggere enn den praksis man hadde hatt før. Her hadde man forhindret dødsfall ved å planlegge sectio, viste en retrospektiv studie.

Så hva skulle kvinnene tro? Ved de to sykehusene fikk de stikk motsatt anbefaling. En av klinikkene måtte jo ta feil! Det første sykehuset bøyde av etter avisskriverier og diskusjon i kollegiet. Flere leger var ærlig talt lettet over at de nå slapp å forløse seter vaginalt.

Årene gikk. Ingen gjorde opp tall for de sectio som ble utført på grunn av tidligere snitt. Og ingen studie fortalte om alle tvillingsvangerskap som også endte med operasjon på grunn av seteleie. Det var ikke mulig å tallfeste konsekvenser for barna, i form av for eksempel luftveisplager og allergi.

Da en mor døde av blødning postpartum, kunne man ikke kritisere tidligere valg av forløsningsmetode. Hun hadde placenta accreta etter sete/sectio ved forrige fødsel. Senere mistet nok en pasient livet, denne gang på grunn av tarmperforasjon under en vanskelig elektiv hysterektomi. Adhæransen i bekkenet var blitt svært vanlig, for denne kvinnen ble det fatalt. En kvinne i fødsel rakk så vidt frem til fødeavdelingen og kom inn med sete i utskjæringen. Barnet fikk dessverre alvorlig asfyxi fordi det var vanskelig å forløse med keisersnitt.

Det tok selvsagt flere år og mange friske sete/sectio-pasienter før disse sjeldne komplikasjonene oppsto. Og kanskje hadde man på tross av disse spart liv og helse? Nå fantes ikke lenger gynekologer med erfaring til å forløse seter vaginalt. Derfor var det heller ikke aktuelt å diskutere hvor mange unødvendige sectio rutineendringen hadde ført med seg. Keisersnitt var nødvendig – altså hadde man gjort rett i å endre praksis. Og for de som tvilte var diskusjonen om metodevalg svært utfordrende...

At TV2 journalister leser Gynekologen

er vel tvilsomt men nærmere en forklaring kommer ikke jeg. Det er ikke godt å vite hvilke konsekvenser vår praksis har eller hva endring kan føre med seg. La oss i alle fall håpe at diskusjonen om dette og mange andre tema blir interessant ved årsmøtet i Trondheim.

Mette Moen er denne utgavens naturlige intervjuobjekt, da hun har base i Trondheim og er på vei inn i en ny fase som prof. emeritus. Dessuten tar vi med et inspirerende reisebrev fra Etiopia. Fra NFOG har vi to rapporter, en fra Irina Eide, Gynekologens korrespondent til Stockholm. Og en fra vår nye NFOG president, Knut Hordnes (Gratulerer!).

Hovedfokus i bladet er årsmøtet. Det er rapporter og formaliteter for de som følger med på foreningens arbeid. Vi prøver å klare opp i alle forkortelsene, om noen synes NFOG, NFGO, NGF og andre betegnelse kan forvirre. Men aller viktigst er foredrag og abstraktsamlingen. For et fantastisk fagmiljø som byr på et slikt program! Det ligger mye innsats bak, både fra foreningen og alle de som skal presentere noe. Takk til dere. Vi gleder oss!

# Kjære kolleger



**F**orhåpentligvis har alle hatt en fin sommer og er klar for høstens nye (og gamle) oppgaver.

**N**FOGs kongress i Stockholm ble avholdt i mai med god deltagelse fra norske kolleger både med innsendte bidrag og tilstedeværelse. Mange gode innlegg men mest tankevekkende var nok avslutningsforelesningen av kollega Shershah Syed om kvinners situasjon i Pakistan: tross overgang fra militærstyre til folkevalgt president var det meste på feil vei: dårlig skolegang for jenter; analfabetisme på opptil 88% (!), aksept for barnebryllup, 50% av 15-18 åringer har allerede vært gravid minst en gang, en av verdens høyeste forekomst av fistler (1/222 av kvinner som har født lever med fistel), under halvparten av kvinnene føder med kompetent personell tilstede, mødremortalitet på 0.9%, og dødfødsler/perinatal mortalitet på henholdsvis 46 og 42 pr 1000. Den utbredte vold mot kvinner (æresdrap, seksuell vold så vel som generell vold) rammer fødende kvinner dobbelt; kvinnelige helsearbeidere risikerer å bli overfalt på vei til jobb, både aktuell vold samt frykt for den kan forsinke at kvinnelige obstetrikere/jordmødre kommer frem til fødende kvinner og derved øke risiko for komplikasjoner ytterligere.

**E**r så alt håpløst? Heldigvis ikke. Det pågår samarbeid mellom ulike organisasjoner og den Pakistanske Gynekologforening. Dr Syed ønsket også økt oppmerksomhet mot de dårlige forhold for kvinner/kvinnehelse

og at nordiske kolleger kunne bidra med henvendelse til bl.a Pakistans politiske ledelse, dette vil vi bidra med i NFOGs regi.

**D**et er dessverre ikke bare i Pakistan kvinners helsetilbud er svært dårlig; utviklingsland generelt og spesielt i land med krig er kvinners og barn ekstra utsatt. Mange medisinske- og nødhjelpsorganisasjoner prøver å hjelpe på både kort og lang sikt. Flere organisasjoner melder dog om mangel på kvalifisert personell. Jeg vil benytte denne anledning til å takke de av dere som selv har deltatt på slikt arbeid, og avdelinger som har tilrettelagt for nødvendige permisjoner eller tatt imot utenlandske helsearbeidere for hospitering/opplæring. Og å oppfordre til fortsatt deltagelse i ulike prosjekter/arbeid for internasjonal kvinnehelse.

**S**aker som har preget våren i vår hjemlige gynekologiske andedam kan føles små sett mot et utenomnordisk bakteppe: gjennombruddsprosjekt keisersnitt, setefødsler, fastlegers reservasjonsrett for henvisning til abort, abort hos avtalespesialister, innskjerping av 22 ukers grense for (sen) abort. Det er imidlertid grunn til å påminne at god tilgang til prevensjon og mulighet for trygge aborter generelt er ansett som viktig for kvinne- og derav folkehelse både i lokalt og globalt perspektiv.

**N**ettopp med bakgrunn i vårens ulike debatter har vi funnet det relevant og nødvendig å ha en sesjon på årsmøtet om abort. I tillegg til masse annet! Det er kommet mange gode abstrakter så vi gleder oss til både frie foredrag og proffe plakater. Velkommen!

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

### Stan-gruppen

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

### Laparoskopiutvalget

Christian H. Sørensen, Guri B. Majak, Jostein Tjugum, Merethe Ravlo, Stine Andreassen

### Nettredaksjonen

Mette Løkeland

### Gynekologen

Agnethe Lund (red), Irina Eide, Guri B. Majak, Mariann Eidet, Ragnar Sande

### Kvalitetsutvalget

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

### FUGO

Marte Myhre Reigstad, Olav Nordbø, Tiril Tingleff, Åsmund Mjøen Iversen, Helene Peterson, Silje Eilertsen Denstad, Johanne Holm Toft

### NPE-komiteen

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

### Andre relaterte instanser:

#### Spesialitetskomiteen

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

- Ingrid Volløyhaug
- Overlege gynekologi, Kvinneklubben, St. Olavs Hospital
- ingridvolloyhaug@hotmail.com

## Intervju med Mette Haase Moen

# En god pedagog, endometriose- og klimakterieforsker

**Danskfødte Mette Haase Moen har tilbragt nesten hele sin yrkeskarriere i Norge, og etter 15 år i Oslo har hun siden 1986 arbeidet ved Kvinneklubben i Trondheim. Hun er kjent for de fleste for sin interesse for endometriose, gynekologisk endokrinologi og klimakteriet, og hun er dessuten kjent for sin formidlingsglede og sitt pedagogiske talent!**

### Kan du fortelle om hvor du kommer fra?

Jeg er født og oppvokst i København. Jeg kommer ikke fra noen "legefamilie", min far var offiser og min mor var husmor. Av min far lærte jeg at plikt, punktlighet og orden var viktig. På min fars side var tre tanter sykepleiere, og på min mors side var det tre leger, og jeg skjønnte tidlig hvem som hadde det mest spennende arbeidet og hvem som hadde best økonomi. Jeg bestemte meg allerede 8 år gammel for at jeg ville bli lege. Jeg har to brødre. Min storebror ble dosent i faststoff-fysikk, og min lillebror ble dansk-tysk filolog.

### Hvor studerte du?

Jeg studerte i København. Da jeg startet var det ca. 700 studenter per kull, da det i utgangspunktet ikke var adgangsbegrensning til legestudiet. Men i løpet av de første årene strøk 1/3 av studentene, og mange brukte lang tid på å gjennomføre studiet. Under studietiden hadde jeg praksis i Østersund ved Frøsø psykiatriske sykehus. Der traff jeg nordmannen Torolf Moen, som hadde

turnustjeneste der, og som jeg giftet meg med ett år før jeg var ferdig med studiet.

Etter avsluttet embedseksamen reiste vi til Syd Yemen for å arbeide et år, motivasjonen var både 68' eridealisme og reiselyst. Jeg arbeidet på et kvinne-barn-hospital, og hadde på forhånd hatt 2 måneder praksis ved en gynekologisk avdeling i København, da jeg skjønnte at jeg kom til å få mye ansvar for gynekologi. Jeg var eneste kvinnelige lege i landet, som hadde 1,5 millioner innbyggere. Jeg hadde med i bagasjen et hundretalls spiraler (Lippes loop) som jeg la inn i stor stil. De er neppe noen gang fjernet igjen!

### Hvor hadde du turnus?

Før jeg som utlending kunne starte på turnus i Norge måtte jeg ha tilleggskurs og avlegge eksamen. Vi bodde i Oslo, og der fikk vi dessuten vårt første barn før jeg startet i turnus. Turnustjenesten gjennomførte jeg ved Lovisenberg sykehus og i Stovner distrikt. Distriktsturnus på Stovner var et nytt tilbud som var startet for å styrke helsetilbudet i drabantbyene. Her drev jeg generelt mye med gynekologi, og det ble

prevensjonsveiledning i ungdomsklubber og i praksis. Sekretærene bemerket at pasientene kom inn til meg med vondt hals og ut igjen med spiral. Kobberspiralen var ny på denne tiden, og prevensjonsveiledning var spesielt viktig, for dette var jo før fri abort ble innført i Norge.

### Fortell om din spesialisering, hvor arbeidet du og hvordan var arbeidsforholdene?

Jeg fikk mitt barn nummer to rett etter at jeg var ferdig med turnustjenesten. Under begge svangerskap gikk jeg til kontroll ved Aker sykehus og signaliserte min interesse for faget. Allerede i barselsengen fikk jeg spørsmål om når jeg kunne starte å arbeide, og jeg begynte i vikariat ved i 1974, 3 måneder etter fødselen. Jeg ble værende i ulike vikariat ved Aker sykehus i 6 år. Jeg tok hele spesialistutdanningen der, inkludert ett år generell kirurgi og ett ekstra år med urologi. Dette var et veldig aktivt miljø, der jeg spesielt vil trekke frem Arne Refsdal, som var en god læremester, og Halvard Gjønness som inspirerende



forsker. Vi ble opplært til å bli selvstendige både når det gjaldt operative ferdigheter og obstetikk, og vi fikk både stort ansvar og stor frihet. Allerede etter 3 måneder fikk vi gå selvstendige vakter med bakvakten som kunne tilkalles på 30 minutters varsel. Akutt abdomen skulle være avklart, ofte med laparoskopi, innen morgenmøtet påfølgende dag. Da jeg søkte om spesialistgodkjenning hadde jeg 400 flere laparoskopier enn det som var kravet!

#### **Hvor arbeidet du seinere og hvordan var arbeidsforholdene der?**

I perioden 1980-86 arbeidet jeg ved Rikshospitalet, og det var en helt annen verden, nærmest 'opplyst enevelde' med professor Knut Bjøro som dominerende

og autoritær avdelingsleder. Som nyansatt assistentlege og siden reservelege hadde jeg ikke mye jeg skulle ha sagt. Jeg fikk lov til å utrede urininkontinens fordi jeg fra før hadde spesiell kompetanse med urodynamiske målinger, men jeg fikk ikke innføre Burch kolposuspensio, som jeg hadde lært ved Aker, som ny operasjonsmetode i og med at jeg kun var i en underordnet stilling. Etter hvert fant jeg et nytt interessefelt, som for meg skulle bli mye mer spennende enn inkontinens. Rikshospitalet var med i et nordisk samarbeid om endometriose, og jeg forsto at her var det muligheter for forskning. Vi var med på utprøving av Danazol, og de tydelige endepunkter for behandlingseffekt: "gravid-ikke gravid" eller "synlig endometriose-ingen endometriose"

tiltalte meg. Bjøro støttet meg i arbeidet med endometriose og endokrinologi. Jeg satte dessuten stor pris på både personlig og faglig vennskap med Nils Normann ved Hormonlaboratoriet, som jeg var inspirert av allerede mens jeg arbeidet ved Aker sykehus. Det var månedlige fellesmøter med endokrinologene hvor jeg lærte mye. Det jeg særlig lærte av årene ved Rikshospitalet med Bjøro som sjef var disiplin, inspirasjon til forskning og å stille krav til god forskning.

Etter at min mann hadde disputert, ble han tilbudt et professorat i immunologi ved Regionsykehuset i Trondheim i 1986. Familien bestemte seg helhjertet for å flytte og jeg fikk jobb på Kvinneklinikken. Jeg var glad for å få Kåre Molne, som også tidligere hadde arbeidet ved Rikshospitalet, som sjef. Han var en vennlig og ambisiøs sjef som la forholdene veldig godt til rette for videre forskning innen endometriose. Jeg hadde medbragt et stort, til dels ubearbeidet, materiale fra Rikshospitalet som jeg bygget videre på. Imidlertid ble forskningen avbrutt etter at jeg ble ansatt som første kvinnelige overlege i Trondheim. Jeg måtte da, i likhet med mange andre som ble fast ansatt i denne periode, gjennomføre 6 måneders plikttjeneste i Hammerfest med helge-pendling annenhver uke til Trondheim. Månedene i Hammerfest opplevde jeg nesten som en slags "husmorferie" der jeg slapp unna matlaging og husarbeid, men det ble til gjengjeld ekstra mye å gjøre under hjemmebesøkene. I samme periode hadde jeg flere styreverv som tok tid. Jeg var 1988-89 første kvinnelige leder av NGF etter først å ha vært sekretær fire år. I min ledertid ble medlemsbladet, Gynekologen, startet. Jeg var med på å revitalisere NFOG og satt mange år i styret av foreningen, sist som generalsekretær. Jeg var dessuten leder av Trøndelag medisinske selskap, og jeg ble etter hvert seksjonssjef for generell gynekologi med mye ansvar. Jeg var sammen med Skjeldestad hovedredaktør for Veileder i generell gynekologi i 2004, første gang den ble evidensbasert. Jeg var også i en periode leder av den danske forening i Trondheim.

#### **Kan du fortelle om forskningen din?**

Tross en turbulent periode, hadde jeg som eneforfatter, greid å skrive min første artikkel om endometriose, og jeg ble veldig



Mette Moen mener det er viktig å formidle kunnskap på internett.

inspirert til videre forskning da jeg under Verdenskongress i endometriose 1. mai 1989 opplevde at studien min ble referert! Etter hjemkomst noen dager senere fikk jeg avviklet konfirmasjon for min datter, og 13. mai hadde jeg skrevet og levert inn søknad til Norsk Forskningsråd om ett års stipend. Jeg fikk stipend for 1990, men startet med å bruke 3 måneder på et detektivarbeid der jeg avslørte en falsk italiensk 'kollega'. Han var medlem av NGF, og var i ferd med å få fast stilling her i landet. Saken gikk til Lægeforeningen og Helsedirektøren, og den falske kollegaen mistet spesialistgodkjenningen og forlot deretter landet. Videre var jeg så "heldig" å brette armen og måtte opereres, og jeg fikk dermed 3 måneder sykemelding, som gjorde at jeg kunne ta igjen den tapte forskningstiden.

I 1993 disputerte jeg med syv artikler, nok som en av de siste helt uten veileder, på avhandlingen "Endometriosis: Studies on diagnosis, occurrence and some risk factors". Studien av 563 pasienter som viser sju ganger økt risiko for endometriose ved positiv familieanamnese er den mest siterte fra avhandlingen min. Jeg fikk mye stimulans for forskningen min fra utlandet, der arbeidene mine har blitt anerkjent. Jeg har hatt styreverv i nordisk endometrioseforening, og i 2009 arrangerte jeg nordisk endometriosekongress i Trondheim (uten kongressbyrå!). Jeg har vært litt skuffet over at jeg aldri har greid å lage noe "endometriosemiljø" ved avdelingen, der de som har vært interessert

i forskning heller har gått til andre miljøer med mindre rutinearbeid enn ved avdeling for generell gynekologi.

Etter hvert har jeg i økende grad vært opptatt av endokrinologi og klimakterieforskning. Interessen for dette startet allerede mens jeg arbeidet på Rikshospitalet, der vi fulgte opp kvinner med registrering av symptomer og hormonprøver over 5 år rundt menopause. Jeg veiledet Inger Øverlie, som disputerte i 2003. Innen dette fagområdet har jeg hatt stor glede av både norsk, nordisk og internasjonalt samarbeid. De siste årene har det imidlertid blitt mer fokus på forskningsformidling enn på egen forskning, og jeg har hatt styreverv i Europeisk Menopauseforening og er ambassadør for den Internasjonale Endometrioseforeningen.

#### **Kan du fortelle noe om det å være pedagog og kunnskapsformidler?**

Jeg ble ansatt som førsteamanuensis i 1996 og gikk ut av klinisk virksomhet, bortsett fra at jeg fortsatte å gå vakter i ti år og hadde en ukentlig poliklinikkdag. Det var trist å miste så mye av klinikken, men det har vært en stor glede å ha med studenter å gjøre. Jeg setter stor pris på å kunne formidle min begeistring for faget og å veilede studenter i forskningsoppgaver. Jeg ble professor i 2012, på tampen av min karriere. Formidling av kunnskap er viktig for meg, og jeg holder fortsatt en del foredrag. Jeg driver i tillegg nettvirksomhet i regi av endometrioseforeningen, doktor online, norsk legemiddelhåndbok og ikke minst nettstedet "hormoner og endometriose"

i Legeforeningens regi, der jeg legger inn spørsmål som jeg har fått fra kollegaer med tilhørende svar, da jeg tenker at flere kanskje lurer på det samme. Det er tilsynelatende stor usikkerhet omkring gynekologisk endokrinologi. Det er mulig å abonnere på denne siden, slik at man får varsel når det legges ut noe nytt. Jeg er medisinsk rådgiver for foreningen "1,6 million women" og i neste uke skal jeg holde foredrag om pensjonsforhold og rettigheter for kollegaer.

#### **Jeg vet du har vunnet flere priser for "beste foredragsholder" og "beste underviser". Hvilke priser er dette, og hvilke råd har du for å bli god foreleser og foredragsholder?**

Jeg har fått pris for "den gode foreleser" ved NTNU i 1998 og Scheringpris/NGFpris samme år. Jeg har også fått Endokrinologisk forening sin pris og medisinsk fakultet sin pris for god undervisning. For å være en god foreleser og foredragsholder kreves det noe talent, men aller mest trening, mye trening!

#### **Fortell om rollen som mor og doktor på 70- og 80-tallet**

I rollen som kone og mor ble jeg inspirert av min egen mor, som var en dyktig husmor og vertinne, og som brukte mye energi på å ha et pent hjem og å være gjestfri. Hun levde i en tid hvor det var akseptert og respektert å være husmor. Hun hadde til og med, pga av min fars yrke, en selvstendig tittel som "oberstinne". Dette er vanskelig å leve opp til som yrkesaktiv. En styrke for meg er at jeg er ganske god til å organisere, også på hjemmefronten. På 80-tallet fantes ikke SFO, og barna måtte passes av dagmamma etter skoletid, og jeg bestilte telefonvekking, som sørget for at de kom seg avgårde til skolen i rett tid på morgenen. Jeg hadde utrolig støtte fra min mann og fra mine overbærende barn. Mannen min var kanskje den som ga meg aller mest støtte til forskningen når han sa at en som var så ryddig og systematisk som meg måtte kunne få til en doktorgrad. Barna var med på kongresser og årsmøter og de ble kjent med mine kollegaer. Eldre kolleger og deres ektefeller ble som tanter og onkler for dem. Det, og i det hele tatt samholdet innen miljøet, gjorde at jeg har innført begrepet "den gynekologiske storfamilie".



Jeg har vært begunstiget med god helse, har bare hatt to sykmeldinger på 40 år, i forbindelse med omtalte armfraktur og ved innsetting av nye hofter, og i begge perioder kunne jeg utføre kontorarbeid få dager etter operasjonen.

### Hva er den største forskjellen på å være i faget vårt nå og da du startet?

Da jeg startet i faget var pasientskadesaker ikke så stor en "trussel" som det de er nå. Vi jobbet noen ganger på grensen til det uforsvarlige, men det gikk helst bra. Vi fikk raskt erfaring og selvstendig ansvar.

I løpet av årene har det skjedd en gradvis endring av arbeidsdagen på sykehus. Før hadde vi mer tid til praktisk, pasientrettet arbeid og vi hadde mye mindre papirarbeid. Vi hadde dessuten effektiv sekretærhjelp, og det kunne til og med hende at vi fikk servert kaffe på sengen etter nattevakt. Nå må vi selv tømme søpla, fikse kopimaskinen, lage kaffe, bestille kontorutstyr og vaske kontorpulten. Byråkratiseringen har dessuten vanskeliggjort forskningen, på grunn av omstendelig behandling hos REK, datatilsyn osv. Alle har det så travelt i dag at det blir lite tid til hyggelige lunch- og kaffepauser, og faglige møter på kveldstid med etterfølgende middag er blitt historie.

Jeg har i løpet av min yrkeskarriere vært så heldig å få reise mye med industrien, idet jeg engasjerte meg i nye medikamenter innen prevensjon og hormonsubstitusjon i "de gyldne tider" da vi fortsatt kunne reise til kongresser over hele verden sponset av industrien. Jeg har alltid hatt godt samarbeid med industrien og mener vi har bruk for hverandre. Vi har mulighet for å påvirke hvordan industrien markedsfører sine produkter, og industrien er en viktig faktor for kunnskapsformidling.

### Har du noen råd til unge kollegaer?

Jeg synes det er synd at mindre forskningsprosjekter som ikke opplagt er begynnelse til en doktorgrad er blitt uinteressante. Man må starte i det små for å finne ut om man har interesse og tålmodighet for å begi seg ut i større prosjekter. Mange ønsker å arbeide med kortvarige prosjekter som fort

gir resultat, men ingen bør være redd for å sette i gang longitudinelle studier, for tiden går veldig fort!

### Hvilket annet yrke kunne du tenkt deg hvis du ikke skulle være lege/gynekolog?

Jeg har aldri tenkt meg annet yrke enn å være lege. Min kontaktperson i det flittig brukte reisebyrå har tilbudt meg jobb der hvis jeg skulle bli lei legejobben, og organisering av reiser er kanskje noe jeg har talent for?

### Hvilke planer har du for pensjonisttilværelsen, både faglige og private?

Jeg fortsetter som professor eremita, der jeg vil veilede studenter og PhD-kandidater.

Jeg kommer dessuten til å fortsette som "nettdoktor".

Jeg håper å kunne tilbringe mer tid på hytta på Oppdal. Jeg har dessuten 6 barnebarn som jeg vil være mest mulig sammen med. Jeg liker å gjøre mye forskjellig med dem, blant annet er det spennende å vise dem rundt på sykehuset, der vi ser på skjeletter i undervisningsrom, roboter som går i kulvertene og gir advarsler på trønderisk og automater som sender skittentøy "rett til værs"... og vi vet forresten allerede at du har organisert en reise der du tar med hele kjernefamilien på 12 personer på tur til Afrika i anledning 70-års-dagen din i høst.



Mette ble feiret på sin 70-års-dag, her mellom sine to sjefer: Marite Rygg fra institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer ved NTNU og Runa Heimstad fra Kvinneklinikken



Mormorlfarmor Mette Moen på sightseeing i Kvinneklinikken

- Hilde Marie Engjom
- Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

# Helsetenester ved svangerskap og fødsel i Norge; kva rolle spelar oppbygginga av helsetenesta og fødeinstitusjonsstorleik for mors risiko for komplikasjonar?

Hilde Engjom mottok NGFs forskningsstipend i 2013 til støtte i dette prosjektet og skildrar resultat og vidare planar.

Sentralisering av særskilte helsetenester som omfattande kirurgi, kreftbehandling og intervensjonskardiologi betrar utcome for pasienten. Samstundes er det vist at fødsel på ein større institusjon aukar talet på intervensjonar under fødselen hos friske kvinner som har låg risiko for komplikasjonar. Både utforminga av helsetenesta og klinisk utcome er viktig for vurdering av kvalitet

i fødselsomsorg. WHO sine indikatorar for akutt omsorg i svangerskap og fødsel omfattar både geografisk fordeling av institusjonar, tilgang og utcome for mor og barn. Norsk helsepolitikk legg stor vekt på desentraliserte helsetenester av god kvalitet ved svangerskap og fødsel. Samstundes vart talet på fødeinstitusjonar redusert frå 95 til 51 mellom 1979 og 2009.

I første del av vårt prosjekt studerte vi oppbygging, tilgang, og klinisk utfall basert på hypotesen om at norsk fødselsomsorg har vore god og likeverdig. Primære endepunkt var andelen kvinner i fertil alder (15 til 49 år) som budde meir enn ein og to timar frå fødeinstitusjon, risiko for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon, og maternell morbiditet (eklampsi, alvorleg blødning, sepsis, intensivbehandling og systemisk tromboembolisk sjukdom). WHO sine indikatorar for akuttomsorg og tidleg perinatal død (under fødsel eller innan 24 timar) var sekundære endepunkt. Vi nytta data frå Statistisk sentralbyrå (SSB) og Medisinsk Fødselsregister (MFR) til

utforming av to tverrsnittsanalyser og tre fødselskohortar. Tverrsnittstudiane tok utgangspunkt i statistisk sentralbyrå sine koordinatfesta innbyggardata i tillegg til geografiske koordinat for fødeinstitusjonane og den norske vegdatabasen. Ei reisesone rundt kvar institusjon vart rekna ut, sonene vert slegne saman og vi talde kvinnene som budde innanfor og utanfor sona. Fødselar i perioden 1979-2009 vart samla i femårsgrupper og risiko for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon samanlikna i første og siste periode. Risiko for maternell morbiditet vart analysert 1.1 til 31.1 2000 og 2009.

Resultata viste at andelen kvinner som budde meir enn ein og to timar frå ein fødeinstitusjon auka frå 2000 til 2010, både for alle institusjonar og for institusjonar med akutfunksjon. I same tidsperiode fann vi ein auke i risiko for maternell morbiditet og det var aukande regionale skilnader i slik risiko. Risiko for å føde utanfor institusjon for mødre som hadde planlagt institusjonsfødsel vart dobla frå 1979-83 til 2004-09 og vi



Hilde Engjom



Bilde: fra NRK med foreldres samtykke

fann aukande skilnader på fylkesnivå. Auken i risiko for fødsel utanfor institusjon vart påvist både i fylke med overvekt av sentral busetnad og i fylke med spreidd busetnad. I andre og tredje del av prosjektet vil vi koble MFR data for kvinner som har født i perioden 1999-2009 med Norsk Pasientregister (2008-2009) og det sentrale folkeregisteret. Koblinga til pasientregistert vil legge til rette for ei betre vurdering av komplikasjonar hos mor, i tråd med rammeverket for alvorlege komplikasjonar (severe maternal morbidity/ near miss) som no vert tilrådd av WHO. Vi vil dermed kunne undersøke insidens og risikofaktorar for komplikasjonar

hos mor og samanlikne registreringar i NPR og MFR. Vi vil vidare undersøke om reiseavstand til fødeinstitusjon og institusjonens storleik påverkar risiko for komplikasjonar hos mor. Basert på mors adresse og geografiske koordinatar har statistisk sentralbyrå berekna kva reisesone mor budde i på tidspunktet for fødselen. Forskningsstipendet frå NGF vert nytta til å finansiere delar av denne tid- og ressurskrevande datainnsamlinga. Vi håpar at prosjektet kan bidra med nyttige kunnskap om korleis vi kan måle og overvake alvorlege komplikasjonar hos mor. Korleis oppbygging av helsetenesta eventuelt påverkar mors

risiko for komplikasjonar vil og vere relevant kunnskap for planlegging og utforming av helsetenesta. Jamvel om alvorlege tilstander hos mor er hovudutkome, vil det og vere naudsynt å ha med resultat som viser korleis det går med barna både når ein vurderer kvaliteten på helsetenesta, og for å skildre fordelinga av nytte og ulemper ved sentralisering av fødetilbodet.

*Red. anm: NGF deler dessverre ikke lenger ut forskningsstipend fordi disse midlene ikke lenger doneres fra industrien..*

- Elin Ødegaard
- Tidligere overlege, PhD. Avd. for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet, OUS
- Fra august -14: Avtalepraksis, Smestadgynekologene
- elinode1@gmail.com

# Har du lyst til å undervise i gynekologisk kreftbehandling i Etiopia ?

**En unik mulighet til å oppleve Afrika, bli kjent med varme og dyktige kollegaer som jobber i et helsevesen i et av verdens fattigste land.**

Våren 2014 underviste jeg og min mann på Black Lion Hospital, universitetssykehuset i Addis Abeba i Etiopia. Min mann som er anestesilege og driver med barneanestesi på Rikshospitalet (OUS), hadde også overlegepermisjon i vår. Haukeland universitetssykehus har et tilsvarende prosjekt med opplæring av etiopiske assistentleger innen anesthesiologi. Vi fikk derfor til å samordne våre overlegepermisjoner i 2 måneder. Vi tok med oss vår 14 år gamle datter og reiste ned i slutten av februar. Vår sønn på 16 var redd

for å miste skoleplassen på videregående ved å reise ut, så han og hunden ble igjen i Norge, hvor farmor flyttet midlertidig inn for å holde fortet hjemme.

## Onkologi utdanningsprosjektet i Etiopia

Johan Tausjø, pensjonert onkolog fra Oslo universitetssykehus, har sammen med de 3 eneste onkologene i Etiopia utarbeidet en 4-årig lokal spesialistutdanning for onkologer i Addis Abeba. I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) er kreft den ledende dødsårsak foran både AIDS, tuberkulose og malaria i Afrika.

Foruten å være en av verdens store kaffeeksportører har Etiopia, i likhet med mange afrikanske land, en massiv eksport av helsepersonell. Fenomenet "brain drain" utgjør en stor utfordring for kontinentet, ikke bare innen helsesektoren. Physicians for Human Rights utarbeidet i 2004 en plan for å forhindre "hjerneflukt". Her er utdanning av helsepersonell i hjemlandet et viktig tiltak. Johan Tausjø har vokst opp i Etiopia. Faren hans var misjonskirurg, og Johan snakker fortsatt flytende amharisk.

Prosjektet Johan har vært med på å starte er forankret lokalt via helsemyndigheter, det medisinske fakultetet og kreftavdelingen på Black Lion Hospital (BLH). Assistentlegene (residentene) rekrutteres fra de andre 5 universitetsklinikkene i Etiopia, med bindingstid tilbake lokalt etter fullført utdanning. Planen er at det skal opprettes kreftavdelinger ved andre regioner i landet. Det norske bidraget som Johan Tausjø har tatt initiativet til, er en stafett hvor onkologer/gynekologer i overlegepermisjon, veileder og underviser i denne lokale utdanningen av kreftleger i Etiopia. Etter 5 år skal det gjøres en evaluering, om det fortsatt er behov for norsk drahjelp. Administrasjonen av det norske bidraget ligger nå under Kontor for internasjonal helse ved OUS. De som reiser lønnes ikke, men vi får flybilletter og et fantastisk hus med egne ansatte, samt sjåfør, dekket. Foreningen "Aktiv mot kreft" bidrar med støtte til disse driftsutgiftene.

Livmorhalskreft er den vanligste kreftformen hos kvinner, men det finnes ingen egen gynekologisk kreftavdeling i Etiopia. Pasientene på universitetssykehuset i Addis (BLH) behandles i samarbeid mellom



Johan Tausjø, initiativtaker til det norske bidraget for lokal videreutdanning av kreftleger i Etiopia, her i sykehuskantina BLH.



En tidlig morgen utenfor Kreftavdelingen BLH, min mann Gunnar Bentsen og meg.



Pasientene som hadde råd til det hadde medbrakte CT bilder som her granskes på fellesmøte med kirurgen.



Gynekologen Dawit Desalegn, og sykehusdirektøren på Gandhi Hospital. Operasjonsstuene på BLH var under oppussing så man lånte stuer ved andre offentlige sykehus.

gynekologisk avdeling og kreftavdelingen. Prosjektet har omtrent en gang i året behov for en gynekolog med kompetanse innen gynekologisk kreft til praktisk og teoretisk undervisning av assistentlegene, samt å delta på og være med å utvikle "tumorboards" mellom legegrupper som diagnostiserer og behandler gynekologiske kreftpasienter.

Spesialistkandidatene får også sponset et opphold på et par måneder under siste året av utdanningen, hvor de hospiterer på Oslo Universitetssykehus. Det jobbes også med å starte utdanning for onkologiske sykepleiere og stråleterapeuter i Etiopia.

### Etiopia

Etiopia er et vakkert land i Øst-Afrika med ca 85 millioner innbyggere, hvorav 5 millioner bor i hovedstaden Addis Abeba,

som ligger høyt i innlandet omtrent på nivå med Galdhøpiggen. Vi hadde hørt om Etiopia, men visste ikke mye, hadde lest om keiser Haile Selassie, som ble styrtet av sovjetstøttede Mengistu. Sistnevnte ledet den marksistiske militærjuntaen, tiltalt for folkemord, og flyktet til Zimbabwe, hvor han visstnok fortsatt lever i eksil. Vi husker Live Aid til Afrika, med sultende etiopiske barn, Bob Geldof og "We are the World". Etter å ha lest "Cutting for Stone" av Vergeheese som handler om et etiopisk tvillingpar som vokser opp hos en gynekolog og en indremedisiner i Addis, var min nysgjerrighet vekket. Kollega Einar Lande fra Ullevål, hadde også vist bilder fra perioden han jobbet på firstelsykehuset i Addis og Yrgalem. Jeg var på besøk begge steder, og skulle hilse Einar så mye og si at de håpet han kom tilbake og jobbet (herved overbrakt).

Etiopia skårer veldig dårlig på de fleste levekårsindekser, og på FNs HDI (human development index) er landet nr 157 av 169. FNs tall sier at 44% lever under nasjonal fattigdomsgrense, 41% regnes for underernærte og 39% lever i ekstrem fattigdom.

Flertallet av befolkningen er ortodokse kristne, og de lever i fredelig harmoni med den muslimske tredjedelen av befolkningen. Hver morgen i femtiden våknet vi av shanting /messing fra de kristne kirkene i nærheten. De fleste vi ble kjent med var langt mer religiøse enn vi er vant til. Nesten alle kollegaer på sykehuset, ansatte i huset og naboer fastet førti dager før påske, det vil si at de ikke spiste kjøtt eller dyreprodukter disse dagene, samt onsdag og fredag hele året. Etiopiske myndigheter satses nok mer på utdanning enn helsevesen. 80% av barna går på skole. Skolen er gratis, men foreldre må kjøpe skoleuniformen selv, noe som gjør det vanskelig for de aller fattigste. I den voksne befolkningen er godt over halvparten analfabeter. Tross fattigdom er Etiopia et av landene i Afrika med størst økonomisk vekst. I Addis så vi dette i form av en enorm byggevirksomhet. Veier, jernbane og store foretningsbygg var under pågående bygging. Den Afrikanske Union som i fjor feiret 50 års jubileum, har sitt hovedkvarter i Addis, byens flotteste bygning. Etiopia har aldri vært koloni. Dette har nok vært med på å gjøre etiopierne stolte og selvbeviste, aldri underdanige. Både på sykehuset, blant naboer og ellers når vi reiste rundt, opplevde vi at de oppfattet oss som likeverdige, noe vi satte stor pris på.



Etter en større laparotomi for ovarialcancer stadium 3C, med langt midtlinjesnitt og uten epidural, kommer denne kvinnen helt ubesværet oss i møte første morgen etter operasjonen.



En kvinne med livmorhalskreft bæres inn på avdelingen av sine pårørende.

### Black Lion Hospital

Black Lion Hospital (BLH) er universitetssykehuset i Addis Abeba. Bygningene er slitne, vedlikehold fraværende og renholdet mangelfullt. Det er flere private sykehus i Addis også, men det er bare BLH som har onkologisk avdeling og hvor landets 3 onkologer (Dr. Matheos, Dr. Wondemagnio og Dr. Ayemalem) er ansatt. Spesialistutdannelsen innen onkologi, som nå er på sitt andre år etter oppstart, er en 4-års utdanning hvor det hvert år tas opp 6 nye kandidater.

Spesialistutdanningen for onkologer i Etiopia startet opp våren 2013. Det norske bidraget til dette prosjektet er primært å ha en onkolog på plass, avløst én gang i året av en gynekolog, i en stafett bestående av perioder på 2-3 måneder. I den perioden leder man ukentlige seminarer for assistent legene, deltar på storvisittene og "tumorboards" samt veileder i undersøkelser, konsultasjoner og behandling av gynekologiske pasienter. Jeg deltok også en del på fellesmøtene på gynekologisk avdeling, og opererte en del sammen med en av overlegene (Dr. Dawit) på gynekologisk avdeling som ønsker å bli gynonkolog. Gynekologisk avdeling har 80 assistentleger fordelt på 4 år, som roterer mellom de offentlige sykehusene.

Pårørende fungerer som portører, og bringer pasienter, mat, bilder og prøvesvar rundt internt på sykehuset. Hvis pasientene har bevis på manglende betalingsevne, og dette

kan bevitnes av 3 vitner, dekkes behandlingen av lokale myndigheter, med mindre sykehuset er tomme for den behandlingen du skal ha, og det var de relativt ofte.

### Gynekologiske kreftpasienter:

Livmorhalskreft er den vanligste av alle kreftformer i Etiopia, ca 30% av alle pasientene ved kreftavdelingen.

### Etiopia er et av landene med høyest insidens i verden ut fra WHO's oversiktskart.

Etiopia har ingen screening, de tar ikke celleprøver annet enn en sjelden gang på private klinikker i byene. Det er ikke noe vaksinasjonsprogram mot HPV.

De aller fleste tilfellene av livmorhalskreft oppdages derfor i et sent stadium, hvor sykdommen er kommet så langt at man ikke kan operere pasientene. Dette er i stor kontrast til den vestlige verden hvor insidensen er synkende for hvert år, og hvor vi ser de fleste kvinner i tidlig stadium.

På Black Lion har de ikke mulighet til moderne konisering med laser eller diatermi-loop. De gjør en sjelden gang en knivkonisering på gynekologisk avdeling. De følger noen få pasienter som har CIN III/HSIL, og behandler dem først når de har utviklet kreft. I følge gynekologene er det mange som faller fra i deres oppfølging av pasientene som har celleforandringer på livmorhalsen.

På onkologisk poliklinikk testes alle livmorhalskreft-pasientene som man ikke på forhånd vet er HIV-positive, med en hurtigstest hvis den er tilgjengelig for å kartlegge HIV status. Den første måneden jeg var der, hadde de ikke mulighet til å ta prøven fordi de var tomme for testutstyr. Det er veldig bra at de prøver å kartlegge HIV status på alle livmorhalskreftpasientene som sees på onkologisk avdeling. Mitt inntrykk mtp de pasientene jeg møtte med livmorhalskreft på onkologisk poliklinikk, er at prosentandelen av HIV positive er svært høy, og langt høyere enn 10% som en av overlegene mente var prevalensen blant alle kreftpasientene på onkologisk avdeling. Gynekologene tester alle fødende, og blant de fødende er insidensen fallene og nå mellom 3-5%. Antivirale medikamenter er gratis, men ikke alltid tilgjengelige. Det betyr mye at man vet HIV status. Pasienter vil ikke få kjemoterapi ved CD4 tall under 200-250.

Pasientene kunne få ekstern strålebehandling, planen var at de skulle komme i gang med brachyterapi under vårt opphold, men alt utstyret var ikke på plass da. Alle de 3 etiopiske onkologene har erfaring med brachyterapi fra spesialistutdannelsen i Sør-Afrika, og de har startet opp brachy nå i sommer. Avdelingens overleger har sammen med en tysk gynonkolog og hennes stipendiater publisert en artikkel om overlevelsen hos livmorhalskreft-pasientene behandlet i en 4-års periode ved avdelingen. (Cervical cancer in Ethiopia: survival of 1,059 patients who received oncologic therapy. *Oncologist*. 2014, Jul; 19(7): 727-34.)

Både på sykehuset og hjemme i boligen vår gikk strømmen svært ofte. På sykehuset hadde de et aggregat som i perioder sviktet, ofte måtte strålepasientene reise hjem med uforrettet sak.

Vulvakreft-pasientene og ovarialcancer pasientene ble operert på gynekologisk avdeling. Hos ovarialcancer pasientene ble det ikke gjort omfattende tumordebuling. De fjernet livmor, eggstokker, oment og glandler men ikke noe stor kirurgi ut over det. Det kan nok dog være på trappene, de hadde nemlig en interessert gastrokirurg som deltok på tumorboard møtene, og han og Dawit



Solnedgang i Lalibela.

snakket om å begynne og operere sammen og mere omfattende de yngste ovarialcancer pasientene. Men for denne pasientgruppen er det nok flere utfordringer enn bare økt kirurgisk satsning. Intensivavdelingen på sykehuset var et nåløye, med dårlig utstyr og kompetanse. Selv om du hadde overlevd operasjonen, var det stor sjanse for at du ikke overlevde et døgn på intensiv. Sykehusledelsen var klar over problemene på intensiv. Man prøver å bedre både utstyr og kompetanse, og her er blant annet anestesi-prosjektet fra Haukeland inne med støtte.

Kjemoterapi var varierende tilgjengelig. I perioder var de helt tomme for enkelte preparater. Pasientene måtte betale for medikamentene selv. Legene på sykehuset er svært redde for å forskjellesbehandle pasientene. Alle pasientene havnet stort sett i den samme lange køen, uavhengig av om behandlingsmålet var kurativt eller palliativt. Fellesmøter, "tumorboards" og diskusjoner hvor unge pasienter med kurativt mål i sikte skal først i køen, er viktige innspill fra oss nordmenn, som kan være med på å gjøre våre afrikanske kollegaer tøffere til å prioritere. For de palliative pasientene er nok det viktigste å få lindret smerter og plager fremfor å stå i en mange måneders lang kø til behandling.

### Overlegepermisjon i Etiopia anbefales

Vi hadde med oss vår 14 år gamle datter Hanna, som fant seg bra til rette på British International School. Klassen hennes var

internasjonal, noen få etiopiske barn, ellers var de andre fra andre afrikanske land. Skoleuniform, matematikkundervisning på et langt mer avansert nivå enn hjemme. Vi valgte å ta henne ut av fysikklassen, et fag de hadde hatt i 3 år, som norske elever på samme alder ikke har begynt med.

Takket være støtten fra "Aktiv mot kreft", bodde vi veldig bra i en italiensk-inspirert enebolig, med vakter, hushjelp og sjåfør. Alt det praktiske var godt organisert, slik at vi kunne bruke tiden vår på sykehuset. Datteren min og jeg kom ned 2 uker før mannen min og fikk også med oss en svært nyttig overlappning med Johan Tausjø i 4 dager.

Førsteintrykket av Addis Abeba var overveldende; støv, eksos, det myldrer av overlesede minibusser (Blue Donkeys), sauer, gjetere, esler og all verdens gateselgere

overalt. Alt selges langs veiene, sirlig stablet frukt, klær, senger og begravelleskister. Det bygges overalt, og plutselig går 4-felts hovedvei over i hullete grusveier. Sønnen vår kom ned og feiret påsken sammen med oss. Å oppleve Etiopia, og for barna Afrika for første gang, har gitt oss opplevelser og viktige minner vi vil ta med oss.

Vi ble kjent med naboer som bodde med jordgulv, uten strøm og vann. Fattigdommen slår mot deg overalt, og midt i dette, gjestfriheten og den ufattelig livsgleden. Dedikerte mennesker som gjør sitt beste. Det får bleke nordboere til å bli ydmyke. Hvor store forskjeller det er i denne verden, om du fødes på en velutstyrt fødeavdeling i Norge med rike foreldre, eller på Black Lion i Addis av en fattig tenåringsjente som bor i et skur og selger tyggegummi på gaten.



I påskeferien var familien samlet, vår sønn Lars kom på besøk, og vi tok oss ferie og reiste nordover. Her ved Keiser Fasili's pool, Gondar. Bassenget fylles fortsatt med vann fra elven når Etiopierne feirer Timkat.

NGF ÅRSMØTE 23. - 25. OKTOBER 2014

# Velkommen til Trondheim

Kjære kollega.

I år er det Trondheim som skal være vert for NGF's årsmøte. Den lokale arrangementskomité takker styret for tilliten, og vi gleder oss til å vise fram den flotte byen midt i Norge. I tillegg til å være et kulturhistorisk senter med Nidarosdomen i spissen er byen rik på koselig plasser som Bakklandet og Solsiden.

Selve årsmøtet finner sted på det nye kongresshotellet Clarion som er lokalisert ved vannkanten, ikke langt fra sentrum. Vi satser på et variert faglig program med foredrag, forskningsnyheter, symposier og debatter.

Får man tid mellom slagene, er byens populære badeanlegg, Pirbadet, nærmeste nabo. Det sosiale samværet starter torsdag kveld med Get-together på Rockheim vegg i vegg med hotellet. Her er det anledning til å besøke Det nasjonale museet for populærmusikk. Det vil bli servert tapas med lokal vri.

Årsmøte-middagen vil finne sted på Clarion Brattøra, hvor SINTEF storband spiller til dans.

**Vi ønsker alle hjertelig velkommen til møtet og Trondheim by!**

Hilsen fra lokal arrangementskomité, Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital  
Solveig Bjellmo, Knut Kierulf, Tone Løvvik, Mette Moen, Ingrid Volløyhaug og Finn Johnsen



Utsikten - Foto: Carl-Erik Eriksson © Trondheim kommune



# Program Formøter NGF Trondheim 23. oktober 2014

Foto: Christian Tappert

## Program NUGG-møte 2014, Trondheim 23.10.14

Møteleder: Jone Trovik, KK, Haukeland Universitetssjukehus

Compare and contrast treatment (non-pharmaceutical) for overactive bladder (OAB): state of the current evidence.

*Gunvor Hilde, OUS*

Urininkontinens og seksualitet

*Risa Lonnee-Hoffmann, St. Olav*

Fistler eter gynekologisk kirurgi, erfaringer fra Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler

*Jone Trovik, Haukland*

Komplikasjonskvarterert/NUGG informasjon

## Program PSL formøte 2014, Trondheim 23.10.14

Møteleder: Arild Kloster-Jensen, Arendal

Prematur ovariesvikt

*Anette Tønnes Pedersen, Rigshospitalet, København*

Myom eller sarkom, den vanskelige differentialdiagnose

*Lian Ulrich, Rigshospitalet, København*

## Program formøtet til Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

23. oktober 2014 kl 11.00 – 12.20

Møteleiar: Solveig Tingulstad

11.00-11.10 EMEND – antiemetisk behandling med fokus på gyn. kreftpasienter.

*v/Anette Sievers-Dalby, produksjef Onkologi*

11.10-11.15 MSD (Norge) AS

11.20-11.50 Lavrisiko endometriecancer. Utredning og behandling

*Henrica Werner, Haukeland universitetssykehus*

11.55-12.20 Høyrisiko endometriecancer. Utredning og behandling

*Tone Skeie Jensen, Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus*

## Program for formøtet Internasjonal Kvinnehelse

Møteleder: Margit Steinholt

“I felt med Leger uten grenser. En norsk gynekologs erfaringer.”

*Gunvor Eikeland, St. Olavs Hospital*

“Anestesi under suboptimale forhold. Hvordan løse utfordringene med kun enkle midler tilgjengelig”

*Herman Lonnee, St. Olavs Hospital*

# Program NGF Årsmøte

## Trondheim 23. - 25. oktober 2014

Foto: Christian Tappert

**Årsmøtet pågår i Union Scene, rett ved Comfort Hotell som brukes til innkvartering.**

### Torsdag 23/10

11.00-12.30 **Formøter**  
Internasjonal kvinnehelse Cosmos 2  
Norsk Urogynekologisk gruppe Cosmos 3A  
FUGO Cosmos 3B  
Praktiserende spesialisters Landsforening Cosmos 3C  
Norsk Forum Gynekologisk Onkologi Cosmos 3D

12.45-13.45 Lunsjsymposium Gedeon Richter Myoma uteri  
Cosmos 1A

12.45-13.45 Lunsj for øvrige deltagere

### Årsmøte 2014

14.00-14.10 Ordfører i Trondheim Rita Ottervik ønsker velkommen

14.10-14.15 Åpning av årsmøtet ved leder i NGF, Jone Trovik

14.15-14.25 Kulturelt innslag

14.30-15.25 James Walker: Patient security and blame-free audits of unintended incidents

15.25-15.30 FUGO: "Gi kniven videre" ved Tiril Tingleff

15.30-16.00 Pause. Kaffe, besøk postere og utstillingen

### 16.00-17.30 Fagpolitisk emne: Senabort

16.00-16.40 Ann Furedi: Late term abortion – should there be a limit?

16.40-17.00 Britt Ingjerd Nesheim: Erfaringer fra nemnd/klagenemnd  
- kvinners retter opp mot fosteret sine retter

17.00-17.20 Gorm Are Gammeltvedt: Juridisk vurdering av Helsedirektoratets innskjerping av øvre grense for abort til 22 uker

17.20-17.30 Spørsmål/diskusjon

19.00-24.00 Get together Rockheim

### Fredag 24/10

#### 08.30-10.00 Gynekologi, infertilitetsrelaterte emner

08.30-09.00 Ezter Vanky: PCOS: Hva vet vi? Hva tror vi? Hva håper vi på?

09.00-09.30 Kirsten Hald: Intrauterin patologi og infertilitet

09.30-10.00 Jelena Kisic: Niche (defekt) i sectioarr: Klinisk problem eller tilfeldig funn?

10.00-10.30 Pause. Kaffe, besøk postere og utstillingen

#### 10.30-12.00 Frie foredrag sesjon I

**Kjartan Moe:** G1. Mobilisering av båndet: et godt alternativ til selvkateterisering ved postoperativ urinretensjon etter tensjonsfri vaginaltape

**Cathrine Reimers:** G2. Underlivsfremfall; er symptomer assosiert med kliniske funn hos førstegangs fødende?

**Mette Løkeland:** G3. Endring i abortpraksis etter implementering av medikamentell abort til noreg 1998-2013

**Marte Myhre Reigstad:** G4. Risiko for kreft etter behandling med assistert befruktning- en registerbasert cohort studie med data fra medisinsk fødselsregister og krefregisteret

**Martin Rakovan:** G7. Laparoskopi og hysteroskopi i norge – første resultater fra det webbaserede nasjonale gynekologiske endoskopiregister

**Julie Lid:** G8. Prevensjonsbruk blant kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd i norge

**Lorentz Erland Linde:** G11. Kontroll av ascus/lisil med hpv test og celleprøve gir et bedre helsetilbud enn med celleprøve alene

**Katharina Pedersen:** G12. Barn og unge som oppsøker overgrepsheten ved st.olavs hospital

12.00-13.00 Lunsjsymposium Bayer. Endometriose Cosmos 1A

Foto: Christian Tappert

- 13.00-14.30 **Frie foredrag sesjon 2**  
**Patji H Alnæs-Katjavivi:** F1. Uteroplacental decidual acute atherosclerosis in normal, diabetic and preeclamptic pregnancies: using revised diagnostic criteria for future follow-up cardiovascular studies  
**Ragnhild Bergene Skråstad:** F2. Evaluering av to algoritmer for prediksjon av preeklampsi  
**Ingvild K Sørbye:** F5. Fødselsvekt og mors fødeland: en populasjonsbasert studie  
**Christian Tappert:** F6. Kvalitetsforbedringsprosjekt: reduksjon av desisjon-delivery-interval (ddi) ved hasteseccio pga truende asfyksi  
**Line SD Bentsen:** F7. Graviditet og hiv, hvordan går det med mor og barn?  
**Lill Trine Nyfløt:** F8. Duration of labour and risk of severe postpartum haemorrhage  
**Liv Ellingsen:** F9. Hva kan vi lære av mødredødsfall forårsaket av hjerte-kar sykdom?  
**Elen Marie Strøm-Roum:** F21. Mors kroppsmasseindex har betydning for fødselsvekt og for placentavekt uavhengig av mors diabetes status. en populasjonsbasert studie av 74 202 svangerskap.
- 14.25-14.30 Leger uten grenser v.Torbjørn Moe Eggebø
- 14.30-15.00 **Pause. Kaffe, besøk postere og utstillingen**
- 15.00-16.00 **Frie foredrag sesjon 3**  
**Henrica Maria Johanna Werner:**  
**O1. Biomarkørstyrt behandling ved kreft i livmorshinnen – er vi klar for ny klinisk praksis?**  
**Bente Vilming Elgaaen:** O2. Znf385b og vegfa er sterkt differensielt uttrykt i serøse ovariale karsinomer og korrelerer med overlevelse  
**Bjørn Hagen:** O4. Deteksjon av vaktpostlymfeknuter med fluorescenskamera ved laparoskopisk robotassistert operasjon for kreft i livmøren  
**Ingrid Volløyhaug:** G14. Urogenitaldescens og inkontinens 15-20 år etter operativ vaginal forløsning  
**Tone Shetelig Løvvik:** G15. Svangerskapskomplikasjoner og perinatale utfall hos kvinner med polycystisk ovarie syndrom og tvillingfødsler -en populasjons basert kohort studie.
- 16.00-16.30 Pause. Kaffe, besøk postere og utstillingen
- 16.30-18.00 **Generalforsamling NGF** *Cosmos 3 A-B*
- 19.30-00.30 **Årsmøtemiddag** *Clarion Congress Cosmos 1-2*
- Lørdag 25/10**
- 09.00-10.30 **Obstetikk: Diagnostikk og forebygging av preterm fødsel**  
09.00-09.30 Ameli Tropé: Behandling av cervixdysplasi og risiko for prematur fødsel.  
09.30-10.00 Nils-Halvdan Morken: Å forutse prematur fødsel. Mulig eller umulig?  
10.00-10.30 Pepe Salvesen: Behandling av truende preterm fødsel  
10.30-11.00 Pause. Kaffe, besøk postere og utstillingen
- 11.00-12.00 **Frie foredrag sesjon 4**  
**Anne Eskild:** F11. Concentrations of human chorionic gonadotropin (hcg) in very early pregnancy and subsequent preeclampsia: a cohort study  
**Torbjørn Eggebø:** F14. Simuleringstrening for håndtering av blødning etter fødsel  
**Jette Stær-Jensen:** F17. Morphological changes of the levator ani muscle during the first year postpartum  
**Gunvor Hilde:** F19. Postpartum pelvic floor muscle training and urinary incontinence: a randomized controlled trial  
**Guri Majak:** F22. Svangerskap etter maternell nyretransplantasjon i norge
- 12.00-13.00 Lunsj
- 13.00-14.00 **Frie foredrag sesjon 5**  
**Kathrine F Vandraas:** G17. Hyperemesis gravidarum og fødselsutfall-en populasjonsbasert kohort studie  
**Bjørn Busund:** G22. Risiko for morcellering av leiomyosarkom ved laparoskopisk hysterektomi og myomektomi  
**Caroline Ravndal:** G23. Pre-emptive local anaesthetic in gynecological laparoscopy; a randomized controlled trial  
**Siri Vangen:** G31. Hormone therapy use and the risk of breast cancer in norway  
**Jone Trovik:** G27. Puqe oversatt til norsk (sukk) identifiserer pasienter med hyperemesis gravidarum og dårlig næringsinntak; en case-kontroll studie
- 14.00-14.15 **Avslutning**  
Priser for beste frie foredrag og poster. Annonsering og premiering av quiz-vinner og publikums posterpris.

# Generalforsamling NGF 2014

**Saksliste NGFs generalforsamling Trondheim fredag 24. oktober 2013 16.30-18.00**

**Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere**

**Minnestund**

**Årsmelding 2013**

**Regnskap 2013**

**Revidert budsjett 2014**

**Budsjett 2015**

**Årsrapporter: Kvalitetsutvalget, Laparoskopiutvalget, STAN gruppen, Spesialitetskomiteen, NFGO, FUGO, NPE-utvalget, NFOG vitenskapelig komite m.fl**

**Orienteringssaker**

**Saker fremlagt av styret:**

Dekning av årsmøteutgifter for utvalgsmedlemmer?

Oversette Veileder(ne) til engelsk?

**Saker fremlagt av medlemmene:**

Norsk gynekologisk forenings årsmøte forskyves i oppstart slik at årsmøtet kan avsluttes fredag innen kl 1700. Forslagsstiller: Margit Steinholt.

**Valg:**

- Valg av nytt PSL varamedlem pga. fratreden av vara valgt ved sist GF
- Forslag: Åsle Marit Ullern
- Årsmøtested 2016: Styrets forslag: AHUS

**Eventuelt**

Vel møtt!

*Jone Trovik*

*Leder*



Ravnkloa



Hospitalsløkkan



Solsiden

Foto: Jørn Adde © Trondheim kommune.

# Presentasjon av styret NGF



**Jone Trovik**, Leder NGF, PhD, overlege Haukeland Universitetssjukehus. Faglig profil: gynekologiske fistler spesielt, generell gynekologi inkludert operativ virksomhet generelt.



**Marit Lieng** (vitenskapelig sekretær, NGF): Overlege og seksjonsleder for LiS ved gynekologisk avdeling, OUS. Førsteamanuensis UiO. Driver hovedsakelig med endoskopi.



**Arild Kloster-Jensen**, Kasserer, Avtalespesialist Arendal



**Elise Thoresen Sletten**, LIS KK UNN Tromsø, FUGO-representant/sekretær, faglig profil er kanskje ikke så aktuelt ennå, men er jeg spesielt interessert i gyn onk kirurgi.



**Stine Andreassen**, Overlege, Kvinne-klinikken Nordlandssykehuset Bodø. Spesiell interesse for laparoskopi og pasientsikkerhet



**Tone Shetelig Løvvik**, styremedlem, overlege fødeavdelingen St. Olavs hospital, Obstetriker som for tiden deler hverdagen mellom klinikk og forskning.

# NGFs representanter

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

### STAN-GRUPPEN

Tore Henriksen, Branka M.Yli, Torunn Eikeland, Jørg Kessler, Berit Lunden Hustad, Hilde Christin Lie

**Sist oppnevnt:** 2011 | Funksjonstid: til 2014

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

### LAPAROSKOPIUTVALGET

#### Medlemmer:

Christian Hoyer-Sørensen, leder (PSL, Kristiansand), Jostein Tjugum (Førde sentralsykehus, Førde), Guri Majak (Oslo universitetssykehus, Ullevål), Merethe Ravlo (St. Olavs Hospital, Trondheim), Stine Andreassen (Nordlandssykehuset, Bodø)

**Funksjonstid:** inntil videre

**Mandat:** Oppdraget til utvalget var å etablere et komplikasjonsregister for laparoskopisk kirurgi, vurdere registerets drift og eie innholdet på vegne av NGF. Registeret (Norsk Gynekologisk Laparoskopisk Register, NGLR) eies av Sentralsykehuset i Vestfold HF, men er faglig underlagt Laparoskopikutvalget. Se også Laparoskopiregisterets årsrapport.

### NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

**Sist oppnevnt:** 2013

**Funksjonstid:** 4 år

### GYNEKOLOGEN

**Redaktør:** Agnete Lund (Bergen)

**Redaksjonsmedlemmer:** Mariann Eidet (Kristiansand), Ragnar Sande (Stavanger), Johanne Holm Toft (FUGO, Tromsø), Guri B. Majak (Oslo), Irina Eide (Bodø)

**Sist oppnevnt:** 2014 | Funksjonstid: 2 år

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

### KVALITETSUTVALGET

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

**Sist oppnevnt:** 2011 | Funksjonstid: 4 år

**Mandat:** 1) Kvalitetsutvalgets oppgaver er utarbeidelse og kontinuerlig oppdatering og

redigering av foreningens tre veiledere: Veileder i fødselshjelp, i generell gynekologi og i gynekologisk onkologi. 2) Å være et rådgivende organ for styret i Norsk gynekologisk forening i saker som gjelder kvaliteten innen fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer i Norge.

### FUGO

Leder/repr spesialitetskomiteen: Marte Reigstad, Nestleder/Kursansvarlig: Olav Nordbø, Nettansvarlig: Åsmund Mjøen Iversen, Kasserer/NFYOG: Tiril Tingleff, FUGO-repr, NGF: Elise Thoresen Sletten, FUGO-repr NGF vara: Helene Fjeldvik Peterson, Styremedlem: Silje Denstad (Permisjon ut 2014), Styremedlem/repr Gynekologen: Johanne Holm Toft

**Funksjonstid:** Velges for to år, å sitte i maksimalt 4 år.

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

### NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

**Sist oppnevnt:** 2004 | Funksjonstid: ikke begrenset. Utvalget er aktivt.

**Mandat:** Bearbeide det erfaringsmateriale som ligger i NPE innen vårt fagfelt for å se om dette kan utnyttes på en fornuftig måte. Det er avholdt et seminar på årsmøtet til NGF i 2006, det er skrevet en artikkel i Tidsskriftet og det arbeides med nye artikler og laget kurs for sakkyndige.

### AUDITGRUPPEN FOR MATERNELLE DØDSFALL

**Medlemmer fra 2013:** Siri Vangen, Nasjonal Kompetansetjeneste for kvinnehelse (Oslo universitetssykehus), Liv Ellingsen, Rikshospitalet (Oslo Universitetssykehus), Alice Beathe Andersgaard (Helse Sør-Øst), Anne Flem Jacobsen (Ullevål, Oslo Universitetssykehus), Bjørg Lorentzen (Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus), Lill Trine Nyfløt (Vestre Viken, Sykehuset Drammen og Oslo Universitetssykehus), Astrid Betten Rygh (Stavanger universitetssykehus), Svein Magne Skulstad (Haukeland universitetssykehus, Bergen), Christian Tappert (St. Olavs Hospital Trondheim), Pål Øian (Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø)

### SPECIALITETSKOMITEEN

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

**Sist oppnevnt:** 2011 | Funksjonstid: 4 år

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

### NFGO - Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi

Leder: Anne Dørum (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)

**Sist oppnevnt/Funksjonstid:** ikke oppgitt og ikke begrenset

**Mandat:** NFGO har egne vedtekter vedtatt ved opprettelsen 18.11.05, her fremheves kun §2: Forumets mål er å fremme kunnskap om å samarbeide innen gynekologisk onkologi.

### EBCOG

European Congress of Obstetrics and Gynecology. Knut Hordnes, Martin Andresen (PSL/NGF), Rolf Kirschner (General Secretary, EXEC)

**Sist oppnevnt/funksjonstid/mandat:** se

EBCOG <http://www.ebcog.org/>

### NFOG - Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology

Knut Hordnes (president), Marit Lieng (vitenskapelig komite) Sist oppnevnt: 2014

**Funksjonstid:** 2 år | Mandat: se NFOG <http://www.nfog.org/>



# 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 obstetikk på sykehus med tilgjengelig utstyr for kontinuerlig føtal og uterin overvåking. Cervix skal undersøkes nøye før bruk. Uterin aktivitet og føtal tilstand overvåkes nøye etter 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 bøyeelig. 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 arrevet 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 hjerterytme, føtal hjerterytmedeselerasjon, tidlige eller sene deselerasjoner, variable deselerasjoner, forlengede deselerasjoner). **Svangerskap:** Unormal fødsel som påvirker fosteret (uterin takysystole eller uterin hypertonus med føtal hjerterytmesykdom). Mekonium i fostervann. Unormale uteruskontraksjoner (uterin takysystole). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): **Gastrointestinale:** Kvalme, oppkast. **Hud:** Utslett. **Kjønnsorganer/bryst:** Genitalkløe. **Luftveier:** Neonatal respirasjonsdepresjon, neonatal åndenødssyndrom, forbigående takypné hos nyfødte. **Neurologiske:** Neonatal hypoksisk-iskemisk encefalopati. **Svangerskap:** Blødning antepartum, føtal acidose, blødning postpartum, prematur morkakeløsning, uterin hypertonus, uterin ruptur. **Undersøkelser:** Lav Apgar-score, forhøyet blodtrykk hos mor. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen erfaring. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk prostaglandin E1 (PGE1)-analog. **Virkningsmekanisme:** Forårsaker modning av cervix og uterine kontraksjoner. **Absorpsjon:** Kun misoprostolsyre påvises i plasma. 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: 14.05.2014

# Årsrapport 2013, Norsk Gynekologisk forening

## STYRETS SAMMENSETNING I 2013

Leder: Knut Hordnes, Dagkirurgisk Senter, Hospitalet Betanien

Nestleder og vitenskapelig sekretær:

Jone Trovik, Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus

Kasserer: Kevin Sunde Oppegaard, Gyn-føde avdeling, Hammerfest sykehus

Styremedlem (PSL) og redaktør

av Gynekologen: Martin Andresen,

Spesialistpraksis, Bærum

Sekretær (FUGO): Helene Fjeldvik Peterson, Kvinneklinikken, Åhus

Styremedlem: Tone Shetelig Løvvik,

Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital

Varamedlem: Tone Skeie Jensen,

Radiumhospitalet

Varamedlem (for PSL): Odrun Kleggetveit,

Spesialistpraksis, Kristiansand

Varamedlem (for FUGO): Marthe Myhre

Reigstad, Kvinneklinikken, Åhus

Nettredaktør: Mette Løkeland, Universitetet i Bergen og Hospitalet Betanien

Medlemstallet i foreningen i desember 2013 var totalt 1039 (hvorav 14 assosierte og 135 pensjonister). Det var 656 kvinner (63,1 %, mot 60,1 % i fjor). Av våre 315 medlemmer < 40 år er 85,1 % kvinner.

Styret hadde 8 møter. To av møtene fant sted i forbindelse med NGFs arrangementer, nemlig Vårkursen i Stavanger og Årsmøtet i Drammen. Styret behandlet i alt 44 nye saker, i tillegg til saker fra tidligere år. Faste innslag på møtene er orienteringssaker fra Legeforeningen, NFOG, EBCOG og FIGO. Styret er representert både i NFOG og i EBCOG. Varamedlemmene får tilsendt alle møteinnkallinger og referater.

## NGFs Vårkurs

Kurset ble holdt i Stavanger 4-5. april. Det var fulltegnet, med 68 deltakere. Programmet var variert innen både gynekologi og obstetrikk, med inviterte forelesere fra vårt eget land samt to forelesere av internasjonal format fra vårt naboland Sverige. Det ble arrangert en god faglig debatt om grensen

fra abort blant annet med innlegg fra leder av Stortingets Helse- og sosialkomite Bent Høie. Vellykket konsept med hjemme-alenefest øverst i NOKAS-bygget. Kursleder Ragnar Sande skal ha stor honnør for god stemning og et meget vel gjennomført kurs. Overskudd ca. kr 70.000.

## Årsmøtet i Drammen

Årsmøtet er en sentral sak for styret, og går igjen på alle styremøtene. Styret har ansvaret for det faglige programmet, lokal komite for det sosiale, og det arrangementstekniske står vårt byrå CIC for. Representanter fra CIC og LOK møtte på flere av styremøtene. Årsmøtet var godt besøkt med 254 deltagende medlemmer, og 86 representanter fra industrien, og 46 stands. Sterkt faglig program, ikke minst fra de gode frie foredrag (n=32) og postere (n=23). Stor takk til LOK med Anne Sejersted Bødtker og Marieke Claessen i spissen. Bollywood innslaget på gallamiddagen var uforglemmelig! Hedersprisen ble tildelt Ellen Borstad og Kåre Augensen. MSD sin forskningspris gikk til Hilde Engjom. MSD vil dessverre ikke bidra med denne prisen i fremtiden, slik at denne ble utdelt for siste gang. Årsmøtets overskudd var ca. kr 280.000.

## Gynekologen

Utkom i 2013 med 4 nummer. Martin Andresen overtok redaktørjobben i januar 2012 og har drevet Gynekologen videre i Runa Aabøs gode ånd; en god blanding av faglighet, fagpolitikk og sosiale aspekter ved vår virksomhet. Avtale med et annonseakkvisjonsfirma (Arena) har fungert bra og spart redaksjonen for arbeid, og Gynekologen går med et pent overskudd. Lay-out designer Liv K Nordland i Akuttjournalen har hatt en god hånd med bladet men har dessverre byttet jobb. Martin takket av ved årsskiftet etter solid innsats for bladet, og overløt pennen til Agnethe Lund.

## Nettsidene

Nettredaktør Mette Løkeland overtok jobben i januar 2012 og har utviklet nettsidene

videre, og de er nå tilpasset Legeforeningens mal. Avtalen om annonseakkvisjon gjelder også nettsidene, og det er nå fire annonsører her. Nettredaktør har åpen tilgang til styremøtene og har deltatt på de fleste. Medlemmene bruker nettsidene flittig. Antall brukere har økt fra ca. 25000 i 2012, til 28000 i 2013. Foruten startside er det Veilederne som er mest besøkt.

## Kvalitetsutvalget

Rolf Kirschner er leder, Anny Spydslaug redaktør for generell gynekologi, Pål Øian redaktør for fødselshjelp, og Anne Dørum redaktør for gyn onkologi. Revisjon av Veileder i fødselshjelp ble startet opp i 2012, og fullført og publisert på nett ved årsskifte 2013/14. Revisjon av Veileder for gynekologisk kreft er delegert NFGO, som har samarbeidet med HDIR med sikte på at enkelte emner i Veilederen også får status som nasjonale retningslinjer. Det ble søkt midler fra fond for det fremtidige arbeidet med Veileder i generell gynekologi, og vi har fått innvilget kr 228.500. Det vurderes også en mobil-app for Veilederen. Styret har ønsket en engelsk versjon av Veilederen, søkte Legeforeningens fond for støtte til oversettelse, men fikk ikke midler denne gang. Se egen rapport.

## Legeforeningen

Rolf Kirschner var leder for FaMe (kontaktnettverk for de tjue landsstyredelegatene fra de fagmedisinske foreningene) inntil Cecilie Rissøe overtok i november 2013. Styret oppnevnte ham som vår representant i FaMe for de neste to år, til 2015.

## Spesialitetskomiteen

Sentralstyret i Legeforeningen oppnevner hvert 4. år nye spesialitetskomiteer, etter forslag fra styrene i de fagmedisinske foreningene. Trond Michelsen har ledet komiteen gjennom 2013. Se egen rapport.

Laparoskopiutvalget. Utvalget fikk i 2013 ny sammensetning og mandat. Ny leder Christian Hoyer-Sørensen. Se egen rapport.



## Noen viktige saker i 2013

### Nytt gjennombrudd prosjekt for keisersnitt.

Møte Soria Moria 21-22/11. Se referat i Gynekologen. Møtet var fullsatt med 87 deltakere. Alle landet fødeavdelinger var invitert, og det var representanter fra HDir, Helsetilsynet, NPE, DNJ, pasientforening mm. Det var innvilget kr 450.000 fra Legeforeningens Fond for kvalitet og pasientsikkerhet i 2010, rundt 300.000 ble brukt til dette idedugnadsmøtet. November 2013 ble ny søknad sendt fondest. Kostnadsrammen er ca. kr 2,8 millioner, og utgiftene fordeles mellom Legeforeningen, HDir, og andre kilder. Prosjektleder, ekspertgruppe samt referansegruppe var under etablering ved årsskiftet.

Oppfølging av Et trygt fødetilbud med mer- Møte med Helseministeren. Styret sendt brev til HOD tidlig 2013 og ønsket dialog i første rekke om Veilederen «Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen». NGF støtter i hovedsak disse kravene, og er bekymret for at helseforetakene og de regionale helseforetakene overser kravene i Veilederen. Spesielt gjaldt dette manglende implementering i Helse Nord. I tillegg ønsket vi å ta opp noen sider med cervix-screening programmet, samt forholdet mellom NGFs Veiledere og de nasjonale retningslinjer utarbeidet av myndighetene. Dessverre ble vi kun tilbudt møte på byråkrativå, noe vi takket nei til.

### Reservasjonsadgang for fastleger

NGF styret avga høringsuttalelse 100413 til landstyesak, og gikk klart imot reservasjonsadgang. Det samme syn har vi framført i den offentlige debatt. Saken ble tatt opp på generalforsamlingen i Drammen, og styret fikk støtte for dette standpunktet. Dette ble videre formulert i en resolusjon som ble vedtatt på GF, og gjort offentlig. Se referat fra GF.

Samarbeid mellom Norsk gynekologisk forening og Norsk pasientskadeerstatning om læring av gynekologiske saker. Obstetrikksakene har tidligere vært gjennomgått, og gitt verdifull informasjon og gode publikasjoner. Vi har ønsket en tilsvarende gjennomgang av gynekologiske saker, og NGF har tatt initiativ til dette. Stipendiatstilling blir dekket dels fra Legeforeningens Fond for kvalitet og pasientsikkerhet og dels fra NPE. Prosjektbeskrivelse, kandidat og veiledere er nå på plass og arbeidet er i gang.

### Overtidssaken

Etter HDir's retningslinjer fra 2011, og vår kritikk av disse og prosessen bak dem uttrykt i vedtak på GF i 2011, har Kvalitetsutvalget arbeidet med nytt overtidskapittel. Rolf Kirschner og Pål Øian har hatt møte med HDir om retningslinjene, senest våren 2013. Det har skjedd en tilnærming, selv om det fortsatt ikke er enighet og ikke fullt samsvar mellom HDir's anbefalinger fra september 2012 og vårt nye kapittel 35 om overtidig svangerskap i Veileder fødselshjelp publisert i mars 2014.

### Grenspesialitet i gynekologisk onkologi

Dette har tidligere vært søkt og avslått 2008. I forbindelse med revidering av spesialitetsstrukturen høsten 2012 inviterte legeforeningen til forslag og NGF og NFGO sendte ny søknad om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi i desember 2012.

### Overgrepsmottak tilbake til sykehusene

Stortingsmelding om vold i nære relasjoner: Overgrepsmottak skal tilbake til spesialisthelsetjenesten, og velfungerende mottak knyttet til legevakt står i fare. NGF mener det er rom for ulike modeller også utenfor spesialisthelsetjenesten.

### Behandlingsgrense for premature

NGF skrev våren 2013 brev til HDir som støtte til henvendelse fra HSØ, som ønsker konsensuskonferanse om behandlingsgrense for premature nyfødte. HDir svarer at man tenker seg å arrangere en erfaringskonferanse i samråd med lokale perinatalavdelinger.

### Innskjerping av rett til senabort

Brev til helseminister Bent Høie hvor vi støtter Klagenemda for abort og mener at den absolutte abortgrense på 22+0 uker er problematisk og i strid med loven. Brevet ble også sendt Helsedirektoratet, Helse- og omsorgskomiteen Stortinget, Den norske legeforening og Klagenemnda. Det har også vært dialog mellom NGF og Hdir om aldersbestemmelse ift denne nye senabortgrensen. Høie forsvaret den absolutte grensen i tilsvar.

Sak fra Årsmøtet i Drammen: Det ble foreslått å flytte Årsmøtet til kun hverdager. Dette forslaget ble ikke behandlet men ble

utsatt til neste GF i Trondheim 2014, etter adekvat annonsering til medlemmene.

### Høringer

Styret har i 2013 besvart en rekke høringer. De fleste svar er forfattet av et styremedlem, i noen tilfeller er besvarelsen delegert annen kompetent kollega, men i alle tilfeller er svaret behandlet av styret. Høringssvarene avgitt til Legeforeningen kan lese på nettsidene, for de som ønsker å se hva foreningen mener. Noen av disse er:

### Høring – Stortinget - reservasjonsadgang for fastleger

- Høringsbrev - søknad fra Norsk selskap for akuttmedisin om godkjenning som spesialforening.
- Høring om ny studieplan i medisin ved Det medisinsk-odontologiske fakultet UiB.
- Høring - forslag til endringer i MSIS-forskriften for å overvåke effekt av HPV-vaksinen.
- Høring - utkast til policynotat om oppgaveglidning. Legeforeningen.
- Høring – Kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen
- Høring - Oslo 2014: Studieplan for profesjonsstudiet i medisin
- Høring/kommentarrunde - Helsedirektoratets utredning om spesialitetsstruktur og –innhold
- Landsstyesak - legespesialisters etterutdanning
- Nettbasert høring – antitrombotisk behandling og tromboseprofylakse
- Høring – endringer i pasient og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet.

### NGF i debatt og media

- Bergens Tidende: kronikk om og mot GBS screening, Hordnes/Reigstad
- Bergens Tidende: om hjemmefødsler. Hordnes.
- Dagens medisin mai-13: NGF går mot innføring av tidlig UL. Hordnes.
- Gratis prevensjon – kronikk NRK Ytring 270713 Hordnes/Løkeland.
- Senabort i "Vårt Land", om bruk av kalium i Danmark.
- Debatt om sorteringssamfunnet Det akademiske kvarter Bergen, Hordnes.
- Tidlig ultralyd: møte Hordaland SV 040313. Hordnes.
- Debatt om reservasjonsretten, Mette Løkeland.

- “Retten til et annerledes barn”. Seminar om oppfølgingen av kvinner/familier som venter syke fostre. Bergen. Jone Trovik.
- Medikamentell abort i BT
- «Sex & Skole» – en politisk debatt om seksualundervisningen i skolen. Marte Reigstad.

### NFOG

Se egen rapport og info på NFOGs hjemmesider.

### EBCOG

Rolf Kirschner er vår mann her, og gjør en utmerket jobb som generalsekretær. Styret er representert med to representanter i EBCOG Council, og i 2013 har Martin Andresen og undertegnede deltatt på møter i Bratislava i mai og i Brussel i november. Norge tapte kampen om ENTOG utveksling i 2015 med en stemme. Vi fikk inn en norsk sesjon på EBCOG kongressen i Glasgow i mai i år, tema hyperemesis, ledet av Jone Trovik. På møtet i Brussel presenterte undertegnede Bergen som kandidat til å arrangere EBCOG kongress i 2018. Denne søknaden trakk vi siden og skyver den til 2020, samtidig som NFOG gjør en forskyving i sin kongressplanlegging og flytter til oddetallsår fra og med 2021. Dette

for å unngå konflikt mellom kongressene som ellers faller på omtrent samme tid annet hvert år. NFOG vedtok endringen på generalforsamlingen i Stockholm i juni.

### Representanter oppnevnt av NGF

Representant i Rådgivningsgruppen for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Knut Hordnes sittet her i 4 år. Ny representant er Amelie Trope, fra 010114.

European Society for Gynaecological Endoscopy, ESGE. Guri Majak oppnevnes som norsk representant og får reisestøtte.

Ny representant i Bioreferansegruppen: Acharyah Ganesch oppnevnes og tar over etter Torbjørn Eggebø.

”Revision of FIGO guidelines on fetal monitoring”. Branca Yli fra STAN gruppen oppnevnt.

### Diverse aktivitet

Nasjonalt besvareshenvendelser fra instanser som f.eks. Legemiddelverket. Besvarelse av slike henvendelser er ofte tidkrevende men har inntil nå vært gratisarbeid av styret eller den vi delegerer det til. Vi har etter konferering med Legeforeningen

fått aksept for timehonorering for slikt arbeid, av oppdragsgiver, på nivå med andre sakkyndiguttalelser.

Styret promoterer kandidater til legeforenings priser som Kvalitetsprisen, Spångbergprisen, Akademikerprisen, Kongens fortjenestemedalje mm. I 2013 fikk vi gjennomslag for vår søknad og på Legeforeningens årsmøte i Alta ble Jouko Pirhonen og Katarina Laine tildelt pris for sitt arbeid med å bevare sfinkterne intakte. Styret gir også innspill på henvendelser fra EBCOG (f.eks: survey om utdanning, ESHRE guideline “Management of women with endometriosis”, Overview on the current simulation training activities in the different European Countries) og FIGO (f.eks: Family planning survey).

Til slutt, men som det aller viktigste i all denne teksten, vil jeg gjerne ha sagt: Det har absolutt vært en stor glede å lede dette styret. Stor takk til alle jeg har sittet i styret med, redaktørene, og alle dere andre som stiller opp for faget og foreningen. Stor takk, og takk for meg!

For Styret  
Knut Hordnes, leder



# Årsrapport NGF økonomi 2012

**Revisorgruppen FMØ DA**  
Statsautoriserte revisorer



Til medlemmene i Norsk Gynekologisk Forening

## UAVHENGIG REVISORS BERETNING FOR 2013

### Uttalelse om årsregnskapet

Vi har revidert årsregnskapet for Norsk Gynekologisk Forening som viser et positivt aktivitetsresultat på kr 110 414. Årsregnskapet som består av balanse per 31. desember 2013 og aktivitetsregnskap, for regnskapsåret avsluttet per denne datoen, og en beskrivelse av vesentlige anvendte regnskapsprinsipper og andre noteopplysninger.

### Styrets ansvar for årsregnskapet

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

### Revisors oppgaver og plikter

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

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

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

### Konklusjon

Etter vår mening er årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av den finansielle stillingen til Norsk Gynekologisk Forening per 31. desember 2013 og av resultatet for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

### Uttalelse om øvrige forhold

#### Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000

«Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foreningens regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringskikk i Norge.

Oslo, 4.mars 2014

Revisorgruppen FMØ DA

*Mari Østbø*

Mari Østbø  
statsautorisert revisor

Internasjonal samarbeidspartner



Oscarsgate 30  
Postboks 7154 Majorstuen, 0307 Oslo  
Telefon 23 20 49 00  
Telefaks 23 20 49 01

E-mail: oslo@rg.no  
www.revisorgruppen.no  
Foretaksregisteret NO 993 555 517 MVA  
Medlemmer i Den norske Revisorforening

I samarbeid med Revisorgruppen i Oslo,  
Bergen, Skien, Follo, Kristiansand,  
Åndalsnes, Sunnhordaland, Voss,  
Trondheim, Ålesund, Sande, Førde,  
Ulsteinvik, Drammen og Sarpsborg.

# Aktivitetsregnskap

Norsk Gynekologisk Forening

Anskaffede midler	Note	2013	2012
Medlemsinntekter		0	10 800
Kontingenter DNLF	4	671 514	632 571
Tilskudd	4	427 763	180 000
<b>Sum anskaffede midler</b>		<u>1 099 277</u>	<u>823 371</u>
<b>Aktivitet som oppfyller formålet</b>			
Kursinntekter	5	736 550	462 100
<b>Sum aktivitet som oppfyller formålet</b>		<u>736 550</u>	<u>462 100</u>
<b>Aktivitet som skaper inntekter</b>			
Annonser	5	238 336	200 733
Standleie	5	598 000	572 000
<b>Sum aktiviteter som skaper inntekter</b>		<u>836 336</u>	<u>772 733</u>
Finansinntekter	2	57 583	59 116
<b>Sum anskaffede midler</b>	11	<u>2 729 746</u>	<u>2 117 320</u>
<b>Forbrukte midler</b>			
<b>Kostnader til formålet</b>			
Produksjonskostnader tidsskrift		170 059	163 960
Kurs og konferanser		1 274 355	1 049 793
Internasjonalt arbeid		348 320	373 031
Faglig arbeid		646 065	455 857
<b>Sum kostnader til formålet</b>	2, 3, 7	<u>2 438 798</u>	<u>2 042 641</u>
Administrasjonskostnader	2, 3, 7, 10	180 534	123 592
<b>Sum forbrukte midler</b>	2, 11	<u>2 619 332</u>	<u>2 166 233</u>
<b>Årets aktivitetsresultat</b>		<u>110 414</u>	<u>-48 913</u>
<b>Overføringer til/fra formålskapital (egenkapitalen)</b>			
Avsatt til/fra fri formålskapital		110 414	-48 913
<b>Sum overføringer</b>	6	<u>110 414</u>	<u>-48 913</u>

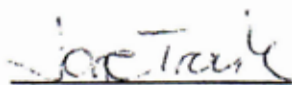
# Balanse

## Norsk Gynekologisk Forening

Eiendeler	Note	2013	2012
<b>Anleggsmidler</b>			
<b>Varige driftsmidler</b>			
Driftsløsøre, inventar o.a. utstyr		0	1 354
<b>Sum anleggsmidler</b>		<u>0</u>	<u>1 354</u>
<b>Omløpsmidler</b>			
<b>Fordringer</b>			
Andre kortsiktige fordringer		308 109	520 079
<b>Sum fordringer</b>		<u>308 109</u>	<u>520 079</u>
Bankinnskudd, kontanter o.l.	9	2 281 597	2 007 860
<b>Sum omløpsmidler</b>		<u>2 589 706</u>	<u>2 527 939</u>
<b>Sum eiendeler</b>		<u>2 589 706</u>	<u>2 529 293</u>
<b>Formålskapital og gjeld</b>			
	Note	2013	2012
<b>Formålskapital</b>			
Fri formålskapital	6	2 347 520	2 237 106
<b>Sum opptjent formålskapital</b>		<u>2 347 520</u>	<u>2 237 106</u>
<b>Gjeld</b>			
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Leverandørgjeld		43 937	20 788
Skyldig offentlige avgifter		151 718	122 828
Annen kortsiktig gjeld	8	46 532	148 572
<b>Sum kortsiktig gjeld</b>		<u>242 186</u>	<u>292 188</u>
<b>Sum formålskapital og gjeld</b>		<u>2 589 706</u>	<u>2 529 293</u>

04.03.2014

Styret i Norsk Gynekologisk Forening



Jone Trovik  
Styreleder



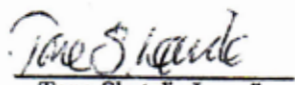
Sine Andreasen  
Nestleder



Arild Kloster-Jensen  
Kasserer



Marit Lieng  
Vitenskapelig sekretær



Tone Shetelig Løvvik  
Styremedlem



Elise Thøresen Sletten  
Styremedlem

# Årsrapport Kvalitetsutvalget

## UTVALGET HAR DET SISTE ÅRET BESTÅTT AV:

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

## UTVALGET HAR HATT 3 MØTER OG UTSTRAKT ELEKTRONISK KONTAKT I 2013

1. Hovedarbeidet har vært oppdatering og ferdigstilling av "Veileder i fødselshjelp", ledet av Pål Øian, assistert av Anne Flem Jacobsen og Jørg Kessler. Rapport og regnskap for seminaret på Soria Moria ble innsendt til Legeforeningens fond for Kvalitetsforbedring og Pasientsikkerhet, og senere godkjent. Utvalget presenterte 3 emner/kapitler til diskusjon på NGFs Vårsmøte i Stavanger og rapportere om fremdriften på NGFs årsmøte i Drammen i oktober. Veilederen er ferdigstilt ved utgangen av året, med 50 kapitler, hvorav flere nye, og ble lagt ut på Legeforeningens nettsider i begynnelsen av 2014. Redaksjonskomiteen har nedlagt et stort arbeid.

2. Oppdatering av enkeltkapitler i "Veileder for gynekologisk kreft" i regi av NFGO har fortsatt. Kapitlene om VIN, Borderline Ovarialtumor og Epitelial Ovarialcancer er ferdigstilte og lagt ut på nettet. I tillegg er kapitlet om CIN i graviditet utarbeidet.

NFGO, som er delegert arbeidet, regner med at kapitler om Endometriecancer, Cx-, vulva- og palliasjon vil bli ferdigstilt i 2014, med støtte fra HDir. Da er mesteparten av Veilederen fra 2009 gjennomgått, med en noe endret mal. Kapitlene er publisert på Dnfs nettsider. Utvalget hadde tidligere drøftet om en ved denne veilederen skal arrangere tilsvarende seminar som ved "Fødselshjelp", men da kreftarbeidet allerede støttes av HDir, og visse kapitler utgjør "Nasjonale Retningslinjer", er ikke dette gjennomført. I forbindelse med nye nasjonale retningslinjer for cervix-screening er utvalget blitt orientert om ulike arbeidsgrupper som er i aktivitet, med noe ulike prosjekter og mål.

3. **Veileder gynekologi 2014:** Utvalget begynte arbeidet med revisjon av "Veileder i generell gynekologi 2014". En fremdriftsplan identisk med "Fødselshjelp" brukes, med et seminar våren 2014, og tentativ ferdigstillelse våren 2015. Redaktør Anny Spydslaug assistert av Ingeborg Bøe Engelsen ved Haukeland og Pernille Schjønby ved AHUS utgjør redaksjonskomiteen. Søknad til Fondet for Kvalitetsutvikling og Pasientsikkerhet ble godkjent i desember. En regner med ca 30 kapitler, og potensielle hovedforfattere i miljøet ble begynt rekruttert høsten 2013, inkludert både LIS og PSL-representanter, og med geografisk spredning. Kompetent sekretær er rekruttert og maler overført

fra tidligere. Samarbeid er inngått med Kunnskapssenteret og HDir. En regner med en tentativ kapittelrevisjon ved årsmøtet 2014.

4. Prosjektet "Medikamentell abort i praksis" som er overført utvalget, er et NGF-prosjekt ledet av Runa Aabø. Progresjonen har vært sviktende pga myndighetenes nøling mht nødvendige bevilgninger. En regner nå med finansiering via RHF-ene, og det blir da individuelle avtaler og kontrakter, samt finansiering via HDir som prosjektstøtte. Utvalget regnet med prosjektstart i 2014. Mht diskusjonen om reservasjonsrett burde alt ligge til rette for positivitet.

5. Rh-immunisering. En langvarig diskusjon vedr. Rh-immunisering ved de ulike formene for abort har funnet sted, da harmonisering av disse tekstene har vært vanskelig å gjennomføre pga at kunnskapsbasert erfaring ikke er tilgjengelig. Noen tekster er rettet, og endelige tekster vil bli forfattet i samband med Veileder-revisjonen

6. Utvalget har for øvrig diskutert andre løpende saker og utført løpende rettinger av veilederstekster sammen med Legeforeningens web-redaktør.

Rolf Kirschner, Oslo 150814.



Foto: Christian Tappert

# Årsrapport Norsk gynekologisk Endoskopi register (NGER)

## MEDLEMMENE I STYRINGSGRUPPEN

Andreas Putz (Sykehuset i Vestfold), daglig leder, AnneVeddeng (Haukeland Universitetssykehus), Martin Rakovan (Sykehuset i Vestfold), Ellen Holtan Folkestad (Sykehuset i Vestfold) t.o.m. 30.06.2014. Tove Sørli (Sykehuset i Vestfold), sekretær. Ariane Maria Putz (Sykehuset i Vestfold), sekretær.

## MEDLEMMENE I REFERANSEGRUPPEN

Helse Nord: Stine Andreassen, Nordlands-sykehus Bodø. Helse Vest: Jostein Tjugum, Førde Sentralsykehus. Helse Sør-Øst: Marit Lieng, Oslo universitetssykehus Ullevål. Helse Midt: Margaret Lode, Sykehus Ålesund. NGF-oppnevnt medlem: Christian Høyer Sørensen, Sørlandet Sykehus Kristiansand. NGF-oppnevnt medlem: Merete Ravlo, St. Olavs Hospital Trondheim. NGF-oppnevnt brukerrepresentant: Karen Bertelsen (daglig leder av Endometrioseforeningen)

Norsk gynekologisk endoskopiregister har som mål å sikre kvaliteten på laparoskopiske og hysteroskopiske prosedyrer som utføres ved norske sykehus. Hensikten er at det enkelte sykehus skal kunne sikre kvaliteten ved den aktuelle avdeling ved å kunne holde oversikt over egne resultater, både ønskede og uønskede behandlingseffekter. Samtidig vil avdelingene ha muligheter til å sammenlikne sine resultater med landsgjennomsnittet. Dette anses å være et viktig bidrag til lokalt kvalitetsforbedringsarbeid ved landets gynekologiske avdelinger.

NGER er oktober 2012 blitt godkjent som

et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister med godkjenning fra Helse- og Omsorgsdepartementet. Registeret er et web basert register og registrering av personopplysninger skjer etter inngrepet ved det enkelte sykehus gjennom kvalitetsregisterportalen <https://helseregister.no> via Norsk Helsenett. Pålogging til NGER foregår med en tofaktorautentisering av brukere. Datafangst startet 01.02.2013 og stadig flere avdelinger var i oppstartfasen med å starte registreringen. Registreringen i 2013 var preget av pionerarbeid med IKT-løsningen, fordi det eksisterer ikke et likt web basert register i Norge med en slik høy antall av brukere og registreringer.

## Aktivitet i styringsgruppen og referansegruppen i 2013

Vi avholdt syv møter med styringsgruppen (derav seks telefonmøter) og et møte med referansegruppen. Daglig lederen deltok på fem telefonmøter med laparoskopitutvalget og deltok på interregionale styringsgruppemøte for kvalitetsregisterlederne i Oslo. To leger og begge sekretærer fikk sjanse til å presentere registeret på en standplass på NGF sitt årsmøte i Drammen. Tre leger fra styringsgruppen og tre leger fra referansegruppen var instruktør eller foredragsholder på kurs i gynekologisk laparoskopi (FUGO) før årsmøte i Drammen. Daglig lederen reiste til ESGE (European Society for Gynaecological Endoscopy) årsmøte i Berlin. Styringsgruppen i ESGE oppnevnte Andreas Putz som chairman for en ny opprettet Task Force "European Registry". Hermed har NGER en tett forbindelse til internasjonalt fagmiljø.

Daglig lederen leverte et detaljert regnskap og en aktivitetsrapport til Helse Sør-Øst.

## Datakvalitet 2013

For tiden jobber styringsgruppen sammen med NPR (Norsk Pasientregister) og SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering) for å beregne dekningsgraden. I oppstartåret 2013 er antakeligvis dekningsgraden ikke tilfredsstillende, men detaljerte resultater på landsbase og på HF-nivå foreligger sannsynlig i oktober 14.

## Resultater 2013

Martin Rakovan i styringsgruppen er vår spesialist i medisinsk statistikk og vi jobber sammen med IKT Helse NN og SKDE til å lagre en uttalekraftig statistikk for 2013. Noen deler av statistikken er allerede ferdig, men en komplett årsrapport foreligger ikke før oktober/november 2014.

## Mål for 2014

- Forbedring av IKT-løsningen
- Økning av dekningsgraden
- Oppretting av et nyhetsbrev
- Implementering av en ad-hoc statistikk modul

Mer detaljert informasjon om registeret finnes på [www.kvalitetsregistre.no](http://www.kvalitetsregistre.no). Styringsgruppen planlegger å sende ut en detaljert årsrapport som Excel-fil til alle deltakende avdelinger. Vi oppfordrer alle gynekologer til å bruke registerdataene for forskning og kvalitetsforbedring.

Tønsberg, 16.09.14

Andreas Putz, daglig leder NGER

# Årsrapport Laparoskopitutvalget

## MEDLEMMENE I UTVALGET

Christian Hoyer-Sørensen (Sørlandet Sykehus, Kristiansand) leder, Jostein Tjugum (Førde sentralsykehus, Førde), Guri Majak (Oslo universitetssykehus, Ullevål), Merethe Ravlo (St. Olavs Hospital, Trondheim), Stine Andreassen (Nordlandssykehuset, Bodø)

Etter årsmøte i Drammen med tilhørende forkurs i laparoskopi, gikk utvalget i gang med å planlegge et endoskopikurs. Dette ble planlagt i samarbeid med Oslo universitetssykehus, Ullevål. Kurset ble arrangert den 05.06.14 – 06.05.14. Det inneholdt basal undervisning, praktiske

øvelser og "live surgery".

Laparoskopi utvalget planlegger å avholde årlige kurs innen endoskopi. Tanken er å oppnå en god geografisk spredning med tanke på valg av kurssted i årene som kommer.

Stine Andreassen fra Nordlandssykehuset ble nytt medlem i løpet av 2014.

Siden årsmøte og frem til august 2014 er det avholdt 4 telefonmøter. I tillegg til utvalgets medlemmer, har også medlemmene i NGER blitt invitert til å delta.

Arbeidet til utvalget har bestått i følgende:

- Bistå NGER med implementering av registeret ved landets gynekologiske avdelinger.
- Støtte NGER med den faglige forankringen til registeret.
- Være en pådriver i utdannelsen av LIS innen endoskopi. Det er planlagt å arrangere årlige kurs innen endoskopi.

Kristiansand, 27.08.2014

Christian Hoyer-Sørensen

Leder Laparoskopi utvalget

# Årsrapport Auditgruppen for maternelle dødsfall

## MEDLEMMENE I AUDITGRUPPEN 2013:

Siri Vangen, Nasjonal Kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus. Liv Ellingsen, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus. Alice Beathe Andersgaard, Helse Sør-Øst. Anne Flem Jacobsen, Ullevål, Oslo Universitetssykehus. Bjørg Lorentzen, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus. Lill Trine Nyfløt, Vestre Viken, Sykehuset Drammen og Oslo Universitetssykehus. Astrid Betten Rygh, Stavanger universitetssykehus. Svein Magne Skulstad, Haukeland universitetssykehus Bergen. Christian Tappert, St. Olavs Hospital Trondheim. Pål Øian, Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø

Den norske auditgruppen for maternelle dødsfall ble etablert i 2010 og består av erfarne obstetrikere fra alle landets helseregioner. Ved behov suppleres gruppen i forbindelse med møter med spesialister fra andre fagområder. Gruppen har som

oppgave å identifisere alle direkte og indirekte maternelle dødsfall (= dødsfall i forbindelse med svangerskap, fødsel og inntil 6 uker postpartum) i Norge fra 2005 og framover. Dødsfallene vurderes i en audit-prosess, og funnene presenteres i rapporter og som foredrag eller artikler. Malen for rapporten er de engelske CEMACE-rapporter "Saving Mothers Lives". Det er etablert et nordisk samarbeid med tilsvarende auditgrupper i de andre nordiske land.

Gruppenes utgifter (reiseutgifter, opprinnelige utgifter for registerkobling MFR og dødsårsaksregister) dekkes av Norsk Gynekologisk Forening.

Gruppen hadde 2 møter i 2013. Første møte i juni var et audit-møte med gjennomgang av maternelle dødsfall fra 2010 og 2011. Andre møte, i forbindelse med Årsmøtet i Drammen, ble brukt til en mer generell diskusjon om gruppens oppgave og framtid. Det ble etablert

en styringsgruppe (Vangen, Øian, Nyfløt og en representant MFR), som blant annet skal vurdere rettigheter ved publisering av auditdata. Videre ble det vedtatt å lage en skriftlig rapport om auditmaterialet 2005-2011. Vi tilstreber å utgi rapport hvert 3.-5. år. Gruppen skal suppleres med ei jordmor.

I 2013 arbeidet gruppen mye med revisjon av en artikkel med resultater fra arbeidet til Tidsskrift for den norske legeföreningen (publisert i 2014). Auditgruppen påtok seg også ansvar for programmet for dag 1 på NGF Vårsmøte i Tromsø 2014 (med finansiell støtte fra Nasjonal Kompetansetjeneste for Kvinnehelse). Funn fra arbeidet vårt ble presentert på European Congress on Intrapartum Care 2013 i Amsterdam, Perinataldagene i Haugesund, MFR møte i Bergen og på NGF Årsmøte i Drammen.

Trondheim, 2.9.2014

Christian Tappert (på vegne av hele gruppen)



Fishing for salmon in Trondheim - Foto: Jørn Adde © Trondheim kommune.



# Årsrapport STAN

## MANDAT TIL NASJONAL STAN REFERANSEGRUPPE HAR OGSÅ I ÅR VÆRT:

- Være ansvarlig for kapitlene om fosterovervåking i revidert "Veileder i fødselshjelp".
- Bidra til kollegial læring og forbedring mht bruk av STAN metoden nasjonalt. Dette innebærer at kollegaer kan sende STAN eller CTG registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og kommentar. Gruppen er ikke et sakkyndig organ og kommentarer er ikke en del av pasienters journal.
- Bidra i planleggingen/gjennomføring av det årlige erfaringsmøtet som er for alle som bruker STAN eller CTG overvåking under fødsel.

### STYRET (består av tre faste leger):

- Leder: Tore Henriksen, professor, OUS Rikshospitalet,
- Branka M.Yli, Overlege, PhD, OUS
- Torunn Eikeland, Seksjonsoverlege, Haugesund fødeavdeling

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

- Jørg Kessler, Overlege, PhD, Haukeland Kvinneklinikken
- Berit Lunden Hustad, Fagutviklingsjordmor, Sørlandet sykehus Kristiansand (Jordmorforbundet Norsk Sykepleierforbund)
- HildeChristinLie, Jordmor, fødeavdelingen Akershus Universitetssykehus (Den Norske Jordmorforening)

## I. STAN ERFARINGSMØTE

25.09.13 i Stavanger På erfaringsmøte deltok ca 140 jordmødre og leger. Referansegruppen bidro som vanlig med generell informasjon og Jørg Kessler holdt et innlegg om bruk av STAN ved seteforløsninger.

Andre tema var:

- Anestesi under fødsel v/ prof. Vegard Dahl
- Resuscitering og oppfølging av asfyktiske barn v/ prof. OD Saugstad Erfaringsmøtet har som formål å dele erfaringer / kunnskap og derfor er mye tid avsatt til

fremlegg av ulike kasus med påfølgende diskusjon / kommentarer fra STAN referansegruppe. Neste erfaringsmøte planlegges sammen med Svenske ref gruppen i Göteborg 26.9.2014

## 2. GRUPPEN HAR HATT 2 MØTER

I tillegg til kommunikasjon på mail. Det er gitt respons på 16 kasus (7 på erfaringsmøtet og 9 skriftlige svar). M.Yli var i kongresstyret og underviste på prekongress kurs i: "Fetal heart monitoring master class" samt hold 2 foredrag: Understanding concept of hypoxia and acid-base status". "How does duration and directive pushing affect neonatal outcome.

## 3. REVIDERTE / NYE KAPITLER I NASJONAL VEILEDER ER NÅ PUBLISERT:

1. CTG før fødsel og innkomst CTG: Jørg Kessler redaktør
2. Fosterovervåking under fødsel, avnavling og syre/base prøver fra navlestreng Branka Yli ansvarlig redaktør
3. Feber under fødsel og chorioamnionitt Branka Yli ansvarlig redaktør

## 4. KURS I INTRAPARTUM FOSTEROVERVÅKING

Gruppen har arrangert 2 slike kurs, hvert over to dager (28/29 nov 2013 og 10/11 april 2014) Ansvarlige for kursene var Branka M. Yli, Jørg Kessler og Berit Lunden Hustad.

Det undervises i følgende emner:

- Grunnleggende fysiologi, samt CTG fysiologi / klassifisering.
- Foster EKG fysiologi / tolking.
- Hvordan oppnå optimalt foster EKG?
- Vurdering av barnet, tolking/feilkilder av syre-baseverdier i navlesnor, samt avnavlingsprosedyre.
- Spesielle utfordringer v/fosterovervåking: Trykktid under fødsel, diabetes, lite liv, intrauterin veksthemning, intrapartum infeksjon
- Antenatal CTG
- Lokal opplæring / kunnskap: Kvalitets-sikring/undervisning på avdeling. Hvordan

organisere undervisning og oppfriskning på klinikken? Reserti-fisering? Kasus-gjennomgang? Undervisningsmateriale? På slutten av hvert kurs er det en bolk med kasusgjennomgang og diskusjon.

## 5. ETABLERING AV OBLIGATORISK KURS I FØDSELSEOVERVÅKING FOR LEGER I SPESIALISERING

Det har blitt søkt om Obligatorisk kurs i fosterovervåking for LIS-leger. NGF er positiv og ref. gruppen har søkt DNL og spesialistkomité NGF. En mulig løsning er at kurset på høsten blir for LIS-er og kurset på våren blir forbeholdt jordmødre og overleger.

## 6. WEB-OPPLÆRING

Arbeidgruppe for Web-opplæring i fødselsovervåking har tidligere sendt søknad vedrørende opplæring i fødselsovervåking til Helsedirektoratet (HD) og de 4 RHF.

HD gav 150.000 kr i oppstartsmidler under forutsetning av at RHF-ene også ville delta. RHF-ene støtter søknaden faglig, men ikke økonomisk. Det ble søkt Helsetilsynet i juni 2012, som har videresendt søknad til HOD. Det foreligger ikke noe svar enda.

Ref.gruppen er orientert om at det er sendt innspill fra fagmiljøet til fagdirektøren i Helse SørØst hvor man ber om at det på nytt vurderes en finansiering sammen med de andre RHF.

## 8. OVERSETTELSE /REVIDERING AV NEOVENTAS "POCKET CTG"

Referansegruppen holder på å tilpasse / oversette svensk versjon til norske forhold.



## Har du pasienter med myom som er interessert i å delta i en klinisk studie?

Vi gjennomfører nå en klinisk studie der vi undersøker effekt av fire ulike doseringer av et nytt legemiddel samt placebo mot symptomer forårsaket av myom.

Hensikten med studien er å undersøke blødningsintensitet hos kvinner med myomer over en periode på 12 måneder. Inklusjonen varer til februar 2015.

Vi søker kvinner som

- er mellom 18 og 50 år
- ikke er gravide eller ammende
- har muskelknuter i livmor
- har kraftige menstruasjonsblødninger
- aksepterer tilfeldig utvelgelse til en av de fem behandlingsgruppene

Dersom du har pasienter som oppfyller ovennevnte kriterier, er interessert i å delta i studien og/eller ønsker mer informasjon vedrørende studien, kan du gjerne ta kontakt med en av studielegene:

Kirsten Hald / Ullevål Universitetssykehus, Oslo  
Telefon: 22 11 98 00 / epost: StudienAsteroid@gmail.com

Mette Haase Moen / St Olavs Hospital, Trondheim  
Telefon: 06 800 / epost: mette.moen@ntnu.no

Terje Sjørdal / Medicus AS, Trondheim  
Telefon: 73 87 14 73 / epost: liv@medicus.no

Maitii Österberg / Din Doktor, Sellebakk  
Telefon: 69 36 40 60 / Dindoktor@dingyndoktor.no

Studien er godkjent av Statens legemiddelverk og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst-Norge.

# Årsrapport

## Spesialitetskomiteen

### KOMITEENS SAMMENSETNING

1/1 2013 – 31/12 2013:

Trond Melbye Michelsen (leder)  
Jeanne Mette Goderstad (nestleder)  
Kari-Anne Trosterud  
Ingeborg Bøe Engelsen  
Marte Myhre Reigstad (Ylf)  
Hilde Sundhagen (vara)  
Knut Hofft Kierulf (vara)  
Camilla Kleveland (vara Ylf)

### MØTER

Komiteen har avholdt tre møter på Legenes Hus: 24/1, 24/4 og 5/9. I tillegg hadde komiteen møte 23/10 i forbindelse med årsmøtet i Drammen.

### 1. SPESIALISTREGLENE

Spesialistreglene ble sist gjennomgått i 2011. De har følgende utforming:

1. 4½ års tjeneste ved avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer Inntil ½ år kan erstattes av:

- a) forskningstjeneste, eller
- b) tjeneste i relevante spesialiteter, eller
- c) tjeneste i helseadministrativ/ samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmennmedisin

2. 1 års tjeneste ved avdeling for generell kirurgi. Inntil ½ år kan erstattes av forskningstjeneste.

Søknaden skal vedlegges skjema med oversikt over utførte operasjoner. Det er vedtatt minstekrav til operasjonslistene.

Søknad om spesialistgodkjenning skal også vedlegges attestert operasjonsliste over utførte operasjoner for det kirurgiske året.

### Kursutdanning:

200 timer, hvorav minimum 132 timer innenfor følgende obligatoriske kurs:

- Emnekurs i gynekologisk onkologi
- Spesielle emner innen gynekologi og obstetikk
- Emnekurs i generell gynekologi
- Emnekurs i obstetikk
- Ultralydkurs

I tillegg kreves gjennomført obligatorisk kurs i administrasjon og ledelse og obligatorisk nettkurs i sakkyndighetsarbeid.

### 2. STILLINGSSTRUKTUREN

Komiteen støtter som tidligere innføring av faste stillinger for LIS. Vi tror det er sannsynlig at fast tilsetting med utdanningsløp som planlegges flere år fram i tid vil bedre kvaliteten på spesialiseringen.

### 3. MÅLBESKRIVELSEN

Komiteen gikk gjennom målbeskrivelsen i 2011. Det legges opp til at den nye komiteen (som tiltrer 1/1 2014) gjør en ny gjennomgang.

### 4. KURSVIRKSOMHETEN

Det er fem obligatoriske kurs i spesialiteten. Alle har vært avholdt som planlagt i 2012. Det er rapportert om til dels lange ventelister på det obligatoriske kurset i Ultralyd. Komiteens nåværende leder har derfor gjort en henvendelse til kursledelsen med spørsmål om det kan arrangeres et ekstra kurs i 2013 for å korte ned ventetiden.

### 5. FERDIGHETSTRENING I LABORATORIER/SIMULERING

- Hvilken betydning har ferdighets/simulering i spesialistutdanningen i faget?
- Hvilke institusjoner tilbyr slik læring?
- Hvilke prosedyrer er mest aktuelle for slik læring? Ferdighetstrening brukes både innen gynekologi og obstetikk. I gynekologi for eksempel ved simuleringstrening av laparoskopi. I obstetikk ved fantomtrenoing vedr forløsning og drilling i akutt situasjoner (ALSO).

For øyeblikket er det to nasjonale kurs som fokuserer på ferdighetstrening i fødselshjelp: 1. ALSO-kurs arrangeres 2 ganger per år ved St Olavs Hospital  
2. Kurs i operativ fødselshjelp arrangeres årlig ved Haukeland universitetssykehus  
Kurs i endoskopisk kirurgi kommer på kursplanen i 2014.

### 6. RAPPORTER FRA UTDANNINGSINSTITUSJONENE

Rapportene er gjennomgått og tilbakemeldinger gitt.

### 7. BESØK SPESIALITETS-KOMITEEN HAR GJENNOMFØRT

Komiteen har gjennomført besøk ved Sykehuset Innlandet, Lillehammer og Sykehuset Vestfold.

### 8. SØKNADER FRA

### SYKEHUSAVDELINGER OG INSTITUSJONER OM GODKJENNING SOM UTDANNINGSINSTITUSJONER

Komiteen har ikke behandlet slike søknader i 2013.

### 9. KVALITETSSIKRING AV UTDANNINGEN

Det er komiteens hovedarbeid. Vi har hatt spesielt fokus på avdelingenes gruppeføring i forhold til hvilke deler av spesialiseringen de bør ha ansvar for.

### 10. SPESIALISTGODKJENNING

Medlemmer av komiteen har fungert som sakkyndige i saker oversendt fra Helse- direktoratet.

### 11. ETTERUTDANNING

Komiteen har ikke behandlet saker knyttet til etterutdanning.

### 12. PROBLEMER I SPESIALITETEN

Det rapporteres fra samtlige avdelinger spesialitetskomiteen besøker at spesialistutdanningen lider under produksjonspress i avdelingene. Legene presses til å behandle flest mulig pasienter raskest mulig, og det gjør at leger i spesialisering ikke får øve inngrep og prosedyrer veiledet av erfarne kollega (mester-svenn-læring). I stedet gjør erfarne kolleger prosedyrer alene eller sammen med andre erfarne kolleger, mens leger i spesialisering blir satt til å gjøre ting de allerede behersker på egen hånd. Dette utarmer spesialiseringen og vil gi dårligere spesialister på sikt.

Spesialitetskomiteen ønsker at Legeforeningen tar opp dette problemet på sentralt hold.

### 13. EVENTUELT

Oslo, 27/8 2014

Trond M. Michelsen, leder

# Årsrapport FUGO

Dette var det første året vi hadde med 6 styremedlemmer og en vara. Dette hjalp endel på logistikken, og aktiviteten i 2013 har vært høy. Styrets sammensetning i 2013 var som følger:

Marte Reigstad, leder/ENTOG representant  
Olav Nordbø, kursansvarlig og nestleder/  
ENTOG representant

Tiril Tingleff, kasserer/NFYOG representant  
Helene Fjeldvik Peterson NGF sekretær  
Åsmund Iversen web ansvarlig/sekretær  
Johanne Holm Toft styremedlem/ redaksjons-  
medlem Gynekologen  
Silje Denstad vara styremedlem/redaksjons-  
medlem Gynekologen

Vi hadde 5 møter i 2013. I Drammen holdt vi også generalforsamling og årsmøte torsdag 23. oktober 2013. Styret brukte i 2013 46821 NOK på sin aktivitet, som er godt innenfor vårt budsjett på 60 000 NOK. Styremedlemmer er aktive i både ENTOG og NFYOG, hhv de europeiske og nordiske LiS foreningene for fødselshjelp og kvinnesykdommer, og deltar på møter herfra i løpet av arbeidsåret.

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

I mai 2013 ble det holdt ENTOG møte Bratislava i og ENTOG utveksling i Slovakia/Tsjekia. Vi sendte Thea Falkenberg Mikkelsen (Bodø) og Guillermo Rebolledo (Tromsø), og kunne lese om deres opplevelser der i Gynekologen 4/2013. FUGO var representert på ENTOG generalforsamling ved Marte Reigstad og Tiril Tingleff. Vi hadde på FUGOs generalforsamling i 2012 vedtatt å søke om å få lov til å holde ENTOG utvekslingen i 2015. Vår konkurrent var Nederland. Tiril og Marte var rustet med bunad og foredrag på power point for å reklamere for Norge, men ble slått på målstreken av Nederland, 10 mot 11 stemmer.

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

NFYOG hadde 3 styremøter i 2013. Educational Committee i NFOG arrangerte i tett samarbeid med NFYOG et seminar i november 2013 om harmonisering av spesialiseringløpene i de nordiske landene. Tanken er å få «likere» spesialister i de nordiske landene slik at det blir lettere å jobbe over landegrensene, og også at man skal kunne delta på kurs i andre nordiske land som gir tellende kurstimer på samme måte som kurs i Norge. Fra FUGO deltok Tiril Tingleff og i tillegg en hel delegasjon fra NGF og spesialitetskomiteen fra Norge, i tillegg dro Marit Halonen Christiansen sentralstyremedlem og LiS i fødselshjelp og kvinnesykdommer (SUS).

## FUGOs Forkurs

Siden 2008 har FUGO arrangert kurs i forkant av NGFs Årsmøte. Målet er å stimulere LiS til å delta på årsmøtene og forsøke å dekke tema som er interessant for LiS men som ikke dekkes eller dekkes i liten grad av andre kjente kurs. Årets FUGO forkurs arrangerte vi i Drammen før NGFs Årsmøte. Tema var laparoskopi, og det gikk strålende. Vi fikk gode tilbakemeldinger på evalueringene og kurset var proppfullt, og vi håper at alle LiS som deltok har hatt utbytte av det de lærte seg. Til tross for bekymringer i forkant om utgifter et slikt praktisk kurs ville medbringe, gikk budsjettet fint opp. Styret håper og tror også at laparoskopiutvalget vil fortsette med dette kurset, de bidro med masse kompetanse og entusiasme på dagen- tusen takk! Tusen takk også til lokalkomiteen (ved Kristin Floberghagen) for masse bra «local support»- uvurderlig! Og også en klapp på skulderen til kursleder Olav som styrte det hele med stø hånd.

## FUGO Årsmøte

FUGOs Årsmøte ble arrangert torsdag 23. oktober 2013 i Drammen. Det var mange LiS som møtte opp. Vi startet med

Generalforsamlingen, referat fra dette kan leses i Gynekologen 4/2013. Elise Thoresen Sletten (Tromsø) ble valgt inn som nytt styremedlem. I tillegg ble Tiril Tingleff og Helene Fjeldvik Peterson gjenvalgt. Silje Eilertsen Denstad ville ha fri fra sitt siste år i den valgte perioden som styremedlem pga svangerskap og fødsel. Årsmøtet fortsatte med besøk av Ylf leder Johan Torgersen, som snakket om endringer i forbindelse med ny spesialiseringsstruktur og arbeidet både Legeforeningen og Helsedirektoratet gjør med dette. Ylf er alltid positive til FUGO, og til at det etter hvert dannes LiS foreninger i de andre spesialitetene (blant annet har ortopedene også startet opp).

## Annen aktivitet

Vi fikk inn en artikkel i FORUM om arbeidet FUGO gjør, og FUGO skrev sammen med NGF høringssvar til Legeforeningen på høringen: «Helsedirektoratets utredning og konsekvensvurdering om fremtidig spesialiseringsstruktur for leger».

## «Gi Kniven Videre»

Styret fikk også vedtatt i generalforsamlingen i 2013 å starte arbeid med kampanjen «Gi Kniven Videre», et prosjekt som har vært gjennomført først i Danmark og så i Sverige. En arbeidsgruppe ble i 2013 satt sammen for å jobbe videre med dette, og startet i løpet av arbeidsåret 2013 forarbeid med dette prosjektet, blant annet med planlegging av gjennomføringen, evaluering i form av spørreundersøkelse til alle LiS ved hjelp av QuestBack og eksternt finansiering (ikke via NGF).

## Takk!

Takk til alle engasjerte FUGO medlemmer for bidrag i året som har gått, takk til NGF for støtte (både økonomisk og moralsk) og takk for styremedlemmer for verdifulle bidrag på alle fronter i 2013.

# Årsrapport EBCOG

Det har blitt avholdt 2 councilmøter i 2013. Det første i Bratislava 11-12. mai, og det andre i Brussel 29.-30. november.

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

EBCOG – European Board & College of Obstetrics and Gynecology er en arbeidsgruppe under Union Europeenne des Medecins Specialistes (UEMS).

EBCOG's hovedmål er å fremme kvinner og barns helse ved å sikre høyest mulig kvalitet på helsetjenester i alle europeiske land. Visitasjoner og akkrediteringer utført av SCTA (Standing Committee on Training and Assessment) er et viktig virkemiddel for å "harmonisere" spesialistutdanningen i Europa.

Andre virkemidler for å høyne kvaliteten på spesialistutdanningen er utdanningsprotokoller, log-bøker, utdanningskurs for veiledere (Training the Trainer) og nettbaserte kurs. E-learning er et hot topic og det finnes informasjon på [www.ebcog.org](http://www.ebcog.org). Leder av arbeidsgruppen for e-learning er Professor Juha Mäkinen. Samarbeidet med ENTOG (European Network of Trainees in ObGyn) er viktig og prioriteres høyt. Presidenten i ENTOG er medlem i Styret (Executive Committee), har stemme-rett i Council, og en representant fra ENTOG er

med på alle visitasjoner.

En viktig del av EBCOG's arbeid er å organisere og forberede EBCOG-kongressen, som arrangeres hvert annet år. Styret (executive) gjorde i 2013 en glimrende jobb sammen med den lokale arrangementskommite, med kongress-president Prof Alan Cameron i spissen. Kongressen i Glasgow 7-10. mai 2014, ble en stor suksess både faglig og økonomisk. Neste kongress avholdes i Istanbul 18.-21. mai 2016. Sett av datoen allerede nå !

EBCOG har i 2013 arbeidet med "Standards of Care for Women's Health in Europe", et stort og viktig arbeid både innen gynekologi og obstetikk. Dette er ikke ment som en prosedyre-bok, men for å harmonisere og kvalitetssikre behandlingen i de forskjellige europeiske land. Arbeidsgruppen har vært ledet av vise-president Dr Tahir Mahmood. Arbeidet skal presenteres i EU iløpet av 2014. Målet er å knytte mer av EBCOG's arbeid opp mot både EU-systemet og UEMS (Union Europeenne des Medecins Specialistes).

Virkemidler for å sikre god spesialist-utdanning i Europa er visitering og akkreditering. Dette har vært et av EBCOG's kjerneaktiviteter de siste 15 årene. Til sammen er over 100 sykehus besøkt i 18 land. Arbeidsgruppen ledes av J. Wladimiroff, og aktiviteten i arbeidsgruppen har vært stor i 2013. Dette arbeidet er viktig for å harmonisere spesialistutdanningen i Europa. For å bedre kvaliteten på visitasjonen

arrangerer EBCOG "Train the Visitors kurs". November 2012 i Torino, og februar 2014 i Brussel.

ENTOG arrangerer hvert år utveksling i et europeisk land. Dette muliggjør at 2 LIS'er fra hvert land får hospitere i uke ved vertslandets spesialavdelinger. I 2013 ble utvekslingen arrangert i Slovakia og Tsjekkia. Fra Norge deltok Guillermo Rebolledo, Tromsø, og Thea Falkenberg Mikkelsen, Bodø. Marte Reigstad og Tirill Tingleff representerte FUGO på det påfølgende ENTOG Council-meeting.

Presidenten i EBGOC, Prof Chiara Benedetto, har sammen med styret holdt et høyt aktivitetsnivå i 2013. Hun representerer EBCOG på en glimrende måte i forskjellige arbeidsutvalg, på kongresser og i styret i FIGO. Vår egen Rolf Kirschner, som nå er generalsekretær, er en viktig kontinuitetsbærer, og nyter stor respekt i EBCOG.

Jeg vil til slutt oppfordre NGF's medlemmer til å besøke EBCOG's hjemmeside :

**[www.ebcog.org](http://www.ebcog.org)**

Her er det mye informasjon om e-læringsprogrammet, fremtidig kurs, og om EBCOG's viktige arbeid i Europa, for å fremme og sikre høyest mulig kvalitet på helsetjenester i alle europeiske land.

Oslo 5. September 2014  
Martin Andresen

## NFOG vitenskapelige komite

Nordisk Forening For Obstetikk og Gynekologis vitenskapelige komite består av vitenskapelig sekretær fra hvert lands moderforening. Dette året har følgende vært representanter:

Thora Steingrimsdóttir, Island, leder

Annika Strandell, Sverige

Anette Tønnes Pedersen, Danmark, første halvår

Ulrik Kesmodel, Danmark, siste halvår

Antti Perheentupa, Finland

Jone Trovik, Norge

Alexander Smáráson, Island, tidligere leder, deltok på begge møter

Komiteen har hatt møte to ganger: 4. og 5.

mars 2013 i Stockholm og 22. oktober 2013 i København i tillegg til mailkorrespondanse. Pga bytte av medlemmer midt i perioden ble tidligere leder Smarason med på møtene (men uten stemmerett) for å sikre kontinuitet.

Vitenskapelig komite har bidradd til å planlegge programmet for NFOGs kongress som skulle holdes i Stockholm Mai 2014. Møtet den 5. Mars var derfor komiteen sammen med den svenske NFOG lokale kongresskomite der lokaler ble gjennomgått og forestående program for kongressen diskutert. Obstetrisk dominans ble noe moderert.

På de halvårlige møtene er også søknader til NFOGs fond blitt evaluert og fordelt.

I mars var det 18 søknader, 17 innvilget; totalt 176 150.- DKR

I oktober var det 31 søknader, 26 innvilget; totalt 557.271DKR

Jone Trovik

Daværende vitenskapelig sekretær NGF

# NFOG

## Kjære medlemmer !

Ja - medlemmer ikke bare av NGF, men også av NFOG: Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology. Som tittelen sier, er NFOG en sammenslutning ikke av enkeltmedlemmer men av foreninger hvor NGF inngår sammen med de andre nordiske nasjonale foreningene. Det har ikke alltid vært slik. Forløperen til NFOG ble dannet i begynnelsen av 1920-tallet og var lenge en lite markert organisasjon, basert på individuelle medlemskap. I starten var nok organisasjonens viktigste fokus å publisere tidsskriftet vårt Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica (AOGS). Fra 1930 ble det også arrangert kongresser annet hvert år. På 1980-tallet gikk det dårlig både med økonomi og impact factor, og behovet for reorganisering var åpenbart. På kongressen i Uppsala i 1990 ble samtlige nordiske nasjonale foreninger enige om en sammenslutning og kollektivt medlemskap, med obligatorisk rimelig abonnement på Acta. NFOG ble formelt eier av Acta. Etter dette gikk det meste svært mye bedre, og vi fikk den solide og ressursrike organisasjonen vi kjenner i dag. NFOG har nær 5000 medlemmer som betjener en befolkning på vel 27 millioner.

Acta og kongressene og er fortsatt to viktige pillarer for NFOG. Acta har under Reynir Geirsson's ledelse øket sin impact factor til nesten 2.0, og Acta er stadig den viktigste inntektskilden for NFOG. I 2013 utgjorde inntektene fra medlemmene, basert på 250 DKK per medlem, vel 1,2 mill DKK, mens netto inntekt fra Acta utgjorde vel 2 mill DKK. Kongressene gikk lenge med overskudd men de senere år har det blitt mer usikkert. Islandskongressen i 2008 og Bergen 2012 gikk begge med underskudd, København 2010 gikk med et lite overskudd, og oppgjøret etter Stockholm 2014 er enda ikke avsluttet. For Island var finanskrisen en viktig årsak, men ellers er bakgrunnen at det er blitt langt vanskeligere å skaffe sponsorer. For NFOG er det selvsagt ikke et mål i seg selv å tjene penger, men en solid økonomi er basis for all vår aktivitet. Støtte til nordisk samarbeid ble tidligere utdelt gjennom NFOG Visitor Program og NFOG Collaborative Programs, inntil dette i 2010 ble reorganisert i NFOG Fund. På generalforsamlingen i Bergen i 2012 vedtok vi at 66 % av foreningens inntekter skal gå til fondet. Det er søknadsfrist to ganger i året nemlig 1. mars og 1. oktober, og utlysning ligger på nett og annonseres i nasjonale medlemsblad. I fjor betalte fondet ut ca 650.000 DKK til innvilgete søknader. Fondet støtter mange former for klinisk og vitenskapelig aktivitet, med prioritet for aktiviteter og samarbeid innen Norden. Eksempler på gode nordiske prosjekt er



Committee of Nordic ART and Safety, Nordic Abortion Collaboration Project, Nordic Maternal Mortality Collaboration, Nordic Fetal Monitoring Collaboration Project - for å nevne noe. Det er laget en liste over nordiske såkalte Centres of Special Skills or Interests, altså kompetansesentre hvor det kan være særlig aktuelt å besøke for å lære. Fondet har god økonomi. Har du bruk for finansiering til forskning, faglige reiser og samarbeidsprosjekter i Norden - se nettsidene våre. Her ligger både søknadskjema og liste over prosjekter som har fått støtte.

NFOG har to faste komitéer, nemlig Scientific Committee (SC), og Educational Committee (EC). SC har en representant fra hvert land, og pt er vi representert ved NGFs styrets vitenskapelige sekretær Marit Lieng. Komiteen har to hovedoppgaver, nemlig å vurdere søknader til NFOG Fund og lage en innstilling til styret, samt ha ansvar for det vitenskapelige programmet ved kongressene. SC vurderer abstrakt, setter opp sesjoner med frie foredrag og postere, og evaluerer for beste foredrag og poster foruten Young Scientist Award og beste Acta-artikkel. Educational Committee ledes av Tomi Mikkola, som har hevet aktiviteten her betydelig, og vår norske representant er leder av Spesialitetskomiteen Trond Michelsen. EC arrangerte i november i fjor kurset «NFOG Educational Course: Harmonizing and improving the Nordic ObGyn training – how to get there?». Godt program og 64 deltakere. Det neste møte blir i København i mai 2015, og vil ha fokus på evaluering av utdanningskandidater, og deres veiledere.

NFOG har nylig nedsatt en Clinical Guidelines Committee. I første omgang er hensikten å vurdere hensikten med og evt omfanget av nordiske retningslinjer. Det er kanskje vanskelig å se for seg at det skal lages kapitler som i våre norske veiledere, på et nordisk nivå. Valg av format er enda åpent, og det første møtet utover et telefonmøte blir et todagers møte i oktober på Soria Moria.

Kongressen i Stockholm ble på alle måter bra og hadde hele 1024 deltakere, mer enn noen av de fire foregående kongressene.

Deltakersuksessen skyldes svenskene, som i relativt liten grad har deltatt på andre nordiske kongresser, men som nå sluttet opp om Stockholm: hele 452 deltakere var svenske, mens det kun var 97 svensker i Bergen. Hele 357 abstrakt ble sendt inn, og også her dominerte svenskene stort, denne gang. Faglig en meget god kongress, og med stilig gallamiddag i Stadshuset kjent for sine Nobel-middager.

Kongressens sterkeste innslag var uten tvil foredraget til Dr. Shershah Syed om kvinnehelse i Pakistan: høy barne- og mødredødelighet, mangel på kvalifisert fødselshjelp, fistler, barnebruder, æresdrap og vold. Det synes være liten forståelse hos myndighetene, og The Pakistani Council of Islamic Ideology mener stadig at det forbud mot barnebruder er anti-islamisk. I tråd med oppfordringen fra dr. Syed vil NFOG rette en henvendelse til pakistanske helsemyndigheter og uttrykker vår bekymring.

Neste kongress blir i Helsinki juni 2016, i Finlandiahuset. Kongresspresident er Oskari Heikinheimo, med flere års erfaring fra SC og planlegging av tidligere kongresser blant annet Bergen 2012. Arbeidet er godt i gang, nettsiden er oppe, og det er absolutt ingen tvil om dette blir bra.

På generalforsamlingen i Stockholm ble Tone Skeie Jensen gjenvalgt til generalsekretær, og undertegnede valgt til president. Jeg har etter hvert en lang historie med NFOG: først seks år som norsk representant i Scientific Committee, siden kongresspresident for Bergen 2012 og i denne rollen medlem av NFOG styret, og senere medlem av styret som leder av NGF. Det er en stor fordel å kjenne organisasjonen godt. Jeg har tro på det nordiske samarbeidet og de verdier vi står for, og ser fram til å drive arbeidet videre på det gode sporet vi er på.

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

Knut Hordnes  
President NFOG

# Dokumentert lav residivfrekvens PÅ KONDYLOMER<sup>1,2</sup>



**C Aldara «Meda»**  
Immunstimulerende middel

ATC-nr.: D06B B10

**T KREM 5%:** 1 g inneh.: Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, stearylalkohol, hvit myk parafin, polysorbat 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylparahydroksybenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, rensert vann. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflattisk basalcellekrefte (SBC) hos voksne. Klinisk karakteristisk, ikke-hyperkeratotisk, ikke-hypertrofisk aktinisk keratose (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller akseptabiliteten av kryoterapi og når andre lokale behandlingsalternativer er kontraindisert eller uaktuelle. **Dosering:** Påføringshyppigheten og behandlingsvarigheten er forskjellig for hver indikasjon. Pasienten bør vaske behandlingsområdet med mild såpe og vann og tørke seg godt før påføring av kremen. Kremen skal gnis inn i behandlingsområdet til kremen forsvinner. Kremen bør være på i ca. 8 timer. Unngå dusj og bading etter påføring. Kremen fjernes med mild såpe og vann. Påføring av for mye krem eller forlenget kontakt med huden, kan medføre uttalte lokale reaksjoner. En engangspose er nok til å dekke et område på 20 cm<sup>2</sup>. Etter påføring bør en åpen pose ikke brukes på nytt. Hørene må vaskes før og etter applikasjon. Ved glemt dose kan kremen påføres så snart pasienten husker det og så fortsette med den regelmessige planen. Ikke påfør krem mer enn 1 gang i døgnet. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** Bør appliseres 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag, eller tirsdag, torsdag og lørdag) før sengetid. Behandlingen bør fortsette til synlige genitale eller perianale kondylomer er forsvunnet, eller i maks. 16 uker ved hvert utbrudd. Median tid til tilheling hos menn og kvinner er hhv. 12 og 8 uker. **Overflattisk basalcellekrefte hos voksne:** Påfør kremen i 6 uker, 5 ganger pr. uke (f.eks. mandag til fredag) før sengetid. Behandlingseffekten skal bedømmes 12 uker etter avsluttet behandling. Ved ufullstendig tilheling, bør en annen terapiform benyttes. Unngå påsmøring av innvendige områder. Menn uten omskjæring, som behandler vorter under forhuden, må trekke forhuden tilbake og vaske området daglig. **Aktinisk keratose hos voksne:** Behandlingen skal startes og følges opp av lege. Påføres før sengetid 3 ganger ukentlig (f.eks. mandag, onsdag og fredag) i 4 uker. Etter 4 uker uten behandling bør legen vurdere det behandlede området for å bestemme om AK er fjernet, ev. gjentas behandlingen i ytterligere 4 uker. Maks. enkeltdose er 1 pose. Maks. anbefalt behandlingstid er 8 uker. Ved intense lokale inflammatoriske reaksjoner eller infeksjon i behandlingsområdet, bør det vurderes å avbryte behandlingen. I sistnevnte tilfelle skal adekvate tiltak iverksettes. Hver behandlingsperiode skal ikke overstige 4 uker, inkl. ev. glemt dose eller hvileperioder. Dersom behandlede lesjon(er) viser ufullstendig respons ved oppfølgingen 4-8 uker etter 2. behandlingsperiode, skal alternativ behandling benyttes. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet mot imiquimod eller andre innholdsstoffer i kremen. **Forsiktighetsregler:** **Veneriske vorter:** Det er begrenset erfaring med behandling av vorter under forhuden hos ikke-omskårne menn. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosis, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjæring. God forhudshygiene bør derfor anbefales. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. erosjon, sårdannelse, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet med å trekke forhuden tilbake. Opptrer disse symptomene skal behandlingen stoppes umiddelbart. Imiquimod er ikke blitt testet for behandling av interne genitale vorter og er ikke anbefalt til behandling av kondylomer i urethra, vagina, cervix eller rectum. Behandling skal ikke startes i områder med åpne sår. Skulle det oppstå en ikke-tolererbar hudreaksjon, bør kremen vaskes av med mild såpe og vann. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har avtatt. Risikoen for utvikling av uttalte hudreaksjoner kan øke når det benyttes høyere doser enn de anbefalte. I sjeldne tilfeller er det observert uttalte lokale reaksjoner som har krevd behandling eller vært forbigående funksjonshemmende, hos pasienter som har benyttet den anbefalte dosering. Hos kvinner, hvor slike reaksjoner er oppstått ved urinrørsåpningen, har reaksjonene hos enkelte medført vanskeligheter med vannlating og enkelte tilfeller har kateterisering vært nødvendig. Det foreligger ikke klinisk erfaring med bruk umiddelbart etter annen lokal farmakologisk behandling av kondylomer. Okklusiv behandling av kondylomer anbefales ikke. Bruk av imiquimod bør ikke skje for det har vært tilheling etter annen kirurgisk eller farmakologisk behandling. Kremen bør vaskes av før seksuell aktivitet. Kan svekke kondomer eller pessarer, samtidig bruk bør derfor unngås. Kan gi oppblussing av eller forverre inflammasjonstilstander i huden. Erfaringer hos pasienter over 65 år er begrenset. Hos immunsupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrensede data har vist en økt vortetilheling hos HIV-positive pasienter, men ikke i samme grad som hos HIV-negative. **Basalcellekrefte:** Imiquimod er ikke undersøkt ved behandling av basalcellekrefte innenfor et område på 1 cm fra øyelokkene, nese, lepper eller hårfestet. Under behandlingen og til fullstendig tilheling, vil det behandlede hudområdet trolig fremstå tydelig forskjellig fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse avtar vanligvis i intensitet under behandlingen eller forsvinner når behandlingen er avsluttet. Det er en sammenheng mellom fullstendig tilheling og intensiteten av lokale hudreaksjoner (f.eks. erytem). Lokale hudreaksjoner kan være relatert til stimuleringen av den lokale immunresponsen. Dersom pasientens ubehag eller alvorlighetsgraden av den lokale hudreaksjonen er uttalt, kan en ta en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas når hudreaksjonen har avtatt. Hjelpstoffene cetylalkohol, stearylalkohol, metyl- og propylparahydroksybenzoat, kan gi allergiske reaksjoner. Skal benyttes med forsiktighet hos pasienter med reduserte hematologiske reserver. **Aktinisk keratose:** Lesjoner som er klinisk atypiske eller som gir mistanke om kreft, bør undersøkes med vevsprøve for å bestemme egnet behandling. Imiquimod er ikke evaluert for behandling av AK på øyelokkene, inne i neseborene eller ørene eller leppeområdet innenfor vermiliongrensen. Det finnes svært begrensede data vedrørende imiquimodbehandling av AK i andre anatomiske områder enn ansiktet og hodebunnen. Tilgjengelige data vedrørende imiquimodbehandling av AK på underarmene og hendene gir ikke grunnlag for anbefaling av slik bruk. Imiquimodbehandling anbefales ikke ved AK-lesjoner med markert hyperkeratose eller hypertrofi, slik en f.eks. ser ved kutanose horn. Under behandling og innlitt tilheling vil påvirket hud trolig skille seg merkbart ut fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse reaksjonene avtar generelt i intensitet under behandlingen eller forsvinner etter at behandlingen er over. Intensiteten av de lokale hudreaksjonene (f.eks. erytem) er forbundet med tilhelingshastigheten. Lokale hudreaksjoner kan ha sammenheng med stimulering av lokalimmunrespons. Hvis pasientens ubehag eller intensiteten av lokale hudreaksjoner krever det, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har moderert seg. Klinisk erfaring med bruk av svekket immunsystem mangler. Data mangler vedrørende gjentatt behandling av AK som er fjernet etter 1-2 behandlingsperioder og deretter dukker opp igjen. Studier tyder på at full fjerning skjer langsommere ved >8 AK-lesjoner, enn ved <8 AK-lesjoner. Hudområdet som behandles må beskyttes mot sollys. **Interaksjoner:** Benyttes med forsiktighet ved samtidig immunsuppressiv behandling. **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Opplysninger mangler. Data fra et begrenset antall graviditeter foreligger, men

generelle konklusjoner kan ikke trekkes på dette grunnlaget. Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. *Overgang i morsmelk:* Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) av imiquimod er detektert i serum etter enkle eller multiple lokalt appliserte doser. Spesifikke anbefalinger vedrørende amming kan ikke gis. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er lokale reaksjoner som erytem, erosjon, avskalling og ødem. Indurasjon, sårdannelse, skorpedannelse og vesikler er mindre vanlige. Hudreaksjoner på nærliggende områder, hovedsakelig erytem, forekommer også. Lokale hudreaksjoner som erytem er sannsynligvis en konsekvens av den farmakologiske effekten av imiquimod. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. Ved behandling av basalcellekrefte er det en direkte sammenheng mellom intensitet av lokale reaksjoner og tumor tilheling. De fleste hudreaksjoner er milde til moderate i alvorlighetsgrad, og blir borte innen 2 uker etter avslutning av behandlingen. I sjeldne tilfeller har reaksjonene vært kraftige og nødvendiggjort behandling og/eller medført nedsett funksjons-evne. I svært sjeldne tilfeller har uttalte reaksjoner i urinrørsåpningen medført dysuri hos kvinner. **Hyppige (>1/100):** Hud: Erytem, kløe, svie, smerte på applikasjonsstedet, infeksjon, pustula. **Mindre hyppige:** Øvrige: Hodepine, influensalignende symptomer. Lokal hypo- og hyperpigmentering etter bruk av imiquimod er rapportert. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. den minimale perkutane absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan resultere i alvorlige lokale hudreaksjoner. Etter utilsiktet oralt inntak kan det opptre symptomer som kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber etter en enkel dose på 200 mg imiquimod. Den alvorligste kliniske bivirkning rapportert etter oralt inntak av >200 mg imiquimod er hypotensjon. Blodtrykket kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjonens anbefalinger D06B B10. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Immunstimulerende middel. **Virkningsmekanisme:** Imiquimod modifiserer immunresponsen. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor for imiquimod på responderende immunceller. Imiquimod har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er imiquimod effektiv mot virusinfeksjoner og virker som et antitumorstoff prinsipielt ved å induisere alfainterferon og andre cytokiner. Dette er også vist i kliniske studier. Økning i systemiske nivåer av alfainterferon og andre cytokiner som følge av lokal påføring av imiquimod er påvist i en farmakokinetisk studie. **Absorpsjon:** <0,9 %. **Utskillelse:** Hurtig via urin ca. 66 % og feces ca. 33 %. **Pakninger og priser:** 12 x 0,25 g kr 719,70. **Sist endret:** 20.11.2007. **Refusjonsberettiget bruk:** Lokalbehandling av mindre overflattisk basalcellekrefte (SBC) hos voksne. Aktiniske keratoser: Flere enn 10 behandlingskrevende klinisk karakteristiske, ikke-hyperkeratotiske, ikke-hypertrofiske aktiniske keratoser (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller akseptabiliteten av kryoterapi. Ved immunsvikt: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata). Palliativ behandling i livets sluttfase. **Refusjonskode:**

ICPC		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
B99	Immunsvikt INA	31, 136
S77	Basalcellekarzinom	167
S80	Solutløst keratose/solforbrønning	54, 136
ICD		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
C44	Andre ondartede svulster i hud	167
D80	Immunsvikt med overveidende antistoffmangel	31,136
D81	Kombinert immunsvikt	31,136
D82	Immunsvikt forbundet med andre større defekter	31,136
D83	Vanlig variabel immunsvikt	31,136
D84	Annen immunsvikt	31,136
L57.0	Aktinisk keratose	54,136

#### Vilkår:

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

**Referanse:** 1 Schöfer H. et al. Eur J Dermatol. 2006;16(6):642-648. 2 Edwards L. et al. Arch Dermatol 1998; 134(1): 25-30.

# Frie Foredrag Sesjon I

## G1. MOBILISERING AV BÅNDET: ET GODT ALTERNATIV TIL SELVKATETERISERING VED POSTOPERATIV URINRETENSJON ETTER TENSJONSFRI VAGINALTAPE

Rimstad L<sup>1</sup>, Svenningsen R<sup>1</sup>, Moe K<sup>2</sup>, Schiøtz HA<sup>3</sup>, Kulseng-Hanssen S<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus; <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo; <sup>3</sup>Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold; <sup>4</sup>Gynekologisk avdeling, Bærum sykehus.

**Bakgrunn.** Urinretensjon er en kjent postoperativ komplikasjon etter operasjon med tensjonsfri vaginaltape. Pasientene fikk tidligere båndet kuttet primært eller ble lært opp til selvkateterisering. Ved vedvarende urinretensjon ble båndet kuttet også i den sistnevnte gruppen. Fra 2008 har man oftere i stedet operativt mobilisert båndet de første dagene etter inngrepet. Vi ønsket å evaluere metoden ved å sammenlikne resultatene mot resultatene ved de tradisjonelle metodene (selvkateterisering og kuttet bånd).

**Metode.** Postoperative data fra 19 631 kvinner operert med tensjonsfri vaginal tape for stress- eller blandingsinkontinens ble hentet fra Norsk Kvinnelig Inkontinensregister og analysert retrospektivt. 6 - 12 måneder postoperativt fylte pasientene ut et validert spørreskjema og utførte en stresstest. Resultatet av stresstesten utgjør objektivt utfall i studien. En stressindeks (0-12 poeng), utregnet fra det validerte spørreskjemaet, og andelen kvinner registrert som «veldig fornøyd», utgjør subjektive utfall. De som fikk båndet kuttet etter først å ha gjennomgått en periode med selvkateterisering eller mobilisering ble i de sammenliknende analysene klassifisert i gruppen "kuttet bånd". Det ble i alle analyser justert for preoperative forskjeller mellom gruppene.

**Resultater.** 746 av 19 631 kvinner (3,8%) opplevde postoperativ urinretensjon. Median tid til oppfølging var 9 måneder. 333 kvinner ble lært opp til selvkateterisering. 129 kvinner fikk båndet kuttet og 141 kvinner fikk båndet mobilisert. Kvinner som benyttet selvkateterisering en periode kom signifikant bedre ut enn kvinner som fikk båndet kuttet for alle tre utfallsvariabler ( $p < 0,005$ ). Det samme viste seg for kvinner som fikk båndet mobilisert når disse ble sammenliknet med kvinner som fikk båndet kuttet ( $p < 0,005$ ). Det var derimot ingen signifikante forskjeller i de tre utfallsvariablene når mobilisering ble sammenliknet med selvkateterisering med unntak av undergruppen kvinner ( $n=64$ ) som etter selvkateterisering endte med å kutte båndet. Disse kom signifikant dårligere ut ( $p < 0,005$ ). Kvinner som selvkateteriserte seg og senere fikk båndet klippet var signifikant mindre veldig fornøyd ( $P < 0,01$ ) enn kvinner som fikk båndet mobilisert og senere klippet mens det var ingen signifikant forskjell i stressindeks.

**Konklusjon.** Kvinner med postoperativ urinretensjon bør bli tilbudt operativ mobilisering av vaginaltappen fremfor opplæring i selvkateterisering eller tidlig kutt av båndet.

## G2. UNDERLIVSFREM FALL; ER SYMPTOMER ASSOSIERT MED KLINISKE FUNN HOS FØRSTEGANGSFØDENDE?

Reimers C<sup>1</sup>, Stær Jensen J<sup>1</sup>, Siafarikas F<sup>2</sup>, Bø K<sup>3,1</sup>, Ellström Engh M<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinnelinikken, Akershus universitetssykehus; <sup>2</sup>Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo; <sup>3</sup>Norges idrettshøgskole.

**Bakgrunn.** Underlivsfremfall hos førstegangsfødende kvinner før og etter fødselen er i liten grad studert. Vi har tidligere funnet at anatomisk fremfall er en sjelden tilstand hos førstegangsfødende kvinner. Vi ønsket nå å undersøke forekomst av subjektive symptomer på fremfall hos denne gruppen og hvorvidt disse symptomene var assosiert med anatomisk fremfall.

**Metode.** Dette er en prospektiv kohortstudie gjennomført ved Akershus universitetssykehus fra januar 2010 til oktober 2012 med målsetting å kartlegge forekomst og endringer av underlivsfremfall hos førstegangsfødende kvinner fra midtveis i svangerskapet til ett år etter fødsel. Deltagerne besvarte et elektronisk spørreskjema som kartla symptomer i samband med klinisk undersøkelse i svangerskapsuke 21 og 37, og 6 uker, 6 måneder og 12 måneder post partum. Kvinnene ble undersøkt med POP-Q målinger ved hvert besøk. Kulefølelse ble definert som kulefølelse i eller utenfor vagina. Anatomisk fremfall ble definert som POP-Q stadium 2 eller mer. Assosiasjonen mellom kulefølelse og anatomisk fremfall ble analysert med tosidig Fischer eksakt test

**Resultater.** 300 kvinner ble inkludert i studien og 176 hadde komplette data ved siste undersøkelse. Gjennomsnittsalder for kvinnene var 28,7 år; 81 % fødte vaginalt og 19 % ved keisersnitt. Forekomst av kulefølelse i vagina ved de ulike undersøkelsestidspunkt var 16% (ssk-uke 21), 17% (ssk-uke 37), 20% (6 u pp), 23% (6 m pp) og 19% (12 m pp). Anatomisk fremfall ble funnet hos 4% (ssk-uke 21), 1% (ssk-uke 37), 9% (6 u pp), 3% (6 m pp), og 2% (12 m pp). Følelsen av en kul i vagina var ikke assosiert med anatomisk underlivsfremfall hos denne populasjonen med unntak av 6 uker etter fødsel ( $P = 0,000$ ).

**Konklusjon.** Følelsen av å ha en kul i vagina var relativt hyppig forekommende hos førstegangsfødende kvinner. De subjektive symptomene var i liten eller ingen grad assosiert med forekomst av anatomisk fremfall.

## G3. ENDRING I ABORTPRAKSIS ETTER IMPLEMENTERING AV MEDIKAMENTELL ABORT TIL NOREG 1998-2013

Løkeland M<sup>1,2</sup>, Iversen OE<sup>1,2</sup>, Bjørge T<sup>3,4</sup>, Akerkar R<sup>5</sup>, Bjørge L<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinisk Institutt; <sup>2</sup>Universitetet i Bergen, Bergen; <sup>3</sup>Kvinnelinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; <sup>4</sup>Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Bergen; <sup>5</sup>Krefregisteret, Oslo; <sup>6</sup>Folkhelseinstituttet, Bergen

**Bakgrunn.** Etter innføring av medikamentell abort med mifepristone og misoprostol i Noreg i 1998 har behandlingsmetodene vorte utvida og forenkla, fleire tilbyr medikamentell abort og bruken har auka. Alle begjæringer om abort i Noreg er registrert i Abortregisteret. Målet med studien var å skildre implementeringsprosessen, endringar i behandlingspraksis ved landets avdelingar og konsekvensar av omlegginga for abortpopulasjonen.

**Metodar.** 223 692 kvinner registrert i Abortregisteret som tok abort innan utgangen av 12 svangerskapsveke i perioden 1998-2013 vart inkludert. Deskriptiv statistikk og odds ratio var brukt for å samanlikna gruppa som tok medikamentell med dei som tok kirurgisk abort.

**Resultater.** Implementeringsprosessen: Andelen abortar som vert utført medikamentelt auka frå 5,9% i 1998 til 82,1% i 2013. Abortpopulasjonen: Samtidig som Noregs populasjon auka frå 4 til 5 millionar så har aborttala halde seg stabile. Fleire tok abort innan 7. veke blant dei som fekk utført medikamentell abort (41,6%) enn kirurgisk (16,7%) OR 3,6 (CI 3,5-3,6). Andelen abortar før 9. veke auka frå 44,0% i 1998 til 77,8% i 2013. Ventetid mellom registrert begjæring på sjukehuset til utført abort falt frå 11,3 dagar i 1998 til 7,3 dagar i 2013. Det er ingen skilnad på alder, sivil status, utdanning eller jobbstatus mellom dei to gruppene.

**Konklusjon.** Sidan 1998 har det vore tilnærma total overgang i abortpraksis frå kirurgisk til medikamentell abort samtidig som abortrata har gått ned. Ventetida for å få utført abort har gått ned og fleire abortar vert utført før 9. svangerskapsveke.

## G4. RISIKO FOR KREFT ETTER BEHANDLING MED ASSISTERT BEFRUKTNING-EN REGISTERBASERT COHORT STUDIE MED DATA FRA MEDISINSK FØDELSREGISTER OG KREFTREGISTERET

Reigstad MM<sup>1</sup>, Larsen IK<sup>2</sup>, Myklebust TÅ<sup>2</sup>, Robsahm T<sup>2</sup>, Oldereid NB<sup>3</sup>, Omrand AK<sup>3</sup>, Vangen S<sup>1</sup>, Brinton LA<sup>4</sup>, Storeng R<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nasjonalt kompetansetjeneste for kvinnehelse, Rikshospitalet, OUS; <sup>2</sup>Krefregisteret, Institutt for populasjonsbasert kreftforskning; <sup>3</sup>Seksjon for reproduksjonsmedisin, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet; <sup>4</sup>National Cancer Institute, Division of Cancer Epidemiology & Genetics, Hormonal and Reproductive Epidemiology Branch, Bethesda, Maryland, U.S.A.

**Bakgrunn.** Det foreligger flere studier; også nordiske, som omhandler kreftisiko hos kvinner som har gjennomgått behandling for infertilitet, men tallene er ikke entydige. Risiko hos norske kvinner har ikke tidligere vært undersøkt.

**Metode.** Medisinsk Fødselsregister (MFR) ble brukt for å hente informasjon om 812 986 kvinner som fødte barn mellom 1984 og 2010. MFR ble brukt til å identifisere kvinner som hadde født barn ved hjelp av assistert befruktning (in-vitro fertilisering (IVF) eller intracytoplasmisk spermieinjeksjon (ICSI)). Kreftdiagnoser



for alle kvinnene i kohorten ble hentet fra Kreftregisteret. Cox regresjon ble benyttet for å regne ut risiko (hasard ratio (HR) med konfidensintervall (KI)) for de vanligste krefttyper hos kvinner som hadde født barn etter assistert befruktning sammenlignet med de som fødte barn uten slik behandling.

**Resultater.** Blant kvinner som hadde født barn ved assistert befruktning (n = 16 629) var det 457 kvinner med kreft, og blant kontrollene (n= 792 310) var det 24 344. Hasard ratio for kreft blant kvinner som hadde født barn etter assistert befruktning sammenlignet med kontrollen var 1.23 (95% KI 1.11-1.37). Risikoen var økt for brystkreft, HR 1.20 (95% KI 1.01-1.42) og for kreft i sentralnervesystemet, HR 1.49 (95% CI 1.02 – 2.18). Lang observasjonstid og behandling med tradisjonell IVF uten ICSI viste høyest risiko i subgruppeanalyser.

**Konklusjon.** Kvinner som har født barn i Norge etter gjennomgått assistert befruktning hadde økt risiko for brystkreft og kreft i sentralnervesystemet i forhold til de som fødte barn uten slik behandling. Økt risiko i visse særgrupper av studiepopulasjonen gir grunn til videre oppfølging av disse kvinnene.

## G7. LAPAROSKOPI OG HYSTEROSKOPI I NORGE – FØRSTE RESULTATER FRA DET WEBBASERTE NASJONALE GYNEKOLOGISKE ENDOSKOPIREGISTER

Rakovan M<sup>1</sup>, Putz A<sup>1</sup>, Putz A.M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg.

**Bakgrunn.** Norsk gynekologisk endoskopiregister er et webbasert nasjonalt medisinsk helseregister som omfatter både laparoskopier og hysteroskopier. Registerets oppstart på landsbasis var 01.02.2013. Hensikten med et slikt register er først og fremst å forbedre kvaliteten på diagnostikk og operativ behandling av gynekologiske sykdommer. Informasjonen bør komme pasientene til nytte i form av en bedre og mer oversiktlig helsetjeneste. Vi vil se på forekomst av type operasjoner komplikasjoner og hva som påvirker forløp. Det enkelte sykehus skal kunne holde oversikt over egne resultater og sammenlignet med resultater på landsbasis.

**Metode.** Etter oppdragsdokumentet fra HOD er det plikt for alle avdelinger i landet som gjennomfører gynekologiske endoskopiske operasjoner å delta i NGER. Inntil desember 2013 har 15 gynekologiske avdelinger registrert pasienten i NGER. Til og med 31.12.13 er 740 operasjoner fullstendig dokumentert i databasen. Registeret er samtykkebasert. Etter to faktor autentifisering av registrerte bruker får man tilgang til registreringsskjemaer. Personlige og sosiodemografiske opplysninger, allmenne helseopplysninger, allmenne og spesifikke operasjonsdata og intraoperative komplikasjoner ble registrert i databasen. Fire til seks uker etter inngrepet ble utsendt til alle registrerte pasienten et spørreskjema til å fange opp postoperative komplikasjoner.

**Resultater.** Det ble gjort 477 (64,5%) laparoskopier; 243 (32,8%) hysteroskopier og 20 (2,7%) begge type operasjoner samtidig. Derfra ble det gjort 426 (57,6%) inngrepet dagkirurgisk. 22 (3,0%) operasjoner forgikk i vaktid. Videre analyser viste at det var 15 (3,0%) intraoperative komplikasjoner ved laparoskopi og 14 (5,3%) ved hysteroskopi. Ved 10 (2,0%) av alle laparoskopier måtte man konvertere til laparotomi og 15 (2,0%) pasienter ble reoperert. Frekvens av alle postoperative komplikasjoner er 12,8% (61) ved laparoskopi, 4,5% (11) ved hysteroskopi og 5,0% (1) ved begge type operasjon samtidig. Videre inndeling etter komplikasjonens alvorlighetsgrad ved laparoskopi viste hos 44 (72,1%) lite alvorlige, hos 12 (19,7%) middels alvorlige og hos 5 (8,2%) alvorlige komplikasjoner. Det var ingen dødsfall registrert (0%). Ved hysteroskopi fant vi hos 10 (90,9%) lite alvorlige, hos 1 (9,1%) middels alvorlige og hos ingen (0%) alvorlige komplikasjoner og ingen (0%) dødsfall.

**Konklusjon.** I verdenslitteratur finnes en allmenn komplikasjonsrate fra < 1% og en rate for alvorlige komplikasjoner fra < 0,5% ved gynekologiske endoskopier. Det første resultatet fra NGER viser en annen realitet. En nærmere undersøkelse av alle registrerte parameter er nødvendig til å finne ut risikofaktorer og reduserer komplikasjoner. NGER er et viktig verktøy til å forbedre kvaliteten på gynekologiske laparoskopier og hysteroskopier.

## G8. PREVENSJONSBRUK BLANT KVINNER SOM BEGJÆRER SVANGERSKAPSABBRUDD I NORGE

Lid J<sup>1</sup>, Eskild A<sup>2</sup>, Strøm-Roum EM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo; <sup>2</sup>Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog

**Bakgrunn.** På tross av bred enighet om å redusere antall svangerskapsabbrudd i Norge hvert år; forblir tallene forholdsvis konstante. Økt prevensjonsbruk blant yngre kvinner anses som et viktig virkemiddel for å redusere antallet svangerskapsabbrudd. Det finnes lite kunnskap om hvor stor andel av kvinnene som begjærer svangerskapsabbrudd, som har brukt prevensjon. Vi har derfor studert prevensjonsbruk blant kvinner som begjærer svangerskapsabbrudd.

**Metode.** Vi inkluderte alle begjæringer om svangerskapsabbrudd i Norge i årene 2007-2011 ved bruk av Abortregisteret. Andelen av kvinner som brukte prevensjon ved unnfangelsen av det aktuelle svangerskapet, og hvilke prevensjonsmetoder de brukte, ble studert. I tillegg beregnet vi odds ratio for å ha brukt prevensjon for faktorer knyttet til kvinnen; alder, paritet, sivilstatus, yrkesdeltakelse, utdanningsnivå, tidligere svangerskapsabbrudd samt bostedsregion.

**Resultater.** Det var registrert 80 346 begjæringer om svangerskapsabbrudd i Norge i årene 2007-2011. Blant disse hadde 36,5% av kvinnene brukt prevensjon ved unnfangelsen. P-piller (16,8%) og kondom (11,7%) var de mest brukte prevensjonsmetodene. Bare 1,0% av de som begjærte svangerskapsabbrudd, hadde brukt spiral. Det var flest prevensjonsbrukere blant de yngste kvinnene; 40,1% blant kvinner under 20 år og 29,9% blant kvinner 40-44 år. I tillegg til lav alder var det å ha barn, tidligere svangerskapsabbrudd og høyere utdanning knyttet til prevensjonsbruk blant kvinnene som begjærte svangerskapsabbrudd.

**Konklusjon.** Faktorene som var knyttet til prevensjonsbruk i vår studie, er også faktorer knyttet til fertilitet. Våre funn tyder derfor på at noen kvinner med høy fertilitet opplever prevensjonsvikt og begjærer svangerskapsabbrudd ved en ikke planlagt graviditet. Det er mulig at kvinner med barn og/eller et tidligere svangerskapsabbrudd, og som ikke ønsker å bli gravide, bør få tilbud om prevensjonsmetoder som reduserer brukerfeil og dermed også uønskede graviditeter.

## G11. KONTROLL AV ASCUS/LSIL MED HPV TEST OG CELLEPRØVE GIR ET BEDRE HELSETILBUD ENN MED CELLEPRØVE ALENE

Linde LE<sup>1</sup>, Haugland HK<sup>2</sup>, Iversen OE<sup>1</sup>, Vintermyr O<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; <sup>2</sup>Avdeling for patologi, Haukeland universitetssykehus; <sup>3</sup>Gades laboratorium for patologi, Avdeling for patologi, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen.

**Bakgrunn.** Screening mot livmorhalskreft i Norge har pågått systematisk siden 1994. Som et ledd i å forbedre screeningen ble HPV-test innført i 2005. Den 01.07.14 ble det også innført HPV reflekstesting ved usikre (ASCUS) og lavgradige (LSIL) celleforandringer i cytologi. Mange internasjonale studier har vist at HPV-test gir en høyere sensitivitet for påvisning av alvorlige (CIN2+) celleforandringer. Det foreligger få norske undersøkelser som dokumenterer en slik effekt av HPV-testing i vårt screeningprogram. I denne studien har vi ønsket å undersøke effekt av HPV-test i sekundærscreening på et regionalt nivå (Helse Bergen) og også å vurdere våre funn i relasjon til nytte ved innføring av HPV-reflekstesting.

**Metode.** I 19,469 cytologiske prøver fra cervix ble samlet i perioden 2005-2007. Det ble påvist 1784 kvinner med ASCUS/LSIL (indeks prøve) uten kjente positive funn i cytologi eller HPV siste 2 år. Av disse manglet videre oppfølgingsdata på 27 kvinner. Studiepopulasjonen (1757 kvinner) ble fulgt i 3-6 år for å fange opp progresjon mot cervical intraepitelial neoplasia grad 2 eller verre (CIN2+ i gruppen som fulgte retningslinjene (20,3% CIN2+) enn i gruppen som kontrollerte ASCUS/LSIL med kun cytologi (13,3% CIN2+). Samlet ble det påvist 26,6% flere CIN2+ i gruppen som ble fulgt opp etter retningslinjene enn i de øvrige oppfølgingsgrupper. Blant de 1055 kvinner som fulgte retningslinjene med HPV-test i oppfølging ble 246 (23,3%) rapportert som cytologi negativ/HPV positive ved første gangs kontroll. Av disse ble 9,9% kontrollert på nytt før 4 mnd. og 90,2% innen 2 år. I hele studiepopulasjonen (1784) ble 19,3% kontrollert før 4 mnd og i den gruppe av kvinner som kun brukte cytologi (506) ble 18,4% kontrollert før 4 mnd. Resultatet indikerer at et HPV positivt funn ikke fører til økt kontrollfrekvens av kvinner når den cytologiske prøve er normal. Dette til tross for at samme gruppe kvinner (HPVpos/Cytneg) var en klar risikogruppe der det ble påvist CIN2+ i 26,9% av disse ved senere oppfølging.

**Konklusjon.** HPV-test i sekundærscreening ved ASCUS/LSIL fører til betydelig økt påvisning av CIN2+ enn hos de kvinner som ikke bruker HPV test ved kontroll

av ASCUS/LSIL. Pasienter som kontrolleres med HPV-test blir også fulgt opp mest riktig i forhold til retningslinjene slik disse er anbefalt i screeningprogrammet. En positiv HPV-test og normal cytologi (HPV+/Cyt.neg.) ved kontroll fører ikke til tidligere ny kontroll enn av andre kvinner, selv om dette er en gruppe kvinner med betydelig økt risiko for CIN2+. Totalt sett indikerer våre resultater at kvinner som følges opp med kun cytologiske prøver, uten HPV-test, får et redusert helsetilbud. Ved innføringen av reflekscytologi vil alle kvinner få samme mulighet til å få påvist en høygradig celleforandring i livmorhalsen.

## G12. BARN OG UNGE SOM OPPSØKER OVERGREPSENHETEN VED ST.OLAVS HOSPITAL

[Pedersen K<sup>1</sup>](#), [Hagemann C2,3](#), [Dyb G<sup>4</sup>](#), [Nesvold H<sup>5</sup>](#)

<sup>1</sup>Universitetet i Oslo; <sup>2</sup>Norges teknisk naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim; <sup>3</sup>Kvinneklinikken, St.Olavs Hospital HF, Trondheim; <sup>4</sup>NKVTS, <sup>5</sup>Legevakten Oslo.

**Bakgrunn.** Overgrepsheten ved St.Olavs Hospital tilbyr helsehjelp og rettsmedisinsk undersøkelse til ungdom og voksne utsatt for seksuelle overgrep. Det er studier som viser at ofre for voldtekt har flere sårbarhetsfaktorer enn den generelle befolkningen. Formålet med studien var å sammenligne pasientene i forskjellige aldersgrupper angående overgrepsskarakteristika, sårbarhetsfaktorer og kontakt med helsevesenet.

**Metode.** Prosjektet var en retrospektiv, deskriptiv studie. Dataene omhandlet 612 kvinnelige pasienter  $\geq 12$  år som var blitt undersøkt ved Overgrepsheten i perioden 1.7.2003-31.12.2010. Informasjonen ble hentet fra pasientjournalene. Pasientene ble delt inn i grupper avhengig av alder,  $< 16$ ,  $16 - 17$  og  $\geq 18$  år. Det ble undersøkt for sårbarhetsfaktorer og overgrepsskarakteristika i alle grupper.

**Resultater.** 20 % var  $< 16$  år, 13 % var  $16 - 17$  år og 67 % var  $\geq 18$  år. Det var høy forekomst av sårbarhetsfaktorer i alle aldersgrupper: samlet oppga 39% tidligere overgrep og 44% hadde tidligere/nåværende mentale helseproblemer. De yngre aldersgruppene hadde nærmere relasjon til overgriper, oppga mindre vold, hadde oftere anogenitale skader, anmeldte oftere til politiet og kom sent i kontakt med helsevesenet.

**Konklusjon.** Det er viktig med god helsehjelp, somatisk som fysisk, da mange av pasientene som oppsøker overgrepsmottak er sårbare i forkant av overgrepet. Det er ulikheter mellom yngre og eldre pasienter som må tas hensyn til i forebyggende arbeid og oppfølging.

## Frie Foredrag Sesjon 2

### F1. UTEROPLACENTAL DECIDUAL ACUTE ATHEROSIS IN NORMAL, DIABETIC AND PREECLAMPTIC PREGNANCIES: USING REVISED DIAGNOSTIC CRITERIA FOR FUTURE FOLLOW-UP CARDIOVASCULAR STUDIES

[Alnæs-Katjavivi PH<sup>1</sup>](#), [Lyall F<sup>2</sup>](#), [Roald B<sup>3</sup>](#), [Redman CWG<sup>4</sup>](#), [Staff AC<sup>1</sup>](#)

<sup>1</sup>Dept. of Obstetrics and Dept. Gynaecology, Oslo University Hospital, Ullevål and Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway, <sup>2</sup>University of Glasgow, Maternal and Fetal Medicine Section, Institute of Medical Genetics, Glasgow, United Kingdom, <sup>3</sup>Department of Pathology, Oslo University Hospital, Ullevål and Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway, <sup>4</sup>Department of Obstetric Medicine, University of Oxford, Oxford, UK.

**Background.** Atherosclerosis is a significant burden, both for women and men. Preeclampsia is a known risk factor for atherosclerotic cardiovascular disease (CVD) later in life, with increasing risk according to severity of preeclampsia. However, not all women who have had preeclampsia will develop CVD and women affected by CVD may have experienced uneventful pregnancies. Acute atherosclerosis (AA) of the uteroplacental spiral arteries is an understudied lesion. AA is commonly described in, but not confined to, preeclampsia. AA is characterised by a spectrum of subendothelial lipid-filled foam cells, fibrinoid necrosis and perivascular leukocyte infiltrate in and around affected spiral arteries, resembling early stages of atherosclerosis. As with atheroma, the propensity for spiral artery thrombosis has been associated with AA. We hypothesize that variants of AA may identify a subset of women at elevated risk for atherosclerotic arterial disease later in life. However, the morphologic criteria for acute atherosclerosis are vague and inadequately standardized, restricting comparison between investigators, cohorts and long-term follow-up studies. Hence we have developed a revised set of diagnostic criteria, to classify decidual acute atherosclerosis in different pregnancy disorders.

**Methods.** Our revised criteria (Alnæs-Katjavivi et al, IFPA 2013 abstract, Placenta 2013 Vol 34:9, A11) were used on serial sections of formalin fixed and paraffin embedded decidua basalis tissue from 274 caesarean elective deliveries, collected by vacuum suction (Staff et al, Am J Obst and Gyn 1997). Sections were stained with H+E and PAS, combined with immunostainings with antibodies for CD68, Cytokeratin 7 (CK7), and desmin. Samples were evaluated according to our revised criteria, with substantial inter-observer agreement (Kappa value  $> 0,7$ ) between the first three abstract authors.

**Results.** 87% of decidua samples yielded spiral arteries for evaluation (n=239). Acute atherosclerosis (AA) was diagnosed in 21% in the cohort overall. AA was most prevalent in preeclampsia samples (37%), but was also present in some uncomplicated pregnancies both with and without diabetes (10%). AA was a little less pronounced amongst diabetic preeclamptics at 29%. AA was not associated with severity of preeclampsia, gestational age of delivery nor with presence of fetal growth restriction. Decidual spiral artery thrombosis was strongly associated with presence of decidual acute atherosclerosis ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions.** We have applied revised diagnostic criteria to classify decidual acute atherosclerosis across different clinical pregnancy outcomes. Our future studies will investigate whether these lesions target women with highest risk for atherosclerotic cardiovascular disease later in life, irrespective of pregnancy phenotype.

### F2. EVALUERING AV TO ALGORITMER FOR PREDIKSJON AV PREEKLAMPSI

[Ragnhild Bergene Skråstad<sup>1,2</sup>](#), [Gunhild Garmo Hov<sup>3</sup>](#), [Harm-Gerd Karl Blaas<sup>1,2</sup>](#), [Pål Richard Romundstad<sup>4</sup>](#), [Kjell Åsmund Salvesen<sup>2,5</sup>](#)

<sup>1</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim; <sup>2</sup>Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs hospital, Trondheim; <sup>3</sup>Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs Hospital, Trondheim; <sup>4</sup>Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim; <sup>5</sup>Kvinnokliniken, Institusjonen for kliniske vetenskaper, Lunds Universitet, Sverige

**Bakgrunn.** De siste årene er det utarbeidet flere kommersielle algoritmer for prediksjon av preeklampsi i første trimester. Målet med studien var å sammenligne to slike algoritmer i en populasjon av norske førstegangsfødende kvinner.

**Metode.** Studien ble gjennomført på Nasjonalt senter for fostermedisin i Trondheim. 541 førstegangsfødende kvinner ble undersøkt mellom uke 11+0 og 13+6 med anamneseopptak, blodtrykksmåling, Dopplermåling av "pulsatilitet index" i arteria uterina og analyse av Pregnancy Associated Plasma Protein A (PAPP-A) og Placental Growth Factor (PIGF) i serum. "The First Trimester Screening Program version 2.8" fra The Fetal Medicine Foundation (FMF) ble sammenlignet med "Preeclampsia Predictor TM version 1 revision 2" fra Perkin Elmer (Predictor). Receiver operating characteristic (ROC) kurver og testkarakteristika ble evaluert.

**Resultater.** Tjuen kvinner (3,9%) utviklet preeklampsi. De to algoritmene var like gode til å predikere preeklampsi som krevde forløsning før uke 42. Areal under ROC kurven (AUC) var 0,77 (0,67-0,87) for FMF og 0,74 (0,63-0,84) for Predictor. Sensitiviteten var 40% (95% CI 19,1-63,9) for FMF og 30% (95% CI 11,9-54,3) for Predictor ved falsk positiv rate (FPR) på 10%. FMF algoritmen var svært god for prediksjon av preterm preeklampsi (forløsning  $< 37$  uker) med AUC på 0,94 (0,86-1,0) og sensitivitet på 80% (95% CI 28,4-99,5) ved 10% FPR.

**Konklusjon.** De to algoritmene hadde lik og kun beskjeden evne til å predikere preeklampsi som krevde forløsning før uke 42. FMF algoritmen kan være egnet for prediksjon av preterm preeklampsi.

## F5. FØDELSVEKT OG MORS FØDELAND: EN POPULASJONSBASERT STUDIE

Sørbye IK<sup>1</sup>, Vangen S<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Nasjonalt kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo Universitetssykehus; <sup>2</sup>Medisinsk Fødselsregister/Universitetet i Bergen.

**Bakgrunn.** En økende andel av norskfødte barn har utenlandsfødte foreldre. Vi undersøkte effekten av mors fødeland på barnets fødselsvekt ved å sammenligne gjennomsnittlig fødselsvekt blant barn født i Norge blant de seks største innvandringsgruppene med barn født av kvinner med norsk bakgrunn.

**Metode.** Vi hentet informasjon fra Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå om fødte i Norge i perioden 1999-2009. Vi inkluderte 29 964 singletons med fødselsvekt  $\geq 500$ g eller gestasjonsalder  $\geq 22$  uker blant kvinner født i Pakistan, Somalia, Irak, Sri Lanka, Filippinene eller Vietnam og 475 951 singletons blant kvinner med norsk bakgrunn. Vi beregnet gjennomsnittlig fødselsvekt og standardavvik (SD) i hver landgruppe. Assosiasjoner mellom mors fødeland og fødselsvekt ble estimert ved lineær regresjon etter justering for mors alder, paritet, utdanning, botid i Norge, gestasjonsalder ved fødsel og barnets kjønn.

**Resultater.** Alle landgrupper hadde lavere gjennomsnittlig fødselsvekt sammenlignet med barn av kvinner med norsk bakgrunn. Fødselsvekten blant utenlandsfødte kvinner var høyest blant filippinske kvinner (3402g; SD 578) og lavest blant vietnamesiske kvinner (3235g; SD 499). Til sammenligning var fødselsvekten blant norske kvinner 3581g; SD 591). I justerte modeller var gjennomsnittlig vekt differanse størst blant barn av kvinner fra Pakistan (-273g) etterfulgt av barn av kvinner fra Vietnam (-260g), Sri Lanka (-213g), Somalia (-175g) og Irak (-124g). Botid i 5 år eller mer og høyere utdanning hos mor var knyttet til økt fødselsvekt hos barnet. Justering for diabetes hos mor endret ikke resultatene.

**Konklusjon.** Mors fødeland er nært knyttet til fødselsvekt med vektforskjeller på opp til 300g.

## F6. KVALITETSFORBEDRINGSPROSJEKT: REDUKSJON AV DECISJON-DELIVERY-INTERVAL (DDI) VED HASTESECTIO PGA TRUENDE ASFYKSI

Tappert C<sup>1</sup>, Heimstad R<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinnelklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim

**Bakgrunn.** Det optimale tidsintervallet fra avgjørelsen om at fødselen skal avsluttes med akutt keisersnitt til forløsning av barnet diskuteres. For fødsler som overvåkes med STAN tilsier retningslinjer tiltak - som ofte vil være forløsning - innen 20 minutter i åpningsfasen. I 2012 fant vi en uakseptabel lang Decisjon-Delivery-Interval (DDI)-tid for hastesectio pga truende asfyksi ved vår avdeling (41 min median) med betydelig variasjon mellom inngrepene.

**Metode.** Vi identifiserte en rekke forbedringstiltak ift tidsbruk ved forløsning med hastesectio pga truende asfyksi ved hjelp av arbeidsteknikker fra kvalitetsforbedringsarbeid (Model for improvement, Plan-Do-Study-Act (PDSA)-sirkler). Endringene (endret pasienttransport, gradering av sectio, flytting av preoperative rutiner til operasjonsstua) ble først prøvd ut i mindre test-sirkler (PDSA) før endelig implementering. Prosjektperioden varte fra nov 2013 ut juni 2014 med innføring av endringene i februar 2014. Katstrofe-sectio/hyperakutte sectio ble ekskludert fra prosjektet.

**Resultater.** 133 hastesectio pga truende asfyksi var utført i perioden. DDI-tiden ble redusert til 32 min (median) kun ved å fokusere på problemet (før innføring av endringene). Etter innføring av endringene ble DDI-tiden ytterlig forkortet til 26 min (median) ( $p < 0,001$ ), gjennomsnitt sank fra 35 min til 27 min ( $p < 0,001$ ). Bare periodevis lyktes det å redusere variasjonen. Det var ingen signifikant forskjell i perinatal outcome (Apgar; pH, overflytting NISE). Det var ikke økt forekomst av komplikasjoner (konvertering til narkose, blødning) etter innføring av endringene.

**Konklusjon.** Med å bruke velkjente arbeidsteknikker fra medisinsk kvalitetsarbeid klarte vi å redusere DDI-tiden betydelig ved vår avdeling.

## F7. GRAVIDITET OG HIV, HVORDAN GÅR DET MED MOR OG BARN?

Berntzen LSD<sup>1</sup>, Jacobsen AF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fødeavdelingen, seksjon Ullevål, Kvinne- og barneklirikken, Oslo universitetssykehus (OUS)

**Bakgrunn.** Fødeavdelingen OUS, Ullevål har ansvaret for gravide med Human immunodeficiency virus (HIV) i Oslo. Behandlingen av HIV infeksjoner er blitt bedre og kvinnenes forventet levealder er den samme som hos resten av befolkningen. Smittesisiko for barnet hos fullt virus suppressert kvinne er lav. I 2007 ble det opprettet en tverrfaglig gruppe bestående av jordmødre, gynekologer, pediatere og infeksjonsmedisinere på Fødeavdelingen (seksjon Ullevål) for å gi gravide kvinner med HIV optimal oppfølging. Disse kvinnene får tilbud om kontroll på Svangerskapspoliklinikken i graviditetsuke 12, 18 (ved UL screening), 28 og 36. Forløsningsmetoden blir bestemt ved kontroll i uke 36. Virus tall må være  $\leq 50$  HIV RNA kopier/mL. Vi ønsket å undersøke svangerskapsutfall, og utkomme for barn av HIV positive mødre. For å redusere smittesisiko er det kontraindisert med skalpelektrode og hinnerivning, og det bør unngås operative vaginale forløsning, hvis nødvendig er tang å foretrekke. Postpartum må kvinnene observeres på barselavdeling for smitteregime. Amming er kontraindisert. Barna får antiviral behandling i 6 uker og de følges opp av pediatrik avdeling til 4-6 mnd alder.

**Metode.** Retrospektiv journalgjennomgang av HIV positive kvinner som fødte på OUS, Ullevål i perioden 2012-2014. Vi undersøkte forløsningsmetode, fødselsvekt, gestasjonsalder, HIV RNA kopier ved fødsel, og smitteoverføring til barnet.

**Resultater.** Totalt 36 HIV positive kvinner ble fulgt opp i svangerskapet i perioden 01.01.12-31.07.14. I kvinne fødte ved annen institusjon, 10 kvinner ble planlagt forløst med keisersnitt hvorav 5 kvinner hadde for høye HIV RNA kopier/ml og 5 kvinner hadde tidligere keisersnitt. 25 kvinner ble klarert for vaginal forløsning. 13 kvinner fødte vaginalt, 12 kvinner ble konvertert til keisersnitt pga: 2- mislykket induksjon, 5- patologisk ctg, 2- overtid, 1- stort barn, 1 seteleie og trange mål, 1 hadde vannavgang  $> 4$  timer: Median svangerskapslengde 39+2 uker (Range 34+0- 42+2 uker). Median fødselsvekt 3131 gram (Range 2288-4559 gram). Ingen barn er blitt smittet i perioden.

**Konklusjon.** De fleste HIV positive gravide i vår populasjon har lave virustall. Kvinner med høye virustall er stort sett kvinner som får påvist HIV i svangerskapet. Vi fant ingen økt risiko for vekstrestriksjon eller premature fødsel i vårt tallmateriale. Det ble ikke funnet overføring av smitte i observasjonsperioden, og det er ingen barn med smitteoverføring de siste 10 årene på OUS. Svangerskapene forløper normalt, og de fleste kvinnene anbefales vaginal fødsel forutsatt lave virus tall.

## F8. DURATION OF LABOUR AND RISK OF SEVERE POSTPARTUM HAEMORRHAGE

Nyfløt LT<sup>1,2</sup>, Stray-Pedersen B<sup>2,3</sup>, Rosenberg M<sup>1</sup>, Jacobsen AF<sup>2</sup>, Al-Zirqi I<sup>2</sup>, Vangen S<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Obstetrics, Drammen Hospital, Vestre Viken HF; <sup>2</sup>Dept. of Obstetrics, OUS HF; <sup>3</sup>University of Oslo

**Background.** Severe postpartum haemorrhage (PPH) causes more than 50 % of all severe maternal morbidity in high-resource countries. Recent studies show an increasing trend of PPH, but the causes of this increase are still uncertain. Obstetric interventions such as augmentation and induction of labour are increasingly common. They are believed to cause prolonged labour and thus increased risk of severe PPH. We wanted to assess the association between the duration of labour and severe PPH in women with intended vaginal deliveries.

**Method.** The study was a case-control study investigating causes and predictors of severe PPH ( $\geq 1500$  ml or blood transfusion) during 2008-2011 at Oslo University Hospital (Ullevål and Rikshospitalet) and Drammen Hospital. The total number of deliveries was 43,121. Duration of labour was defined from the start of the partogram until the baby was delivered and was divided into 4 quartiles. Information about potential risk factors were collected from the medical records. The association between duration of labour and severe PPH was analysed in a multivariable logistic regression model.

**Results.** We included 859 women with severe PPH and 1755 random controls. A significant trend was seen with increasing duration of labour ( $P$ -value  $< 0,0001$ ). High risk of severe PPH occurred when the labour lasted  $> 7$  hours (4th quartile) (OR 2.70; 95% CI: 2.13-3.42). After adjusting for confounding factors, the risk of severe PPH remained slightly increased (OR 1.3; 95% CI: 1.03-1.64). However, in stratified analyses, duration of labour was still a strong risk factor (OR 2.8; 95% CI: 1.29-5.91) when coexisting with obesity.

**Conclusion.** Duration of labour was associated with severe postpartum haemorrhage in our study, especially in obese women.

## F9. HVA KAN VI LÆRE AV MØDREDØDSFALL FORÅRSAKET AV HJERTE-KAR SYKDOM?

Ellingsen L<sup>1</sup>, Vangen S<sup>2</sup>, Den nasjonale auditgruppe for mødredødsfall\*

<sup>1</sup>Nasjonalt kompetansetjeneste for kvinnehelse, Avdeling for kvinne- og barnehelse, Oslo universitetssykehus HF; <sup>2</sup>Nasjonalt kompetansetjeneste for kvinnehelse, Avdeling for kvinne- og barnehelse, Oslo universitetssykehus HF.

**Bakgrunn.** Hjerter/karsykdommer i svangerskapet øker og er den vanligste årsaken til indirekte mødredødsfall i land som England, Sverige, Danmark og Nederland. Vi ønsket å gjennomgå de norske kasus for å finne likheter mellom dem og avdekke læringspotensialer.

**Metode.** Vi samlet informasjon om mødredødsfall i Norge i perioden 1995 -2010. Direkte og indirekte dødsfall ble identifisert ved hjelp av registerkobling mellom Medisinsk fødselsregister og Dødsårsaksregisteret og informasjon fra fødeavdelinger. Auditgruppen for maternele dødsfall identifiserte dødsårsaken og forbedringspotensialet for hvert kasus etter felles nordiske kriterier. Dødsfall forårsaket av hjerte- og karsykdommer ble i tillegg gransket av kardiolog, anestesilog og gynekolog med spesialkompetanse i hjertesykdom under graviditet.

**Resultater.** Vi identifiserte 68 mødredødsfall i perioden 1996-2011, 23 indirekte og 45 direkte. Hjerter/karsykdom var den hyppigste årsaken til indirekte mødredødsfall også i Norge (n=10). Fem av kvinnene døde av dilatasjon/disseksjon av aorta, 2 av hjerteinfarkt, 1 av perikarditt og 1 døde av myocarditt. En kvinne hadde en tumor i venstre ventrikel og døde etter hjertebiopsi. Det er viktig at gynekologer er oppmerksom på den økende gruppen av hjertesyke gravide med økt risiko for forverring og kollaps i svangerskap og under fødsel. Nye nasjonale retningslinjer må følges og man må opprette samarbeid med kardiolog og anestesilog med erfaring med hjertesyke gravide.

**Konklusjon.** Hjerter-kar sykdom var den vanligste årsaken til indirekte mødredødsfall i Norge i 2005-2010. 50 % av tilfellene var knyttet til dilatasjon/disseksjon av aorta. Gravide kvinner med moderat eller alvorlig hjerte-karsykdom bør henvises til et regionsykehus med tverrfaglig team som har kompetanse og erfaring med denne pasientgruppen.

\*Alice Beathe Andersgaard, Mette Estensen, Anne Flem Jacobsen, Eldrid Langesæter, Anne-Sofie Letting, Bjørg Lorentzen, Astrid Rygh, Svein Magne Skulstad, Christian Tappert, Pål Øian.

## F21. MORS KROPPSMASSEINDEX HAR BETYDNING FOR FØDSELSVEKT OG FOR PLACENTAVEKT UAVHENGIG AV MORS DIABETES STATUS. EN POPULASJONSBASERT STUDIE AV 74 202 SVANGERSKAP.

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

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Akerhus Universitetssykehus, Lørenskog; <sup>2</sup>Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet, Oslo

**Bakgrunn.** Høy kroppsmasseindex (KMI) hos mor er knyttet til fødsel av et stort barn og muligens også stor placenta. Diabetes hos mor er knyttet til fødsel av stort barn og stor placenta, samt til høy KMI. Vi studerte hvorvidt mors KMI og diabetes uavhengig av hverandre påvirker fødselsvekt og placentavekt.

**Metode.** Alle enkeltfødsler i Norge i perioden 2009-2011 (n=74 202) ble inkludert i studien, og vi brukte data fra Medisinsk fødselsregister. Vi studerte den uavhengige betydningen av KMI og diabetes for fødselsvekt og placentavekt, samt mulig interaksjon mellom KMI og diabetes ved hjelp av lineær regresjon.

**Resultater.** Gjennomsnittlig fødselsvekt i hele utvalget var 3532,2 gram (g). Gjennomsnittlig fødselsvekt i svangerskap der mor hadde diabetes var 3654,1 g versus 3530,5 g i svangerskap der mor ikke hadde diabetes. Gjennomsnittlig placentavekt var 680,3 g i hele utvalget, 738,2 g i svangerskap der mor hadde diabetes og 679,5 g i svangerskap der mor ikke hadde diabetes. I svangerskap der mor hadde diabetes, var fødselsvekten gjennomsnittlig 158,9 g og placentavekten 30,9 g høyere når mor hadde KMI  $\geq 35$  sammenlignet med svangerskap med normalvektig mor (KMI  $\geq 18,5 < 25$ ). Tilsvarende forskjell i svangerskap uten diabetes var 167,8 g og 59,4 g. Når vi studerte alle svangerskapene samlet fant vi at økning i fødselsvekt per enhet økning i KMI var 15,2 g (95% CI 14,5-15,8) etter justering for gestasjonsalder og diabetes (lineær regresjonsanalyse). Økningen i fødselsvekt i svangerskap med diabetes var 244,5 g (95% CI 217,8-271,2) etter justering for gestasjonsalder og KMI. Tilsvarende tall for placentavekt var 4,3 g (95% CI 4,1-4,5) og 63,4 g (95% CI 54,5-72,3). Vi fant signifikant interaksjon mellom KMI og diabetes, og i svangerskap uten diabetes var sammenhengen mellom KMI og fødselsvekt og placentavekt sterkere enn i svangerskap med diabetes.

**Konklusjon.** Vi fant en sterk økning i fødselsvekt og placentavekt ved stigende KMI hos mor. Denne trenden var mer uttalt i svangerskap uten diabetes sammenlignet med svangerskap med diabetes. Videre fant vi en høyere fødselsvekt og placentavekt i svangerskap der mor har diabetes, uavhengig av hennes KMI.

## Frie Foredrag Sesjon 3

### O1. BIOMARKØRSTYRT BEHANDLING VED KREFT I LIVMORSLIMHINNEN – ER VI KLAR FOR NY KLINISK PRAKSIS?

#### Presentasjon av data fra MoMaTEC 1 og planlagt MoMaTEC2 (Molecular Markers in the Treatment of gynecological Cancers)

Werner HJM<sup>1,2</sup>, Trovik J<sup>1,2</sup>, Bjørge L<sup>1,2</sup>, Tingulstad S<sup>3</sup>, Staff AC<sup>4</sup>, Woie K<sup>1</sup>, ENITEC network/ MoMaTEC study group\*, Salvesen HB<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; <sup>2</sup>Universitetet i Bergen, Bergen; <sup>3</sup>St. Olav's Hospital, Trondheim; <sup>4</sup>Oslo Universitetssykehus, Ullevål, Oslo.

\*Studien er gjennomført innen ENITEC (European Network for Individualised Treatment of Endometrial Cancer) med følgende deltagende sentre i MoMaTEC (Molecular Markers in Treatment of Endometrial Cancer) i Norge: Haukeland Universitetssykehus, St. Olav's Hospital, Oslo Universitetssykehus Ullevål, Akerhus Universitetssykehus (Marie Engh), Haugesund Sykehus (Klaus Oddenes), Vestfold sykehus (Jan Rokne), Førde Sykehus (Jostein Tjugum), Ålesund sykehus (Margareth Lode); i tillegg University Hospital Gasthuisberg Leuven, Belgium and Sahlgrenska Academy, Sweden.

**Bakgrunn.** Molekylære biomarkører som predikerer prognose og respons på behandling er nyttige verktøy ved personlig tilpasning av kreftbehandling. Bedre samsvare mellom medisinsk behandling og individets biologi øker sannsynligheten for en optimal behandlingsresultat, kostnadseffektivitet og reduserte bivirkninger. For endometriecancer finnes to sentrale kliniske utfordringer: 1. Utstrakt bruk av kirurgisk lymfadenektomi som prognostisk markør uten dokumentert overlevelsesgevinst. 2. Lite effektiv systembehandling ved spredningssykdom.

**Metode.** Den internasjonale multisenter studien MoMaTEC1 har prospektivt samlet vev og kliniske opplysninger fra >1500 pasienter med endometriecancer. Flere molekulære biomarkører (aneuploidi, patologisk protein uttrykk av hormonreseptorer, p53 og stathmin) har blitt kartlagt i pre- og postoperative biopsier og samholdt med kliniske og histologiske variabler; respons på behandling og prognose.

**Resultater:** Patologisk uttrykk av hormonreseptorer (ER/PR) fantes i 18%, p53 i 24% og stathmin i 37% av svulstene, non-diploid tumor i 28%. Awikende molekulære markører var alle signifikant assosiert med lite differensiert vekstmønster (for de endometrioider), non-endometrioid tumor (carcinosarcom, serøs, klarcellet og udiffensiert histologi), høyt FIGO stadium, lymfeknutespredning og redusert overlevelse. Patologisk stathmin uttrykk i svulsten predikerte respons på taxaner (p=0,027). I. Aneuploidi patologisk uttrykk av hormon reseptorer og stathmin predikerte lymfeknutespredning justert for preoperativ histologisk type og grad2. Pasienter med patologiske molekulære markører avslørte signifikant dårligere overlevelse særlig innen gruppen av pasienter uten lymfadenektomi.

**Konklusjon:** Molekylære biomarkører kan representere et alternativ til kirurgisk lymfadenektomi for å forutsi prognose og behov for tilleggsbehandling ved endometriecancer. Stathmin representerer en lovende markør for respons på behandling med taxaner. Studien MoMaTEC2 hvor molekulære biomarkører vil bli integrert i klinisk praksis er under planlegging, protokollen presenteres for diskusjon.

## 02. ZNF385B OG VEGFA ER STERKT DIFFERENSIELT UTTRYKT I SERØSE OVARIALE KARSINOMER OG KORRELERER MED OVERLEVELSE

Vilming Elgaaen B<sup>1,2</sup>, Olstad OK<sup>3</sup>, Sandvik L<sup>4,2</sup>, Ødegaard E<sup>1</sup>, Sauer T<sup>5,2</sup>, Staff AC<sup>6,2</sup>, Gautvik KM<sup>3,2</sup>

<sup>1</sup>Avd. for gynekologisk kreft, Oslo universitetssykehus (OUS), Oslo; <sup>2</sup>Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo; <sup>3</sup>Avd. for medisinsk biokjemi, OUS, Oslo; <sup>4</sup>Avd. for biostatistikk, epidemiologi og helseøkonomi, OUS, Oslo; <sup>5</sup>Avd. for patologi, OUS, Oslo; <sup>6</sup>Gynekologisk avd., OUS, Oslo.

**Bakgrunn.** Onkogenesen for ovarialcancer er mangelfullt forstått. Målet med denne studien var å identifisere differensielt uttrykte mRNA mellom middels og lavt differensierte (MD/PD) serøse ovariale karsinomer (SC), serøse ovariale borderline svulster (SBOT) og ovarialt overflateepitel (OSE), og å korrelere disse mRNAene med kliniske parametere inkludert overlevelse.

**Metode.** Forskjeller i mRNA ekspresjon mellom MD/PD SC, SBOT og OSE ble analysert med global genekspressionsprofilering (Affymetrix HG U133 Plus 2.0 arrays, n=23), validert med RT-qPCR (n=41) og korrelert med kliniske parametere.

**Resultater.** Tretti differensielt uttrykte mRNA mellom MD/PD SC, SBOT og OSE ble selektert ut fra de globale genekspressionsanalysene, og 21 ble verifisert (p<0.01) ved RT-qPCR. Av disse var 13 mRNA differensielt uttrykt i MD/PD SC sammenliknet med OSE (p<0.01), og ble korrelert med kliniske parametere. ZNF385B var underuttrykt (FC = -130.5, p = 1.2×10<sup>-7</sup>) og korrelerte med totaloverlevelse (p = 0.03). VEGFA var overuttrykt (FC = 6.1, p = 6.0×10<sup>-6</sup>) og korrelerte med progresjonsfri overlevelse (p = 0.037). Økte ekspresjonsnivåer av TPX2 og FOXM1 mRNA (hhv. FC = 28.5, p = 2.7×10<sup>-10</sup> og FC = 46.2, p = 5.6×10<sup>-4</sup>) korrelerte med normalisering av CA125 (hhv. p = 0.03 og p = 0.044). Videre ble en molekylær signalvei for MD/PD SC kartlagt, bestående av VEGFA, FOXM1, TPX2, BIRC5 og TOP2A, alle signifikant overuttrykt og i direkte interaksjon med TP53.

**Konklusjon.** Vi har identifisert 21 differensielt uttrykte mRNA (p<0.01) mellom MD/PD SC, SBOT og OSE. Tretten var differensielt uttrykt i MD/PD SC, inkludert ZNF385B og VEGFA som korrelerte med overlevelse, og FOXM1 and TPX2 som korrelerte med normalisering av CA125. En molekylær signalvei for MD/PD SC ble også kartlagt.

## 04. DETEKSJON AV VAKTPOSTLYMFENUTER MED FLUORESCENSKAMERA VED LAPAROSKOPIK ROBOTASSISTERT OPERASJON FOR KREFT I LIVMOREN

Hagen B<sup>1</sup>, Valla M<sup>2</sup>, Ravlo M<sup>1</sup>, Færø E<sup>1</sup>, Mathew S<sup>1</sup>, Tingulstad S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gynekologisk avdeling, Kvinneklinikken; <sup>2</sup>Avdeling for patologi, St. Olavs Hospital, Trondheim

**Bakgrunn:** Fjerning av regionale lymfeknuter tillater kartlegging før videre behandling etter primæroperasjon for kreft i livmoren. Lymfeknutefjerning anses terapeutisk og gjøres derfor komplett ved livmorhalskreft. Ved endometriekreft gjøres lymfeknutefjerning for diagnostisk/prognostisk kartlegging, men har neppe terapeutisk verdi. Effektiv vaktpostlymfeknutestrategi kan tillate mindre omfattende lymfeknutefjerning ved endometriekreft.

**Metode:** Injeksjon av Indocyanine Green (ICG) i cervix umiddelbart før laparoskopisk robotassistert hysterectomi. Etter åpning av lymfeknutestasjonene på bekkenveggen detekteres ICG-opptak i drenerende lymfeknuter med robotkamera i nær infrarødt lys modus. Studien er designet for validering av en strukturert algoritme. Konsekutive pasienter inkluderes prospektivt etter informert samtykke.

**Resultater:** 49 pasienter har blitt inkludert i tidsrommet november 2012 til august 2014. Deteksjonsrate og omfang av vaktpostlymfeknuter i henhold til algoritmen vil bli rapportert. I tillegg til resultater av histologisk undersøkelse.

## G14. UROGENITALDESCENS OG INKONTINENS 15-20 ÅR ETTER OPERATIV VAGINAL FORLØSNING

Volløyhaug I<sup>1</sup>, Mørkved S<sup>2</sup>, Salvesen Ø<sup>3</sup>, Salvesen KÅ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU, Trondheim; <sup>2</sup>Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim; <sup>3</sup>Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin, NTNU, Trondheim.

**Bakgrunn.** Livstidsrisikoen for å bli operert for urogenitaldescens eller inkontinens er 11-19 %, og mange flere plages av symptomer. Keisersnitt synes å beskytte mot descens og inkontinens, og tidligere studier har vist at operativ vaginal forløsning muligens øker risikoen. Vi ønsket å studere prevalensen av symptomer og gjennomgatte operasjoner for urogenitaldescens, urin- og fekalinkontinens etter keisersnitt, normal vaginal fødsel og operativ vaginal fødsel.

**Metode.** Tversnittstudie av 1641 kvinner som var førstegangsfødende ved St. Olavs Hospital i perioden 1990-97 (tang- og vakumforløsninger var like hyppige i denne perioden). De svarte på et spørreskjema med spørsmål om symptomer på descens og inkontinens for urin og avføring og gjennomgatte operasjoner. Vi beregnet adjusted Odds Ratio (aOR) for disse tilstandene og sammenliknet keisersnitt og operativ vaginalforløsning mot normal vaginal forløsning. Vi gjorde også en subgruppeanalyse der vi sammenliknet tang mot vakum.

**Resultater.** Keisersnitt gav aOR på 0,42 (95% CI 0,21-0,86) for descens og 0,65 (95%CI 0,46-0,92) for urininkontinens sammenliknet med normal forløsning. Operativ vaginalforløsning økte risikoen for descens (aOR 1,73, 95%CI 1,21-2,48) og avføringsinkontinens (aOR 1,96, 95%CI 1,26-3,06) sammenliknet med vanlig fødsel. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom symptomer og operasjoner for noen av tilstandene mellom tang og vakum.

**Konklusjon.** Keisersnitt reduserte og operativ vaginal fødsel økte risikoen for descens og inkontinens sammenliknet med normal vaginal fødsel. Vi fant ingen forskjeller i forekomst av symptomer eller gjennomgatte operasjoner når vi sammenliknet tang og vakum.

## G15. SVANGERSKAPSKOMPLIKASJONER OG PERINATALE UTFALL HOS KVINNER MED POLYCYSTISK OVARIE SYNDROM OG TVILLINGFØDSLER -EN POPULASJONS BASERT KOHORT STUDIE.

Løwik TS<sup>1,2</sup>, Roos N<sup>3,4</sup>, Wikström AK<sup>5</sup>, Neovius M<sup>3</sup>, Stephansson O<sup>3,4</sup>, Vanky E<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim; <sup>2</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU, Trondheim; <sup>3</sup>Medisinsk avdeling, Solna, Klinisk Epidemiologisk enhet, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige; <sup>4</sup>Kvinneklinikken, Karolinska Institutet, Solna, Stockholm, Sverige; <sup>5</sup>Kvinneklinikken, Uppsala Universitets sjukhus, Uppsala, Sverige.

**Bakgrunn.** Studier har vist at singleton gravide med polycystisk ovariesyndrom (PCOS) har mere svangerskapskomplikasjoner enn kvinner uten PCOS. Vi ønsket å undersøke om dette også gjaldt tvillingsvangerskap.

**Metode.** I svensk fødselsregister identifiserte vi 20965 kvinner med tvillingsvangerskap i perioden 1995-2009. Gjennom kobling til svensk pasientregister identifiserte vi PCOS diagnose hos 226 av disse. Ved hjelp av logistisk regresjons analyser kalkulerte vi odds ratioer (OR) med 95 % konfidensintervall (KI) for fortidlig fødsel, keisersnitt, lav fødselsvekt, preeklampsi, Apgar score <7 ved 5 minutter og perinatal mortalitet hos kvinner med tvillingsvangerskap og PCOS. Kvinner uten PCOS diagnose ble brukt som referanse.

**Resultater.** PCOS diagnose hos tvillinggravide var assosiert med økt risiko for preterm fødsel (51 % vs. 43 %, justert OR 1,4 (95 % KI: 1,0-1,9, p= 0,02)), spesielt «spontan» fortidlig fødsel (37 % vs. 28 %, justert OR 1,5 (95 % KI: 1,1-2,1, P=0,007)) var økt. Risikoen for keisersnitt var økt i PCOS gruppen (59 % vs. 50 %, justert OR 1,3(95 % KI: 1,0-1,8, P=0,05)). Tvillinger født av kvinner med PCOS hadde oftere lav fødselsvekt (48 % vs. 39 %, justert OR 1,4 (95 % KI: 1,1-1,8, P=0,006)). Forskjellen forsvant når vi justerte for gestasjonsalder ved fødsel. Vi fant ingen forskjell mellom gruppene på risiko for preeklampsi, Apgar score eller perinatal død.

**Konklusjon.** Den økte risiko for preterm fødsel og keisersnitt i tvillingsvangerskap øker ytterligere dersom den gravide har PCOS. Dette bør tas med i vurdering av oppfølging av tvillingsvangerskap hos kvinner med PCOS.

## Frie foredrag Sesjon 4

### FI1. CONCENTRATIONS OF HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN (hCG) IN VERY EARLY PREGNANCY AND SUBSEQUENT PREECLAMPSIA: A COHORT STUDY

B.O. Åsvold<sup>1,2\*</sup>, L.J. Vatten<sup>1,3</sup>, T.G. Tanbo<sup>4</sup>, A. Eskild<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Department of Public Health, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim; <sup>2</sup>Department of Endocrinology, St. Olavs Hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim; <sup>3</sup>Department of Epidemiology, Harvard School of Public Health, Boston, USA; <sup>4</sup>Section for Reproductive Medicine, Department of Gynecology, Oslo University Hospital, Rikshospitalet and Institute of Clinical Medicine, University of Oslo; <sup>5</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital and Institute of Clinical Medicine, University of Oslo.

**Background.** Low maternal serum concentrations of hCG early in pregnancy may indicate impaired proliferation or invasion of trophoblast cells, and thus, low hCG concentrations may serve as a marker for impaired placental development. Impaired placental development is assumed to be a cause of preeclampsia, but there is little prospective evidence to support this hypothesis.

**Methods.** We performed a prospective cohort study of pregnancies after in vitro fertilization (IVF) at Oslo University Hospital 1996-2010 with linkage to the Medical Birth Registry of Norway to obtain information on preeclampsia development. We included 2405 consecutive singleton pregnancies and examined the association of maternal serum hCG concentrations on day 12 after embryo transfer with the risk of any preeclampsia and of mild and severe preeclampsia.

**Results.** hCG concentrations were inversely associated with preeclampsia risk in a dose-dependent manner (Ptrend 0.02). Compared to women with hCG  $\geq 150$  U/L, women with hCG  $< 50$  U/L were at 2-fold higher overall risk of preeclampsia (absolute risk 6.4% vs. 2.8%; OR 2.3, 95% CI 1.2-4.7). The inverse association was restricted to severe preeclampsia (Ptrend 0.01), thus, women with hCG  $< 50$  U/L were at 4-fold higher risk of severe preeclampsia than women with hCG  $\geq 150$  U/L (absolute risk 3.6% vs. 0.9%; OR 4.2, 95% CI 1.4-12.2). For mild preeclampsia, there was no corresponding association (Ptrend 0.36).

**Conclusion.** Low hCG concentrations in very early pregnancy are associated with increased risk of severe preeclampsia. Our results provide prospective evidence to support the hypothesis that impaired placental development may be associated with subsequent development of severe preeclampsia.

### FI4. SIMULERINGSTRENING FOR HÅNDTERING AV BLØDNING ETTER FØDSEL

Eqgebo TM<sup>1,2</sup>, Egenberg S<sup>1</sup>, Øian P<sup>3</sup>, Sautter M<sup>4</sup>, Kristoffersen G<sup>5</sup>, Bru LE<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Fødeavdelingen, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger; <sup>2</sup>Nasjonalt Senter for Fostermedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim; <sup>3</sup>Fødeavdelingen, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø; <sup>4</sup>Laerdal Medical, Stavanger; <sup>5</sup>Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger; <sup>6</sup>Humanistisk fakultet, Universitetet i Stavanger.

**Bakgrunn.** Estimert blødning  $> 500$  ml defineres som unormal blødning, men mange mener at frekvens av blodtransfusjon er en bedre parameter til å vurdere forekomsten av alvorlig blødning. Hensikten med denne studien var å undersøke om simuleringstrening ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) reduserte behovet for blodtransfusjoner.

**Metode.** I 2010 startet avdelingen med simuleringstrening for leger, jordmødre og barnepleiere. Simuleringen omfattet profylakse og behandling av blødning etter fødselen, kommunikasjon, samarbeid og evaluering av egen innsats. Fødselssimulatoren "MamaNatalie" ble brukt ved treningen. Studiepopulasjon bestod av kvinner som fødte ved SUS i 2009 og 2011 og som hadde estimert blødning  $> 500$  ml innen 24 timer. Effektmålet var blodtransfusjon (+/-), og effektvariabel var de to tidsperiodene. Vi sammenlignet også laveste hemoglobin (Hb) verdi og Hb ved utskrivelse. Som statistiske metoder brukte vi  $\chi^2$  test, T-test, Mann-Whitney's U-test og logistisk regresjon der vi korrigerer for mulige confoundere.  $P < 0.05$  ble regnet som signifikant forskjell.

**Resultater.** Totalt fikk 3.4% av kvinnene blodtransfusjon i 2009 vs. 2.0% i 2011 ( $p < 0.01$ ). Det var ingen forskjell i bakgrunns karakteristika for fødepopulasjonene. I 2009 fikk 111/534 (20.8%) kvinner med estimert blødning  $> 500$  ml blodtransfusjon vs. 67/546 (12.3%) i 2011 ( $p < 0.01$ ). Justert OR for blodtransfusjoner i 2011 vs. 2009 var 0,53 (95% CI 0,38-0,74). Det var ingen signifikant forskjell i laveste Hb verdi eller Hb ved utskrivelsen i de to tidsperiodene.

**Konklusjon.** Selv om forekomsten av estimert blødning var lik i de to tidsperiodene, oppnådde vi en signifikant reduksjon i frekvens av kvinner som fikk blodtransfusjoner. Dette har trolig sammenheng med simuleringstreningen.

### FI7. MORPHOLOGICAL CHANGES OF THE LEVATOR ANI MUSCLE DURING THE FIRST YEAR POSTPARTUM

Stær-Jensen J<sup>1</sup>, Siafarikas F<sup>1,2</sup>, Hilde G<sup>1,3</sup>, Šaltytė Benth J<sup>2,4</sup>, Bø K<sup>1,3</sup>, Ellström Engh M<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Lørenskog, Norway; <sup>2</sup>University of Oslo, Faculty Division Akershus University Hospital, Oslo, Norway; <sup>3</sup>Norwegian School of Sport Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo, Norway; <sup>4</sup>HØKH, Research Centre, Akershus University Hospital, Norway.

**Objectives.** To describe the levator ani muscle morphology during the first year postpartum for women having vaginal and caesarean deliveries.

**Methods.** This prospective cohort study was conducted at Akershus University Hospital January 2010 to October 2012, including primiparous women who delivered after gestational week 32. 285 women were examined with 3D transperineal ultrasound 6 weeks postpartum, 198 returned at six months and 178 at 12 months postpartum. The size of the opening in the levator ani muscle called levator hiatus area was measured at rest, during contraction and Valsalva maneuver. Rander mode around the plane of minimal levator hiatus dimensions was used. A linear mixed model for repeated measures was used to describe the changes until one year postpartum.

**Results.** From 6 weeks to 6 months postpartum a significant ( $p < 0.001$ ) change towards a smaller levator hiatus area at rest (-1.3cm<sup>2</sup>;SD 0.2), during contraction (-1.6cm<sup>2</sup>;SD 0.1) and during Valsalva maneuver(-3.5cm<sup>2</sup>;SD 0.3) was found for the vaginal delivery group with no further significant change up till 12 months postpartum. For the women who had a cesarean section no significant change in levator hiatus area was found between any of the three examinations postpartum.

**Conclusions.** Our findings indicate that there is a change of the levator ani muscle morphology for women undergoing vaginal but not cesarean delivery between 6 weeks and 12 month postpartum. Most of the change towards a smaller levator hiatus area occurs during the first 6 months.

### FI9. POSTPARTUM PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING AND URINARY INCONTINENCE: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

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

<sup>1</sup>Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Lørenskog, Norway; <sup>2</sup>University of Oslo, Faculty Division Akershus University Hospital, Oslo, Norway; <sup>3</sup>Norwegian School of Sport Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo, Norway

**Background.** To date, only few randomised controlled trials have investigated the effect of postpartum pelvic floor muscle training in a mixed group of women with and without urinary incontinence, and the effect is ambiguous and unclear. The main aim of this study was to evaluate whether postpartum pelvic floor muscle training decrease prevalence of any urinary incontinence (UI) in primiparous women with and without UI.

**Methods.** A two-armed assessor-blinded randomized controlled trial including primiparous women 6 weeks after vaginal delivery was conducted. All participants were taught to contract the pelvic floor muscles. The control participants received no further intervention, whereas training participants attended a weekly supervised pelvic floor muscle training class and performed daily home exercise for 16 weeks. Primary outcome was self-reported UI analyzed by relative risk.

**Results.** We included 175 women, Prevalence of UI at baseline was 39.1% in the training group (n=87) and 50% among those in the control group (n=88). Fifteen women (8.6%) were lost to follow-up. At 6 months after delivery 34.5% and 38.6% reported UI in the training and control groups, respectively. Relative risk analysis of UI gave a non

significant effect size of 0.89 (95% confidence interval [CI] 0.60-1.32).

**Conclusion.** Postpartum pelvic floor training did not decrease UI prevalence 6 months after delivery in primiparous women.

## F22. SVANGERSKAP ETTER MATERNELL NYRETRANSPLANTASJON I NORGE

Majak G<sup>1,2</sup>, Lorentzen B<sup>1</sup>, Henriksen T<sup>1,3</sup>, Sandven I<sup>4</sup>, Reisæter A<sup>5</sup>, Vangen S<sup>2</sup>, Michelsen T<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Fødeavdelingen Rikshospitalet, Kvinne- og barneklinikk, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>2</sup>Nasjonalt kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>3</sup>Universitetet i Oslo, Oslo; <sup>4</sup>Avdeling for biostatistikk og epidemiologi, Oslo universitetssykehus; <sup>5</sup>Nyreseksjonen, Oslo universitetssykehus, Oslo

**Bakgrunn.** Ved terminal nyresvikt er nyretransplantasjon beste behandlingsalternativ. Etter nyretransplantasjon bedres ofte fertiliteten. Et økende antall kvinner i fertil alder med nyresvikt gjennomgår i dag nyretransplantasjon, og det er antatt at ca 1 av 20 med fungerende transplantat blir gravide etter transplantasjonen. Svangerskapet kan påvirkes av både grunn sykdommen hos mor; medisiner med immunsuppressiva, kirurgiske komplikasjoner og sviktende graft-funksjon. Det foreligger så langt ingen norske studier av svangerskapsutfall etter maternell nyretransplantasjon. Internasjonale studier har rapportert økt forekomst av preeklampsi og hypertensjon, økt andel preterm fødsel og lavere fødselsvekt. Studiene i denne pasientgruppen har imidlertid vært enkelt-senter-studier eller basert på selvrapportering.

**Metode.** Studien er en retrospektiv kohort-studie. Alle norske svangerskap etter nyretransplantasjon er identifisert ved kobling av Transplantasjonsregisteret ved Rikshospitalet og Medisinsk fødselsregister. Dataene i studien er basert på journalgjennomgang.

**Resultater.** 124 kvinner har født barn etter nyretransplantasjon i Norge i perioden 1968-2012 og 117 (94%) har gitt skriftlig samtykke til deltagelse i studien. Av de som har samtykket, fødte 48% ved Rikshospitalet/Ullevål Sykehus. I denne gruppen var forekomsten av preeklampsi 31%, noe som er betydelig høyere enn den oppgitte forekomst på 5% i normalpopulasjonen. 60% av svangerskapene endte med operativ forløsning, hovedsakelig sectio. 33% av barna var premature ved forløsning, mot 6% i den generelle befolkningen og 5% ble født før uke 28. Tallene for den totale forekomsten av preeklampsi, preterm fødsel, lav fødselsvekt og operativ forløsning i hele pasientpopulasjonen vil bli presentert på årsmøtet sammen med en demografisk oversikt.

**Konklusjon.** Svangerskap etter maternell nyretransplantasjon er assosiert med betydelig økt forekomst av preeklampsi og økt andel preterm fødsel sammenlignet med normalbefolkningen.

## Frie foredrag Sesjon 5

### G17. HYPEREMESIS GRAVIDARUM OG FØDSELSUTFALL – EN POPULASJONSBASERT KOHORT STUDIE

K.F.Vandraas<sup>1,2</sup>, Å.V.Vikanen<sup>1</sup>, N.C. Støer<sup>3</sup>, S.Vangen<sup>2</sup>, P.Magnus<sup>1</sup>, A.M. Grijbovski<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Nasjonalt Folkehelse Institutt, avdeling for arv og miljø; <sup>2</sup>Nasjonalt Kompetansesenter for kvinnehelse, Rikshospitalet; <sup>3</sup>Universitetet i Oslo, Matematisk fakultet; <sup>4</sup>Nasjonalt Folkehelseinstitutt, avdeling for global helse

**Bakgrunn.** Hyperemesis gravidarum, ekstrem svangerskapskvalme, rammer 0.8-3.2% av gravide kvinner; avhengig av etnisk bakgrunn. Dette er den vanligste årsaken til sykehusinnleggelse i første halvdel av svangerskapet, og kan føre til vekttap, elektrolyttforstyrrelser og i verste fall hjernesvikt og død. Selv om hormonelle forhold antas å ha betydning, er tidligere forskning på området begrenset, og vi vet derfor ikke hva tilstanden skyldes eller hvilke konsekvenser den kan ha for mor og barn. Hvorvidt hyperemesis kan påvirke fødselsutfall er en særlig interessant problemstilling og ofte pasientenes hovedbekymring. En nylig systematisk gjennomgang av 24 tidligere studier vedrørende potensielle negative konsekvenser av hyperemesis for barnet, konkluderte med økt risiko for lav fødselsvekt, SGA og for tidlige fødsel dersom mor har hyperemesis. Heterogenitet blant studiene både når det gjaldt definisjon av hyperemesis, studerte utfall og justeringsvariabler; i tillegg til at de fleste studiene var små, kompliserer generaliserbarheten av disse studiene. I lys av dette var det behov for en større studie basert på data av høy kvalitet.

**Metode.** Vi tok derfor for oss alle fødsler registrert i det Norske Fødselsregister fra 1967-2009 (fra og med gestasjonsuke 12, fra gestasjonsuke 16 i årene 1967-1998) og kun svangerskap med ett barn, der barnet veide mellom 500-6000 gram ved fødsel. Alt i alt ble 2,266,345 fødsler inkludert. Hyperemesis ble definert i henhold til gjeldende ICD kode (ICD-8 kode 638.0 og 638.9 i årene 1967-1998, og ICD-10 kode O21.0, O21.1 og O21.9 i årene 1999-2009). Følgende utfallsvariabler ble studert; vekt og gestasjonslengde ved fødsel, risiko for SGA, LGA, svært for tidlig (VPTB) og for tidlig fødsel (PTB), Apgar score ved 1 og 5 minutter, risiko for perinatal død, dødfødsel og neonatal dødelighet. Mors alder, paritet, fødeland, utdanning og røyking ble identifisert som mulige confoundere, og justert for. Assosiasjoner mellom hyperemesis og dikotome fødselsutfall ble studert via multivariat logistisk regresjon. Crude og justerte odds ratioer (OR) med 95% konfidensintervall ble kalkulert som et proxy for relativ risiko. Kontinuerlige variabler ble studert gjennom multipel logistisk regresjon. Fordi mange kvinner var registrert mer enn en gang grunnet flere fødsler; ble alle analyser gjort med 'generalised estimating equations' (GEE) for å oppnå gyldige standard feil.

**Resultater.** 0.8% av kvinnene var registrert med hyperemesis (20,004). Bivariate analyser viste at kvinner med hyperemesis hadde lavere sannsynlighet for å oppleve VPTB enn kvinner som ikke hadde hyperemesis. I den multivariate analysen, viste de justerte analysene at hyperemesis var invert assosiert med VPTB (OR 0.79, 95% KI: 0.67-0.93). Etter justering var også risiko for LGA lavere dersom mor hadde hyperemesis (OR 0.95, 95% KI: 0.90-0.99). Hyperemesis var positivt assosiert med risiko for perinatal dødelighet (OR 1.27, 95% KI 1.08-1.48). Vi gjorde subanalyser for alle fødsler mellom 1999-2009 fordi vi i dette materialet hadde informasjon om mors røykevaner. Her var det ingen assosiasjon mellom hyperemesis og perinatal dødelighet. Den inverse relasjonen til LGA og VPTB var opprettholdt. Analysen av de kontinuerlige variablene fødselsvekt og gestasjonslengde, viste at barn av mødre med hyperemesis i gjennomsnitt blir født en halv dag tidligere og veier ca 20 gram mindre enn barn født av mødre uten hyperemesis.

**Konklusjon.** Dette er den største studien som noensinne er gjort på fødselsutfall assosiert med hyperemesis. Vi fant at hyperemesis kan beskytte barnet fra å bli for stort og bli født svært tidlig. Funnet vedrørende økt risiko for perinatal dødelighet må tolkes med varsomhet ettersom det ikke var tilstede i våre subanalyser, og det er flere begrensninger ved studien. Barn født av mødre med hyperemesis ser ikke ut til å veie mindre eller bli født for tidlig i forhold til andre barn.

### G22. RISIKO FOR MORCELLERING AV LEIOMYOSARKOM VED LAPAROSKOPISK HYSTEREKTOMI OG MYOMEKTOMI.

Busund B<sup>1</sup>, Berner E<sup>1</sup>, Lieng M<sup>1,2</sup>

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

**Bakgrunn.** FDA (US Food and drug administration) kom i april 2014 med en uttalelse der man frarådet benyttelse av morcellator under operasjoner av kvinner med myoma uteri. Dette for å forhindre morcellering av leiomyosarkomer. Målet med denne studien var å finne insidensen av leiomyosarkom og risikoen for morcellering av leiomyosarkom i en norsk pasientpopulasjon bestående av kvinner med antatt godartet muskelknode behandlet ved en gynekologisk avdeling som tilbyr operative prosedyrer som krever morcellering (laparoskopisk supracervikal hysterektomi eller myomektomi) som standard behandling.

**Metode.** Studien er retrospektiv. Alle kvinner med leiomyosarkom i uterus samt alle kvinner som har blitt operert for muskelknode i livmoren i perioden 1. januar 2000 til 31. desember 2013 ved Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus (og Ullevål Universitetssykehus) er inkludert. Kvinnene gjennomgikk en av følgende prosedyrer: LSH, supracervikal abdominal hysterektomi, total laparoskopisk hysterektomi, total abdominal hysterektomi, laparoskopisk myomektomi, abdominal myomektomi eller hysteroskopisk reseksjon av myom.

**Resultater.** Totalt 4.765 kvinner ble inkludert i studien. Laparoskopiske prosedyrer var utført hos 1.957 (41.1 %) av disse, og morcellator ble benyttet ved 1.846 prosedyrer. Tjueseks kvinner fikk diagnosen leiomyosarkom. Kvinnene med leiomyosarkom var 61.2 (SD=12.3) år ved diagnostidspunkt. Hos seks kvinner ble diagnosen leiomyosarkom stilt preoperativt ved endometriebiopsi. Fjorten kvinner med leiomyosarkom ble behandlet med abdominal hysterektomi og fjernelse av begge adnex på grunn av mistanke om malign lidelse. Følgelig fikk seks kvinner med leiomyosarkom behandling som om det forelå en godartet muskelknode. Laparotomi ble utført hos fem av disse seks kvinnene på grunn av tumors størrelse. En kvinne med leiomyosarkom ble behandlet med LSH og morcellator ble benyttet under inngrepet. Insidensen av leiomyosarkom i denne populasjonen av kvinner med antatt godartet muskelknode var 0.0054 (1 av 183 kvinner). Forekomsten av morcellering av leiomyosarkom var 0.0005 (1 av 1846 kvinner).

**Konklusjon.** Insidensen av leiomyosarkom i vår pasientpopulasjon tilsvarer tidligere beskrevet insidens i andre studier. Risikoen for utilsiktet morcellering av uterine leiomyosarkom etter preoperativ utredning og seleksjon av kvinner med muskelknuter i livmoren er meget lav.

### G23. PRE-EMPTIVE LOCAL ANAESTHETIC IN GYNECOLOGICAL LAPAROSCOPY; A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Caroline Ravndal<sup>1,2</sup>, Tushna Vandrevala<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Postgraduate Medical School, University of Surrey, UK; <sup>2</sup>Kvinneklubben, Stavanger Universitetssykehus

**Bakgrunn.** Gynekologisk laparoskopisk kirurgi er overveiende dagkirurgi ved Stavanger Universitetssykehus. Anestesen kvinnene får er basert på ERAS prinsipper (Enhanced Recovery After Surgery). I dette opplegget inngår lokalanestesi i kirurgiske hudinsisjoner. Det foreligger et utall artikler om hvorvidt dette har effekt på postoperativ smerte og resultatene er motstridende. For å finne ut om lokalanestesi hadde effekt på postoperativ smerte i vårt standardiserte ERAS program ble det designet en studie.

**Metode.** Studien var prospektiv og dobbelblindet. 24 kvinner som skulle ha elektiv laparoskopisk kirurgi ble computer randomisert til enten injeksjon av 5 ml 0,5% bupivacain (intervensjonsgruppen) eller 5 ml fysiologisk saltvann (kontrollgruppen) i hvert trokarområde. Injeksjonen ble satt før insisjon i huden (pre-emptive). Primært endepunkt for studien var smerte ved bevegelse 5 timer postoperativt. Sekundære endepunkter var smerte i ro 2 og 5 timer postoperativt og behov for ekstra smertestillende (oksyodon, mg). Smerte ble registrert på en 0 – 10 skala (Numerical Rating Scale), hvor 0 er ingen smerte og 10 er uutholdelig smerte.

**Resultater.** Av de 24 inkluderte ble 1 konvertert til laparotomi, resten ble fulgt opp for statistisk analyse. Det var statistisk signifikant forskjell på de to gruppene for det primære endepunktet. Intervensjonsgruppen hadde median smertescore 1 (SD 1,5) ved bevegelse 5 timer postoperativt, men kontrollgruppen hadde median smertescore 3 (SD 1,5), p-verdi 0,044. For de sekundære endepunktene var det ingen forskjell.

**Konklusjon.** «Pre-emptive» lokalanestesi i port-områdene har positiv klinisk og statistisk signifikant effekt på postoperativ smerte ved bevegelse.

### G31. HORMONE THERAPY USE AND THE RISK OF BREAST CANCER IN NORWAY

Roman M<sup>1</sup>, Ursin G<sup>1</sup>, Gaff-Iversen S<sup>2</sup>, Sakshaug S<sup>3</sup>, Vangen S<sup>4</sup>, Hofvind S<sup>1</sup>

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

**Background.** Studies have suggested an increased risk of breast cancer among women taking hormone therapy with combined estrogen plus progestin (EPT). Data are inconclusive on the differential effects of hormone type, regimens, and preparations. We aimed to assess the risk of breast cancer in women using different hormone therapy types.

**Methods:** Nationwide retrospective cohort study including all women born in Norway 45-79 years in January 1, 2004, with no previous history of cancer; followed until December 31, 2008. Redeemed prescription data from the Norwegian Prescription Database provided individual exposure information to sex hormones from 2004 onwards. Breast cancer incidence information was gathered from the Cancer Registry of Norway. Poisson regression analyses including time as an offset variable were used to estimate the incidence rate ratios (RR) associated with different hormone exposures.

**Results:** We analyzed 686 614 women. During an average of 4.8 years of follow-up (3.3 million women-years), 7 910 invasive breast cancers were detected. Compared with women who never used hormone therapy, users of ET had a RR of breast cancer of 1.19 (95%CI, 1.10-1.29), while users of EPT had a RR of 2.58 (95%CI, 2.40-2.76). Use of Livial (tibolone), and Progynova (estradiol) had an increased risk of breast cancer (RR, 1.91; 95%CI, 1.61-2.28, and RR, 1.40; 95%CI, 1.16-1.69, respectively). Both, fixed combinations and sequential preparations of EPT had a statistically significant increased risk (RR, 2.78; 95%CI, 2.57-3.00 and RR, 2.33; 95%CI, 1.90-2.84, respectively). Use of EPT preparations of Kliogest and Activelle (norethisterone and estradiol) were associated with the highest risk of breast cancer (RR, 3.26; 95%CI, 2.85-3.73, and RR, 2.76; 95%CI, 2.51-3.04, respectively). The incidence rates of breast cancer were 2.16 in non-users, 2.68 in ET users, and 5.60 in EPT users, per 1000 years. This means that there was approximately one extra invasive breast cancer for roughly every 1900 women taking ET and every 290 women taking EPT each year.

**Conclusions:** Hormone therapy was associated with an increased risk of breast cancer; with the highest risk being associated with EPT, and the high dose norethisterone –estradiol preparation Kliogest followed closely by the low dose preparation Activelle.

### G27. PUQE OVERSATT TIL NORSK (SUKK) IDENTIFISERER PASIENTER MED HYPEREMESIS GRAVIDARUM OG DÅRLIG NÆRINGSINNTAK; EN CASE-KONTROLL STUDIE

Birkeland E<sup>1</sup>, Stokke G<sup>2</sup>, Tangvik R<sup>3</sup>, Torkildsen E<sup>4</sup>, Boateng J<sup>5</sup>, Wollen AL<sup>6</sup>, Albrechtsen S<sup>1,2</sup>, Flaatten H<sup>7,8</sup>, Trovik J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institutt for Klinisk Medisin 2, Universitetet i Bergen; <sup>2</sup>Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; <sup>3</sup>Avd. for Forskning og Utvikling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; <sup>4</sup>Kvinneklubben, Stavanger Universitetssykehus, Stavanger; <sup>5</sup>Kvinneklubben, Helse Førde, Førde; <sup>6</sup>Volvat Medisinske Senter, Bergen; <sup>7</sup>Avdeling for Anestesi og Intensivmedisin, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; <sup>8</sup>Institutt for Klinisk Medisin 1, Universitetet i Bergen.

**Bakgrunn.** Det engelske PUQE (Pregnancy-Unique Questionnaire of Emesis) identifiserer kvinner som er betydelig affisert av hyperemesis gravidarum (HG). Dette spørreskjema har vi fått oversatt til norsk; SvangerskapsUtløst Kvalme Kvantifisering (SUKK). Vårt mål var å undersøke om skår fra SUKK-skjemaet var assosiert med alvorlighet av hyperemesis og næringsinntak.

**Metode.** En prospektiv case-kontroll studie der 38 hospitaliserte hyperemesispasienter fra Vest-Norge (Haukeland, Stavanger og Førde) og 31 friske gravide kvinner fra Bergen har besvart SUKK-skjemaet samt en 24 timers prospektiv registrering av eget næringsinntak.

**Resultater.** HG pasienter hadde kortere gestasjonsalder sammenliknet med kontrollene (median 9.3 versus 11.9 uker; p=0.004), og større vektendring fra pregravid vekt (-3 kg vs. +2kg, p<0.001) ellers var gruppene like mhp pregravid BMI, alder, tidligere graviditeter og vekt ved inklusjon. Sammenliknet med kontrollene hadde HG pasientene signifikant høyere SUKK-skår (median 13, 95% KI: 11-14 vs. 7, 95% KI: 4-8), lavere livskvalitetsskår (median skår 3 vs. 6) og lavere ernæringsinntak (energiinntak median 990 kcal vs. 1652 kcal, alle p<0.001). SUKK-skår var invers korrelert til ernæringsinntak (-0.5, p<0.001). Ved utskrivning hadde SUKK-skår falt til median 6 (95% KI: 5-8) og livskvalitetsskår steget til 7, (begge p<0.001 sammenliknet med verdier ved innleggelse).

**Konklusjon.** SUKK skår har blitt validert som en robust indikator for alvorlig hyperemesis gravidarum og utilstrekkelig næringsinntak.



## Posters

### F3. EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE AV TREDJE TRIMESTER RUTINEULTRALYD

Ragnhild Bergene Skråstad<sup>1,2</sup>, Sturla Hall Eik-Nes<sup>1,2</sup>, Oddvar Sviggum<sup>3</sup>, Ole Jakob Johansen<sup>4</sup>, Kjell Åsmund Salvesen<sup>1,2</sup>, Pål Richard Romundstad<sup>5</sup>, Harm-Gerd Karl Blaas<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim; <sup>2</sup>Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs hospital, Trondheim; <sup>3</sup>Medi 3, Ålesund; <sup>4</sup>Barneklubben, St. Olavs hospital, Trondheim; <sup>5</sup>Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

**Bakgrunn.** I Norge tilbys kun én rutinemessig ultralydundersøkelse i svangerskapet, men nytteverdien av ultralyd i tredje trimester diskuteres fortsatt. Denne studien sammenligner deteksjonsraten av foster som er small-for-gestational-age eller large-for-gestational-age, kongenitale anomalier og perinatale utkomme i svangerskap randomisert til tredje trimester rutineultral lyd ved 18 uker eller senere ultralyd på klinisk indikasjon. Mistenkte small-for-gestational-age foster ble fulgt med gjentatte vekstmålinger og CTG. Doppler ultralyd ble ikke brukt.

**Metode.** En randomisert kontrollert studie ble gjennomført i Trondheim mellom 1989 og 1992. 6780 svangerskap fra en uselektert populasjon ble randomisert til ultralydundersøkelser ved henholdsvis 18 og 33 uker eller rutineultral lyd ved 18 uker og senere ultralyd på klinisk indikasjon. Mistenkte small-for-gestational-age foster ble fulgt med gjentatte vekstmålinger og CTG. Doppler ultralyd ble ikke brukt.

**Resultater.** Tredje trimester rutineultral lyd økte deteksjonsraten av small-for-gestational-age foster fra 46% til 80%, men perinatal morbiditet og mortalitet forble uendret. Deteksjon av large-for-gestational-age foster økte fra 36% til 91%. Det var en signifikant økning av fødselsinduksjoner og elektive keisersnitt på indikasjon mistenkt small-for-gestational-age foster og en signifikant reduksjon av induksjoner og elektive keisersnitt på indikasjon mistenkt large-for-gestational-age foster i studiegruppen. Deteksjonsraten av kongenitale anomalier var 56% i begge grupper.

**Konklusjon.** Et tilbud om en tredje trimester rutineultral lyd bør ikke innføres eller avvises før tredje trimester rutineultral lyd kombinert med overvåking med Doppler blodstrømsmålinger av identifiserte risikofostre har blitt evaluert i en randomisert kontrollert studie.

### F4. FØRSTE TRIMESTER PREDIKSJON AV HYPERTENSIVE SVANGERSKAPSKOMPLIKASJONER

Ragnhild Bergene Skråstad<sup>1,2</sup>, Gunhild Garmo Hov<sup>3</sup>, Harm-Gerd Karl Blaas<sup>1,2</sup>, Pål Richard Romundstad<sup>4</sup>, Kjell Åsmund Salvesen<sup>2,5</sup>  
<sup>1</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim; <sup>2</sup>Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs hospital, Trondheim; <sup>3</sup>Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs Hospital, Trondheim; <sup>4</sup>Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim; <sup>5</sup>Kvinnokliniken, Institusjonen for kliniske vetenskaper, Lunds Universitet, Sverige

**Bakgrunn.** De siste årene er det utarbeidet flere algoritmer for første trimester prediksjon av preeklampsi og svangerskaps hypertoni. Vi ønsket å utarbeide en algoritme tilpasset en norsk populasjon basert på materielle karakteristika, mean arterial pressure (MAP), pulsatility index i arteria uterina (UtAPI), pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A) og placenta growth factor (PIGF) i serum.

**Metode.** Studien ble gjennomført på Nasjonalt senter for fostermedisin i Trondheim. 579 kvinner som var førstegangsfødende eller tidligere hadde hatt et svangerskap med gestasjonshypertensjon eller preeklampsi, ble undersøkt mellom uke 11+0 og 13+6 uker med anamneseopptak og måling av MAP, UtAPI, PAPP-A og PIGF. Testene ble evaluert separat og i kombinerte modeller med receiver-operator characteristics (ROC) kurver.

**Resultater.** Den beste modellen hadde areal under ROC-kurven (AUC) på 0,87 (95% CI 0,76-0,98) for alvorlig preeklampsi, 0,74 (95% CI 0,63-0,84) for all preeklampsi, 0,82 (95% CI 0,73-0,91) for svangerskaps hypertoni og 0,78 (95% CI 0,71-0,86) for hypertensive svangerskapskomplikasjoner samlet. Om vi brukte en kombinert modell kunne vi predikere 61,5% (95% CI 31,6-86,1) av tilfellene med alvorlig preeklampsi, 38,5% (95% CI 20,2-59,4) av alle preeklampsitilfeller og 42,9% (95% CI 21,8-66) av tilfellene med svangerskaps hypertoni med en 10% fiksert falsk positive rate.

**Konklusjon.** Materielle karakteristika, MAP, UtAPI, PAPP-A og PIGF viste begrenset verdi når det gjaldt å predikere hypertensive svangerskapskomplikasjoner. Videre forskning er nødvendig for første trimester prediksjon av hypertensive svangerskapskomplikasjoner integreres i den norske svangerskapsomsorgen.

### G5. LAPAROSKOPISK ASSISTERT VAGINAL HYSTEREKTOMI, LAPAROSKOPISK SUBTOTAL HYSTEREKTOMI OG TOTAL LAPAROSKOPISK HYSTEREKTOMI I NORGE- EN OVERSIKT

Putz, A.; Rakovan, M.; Putz, A.M.  
 Kvinneklinikken, Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg.

**Bakgrunn.** Hysterektomi er et jevnlig utført gynekologisk inngrep ved benigne gynekologiske lidelser. I Norge ble de utført ca. 5.000 hysterektomier/år; i Tyskland ca. 150.000 hysterektomier/år og i USA ca. 600.000 hysterektomier/år.

De vanligste indikasjoner for hysterektomi er myomer; blødningsforstyrrelser; smerter; adenomyosis, endometriose, dyspareuni og descens. Inngrepet kan gjennomføres på ulike måter: åpent, vaginalt eller med laparoskopisk teknikk, og det finnes tre forskjellige metoder for laparoskopisk hysterektomi: laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi (LAVH), subtotal laparoskopisk hysterektomi (LASH) og total laparoskopisk hysterektomi (TLH).

Veilederen i generell gynekologi 2009 har ingen retningslinje som kan hjelpe med valg av operasjonsmetode for hysterektomi.

**Metode.** Registreringen omfatter personlige opplysninger, allmenne helseopplysninger, allmenne og spesifikke operasjonsdata, intraoperative komplikasjoner og postoperative komplikasjoner inntil 4 uker etter inngrepet. Vi hentet tallmaterialet fra Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER) i oppstartperioden fra 01.02.2013 til 31.12.2013.

**Resultater.** 15 gynekologiske avdelinger har registrert 167 laparoskopiske hysterektomier; derav er 83 (50%) LASH, 73 (43%) TLH og 12 (7%) LAVH. De tre hyppigste hovedindikasjoner for inngrepet var myomer (24, 14%), ovarialcysten (23, 13%) og blødningsforstyrrelser (19, 11%). 2 (1%) pasienter fikk en laparoskopisk hysterektomi pga. cancer corporis uteri. 4 avdelinger har ikke registrert laparoskopiske hysterektomier og 11 avdelinger registrerte mellom 1 (0,5%) og 69 (41%) av alle fullstendig dokumenterte laparoskopiske hysterektomier: 6 (4%) intraoperative komplikasjoner er registrert og 2 (1%) konverteringer. Alle intraoperative komplikasjoner oppstod ved TLH. 33 (20%) postoperative komplikasjoner er listet opp, derav 22 (13%) med lite, 7 (4%) med moderat og 2 (1%) med høy alvorlighetsgrad. Ingen dødsfall er listet opp. Det viser seg signifikante forskjeller i indikasjon, valg av metode og komplikasjoner ved deltakende gynekologiske avdelinger. Ved undersøkelse av sosiodemografiske og allmenne helseopplysninger ble det påvist at noen parameter er i forbindelse med en signifikant forhøyet komplikasjonsrate. F. eks. viser pasienten med høyt BMI en signifikant forhøyet intraoperative komplikasjonsrate; 4 (66%) fra de 6 pasienten med intraoperative komplikasjoner har vært overvektig.

**Konklusjon.** Valg av operasjonsmetode og resultat for laparoskopisk hysterektomi varierer ved gynekologiske avdelinger i Norge. Med hensyn på lav dekningsgrad i oppstartåret av NGER må man se kritisk på resultater, men foreløpige resultater med høyre dekningsgrad i 2014 bekrefter tendensen vi ser nå. Det er ønskelig å ha klare regler og retningslinjer for valg av operasjonsmetode for laparoskopiske hysterektomier. En nærmere undersøkelse av alle registrerte parameter er nødvendig til å finne ut risikofaktorer og reduserer komplikasjoner.

## G6. URININKONTINENS KIRURGI VED BRUK AV AJUST SLYNGE: I OG 3 ÅRS POSTOPERATIV OPPFØLINGS RESULTATER

Majida M<sup>1</sup>, Askestad KA<sup>1</sup>, Urnes AS<sup>1</sup>

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

**Bakgrunn.** Målene med denne kvalitetssikringsstudie var å vurdere 1 og 3 år postoperative oppfølging resultatene av urininkontinens kirurgi utført med AJUST slynge ved Gynekologisk avdeling, Akershus universitetssykehus.

**Metode.** 560 kvinner ble operert for urininkontinens ved hjelp av enkelt snitt AJUST slynge (fra Bard) i perioden januar 2009 til januar 2013. Pre-operative skriftlig informert samtykke ble innhentet fra alle deltakerne. Alle deltakerne fylte ut pre og postoperativ (6-12months) Norske urogynecological gruppe (NUGG) sitt validerte spørreskjema og pre og postoperativ urodynamiske undersøkelser med stress test, uroflowmetry og resturin målinger var utført. Tre år postoperativ oppfølging ble utført med tilsendt spørreundersøkelse som anbefalt av nasjonale retningslinjer. Alle kvinnene ble operert ved dagkirurgisk avdeling av elleve kirurger. Alle kirurgene fikk systematisk opplæring av prosedyren ved å assistere fem operasjoner og deretter gjøre fem prosedyrer under tilsyn. Deltakerne ble innkalt 6-12 måneder etter operasjonen for oppfølging ved urotherapeut. Tre års data ble samlet fra NUGG spørreskjema. Data for komplikasjoner og operasjonstid ble samlet fra elektroniske journaler til opererte kvinner.

**Resultater.** 560 kvinner med gjennomsnittsalder 56,4 år (range 32-85), gjennomsnitt BMI 26,6 (range 18,4- 43,0) ble inkludert i denne studien. Pre-operative lekkasje på stress test var gjennomsnitt 76,3 gram (SD ± 56,8), gjennomsnitt resturin 10,5ml (SD ± 17,4), og maksimal flow rate 27,0 ml / sek (SD ± 9,4). Ett år post operativt 373 kvinner (82 %) hadde 0 gram lekkasje på stress test, 30 kvinner (6,9 %) <5 gram og 34 kvinner (9,7 %) hadde > 5 gram lekkasje. Postoperativ stress test data manglet i 105 (18,8 %) tilfeller. Postoperative resturin målinger var gjennomsnitt 15,0 ml (SD ± 26,3) og maksimal flow rate gjennomsnitt 20,5ml / sek (SD ± 7,7). Gjennomsnitt operasjonstid var 12,5 minutter (range 5-33min). 546 (97,5 %) kvinner fikk ingen komplikasjoner. I fjorten (2,5 %) kvinner komplikasjoner var som følger, postoperativ smerte 5 (0,9 %), slynge erosjon 4 (0,7 %), dymparuni (Hispanunia) 3 (0,5 %), urethral trauma 1, en kvinne trengte postoperativ justering av slynge og ble behandlet for sårinfeksjon. 423 (80,3 %) kvinner var svært fornøyd med resultatene, 61 kvinner (11,6 %) var litt fornøyd, 15 (2,8 %) kvinner var verken fornøyd eller misfornøyd, mens 12 (2,3 %) kvinner var litt misfornøyd og 16 (3 %) var svært misfornøyd. NUGG tilfredshet data manglet i 33 (5,9 %) tilfeller. 210 kvinner av total 560 opererte var kvalifisert for 3 års kontroll. Hver kvinne fikk NUGG symptomer spørreskjema 3 år etter operasjonen. Deltagerne fikk navn, telefon nummer til uroterapeut og var spesielt oppfordret til å ta kontakt hvis de var misfornøyd. Svarprosent til tre år postoperativ oppfølging var 100 (47,6 %) med svært fornøyd kvinner 74 (74 %).

**Konklusjon.** Resultater fra denne studien viser at urininkontinens kirurgi ved bruk av AJUST slynge er tidsbesparende og uten betydelige komplikasjoner. 80,3 % kvinner var svært fornøyd med resultatene ved ett års oppfølging mens 74 % kvinner var svært fornøyd på tre år oppfølging.

## O3. GLOBALE miRNA EKSPRESJONSANALYSER AV SERØSE OG KLARCELLEDE OVARIALE KARSINOMER IDENTIFISERER DIFFERENSIELT UTTRYKTE miRNA, INKLUDERT miR-200c-3p SOM EN PROGNOTISK MARKØR

Vilming Elgaaen B<sup>1</sup>, Olstad OK<sup>2</sup>, Foss Haug KB<sup>2</sup>, Brusletto B<sup>2</sup>, Sandvik L<sup>3,4</sup>, Staff AC<sup>3,5</sup>, Gautvik KM<sup>2,3</sup>, Davidson B<sup>3,6</sup>

<sup>1</sup>Avd. for gynekologisk kreft, Oslo universitetssykehus (OUS), Oslo; <sup>2</sup>Avd. for medisinsk biokjemi, OUS, Oslo; <sup>3</sup>Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo; <sup>4</sup>Avd. for biostatistikk, epidemiologi og helseøkonomi, OUS, Oslo; <sup>5</sup>Gynekologisk avd., OUS, Oslo; <sup>6</sup>Avd. for patologi, OUS, Oslo.

**Bakgrunn.** Forbedret innsikt i de molekylære karakteristikker av de ulike undergrupper av ovarialcancer er nødvendig for å utvikle en mer individualisert og optimalisert behandling. Målet med denne studien var å a) identifisere differensielt uttrykte miRNA i høygradige serøse ovariale karsinomer (HGSC), klarcellede ovariale karsinomer (CCC) og ovarialt overflateepitel (OSE), b) evaluere selekterte miRNA for assosiasjon med kliniske parametere inkludert overlevelse, og c) kartlegge miRNA-mRNA interaksjoner.

**Metode.** Forskjeller i miRNA ekspresjon mellom HGSC, CCC og OSE ble analysert med global miRNA ekspresjonsprofilering (Affymetrix GeneChip miRNA 2.0 Arrays, hhv. n = 12, 9 og 9), validert med RT-qPCR (hhv. n = 35, 19 og 9), og evaluert for assosiasjon med kliniske parametere. For HGSC ble differensielt uttrykte miRNA knyttet til differensielt uttrykte mRNA identifisert tidligere.

**Resultater.** Differensielt uttrykte miRNA (n=78) mellom HGSC, CCC og OSE ble identifisert (FDR < 0.01%), hvorav 18 ble validert (p < 0.01) med RT-qPCR i en utvidet kohort. Sammenliknet med OSE var miR-205-5p det mest overuttrykte miRNA i HGSC. miR-200 familiemedlemmer og miR-182-5p var de mest overuttrykte miRNA i HGSC og CCC sammenliknet med OSE, mens miR-383 var det mest underuttrykte. miR-205-5p og miR-200 medlemmer retter seg mot epithelial-mesenchymal transisjon (EMT) regulatorer, som ser ut til å være viktig i tumorprogresjon. miR-509-3-5p, miR-509-5p, miR-509-3p og miR-510 var blant de som skilte HGSC og CCC best, alle signifikant overuttrykt i CCC i forhold til HGSC. Høy ekspresjon av miR-200c-3p var assosiert med dårlig progresjonsfri (p = 0.031) og total (p = 0.026) overlevelse hos pasienter med HGSC. Interagerende miRNA og mRNA, også de som utgjorde en TP53-relatert signalvei presentert tidligere, ble kartlagt for HGSC.

**Konklusjon.** Flere differensielt uttrykte miRNA mellom HGSC, CCC og OSE har blitt identifisert, noe som tyder på en karsinogen rolle for disse miRNAene. miR-200 familiemedlemmer, som retter seg mot EMT drivere, var for det meste overuttrykt i begge subgrupper; blant annet miR-200c-3p som var assosiert med overlevelse hos pasienter med HGSC. Et sett med miRNA skilte CCC fra HGSC, hvorav miR-509-3-5p og miR-509-5p differensierte best. Flere interaksjoner mellom miRNA og mRNA i HGSC ble kartlagt.

## F10. EMBOLISERING SOM BEHANDLING FOR POST PARTUM BLØDNING – HJELPER DET?

Aas-Eng K<sup>1</sup>, Qvigstad E<sup>1,2</sup>, Kløw NE<sup>2,3</sup>, Hald K<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Oslo universitetssykehus Ullevål, Oslo; <sup>2</sup>Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo; <sup>3</sup>Klinikk for diagnostikk og intervensjon, Oslo universitetssykehus Ullevål, Oslo.

**Bakgrunn.** Post partum blødning kan utvikle seg til å bli en livstruende tilstand som trenger rask intervensjon. Flere behandlingsalternativer finnes og embolisering er en relativt ny metode i Norge. Vårt mål var å evaluere klinisk effekt, sikkerhet, komplikasjoner og fertilitet etter embolisering for post partum blødning. Dessuten ønsket vi å undersøke om introduksjonen av post partum embolisering påvirket insidensen av post partum hysterektomi.

**Metode.** Retrospektiv studie utført ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Pasienter som pga. post partum blødning ble hysterektomert fra januar 2003 til desember 2010 og pasienter som ble embolisert fra januar 2007 til desember 2010 ble inkludert i studien. Sykehusjournaler ble gjennomgått. Pasienter som ble embolisert fikk tilsendt et spørreskjema om komplikasjoner og fertilitet etter behandlingen. Insidensen av post partum hysterektomi ble registrert i perioden før (2003-2006) og etter (2007-2010) introduksjonen av embolisering.

**Resultater.** Klinisk effektivitet, dvs. hemostase, ble oppnådd blant 28 av 34 emboliserte pasienter (82%). Fem emboliserte pasienter ble til slutt hysterektomert og en fikk fjernet et uterus horn. En pasient utviklet uterus nekrose 27 dager etter embolisering. Ingen pasienter rapporterte alvorlige langtidskomplikasjoner. Pasientene som hadde bevart livmoren rapporterte ni graviditeter og syv levende fødsler. Post partum blødning gjentok seg i 57% av graviditetene. Den reduserte insidensen av post partum hysterektomi fra 0.40/1000 fødsler til 0.35/1000 fødsler etter introduksjonen av embolisering for post partum blødning var ikke statistisk signifikant (p=0,80).

**Konklusjon.** Embolisering som behandling for post partum blødning er et klinisk effektivt hjelpemiddel. Behandlingen er trygg og fertilitetsbesparende, men alvorlige komplikasjoner som uterus nekrose kan forekomme.

## G10. PREVENSJON ETTER NYRETRANSPLANTASJON (PENT) STUDIEN

Rashidi F<sup>1</sup>, Oldereid N<sup>2</sup>, Krajewski C<sup>3</sup>, Leivestad T<sup>1</sup>, Midtvedt K<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Avdeling for transplantasjonsmedisin, Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon, Nyresekjonen, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet, Oslo; <sup>2</sup>Reproduksjonsmedisinsks seksjon, Kvinne-barn klinikken, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet, Oslo; <sup>3</sup>Dep. of Obstetrics, Gyn. and Reprod. sciences, University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA.

**Bakgrunn.** Etter en vellykket nyretransplantasjon ønsker naturlig nok en del av de yngre kvinnelige pasientene som er i fertil alder å bli gravide. Hvis alt ligger til rette for det sier retningslinjene at man kan prøve å bli gravid 2 år etter en nyretransplantasjon. Det finnes imidlertid ingen retningslinjer for prevensjon etter en vellykket organtransplantasjon. Per dags dato foreligger det heller ikke noe oversikt eller data som belyser prevensjon hos nyretransplanterte kvinner i fertil alder, verken i Norge eller i resten av verden. Målet med PENT studien er å kartlegge prevensjon brukt etter nyretransplantasjon hos fertile kvinner i Norge, antall graviditeter og samtidig forhåpentligvis kunne komme med noen anbefalinger/retningslinjer som kan være av allmenn interesse.

**Metode.** Per dags dato er det ca 3900 nyretransplanterte pasienter med fungerende graft i Norge. Ved bruk av Norsk Nefrologiregister har en identifisert 256 nyretransplanterte kvinner i fertil alder i alderen 18-45 år med GFR > 30 ml/min. Pasientene har vært transplanterte i mer enn 6 måneder. Spørreskjema og samtykkeskjema er sendt ut til pasientenes behandlende nyrelege ved 23 forskjellige sykehus.

**Resultater.** Per 31. juli 2014 er det 116 pasienter som har besvart spørreskjema. Gjennomsnittsalder 37år (22-45år). Det er rapportert totalt 75 graviditeter etter nyretransplantasjon. 17% av graviditetene (n=13) var "ikke planlagte". Femti prosent (n=48) av pasientene rapporterte at de aldri har mottatt informasjon om prevensjon fra helsepersonell etter nyretransplantasjon. Den vanligste prevensjonsmetoden som er brukt er p-pille (31%), etterfulgt av kondom (24%), avbrutt samleie (10%), hormonspiral (9%), spiral (7%), angrepille (7%), sterilisering av nyrerecipient (3%), p-sprøyte (3%), sterilisering av partner (2%), vaginal ring (1%) og prevensjonplaster (1%). 3% av pasientene brukte ikke noe type prevensjon.

**Konklusjon.** Vår foreløpige oppfatning er at fertile nyretransplanterte kvinner i dag mottar inadegvat informasjon om prevensjon etter transplantasjon. Det er behov for å utvikle retningslinjer for bruk av prevensjon til denne pasientgruppen.

## G13. OBJEKTIV KURRATE, GRAD AV TILFREDSHET OG KOMPLIKASJONER ETTER DESCENSKIRURGI VED ST. OLAVS HOSPITAL 2011-2013

Volløyhaug I<sup>1</sup>, Andræ F<sup>2</sup>, Eikeland G<sup>1</sup>, Øyasæther M<sup>1</sup>, Myklebost M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim; <sup>2</sup>Kvinneklinikken, Nordlandssykehuset, Bodø

**Bakgrunn.** Det er store variasjoner i rapportert grad av tilbakefall, reoperasjoner og pasienttilfredshet etter descenskirurgi. I Norge er det ingen obligatorisk registrering av descenskirurgi. Vi har opprettet et lokalt kvalitetsregister for descenskirurgi ved St.Olavs Hospital. Vi gjør årlige statistiske analyser for å sammenlikne resultatene etter descenskirurgi med internasjonal standard og andre sykehus i Norge.

**Metode.** Totalt 540 kvinner ble operert ved St. Olavs Hospital (Trondheim og Orkanger) i 2011- 2013. Journalene ble gjennomgått i etterkant, og data lagt inn i lokalt kvalitetsregister. I løpet av høsten 2013 og våren 2014 mottok alle pasienter som hadde vært operert i 2011- 2013 et spørreskjema om descenssymptomer, komplikasjoner og tilfredshet med operasjonsresultatet.

**Resultater.** 21% av pasientene hadde gjennomgått tidligere descenskirurgi. Gjennomsnittsalder ved kirurgi var 65,3 år (yngste 31, eldste 93 år). 45% (171) av de opererte i 2011 og 2012 hadde vært til kontroll innen utgangen av 2013. Objektiv kurrate (descensgrad 0-1 i operert compartment) blant de kontrollerte pasientene var 72%. 90% av de som svarte på spørreskjema var fornøyd med operasjonsresultatet (stor forbedring eller forbedring). 26% av de som svarte på spørreskjema anga at de hadde hatt komplikasjoner. De vanligste komplikasjonene var urinveisinfeksjon (13%) og smerte (11%), hvorav 4% anga å fortsatt ha smerter som oppsto i forbindelse med operasjonen. Netterosjoner ble sett hos 4 av 53 kontrollerte pasienter, hvorav 1 symptomatisk.

**Konklusjon.** Resultatene er sammenliknbare med internasjonal standard. Vi vil fortsette å registrere alle descensoperasjoner i vårt lokale kvalitetsregister og foreta årlige statistiske analyser for å forbedre behandlingen av våre descenspasienter.

## F12. NASJONALT KVALITETSREGISTER FOR VENØS TROMBOSE I OG ETTER SVANGERSKAPET

Jacobsen AF<sup>1</sup>, Dahm A<sup>2</sup>, Eilertsen A<sup>2</sup>, Wik HS<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fødeavdelingen-Ullevål, Kvinne- og barneklivnikken, Oslo Universitetssykehus, Oslo; <sup>2</sup>Hematologisk avdeling, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; <sup>3</sup>Hematologisk avdeling - Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus

**Bakgrunn.** Svangerskapsrelatert trombose er en sjelden, men alvorlig hendelse og er en av de viktigste årsakene til maternell død i den rike delen av verden. Forekomsten er 1 / 1000 svangerskap, dvs. 50-60 tromboser i året i Norge. Mortaliteten i Norge er ca 1 / 70.000 gravide, altså i underkant av ett dødsfall per år. Både Norsk auditgruppe for maternelldødsfall og en nasjonal rapport fra UK anslår at ca. 50 % av disse dødsfallene kunne ha vært unngått. Det er vanskelig å gjennomføre gode studier på behandling og profylakse av en så sjelden tilstand. Det er publisert flere retrospektive studier, men vi mangler prospektive studier generelt og behandlings- og profylakse-studier spesielt. Det finnes ingen nasjonale kvalitetsregistre pr i dag så langt oss bekjent.

**Metode.** Vi ønsker å etablere et nasjonalt kvalitetsregister for venøs trombose (DVT og lungeemboli) i svangerskapet og inntil 3 mnd etter fødsel. Databasen vil ligge på OUS, men med en prosjektgruppe med samarbeidspartnere på flere sykehus. Pasientene rekrutteres på det enkelte sykehus hvor samtykke og CRF fylles ut. Vi ønsker informasjon om trombosens lokalisasjon, mulig utløsende årsak (trombofili, familieanamnese, immobilisering, flyreiser, alvorlig blødning, infeksjon osv.), tid fra symptomdebut til diagnose, behandling og komplikasjoner. Vi vil følge opp pasientene i 10-30 år med spørreskjemaer og telefonintervju for å registrere residivrisiko og andre senkomplikasjoner (morbiditet, posttrombotisk syndrom og livskvalitet).

**Resultat.** Formålet er å bedre behandling og prognose for disse pasientene. Vi ønsker å publisere dataene i både nasjonale og internasjonale tidsskrift. Indremedisinere/hematologer blir helt avgjørende samarbeidspartnere og det kan bli utfordrende å rekruttere så mange pasienter at man kan kalle det et kvalitetsregister.

**Konklusjon.** Vi ønsker å diskutere med årsmøtedeltakere om dette er noe kolleger fra andre sykehus kan tenke seg å være med på/ bidra til.

## G16. HYPEREMESIS GRAVIDARUM OG KREFT RISIKO HOS AVKOM – EN SKANDINAVISK; POPULASJONSBASERT STUDIE

K.F.Vandraas<sup>1,2</sup>, Å.V.Vikanen I<sup>1</sup>, N.C. Støer<sup>3</sup>, R. Troisi<sup>4</sup>, O. Stephansson<sup>5</sup>, H.T. Sørensen<sup>6</sup>, S.Vangen<sup>2</sup>, P.Magnus<sup>1</sup>, A.M. Grjibovski<sup>1,7</sup>, T.Grotmol<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Nasjonalt Folkehelse Institutt, avdeling for arv og miljø, <sup>2</sup>Nasjonalt Kompetansesenter for kvinnehelse, Rikshospitalet, <sup>3</sup>Universitetet i Oslo, Matematisk fakultet, <sup>4</sup>National Institute of Health, Bethesda, USA, <sup>5</sup>Division for obstetrik og gynekologi, Karolinska Universitet, <sup>6</sup>Avdeling for klinisk Epidemiology, Århus Universitet, <sup>7</sup>Nasjonalt Folkehelseinstitutt, avdeling for global helse, 8 Krefregisteret, Oslo.

**Bakgrunn.** Hyperemesis er en alvorlig tilstand som rammer 0.8-2.3% av gravide kvinner, som kan ansees som en avgrenset sult-periode. Forskning vedrørende potensielle lang-tidseffekter av tilstanden for avkommet, er begrenset, men mangel på ernæring in utero har blitt assosiert med kronisk sykdom i voksen alder, inkludert noen kreft former. Det er økende bevis for at flere kreftformer i barneår oppstår i mors liv. Vi gjennomførte en stor studie der vi koblet sammen fødselsregistrene og krefregistrene i Norge, Sverige og Danmark, for å utforske hvorvidt hyperemesis hos mor kunne øke risikoen for kreft for barnet.

**Metode.** Dette var en nøstet kasus-kontroll studie. Tolv ulike former for barnekreft ble valgt ut; leukemi, lymfom, kreft i sentral nervesystemet, testis, bein, ovarier, binyrer, skjoldbruskkjertel, nefroblastom og retinoblastom. COX-regresjons modeller ble brukt for å studere assosiasjoner mellom hyperemesis og risiko for kreft i barndom, både alle former for kreft samlet sett og separat for hver type. Kreftformer med fem eller flere tilfeller ble stratifisert i henhold til alder ved diagnose. Alle analyser ble justert for mors alder, mors fødeland og røykevaner; i tillegg til barnets Apgar score, placentale vekt og fødselsvekt. Relativ risiko med 95% konfidensintervall ble beregnet.

**Resultater.** Totalt var det 14805 tilfeller av kreft og cirka ti kontroller per case matchet på fødeland, kjønn og fødselsår (n=147709). Med unntak av risiko for lymfom hos eldre barn, RR 2.13 (95% KI: 1.14-3.99), etter justering RR 2.08 (95% KI: 1.11-3.90) var ingen av kreftformene assosiert til hyperemesis hos mor.

**Konklusjon.** Vårefunntilførelsevidensforenninglink mellom in-uteroksporing for hyperemesis og kreft i barndom, med mulig unntak av risiko for lymfom hos eldre barn.

## G18. ER HYPEREMESIS GRAVIDARUM ASSOSIETT MED PLACENTAL VEKT OG PLACENTAL VEKT-FØDSELSVEKT RATIO? EN POPULASJONSBASERT NORSK KOHORT STUDIE

K.F.Vandraas<sup>1,2</sup>, Å.V.Vikanen<sup>1</sup>, N.C. Støer<sup>3</sup>, S.Vangen<sup>2</sup>, P.Magnus<sup>1</sup>, A.M. Grijbovski<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Nasjonalt Folkehelse Institutt, avdeling for arv og miljø, <sup>2</sup>Nasjonalt Kompetansesenter for kvinnehelse, Rikshospitalet, <sup>3</sup>Universitetet i Oslo, Matematisk fakultet, <sup>4</sup>Nasjonalt Folkehelseinstitutt, avdeling for global helse

**Bakgrunn.** Tidligere studier har pekt på en mulig sammenheng mellom placental vekt, ratioen mellom placental vekt og fødsels vekt (PW/BW-ratio) og avkommets helse i voksen alder. Både høy og lav placental vekt kan reflektere en mindre effektiv placenta. Ratioen mellom placental vekt og barnets vekt sees på som et mer nyansert mål for placental funksjon enn vekt alene. Høy ratio (uforholdsmessig tung placenta i forhold til barnets vekt) har vært assosiert til økt sykdomsrisiko for barnet. Særlig økt risiko for hjertekar sykdom og diabetes har blitt rapportert. Hyperemesis, ekstrem svangerskapskvalme, kan også ha implikasjoner for senere helse. Maternal sult under svangerskapet har i en rekke studier vist å kunne ha negative konsekvenser for barnet på lang sikt, muligens gjennom såkalt «føtal programmering av sykdom». Hyperemesis kan anses å være en begrenset periode med sult. Videre har tidligere studier vist at kvinner med hyperemesis har økt risiko for placental sykdom, inkludert preeklampsi og abruptio. Placenta er tenkt å ha en nøkkelrolle hva gjelder programmering av barnets sykdomsprofil. Sammenhengen mellom hyperemesis og placental vekt og funksjon har ikke tidligere blitt studert. Dette kan indirekte gi informasjon om potensielle langtidskonsekvenser av hyperemesis, et felt som er svært begrenset i omfang. Målet for denne studien var derfor å utforske mulige assosiasjoner mellom hyperemesis og placental vekt og PW/BW ratio basert på data fra det Medisinske Fødselsregister (MFR).

**Metode.** Dette er en populasjonsbasert kohort studie der vi tok for oss alle enkeltfødsler fra 1999-2009, der barnet var over 23 uker ved fødsel, der placental vekt var rapportert å være mellom 100 og 2500 gram, og barnets fødselsvekt var mellom 500-6000 gram. Placental vekt ble meldt til MFR fra og med 1999. Totalt ble 200,390 fødsler inkludert. Hyperemesis ble definert gjennom ICD-10 kode O21.0, O21.1 og O21.9. Vi brukte allerede utviklede percentil-kurver for placental vekt og BW/PW – ratio, basert på MFR data. Percentil kurvene var gestasjonsalder- og kjønns-spesifikke. For å kunne sammenligne våre funn med tidligere studier, reverserte vi ratioen til PW/BW-ratio. Alle analyser ble justert for mors utdanning, røyk, fødeland og alder. Placental vekt ble i tillegg justert for fødselsvekt og for tidlig fødsel. Fordi hyperemesis kan være vanligere ved jentebarn og placental vekt varierer med kjønn, utførte vi stratifiserte analyser basert på kjønn. Vi utførte bivariate analyser mellom hyperemesis og å være under eller over 10 percentilen for placental vekt og PW/BW-ratio, ved hjelp av Pearson Chi Square test. Samme analyse ble gjort for 90 percentilen. Utfallsvariablene ble så analysert både som kontinuerlige (i gram) og dikotome variabler gjennom henholdsvis multipel lineær og logistisk regresjon. I den logistiske regresjonen kategoriserte vi placental vekt og PW/BW-ratio som enten under 10 percentilen eller over 90 percentilen. Crude (ujusterte) og justerte odds ratioer med 95% KI ble kalkulert.

**Resultat.** 1.2% av kvinnene var registrert med hyperemesis. I bivariat analyse fant vi ingen forskjell i henhold til hyperemesis status for de tyngste eller letteste placentaene. Resultatene varierte ikke med avkommets kjønn. Kvinner med jentebaby og hyperemesis hadde signifikant økt risiko for PW/BW-ratio over 90 percentilen (OR 1.17, 95% KI: 1.03-1.34). Hyperemesis og PW/BW-ratio under 10 percentilen var inverst assosiert (OR 0.70, 95% KI: 0.56-0.89). For guttebabyer fant vi ingen assosiasjon mellom hyperemesis og PW/BW-ratioen hverken under 10 percentilen eller over 90 percentilen.

**Konklusjon.** Vi observerte positive assosiasjoner mellom hyperemesis og høy PW/BW-ratio begrenset til kvinnelig avkom. Den høye ratioen kan indikere en mulig link mellom hyperemesis og helse i voksen alder.

## F13. FØDSELSFAKTORER OG RISIKO FOR URININKONTINENS POST PARTUM

Wesnes SL<sup>1</sup>, Rørtveit G<sup>1,2</sup>, Hannestad YS<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB; <sup>2</sup>Allmennmedisinsk forskningsenhet, UNI research Helse, Bergen; <sup>3</sup>Avtalepraksis gynekologi Helse Vest, Bergen

**Bakgrunn.** Det er kjent at det er en sammenheng mellom fødsel og urininkontinens men betydningen av enkelte fødselsfaktorer er mer uklar. I denne studien undersøkes eventuel sammenheng mellom urininkontinens og enkelte fødselsfaktorer samt kombinasjoner av risikofaktorer

**Metode.** Studien er basert på 7,561 førstegangs fødende kvinner fra Den norske mor og barn-undersøkelsen som var kontinente før og under svangerskapet. Dataene kommer fra spørreskjemaer besvart ved 15. og 30. svangerskapsuke og 6 måneder post partum. Spørreskjemaadataene er koblet til data fra Medisinsk fødselsregister. Analysene er gjort ved logistisk regresjon.

**Resultater.** Blant enkeltfaktorene var både fødselsvekt > 50 percentilen, hodeomkrets > 50 percentilen og tangforløsning assosiert med signifikant økt risiko for nytilkommet urininkontinens 6 måneder post partum mens det ikke ble funnet økt risiko ved epidural, episiotomi eller sfinkterruptur. Blant de kvinnene som fødte spontant vaginalt viste følgende kombinasjoner sammenheng med økt forekomst av urininkontinens: fødselsvekt > 50 perc/hodeomkrets  $\geq$  36 cm, fødselsvekt > 50 perc/episiotomi, mors BMI  $\geq$  25/ fødselsvekt > 50 perc, mors alder  $\geq$  29 år/fødselsvekt > 50 perc. Blant alle som fødte vaginalt (både spontant og operativ vaginal forløsning) ga vakumforløsning av barn > 50 perc noe økt risiko for urininkontinens sammenlignet med spontant fødsel av barn i samme vektklasse mens tangforløsning av stort barn var assosiert med høyest forekomst av urininkontinens (OR 2.3, 95% CI 1.3-4.3).

**Konklusjon.** Noen fødselsfaktorer kan se ut til å virke sammen og forsterke hverandre slik at de samlet gir høyere risiko for urininkontinens enn alene. De fleste av de aktuelle risikofaktorene er vanskelige å påvirke (feks fostervekt, mors BMI, mors alder ved første fødsel) og en ekstra risikofaktor kan tilkomme som en konsekvens av tilstedeværelsen av den første (feks episiotomi eller operativ vaginal forløsning ved stort barn).

## G19. EMBOLISERING AV ARTERIA UTERINA. BLIR KVINNENE FORNØYDE?

Eikeland G<sup>1</sup>, Aune G<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim; <sup>2</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer; NTNU, Trondheim

**Bakgrunn.** Embolisering av arteria uterina ble innført som behandlingstilbud ved symptomgivende myomer ved St. Olavs Hospital i 2006. Vi ønsket å evaluere effekten av denne metoden.

**Metode.** Vi inkluderte pasienter som fikk utført embolisering av arteria uterina på indikasjon symptomgivende myomer fra 2006-2013 ved St. Olavs Hospital. Vi gikk gjennom elektronisk pasientjournal og registrerte opplysninger om alder, indikasjon for behandling, FSH-nivå, uterusstørrelse, symptombedring ved kontroll og eventuelt hysterektomi etter behandling. **Resultater.** 95 pasienter ble embolisert i perioden. 50 kvinner (68 %) hadde menometroragi med eller uten trykksymptomer; mens 19 (28%) hadde trykksymptomer som hovedindikasjon. 74 (78%) av de behandlede møtte til kontroll, og av disse opplevde 84 % symptombedring. Kvinner med menometroragi var mer fornøyd enn kvinner med trykksymptomer som hovedplage (94% vs. 74%, p= 0,032). Kvinner med FSH < 20 var mer fornøyd enn de med FSH > 20 (89% vs. 64%, p=0,043). De med middels stor uterus (<12 uker) tenderte til å være mer fornøyd enn de med større uterus (94 % vs. 76%, p=0,055). Sju av emboliseringene hadde komplikasjoner; ingen alvorlige, 2 var mislykket og 5 ble bare vellykket på en side.

16 kvinner fikk senere gjort hysterektomi. Ingen av disse trengte laparotomi.

**Konklusjon.** Kvinner som gjennomgikk embolisering av arteria uterina på grunn av myoma uteri ved St. Olavs Hospital i perioden 2006-2013 var i stor grad fornøyd. Det var ingen alvorlige komplikasjoner. Av de som senere ble hysterektomert trengte ingen laparotomi.

## G20. FØDSEL ELLER SVANGERSKAPSAVBRUDD; HAR LØNNET ARBEID NOE Å SI? EN STUDIE AV ALLE KVINNER I REPRODUKTIV ALDER SOM FØDTE ELLER SOM SØKTE OM SVANGERSKAPSAVBRUDD I NORGE I PERIODEN 2007-2010

Esild A<sup>1,2</sup>, Erdal Herdlevær I<sup>2</sup>, Strøm-Roum EM<sup>1,2</sup>, Monkerud L<sup>1,3</sup>, Grytten J<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; <sup>2</sup>Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo; <sup>3</sup>Handelshøyskolen BI, Oslo; <sup>4</sup>Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo, Oslo

**Bakgrunn.** I Norge finnes det rundt 1,3 millioner kvinner i reproduktiv alder. Fertilitetsraten i Norge er på 1,9, som er blant de høyeste i Europa. Kunnskap om faktorer som påvirker reproduksjon er viktig. I Norge er retten til foreldrepenger knyttet til arbeidsinntekt; kvinner med lønnet arbeid i svangerskapet får foreldrepenger som tilsvarer lønnen de ville fått dersom de var i arbeid, mens kvinner uten lønnet arbeid kun får en engangstønning (35 263kr). Vi ønsket å undersøke om lønnet arbeid kan ha noe å si for hvilket valg en kvinne tar dersom hun blir gravid; fødsel eller svangerskapsavbrudd.

**Metode.** Register basert studie. Vi brukte data fra Statistisk Sentralbyrå, det Medisinske fødselsregisteret og Abortregisteret. Vi sammenliknet andelen kvinner uten lønnet arbeid blant; i) alle kvinner i reproduktiv alder; 16-54 år; ii) kvinner som fødte; iii) kvinner som søkte om svangerskapsavbrudd i Norge i perioden 2007-2010. Blant kvinnene som var gravide beregnet vi, ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse, justert odds ratio for svangerskapsavbrudd assosiert med lønnet arbeid.

**Resultater.** Blant alle kvinner; 16-54 år; var 23,5 % uten lønnet arbeid i perioden 2007-2010. Blant kvinnene som fødte, var 15,8 % uten lønnet arbeid. 46,4 % av kvinnene som søkte om svangerskapsavbrudd var uten lønnet arbeid. Justert odds ratio for søkt svangerskapsavbrudd hvis kvinnen var uten lønnet arbeid var på 3,18 (95% KI 3,11-3,25) etter justering for alder; <20, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, >40, paritet; 0, 1, 2, ≥3, bosted i Norge; Oslo, midt, øst, vest, sør; nord og år ved fødsel/svangerskapsavbrudd; 2007, 2008, 2009, 2010. 57,3 % av de gravide kvinnene <20 år og 33,9 % av de gravide kvinnene ≥40 år søkte om svangerskapsavbrudd. Bare 11,4 % av kvinnene i alderen 30-34 år søkte om svangerskapsavbrudd. Justert OR for søknad om svangerskapsavbrudd var 5,04 (95 % KI 4,83-5,26) for kvinner <20 år og 2,14 (95 % KI 2,04-2,24) for kvinner ≥40 år.

**Konklusjon.** Kvinner uten lønnet arbeid hadde større risiko for å søke om svangerskapsavbrudd ved graviditet enn kvinner i lønnet arbeid. Siden retten til foreldrepenger er knyttet til arbeidsinntekt, er dette en mulig årsak til at flere kvinner uten lønnet arbeid søker om svangerskapsavbrudd og at norske kvinner utsetter å føde barn til de er i lønnet arbeid.

## G21. SEXUAL DYSFUNCTION AND THE RELATIONSHIP TO PELVIC FLOOR MUSCLE FUNCTION IN PRIMIPAROUS WOMEN AT 12 MONTHS POSTPARTUM

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

<sup>1</sup>Norwegian School of Sport Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo, Norway; <sup>2</sup>Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Lørenskog, Norway; <sup>3</sup>University of Oslo, Faculty Division Akershus University Hospital, Oslo, Norway

**Bakgrunn.** There is scant knowledge about sexual dysfunction and the link to pelvic floor muscle (PFM) function after childbirth. Aims of the present study were to investigate 1. how coital incontinence and vaginal symptoms may impact on sexual life of primiparous women at 12 months postpartum, 2. the correlation of symptoms with PFM function and 3. determine which symptoms have an impact on sexual life and at the same time correlates with PFM function.

**Methods.** International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire, sexual matters module (ICIQ-FLUTSsex) and ICIQ-Vaginal symptoms questionnaire (ICIQ-VS) were used for questions on coital incontinence, vaginal symptoms and sexual matters; "worries about vaginal symptoms", "relationship with partner affected" and "sexual life spoiled due to vaginal symptoms". PFM function; vaginal resting pressure (VRP), PFM strength and endurance were assessed by manometer. Spearman's Rank Order Correlation and Chi-square were used for data analysis.

**Results.** One hundred-seventy-seven primiparous women, mean age 28.7 (SD 4.3) participated at 12 (SD 0.8) months postpartum. Coital incontinence was found for 1,2%, whereas 76% reported at least one vaginal symptom. Symptoms of "vagina feels dry", "vagina feels sore", "reduced vaginal sensation" and "vagina feels too tight" were all found to interfere with sexual life (P-value ≤0,001). There was a weak, negative correlation between "vagina feels loose and lax" with VRP: rho= -0,16, p-value=0,03, PFM strength, rho= -0,20, p-value=0,007 and endurance, rho= -0,21, p-value=0,005, but this symptom did not impact on sexual life.

**Conclusion.** There was no significant relationship between sexual dysfunction and PFM function in this study.

## F16. ÅRSAKER TIL ØNSKE OM KEISERSNITT OG EFFEKTEN AV SAMTALE MED JORDMOR I PSYKOSOSIALT TEAM

Larsen M<sup>1</sup>, Dahlø R<sup>2</sup>, Syse J<sup>3</sup>, Løvvik TS<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Føde/Barsel Vest, St. Olavs Hospital; <sup>2</sup>Høgskolen i Sør-Trøndelag; <sup>3</sup>Høgskolen i Vestfold; <sup>4</sup>Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital

**Bakgrunn.** I den vestlige verden ønsker et økende antall kvinner keisersnitt uten medisinsk indikasjon. Fødselsangst er ikke et entydig begrep. Det er viktig å undersøke de faktorer som påvirker ønsket om keisersnitt. Denne studien har fokus på å kartlegge hva kvinnen angir som grunn for ønsket om keisersnitt. Det er sett på hvor mange som ombestemmer seg etter samtale med jordmor, og hvordan det gikk med fødselen.

**Metode.** Studien er kvantitativ, med retrospektivt deskriptivt design. Den baseres på journalgjennomgang fra gravide som har gått til støttesamtale hos jordmor i psykososialt team fra 2010-2012 ved St. Olavs Hospital. Alle kvinner som ytre ønske om keisersnitt i slik støttesamtale ble inkludert. Det ble benyttet deskriptiv statistikk og frekvensanalyser med krystabeller. Først så vi på hele studiepopulasjonen, deretter sammenlignet vi de som endret sitt initiale ønske om keisersnitt med de som ikke gjorde det. For å sammenligne gruppegjennomsnitt anvendte vi enveis-ANOVA. Fordeling av kategoriske variabler ble analysert ved Khi-kvadrat test. Binær logistisk regresjon ble brukt for å undersøke om ulike demografiske bakgrunnsvariabler og årsaker til ønske om keisersnitt påvirket endret ønske om fødselsmåte.

**Resultater.** 200 kvinner ble inkludert i studien. 143 kvinner (71,5%), oppga tidligere traumatisk fødselsopplevelse som hovedårsak til ønske om keisersnitt, 17 kvinner (8,5%) seksuelt misbruk og 18 kvinner (9%) psykisk lidelse. Årsaker til tidligere traumatiske fødselsopplevelser var akutt keisersnitt (23,8%), smerte (21,7%), tap av kontroll (18,2%), redsel for barnet (11,9%), vakuump/tang (10,5%), og utrygg på grunn av lite tilstedeværelse fra jordmor (5,6%). 77 (38,5%) av kvinnene endret ønske om keisersnitt til et ønske om å gjennomføre en vaginal fødsel etter samtale, mens 123 (61,5%) hadde et fastlåst ønske om keisersnitt. Regresjonsanalysene påviste ingen signifikante prediktorer for det å endre ønske.

**Konklusjon.** Tidligere traumatisk fødselsopplevelse var dominerende årsak til ønsket om keisersnitt. Denne gruppen ombestemte seg hyppigst etter støttesamtale og fødte normalt.

## G25. DET ER FORTSATT STORE VARIASJONEN I PERIOPERATIV BEHANDLING ETTER HYSTEREKTOMI OG VAGINALPLASTIKK. EN NASJONAL SPØRREUNDERSØKELSE

Marie Ellstrøm Engh<sup>1,2</sup>, Anne Pernille Schjønsby<sup>1</sup>, Tone Breines Simonsen<sup>1,3</sup>,

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog; <sup>2</sup>Oslo universitet Campus Ahus; <sup>3</sup>Forskningssenteret, HØKH, Akershus universitetssykehus.

**Bakgrunn.** I en spørreundersøkelse fra 2007 fant vi stor variasjon i postoperativ behandling og råd ved hjemreise etter gynekologiske kirurgiske inngrep. Undersøkelsen ble gjentatt i 2013. Målet med studie var å se på endringer i norske gynekologers perioperative behandling under denne perioden.

**Metode.** I 2013 sendte vi et elektronisk spørreskjema til alle (n=1050) norske spesialister i gynekologi om perioperativ behandling vaginalplastikk, vaginal hysterektomi (descens ikke indikasjon) og abdominal hysterektomi. Spørreskjemaet var det samme som ble brukt i 2007. Det ble sendt en puring. Vi spurte om pre og postoperativ behandling, forventet liggetid i sykehus etter operasjonen, sykmelding, og tid før gjenopptak av definerte aktiviteter.

**Resultater.** Kun 285/ 1050 (27 %) responderte på spørreskjemaet sammenlignet med 351/599 (59 %) i 2007. Forventet postoperativ liggetid (median og range vises) var etter vaginal plastikk 1 dag (0->4) 2013 vs 2 dager (0->4) 2007 etter vaginal hysterektomi 1 dag (0->4) 2013 vs 2 dager (1->4) 2007 og etter abdominal hysterektomi 2 (1->4) vs 3,5 dager (1->4). Anbefalt sykmelding for pasienter med tungt arbeid etter vaginal plastikk var 4 uker (1-8) 2013 vs 6 uker (1-9) 2007, etter vaginal hysterektomi 4 uker (1-8) 2013 vs 6 uker (3-9) 2007 og etter abdominal hysterektomi 6 uker (2-8) vs 4 uker (1-9). Det forelå ingen endring i anbefalt lengde av avholdenhet fra samleie etter de tre operasjonene.

**Konklusjon.** Det var fortsatt en stor variasjon i perioperative anbefalinger en for denne gruppe av kvinner i 2013. For alle tre operasjoner fant vi reduksjon i liggetid, det ble også registrert reduksjon i sykemeldingstid for de vaginale operasjonene. Funnene er usikre på grunn av lav svarfrekvens.

## G26. DÅRLIG VEKTØKNING I HYPEREMESIS GRAVIDARUMSVANGERSKAP ØKER RISIKO FOR SGA-BARN OG HØY PLACENTA/FØDSLSVEKT RATIO

Gjelsvik B<sup>1</sup>, Stokke G<sup>2</sup>, Flaatten K<sup>3</sup>, Birkeland E<sup>1</sup>, Flaatten H<sup>4,5</sup>, Trovik J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institutt for Klinisk Medisin<sup>2</sup>, Universitetet i Bergen; <sup>2</sup>Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>3</sup>Medisinsk Fakultet, Tromsø; <sup>4</sup>Avdeling for Anestesi og Intensivmedisin, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>5</sup>Institutt for Klinisk Medisin I, Universitetet i Bergen.

**Bakgrunn.** Hyperemesis gravidarum affiserer cirka 1% av alle gravide og er assosiert med økt risiko for preterm fødsel og vekstretardasjon. Høy placenta/fødselsvekt ratio er en parameter assosiert med svangerskapspatologi men har ikke vært mye studert i relasjon til hyperemesis gravidarum.

**Metode.** En retrospektiv hospitalsbasert kohort av alle hyperemesis gravidarum pasienter innlagt ved Kvinneklubben Haukeland Universitetssykehus, Bergen i perioden 2002-2011. Kvinnene ble kategorisert i henhold til type væske/ernæringsregime de mottok: kun væske intravenøst (rehydrering), ernæringsstikk via perifer veneflon eller total parenteral ernæring/enteral sondeernæring ettersom disse gruppene ble ansett å representere eskalerende alvorlighet av hyperemesis. Demografiske data og svangerskapsutfall ble samlet fra pasientjournalene. Sammenlikninger av kategoriske data er gjort med Kji-kvadrattest, og kontinuerlige variable med Mann-Whitney U test eller Kruskal-Wallis test.

**Resultater.** Av 558 Hyperemesis gravidarum pasienter fikk 273 kun rehydrering, 177 perifer ernæringsstikk, 107 sondeernæring via jejunussonde og 10 total parenteral ernæring via sentraltvenøse kateter. Kvinner som fikk sondeernæring hadde kortere gestasjonslengde (median 8,0 versus 8,4 for perifer ernæring og 9,3 uker for rehydreringsgruppen) og større vektøkt ved innleggelse (5,0 kg versus 4,0 kg for de andre gruppene, p<0,001). I løpet av sykehusoppholdet var det kun sondegruppen som hadde en dokumentert vektøkning (median 0,5kg) Etter utskrivning utviklet de tre gruppene seg likt uten signifikante forskjeller i kvinnens total vektøkning i svangerskapet, barnets fødselsvekt, placenta/vekt eller placenta/fødselsvekt ratio. Uavhengig av ernæringsgruppe fikk kvinner med < 7kg total vektøkning barn med signifikant lavere fødselsvekt. (median 3300 mot 3550g), kortere gestasjonslengde (median 280 mot 282 dager), lavere placenta/vekt (median 640 mot 650g) og større placenta/fødselsvekt ratio (0,194 mot 0,185, alle p-verdier <0,02). Kvinner med <7kg vektøkning hadde også økt risiko for vekstretardasjon (SGA) og lav fødselsvekt (< 2500g) (p < 0,001), men ikke for preterm fødsel (<37 uker).

**Konklusjon.** Pasienter med hyperemesis gravidarum og <7kg vektøkning i løpet av svangerskapet har økt risiko for SGA. Den påviste forskjell i placenta/vekt, fødselsvekt og placenta/fødselsvekt ratio validerer tilstrekkelig vektøkning hos kvinner med hyperemesis gravidarum som risikofaktor for dårlig fosterutvikling.

## G28. FOREKOMST AV SEKSUELT OVERFØRTE INFEKSJONER VED OVERGREPSMOTTAKET I TRONDHEIM

Hagemann C<sup>1,2</sup>, Nordbø SA<sup>3,4</sup>, Myhre AK<sup>1,5</sup>, Ormstad K<sup>6</sup>, Schei B<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim; <sup>2</sup>Kvinneklubben, St. Olavs Hospital HF, Trondheim; <sup>3</sup>Avdeling for medisinsk mikrobiologi, St. Olavs Hospital HF, Trondheim; <sup>4</sup>Institutt for Laboratoriemedisin, Barne- og Kvinnesykdommer, NTNU; <sup>5</sup>Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Midt (RVTS Midt), St. Olavs Hospital HF, Trondheim; <sup>6</sup>Divisjon for rettsmedisinske fag, Folkehelseinstituttet, Oslo

**Bakgrunn.** Overgrepsmottaket ved St. Olavs Hospital i Trondheim har siden 1989 tilbudt helsehjelp og rettsmedisinsk undersøkelse til pasienter utsatt for seksuelle overgrep. Utbredelse av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) har hittil ikke vært undersøkt blant de som søker helsehjelp etter voldtekt i Norge. Formålet med studien var å beskrive forekomsten av SOI blant kvinner som oppsøkte overgrepsmottaket, og å kartlegge om noen av disse kunne ha blitt overført under overgrepet.

**Metode.** Vi gjennomførte en retrospektiv deskriptiv studie blant 412 kvinner ≥ 12 år som oppsøkte overgrepsmottaket innen en uke etter overgrepet (2003 – 2010). Informasjonen ble hentet fra pasientjournalene. Sammenlikninger ble gjort mellom de som fikk påvist SOI og de som ikke fikk det.

**Resultater.** SOI ble diagnostisert hos i alt 9 % av pasientene, 6 % fikk påvist genital klamydiainfeksjon, 4 % testet positiv for blodbårne virusmarkører (BBV): 3 % hadde hepatitt C-virusantistoff og 2 % hadde hepatitt B-kjernetantistoff.

Bare i et par tilfeller kunne vi konkludere med at smitten hadde skjedd under overgrepet, fordi det var vanskelig å skille slik infeksjon fra allerede eksisterende. Forekomst av SOI lå høyest blant 16 – 19-åringene, mens de BBV positive var eldre. Når overgrepet var oppgitt å være ikke-vestlig, var dette assosiert med at SOI ble påvist. Pasienter med tidligere eller nåværende rusmisbruk testet oftere positivt både for SOI og BBV-markør.

Forekomsten av genital klamydiainfeksjon lå lavere enn i den sammenliknbare kliniske populasjonen og også lavere enn nasjonale MSIS-tall.

**Konklusjon.** Man kan berolige kvinner ved norske overgrepsmottak med at forekomst av SOI er lav.

## F20. DOPPLER AV A. UTERINA I FØRSTE OG ANDRE TRIMESTER HOS FRISKE GRAVIDE - EN LONGITUDINELL STUDIE

Stridsklev S<sup>1,3</sup>, Salvesen Ø<sup>4</sup>, Salvesen KÅ<sup>1,3</sup>, Carlsen SM<sup>2,4</sup>, Husøy MA<sup>1,3</sup>, Vanky E<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklubben, St. Olavs Hospital, <sup>2</sup>Endokrinologisk avdeling St. Olavs Hospital, Trondheim Universitetssykehus, og <sup>3</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, og <sup>4</sup>Enhet for anvendt forskning, NTNU

**Bakgrunn.** Doppler av a. uterina er en hyppig brukt metode for diagnostisering og oppfølging av patologi hos foster og mor. De fleste studier av doppler i a. uterina er enten utført sent i svangerskapet eller gjennomført som tverrsnittsstudier. Vi ønsket å gjennomføre en longitudinell studie av doppler i a. uterina hos friske gravide i første del av svangerskapet.

**Metode.** Vi inkluderte 128 friske gravide kvinner mellom 18-38 år. Kvinnene ble undersøkt med doppler ultralyd av a. uterina fire ganger i løpet av første og andre trimester (uke 8-10, 11-13, 19 and 24). Individuelle longitudinelle kurver ble laget for hver enkelt pasient og ut fra dette laget vi en persentil-kurve for referanseområdet.

**Resultater.** Persentilkurve som viser normalfordelingen hos 128 friske gravide. Når vi delte kvinnene inn i kvartiler, fant vi at de i stor grad krysset kvartilene i retning 50 persentilen. Kun 11 % av kvinnene forble i sin kvartil.

**Konklusjon.** Vi har laget en normalkurve for doppler av a. uterina ut fra longitudinelle målinger av 128 friske gravide kvinner. Dopplermåling i første trimester predikerer i liten grad dopplermåling ved svangerskapsuke 24.

## F24. FISTEL ETTER FØDSEL: ER DETTE FORTSATT ET PROBLEM I NORSK FØDSELSOMSORG?

Trovik L, Thornhill HF<sup>1</sup>, Kiserud T<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>2</sup>Institutt for Klinisk Medisin 2, Universitetet i Bergen.

**Bakgrunn.** Underlivsfistler fører til ukontrollert lekkasje av urin og avføring og er en fryktet komplikasjon til fødsler i utviklingsland. Er dette fremdeles et problem i Norge med vår moderne hospitalsbaserte fødselsomsorg?

**Metode.** Siden 1995 har Haukeland Universitetssjukehus, Bergen fått henvist pasienter med underlivsfistler og fra 2011 formelt oppnevnt som nasjonal behandlingstjeneste. Informasjon om fistelårsak, behandling og oppfølging har blitt registrert prospektivt.

**Resultater.** 258 kvinner ble diagnostisert med underlivsfistel i perioden 1995-2013, 46 (18%) var relatert til svangerskap/fødsel; 5 urogenital, 41 enterogenital. 19 pasienter (41%) var fra sykehusets primærøptaksområde. I løpet av denne perioden hadde Haukeland Sjukehus 94 329 fødsler; en insidens av obstetriske fistler på 20.1/100 000 fødsler. Urinveisfistlene var vesentlig relatert til kirurgi: 1 akutt cerclage og 3 keisersnitt. Enterogenitalfistlene var alle etter vaginal fødsel; 8/41 instrumentell (20%), 22 (54%) hadde påvist perinealrif  $>$  grad3 mens 10 kvinner (24%) ikke hadde påvist noen perinealskade initialt. Symptomer startet median 3.5 uker etter fødsel men tid fra symptom til diagnose var median 46 uker (range 0-196). 2 vesikovaginalfistler ble behandlet med vaginal fistelplastikk (fistelektomi) mens vesiko-abdominal, vesikouterin og ureterovaginalfistlene ble operert transabdominalt. 3 enteralfistler tilhelte spontant, 2 ved enterostomi alene, 32 etter transvaginal fistelplastikk (13 supplert med enterostomi), 3 venter på endelig oppfølging slik at 43/46 (93%) er verifisert tilhelt.

**Konklusjon.** Obstetriske fistler forekommer fremdeles i Norge med dagens fødselsomsorg, men med lav insidens på 21/100 000 fødsler. Kirurgi og obstetrisk traume heller enn obstruert fødsel var dominerende årsaker.

## F25. ARTERIA UTERINA DOPPLER HOS GRAVIDE KVINNER MED PCOS SOM FIKK METFORMIN VS. PLACEBO – EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE

Stridsklev S<sup>1,3</sup>, Øyvind S<sup>4</sup>, Salvesen KÅ<sup>1,3</sup>, Carlsen SM<sup>2,4</sup>, Husøy MA<sup>1,3</sup>, Vanky E<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, St.Olavs Hospital; <sup>2</sup>Endokrinologisk avdeling St. Olavs Hospital, Trondheim Universitetssykehus; <sup>3</sup>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer; <sup>4</sup>Enhet for anvendt forskning, NTNU

**Bakgrunn.** Metformin blir forskrevet til gravide kvinner med PCOS over hele verden i hensikt å forebygge svangerskapskomplikasjoner til tross for at legemiddelet ikke er godkjent for dette formål, og effekt på svangerskapskomplikasjoner ikke er dokumentert. Vi ønsket i denne studien å undersøke 1) om metformin har effekt på doppler i a. uterina, 2) om det er korrelasjon mellom metabolske/endokrine faktorer og PI i a. uterina og 3) om PI predikerer svangerskapskomplikasjoner hos PCOS-kvinner.

**Metode.** Randomisert, kontrollert, dobbelblind multisenterstudie. Gravide kvinner med PCOS (N= 257) mellom 18 og 45 år ble randomisert til metformin eller placebo. De fikk studiemedikasjon fra første trimester og frem til fødsel. Endepunkter i studien var 1) PI i a. uterina relatert til metforminbruk, 2) androgener; insulin og fastende glukose relatert til PI og metforminbruk og 3) svangerskapskomplikasjoner relatert til PI.

**Resultater.** 1) Det var ingen forskjell i PI mellom metformin og placebogruppen ved svangerskapsuke 19. 2) Fastende glukose i første og andre trimester korrelerte positivt til PI. 3) Vi fant ingen korrelasjon mellom androgener og PI. 4) Svangerskapskomplikasjoner korrelerte negativt med PI uavhengig av metforminbruk.

**Konklusjon.** Metforminbruk påvirket ikke PI i a. uterina i svangerskapsuke 19. Høy fastende glukose gav høyere PI. Preeklampsi, hypertensjon og svangerskapsdiabetes korrelerte positivt til PI, mens ingen slik sammenheng ble påvist for androgener.

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

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



Norsk gynekologisk  
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

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

- Marte Myhre Reigstad
- LIS/FUGO leder
- martereigstad@gmail.com

# Kjære FUGO-medlemmer!



## FUGO

NGFs Årsmøte i bartebyen Trondheim blir spennende og hyggelig, og vi håper mange LiS kommer, både som foredragsholdere og deltagere. FUGO holder selvfølgelig sitt årlige forkurs for LiS som i år har tema Ultralyd, og vi spiller på lokal kompetanse ved St. Olavs hospital. Tanken er å dekke andre tema enn de som gjennomgås på det obligatoriske ultralydkurset. Program kan dere se i denne utgaven av Gynekologen, og vi håper at mange melder seg på.

På årsmøtet kommer vi også til å informere litt om prosjektet vårt Gi Kniven Videre. Prosjektet har fått pengestøtte fra Legeforeningens Fond for Kvalitet og pasientsikkerhet i tillegg til ekstra bevilgninger fra NGF, noe vi er veldig stolte av og glade for. I løpet av høsten vil LiS motta spørreskjemaet elektronisk som skal brukes for å evaluere effekten av prosjektet i etterkant. Vi håper at så mange som mulig tar seg tid til å svare på spørreskjemaene, slik at vi kan ha et mål på om dette virker i etterkant. Vi er også spesielt avhengige av Lis som sitter i utdanningsutvalgene ved hver avdeling, dere er bindeleddet mellom FUGO og avdelingene der ute. Takk til dere for at dere bidrar!

I denne utgaven av Gynekologen kan dere lese om Anja Skogens (Mo i Rana) erfaringer fra ENTOG utvekslingen i Skottland. Neste års utveksling blir i Nederland, og det er mulig allerede nå å melde sin interesse for dette, på mail til vår sekretær. Vi sender som vanlig to LiS, utvekslingen foregår første uken i Mai 2015. For med info se [www.entog.eu](http://www.entog.eu).



Alle FUGO medlemmer er hjertelig velkomne til FUGOs Årsmøte torsdag den 23. oktober 2014, hvor vi får besøk av Christian Grimsgaard fra Sentralstyret i Legeforeningen, som tør å si det ingen andre tør å si (@CGrimsgaard). Dersom dere har noe på hjertet til generalforsamlingen er vi veldig åpne for innspill. Saker mailles til vår sekretær Åsmund Iversen på [dra.iversen@gmail.com](mailto:dra.iversen@gmail.com).

Jeg og resten av styret håper mange LiS får lov av sjefen til å bli med på årsmøtet, og gleder oss til å se mange av dere i Trondheim!

Med hilsen fra alle i FUGO styret,  
**Marte Myhre Reigstad**  
 Leder

### FUGO-styret 2014

Marte Myhre Reigstad	Leder	ENTOG representant / FUGOs representant i spes kom	<a href="mailto:martereigstad@gmail.com">martereigstad@gmail.com</a>
Olav Nordbø	Nestleder	Kursansvarlig / ENTOG representant	<a href="mailto:olav.nordbo@gmail.com">olav.nordbo@gmail.com</a>
Tiril Tingleff	Kasserer	NFYOG representant	<a href="mailto:tirilt@hotmail.com">tirilt@hotmail.com</a>
Åsmund Mjølven Iversen	Sekretær	Webredaktør	<a href="mailto:dra.iversen@gmail.com">dra.iversen@gmail.com</a>
Helene Peterson	Styremedlem	NGF Vara / NFYOG representant	<a href="mailto:helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com">helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com</a>
Johanne Holm Toft	Styremedlem (Vara)	Representant til Gynekologen	<a href="mailto:johanne.holm.toft@gmail.com">johanne.holm.toft@gmail.com</a>
Silje Eilertsen Denstad	Styremedlem (perm.)		<a href="mailto:silje.eilertsen.denstad@stolav.no">silje.eilertsen.denstad@stolav.no</a>



# ”Gi kniven videre”



## Bakgrunn

I Norge tar det i snitt 8,3 år å bli ferdig spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp. Det er en gjennomgående frustrasjon blant LiS at det er vanskelig å fylle operasjonslistene og at oppfølgingen og veiledningen i den kirurgiske delen av utdanningen mangler kontinuitet og struktur.

Rammen rundt spesialisingsløpet er forandret de siste årene. Det har tilkommet krav til LiS om å tilegne seg kompetanse på områder som ikke er spesifikke for spesialiteten, som kommunikasjon, ledelse og vitenskap. Samtidig er det stort fokus på produksjon. På kort sikt kan det virke effektivt å la erfarne leger operere, mens LiS gjør oppgaver de mestrer selvstendig. I en stresset hverdag er det fort gjort for selv den beste kirurg å gi etter for produksjonskravet og glemme rollen som tålmodig pedagog. Den eneste måten å tilegne seg kirurgiske ferdigheter er gjennom praktisk trening. Målet med kampanjen ”Gi kniven videre” er å skape dyktige og effektive kirurger av LiS på kortere tid.

Kampanjen er utarbeidet med inspirasjon fra Danmark og Sverige der FYGO og OGU, FUGOs søsterorganisasjoner, gjennomførte tilsvarende kampanjer i henholdsvis 2011 og 2013. Kampanjene ble møtt med begeistring der, og da kampanjens målsetting og form ble presentert på FUGOs generalforsamling i 2013, ble det gjort vedtak i generalforsamlingen å gjennomføre den her til lands. Materialet vi har utarbeidet bygger i stor grad på deres materiale.

## Formål

Kampanjen har til hensikt å forbedre den kirurgiske opplæringen av leger i spesialisering innen kvinnesykdommer og fødselshjelp. LiS skal få delta oftere på operasjonsstuene som førsteoperatør og læringsutbyttet ved hvert enkelt kirurgisk inngrep skal bli bedre.

## Gjennomføring:

Det er frivillig å delta og det er en forutsetning at prosjektet er forankret i avdelingsledelsen. Andre involverte parter, spesielt operasjonsavdelingen, bør informeres.

I forkant av kampanjen sendes det ut spørreskjemaer til Utdanningsutvalgene og LiS for å ha et utgangspunkt for hvordan opplæringen er organisert og gjennomføres ved avdelingene i dag. Etter gjennomført kampanje vil tilsvarende spørreskjemaer sendes ut på nytt for å evaluere effekten av kampanjen.

I starten av kampanjeperioden (oktober 2014 – april 2015) vil en LiS og gjerne en spesialist ved hver avdeling har ansvaret for å informere om gjennomføringen av kampanjen. Det blir gjort ved hjelp av en standardisert power point presentasjon og annet kampanjemateriale. I henhold til gjennombruddsmetodikk vil det registreres fortløpende i hvilken grad LiS deltar ved aktuelle inngrep og om HUSK skjemaet ble gjennomgått. Det vil være tilgjengelig materiell som skal være til hjelp til å strukturere den kirurgiske opplæringen:

- Et lommekort, HUSK, med hensikt å bedre kommunikasjonen mellom LiS og instruktør.

- Plakater til å henge i avdelingen som informerer om kampanjen.
- OSATS skjemaer for å strukturere evalueringen av LiSs ferdigheter.
- En power point presentasjon til å presentere som internundervisning.

Kontaktinformasjon til kampanjens representanter ved hver enkelt avdeling vil legges ut på FUGOs hjemmeside for å gi muligheten til å ta kontakt for å utveksle erfaringer.

## Publisering av resultater

Resultatene fra undersøkelsene vil bli presentert i Gynekologen og på FUGOs og NGFs nettsider. Rapport fra arbeidet planlegges publisert i medisinske tidsskrifter og på NGFs årsmøte.

Vi håper kampanjen vil bli godt mottatt på alle avdelinger. Ikke nøl med å ta kontakt hvis det oppstår spørsmål eller innspill etter hvert. Kampanjen er støttet økonomisk av legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet.

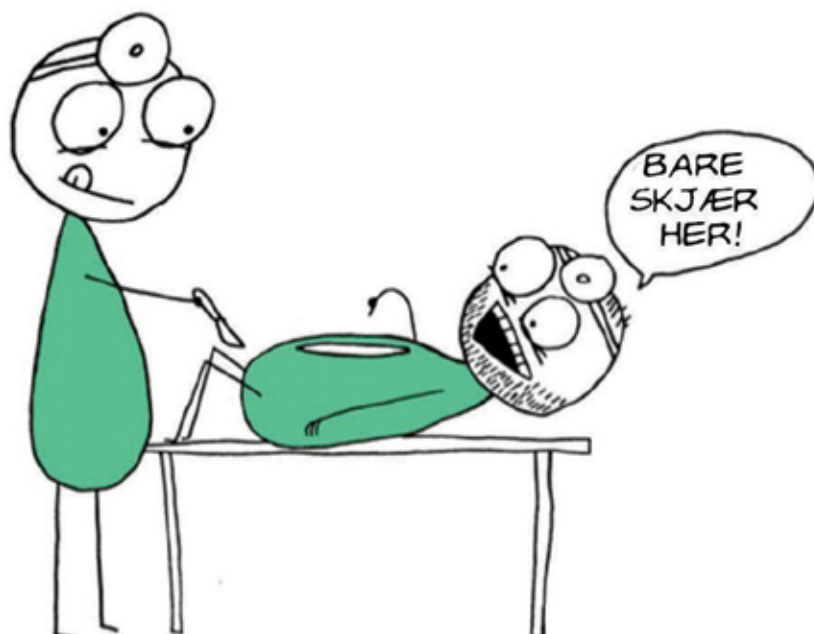
Norsk Gynekologisk Forening stiller seg svært positive til kampanjen, og bidrar også med en del av finansieringen.

Nærmere informasjon om kampanjen og materialet er tilgjengelig på vår hjemmeside:

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

For å se hvordan kampanjen ble gjennomført i Danmark og Sverige viser vi til hjemmesidene deres: [www.FYGO.dk](http://www.FYGO.dk) og [www.OGU.se](http://www.OGU.se)

Foto logo: Yvonne Sollihagen



## GI KNIVEN VIDERE!

- LÆR KOLLEGAEN DIN DET DU KAN BEST



## Gi kniven videre

HUSK for instruktør

### Preoperativt

- Hvilke ferdigheter har LiS?
- Hvilke innlæringsmomenter finnes under inngrepet?
- Har jeg satt av tid til veiledning?
- Hvilke instruktørrolle skal jeg ha?
  - Vise
  - Veilede
  - Assistere

### Samtale med LiS

- Kort gjennomgang av forberedelsene over
- Lag en plan for inngrepet. Finnes alternative inngrep?
- Hvem er hovedoperatør?
- Hvem gjør hvilke delmomenter?
- Forventede vanskeligheter, hva gjør vi?
- Hvilke bekymringer har LiS og hvilke har jeg?

### Postoperativt

- Fulgte vi planen? Hvis nei, hvorfor?
- Hva gjorde LiS bra?
- Hvilke ferdigheter skal LiS trene på?
- Hva kan LiS gjøre selv neste gang?
- Hva lærte jeg?



## Gi kniven videre

HUSK for LiS

### Preoperativt

- Kjenner jeg pasienten?
- Er det god operasjonsindikasjon?
- Finnes det etiske spørsmål å ta hensyn til?
- Er pasienten optimalt forberedt til inngrepet?
- Har jeg kunnskap om inngrepet som skal utføres?
- Finnes det kritiske momenter?
- Hva vil jeg lære meg?
- Trenger jeg hjelp, og i så fall av hvem?

### Samtale med instruktør

- Kort gjennomgang av forberedelsene over
- Lag en plan for inngrepet. Finnes alternative inngrep?
- Hvem er hovedoperatør?
- Hvilke delmomenter kan jeg gjøre?
- Forventede vanskeligheter, hva gjør vi?
- Hva skal jeg lære meg?

### Postoperativt

- Fulgte vi planen? Hvis nei, hvorfor?
- Hvem følger pasienten videre?
- Hva lærte jeg?
- Hva kan jeg forbedre til neste operasjon
- Hva gjorde jeg bra?
- Hvordan fungerte veiledningen?





# RetroArc Slynge System

Intentionally designed.  
Thoughtfully refined. RetroArc.™

**UpViser AS har den glede av å introdusere det nye RetroArc retropubiske slynagesystem.**

RetroArc bruker den samme slyngen som blir benyttet på Monarc/SPARC. Den har vist gode resultater i mer enn 10 år.

AMS retropubiske slynger behandler inkontinens hos kvinner som er forårsaket av uretra hyperbevegelighet og/ eller når intrinsikt spincher mangler (ISD).

RetroArc er designet for å gi fleksibilitet under den kirurgiske tilnærmingen.

**Finn ut mer om våre produkter og kurs.  
Besøk [www.upviser.no](http://www.upviser.no) eller ring 67 11 58 70**

Epost: [info@upviser.com](mailto:info@upviser.com)

**RetroArc har blitt optimalisert på følgende områder:**

- Geometrisk designet nål for optimal styrke, og passasje gjennom vev.
- Ergonomisk «quick release» håndtak for konsistent mesh plassering.
- Patentert justerings sting, som gir intra-operativ reguleringer uten mesh forvrengning.

Kontakt oss i dag for en uforpliktende prat.

We are here to stay!



FUGOS forkurs før NGF årsmøte i Trondheim 2014

# Årsmøte og Generalforsamling FUGO 2014

**Tid: Torsdag 23. Oktober 2014 kl 11.00 - 12.30**

**Sted: Clarion Hotell & Congress, Trondheim**

## Program for FUGOs årsmøte:

11:00 – 11:40 Generalforsamling v/leder Marte Myhre Reigstad og FUGO-styret

11:45 – 12:30 Årsmøte: Foredrag av Christian Grimsgaard, sentralstyremedlem i Legeforeninge

## Saksliste Generalforsamlingen:

1. Valg av dirigent og referent
2. Godkjenning av innkalling
3. Presentasjon av FUGO styret 2013
4. Årsrapport FUGO
5. Økonomi FUGO
6. Rapport fra NGF
7. Rapport fra internasjonalt arbeid: 1) ENTOG – 2) NFYOG
8. Saker fremlagt av styret 1. Gi Kniven Videre-orientering og innspill fra salen
9. Saker fra medlemmene
10. Valg av nytt FUGO-styre
12. FUGO videre: Evaluering av årets kurs. Forslag til nye emner?
13. Eventuelt

**Vi gjør oppmerksom på at saker fra medlemmene til dagsorden må sendes til FUGO leder senest 4 uker før Generalforsamlingen: [martereigstad@gmail.com](mailto:martereigstad@gmail.com)**

## Erfaringer fra utveksling til Scotland

Årets ENTOG utveksling gikk til Scotland, og jeg var så heldig å få lov til å reise. Med 3 barn hjemme og et barn i magen satte jeg meg på flyet mot Edinburgh - ikke helt den typiske LIS lege sett i et britisk perspektiv, skjønte jeg raskt....

Jeg ble vel tatt i mot i Edinburgh av Alexandra Rice, en 26-årig skotsk "registrant", som hadde jobbet 2 år som assistentlege, og dermed var ferdig med sin "trainee" periode. Utdannelsen til gynekolog tar 7 år, og der inngår flere eksamener og innleveringer. Å få barn før man er ferdig spesialist er ikke vanlig.

Mandag morgen satte vi oss i bilen mot Victoria Hospital, en 45 minutters kjøretur fra Edinburgh mot Fife. Antrekk for dagen: "Smart clothes", og vi lignet stilmessig mer på middelaldrende forretningskvinner enn leger, der vi gikk i våre knelange skjørt, lukkede sko og bluser. Legefrakker var ikke vanlig.

Victoria Hospital er et forholdsvis nytt sykehus, bygd i 2011. 2500-3000 fødsler årlig, gyn.avdelingen består av 9 overleger,

9 erfarne ass. leger (registrants), 8 ferske ass.leger (trainees) og 8 turnusleger (junior doctors). Sectiofrekvensen er på 27 %, det gjøres 22% tangforløsninger og 3 % vakuumforløsninger.

Fødepopulasjonen i området er preget av sosial nød, arbeidsledighet, stoffmisbruk, overvekt. De gravide var ofte svært overvektige og BMI >60 var ikke uvanlig.

Min første dag fikk jeg være med på føtalmedisinsk poliklinikk. Konsultasjonene denne dagen dreide seg om tvilling-tvilling transfusjonssyndrom, fostre med strukturelle misdannelser og gravide stoffmisbrukere.

Neste dag fikk jeg være på fødeavdelinga, da riktignok antrukket i alminnelig sykehustøy. De fødende var denne dagen preget av ekstrem overvekt og komplikasjoner derav, stoffmisbruk, foruten en kvinne med HELLP syndrom.

Tredje og siste dag gikk med til alminnelig fødepoliklinikk. Konsultasjonene var jordmorstyrte, og legene gikk fra rom

til rom for å godkjenne funn og signere papirjournalene. UL undersøkelsene ble gjort av sonografer (ikke leger) og en alminnelig skotsk gynekolog gjør lite obstetrisk UL.

Grunnet konferanse i Glasgow var det kun lagt opp til 3 dagers utveksling, og det så jeg meg fornøyd med.

De største forskjellene som slo meg etter 3 dager i Scotland var foruten manglende legefrakker, en nokså dårlig hygienestandard blant leger mht håndvask etter pasientkontakt. I tillegg preges fødepopulasjonen av en helt annen dimensjon av overvektspromatikk enn jeg er vant til fra mitt lille lokalsykehus, høyere sectiofrekvens, tang mer brukt enn vakuum og til tross for et moderne og nybygd sykehus var ennå ikke elektroniske pasientjournaler tatt i bruk.

Alt i alt et veldig spennende opphold, og jeg er veldig glad for at jeg fikk mulighet til å reise!



– et **naturlig** valg til behandling av kjønnsvorter

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

**Antiviralt middel.** ATC-nr.:D06B B12. **SALVE 10%:** 1 g inneh. 100 mg ekstrakt (som tørr ekstrakt, raffinert) fra *Camellia sinensis* (L.) O. Kuntze, blad (blad av grønn te) (45-56:1), som tilsvarer: 55-72 mg(-)epigallocatektingallat, hvit myk parafin, hvit bivoks, isopropylmyristat, oleylalkohol, propylenglykolmonopalmittostearat. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) hos irrimunkompetente pasienter som er 18 år eller eldre. **Dosering:** Voksne: Inntil 250 mg Veregen, som tilsvarer en stripe med salve på omtrent 0,5 cm (maks. total enkeltdose) påføres tre ganger daglig på alle vorter på ekstern kjønnsorgan og det perianale området (750 mg total enkeltdose). Barn: Sikkerhet og effekt av Veregen er ikke undersøkt hos barn og ungdom under 16 år. **Brøksens varighet:** Behandlingen bør fortsette helt til alle vortene er forsvunnet, men uansett ikke mer enn 16 uker totalt (maks. varighet), selv om det skulle komme nye vorter i løpet av behandlingsstadiet. **Administrering:** En liten mengde Veregen påføres på hver vorte ved bruk av fingrene, og smøres på for å sikre at alt dekkes fullstendig. Et tynt lag av salve skal være igjen på vortene (maks. 250 mg totalt for alle vorter/enkeltdose). Hvis en dose forglømmes skal pasienten fortsette behandlingen som normalt. Det anbefales å vaske hendene før og etter påføring av Veregen. Det er ikke nødvendig å vaske bort salven fra det behandlede området før neste påføring. **Kvinnelige pasienter som bruker tamponger,** skal sette inn tampongen før påføring av Veregen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor ett eller flere av hjelpestoffene. Effekt og sikkerhet hos pasienter som bruker immunmodulerende legemidler har ikke blitt undersøkt. Slike pasienter skal ikke bruke Veregen salve. Pasienter med sterkt nedsatt leverfunksjon (f.eks. klinisk relevant forhøyede leverenzymmer, bilirubinøkning, INR-økning) skal ikke bruke Veregen på grunn av utilstrekkelige sikkerhetsdata. **Forsiktighetsregler:** Unngå kontakt med øyne, nesebor, lepper og munn. Veregen skal ikke påføres åpne sår eller skadet eller betent hud. Behandling med Veregen anbefales ikke før huden er fullstendig helet etter eventuell tidligere kirurgisk eller medikamentell behandling. Veregen er ikke blitt vurdert for behandling av vorter i urinrør eller intravaginale, cervikale, rektale eller intra-aneale vorter. **Kvinnelige pasienter med kjønnsvorter i vulva** bør utvise forsiktighet ved bruk av salven, siden behandling i dette området oftere er forbundet med alvorlige bivirkninger. Utsett for påføring i vagina må unngås. I tilfelle utsett for påføring i vagina, vask øyeblikkelig bort salven med varmt vann og mild såpe. Ikke-omskaarne mannlige pasienter som behandles for vorter under forhuden, skal trekke forhuden tilbake og vaske området daglig for å forebygge fimose. Ved tidlige tegn til strikter (f.eks. ulcerasjon, indurasjon eller større vanskeligheter med å trekke tilbake forhuden) skal behandlingen avbrytes. Det kan utvikle seg flere vorter i løpet av behandlingen. Bruk kondomer helt til alle vortene er borte, siden Veregen ikke fjerner HPV-virus eller forebygger overføring av sykdommen. Veregen kan redusere effekten av kondomer og vaginale spiraler. Derfor skal salven vaskes bort fra det behandlede området før bruk av kondomer og seksuell kontakt. Ytterligere prevensjonsmidler bør vurderes. Hvis pasientens seksuelle partner misstres, anbefales det å behandle partneren for å forebygge ny infeksjon av pasienten. Ikke utsett det behandlede området for sollys eller UV-stråling, siden Veregen ikke er blitt testet under slike forhold. Unngå bruk av okklusiv bandasje. Avbrudd i behandlingen kan indiseres i tilfeller som er forbundet med en reaksjon i lymfeknutene eller med intense lokale hudreaksjoner som fører til uakseptabel ubehag eller økt alvorlighetsgrad. Behandlingen med Veregen kan gjenopptas etter at hudreaksjonen er redusert. Dersom det oppstår en lokal vesikulær reaksjon, skal pasientene rådes til å oppsøke lege for å utelukke en genital herpesinfeksjon. Sikkerhet og effekt for behandling i mer enn 16 uker eller for flere behandlingscykluser har ikke blitt fastslått. Veregen inneholder propylenglykolmonopalmittostearat som kan forårsake hudirritasjoner og isopropylmyristat som kan forårsake irritasjon og sensiblisering av huden. Veregen bør vaskes bort fra det behandlede området for seksuell aktivitet. Veregen setter flekker på tøy og sengetøy. **Interaksjoner:** Ingen interaksjonsstudier er blitt utført. Samtidig bruk av annen lokal behandling i området med vorter bør unngås (f.eks. slettebad, topikal påført sink eller vitamin E, etc.). Samtidig inntak av høydoserte orale grønn te-ekstraktprodukter (kosttilskudd) bør unngås. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Det er begrenset mengde data på bruk av Veregen hos gravide kvinner. Studier på dyr har vist reproduksjonstoksicitet. Som et forsiktighetsiltak er det anbefalt å unngå bruk av Veregen under graviditet, selv om systemisk eksponering av epigallocatektingallat forventes å være lav etter dermal påføring av Veregen. **Amning:** Det er ukjent om Veregen eller dets metabolitter blir skilt ut i morsmelk hos mennesker. En risiko for spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Ingen effekt på nyfødte/spedbarn som ammes er forventet ettersom systemisk eksponering av epigallocatektingallat forventes å være lav etter dermal påføring av Veregen. **Fertilitet:** Det foreligger ikke studier på mennesker. Studier på dyr viser ikke effekt på fertiliteten hos rotter etter dermal (hanner) og vaginal (hunner) påføring. **Bivirkninger:** **Svært vanlige (>1/10):** Lette lokale hudreaksjoner er knyttet til virkemåten og skal ikke føre til seponering av behandling. Vanlige bivirkninger er lokale reaksjoner på påføringsstedet som erytem, kløe, irritasjon (for det meste en sviende følelse), smerte, ødem, ulcer, indurasjon og blærer. Disse avtar etter de første ukene av behandlingen. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. **Vanlige (>1/100 til <1/10):** Lokale reaksjoner på påføringsstedet, som avskalling, verk, blødning og opphovning. **Blod/hymne:** Inguinallymfadenitt/lymfadenopati. **Kjønnsorganer/bryst:** **Fimose:** **Mindre vanlige (<1/100 til <1/1000):** Lokale reaksjoner på påføringsstedet som misfarging, ubehag, tørrhet, erosjon, revner, hyperestesi, anæstesi, arr, knuter, dermatitt, overfølsomhet, lokal nekrose, blåkvetter og ekssem. **Hud:** Utsett og papulært utslett. **Infeksjoner:** Infeksjon på påføringsstedet, pustler på påføringsstedet, genital herpesinfeksjon, stafylokok-kinfeksjon, uretritt, vaginal candidiasis, vulvovaginit. **Kjønnsorganer/bryst:** **Balanitt, dyspareuni, Nye/urinveier:** Dysuri, hyppig vannlating, polakiuri. **Bivirkninger oppstår med høyere hyppighet under okklusive betingelser. Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering. Ved utsett for oralt inntak er behandling av symptomene indisert. **Behandling:** Det finnes ingen spesifikk antidot mot Veregen. Det finnes ikke tilgjengelige erfaringer med oralt inntak av produktet. **Egenskaper:** **Klassifisering:** **Kjemoterapeutika** til utvortes bruk, antivirale midler. **Virkningsmekanisme:** Virkningsmekanismen til grønn te-ekstrakt er ikke kjent. Som påvist i ikke-kliniske studier hindrer grønn te-ekstrakt veksten av aktiverte keratinocytter ved antoksidative virkninger på påføringsstedet. Den kliniske betydningen av disse funnene er ukjent. **Absorpsjon:** Basert på konsistente data fra eksponeringsstudier (topikal påføring av Veregen 15% og grønn te som drikke) kan det forventes at systemisk eksponering av katekiner etter dermal påføring av Veregen ikke overstiger systemisk eksponering ved oralt inntak av grønn te. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Brukes innen 6 uker etter første gangs åpning. **Pakninger, priser og refusjon:** Vir. 458688. Veregen salve, styrke 10%, tube 15g, Pris Kr. 491,30. For fullstendig preparatormtale (SPC), se www.legemiddelverk.no. Meld bivirkninger på www.legemiddelverket.no/meldeskjema. **Referencer:** 1. Veregen® preparatormtale

FUGOS forkurs før NGF årsmøte i Trondheim 2014

# 3D Ultralyd og UL under fødsel

22/10 - 2014 11.00 - 18.00

10.45 - 11.00	Registrering
11.00 - 11.10	Velkommen, kursleder
11.10 - 11.40	UL under fødsel, Erik Andreas Torkildsen
11.40 - 11.55	Pause
11.55 - 12.45	3D UL, basal teori og obstetrisk bruk, Harm-Gerd Blaas
12.40 - 12.50	Pause
12.50 - 13.20	3D UL av fosterhertjet, Torbjørn Eggebo
13.20 - 14.20	Lunsj
14.20 - 14.50	3D Vaginal UL i gynekologi, Ragnar Sande
14.50 - 15.00	Pause
15.00 - 18.00	Praktisk øvelser: UL under fødsel, 3D-opptak på pasient, prosessering av 3D-opptak

## Rettelser

Kvalitetsutvalget informerer om at det er gjort endringer i den nye Veileder i fødselshjelp, **kapittel 33 – Cervixmodning/induksjon av fødsel.** Den oppdaterte versjonen legges ut i netttutgaven av Veileder i fødselshjelp 2014.

I Gynekologens sommerutgave 2014 fikk vi en flott **innføring i screening mot livmorhalskreft.**

Dessverre snek deg seg inn noen feil.

*Ameli Tropé korrigerer følgende:*

Figur nummerering er feil s.26-28, s 35-40 skal det stå dysplasi istedenfor neoplasi og i tabell 2 s.40 skal det stå kun mm og ikke mm med mer.

- Irina Eide
- Dr.med, PSL, Bodø
- irina.eide@gmail.com

# NFOG 2014 kongress i Stockholm

## Memorable event

Kongressen startet med en festlig åpningsseremoni på Waterfront Congress Centre hvor Arja Saijonmaa sang "Jag vill tacka livet" og ønsket oss velkommen til Stockholm. Tett program som dekket mange viktige felt i vårt fag fulgte etter med 5 plenumforelesninger, 16 symposier, 7 frie foredrag og 2 postersesjoner. Det var 660 deltakere fra 16 forskjellige land på kongressen, og Norge ble bra representert med sine 119 deltakere.

## Revolution is going on

Ifølge professor Diana W. Bianchi fra Boston, - revolusjonen skjer nå. Og eksempel på det er non-invasiv prenatal testing (NIPT) basert på sequensering av cellefri føtal DNA fra maternell plasma. Hun har gitt et strålende innblikk i dette emne i sin plenumforelesning. Man måtte virkelig følge med for ikke å miste tråden og forstå grunnleggende prinsipper i NIPT. NIPT er tryggere, mer sensitiv og spesifikk, har nesten 100% negativ prediktiv verdi og bør i fremtiden vurderes som primær test i diagnostikk av autosomale aneuploidier. Men kostnadene ligger fortsatt høyt og de markedsførte testene er av forskjellige kvalitet. Testen kan også svikte ved tvillinger og maternell fedme. Noen "falsk positive" tester kan avspeile sjeldne maternelle tilstander, for eks. udiagnostisert malignitet eller X kromosom aneuploidi hos mor.

De andre plenumforelesninger var minst like lærerike. Vi var heldig å få besøk av FIGO president Sir Sabaratnam Arulkumaran som hold forelesning om kvinnehelse i et globalt perspektiv. Det var mange aspekter av kvinnehelse som han har snakket om, - blant annet bruk av oksytocin profylakse på verdensbasis, spiseforstyrrelser, demografi i rike og fattige land og forebyggende effekt av p-piller mot eggstokkreft, - for å nevne noen.

Oversikt over nye metoder for å forebygge og behandle hjerneskade etter fødselsasfyksi ble gitt av professor fra Sahlgrenska Universitet Henrik Hagberg. Stamcelleterapi kan gi nye muligheter for neurobeskyttelse i fremtiden.



Bjørn Backe og Knut Hordnes på postersesjonen



Come together. I effektivitetens tid skåler unge kollegaer fra Trøndelag med to hender!

Professor Hans Evers fra Maastricht er en anerkjent ekspert på endometriose og en dyktig foredragsholder som setter endometriose i et stort biologisk perspektiv og har snakket om en ny forståelse av tilstanden: "We have focused on implants, - we should focus on disease".

## Ni måneder som varer hele livet

Nå er det ikke lengre tvil om at intrauterine forhold programmerer vår helse resten av livet. Professor Lucilla Poston fra Kings College i London hadde en spennende

plenumforelesning om langvarige helsemessige konsekvenser for avkom av overvektige mødre. Mye som tyder på at epigenetisk programmering av fostre hos kvinner med fedme fører til utvikling av fedme, diabetes og hypertensjon senere i livet på samme måte som ble tidligere vist for SGA/FGR barn (Barker teori).

Professor Rolv Skjaerven fra Norge og hans kollegaer-epidemiologer professor Anne-Marie Nybo Andersen fra Universitetet i København og Olof Stephansson fra

Karolinska institutet hold lærerike foredrag under symposiet Perinatal epidemiology. Gode fødselsregisterbaserte studier og linkage studier med andre medisinske registre og biobanker gir oss stadig en ny vitenskap om sammenhenger mellom mors og fars helse, intrauterine forhold og helsetilstand i voksen alder. Mange av disse studier kommer fra nordiske land. "Nordic countries – a paradise for epidemiologists", - konstaterte Olof Stephansson i sitt foredrag.

### Medikament som kan redde liv. Misoprostol symposium

Mange av oss har fulgt opp utvikling i bruk av Misoprostol i vårt fag siden den kom på markedet 1985 først som behandling for magesår. Nå brukes den ved fødselsinduksjon, forebygging og behandling av postpartum blødning (PPH), ved svangerskapsavbrudd i 1.-2. trimester, missed abortion, innkomplett abort, ved intrauterin fosterdød og som preoperativ cervix modning ved gynekologiske inngrep.

Professor Andrew Weeks fra Liverpool snakket om Misoprostol i forebygging og behandling av PPH. Som profylaktisk dose er Oxytocin bedre enn Misoprostol. Hvis Oxytocin-profylakse er gitt, - er Oxytocin og Misoprostol like effektive ved behandling av PPH; hvis Oxytocin-profylakse ikke er gitt, - er Oxytocin bedre enn Misoprostol. PPH-forebygging med selvadministrering av Misoprostol i fattige land kan redde liv (MamaMiso study i Uganda).

Nyttig informasjon om Misoprostol finner man på nettside [www.misoprostol.com](http://www.misoprostol.com).

### Mesh i prolaskirurgi – still controversial. Urogyn symposium

Tommi Mikkola fra Universitetet i Helsinki oppsummerte status ved mesh i prolapskirurgi. Tilbakefall ved konvensjonell kirurgi ligger på 30 %. Siden mesh kom i 2002 var det oppturer og nedturer med en del alvorlige komplikasjoner. Erosjon forekommer i 10%. Mikkola anbefaler å bruke mesh først og fremst ved residiv. Sentralisering av kirurgien er nødvendig og det er behov for flere gode studier.

### HPV-testing i primær screening?

Forebygging av cervix cancer symposium. Per i dag brukes det kun sekundær HPV-basert screening i Norge. Sonia Andersson og Joakim Diller diskuterte HPV-testing

i primær screening. Data fra fire store randomiserte kohorter i Europa viser at HPV-basert screening gir 60-70 % bedre beskyttelse mot invasiv kreft enn celleprøve-basert screening og støtter primær HPV-basert screening fra 30 års alder (Lancet 2014;383:524-32).

Kolposkopiens plass i 21. århundre ble debattert av Simon Leeson fra Wales. Konvensjonell kolposkopi har sensitivitet på 50-60 % og en tredje del av CIN3 kan bli oversett. Next generation Dynamic Spectral Imaging (DySIS) digital video kolposkop kan trolig forbedre sensitivitet og kan gi mulighet

til mer målrettet biopsitaking. Zedscan har bedre spesifisitet enn kolposkop, men samme sensitivitet. LuViva spektroskopisk Scan kan trolig minske falsk positiv resultat.

Professor Susanne Kruger Kjær fra Universitetet i København har oppsummert populasjonseffekt av HPV vaksinen. Reduksjon av både CIN og av genitale kondylomer er observert i alle land som innførte HPV-vaksinering. Insidens av atypia+ blant kvinner under 18 år i Danmark (som innførte vaksinering i 2009) er signifikant redusert (- 33.4 %). Slik at resultater så langt er lovende.



Kevin Oppegaard holder foredrag.



I Blå hallen. Festklare Eszter Vanki og Solhild Stridsklev



Festen er i gang i Gyllene Salen

### Sex hormoner – the elixir of life?

Symposium «Mature women's sexuality» har tiltrukket flere kollegaer. Testosteron behandling for lav libido hos postmenopausale kvinner var diskutert. Selv om effekten er vist i noen studier (NEJM 2008;359:2005-17), sikkerheten er fremdeles uavklart. Det ser ut at Testosteron ikke øker risiko for bryst og endometrium, men data for kardiovaskulær risiko mangler.

### Høy forskningsaktivitet i Nordiske land

Andre viktige emner som var tatt opp på symposier var endometriecancer; hypothyreoidisme i graviditeten, forebygging av for tidlig fødsel med Progesteron, totalruptur, surrogati, uterustransplantasjon og PCOS-symposiet.

Frie foredrag formidlet forskningsresultater i emner obstetikk, fostermedisin, generell gynekologi, urogynekologi, fertilitet og onkologi. Resultater fra både basale, epidemiologiske og kliniske studier fra Nordiske land viser stor forskningsaktivitet og høy studiekvalitet.



Ny NFOG president Knut Hordnes holder tale i Blå hallen

I utstillingshallen ble det presentert imponerende 260 postere. To postersesjoner med gjennomgang av utvalgte postere ble arrangert og det var livlig i lokalene med mange spørsmål og diskusjoner.

### Stockholm at glance. "Nobelpris middag"

"Come together" kveld ble arrangert på Solliden restaurant i Skansen park på den vakre Djurgården. Varm sommerkveld,

skjønne omgivelser, levende musikk, god mat og festlig stemning - det kan neppe bli bedre! Man kan vanskelig forestille seg en mer særpregt plass for kongressmiddag enn Blå hallen i Stockholm stadshus. Nærmere nobelpris middag kommer de fleste av oss neppe! Vi ønsket den nye NFOG presidenten Knut Hordnes velkommen. Levende musikk og dans i Gyllene Salen var en fantastisk avrundning på en imponerende bra arrangert kongress.



# 6th Annual SERGS Meeting on Robotic Gynaecological Surgery

SERGS står for Society of European Robotic Gynaecological Surgery. Den 22.-24.mai 2014, ble det 6. SERGS møtet arrangert i Essen, Tyskland. Temaet var potensialet og resultatene ved robotkirurgi i forhold til klassisk laparoskopi, men også i forhold til vaginal og åpen teknikk.

I alt 14 gynekologer fra forskjellige sykehus i Norge deltok ved kongressen. Det var stor variasjon i erfaringsgrunnlaget til de norske deltakerene. Noen har utført mange operasjoner med robot, noen var ganske ferske, andre har bestemt seg for å starte opp og noen lurer på å starte med robot.

Kongressprogrammet var innholdsrikt. Det var inntil 3 parallellsesjoner.

Om formiddagen den første dagen, var det 2 live operasjoner av pasienter med cervixcancer. Samtidig var det relevante foredrag og diskusjoner rundt behandling av cervixcancer. Det var ellers mye bruk av videopresentasjoner på kongressen og mange illustrerende filmer ble vist.

Hovedforeleserne var kjente personer fra ulike senter i Europa i tillegg til enkelte forelesere fra USA.

Temaene som ble forelest om var:

- Trening og utdanning
- Forebygging og behandling av komplikasjoner ved gynekologisk robotkirurgi
- Lymfeadenektomi ved gynekologisk kreft
- Kirurgisk behandling av myomer
- Radikal hysterektomi ved gynekologisk kreft
- Hysterektomi på benign indikasjon
- Urogynekologi- prolaps og inkontinens
- Fluorescence-guided robotkirurgi
- Utviklingen innen robotkirurgi
- Økonomiske aspekter ved robotkirurgi
- Endometriose

Det var et lite område med postere hvor aktuelle forskningsresultater ble presentert og et område hvor ulike utstysleverandører viste fram sine produkter.

Det var en egen sesjon for sykepleiere med fokus på teamtilhørighet, docking av pasient ved robotkirurgi og opplæring av sykepleier som l.assistent ved robotkirurgi.

Essen viste seg som en hyggelig by like utenfor Dusseldorf. Tross travle dager ble det god anledning til å se seg litt rundt om kveldene. Konferansesenteret lå like ved en flott park som mange besøkte. Ellers var det et rikt utvalg av butikker, restauranter og alt som hører med i en storby.

Den ene kvelden ble det tatt initiativ til norsk aften. Her fikk kollegaer fra forskjellige deler av landet, god anledning til å dele tanker og erfaringer rundt robotassistert kirurgi over et godt måltid. Flott måte å bli bedre kjent med hverandre.

På alle kongresser er det noe variasjon i kvaliteten på det som blir presentert. Her synes jeg foredragene stort sett var gode. Spesielt godt likte jeg liveoperasjonene og videopresentasjonene grunnet diskusjonene som ble til underveis. Jeg dro til SERGS møtet uten egen erfaring med robotkirurgi. Likevel fant jeg møtet svært lærerikt, nyttig og ikke minst inspirerende. De andre deltakerene jeg snakket med, ga samme karakteristikk.

Som medlem av SERGS, får man blant annet tilgang på alle foredrag og videoer som ble vist under møtet. Neste SERGSmøte blir medio juni 2015 i Istanbul. Kanskje blir det enda flere deltakere fra Norge der.



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

# NKIR-FORUM

## Norsk kvinnelig inkontinensforum Fredag 07. november 2014 Auditoriet Bærum sykehus

*Møteleder Rune Svenningsen ønsker velkommen*

- |       |  |                        |
|-------|--|------------------------|
| 11.00 | Inkontinens før, under og etter graviditet   | Langeland Wesnes       |
| 11.20 | ”What do patients expect from SUI treatment?”  | Dudley Robinson (UK)   |
| 11.55 | Kirurgisk behandling av lavtrykks uretra – hva bør vi velge?   | Sigurd Kulseng-Hanssen |
| 12.20 | Diskusjonsforum:<br>• Lærerrike kasuistikker vil bli presentert og diskutert med fokus på komplikasjonshåndtering og metodevalg. | Rune Svenningsen       |
| 13.15 | Lunch  |                        |

*Møteleder Anita Vanvik*

- |       |   |                  |
|-------|---|------------------|
| 14.10 | Interstitiell cystitt viktig differensialdiagnose til OAB – fokus på indikasjoner for cystoskopi og cystoskopifunn  | Ole Jacob Nilsen |
| 14.35 | Ulike blærestillasjonsbehandlinger, pasientopplæring og kostråd/(diett) ved interstitiell cystitt/smertefull blære. | Yngvild Ytrehus  |
| 15.00 | Fistler som differensialdiagnose ved urininkontinens og som komplikasjon til inkontinenskirurgi                     | Jone Trovik      |
| 15.25 | Kaffepause  |                  |

*Møteleder Yngvild Hannestad*

- |       |   |                      |
|-------|---|----------------------|
| 15.45 | Selective $\beta$ 3-adrenoreceptor agonist in the treatment of OAB                              | Dudley Robinson (UK) |
| 16.10 | Kan vaginal UL være nyttig i den postoperative kontrollen etter kirurgi med midturetra slynger? | I Volløyhaug         |
| 16.35 | Blæretrening  | A Vanvik             |
| 17.00 | Møteslutt   |                      |

Deltagelse, mat ved ankomst, lunch og kaffe i pausene er kostnadsfritt. Ingen begrensning på antall deltagere fra hver avdeling. **Vi ber om påmelding til møtet innen 15. september.**

Bindende påmelding med navn og profesjon på deltagerne skjer til Bjørg Tove Johansen, Kvinneklinikken, Bærum sykehus **[bjorg.tove.johansen@vestreviken.no](mailto:bjorg.tove.johansen@vestreviken.no)** tlf **67809452**

Vi har gleden av å annonsere oppstart av

## **NORSK FORENING FOR KOLPOSKOPI (NFK)**

- som er medlem i European Federation for Colposcopy  
and pathology of the lower genital tract (EFC)



og er tilknyttet Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)



**NFK vil arbeide med opplæring og kvalitetssikring av kolposkopi, og oppfølging og behandling av dysplasi i cervix, vagina og vulva**

---

### **HOLD AV DATOENE 28-30 april 2015**

**TIL EFC-GODKJENT KURS OG  
GODKJENT VALGFRIKT KURS I FØDSELSHJELP OG KVINNESYKDOMMER,  
UTDANNING OG ETTERUTDANNING:**

om HPV, screening mot livmorhalskreft, kolposkopi,  
behandling og oppfølging av cervix dysplasi

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

Sted: Auditoriet, Strålebygget, Radiumhospitalet

Program og påmeldingsinformasjon finnes i DNLF kurskatalog og vil bli annonsert i Gynekologen og i Tidsskrift for DNLF senere.  
Spørsmål om kurset kan sendes til [ameli.trope@mac.com](mailto:ameli.trope@mac.com)

Med vennlig hilsen

Ameli Tropé  
Leder av NFK interimstyre  
Radiumhospitalet, OUS  
[ameli.trope@mac.com](mailto:ameli.trope@mac.com)

Ane Cecilie Munk  
Sekretær i NFK interimstyre  
Stavanger Universitetssykehus  
[acmunk@lyse.net](mailto:acmunk@lyse.net)

# Oslo Endoscopic Winter Meeting

## International faculty:

**Andreas Thurkow**  
**Jon Ivar Einarsson**  
**Frank Willem Jansen**  
**Jacques Donnez**  
**Judith Huirne**  
**Jan Deprest**  
**Michel Canis**  
**Gernot Hudelist**  
**Olav Istre**  
**Ioannis Koutoukos**  
**Per Lundorff**



International medical conference in gynaecology  
**Minimal invasive surgery Laparoscopy Hysteroscopy**

## 5-8<sup>th</sup> of March 2015

Quality Spa & Resort Norefjell, Norway

## Organizing Committee:

**Anton Langebrekke**  
**Bjørn Busund**  
**Marit Lieng**  
**Espen Berner**  
**Erik Qvigstad**

The Registration  
opens September  
2014

Se our website for more information:

<http://www.osloendoscopicwintermeeting.no>

Contact: [espen.berner@gmail.com](mailto:espen.berner@gmail.com)

Oversikt over relevante kurs og kongresser  
finnes på NGFs nettside:

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



**Norsk gynekologisk  
forening**

**DEN NORSKE LEGEFORENING**

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

# Gynekologen anbefaler bøker

## Med varierende grad av fagleg relevans

### “Jeg nekter” av Per Petterson

Etter at vi i forrige nummer heldt oss trygt i kjernen av faglitteraturen, vågar vi oss denne gongen igjen litt utanfor det ein primært vil forbinde med gynekologi: “Jeg nekter” av Per Petterson (Figur 1). Boka har fleire lag av fagleg relevans, noko vi kjem attende til seinare, men det som rettferdiggjer å anmelde boka i Gynekologen er fyrst og fremst at boka var ei personleg gåve til Gynekologens anmeldar frå Per Børdahl (Figur 2), og meir obstetrisk enn det kan ein tekst neppe bli.

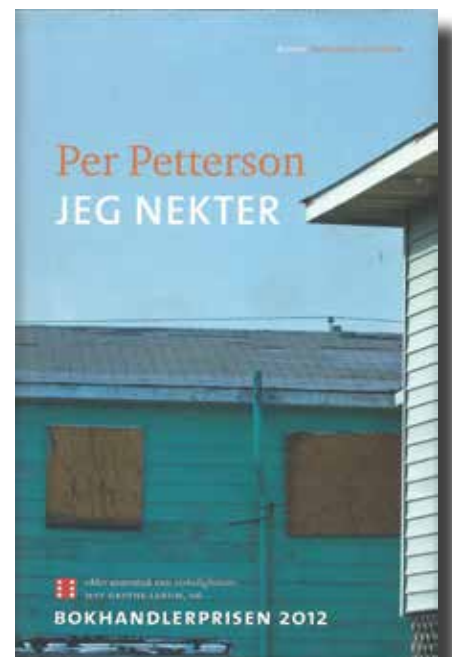
Petterson bør vere kjend for dei fleste, han har etter det knakande gode gjennombrøtet med “Ut og stjæle hester” etablert seg som ein av dei mest populære norske forfattarane i vår tid. Han handterer sjelslivet og relasjonar mellom menneske med stor innsikt, og formidlar med eit elegant og umiddelbart språk. Han viser fram alle sider ved livet, og er ikkje redd for å la protagonistane sine gå på ein smell eller ti.

Heller ikkje denne gongen er det noko solskinnshistorie Petterson serverer; to vener gjennom barndomen kjem frå kvarandre fordi særleg ein av dei er redd, stolt og sta. Tommy kjem frå ein heim med omsorgssvikt, alkoholmisbruk og samlivsbrot, Jim ber sine demonar på innsida. Dei støttar kvarandre gjennom barndomen fram til det uunngåelege brotet; så treffer dei kvarandre igjen etter trettifem år. Kva som skjer etter det er litt uklart, boka sluttar her så brått at ein nesten vert litt bekymra for Petterson, men etter det eg forstår lever han i beste velgåande. Boka er bygd opp av små glimt frå historiene til dei to gutane, med varierende fortellarstemmer og

ei springande tilnærming til tid og rom. Dette kunne fort blitt forvirrande, men Petterson bygger rutinert historia si tablå for tablå, og etterkvart anar vi heile bildet. Ikkje ulikt slik enkelte franske impresjonistar arbeidde (Figur 3).

Helsevesenet er så absolutt til stades i romanen. Legar og psykologar stiller opp med medikament og sjukmelding når livet med regelmessige mellomrom havarerer for Jim, men helsepersonellet er redusert til roller som ikkje eingong kan kallast statistar. Ansiktslause gjer dei jobben sin, med like mykje innsikt og personlegdom som stolen dei sit i. Som i dette utdraget: “-Han har gitt meg et par, tre uker, sa Johnsen og nikka mot legen som fortsatt stod der, halvt bak meg. Jeg hadde allerede glemt han, det var jammen en diskre lege.” Vi får aldri vite kva legen tenkjer og føler, knapt nok kva han seier. Her går den ellers så grundige og innsiktsfulle Petterson over med ein harelabb.

Det er imidlertid ikkje som fagtekst på dette nivået boka har mest å tilby oss på det profesjonelle planet. Boka byr derimot på verdifull innsikt i historiene folk ber med seg, særleg dei av våre pasientar som er mindre heldig stilt enn oss sjølve. No er ikkje livet som gynekolog alltid ein dans på roser (sjølv slit eg med eit kne), men fullt så ille som hovudpersonane i denne romanen er det heldigvis få av oss som har det. Eg trur vi alle veks på større forståing og medvit om at pasientane våre ber med seg sine historier og opplevingar, erfaringar som kan danne grunnlaget for ei anna oppfatting enn



Gynekologen sitt velbrukte eksemplar av “Jeg nekter”, gitt i gåve av Per Børdahl. Signert. Av Børdahl, sjølvsgt.

den vi ser som medisinsk korrekt. Dette gjeld kanskje i aller størst grad når jobben kan vere ekstra krevande, der vi må gå inn i fødselsangst eller kroniske smerter, og må arbeide hardt for å finne ein felles ståstad å starte diskusjonen frå. Nettopp i desse møta kan det vere nyttig å ha lese sin Petterson.

Som litteratur vil eg på det varmaste anbefale romanen, den er velskriven og engasjerande, spennande på ein ikkje-lineær måte, og som sagt: Anbefalt av Per Børdahl. Gynekologen kan ikkje anna enn å stille seg heilhjerta bak hans anbefaling.

## Noen plager i overgangs- alderen er helt unødvendige

### - behandling med reseptfritt Ovesterin® (østriol) er effektivt

Svie, tørrhet og kløe i underlivet som kommer av østrogenmangel er vanlige problem som enkelt kan behandles der symptomene oppstår. Ovesterin® Vagitorer og Ovesterin® Vaginalkrem er en lokal behandling som virker der den påføres - i skjedens og urinveienes slimhinner.



### Slik virker Ovesterin®

Ovesterin® inneholder det kvinnelige kjønnshormonet østriol, som er det svakeste av de naturlige forekommende østrogener. Lokal applisering av østriol (Ovesterin®) er trygg og sikker hormonbehandling med over 30 års positiv klinisk erfaring.

Bruk Ovesterin® til å motvirke de negative forandringer som oppstår i vaginas slimhinner og i de nedre urinveiene på grunn av mangel på østrogen. Østriol hjelper til med å holde underlivets slimhinner elastiske og motstandsdyktige både mot både naturlig berøring og mot infeksjoner.

Reseptfritt Ovesterin® finns som vagitorier og vaginalkrem. Vagitoriene kommer i 15 pakninger. Kremen kommer i tube med 15 gram. Velg den form som passer best.

Se Felleskatalogen

Markedsføres i Norge av Navamedic ASA [www.navamedic.com](http://www.navamedic.com) Telefon 67 11 25 40  
Utgitt oktober 2014

### Ovesterin® vaginalkrem (østriol)



### Ovesterin® vagitorier (østriol)



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

 Navamedic



**Ovesterin «Aspen»**

Østrogen.

ATC-nr.: G03C A04

**TABLETTER 1 mg og 2 mg:** Hver tablett inneholder: Østriol 1 mg, resp. 2 mg, laktose, hjelpestoffer.1

**VAGINALKREM 0,1%:** 1 g inneholder: Østriol 1 mg, oktyldodekanol, cetylpalmitat, glyserol, cetylalkohol, stearylalkohol, polysorbat 60, sorbitanmonostearat, melkesyre (E 270), klorheksidindihydroklorid, natriumhydroksid, renset vann.

**VAGITORIER 0,5 mg:** Hver vagitorie inneholder: Østriol 0,5 mg, hardfett.

**Indikasjoner:** Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel i tilknytning til menopausen eller ovarieektomi. Atrofisk vaginitt og vulvitt, kolpitt, kraurosis og pruritus vulvae, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Profylakse ved kronisk residiverende cystouretritt ved østrogenmangel. *Kun tabletter:* Ikke infeksjøs cystouretritt som følge av østrogenmangel. Cervikal sterilitet. Forsøksvis ved visse former for urininkontinens. **Reseptfri bruk:** Behandling av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen.

**Dosering:** Ved oppstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. Urogenitale plager: *Tabletter:* 2-3 mg 1 gang daglig i 2-3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1-2 mg daglig. *Vaginalkrem/vagitorier:* 1 applikasjon krem/1 vagitorie hver kveld i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikasjon krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke. Pre- og postoperativt ved vaginale inngrep: *Tabletter:* 1 mg daglig. *Vaginalkrem/vagitorier:* Preoperativ behandling bør startes 2 uker før operasjonen med 1 applikasjon krem/1 vagitorie hver kveld, og fortsetter postoperativt i minst 2 uker. Cervikal sterilitet: *Tabletter:* 0,5-1 mg daglig fra 6. til 15. dag. **Administrering:** *Tabletter:* Tas helst til samme tid hver dag. Hele dagsdosen tas på en gang. Svelges hele med litt vann eller annen drikk. *Vaginalkrem:* Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden ved hjelp av kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til den røde streken) er 0,5 g vaginalkrem og inneholder østriol 0,5 mg. *Vagitorier:* Brukes ved sengetid.

**Kontraindikasjoner:** Kjente tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert vaginalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. Porfyri. *Kun tabletter:* Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp- laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

**Forsiktighetsregler:** HRT bør kun initieres for behandling av postmenopausale symptomer ved symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas opp og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas før behandlingsstart. Tilstander som krever oppfølging: Leiomyomer (uterine myomer), endometriose, risikofaktorer for tromboemboliske forstyrrelser, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelighet for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten vaskulære symptomer, gallesten, migrene eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, endometriehyperplasi i anamnesen, epilepsi, astma, otosklerose. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved gulsott, nedsatt leverfunksjon, signifikant blodtrykkstigning, nye anfall av migrenelignende hodepine eller graviditet. Hormonell substitusjonsbehandling med preparater med systemisk effekt øker risikoen for endometriehyperplasi, endometrie-, bryst- og ovarialkreft samt venøs tromboemboli, iskemisk slag og koronar hjertesykdom. Det antas at sannsynligheten for og alvorlighetsgrad av disse tilstandene er betydelig lavere ved lokal administrering. Ved pre- og postoperativ bruk ved vaginale operasjoner bør profylaktisk behandling mot trombose overveies. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se Pre-paratoratiale (SPC).

**Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Skal ikke brukes under graviditet. Dersom graviditet inntreffer skal behandlingen seponeres. Epidemiologiske studier indikerer ingen teratogene eller føtotoksiske effekter. *Amming:* Tablettene skal ikke brukes under amming. Østriol utskilles i brystmelken og kan nedsette melkeproduksjonen.

**Bivirkninger:** Bivirkningene er ofte forbigående og kan være tegn på for høye doser. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnorganer/bryst: Ubehag og smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige (ved lokalbehandling): Irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. Klasseeffekt for systemisk østrogen: Galleblæresykdom, hud- og underhudssykdommer (kloasma, erytema multifforme, erytema nodosum, vaskulær purpura), mulig demens >65 år.

**Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger G03C side 4.

**Pakninger uten resept:** Vaginalkrem 15 g og vagitorier 15 stk. er unntatt fra reseptplikt.

**Pakninger og priser:** *Tabletter: 1 mg:* 90 stk. (blister) 590265. *2 mg:* 90 stk. (blister) 023200. *Vaginalkrem:* 15 g 532655. *Vagitorier:* 15 stk. 547802.

Sist endret: 19-09-2014

## Har du pasienter med endometriose som kan være interessert i å delta i en klinisk studie?

Vi gjennomfører nå en klinisk studie der vi undersøker virkningen av ulike doser av et nytt legemiddel sammenliknet med en GnRH-analog og placebo.

Formålet med studien er å undersøke effekten av legemiddelet plassert i en vaginalring ved behandling av endometrioserelaterte smerter. Studiedeltakelsen går over 5-6 måneder, med en tre måneders behandlingsperiode. Inklusjonen varer til **juni 2015**.

Vi søker kvinner som

- er 18 eller eldre (kun premenopausale kvinner kan delta)
- er plaget med moderate til sterke endometrioserelaterte smerter
- har endometriose som er diagnostisert ved laparoskopi/laparotomi i løpet av de siste ti årene
- har en ellers generelt god helse
- aksepterer tilfeldig utvelgelse til en av de seks behandlingsgruppene

Dersom du har pasienter som oppfyller ovennevnte kriterier, er interessert i å delta i studien og/eller ønsker mer informasjon vedrørende studien, kan du gjerne ta kontakt med en av studielegene:

Mette Haase Moen / St Olavs Hospital, **Trondheim**  
Telefon: 06 800 / epost: mette.moen@ntnu.no

Kristen Olav Lind / Nordlandssykehuset, **Vesterålen**  
Telefon: 75 42 40 00 / epost: Kristen-Olav.Lind@nordlandssykehuset.no

Ingard Nilsen / Universitetssykehuset Nord-Norge, **Tromsø**  
Telefon: 77 66 95 67 / epost: ingard.nilsen@unn.no

Mikael Nicolaidis / **Tønsberg**  
Telefon: 932 68 500 / epost: doktor@kvinneklinikk.no





# Unik kombinasjon – klar til bruk

## Tachosil® – pålitelig hemostase og vevsforsøgling på 3-5 minutter.<sup>1,2</sup>

- Ideell ved behov for rask effektiv hemostase<sup>2</sup>
- Kan klippes og appliseres rundt anatomiske strukturer<sup>2</sup>
- Er elastisk og har en sterk limende evne<sup>3</sup>
- Er kontraindisert til intravaskulær bruk samt ved overfølsomhet for innholdsstoffene<sup>2</sup>

1) Czerny et al. Collagen patch coated with fibrin glue components. Journ.of Cardiovasc.surg. Vol 41,no 4,553-557 2002,  
 2) Preparatomtale (SPC),  
 3) Carbon RT: Evaluation of biodegradable fleece-bound sealing: History, material science, and clinical application. Tissue engineering and biodegradable equivalents. Scientific and clinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gressed JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002.



Nycomed: a Takeda Company

### C TachoSil «Takeda Nycomed» Lokalt hemostatikum.

ATC-nr.: B02B C30

T **MEDISINERT SVAMP:** Hver cm<sup>2</sup> inneh.: Humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2 IE, equint kollagen, humant albumin, natriumklorid, natriumsitrat, L-argininhydroklorid. Fargestoff: Riboflavin [E 101].

**Indikasjoner:** TachoSil er indisert hos voksne som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen, fremme vevsforsøgling og for suturstøtte ved karkirurgi der standardteknikker ikke er tilstrekkelige.

**Dosering:** Skal bare brukes av erfarne kirurger.

Voksne: Antall kollagensvamper som anvendes bør alltid være i samsvar med det underliggende kliniske behov, relatert til størrelsen på sårflaten og må vurderes individuelt av den behandelende kirurg. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 svamper (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 7 er rapportert. For mindre sårflater, f.eks. ved minimal invasiv kirurgi, anbefales kollagensvamper av mindre størrelse (4,8 cm x 4,8 cm eller 3 cm x 2,5 cm).

Spesielle pasientgrupper: Barn og ungdom <18 år: Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata.

Tilberedning: For instruksjoner vedrørende håndtering før bruk, se pakningsvedlegg.

Administrering: Kun til epilesjonell og lokalt 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 kan oppstå. Tegn på hypersensitivitetsreaksjoner er utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustethet, hypotensjon og anafylaksi. Dersom disse symptomer/tegn oppstår, skal administreringen avbrytes umiddelbart. Hvis sjokktilstand inntreffer, skal gjeldende prosedyre for sjokkbehandling følges. Tiltak for å forebygge infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod eller plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver enkelt tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivering/fjerning av virus som en del av produksjonsprosessen. 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 å være effektive mot kappeleddede virus som hiv, HBV og HCV, og mot det ikke-kappeleddede viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappeleddede virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erytropoiese (f.eks. hemolytisk anemi).

**Interaksjoner:** 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.

Vis interaksjoner for B02B C30

**Graviditet, amming og fertilitet:** Sikkerheten ved bruk under graviditet eller amming er ikke klarlagt. Eksperimentelle dyrestudier er ikke tilstrekkelige til å utrede reproduksjonstoksiske effekter, og/eller effekter på embryo-/fosterutvikling, svangerskapsforløp, fødsel og/eller postnatal utvikling. 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 kan oppstå i sjeldne tilfeller hos pasienter behandlet med fibrin. I enkelte tilfeller har disse reaksjonene utviklet seg til alvorlig anafylaksi. 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 sårkutting/hemostatika kan forekomme i sjeldne tilfeller. Svært sjeldne (<1/10 000): Hjerne/kar: Livstruende tromboemboliske komplikasjoner kan forekomme dersom legemidlet utilsiktet administreres intravaskulært.

**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 kollagensvamp. 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 kollagensvampen fast til såroverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limegenskaper som bidrar til å lukke såret. Metabolisme: Fibrinkoagel metaboliseres på samme måte som endogent fibrin ved fibrinolyse og fagocytose. Kollagensvampen degraderes ved resorpsjon til vev. Ca. 13 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten noen tegn til lokal irritasjon. Nedbrytningen ble forbundet med infiltrering av granulocytter og dannelse av resorptivt granuljonsvev 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. 3 x 2,5 cm: 1 stk: kr 543,80. 5 stk: kr 2579,20. 4,8 x 4,8 cm: 2 stk: kr 2714,80. 9,5 x 4,8 cm: 1 stk: kr 2471,20

**Pakninger og priser pr 29.09.2014:** 3 x 2,5 cm: 1 stk: kr 543,80. 5 stk: kr 2579,20. 4,8 x 4,8 cm: 2 stk: kr 2714,80. 9,5 x 4,8 cm: 1 stk: kr 2471,20