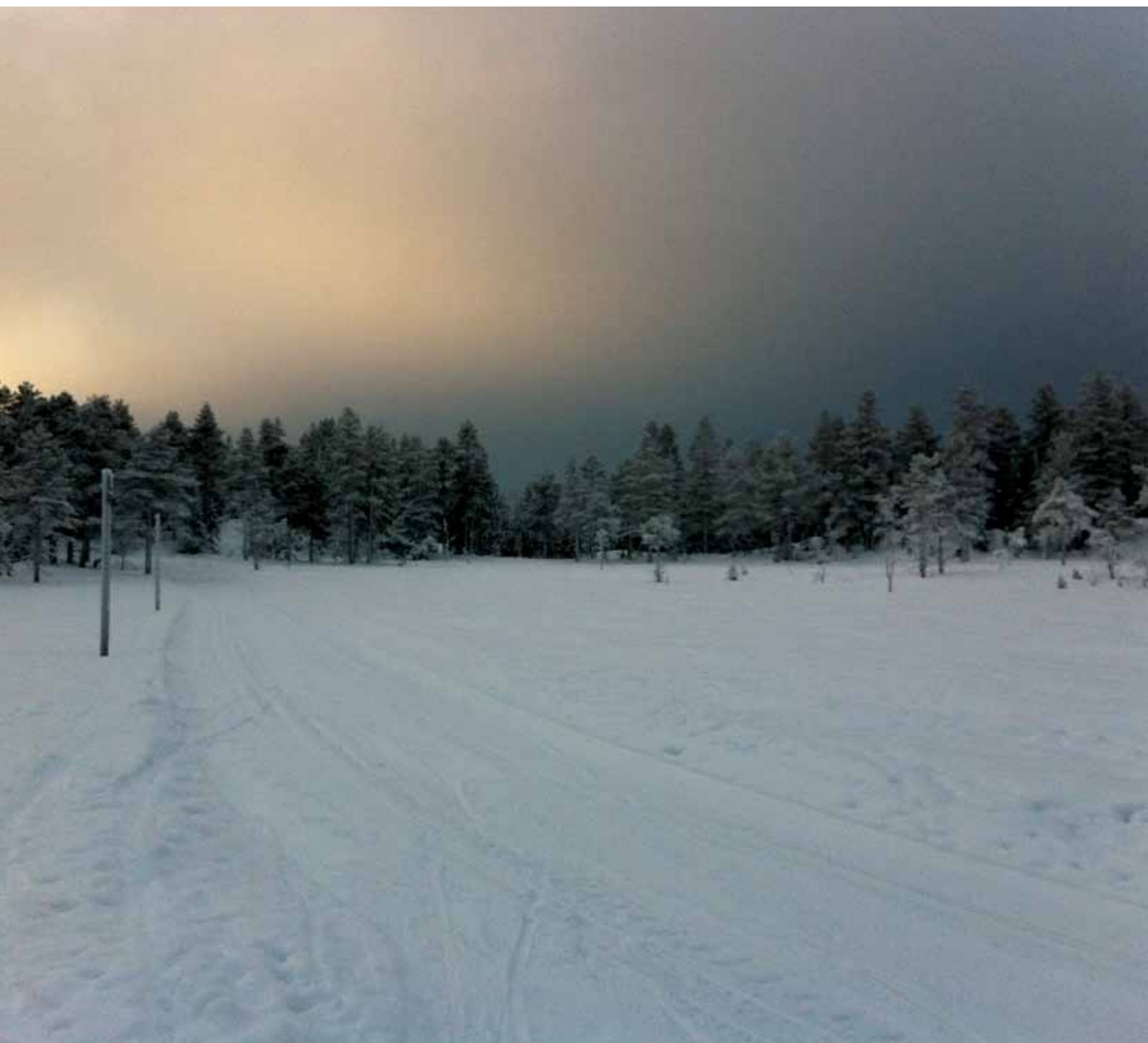


26-I
2013

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHOOLD

■ **Portett av Sissel Moe Lichtenberg s. 8** ■ Redusert forekomst av sfinkterskader ved fødsel – en norsk suksesshistorie s. 14 ■ **Robotassistert laparoskopisk kirurgi s. 21** ■ Surrogati – kvinnekroppen som middel for andre s. 29 ■



Ferinject 50 mg jern/ml injeksjons-/infusjonsvæske, oppløsning. **Kvalitativ og kvantitativ sammensetning:** en ml oppløsning inneholder 50 mg jern som jern(III) karboksymaltose. En ml oppløsning inneholder opp til 5,5 mg (0,24 mmol) natrium, se Advarsler og forsiktighetsregler. For fullstendig liste over hjelpestoffer, se Fortegnelse over hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Ferinject er indisert ved behandling av jernmangel når orale jernpreparater er uten virkning eller ikke kan brukes. Diagnosen må baseres på laboratorieprøver. **Dosering og administrasjonsmåte:** den kumulative dosen for jernmetning ved bruk av Ferinject bestemmes på bakgrunn av pasientens kroppsvekt og hemoglobinnivå, og må ikke overskrides. Følgende doser skal brukes: kroppsvekt 35–70 kg, Hb < 10 g/dl: 1500 mg, Hb ≥ 10 g/dl: 1000 mg. Kroppsvekt ≥ 70 kg, Hb < 10 g/dl: 2000 mg, Hb ≥ 10 g/dl: 1500 mg. Merk: en kumulativ jerdose på 500 mg må ikke overskrides for pasienter med en kroppsvekt < 35 kg. For overvektige pasienter skal et normalt forhold mellom kroppsvekt/blodvolum antas ved bestemmelse av jernbehovet. For pasienter med en Hb-verdi ≥ 14 g/dl skal det gis en initial dose på 500 mg jern og jernparametre kontrolleres før gjentatt dosering. Etter jernmetning bør det foretas regelmessige vurderinger for å kontrollere at jernnivåene korrigeres og opprettholdes. **Maksimal tolerert engangsdose:** en engangsdose av Ferinject bør ikke overskride 1000 mg jern (20 ml) per dag. Administrer ikke 1000 mg jern (20 ml) oftere enn en gang i uken. **Intravenøs injeksjon:** opptil 1000 mg jern Ferinject (opp til maksimalt 15 mg/kg kroppsvekt) kan administreres via intravenøs injeksjon av uforynnnet oppløsning. For doser større enn 200 mg og opp til 500 mg jern skal Ferinject administreres med en hastighet på 100 mg/min. For doser større enn 500 mg og opp til 1000 mg jern skal Ferinject administreres i løpet av 15 minutter. **Intravenøst drypp (infusjon):** Ferinject kan administreres via intravenøs infusjon opp til en maksimal engangsdose på 1000 mg jern (opp til maksimalt 20 mg/kg kroppsvekt). **Administrasjonsmåte:** Ferinject skal kun administreres intravenøst: ved bolusinjeksjon eller uforynnnet under en hemodialysesekvens gjennom dialysatoren eller ved drypp (infusjon). I tilfeller med infusjon må Ferinject kun fortynnes i steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning som følger:

Ferinject	Jern	Maksimal mengde steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning	Minimum administrasjonstid
2 til 4 ml	100 til 200 mg	50 ml	-
≥4 til 10 ml	≥200 til 500 mg	100 ml	6 minutter
≥10 til 20 ml	≥500 til 1000 mg	250 ml	15 minutter

Merk: av stabilitetsårsaker er fortyninger under 2 mg jern/ml ikke tillatt. Ferinject må ikke administreres subkutan eller intramuskulært. Hemodialyseavhengig kronisk nyresykdom En enkel maksimal daglig injeksjonsdose bør ikke overstige 200 mg hos hemodialyseavhengige pasienter med kronisk nyresykdom (se også Advarsler og forsiktighetsregler). **Pediatrik** populasjon Bruk av Ferinject har ikke vært studert hos barn og anbefales derfor ikke til barn under 14 år. **Kontraindikasjoner:** bruken av Ferinject er kontraindisert ved tilfeller av: • kjent overfølsomhet overfor Ferinject eller overfor ett eller flere av hjelpestoffene, • anemi som ikke er knyttet til jernmangel, f.eks. annen mikrocytisk anemi, • tegn på jernoverskudd eller forstyrrelser i utnyttelsen av jern. **Advarsler og forsiktighetsregler:** parenteralt administrerte jernpreparater kan forårsake overfølsomhetsreaksjoner, inkludert anafylaktoide reaksjoner som kan være potensielt dødelige (se Bivirkninger). Derfor må utstyr for hjerte-lungeredning være tilgjengelig. Dersom det forekommer allergiske reaksjoner eller tegn til intoleranse, skal behandlingen avbrytes umiddelbart. Hos pasienter med funksjonsforstyrrelse i leveren skal parenteralt jern kun administreres etter en grundig vurdering av nytte og risiko. Parenteral jernadministrering skal unngås hos pasienter med hepatisk funksjonsforstyrrelse der jernoverskudd er en utløsende faktor, spesielt ved Porphyria Cutanea Tarda (PCT). Grundig overvåking av jernstatus anbefales for å unngå jernoverskudd. Sikkerhetsdata er ikke tilgjengelig for hemodialyseavhengige kroniske nyrepasienter som får enkelt doser på mer enn 200 mg jern. Parenteralt jern må brukes med forsiktighet ved akutt eller kronisk infeksjon, astma, eksem eller atopiske allergier. Det anbefales at administreringen av Ferinject avbrytes hos pasienter med pågående bakteriemi. Hos pasienter med kronisk infeksjon må det foretas en nytte-risikovurdering, der undertrykking av erytropoiese tas i betraktning. Det skal utvises forsiktighet for å unngå paravenøs lekkasje ved administrering av Ferinject. Paravenøs lekkasje av Ferinject på injeksjonsstedet kan føre til brun misfarging og hudirritasjon. Ved paravenøs lekkasje må administreringen av Ferinject avbrytes øyeblikkelig. En ml med uforynnnet Ferinject inneholder opp til 5,5 mg (0,24 mmol) natrium. Dette må tas i betraktning for pasienter på saltfattig diett. En ml med uforynnnet Ferinject inneholder maksimalt 75 µg aluminium. Dette bør tas hensyn til

ved behandling av pasienter som gjennomgår dialyse. Bruken av Ferinject har ikke blitt studert hos barn. Administrer ikke 20 ml (1000 mg jern) som injeksjon eller infusjon mer enn én gang i uken. **Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon:** som med alle former for parenterale jernpreparater, reduseres opptaket av oralt jern når disse gis samtidig. Derfor bør oral jernbehandling, om nødvendig, ikke startes før minst 5 dager etter siste injeksjon av Ferinject. **Fertilitet, graviditet og amming.** **Graviditet:** det finnes ingen kliniske data for bruk av Ferinject blant gravide kvinner. En grundig nytte-risikovurdering kreves før bruk under graviditet, og Ferinject bør ikke bli brukt i løpet av graviditet hvis ikke helt nødvendig. Data fra dyr foreslår at jernet fra Ferinject kan trenge gjennom morkaken, og at bruken av preparatet under graviditet kan ha innvirkning på skjelettutviklingen av fosteret. Jernmangel som oppstår i løpet av det første trimesteret av graviditeten kan i mange tilfeller bli behandlet med oralt jern. Hvis fordelene fra Ferinjectbehandling blir ansett som å veie opp for potensiell risiko for fosteret blir behandlingen anbefalt til det andre og tredje trimesteret. **Amming:** kliniske studier viser at overføringen av jern fra Ferinject til morsmelk var uvesentlig (≤ 1 %). Med grunnlag i begrenset informasjon fra ammende kvinner er det usannsynlig at Ferinject utgjør en risiko for det diende barnet. **Fertilitet:** det er ingen data for virkningen til Ferinject på menneskelig fertilitet. Fertilitet var uberørt som følge av behandling med Ferinject i dyrestudier. **Bivirkninger:** de vanligste rapporterte bivirkningene er hodepine, som forekommer hos 3,3 % av pasientene. **Sjeldne (≥ 1/10000, < 1/1000):** sykdommer i respirasjonsorganer, thorax og mediastinum: dyspné. **Mindre vanlige (≥ 1/1000, < 1/100):** forstyrrelser i immunsystemet: overfølsomhet inklusive anafylaktoide reaksjoner. Nevrologiske sykdommer: parestesier. Karsykdommer: hypotoni, hypertoni, rødming. Gastrointestinale sykdommer: dysgeusi, oppkast, dyspepsi, flatulens. Hud- og underhudssykdommer: pruritus, urtikaria. Sykdommer i muskler, bindevev og skjelett: myalgi, ryggmerter, artralgi. Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet: pyreksi, fatigue, brystmerter, frostanfall, sykdomsfølelse, perifert ødem. **Undersøkelser:** økt aspartat-aminotransferase, økt gamma-glutamyltransferase, økt laktatdehydrogenase i blodet. **Vanlige (≥ 1/100, < 1/10):** nevrologiske sykdommer: hodepine, svimmelhet. Gastrointestinale sykdommer: kvalme, magesmerter, forstoppelse, diaré. Hud- og underhudssykdommer: utslett. Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet: reaksjoner på injeksjonsstedet. **Undersøkelser:** forbigående reduksjon av fosfor i blodet, forhøyet konsentrasjon av alanin aminotransferase. Det finnes ingen uønskede bivirkninger med ukjent frekvens. **Farmasøytiske opplysninger.** **Fortegnelse over hjelpestoffer:** natriumhydroksid (for pH-regulering), saltsyre (for pH-regulering), vann til injeksjonsvæsker. **Uforlikeligheter:** dette legemidlet må ikke blandes med andre legemidler bortsett fra de som er angitt under Spesielle forholdsregler for destruksjon og annen håndtering. Kompatibiliteten med beholdere laget av annet enn polyetylen og glass er ikke kjent. **Holdbarhet:** Holdbarhet for produktet i uåpnet salgspakning: 3 år. Holdbarhet etter første åpning av beholderen: fra et mikrobiologisk synspunkt skal preparater for parenteral administrasjon brukes øyeblikkelig. Holdbarhet etter fortykning med steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning: fra et mikrobiologisk synspunkt skal preparater for parenteral administrasjon brukes øyeblikkelig etter fortykning med steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning. **Oppbevaringsbetingelser:** oppbevares i originalpakningen. Oppbevares ved høyst 30 °C. Skal ikke fryses. **Emballasje (type og innhold):** 2 ml oppløsning i et hetteglass (type I glass) med kork av bromobutylgummi og aluminiumshette i pakningsstørrelser på 1, 2 og 5 hetteglass. 10 ml oppløsning i et hetteglass (type I glass) med kork av bromobutylgummi og aluminiumshette i pakningsstørrelser på 1, 2 og 5 hetteglass. Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført. **Spesielle forholdsregler for destruksjon og annen håndtering:** inspiser hetteglassene visuelt for bunnfall og skade før bruk. Bruk bare hetteglass uten bunnfall, og med homogen oppløsning. Hvert hetteglass med Ferinject er kun ment for engangsbruk. Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav. Ferinject skal kun fortynnes med steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning. Det må ikke brukes andre typer intravenøse fortynningsløsninger eller terapeutiske stoffer da dette kan føre til utfelling og/eller interaksjon. For fortynningsinstruksjoner, se Dosering og administrasjonsmåte. **Pris:** Ferinject er på LIS anbud til redusert pris. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Vifor France SA. 7–13, Boulevard Paul-Emile Victor 92200 Neuilly-sur-Seine, Frankrike. Tlf. +33 (0)1 41 06 58 90. Faks +33 (0)1 41 06 58 99. **Markedsføringstillatelsesnummer (numre):** 09-7172. **Dato for første markedsføringstillatelse/siste fornyelse:** 26.10.2010. **Oppdateringsdato:** 15.03.2012. Se vidare www.felleskatalogen.no.

Jern er tungt fordøyelig.

Ferinject (jernkarboksymaltose) er en intravenøs løsning som med få gastrointestinale bivirkninger raskt øker Hb.¹ Med standardisert dosering kan du gi din pasient 1 000 mg jern på bare 15 minutter – ved én eneste behandling.



Fyller raskt på jerndepotene



esmya[®] 5mg
Ulipristalacetat

Den første selektive progesteron-reseptor modulator godkjendt for behandling av myom¹

- Kontroll over blødningene etter 7 dager²
- Signifikant reduksjon på myomstørrelsen³

1. SPC Esmya.
2. Donnez J, et al. New Engl J Med 2012;366(5):421–432.
3. Donnez J, et al. New Engl J Med 2012;366(5):409–420.

C1 Esmya «Gedeon Richter»

Progesteronreseptormodulator.

ATC-nr.: G03 - -

TABLETTER 5 mg: Hver tablett inneholder: Ulipristalacetat 5 mg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterine fibroider hos voksne kvinner i fertil alder. **Dosering:** Voksne: 1 tablett 1 gang daglig i inntil 3 måneder. Behandlingen skal startes den 1. uken i en menstruasjonssyklus. Behandlingsvarighet bør ikke overskride 3 måneder. Spesielle pasientgrupper: Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering anbefalt ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Bruk anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering anbefalt ved lett nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Administrering: Tablettene kan tas med eller uten mat. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Graviditet og amming. Genital blødning av ukjent etiologi eller av andre årsaker enn uterine fibroider. Kreft i livmor, livmorrhals, eggstokker eller bryster. **Forsiktighetsregler:** Ulipristalacetat skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. Graviditet skal utelukkes før behandling. De fleste kvinnene som tar en terapeutisk dose av ulipristalacetat har anovulasjon, likevel anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode under behandlingen. Nedsatt nyrefunksjon forventes ikke å signifikant endre eliminasjonen av ulipristalacetat. Pga. manglende spesifikke studier anbefales ikke ulipristalacetat ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Det foreligger ingen terapeutisk erfaring med ulipristalacetat ved nedsatt leverfunksjon. Nedsatt leverfunksjon er forventet å endre eliminasjonen av ulipristalacetat og føre til økt eksponering. Dette anses ikke å være klinisk relevant ved lett nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Bruk ved alvorlig astma som ikke kontrolleres tilstrekkelig med perorale glukokortikoider, anbefales ikke. Ulipristalacetat har spesifikk effekt på endometrium, og endometriehyperplasi kan oppstå. Hvis endringen vedvarer i 3 måneder etter avsluttet behandling og etter tilbakevendt menstruasjon, kan undersøkelser være nødvendig for å utelukke underliggende sykdommer. Endringer i endometriets histologi kan observeres, men disse endringene er reversible etter seponert behandling. De histologiske endringene, PAEC (Progesterone Receptor Modulator Associated Endometrial Changes), må ikke forveksles med endometriehyperplasi. Pga. manglende sikkerhetsdata for bruk i >3 måneder eller gjentatte behandlingsregimer, er risikoen for negative effekter på endometrium ukjent hvis behandlingen fortsettes. Behandlingen bør derfor ikke vare utover 3 måneder. Pasienten skal informeres om at ulipristalacetatbehandling normalt fører til signifikant reduksjon i blodtap under menstruasjon eller amenoré innen de første 10 behandlingdagene. Hvis kraftige blødninger vedvarer, må legen underrettes. Menstruasjonen vender normalt tilbake innen 4 uker etter avsluttet behandlingsregime. **Interaksjoner:** Ulipristalacetat har en steroidstruktur og fungerer som en selektiv progesteronreseptormodulator med hovedsakelig hemmende effekter på progesteronreseptoren. Hormonelle prevensjonsmidler og progestagener vil derfor trolig føre til redusert effekt av ulipristalacetat grunnet en konkurrerende virkning på progesteronreseptoren. Samtidig administrering av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Samtidig administrering av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ketokonazol, ritonavir, nefazodon) kan føre til større endringer i plasmanivåene av ulipristalacetat. Ingen dosejusteringer anses å være nødvendige ved administrering til pasienter som samtidig får milde CYP 3A4-hemmere. Samtidig administrering av moderate eller potente CYP 3A4-hemmere anbefales ikke. Pasienter som samtidig får CYP 3A4-induktorer kan ha reduserte plasmanivåer av ulipristalacetat. Samtidig bruk av potente CYP 3A4-induktorer (f.eks. rifampicin, karbamazepin, fenytoin, johannesurt), anbefales ikke. Ulipristalacetat kan forstyrre virkningen til hormonelle prevensjonsmidler (rent progestagen, progestagenfrisettende antikonsepsjon (spiral) eller kombinasjonspiller) og progestagen administrert av andre årsaker. Samtidig administrering av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Legemidler som inneholder progestagen skal ikke tas innen 12 dager etter seponert behandling med ulipristalacetat. In vitro-data indikerer at ulipristalacetat kan være hemmer av P-gp ved klinisk relevante konsentrasjoner i den gastrointestinale veggen under absorpsjon. Administrering av ulipristalacetat kan dermed øke plasmanivåene av samtidig administrerte legemidler som er substrater for P-gp. Pga. manglende kliniske data, anbefales ikke samtidig administrering av P-gp-substrater (f.eks. dabigatraneteksilat, digoksin). **Graviditet/Amming:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Kontraindisert under graviditet. Overgang i morsmelk: Ukjent. Risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. Kontraindisert under amming. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Kjønnsganer/bryst: Amenoré, endometriehyperplasi, hetetokter. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Smarter i abdomen, kvalme. Hud: Akne, hyperhidrose. Kjønnsganer/bryst: Uterin blødning, ovariecyste, ømhet/smarter i brystene, bekkenmerter. Muskel-skjelettsystemet: Smarter i muskler og skjelett. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Emosjonell forstyrrelse. Undersøkelser: Forhøyet blodkolesterol. Øre: Vertigo. Øvrige: Ødem, tretthet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Dyspepsi, munn tørrhet, flatulens, konspasjon. Hud: Hudlesjoner. Kjønnsganer/bryst: Metroragi, ruptert ovariecyste, genital utflod, oppsvulmede bryster, ubehag i brystene. Luftveier: Epistakse. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter. Neurologiske: Svimmelhet. Nyre/urinveier: Urininkontinens. Psykiske: Angst. Undersøkelser: Forhøyede blodtriglyserider, vektøkning. Øvrige: Asteni. **Overdosering/Forgiftning:** Begrenset erfaring med overdosering. Enkelt-doser på opptil 200 mg og døgndoser på 50 mg i 10 etterfølgende dager ble administrert til et begrenset antall personer, og ingen alvorlige bivirkninger ble rapportert. Se Giftnormasjonens anbefalinger for ulipristalacetat: G03A D02. **Egenskaper:** Klassifisering: Peroralt aktiv syntetisk progesteronreseptormodulator som karakteriseres av en vevsspesifikk delvis progesteronantagonisteffekt. Absorpsjon: T_{max}: Median på 0,75 timer. Proteinbinding: Bindes i høy grad (>98 %) til plasmaproteiner, inkl. albumin, alfa-1-syre-glykoprotein, lipoprotein med høy tetthet og lipoprotein med lav tetthet. Halveringstid: Terminal halveringstid i plasma etter en enkelt-dose på 5 eller 10 mg er beregnet til ca. 38 timer, med en gjennomsnittlig peroral clearance (Cl/F) på ca. 100 liter/time. Metabolisme: Omdannes til mono-N-demetylerede og deretter di-N-demetylerede metabolitter, hovedsakelig via CYP 3A4. Utskillelse: Hovedsakelig via feces, <10 % via urin. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser:** 28 stk. (blistre) 190889 kr 1613,80. **Sist endret:** 10.09.2012

ESM0213001NO

Gedeon Richter Nordics AB, Norra Stationsgatan 61, 113 43 Stockholm, Sweden. Tlf.: +46 8 611 24 00
Medisinsk informasjon: medinfo.no@gedeonrichter.eu Tlf.: 210 333 90, www.richter.hu

 GEDeon RICHTER

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

Martin Andresen
Smestadgynekologene
E-mail: man@smestadgynekologene.nhn.no

Medredaktør

Anne-Cecilie Hallquist
Smestadgynekologene
E-mail: anne.cecilie.hallquist@vikenfiber.no

Redaksjonsmedlemmer

Silje Eilertsen Denstad
St Olavs Hospital
E-mail: silje.eilertsen.denstad@stolav.no

Cathrine Ebbing
KK Haukeland
E-mail: cathrine.ebbing@molmed.uib.no

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

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

Nettredaktør

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

Design/layout

Liv K. Norland
Akuttjournalen Arena AS
E-mail: artdirector@akuttjournalen.com
Tlf: 99 59 16 86

Annonseansvarlig

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

Forsidefoto

Martin Andresen

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2013

nr 1; 1. februar
nr 2; 2. mai
nr 3; 1. juni
nr 4; 1. oktober

Innhold

■ Redaktøren	6
■ Leder	7
■ Artikkel	
Portrett av Sissel Moe Lichtenberg	8
HE4	12
Redusert forekomst av sfinkterskader ved fødsel – en norsk suksesshistorie	14
Kirurgisk behandling av analinkontinens hos voksne	18
Robotassistert laparoskopisk kirurgi	21
Dagkirurgisk behandling	24
■ Doktorgrad	
Three and four dimensional perineal ultrasound in the assessment of the pelvic floor muscle	25
■ Debatt	
Vikaren	28
Surrogati – kvinnekroppen som middel for andre	29
■ FUGO	
Kjære FUGO-medlemmer!	30
■ Foreningsnytt	
Hva er UEMS/EBCOG, og hva har vi der å gjøre?	32
■ Kurs/kongress	
Vår møte i Stavanger	34
Kongresskalender	37
Welcome to the 4th Nordic Congress on Endometriosis!	38



26-1
2013



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2011-2013

Leder
Vitenskapelig sekretær
Kasserer
Styremedlem og
redaktør Gynekologen (PSL)
Sekretær (FUGO)
Styremedlem
Styremedlem
Varamedlem (PSL)
Varamedlem (FUGO)

Knut Hordnes
Jone Trovik
Kevin Sunde Oppegaard

Martin Andresen
Helene Fjeldvik Peterson
Tone Shetelig Løvvik
Tone Skeie-Jensen
Odrun Kleggetveit
Marte Myhre Reigstad

Hospitalet Betanien
KK Haukeland
Gyn avd hammerfest

Smestadgynekologene
KK Ahus
St Olavs Hospital
OUS Radiumhospitalet
Spes praksis, Kristiansand
KK Ahus

knut.hordnes@uib.no
jone.trovik@helse-bergen.no
kevin.s.oppegaard@helse-finnmark.no

martin@drandresen.no
help@ahus.no
Tone.Shetelig.Lovvik@stolav.no
SKZS@ous-hf.no
odrun.kleggetveit@gmail.com
martereigstad@gmail.com

- Martin Andresen
- Smedstadgynekologene
- man@smestadgynekologene.nhn.no

Kvalitetstid



Forside-bildet i årets første utgave av Gynekologen er fra Glåmene, et av mine favorittsteder i Nordmarka. Dette fine høydedraget mellom Kobberhaugen og Kikut. Her har jeg gått utallige ganger, og får alltid godfølelsen og fred i sjelen. Her har jeg pustet ut etter travle vakter og krevende arbeidsdager.

En tur over Glåmene gir meg glede og livskvalitet

Kvalitetsarbeid har alltid stått sentralt i NGF's arbeid. Utgivelse og nå senere revisjon av Veilederne er et godt eksempel på dette. Mange av NGF's medlemmer har vært engasjerte i dette arbeidet, som bidrar til å gi våre pasienter den beste behandling.

En pioner og foregangskvinne innen kvalitetsarbeid er Sissel Moe Lichtenberg. Hun er intervjuet i dette nummer av Gynekologen. Hun har mottatt pris som årets helseleder, Norsk Gynekologisk Forenings hederspris og ble i 2012 hedret med Kongens fortjenestemedalje i sølv for dette arbeidet. Vi gratulerer!

Redusert forekomst av sfinkterskader ved fødsel i Norge kan du lese om på s. 14. Dette er et resultat av langvarig og systematisk fokus på støtte-teknikker ved spontane og operative forløsninger, samt undervisning og veiledning av jordmødre og leger. Godt kvalitetsarbeid i praksis.

Som i regjeringen gjør også vi i redaksjonen endringer og utskiftninger. Denne gang av naturlige årsaker. Siri går snart ut i svangerskapspermisjon og blir erstattet av Silje Eilertsen Denstad, Lis fra St Olavs Hospital. I tillegg er vi glade for å presentere Ragnar Sande fra Stavanger Universitetssykehus, som nytt redaksjonsmedlem. Vi ønsker begge velkommen inn i redaksjonen.

Da er det bare å ønske våre lesere velkommen til et nytt år med Gynekologen. Når du åpner denne utgaven håper vi du får en times tid med; ja Kvalitetstid!

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

STAN-GRUPPEN

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

LAPAROSKOPIUTVALGET

Jostein Tjugum, Ellen Holtan Folkestad, Andreas Putz, Marit Lieng, Anton Langebrekke

NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

GYNEKOLOGEN

Martin Andresen, Cathrine Ebbing, Mariann Eidet, Anne-Cecilie Hallquist, Ragnar Sande, Silje Eilertsen Denstad

KVALITETSUTVALGET

Rolf Kirschner (leder), Bjørn Hagen, Anny Spydslaug, Pål Øian

FUGO

Christian Tappert, Sjur Lehmann, Marte Reigstad Myhre, Helene Fjeldvik Peterson, Tiril Tingleff, Johanne Holm Toft

NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

REVISJONSKOMITE – PROSEDYREKODER

Anne Zandjani, Stian Vestad

ANDRE RELATERTE INSTANSER:

SPECIALITETSKOMITEEN

Ole Jakob Nakling (leder), Kari Anne Trosterud, Ingar Nilsen, Ingeborg Bøe Engelsen, Trond Melby Michelsen, Hilde Sundhagen (vara), Knut Hoff Kierulf (vara), Sjur Lehmann (vara).

NFGO

Anne Dørum (leder), Bjørn Hagen, Mark M. Baeklandt, Lars Juul Hanssen, Anne Beate Vereide, Jostein Tjugum, Ingard Nilsen (fra NGF). I tillegg 6 vararepresentanter.

EBCOG (For 2012-2014)

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

NFOG

Jone Trovik

Kjære kolleger



Det går mot vår og en av foreningens viktige begivenheter nemlig Vår møtet, denne gang i Stavanger. Rogalendingene er erfarne vårmøtearrangører, og har et meget godt program. Lokal komite med Ragnar Sande i spissen reklamerer med forelesere av internasjonal klasse, og det er fokus på ultralyd, oxytocin, svangerskapsavbrudd, robotassistert kirurgi, og mye annet. Revisjon av Veileder i obstetrikk er som kjent på god gang, og vårt hardt arbeidende Kvalitetsutvalg er også på banen med utvalgte emner. Det er lovet debatt, og dessuten byvandring med påfølgende servering i Valbergårnet, byens fremste landemerke. Styret stiller, og det håper vi flest mulig andre også gjør.

Siden sist har vi fått ny helseminister, og 10 nye bud. Det meste skal bli bedre, nemlig oppgavedeling, metoder for prioritering, ledelse, samordning. Sykehusene skal få lengre åpningstid – om det endrer noe i vår fag er vel usikkert, ettersom mye av driften vår allerede er døgnåpen. Det er gledelig at det siktes mot å redusere unødig rapportering. Her ligger forhåpentligvis en ny innsikt – nemlig at fagfolk i senere år har fått stadig mindre tid til pasientrettet arbeid men bindes opp i tidkrevende og lite meningsfulle øvelser på tastaturet, gjerne kombinert med tungdrevet programvare. Rapporteringssystemet kombinert med det nye NPM språket er dog ikke helt uten underholdningsverdi; nylig ble

Bergensklinikkene bedt om å rapportere “utestående biomasse”. Det skapte litt forvirring, men en telefon til hovedstaden var avklarende: man ville vite “antall klienter på venteliste”.. Sånne innslag er artige nok men helst vil vi bruke tiden til «biomassen», altså det vi før kalte pasienter.

Ministerbyttet setter fokus på styringsideologi og det er gode innspill på hva «Støre bør gjøre», også utenfor våre egne kretser. Dagens Næringsliv Magasin viet nylig et helt nummer til DRG-systemet med dets vridninger, rariteter, og i verste fall rent juks. Dessverre ikke ukjente fenomen for mange av oss, men godt oppsummert av DN som nok har påvirkningskraft selv utover herværende utmerkete tidsskrift.

Screening for livmorhalskreft er stadig et hett tema. Det er nå vel et år siden HDir satte krav til HPV testing som utelukket bruk av Norchips test. Firmaet stevnet Staten for retten og saken var berammet til februar, men ble så utsatt etter ønske fra Norchip. Begrunnelsen er angitt å være at algoritmen for cervixscreening er under vurdering. Det er i og for seg riktig, men neppe grunn til utsettelse av saken. Rådgivningsgruppen vurderer å endre nåværende ordning med utsatt HPV-testing (delayed triage), til reflekstesting. Dette betyr overgang fra ny prøvetaking med cytologi og HPV-test 6 mnd etter avvikende prøve (ASCUS/LSIL), til umiddelbar HPV-testing på det samme materialet. Det siste forutsetter væskebasert cytologi, som hittil ikke har vært tilgjengelig mange steder. Sannsynligvis blir denne endringen gjennomført, og kvinnen slipper en ekstra prøvetaking. Det er bra. Reflekstesting endrer imidlertid ikke kravene til HPV-test, og burde ikke påvirke Hdirs vedtak og den forestående rettsak. NGF har sterkt støttet vedtaket, og selv om en rettsak kunne vært interessant nok er det likevel viktigst at vedtaket står fast.

Styret jobber jevnt og trutt med hørings-svar, selv om det nok for de fleste medlemmer er en lite synlig aktivitet. Det

anbefales å gå inn på Legeforeningens sider og lese høringssvarene våre iblant. Vi velger våre saker og uttaler oss ikke om alt, men i forhold til mange andre fagmedisinske foreninger er vi grundige og tydelige når vi først er på banen. En av de aktuelle saker er innstilling om legers reservasjonsadgang. Abort er sentralt, men ikke eneste tema, her omtales reservasjon mot omskjæring av gutter, reservasjon ved barneønske hos homofile osv. Det står fast at lik rett til helsehjelp veier tungt og at helsepersonells reservasjonsmulighet bør være ganske begrenset. For abort gjelder stadig at reservasjonsretten er knyttet til selve inngrepet, og motsatt tendenser vi har sett, kan ikke allmennlege reservere seg mot å henvise den abortsøkende. Leger er for øvrig ikke eneste yrkesgruppe hvor reservasjon er aktuelt: Pave Benedikt XVI uttalte for noen år siden at katolske farmasøyter bør nekte å selge medisiner som fører til abort eller aktiv dødshjelp. Etikkrådet for farmasøyter i Norge konkluderte med at ”Norske farmasøyter har ingen reservasjonsrett og kan ikke ut fra overbevisningsgrunner nekte å selge legemidler som kan omsettes på lovlig vis.” Vi er på linje her.

Prosjektet ”Medikamentell abort i praksis” er et NGF-prosjekt ledet av Runa Aabø, basert på et allmøte- og styrevedtak flere år tilbake. Ved stor utholdenhet er mye oppnådd ved at de nødvendige forskriftsendringer er gjennomført. I øyeblikket har det hele stoppet opp pga manglende bevilgninger, tross klare signaler fra HOD. Vi holder trykket!

Nettforum om hormoner og endometriose styrt av Mette Moen er nylig gjenopprettet. Her finnes godt informerte svar på en rekke vanlige og mindre vanlige problemstillinger. Bruk sidene! Det er fullt mulig å opprette forum for andre emner, og initiativ her ønskes velkommen.

Vel møtt i Stavanger!

- Astrid Rygh
- Stavanger Universitetssykehus
- ryas@sus.no

Portrett av Sissel Moe Lichtenberg:

40 år med kvalitetsutvikling

”Marianne på sykehus” inspirerte 6 år gamle Sissel Moe til å bli lege! En barnebok med uvanlig konsekvens! Nå pensjonerer hun seg etter 42 år som gynekolog, og 23 år som avdelingsoverlege ved Kvinneklinikken og senere divisjonsdirektør ved Kvinne- og Barnedivisjonen ved Stavanger universitetssykehus.

– Jeg synes det er nyttig å se gynekologi og fødselshjelp og pediatri i et livsløpsperspektiv, fra prenatal veiledning, via svangerskap, fødsel og nyfødtperiode. Fra genetisk veiledning ved BRCA-mutasjoner, via kurativ behandling til palliativ behandling.

Både tanten Aslaug, som var overjordmor ved Rikshospitalet, og foregangskvinnen Elise Ottesen Jensen, som hun en gang fikk høre, inspirerte henne til å velge gynekologien, forteller hun.



Foto: Stavanger Universitetssykehus

Sissel Moe Lichtenberg ble født på fødestua i Kopperå i Trøndelag i 19. januar 1946. Etter artium ved Katedralskolen i Trondheim ble det medisinstudium i Oslo. Der ble hun opptatt av helse for mor og barn i globalt perspektiv. I turnus traff hun Norman Lichtenberg, som senere ble kirurg og ortoped, og som hun har delt livet med, fortsatt med kjærlighet, gjensidig beundring og respekt, er vi overbevist om.

Jeg har fått privilegiet å intervju henne, og vi møtes flere ganger i hennes travle hverdag, der alle prosesser går for fullt like til siste dag, samtidig som hun usentimentalt rydder reolene med materiale fra et langt ledervirke. Det er Sissel slik vi kjenner henne.

Hun forteller om den første jobben, som assistentlege ved Sentralsykehuset i Trondheim i 1972.

– Man ble satt i vakt umiddelbart. Vi var to assistentleger, og en overlege som var i kontinuerlig bakvakt. Det var stor grad av selvstudium. Jeg måtte slå opp i læreboka for å finne ut hvordan jeg skulle operere ex.u. for eksempel. Det var sjelden aktuelt

å ringe bakvakten. Sectio var ansett som svært risikofyllt, og sectiofrekvensen var utrolig lav. Det ble akseptert at barnet døde for å unngå akutt keisersnitt. Legene hadde stor autoritet, og pasientene godtok oftest det de fikk fortalt. Provosert abort, med innleggelse av Løvsets 2- og 4-bladede dilatator, senere laminariastifter, var et smertefullt inngrep. Jeg opplevde komplikasjoner etter illegal abort, gjort med strikkepinner. Jeg skrev faktisk en artikkel om slike alvorlige komplikasjoner, og det var overhodet ikke populært. Teknologien på den tiden var begrenset, man hadde ikke ultralyd, og både tvillinger og alvorlige misdannelser, anencephali for eksempel, ble først åpenbart ved fødselen. Det var vi som måtte ta oss av asfyktiske nyfødte, ventilere og legge navlevenekateter. Barnelegen kom først på visitt neste dag. Det er rart å tenke på at dette var i 70-årene – i moderne tid!

Senere fulgte arbeid ved Radiumhospitalet, før familien flyttet til Stavanger, der begge kunne få arbeid. Det var knapt med utdanningsstillinger. Sissel på gynekologisk avdeling, Norman på kirurgisk. Det var 4-delt døgnvakt, og etterhvert tre barn. Det



Foto: Stavanger Universitetssjukehus

ble naturlig å dele likt på oppgavene hjemme, det kunne ikke være slik at noe bare var den enes ansvar. Vi hadde gjensidig forståelse og respekt for hverandres arbeidssituasjon.

– Hvordan kan vi sikre en god rekruttering til faget vårt?

– Det er et vaktintensivt fag, og vi må rekruttere robuste personer, og framelske selvstendighet og trygghet, for de vil komme i situasjoner med vanskelige valg. Det er viktig med veiledning, og gode rollemodeller. Vi må formidle det positive med entusiasme – det er et livgivende arbeid, å gi god start på nye liv. Vi må også arbeide for å øke status for arbeid med kvinnehelse.

– Hva var bakgrunnen for din interesse for ledelse?

– Jeg har alltid likt å organisere, også da jeg var barn. På 70-tallet var arbeidsdagen lite planlagt, arbeidet ble fordelt dag for dag. Jeg så behov for arbeidsplaner og organisering

og fra ca 1976 fikk vi et godt system for å ha oversikt over de enkelte legenes daglige arbeidsoppgaver. Jeg ble også oppmerksom på alle yrkesgruppers betydning for et godt tilbud til pasientene. Lederutdanning innen helseøkonomi, medisinsk ledelse og statistikk fulgte.

I 1990 ble Sissel avdelingsoverlege ved KK ved Sentralsjukehuset i Rogaland, landets første kvinnelige avdelingsoverlege i vårt fag. I intervjuet i sykehusavisen forteller hun om pilotprosjekt med EDB på poliklinikken, og håp om at det kan utvides... Hun har alltid sett muligheter i tekniske framskritt.

– Jeg synes det er nyttig å se gynekologi og fødselshjelp og pediatri i et livsløpsperspektiv, fra prenatal veiledning, via svangerskap, fødsel og nyfødtp periode.

– Har ditt arbeid som leder endret seg mye?

– Det har blitt mye større enheter, og det tverrfaglige er mye mer uttalt. Hun framhever de trange rammene både hva gjelder bemanning, areal og IKT-ressurser.

– Økonomien styrer prioriteringene. Man må unngå at pengene tar overhånd. Det er vanskelig. Men man kan vektlegge forskjellige sider av et styringsdokument f. eks, og se på mulighetene til å gjøre ting som ikke koster penger, f. eks støtte kreativitet blant medarbeiderne.

Sissel er kjent for sitt systematisk arbeid med kvalitet i helsetjenesten, og har mottatt pris som Årets helseleder (NSH), og fått Norsk gynekologisk forenings hederspris særlig for sin innsats på dette området. 15. januar i år ble hun hedret med Kongens fortjenstmedalje i sølv for innsatsen, ved en staselig tilstelning på Sola Strandhotell. Høyst fortjent syns vi!

– Hvordan kan vi rekruttere ledere blant leger?

– Man må gi mulighet til erfaring og utdanning og motivere leger slik at de ser betydningen av god ledelse. Det er et langsiktig arbeid.

– Nå når du kan ta bladet fra munnen, hva mener du om foretaksreformen?

Det er positivt at foretaket har et helhetlig ansvar for organisasjon og plan i sin region, for IKT, større utstyr og personalsystemer. Men foretaksreformen brøt også opp en del velfungerende samarbeid på tvers av regionene, og byråkratiet har vokst. Det er et stort problem at de lokale HF drar med seg underskudd og hindres i nødvendige investeringer. Det er mulig at en mer sentral styring vil være bedre.

– Hvor hentet du ideene til ditt livsprosjekt ”kvalitetsarbeid”?

– Det lå og ulmet fra slutten av 80-årene. Jeg så det trengtes prinsipper for organisering av arbeidet, og ideer om metodebøker begynte å komme flere steder. Da jeg ble avdelingsoverlege i 1990 akselererte dette, og jeg begynte å lage kliniske og administrativ metodebok. Men rutinene må bli kjent og brukt. Der kom det tverrfaglige inn. Rutinene måtte ha fokus på pasientens

– Man må gi mulighet til erfaring og utdanning og motivere leger

behov, derfor var det unaturlig å ha flere yrkesprosedyrer for samme problem. Tverrfaglig metodearbeid vokste fram, men møtte motstand, særlig blant legene, men avtok etter hvert, og er erstattet med respekt for hverandres kunnskap. Den lille svarte metodeboka, ble etterhvert uunnværlige i hverdagen på KK. Leif Gjessing brakte inn nye ideer og tok datateknologien i bruk, og pasientinformasjoner og metoder ble lagt ut på internett på KKs hjemmesider. Han utviklet også en obstetriske database og andre databaser og elektroniske systemer, og dermed ble kvalitetssirkelen sluttet – man kunne vurdere effekten av rutinene på resultatene, og endre dem i det etter hvert tverrfaglige kvalitetsutvalget. Resultatene i form av rapporter ble også lagt ut på hjemmesidene. Nå er databasen grunnlag for populasjonsbasert forskning, og har lagt grunnlag for fødejournalsystemet Imatus Natus. Åpenhet om rutiner og resultater vekker fortsatt mye motstand og engstelse. KK SUS har måttet kjempe for å få legge sine rutiner på internett i det nye kvalitetssystemet EQS.

– Som leder, hva er de viktigst i samarbeidet med medarbeiderne? Hva er sentralt for å samle dem mot et felles mål, og motivere for endring?

– Man må gjøre det enkelt, ha ett felles mål, man skal først og fremst yte grunnleggende helsehjelp, og dette er felles for alle yrkesgrupper. Man må ha tydelige mål, og gjøre dem forståelige. Og man må vise respekt for hverandres kompetanse.

– Hva med medarbeidernes forventninger?

– Det har skjedd en voldsom endring. De er mye mer opplyst, og krever mer. De er også mer redde for å bli stilt til ansvar formelt. Det er store forventninger hos pasientene, og liten toleranse for usikkerhet.

– Til slutt; hvor kan lederen hente krefter?

– Det er motiverende å se at du lykkes med det du arbeider for. Da kommer kreftene av seg selv. Jeg har alltid arbeidet mye, men aldri følt meg virkelig tappet for krefter. Jeg er grunnleggende optimistisk – har tro på framskrittet. Jeg har lett for å bli entusiastisk over nye ting, ny teknologi f. eks. Det er interessant med mulighetene i den tekniske utviklingen. Det er viktig å fokusere bevisst på mulighetene, og legge bekymringer bak seg som en bevisst strategi. Jeg har også opplevd sterk oppmuntring fra mann og barn for å påta meg oppgaver på jobb, eksternt i forskjellige organisasjoner, råd og utvalg og hjemme.

– Hvordan er planene for pensjonisttilværelsen?

– Jeg har masse planer. Det blir fint med mer tid familie, barn og barnebarn. Dessuten vil jeg gjerne fordype meg i min interesse for astronomi og matematikk, ved å studere teoretisk matematikk og fysikk, særlig kvantefysikk, slik at jeg kan forstå astronomien bedre. Jeg vil også veldig gjerne få større innsikt i historie, spesielt er jeg interessert i steinalderen, og gamle kulturer i Afrika. Dessuten liker jeg all slags håndarbeid og akvarellmaling som jeg håper å kunne gjenoppta!

Disse samtalen har gitt meg et spennende innblikk i vår nære, medisinske historie, og om hva som har motivert en av de som har satt viktige spor i vårt fag. La oss håpe hun beholder god helse, og energi og entusiasme for alle sine nye prosjekter!

Man må gjøre det enkelt, ha ett felles mål, man skal først og fremst yte grunnleggende helsehjelp, og dette er felles for alle yrkesgrupper. Man må ha tydelige mål, og gjøre dem forståelige. Og man må vise respekt for hverandres kompetanse.



Ubehagelig lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

Ecovag® Balance vaginalkapsler inneholder humane melkesyrebakterier som effektivt behandler akutte plager og samtidig forebygger tilbakefall.

Les mer på www.navamedic.com

kun 1 kapsel/døgn



Ecovag Balance® fås i alle apotek og i Navamedic's nettbutikk, www.navamedic.com

 Navamedic

- Elin Ødegaard
- Overlege, PhD, avdeling for gynekologisk kreft, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet
- uxinod@ous-hf.no

HE4

Humant Epididymis Protein 4(HE4) er en relativt ny tumormarkør for ovarialkreft. På Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet bruker vi den sammen med CA125 preoperativt ved utredning av tumor pelvis. HE4 har bedre spesifisitet enn CA125, og er en nyttig markør spesielt hos de premenopausale.

Andre kjente tumormarkører på epitelial ovarialkreft

Tumormarkøren Cancer Antigen 125 (CA125) ble identifisert i 1981(1). CA125 er et stort glycoprotein som produseres i peritoneum, perikard og normalt endometrium. Uspesifikk økning sees ved all irritasjon av peritoneum. Den er forhøyet i serum hos ca 80 % av kvinner med epitelial eggstokkreft. Frem til i dag har CA125 vært den eneste markøren som brukes preoperativt for å si noe om sannsynlighet for eggstokkreft hos en kvinne med tumor på eggstokken(e). CA125 brukes også til å monitorere respons på kjemoterapi, oppdage tilbakefall og i preoperativ vurdering av tumor pelvis, hvor den er med på å avgjøre om kvinnen skal opereres av generell gynekolog eller av gynekologisk team. CA125 er ofte forhøyet også i benigne tilstander som endometriose, graviditet og ved infeksjoner. Som vi alle vet, har CA125 for lav sensitivitet og spesifisitet, og er ikke anbefalt som screeningmarkør for kvinner som ikke har symptomer og funn på

tumores, eller har en spesielt tung familiebelastning og av den grunn er definert i en høyrisikogruppe. Mange studier har vist at CA125 er forhøyet kun hos 50-

60 % av kvinner med stadium I ovarialkreft, hvor sykdommen kun er lokalisert til eggstokken(e) (2,3), og prognosen er god. Den viktigste prognostiske faktoren ved ovarialkreft med spredning er mengde resttumor etter kirurgi. Fullstendig kirurgisk debulking, eller ingen synlig resttumor ved avslutning av kirurgi, bedrer 5 års overlevelsen for kvinner med metastatisk ovarialkreft (4). Det er derfor viktig at kvinner med mistenkt eggstokkreft blir henvist til gynekologiske sentra, og at de blir operert av gynekologiske team.

I Norge bruker vi risk of malignancy index (RMI) > 200 som grense for når kvinner skal henvises til gynekologisk avdeling. RMI regnes ut ved: CA125 verdi(u/ml) x menopause score x ultralyd score. Menopause score er 1 eller 3, hvor 1 er premenopausale og 3 er postmenopausale. Ultralyd score graderes 1-3. Man scorer ultralydfunnet med et score for hvert funn: multilokulær, solide områder, bilaterale lesjoner, ascites, intraabdominale metastase. Score 0-1 gir UL score 1 i formelen, score 2-5 gir 3 i formelen.

Tumormarkører ved ikke-epitelial eggstokkreft og metastase til eggstokken(e)

Andre tumormarkører er s-AFP (alpha-fetoprotein), c-HCG som er forhøyet ved noen germinalcelletumorer, samt s-CEA som ofte er forhøyet ved metastase til

ovariet, som regel fra kreft i gastrointestinal traktus.

HE4, ny tumormarkør ved epitelial eggstokkreft

HE4 er en ny tumormarkør, hvor man i flere studier for 10-15 år siden fant at genet WFDC2 ofte er amplifisert i ovariale karsinomer, mens det er normalt i normalt ovarialvev og normalt vev (5).WFDC2 genet koder for HE4 proteinet. HE4 skilles ut i sirkulasjonen og kan måles i serumprøve. Den biologiske rollen til proteinet er ikke kartlagt ennå.

Styrken til HE4 som ny tumormarkør er at den har en høyere spesifisitet sammenlignet med CA125, særlig hos premenopausale kvinner med cyste eller tumor pelvis (6). ROMA er en ny algoritme som kombinerer serum HE4, CA 125 og menopause score, og som skal være bedre enn RMI (7). Denne algoritmen tar ikke hensyn til ultralyd score. Hos premenopausale er HE4 vektet nærmeste alene, mens hos de postmenopausale er CA125 vektet tungt. ROMA har 2 algoritmer, én for premenopausale og én for postmenopausale. Man må ikke lære seg disse algoritmene, man kan slå dem opp på nettet (Google ROMA calculator) hvis man ønsker å bruke dem. Ved å legge inn CA125 verdi og HE4 verdi får man kalkulert sannsynlighet for ovarialkreft, definert som høy og lav sannsynlighet for kreft.



Elin Ødegaard.

Nils Bolstad, lege og PhD stipendiat på avdeling for medisinsk biokjemi, Radiumhospitalet har gjort en studie på et stort nordisk normalmateriale (n=1591), hvor HE4 er testet ut (8). I den studien ble det målt HE4 i serum fra donorer i alderen 18-86 år, og sammenlignet med blant annet alder, BMI, kreatinin nivå, alkoholinntak og røyking. De undersøkte 2 ulike HE4 assays, Manuel HE4 (Fujirebio Diagnostics AB) og Architect HE4 (Abbott). De fant at HE4 er i gjennomsnitt 29% høyere hos røykere sammenlignet med ikke røykere. HE4 øker også med alderen. Sammenlignet med 20-åringer viser HE4 9% økning ved 40 år, 20% økning ved 50 år, 37% økning ved 60 år, 63% økning ved 70 år og 100% økning ved 80 år. HE4 utskilles normalt fra sirkulasjonen via nyrene, og økningen grunnet alder skyldes sannsynligvis aldersrelatert tap av nyrefunksjon. Hos de eldste har derfor ikke HE4 like stor klinisk nytteverdi som hos de premenopausale.

Basert på denne studien er referansegrensene (97,5-persentilen) hos *ikke-røykende* kvinner satt til:

- < 60 pmol/L hos kvinner under 60 år
- < 70 pmol/L hos kvinner 60-80 år
- < 80 pmol/L hos kvinner over 80 år

Hos røykere ses ofte lett forhøyede verdier (opp mot 90 pmol/L). Ved kjent nyresykdom/svikt (forhøyet kreatinin) bør ikke HE4 brukes.

CA125 er fortsatt en god markør hos postmenopausale kvinner. Dersom CA125 er normal og HE4 kun er lett forhøyet hos en kvinne over 70 år, bør man sannsynligvis se bort fra HE4 i den kliniske vurderingen. Lett forhøyet HE4 vil da som regel skyldes nedsatt nyrefunksjon.

Premenopausale kvinner har oftere benigne enn maligne tumorer i adnexa. CA125 er ofte forhøyet ved en rekke benigne tilstander og skaper unødig mye engstelse. Flere studier, blant annet en finsk studie av Huhtinen et al. (6) viser at HE4 ikke er forhøyet slik som CA125 er i serum fra kvinner med endometriose og eller endometriom. I en studie av Moore (9) et al. fra april 2012 fant man i preoperative serumprøver fra 176 pasienter med endometriose/endometriom at HE4 var forhøyet hos 3%, mens CA125 var forhøyet hos 67%. Ved uterine myomer

(n=61) var HE4 forhøyet hos 8%, og CA125 hos 26%, ved dermoider (n=67) 1% HE4 forhøyet versus 21% CA125 forhøyet, og ved absesser/hydrosalpinx/PID (n=30) 10% HE4 versus 37% CA125. I disse studiene var referansegrensene for HE4 satt noe høyere (70 og 89 pmol/L) enn den grensen vi bruker på DNR (60 pmol/L). Det betyr at noen pasienter med benigne tilstander med normal HE4 i disse studiene ville fått forhøyet HE4 på DNR. Resultatene er likevel lovende for HE4 som tumormarkør.

HE4 og ovarialkreft residiv

HE4 er FDA godkjent i USA for å monitorere residiv og progresjon av epitelial ovarialkreft. Ved vår avdeling for gynekologisk kreft Radiumhospitalet, har vi ikke tatt i bruk HE4 på den indikasjonen, og ønsker ikke å gjøre det uten at man innfører den i sammenheng med en studie. Vi er redd for unødig engstelse hos kvinner som per i dag ofte henger seg alt for mye opp i CA125-svaret.

HE4 og livmorkreft

I motsetning til ovarialkreft, hvor ca 70% av kvinnene har stadium III sykdom ved sykdomsdebut, oppdages de fleste (ca 70%) av kvinner med endometriekreft i stadium I, fordi de har symptom med vaginalblødning. Det er flere studier som har vist at HE4 er noe bedre enn CA125, og at det kan predikere tumorinvasjon i myometriet, men prospektive biobankstudier har ikke kunnet predikere spredning til lymfeknuter ved endometriekreft. Det pågår mange studier også på endometriekreft, og inntil disse resultatene er klare anbefales det ikke å bruke HE4 som tumormarkør ved denne kreftformen, med mindre pasientene inngår i en studie.

Pågående studier på HE4 ved Oslo universitetssykehus

Vi har upublisert data på HE4 hos en stor gruppe kvinner som ble operert for adnextumor ved Oslo universitetssykehus, lokalisasjon Ullevål. Denne studien er under vurdering for publikasjon. Prøvene, kliniske opplysninger og ultralyd score ble samlet inn i undertegnedes PhD periode, fra den tiden hvor det også var gynonkologisk avdeling lokalisert på Ullevål. Studien er i samarbeid med Nils Bolstad, avdeling for medisinsk biokjemi Radiumhospitalet, Annetine Staff og Mathias Onsrud, gyn Ullevål. Vi fant at HE4 er lovende til å

predikere eggstokkreft hos premenopausale kvinner. Anne Lone Rolfsen (Lis, Ullevål), Anne Dørum, Radiumhospitalet, Nils Bolstad og undertegnede, er nå i gang med en prospektiv studie hvor vi bl.a. kartlegger nytten av HE4 og ultralyd score, preoperativt hos kvinner med tumor pelvis. Erik Qvigstad, gyn Ullevål er i gang med en studie på HE4 hos endometriosepasienter.

Konklusjon

HE4 er en lovende markør, men det er viktig at den brukes på riktig indikasjon. Vi ønsker ikke at den skal tas uten at det forligger tumor pelvis. Får man lett forhøyet HE4 uten tumor, skaper det mye forvirring og har ingen klinisk nytteverdi, og vil da være med på å ødelegge en sannsynlig god markør. Videre er det altså hos de premenopausale kvinnene at den kliniske nytteverdien er størst.

Kliniske opplysninger som kjent nyresvikt, røyking og menopausestatus bør oppgis på rekvisisjon. Prøven sendes på vanlig serumglass. Hvis dere vil diskutere pasientkasus kan dere kontakte Elin Ødegaard på avdeling for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet eller Nils Bolstad, avdeling for medisinsk biokjemi, Radiumhospitalet.

Referanser:

1. Bast RC Jr et al. Reactivity of a monoclonal antibody with human ovarian carcinoma. *J Clin Invest.* 1981;68(5):1331-7.
2. Jacobs I, Bast RC Jr. The CA 125 tumour-associated antigen: a review of the literature. *Hum Reprod.* 1989 Jan;4(1):1-12.
3. Bast RC Jr et al. New tumor markers: CA125 and beyond. *Int J Gynecol Cancer.* 2005;15 Suppl 3:274-81.
4. Harter P et al. Impact of a structured quality management program on surgical outcome in primary advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2011;121(3):615-9.
5. Ono K et al. Identification by cDNA microarray of genes involved in ovarian carcinogenesis. *Cancer Res.* 2000;60(18):5007-11.
6. Huhtinen K et al. Serum HE4 concentration differentiates malignant ovarian tumours from ovarian endometriotic cysts. *Br J Cancer.* 2009;100(8):1315-9.
7. Moore RG et al. Comparison of a novel multiple marker assay vs the Risk of Malignancy Index for the prediction of epithelial ovarian cancer in patients with a pelvic mass. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(3):228.e1-6.
8. Bolstad N et al. Human epididymis protein 4 reference limits and natural variation in a Nordic reference population. *Tumour Biol.* 2012;33(1):141-8.
9. Moore RG et al. Serum HE4 levels are less frequently elevated than CA125 in women with benign gynecologic disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(4):351.e1-8.

- Katariina Laine
- Kvinne- og barnekliviken, Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- Universitetet i Oslo
- kattiksen@yahoo.no

Redusert forekomst av sfinkterskader ved fødsel – en norsk suksesshistorie

Suksesshistorien begynner i 2004 . Det var dette året Helsetilsynet kritiserte oss fødselshjelpere gjennom å påpeke at det i Norge forekom for mange skader av endetarmens lukkemuskel under forløsning. Mer enn 4% av kvinner som fødte vaginalt i pådro seg en sfinkterskade, og ved noen sykehus var forekomsten over 7%. Helsetilsynet viste til statistikken i nabolandet Finland, hvor forekomsten av sfinkterskader var mye lavere, 1%. Nesten alle fødeinstitusjoner i Norge mottok denne kritikken, og samme kraftig økende trend ble sett i Danmark og Sverige (Figur 1).



Katariina Laine.

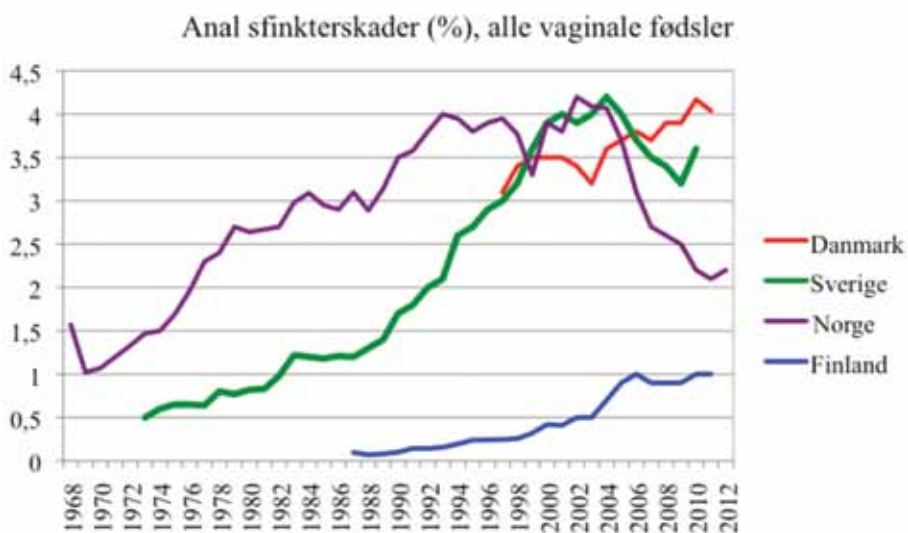
Hvorfor er det så viktig å unngå sfinkterskader under fødselen? Obstetrisk analsfinkterskade er den viktigste årsaken til analinkontinens hos kvinner (1).

Tross korrekt diagnostisering og adekvat suturering umiddelbart etter fødsel, er prevalensen av anal inkontinens høy (38-59%) hos kvinner med sfinkterskade (1,2). I tillegg er mange av disse kvinnene plaget med smerte, ubehag og redusert seksualfunksjon.

Frem til år 2004 hadde forekomsten av sfinkterskader vært jevnt økende i hele landet (Figur 1). Årsaker til denne økningen kan bare spekuleres. Som en mulig forklaring

er det foreslått forbedret registrering og diagnostisering gjennom årene. Det har også blitt hevdet at sfinkterskadene ble ikke diagnostisert fordi man ikke hadde kompetanse å diagnostisere dem. Det er

vanskelig å tro at våre eldre kollegaer som forløste på norske fødeavdelinger på 60- og 70-tallet ikke kunne bekkenbunnsanatomie og dermed overså et stort antall sfinkterskader. Mange av disse kollegaer hadde dessuten



Figur 1. Forekomsten av anal sfinkterskader ved vaginal fødsel i fire Nordiske land.

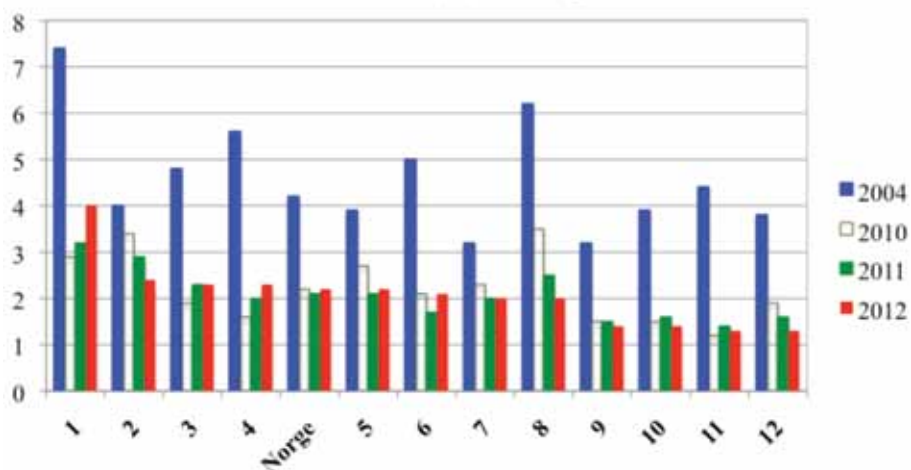
fått utdannelsen sin i disiplinerte Tyskland og denne delen av anatomiboken var sikkert lest like nøye som de andre kapitlene. Hvis det var slik at over halvparten av sfinkterskadene ble oversett, og disse kvinnene ble sendt hjem fra barsel med en skadet lukkemuskel, ville vi ikke da opplevd en voldsom økning i anal inkontinens blant norske mødre?

Det skjedde mange forandringer i fødselshjelpen på 80-tallet og 90-tallet, samtidig som antall registrerte sfinkterskader i fødselregisteret var kraftig økende fra år til år. Alternative fødestillinger ble tatt i bruk, kvinnen kunne føde i en stilling hvor fødselshjelperen ikke hadde oversikt over perineum, og heller ikke nådde perineum med hendene sine: stående, sittende på krakk, sittende i badekaret. Behovet for perineumstøtte ble kanskje glemt eller undervurdert. Bruk av episiotomi ble kraftig redusert fordi man tolket forskningen slik at episiotomi kun hadde skadelige effekter for kvinnen. Det ble hevdet at en "naturlig rift" var mindre smertefull, og leget mye bedre. Mange fødselshjelpere sluttet helt å bruke episiotomi.

Heldigvis har vi lang tradisjon med nøyaktig statistikkføring i obstetrikken, den økende forekomsten av sfinkterskader ble lagt merke til og diskutert blant gynekologene allerede på 90-tallet i Norge. Det var mange som observerte at perineumstøtte ikke ble brukt som før, og man stilte spørsmål om dette kunne være årsaken til økende sfinkterskadefrekvens? Som arbeidsinnvandrer fra et østlig naboland var det ikke vanskelig å se forskjell i forløsningspraksis mellom skandinaver og finner. Ut fra observasjonene mine trakk jeg konklusjon: hands-off forløsning må være galt.

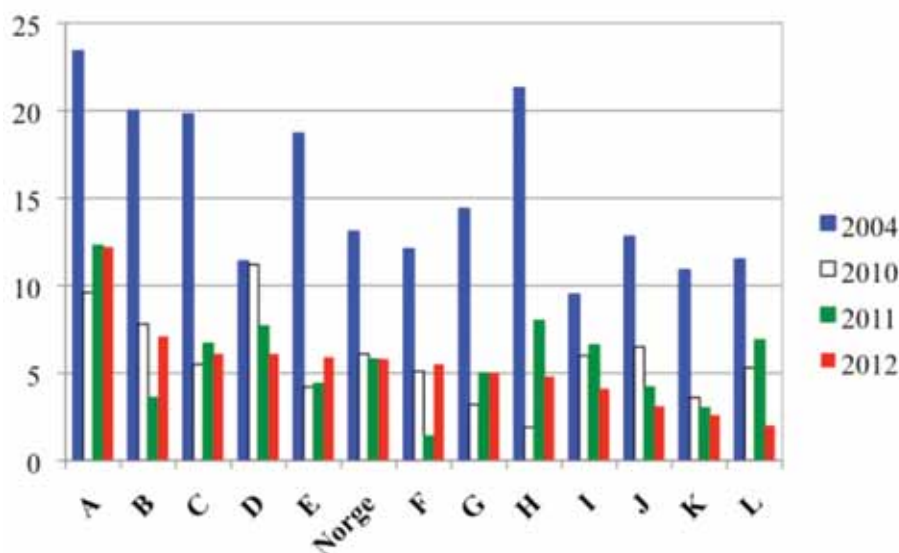
Når nabolandet klarte å holde forekomsten ned i 1%, så måtte det være mulig å redusere forekomsten i Norge og. Det var ikke alle som likte å bli sammenliknet med østlige naboer, kanskje de jukset med tallene i øst? Heldigvis valgte Helsetilsynet og Helsedirektoratet å tro på de finske resultatene; etter tilsynet i 2004 kom meldingen: antall og andel av sfinkterskader bør reduseres i Norge.

Anal sfinkterskader (%), alle vaginale fødsler



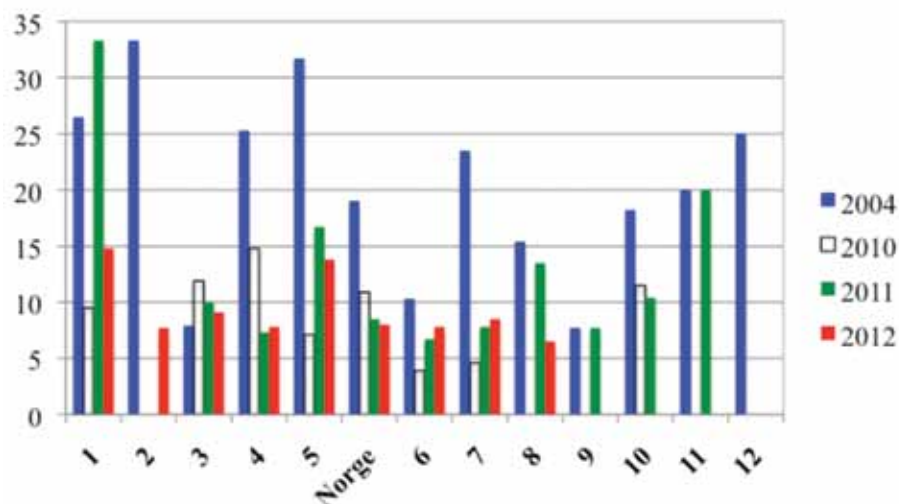
Figur 2. Forekomsten av anal sfinkterskader ved vaginal fødsel i Norge og i et utvalg av fødeavdelinger med lavest og høyest forekomst, i årene 2004 og 2010-2012.

Anal sfinkterskader (%), ved vakuumforløsning



Figur 3. Forekomsten av anal sfinkterskader ved vakuum forløsning i Norge og i et utvalg av fødeavdelinger (med lavest og høyest forekomst), i årene 2004 og 2010-2012.

Anal sfinkterskader (%), ved tangforløsning



Figur 4. Forekomst av analsfinkterskader ved tangforløsning i Norge og i et utvalg av fødeavdelinger (med lavest og høyest forekomst), i årene 2004 og 2010-2012.



Nasjonal handlingsplan ble publisert i 2006, med et mål om halvering av sfinkterskader i løpet av to år, fra 4,1% til 2% (3). Det ble anbefalt "fokusering på støtteteknikker både ved spontane og operative forløsninger". Kurs og undervisning mht diagnostikk og primærreparasjon samt pusteøvelser til fødende var også anbefalt.

Sykehuset Østfold, Fredrikstad var pilotsykehuset som startet med "rupturprosjekt" i 2005. Jordmødrene og legene ble lært opp å bruke hands-on forløsningsteknikk (med to hender) ved alle fødsler, samtidig som den fødende ble instruert om å ikke trykke, men bare pese-puste når barnets hode kronet og ble forløst. En finsk jordmor ble ansatt på fødeavdelingen for å lære opp 8 "ekspertjordmødre" som igjen lærte opp resten av jordmødrene. Legene gjennomgikk samme hands-on veiledning, både hos jordmor og hos seksjonsoverlegen med finsk bakgrunn. Opplæringen foregikk med detaljert hands-on veiledning, først på bekkenmodell og deretter ved fødsel. Resultatene kom umiddelbart, sfinkterskadeforekomsten falt fra 4 % til ca 1% fra første måned ved prosjektstart. Motivasjonen blant de ansatte var høy, opplæringen var detaljert og dekket alle ansatte, uavhengig av ansiennitet, yrkesgruppe og posisjon. De gode resultatene i Fredrikstad har vedvart i over 7 år nå, perineumstøtte har blitt en

rutine under fødselen.

Etter Fredrikstad startet Tromsø, Lillehammer, Ålesund og Stavanger med samme opplegg, og fikk kraftig reduksjon i forekomst av sfinkterskader. Nå har også fødeavdelingen på OUS, Ullevål gjennomført en tilsvarende opplæringsprosess, og har redusert sfinkterskadefrekvensen til 1,3%. Disse 6 sykehusene har publisert sine resultater i peer-reviewede tidsskrifter (4-6). Randomiserte kontrollerte studier (RCT) viser ingen forebyggende effekt av perineumstøtte. De få RCT:ne som er publisert er enten ikke designet til å forske på sfinkterskader, men for eksempel på smerteopplevelse etter fødsel eller perineumskader generelt, inkludert grad 1 og 2 perinealskader. Eller studiene har for lavt antall inkluderte deltagere, og er dermed ikke egnet ("under powered") til å forske på sfinkterskader. For å studere en hendelse med lav insidens på noen få (3-5) prosent, kreves det mye høyere antall deltagere enn for eksempel perineumskader generelt (alle grad fra 1 til 4) med forekomst på 60-80%. Dermed må vi trekke konklusjonene og stole på observasjonsstudier og registerstudier.

Rollen av episiotomi er komplisert. Vi er enige om at rutinemessig episiotomi til alle fødende er ikke anbefalt, man skal kun utføre episiotomi på indikasjon. Imidlertid er det ikke lett å vise noe enkel definisjon

eller liste for en slik indikasjon. Spontane og instrumentelle fødsler bør studeres separat når man vil undersøke effekten av episiotomi. Førstegangsfødende og flergangsfødende bør også skilles i en slik vurdering. Store observasjonsstudier viser at selektiv bruk av mediolateral eller lateral episiotomi beskytter mot anal sfinkterskade, effekten er størst for førstegangsfødende med stort barn og ved instrumentell forløsning (7,8). Ved instrumentell forløsning bør man sannsynligvis klippe mye oftere enn ved spontan fødsel. Når episiotomibruken reduseres kraftig, og vi kun klipper kvinner med høy risiko, kan man få statistisk motsatt effekt, pga "confounding by indication". Derfor bør man være forsiktig når man sammenlikner rupturrisikoen blant kvinner med og uten episiotomi, i utgangspunktet representerer de helt ulike risikoprofiler.

Alle fødeinstitusjonene har fått redusert forekomst av sfinkterskader i Norge de siste årene, men det er fremdeles store forskjeller mellom avdelingene, tredoblet forekomst på noen avdelinger sammenliknet med de som har lavest forekomst. Man kan bare spekulere på årsakene til dette, materielle eller føtale risikofaktorer kan ikke forklare disse forskjellene. Igjen, det er vanskelig å tro at forskjellene skyldes ubevisst eller bevisst og systematisk under-rapportering, dvs dårligere anatomikunnskaper eller svært dårlig arbeidsmoral blant stort antall leger og jordmødre i Norge. Det er også tredoblet forskjell i forekomsten av sfinkterskade ved instrumentelle fødsler mellom fødeinstitusjonene i Norge, noe gynekologene bør ta alvorlig (Figur 2, 3, 4). Detaljert informasjon ligger på Medisinsk fødselsregister, åpent for alle å studere (9). Uten å vise til noe saklig eller faglig grunn har Medisinsk fødselsregister valgt å tolke disse forskjellene dithen at det praktiseres ulike registreringsrutiner og at det også finnes forskjeller i kunnskap om diagnostisering mellom landets fødeavdelinger. Grunn til en slik tolkning ble etterlyst for to år siden, men MFR har ikke svart.

I 2012 kan vi se i statistikken fra fødselsregister at alle fødeinstitusjonene i Norge har redusert forekomsten av sfinkterskader, og nasjonalt er forekomsten

nå 2.2% (9,10). Det tok mer enn to år å halvere forekomsten, men nå har vi gjort det (Figur 1). Over 5000 kvinner har unngått anal sfinkterskade i Norge siste årene pga at vi har klart å redusere forekomsten.

Disse fantastiske resultatene har fått mye oppmerksomhet utenfor Norges grenser og blir sett som en kjempesuksess av målbevisst arbeid for å redusere komplikasjoner under fødsel. I workshopene med praktiske øvelser på perineumstøtte har jeg hatt verdens fremste forskere på inkontinens og sfinkterskader på kne foran bekken-modellen, alle vil lære seg å støtte perineum bedre. Gratulasjoner og invitasjoner strømmer inn fra nesten alle kontinenter: "It is obvious that you are sitting with a treasure in Norway" er en av mange hyggelige kommentarer jeg har fått oppleve.

Om vi vil, kan vi bli enda bedre – det er fullt mulig for alle norske fødeavdelinger å oppnå et såpass lavt nivå av sfinkterskader som 1-1,5%. Dvs vi kan halvere forekomsten enda en gang. Gratulerer og takk til alle norske kollegaer og jordmødre som har vart med på dette, vi er verdens beste på å redusere forekomsten av sfinkterskader.

Referanser

1. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke C, Frasunek J, Myklebust I, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian county. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(10):989-994.
2. Laine K, Skjeldestad FE, Sanda B, Horne H, Spydslaug A, Staff AC. Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90(4):319-324.
3. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge. Nasjonal handlingsplan. 2006. (<http://www.helsedirektoratet.no>).
4. Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol* 2008;111(5):1053-1057.
5. Hals E, Øian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol* 2010;116(4):901-908.
6. Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L, Staff AC. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open* 2012;2(5):10.1136/bmjopen-2012-001649. Print 2012.
7. Baghestan E, Irgens LM, Bordahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. *Obstet Gynecol* 2010;116(1):25-34.
8. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. High episiotomy rate protects from obstetric anal sphincter ruptures: a birth register-study on delivery intervention policies in Finland. *Scand J Public Health* 2011;39(5):457-463.
9. Medisinsk fødselsregister M. The Medical Birth Registry, Norwegian Institute of Public Health. Available at: www.mfr.no.
10. Laine K, Rotvold W, Staff AC. Are obstetric anal sphincter ruptures preventable? - Large and consistent rupture rate variations between the Nordic countries and between delivery units in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013;92(1):94-100.



AmniSure®

Hurtig, pålitelig, ikke-invasiv test for ruptur i fosterhinne (ROM)

- ✓ 99% SENSITIVITET, 100% SPESIFISITET
- ✓ ENKEL DIP-STICK TEST
- ✓ PÅLITELIG RESULTAT I LØPET AV MINUTTER
- ✓ ANBEFALT AV EAPM (European Association of Perinatal Medicine)
- ✓ BRUKES AV LEGE, JORDMOR, SYKEPLEIER
- ✓ BRUKER PAMG-1 SOM MARKØR FOR RUPTUR

Navamedic ASA
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: info@navamedic.com
www.navamedic.com

 Navamedic



- Stig Norderval
- Gastrokirurgisk avdeling og Kompetansesenter for inkontinens og bekkenbunnsykdom, UNN
- Stig.Norderval@unn.no
- Artikkelen er tidligere publisert i Kirurgen 4/10

Kirurgisk behandling av analinkontinens hos voksne

De fleste pasienter med analinkontinens behandles adekvat med konservative metoder. Kirurgisk behandling kan være indisert hos pasienter med avføringslekkasje eller betydelig urgency kombinert med gassinkontinens. Noen pasienter kan oppnå tilstrekkelig symptomlindring av anale injeksjoner. Utprøving med sacralnervestimulering bør være førstevalg ved behov for mer invasiv kirurgi. Ved større sfinkterskader er det fortsatt indikasjon for sfinkterplastikk. Kunstig sfinkter bør reserveres til spesielt motiverte pasienter med betydelig lekkasje der stomi er eneste alternativ. Appendicostomi kan være en god behandling alene, eventuelt også som supplement for å optimalisere resultat etter annen behandling.

Bakgrunn

Ufrivillig avføringslekkasje forekommer hos 2-5% av den voksne befolkning. Prevalensen øker med økende alder, og på sykehjem har ca. 30% lekkasjeplager. Tilstanden fører til betydelig reduksjon av livskvalitet, og ofte til sosial isolasjon.

Årsaker

Det er mange årsaker til analinkontinens, og tilstanden er ofte forårsaket av flere faktorer. Den største enkeltfaktoren er skade på analsfinkter under vaginal forløsning. Selv om skaden oppdages og repareres umiddelbart, vil 30-50% få vedvarende lekkasjesymptomer i større eller mindre grad. Dette forklarer hvorfor analinkontinens er 10-20 ganger hyppigere hos kvinner enn menn.

Flere fødeavdelinger i landet har deltatt i et prosjekt for å redusere insidensen av

obstetriske sfinkterskader, og arbeidet synes å lykkes (1). Dette sammen med mer nøyaktig rekonstruksjon av analsfinkter i forbindelse med primærsutur (2) vil forhåpentligvis redusere insidensen av analinkontinens i tiden fremover.

Andre årsaker til inkontinens kan være annen sfinkterskade (etter perianal abscess

eller hemoroidekirurgi), rektumkirurgi (f.eks. lav fremre eller reservoarkirurgi ved ulcerøs colitt), tilstander som reduserer rektal compliance (f. eks. rectal Crohn), løs konsistens på avføringen, nevrogen (f. eks. MS eller skiveprolaps), perifer nerveskade (f. eks. etter fødsel) eller prosesser som forstyrrer analsfinkter (f. eks. rektalprolaps).

Utredning

Utredningen tar sikte på å avdekke årsaken(-e) til inkontinensplagene, og en grundig anamnese er essensiell. Graden av lekkasje klassifiseres i henhold til validert symptomscore, og pasienten gjennomgår klinisk undersøkelse av bekkenbunn, rektaleksplorasjon, anorektoskopi og anal ultralyd. Elektrofysiologiske undersøkelser, manometri eller defekografi gjøres ved behov. Dersom utredning viser at det foreligger et ytre rektalprolaps eller et indre prolaps med førende tupp i analkanalen,



Figur 1. Skjematisk tegning av kanylering av sacral foramen for stimulering av vestre S3-nerverot. Midlertidig elektrode for testing (PNE-test) føres inn gjennom kanylen med elektrode-enden beliggende an mot nerveroten.

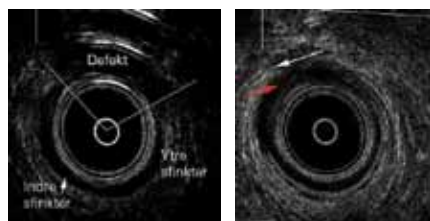
må dette korrigeres operativt før videre vurdering kan gjøres. For en mer fullstendig presentasjon av årsaker og utredning henvises til oversiktsartikkel i Tidsskrift for den Norske Lægeforening (3).

Konservativ behandling

Langt de fleste med analinkontinens behandles adekvat konservativt med bekkenbunnsøvelser, kostregulering, avføringsmodulerende midler eller analplugg. Det er ikke vist at effekten av bekkenbunnsøvelser bedres ved bruk av biofeedback-apparat, men noen pasienter synes å ha god hjelp av dette. En helt ny, ikke-invasiv behandlingsmetode er transkutan stimulering av nervus tibialis, hvor det er rapportert vedvarende effekt hos 45% av pasientene ett år etter avsluttet behandling (4).

Kirurgisk behandling

For pasienter som ikke oppnår tilfredsstillende resultat av konservative tiltak, kan kirurgisk behandling være aktuelt. Indikasjonen bør være avføringsinkontinens eller gassinkontinens kombinert med "urgency" (manglende evne til å utsette defekasjon ved trang), siden tilgjengelige metoder har begrenset eller ingen effekt på gassinkontinens.



Figur 2 A og B: Anal ultralydbilde av en 21 år gammel kvinne med betydelig inkontinens etter fødsel med sfinkterskade. A: En ca 100 graders defekt fortil i både ytre og indre sfinkter.

Kirurgiske behandlingalternativ ved avføringsinkontinens:

1. Anale injeksjoner
2. Sacralnerve-stimulering
3. Sfinkterplastikk
4. Antegrad colon-irrigasjon
5. Gracilisplastikk
6. Kunstig analsfinkter
7. Colostomi (omtales ikke i denne artikkelen)

Vi vet lite om resultatene etter behandling

av anal inkontinens i Norge, og det arbeides nå med å opprette et nasjonalt register for å få bedre kunnskap om omfang og resultat av kirurgisk inkontinensbehandling.

1. Anale injeksjoner

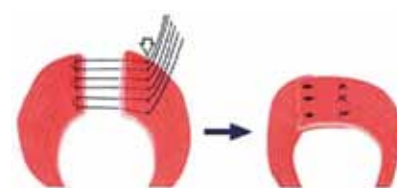
Metoden går ut på å injisere en romopppyllende substans i submucosa eller intersfinkterisk. Ulike materialer har vært benyttet, blant annet silikon og hyaluronsyre/dextrosepolymer. Behandlingen er enkel, og gjøres ambulant uten anestesi. Lette komplikasjoner som smerte og lekkasje av injisert substans forekommer, og perianal abscess og rectovaginal fistel er rapportert. Det knyttet seg initialt betydelig optimisme til behandlingsformen, men en fersk Cochrane-rapport konkluderer med at behandlingseffekten er usikker (5). Våre foreløpige resultater viser imidlertid at noen pasienter kan ha god effekt av injeksjonsbehandling (Trond Dehli, personlig meddelelse), og vi avventer nå resultatene fra vår randomiserte studie om injeksjonsbehandling versus biofeedback-behandling.

2. Sacralnerve-stimulering

Den første rapporten om sacralnerve-stimulering (SNS) som behandling ved analinkontinens kom for 15 år siden. Metoden innebærer at en sacralnerverot, oftest S3, stimuleres med svak, pulset strøm via en elektrode tilkoblet en pacemaker. Elektroden anlegges ved percutan teknikk (Figur 1). Først gjennomføres en testperiode (PNE-test) over 2 uker med en extern pacemaker. Ved mer enn 50% symptombedring (positiv test) foreligger indikasjon for implantasjon av permanent pacemaker. Positiv test oppnås hos 70-90% av pasientene, og oppfølgingsstudier viser at 80% har god effekt etter 5 år. Studier viser at SNS kan ha god effekt selv ved sfinkterskader på opp til 120 grader (6). Siden metoden er lite invasiv, er det økende aksept for å forsøke SNS fremfor sfinkterrekonstruksjon ved mindre og moderate sfinkterskader.

Batterilevetiden er 5-10 år for den største pacemakere og 3-5 år for den minste. Når batteriet er utbrukt må pacemakere fjernes og ny implanteres. De fleste av

pasientene vil ha behov for oppfølging med justering av pacemakerstillingene. Reoperasjon med bytte av elektroder pga. funksjonstap, eller flytting av pacemaker pga. smerte eller ubehag må påregnes hos ca. 30%. Infeksjon rundt implantatet oppstår hos 4-10%, og fører ofte til at utstyret må eksplanteres. Andre komplikasjoner er smerte eller ubehag rundt pacemakere, elektroden, eller utstrålende smerte til ytre genitalia, lyske eller lår. Dette kan oftest bedres ved justering av stimuleringen, men mellom 10 og 20% av pasientene får likevel utstyret eksplantert pga. tap av effekt eller ubehag som nevnt over (7). Alle landets helseregioner tilbyr i dag behandling med SNS for analinkontinens.



Figur 3. Skjematisk illustrasjon av overlappende plastikk av ytre sfinkter.

3. Sfinkterplastikk

Rekonstruksjon av analsfinkter har over mange tiår vært standardbehandlingen ved inkontinens hvor antatt årsak har vært en skadet sfinkter. Før anal ultralyd var tilgjengelig, var diagnosen basert på anamnese og klinisk undersøkelse, som medførte at en del pasienter uten sfinkterskade fikk utført sfinkterplastikk. Med anal ultralyd kan sfinkterskader diagnostiseres nøyaktig (Figur 2A), og ved bruk av 3D ultralyd får kirurgen et presist bilde av omfanget av skaden. Ved sfinkterplastikk rekonstrueres eventuell defekt i indre sfinkter med adapterende sutur, og defekten i ytre sfinkter oftest med overlappende sutur (Figur 2B og 3). Godt korttidsresultat oppnås hos ca 80% av pasientene⁸, uendret resultat hos ca 15%, mens mindre enn 5% opplever dårligere funksjon etter rekonstruksjon. Effekten av sfinkterplastikk synes å avta med tiden. Selv om en større studie viser god langtidseffekt (8), viser flere studier at bare 50% av de som ble kontinent for avføring etter sfinkterplastikk fortsatt er kontinent etter 7-10 år (9). Best resultat oppnås ved plastikk på bakgrunn av tidligere fødselsskader (8,9) og når pasienten er

under 40 år på operasjonstidspunktet⁹. Vanlige komplikasjoner er sårinfeksjon og dehisens, som oftest behandles konservativt uten at plastikken ødelegges. Større abscesser kan imidlertid føre til behov for reoperasjoner og anleggelse av avlastende stomi. Indikasjonen for sfinkterplastikk har blitt endret de senere år, siden pasienter med små og moderate sfinkterskader nå oftere tilbys behandling med SNS.

4. Antegrad colon-irrigasjon

Anleggelse av appendicostomi muliggjør antegrad irrigasjon av colon, og kan benyttes hos pasienter med inkontinens, eventuelt kombinert med forstoppelse eller annen tømningforstyrrelse (10). Metoden har først og fremst vært benyttet hos barn med utviklingsanomalier eller neurologisk sykdom. Stomien anlegges som en mucocutan fistel i hudnivå, med ytre diameter på 5-10 mm. Det kirurgiske inngrepet er beskjedent både som åpen og laparoskopisk prosedyre. Åpningen kan utenom skyllingene dekkes med et lite plaster, selv om noen vil oppleve periodevis refluks av tarminnhold. Frekvensen av irrigasjon vil variere noe fra pasient til pasient, men 3 - 7 ganger i uken er vanlig for å unngå inkontinenssymptomer. Gjennomsnittlig benyttes ca 1.5 liter ved hver skylling hos voksne, og prosedyren tar ca. 40 min. Den vanligste komplikasjonen er fibrose eller striktur av åpningen. Dette kan av og til korrigeres med blokkering eller revisjon, men fører ofte til at appendix må fjernes. Ny kontinent fistel kan eventuelt etableres direkte til colon (11) eller ved å benytte terminale ileum. Det finnes også på markedet plastkatetere som kan anlegges som cutanocolisk fistel. Erfaringene med dette utstyret er begrenset.

5. Gracilisplastikk

Konstruksjon av neo-sfinkter ved bruk av musculus gracilis har vært en etablert metode hos motiverte pasienter. Muskelen løsnes fra sitt feste mediallyt ved kneet, friprepareres og tunneleres i en slynge rundt anus. Best resultat oppnås ved samtidig å implantere en nervestimulator som kobles til gracilis-nerven. Ved gradvis

økning av strømfrekvensen omdannes muskelfibrene fra type 2 fibre (trettbar muskel) til type 1-fibre (ikke-trettbar muskel). Denne omdannelsen muliggjør vedvarende kontraksjon av gracilismuskelen. Stimulatoren må slås av når pasienten skal ha avføring. Prosedyren er beheftet med betydelig komplikasjonsrisiko både på kort og lang sikt, og mindre enn 60% av pasientene oppnår et tilfredsstillende resultat (12). Mange utvikler obstipasjon i senforløpet. Etter innføringen av SNS har antall pasienter som får utført gracilisplastikk blitt kraftig redusert internasjonalt, og i Norge har inngrepet ikke blitt utført de siste 15 årene. Indikasjon kan imidlertid foreligge hos pasient med inkontinens, stor sfinkterdefekt



Figur 4: System for kunstig sfinkter (Soft Anal Band®)

og rectovaginal fistel hvor andre metoder for fistellukking ikke har ført frem.

6. Kunstig analsfinkter

Kunstig analsfinkter har vært på markedet i over 20 år. Et system for kunstig analsfinkter består av en sfinktermuffe som legges sirkulært rundt anus. Muffen er koblet til en vannfylt ballong via en ventil. Når vann pumpes inn i muffen vil denne ekspandere, med avklemming av analkanalen som følge. Når pasienten skal ha avføring må sfinktermuffen tømmes for vann. Kunstig analsfinkter er assosiert med en betydelig komplikasjonsrate, og infeksjon og erosjon er de mest alvorlige. Mange pasienter med kunstig sfinkter utvikler obstipasjon eller tømning vansker. Over 30% av pasientene ender med å få utstyret eksplantert pga. komplikasjoner (12). En ny type kunstig

sfinkter (Figur 4) har blitt introdusert de senere årene, og så langt synes resultatene lovende selv om pasientmaterialet er lite (13). I Norge utføres implantasjon av kunstig analsfinkter ved UNN-Tromsø. På grunn av komplikasjonsrisikoen bør behandling med kunstig sfinkter kun tilbys spesielt motiverte pasienter med alvorlig inkontinens, og hvor stomi er det eneste alternativet.

Referanser

1. Hals E, Oian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen E, Severinsen A, Solsletten C, Hartgill T, Pirhonen J. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 901-8.
2. Norderval S, Oian P, Revhaug A, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: outcome of anatomic primary repairs. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1055-61.
3. Dehli T, Norderval S, Lindsetmo RO, Vonen B. Assessment of anal incontinence in adults. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008; 128: 1670-2.
4. Vitton V, Damon H, Roman S, Mion F. Transcutaneous electrical posterior tibial nerve stimulation for faecal incontinence: effects on symptoms and quality of life. *Int J Colorectal Dis* 2010; 25: 1017-20.
5. Maeda Y, Laurberg S, Norton C. Perianal injectable bulking agents as treatment for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 5: CD007959.
6. Melenhorst J, Koch SM, Uludag O, van Gemert WG, Baeten CG. Is a morphologically intact anal sphincter necessary for success with sacral nerve modulation in patients with faecal incontinence? *Colorectal Dis* 2008; 10: 257-62.
7. Melenhorst J, Koch SM, Uludag O, van Gemert WG, Baeten CG. Sacral neuromodulation in patients with faecal incontinence: results of the first 100 permanent implantations. *Colorectal Dis* 2007; 9: 725-30.
8. Maslekar S, Gardiner AB, Duthie GS. Anterior anal sphincter repair for fecal incontinence: Good longterm results are possible. *J Am Coll Surg* 2007; 204: 40-6.
9. Mevik K, Norderval S, Kileng H, Johansen M, Vonen B. Long-term results after anterior sphincteroplasty for anal incontinence. *Scand J Surg* 2009; 98: 234-8.
10. Worsoe J, Christensen P, Krogh K, Buntzen S, Laurberg S. Long-term results of antegrade colonic enema in adult patients: assessment of functional results. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 1523-8.
11. Bowkett BD, Kelly EW. Mucosal colonic tube fistula with antireflux wrap for antegrade colonic enema. *Pediatr Surg Int* 2009; 25: 507-11.
12. Tan JJ, Chan M, Tjandra JJ. Evolving therapy for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1950-67.
13. Baumgartner, U. The implantation of the A.M.I. Soft anal Band significantly improves fecal incontinence and quality of life. Abstract, International Pelviperineology Conference, 11th aavis annual scientific meeting, 2009.

Robotassistert laparoskopisk kirurgi

Det kosmetiske resultatet etter operasjon er et viktig moment ved all minimal invasiv kirurgi. Det betyr mye for pasientene at de slipper store og skjemmende arr. Også kortere rekonvalesens, mindre blodtap, betydelig mindre smerter og kortere sykmeldinger betyr mye både for den enkelte pasient og i et større samfunnsøkonomisk perspektiv.

For oss leger har Da Vinci roboten i tillegg noen store fordeler fremfor tradisjonell kikkhulskirurgi. Den største er at kameraarmen på Da Vinci roboten har to "øyne". Man sitter nærmest inne i roboten og ser bildet krystallklart og tredimensjonalt. Det gir en helt annen orienteringsevne og presisjon enn når vi ser på en todimensjonal skjerm ved vanlig kikkhulskirurgi. Operasjonsarmene til Da Vinci roboten styres også med kirurgens riktige hånd, venstre hånd styrer venstre arm og høyre hånden den høyre armen. Fra tradisjonell kikkhulskirurgi har legene måttet lære seg å tolke bildene på skjerm omvendt og huske på at venstre arm styrer høyre side.

Den første laparoskopisk assisterte vaginal hysterektomi ble publisert ved H.Reich I 1989. (1) Siden har laparoskopi erobret en stor plass innenfor det kirurgiske faget inkludert både generell gynekologi og gynekologisk onkologi. Ved laparoskopi opererer man med instrumenter som føres inn gjennom små snitt i bukveggen i stedet for operere gjennom et større snitt ved åpen kirurgi. (Fig 1a- Fig 1b) Sammenliknet med åpen kirurgi innebærer laparoskopisk

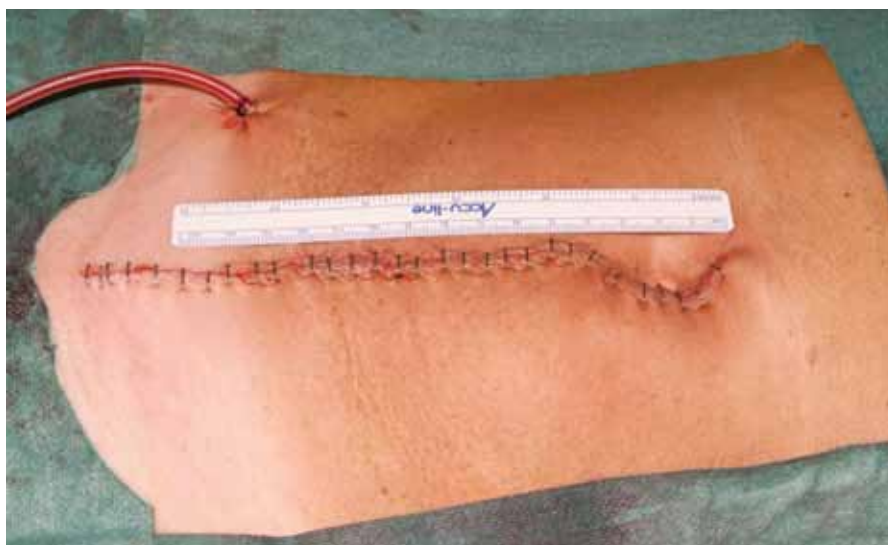


Fig 1a- Fig 1b: Etter Wertheim operasjon sammenliknet snitt forskjell mellom åpen og robot kirurgi.



Fig 1b : Robot-assistert Wertheim fem små trokarsnitt

utførte inngrep mindre blodtap, mindre smerter, kortere rekonvalesens og bedre kosmetisk resultat i erfarne hender. I følge en norske studie er andelen operasjoner utført med laparotomi redusert gradvis for både ovariecyster og hysterektomi (p.g.a. blødningsforstyrrelser og/ eller muskelknuter). I 2003 ble 50% av kvinnene med ovarie cyster behandlet med laparotomi og de tilsvarende tallene for 2006 var 41 %. Ved hysterektomi (på grunn av blødningsforstyrrelse og/ eller muskelknuter) falt andel laparotomi fra 75% i 2003 til 62 % i 2006. (2) Laparotomi velges fortsatt som operasjonsmetode ved gynekologiske operasjoner av mange gynekologer. Det er flere grunner til at laparotomi ikke er første valg som behandlingsmetode og noen av disse grunner er følgende :Ved laparotomi brukes lange instrumenter gjennom et fast inngangspunkt, noe som fremhever små bevegelser og rystelse. Begrenset utvalg av bevegelse av instrumenter krever ergonomisk utfordrende stillinger for både operatører og assistenter. I tillegg fører lange prosedyrer, i ergonomiske utfordrende stillinger til tretthet.

Et ustabil kamera hemmer visualisering. Den to- dimensjonale optik forårsaker tap av dybdesyn. Tradisjonel laparoskopisk kirurgi har en lang læringskurve.

Robot assistert laparoskopisk kirurgi gjør unna med flere av ulempene ved laparoskopisk kirurgi som nevnt overfor. Da Vinci Robotik kirurgisk system (Intuitive



Fig 2: Ny Da Vinci SI system med 4 armer.

Surgical, Sunnyvale, CA, USA) ble godkjent av amerikanske FDA for bruk i gynekologi i april 2005. Det består av tre komponenter: kirurgens konsoll som kontrollerer bevegelse av robotarmer, stabelen, og pasienten side-cart, som i det nyeste modellen har fire armer. (Fig 2) Etter port plasseringen (Fig 3) og docking av pasienten side-cart (Fig 4), sitter kirurgen på konsollen og opererer. I magen settes inn 3-4 robotarmer, en kameraarm som styrer med fotpedal og 2-3 operasjonsarmer som styres med fire ulike fotpedaler og to joy-sticks. I tillegg sitter en lege og en sykepleier ved siden av pasienten og følger med pasienten , samtidig kan assistentlegen også bruke en eller to ekstra instrumenter etter behov.

På konsollen har kirurgen en kikkert, et tre- dimensjonalt bilde av bekkenet i High Definition (HD). Dette gir en oppfatning av dybde og kompenseres stor sett tap av taktil følelse.

Endowrist instrumentene er designet med syv grader av bevegelse og styrer kirurgens robot armer .Disse instrumentene med naturlig hånd og håndledd bevegelser etterligner bevegelsene utført i åpen kirurgi. Kirurgen I konsollen har også full kontroll på den monopolare og bipolare strømmen kynttet til endowrist instrumentene, via sine fotpedaler.

Det finnes noen ulemper med robot systemet og største ulempen er kostnaden. Dette inkluderer den opprinnelige prisen, kostnaden av instrumenter og kostnadene ved vedlikehold. Sette opp "docking" tar tid, men tiden dette tar blir mindre etter hvert som operatørene blir mer rutinerte. Ved robotkirurgi er det tap av taktil følelse og hvor mye kraft som skal brukes kommer med erfaring. Robotkirurgi har en læringskurve, men den er langt kortere enn ved laparoskopisk kirurgi, fordi man ved konsollen har så bra bevelighet med instrumentene. Operasjonsstue personell trenger å bli opplært i oppsett av systemet og rengjøring av instrumenter Derfor er et dedikert robot team en essensiell faktor for en vellykket robot program utvikling.

Da Vinci robot- systemet har blitt brukt til å utføre hysterektomier, myomektomier, tubal anastomose, sacro- colpopexy, avansert endometriose inkludert rektovaginal sykdom. I gynekologisk onkologi har roboten også blitt brukt til en rekke applikasjoner, ikke bare ved radikale hysterektomier hos pasienter med tidlig stadium livmorhalskreft, men også i bekkenet og paraaortal lymphadenektomi, omentektomi, appendektomi, trakelektomi, eggstokktransposisjon. I tillegg har det vært mye brukt I behandling av tidlig stadium endometriekreft og eggstokkreft med full staging

Siden Sert og Abeler rapporterte det første tilfellet av robotassistert laparoskopisk radikal hysterektomi og bilateral bekken lymfadenektomi i 2006 fra radiumhospitalet (3), har det blitt publisert en rekke artikler om robotassistert laparoskopisk radikal hysterektomi og bekken lymphadenektomi i verdens litteraturen. (4-7)

Robot aktivitet på gynekologisk kreft avdeling på Radiumhospitalet har blitt presentert i NGF års møte Frederikstad i 2009 og i Tromsø i 2012. (8,9)

Sert og Abeler har vist at robotassisterte prosedyrer er teknisk mulig og sikkert, i tillegg oppnås tilsvarende histopatologiske resultater, herunder antall lymfeknuter, parametrial vev og vaginal cuff størrelse. De fant også at robotassistert radikal hysterektomi er assosiert med redusert blodtap og kortere sykehusopphold sammenliknet med tradisjonell laparotomi. (10)

Robotkirurgi på radiumhospitalet startet i desember 2004 som fellesprosjekt mellom urologi og gyn avdeling. Hovedsaklig ble det utført prostatektomi og Wertheim operasjoner. De første Da Vinci kirurgisk platform er et standard system med 3 armer. Januar 2012 fikk radiumhospitalet ny robot Da Vinci SI system med alt utstyr inkludert dual konsoll (Fig 5), intraoperativ ultralyd, simulator, fluorescens og ligasure.



Fig 3: Portplassering i bukkveggen.



Fig 4: Side docking.



Fig 5: Dual konsoll.

Hvilke organer bruker vi Da Vinci roboten til per i dag?

Prostata, nyrer og binyrer, urinblære, lymfeknuter langs bekkenkar og aorta, omentum, appendix, eggstokk, livmor og livmorhalsen.

Utviklingen på området går raskt. Nesten ukjentlig publiseres det artikler om robotassisterte gynekologisk kirurgi som beskriver nye prosedyrer. Selv om de foreløpige publikasjoner viser lovende resultater mht. teknisk gjennomførbarhet, finnes det ikke nok data for å kunne konkludere med at metoden har signifikante fordeler for pasientene. Flere kliniske studier er nødvendig for både å utvikle og evaluere teknikken videre. Foreløpig bør metoden kun anvendes på pasienter innenfor godkjente, kliniske studier.

Litteratur

1. Reich H, Decaprio J, Mcglynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg.* 1989; 5: 213-7.
2. Goderstad JM, Lieng M, Busund B. Kirurgisk behandling av benigne gynekologiske lidelser. *Tidsskrift for DNL.* 2009; 15: 1460-3.
3. Sert BM, Abeler VM. Robotic- assisted laparoscopic radical hysterectomy (Piver type III) with pelvic node dissection- case report. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2006; 27: 571-3.
4. Magrina JF. Robotic surgery in gynecology. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2007; 27: 77-82.
5. Boggess JF. Robotic surgery in gynecologic oncology: evolution of a new surgical paradigm. *J Robotic Surg.* 2007; 1: 31-7.
6. Cho JE, Nezhat FR. Robotics and gynecologic oncology: review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009; 16: 669-81.
7. Sert B, Abeler V. Robotic radical hysterectomy in early stage cervical carcinoma patients, comparing results with total laparoscopic radical hysterectomy cases. *The Future is now? Int J Med Robot.* 2007; 3: 224-8.
8. Sert BM, Eraker R. Robot- assistert laparoskopisk kirurgi i gynekologisk onkologi; De første erfaringene fra Radiumhospitalet og 42 måneders oppfølging. (Abstrakt # 20) *Gynekologen.* 21-3-2009. Side 38.
9. Sert BM. Komplikasjoner av robotassistert laparoskopiske prosedyrer og erfaringen av første 100 pasienter. (Abstrakt # 27). *Gynekologen.* 24-3-2012. Side 42.
10. Sert BM, Abeler VM. Robot- assisted laparoscopic radical hysterectomy: comparison with total laparoscopic radical hysterectomy and abdominal radical hysterectomy; one surgeon's experience at the Norwegian Radium Hospital. *Gynecol Oncol.* 2011; 121(3): 600-4.

- Bjørn Busund
- Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus

Dagkirurgisk behandling

Dagkirurgisk behandling innebærer at pasienten reiser hjem samme dag som et kirurgisk inngrep er utført. Dagkirurgisk behandling krever optimalisert anestesi for å redusere postoperativ smerte og unngå postoperativ kvalme. Studier viser at de aller fleste pasientene ønsker å reise hjem på operasjonsdagen. Det er også godt dokumentert at pasienter er godt fornøyd etter dagkirurgisk behandling, også etter relativt omfattende kirurgi som for eksempel laparoskopisk hysterektomi. Dagkirurgisk behandling er god pasientbehandling og samtidig kostnads-besparende. Det er derfor ønskelig å øke bruken av dagkirurgisk behandling, både fra et helsepolitisk og fagmedisinsk ståsted.

Bruken av dagkirurgi er lav sammenliknet med våre naboland. Det er derfor et potensial for øket bruk av dagkirurgisk behandling i Norge. Mange mindre gynekologiske inngrep som revisio, abrasio, konisering og hysteroskopi utføres dagkirurgisk ved de fleste norske helseforetak. Bruken av dagkirurgi ved laparoskopiske inngrep varierer imidlertid en del ved de norske helseforetakene. Både laparoskopiske inngrep på adnex og uterus kan utføres dagkirurgisk. Langt de fleste inngrepene på adnex bør kunne gjøres laparoskopisk og som dagkirurgi. Tall fra Norsk pasientregister viser at 80 % av inngrepene ved de norske helseforetak med ovarialcyste som hoveddiagnose ble utført laparoskopisk i 2011, mens bare 30 % av disse inngrepene

ble utført dagkirurgisk. Kan noe av forklaringen på dette være finansieringen?

Pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten refunderes med 60 % rammefinansiering



Bjørn Busund.

og 40 % innsatsstyrt finansiering (ISF). Taksten i ISF refusjonen avgjøres av hvilken diagnoserelatert gruppe (DRG) den aktuelle behandlingen faller inn under. Alle inngrep med benign indikasjon på adnex og uterus falt frem til 2010 inn under en av to DRG-er avhengig av samtidig kompliserende faktorer som komorbiditet eller komplikasjoner (DRG 358 og 359: operasjon på uterus/adnex ved godartede sykdommer med eller uten komorbiditet eller komplikasjoner). Frem til 2010 var ISF-refusjonen lik uavhengig av om inngrepet ble utført dagkirurgisk eller med pasienten inneliggende i sykehuset. Fra 2010 ble det laget nye DRG-grupper for dagkirurgisk behandling, og taksten for dagkirurgi ble da redusert betydelig til ca 25 % av taksten for innlagt kirurgi. Bakgrunnen for dette er i følge HD at dagkirurgisk behandling har vært kunstig høyt refundert tidligere fordi dagkirurgisk behandling er kostnadsbesparende i forhold til å ha pasienten inneliggende i sykehus. Dette stemmer nok for små inngrep som abrasio, konisering o.l. For større inngrep, som laparoskopi, hvor mesteparten av kostnadene genereres på operasjonsstuen blir dette helt feil. Refusjonen for dagkirurgisk behandling er nå så lav at en rekke laparoskopiske inngrep neppe kan utføres dagkirurgisk uten «tap». Dette

medfører et negativt incitament for å øke andelen dagkirurgi.

Et eksempel: Fjernet man et ovarium dagkirurgisk i 2012 ble 40 % ISF refusjon av 0,343 DRG-poeng NOK 5.242. Dersom pasienten overnattet en natt ble refusjonen 1,246 DRG-poeng, altså NOK 19.043.

Kostnaden for en natt på sykehuset for en pasient som i det vesentligste skull kunne stelle seg selv ble altså beregnet til NOK 13.801.

Det kan innvendes at ISF systemet ikke er ment å bringes ned på den enkelte avdeling eller seksjon. Det hjelper lite når det i praksis er det som skjer. Samtidig er DRG'ene grupper av tilstander og gjennomsnittsbetraktninger gjør at urimeligheten i dette regnestykket i realiteten blir noe avdempet. Likevel; det å utvikle dagkirurgi til også og omfatte relativt avanserte inngrep er krevende. Når "belønningen" blir at avdelingen pådrar seg kostnadsoverskridelser er ikke til å overaskes over at andelen av dagkirurgi har vist en avtagende tendens etter innføring av egne dagkirurgiske DRG'er i 2010. Det er kan hende også årsaken til at vi ligger langt etter våre naboland i utvikling av dagkirurgisk praksis.

Three and four dimensional perineal ultrasound in the assessment of the pelvic floor muscle

Overlege og forsker Memona Majida har jobbet som gynekolog og urogynekolog på Ahus i mange år. Som urogynekolog har hun interessert seg for bekkenbunn dysfunksjon og har lært tre og fire dimensjonal perineal ultralyd teknikk fra Professor Dietz fra University of Sydney, Australia. Dr. Dietz er pioner, internasjonalt kjent og mest erfaren i dette feltet.

Disputas A-HUS 16. november 2012

Memona Majida har i sitt forskingsarbeidet funnet at tre og fire dimensjonal perineal ultralyd kan brukes til å diagnostisere svakheter i bekkenbunn som har betydning for utvikling av underlivsfremfall.

Sammendrag

Bekkenbunnen er et skjult område som blir utsatt for store påkjenninger under en fødsel som kan resultere i inkontinens og

fremfall. Disse forandringene kan man ikke se ved en vanlig underlivsundersøkelse. Tidligere studier med magnet resonans (MR) undersøkelse har vist at avrivning av muskelen fra bekkenbenet eller utvidet størrelsen av åpningen i muskelen der skjeden, urinrøre og endetarmen passerer, kan ha betydning for utvikling av fremfall.

Tre og fire dimensjonal ultralyd, som er lettere tilgjengelig for gynekologer og billigere undersøkelses metode enn MR, har tidligere blitt brukt innen foster og hjertemedisin. I avhandlingen "Three and four dimensional perineal ultrasound in the assessment of the pelvic floor muscle and pelvic organ descent" som utgår fra Universitet i Oslo og kvinneklinikken ved Akershus universitetssykehus, har Memona Majida systematisk studert om man, ved bruk av denne nye metoden, kan evaluere bekkenbunn på en sikrere måte. Man har funnet at metoden er sikker og bekreftet at det finnes en sammenheng mellom muskelavrivning, størrelse på åpningsmuskelen og grad av fremfall. Disse funnene styrker teorien at tre og fire dimensjonal ultralyd har et potensial til å hjelpe leger til å bedre kartlegge disse pasientens tilstand og dermed velge den behandlings metode som gir best resultater. Repeterbarhet og validering av ultralyd

teknikken står sentralt i avhandlingen. Repeterbarheten mellom to undersøkere ble testet og funnet til å være god for de fleste av målingene. Metoden er blitt sammenlignet med gull standarden MR og man fikk sammenlignbare resultater mellom de to metodene i hvile. Bruken av den nye metoden vil engasjere flere forskere videre. Denne metoden er tatt i bruk i en stor pågående studie hvor forandringer i bekkenbunn hos første gang gravide er undersøkt.

Bedømmelseskomité

1. Opponent: Førsteamanuensis Anneke B. Steensma, Erasmus Medical Center, Rotterdam, Nederland
2. Opponent: Seksjonssjef i gynekologi Gunilla Tegerstedt, Institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige
3. Medlem av bedømmelseskomiteen: Professor Babill Stray-Pedersen, Kvinne- og barneklinikken, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Disputasleder

Professor Anders Christofer Lundqvist, Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo



Foto: Øystein H. Horgmo, UiO



Hormonkombinasjonen i p-pillen

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100 µg/ETINYLØSTRADIOL 20 µg

gir **lavest** risiko for blodpropp*^{1, 2}

* i gruppen kombinasjonsp-piller

Legemiddelverket anbefaler at p-piller som inneholder levonorgestrel og østrogen (Loette® og Microgynon) bør være førstevalg.³

Les mer på www.pfizer.no/loette

Tryggere bruk av p-piller

Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon. Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig. Ref.: Statens legemiddelverk

- Ingrid Petrikke Olsen
- Avdelingsoverlege, Hammerfest sykehus

Vikaren

Ordet "vikar" er ofte et negativt ladet uttrykk. Jeg ønsker å nyansere denne holdningen med dette innlegget.

I den nye veilederen for kvalitet i svangerskaps- fødselsomsorgen er det et særskilt fokus på fødeavdelinger som bruker mye vikarer. Man etterstreber en stab av faste overleger. Dersom disse er fraværende pga kurs eller ferie og avspasering må nødvendigvis vikaren leies inn slik at tilbudet til pasientene kan ivaretas året rundt uten at de andre jobber seg i hjel.

Avdelinger på de små sykehusene har akkurat samme krav som de store avdelingene til oppdaterte prosedyrer, forutsigbar og planlagt drift, undervisning internt og ut mot kommuner, deltakelse i møter og utvalgsarbeid inne på sykehuset, tidsriktig operasjonsutstyr og et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert.

Hammerfest

Ved gynekologisk og fødeavdelingen i Hammerfest er 3.5 av 4 overlegehjemler og 2 av 2 leger under utdannelse besatt. Likevel bruker vi gynekologvikarer i 50 uker per år. I uker hvor en av de faste overlegene ambulerer til spesialistpoliklinikkene i Alta eller Karasjok må vi være 4 overleger.

Jeg opplever at "vikaren" som oftest bidrar positivt inn i avdelingen. Vi som er faste leger får direkte input fra leger fra andre skandinaviske avdelinger hvor ting gjøres litt annerledes. Slik får vi gode faglige diskusjoner, erfaringer utveksles og tilbudet vi gir til pasientene er i takt med tiden. Ved å utnytte hver vikar sin spesialkompetanse får man en effektiv overføring av kompetanse

fra den store verden der ute til vår lille avdeling. Slik får vi som er faste overleger drahjelp med å holde prosedyrer oppdatert og til internundervisningen.

Kompetente vikarer

De fleste som er vikar i Hammerfest kommer tilbake. I 2012 bruker vi nesten bare vikarer vi selv har avtalt med (ikke vikarbyrå). De som kommer hyppigst blir nesten som en fast del av staben og det blir kontinuitet i pasientkonsultasjonene.

John Partridge fra Herning/Holstebro har for eksempel vært fast vikar 6 uker per år de siste 20 årene. Han er godt kjent med avdelingens rutiner.

Mandag morgen i uke 26 overlot Øyvind Nyttun fra St.Olav vikarpinnen videre til Professor Jens Laanghoof-Roos fra Rikshospitalet i København. Begge har vært hos oss tidligere og går rett inn i arbeidet etter en liten oppfriskning innenfor IKT, ultralydapparater, akutte keisersnitt og geografien i Finnmark.

I vår gruppe av faste vikarer har vi gynekologer som jobber fast på Sahlgrenska, Linkøping, Ørebro, Danderyd og Eksjö, for å nevne noen. Det er jo ikke slik at disse personene blir mindre faglig kompetent når de kommer fra sitt universitetssykehus for å være vikar i Hammerfest.



Overlege Julia Waldner, avtroppende vikar Øyvind Nyttun fra St. Olav, Avdelingsoverlege Ingrid Petrikke Olsen (ambuleringsuke), LIS Siri Strand Pedersen. Påtroppende vikar Jens Langhoof-Roos fra Rikshospitalet i København, overlege Kevin Sunde Oppegaard og helt ny LIS Saira Ramay.

Surrogati – kvinnekroppen som middel for andre

Som gynekologar veit vi at sjølv om det er naturleg å vera gravid og føda så er det ikkje udelt ufarleg. Ikkje minst er dette synleg i dei internasjonale data over mødredød. Det er til samanlikning farlegare å gå gravid enn å donera nyrer, og vi tillet ikkje kommersiell donasjon av nyrer.

Det er påfallande kor lite forståing, spørsmål og bekymring for kva eit svangerskap kan gjera med kvinnekroppen i debatten kring surrogati. Spesielt når dette gjeld fattige kvinner i land langt vekk frå vår eigen kulturkrins. Dei som vil legitimera og sjølve har brukt surrogati er ei ressurssterk gruppe menneske med ressurssterke vener langt inn i kongehuset og regjeringa. Dei forsøker å venda merksemda vår og ansvarskjensla vår over på dei norske barna som er unnfanga ved surrogati. Eg skulle gjerne sett at det var enkle måtar for homofile menn å verta fedre og har gledd meg over dei som har fått barn med surrogati. Men med auka kunnskap om kommersiell surrogati så framstår det diverre i større og større grad som problematisk og uetisk. Det at vi har nytte og glede av surrogati legitimerer ikkje bruken av det.

Nyvinningar innan fertilitetsteknologien og god økonomi tillet oss å reisa til land med andre tilbod enn dei vi har tilgang til og som er tillatt her heime. Grensene for kva som er lovleg i Noreg vil ofte sprengast og endrast på bakgrunn av utviklinga i andre land og det borgarane nyttar seg av og aksepterer. Bioteknologilova er oppe for revisjon, og det er von om at ein kan få endringar som mellom anna sidestiller eggdonasjon og sæddonasjon i tillegg til å opna opp for eit tilbod til single. Korkje sivil status, seksuell legning eller genetiske band til barnet avgjerd om ein vert ein god forelder eller ikkje. Eg har stor forståing for at ein reiser og bruker metodar som framleis ikkje er godkjende her heime. Derimot er det ikkje nødvendigvis slik at

sjølv om noko er tilgjengeleg og lovleg i andre land så er det eit gode og noko vi skal tillata og applaudera.

Kvinner som går gravide ved surrogati har ein overhyppigheit med tvillinggraviditetar. I India estimerer dei at ca 40 % av surrogata er gravide med tvillingar. I tillegg vert nesten alle forløyost med keisarsnitt. Dei er veldig ofte høgrisikosvangerskap med til dømes gestasjonell diabetes, preeklampsi og fleirlingar. Studier antyder at det er auka førekomst av preeklampsi i svangerskap der ein har brukt eggdonasjon. I materialet til Kristin Engh Førde som skriv phd om surrogati i India er 30% gravide med egg frå ei anna kvinne.

Innanriksdepartementet i India varsla i november om at frå då av må alle som ynskjer barn ved hjelp av surrogati få eit medisinsk visum. For å få det må dei mellom anna ha med seg ei stadfesting frå sine nasjonale myndigheiter om at landet godtek surrogati. I tillegg må dei vera heterofile par og ha vore gift i minimum to år. Det ekskluderer i praksis at nordmenn kan få barn via surrogati frå India. I tillegg ser ein at når det kjem regelverk der det tidlegare har vore "lovause" tilstandar så ekskluderast samkjønna par og einslege.

Men India er berre eitt av mange land som godtar surrogati. USA er det landet som i størst grad har eit organisert, lovleg tilbod. I tillegg har ein mellom anna Uganda samt at det førekjem i ein del tidlegare sovjetland. Den russiske filmen "Bedouin" skildrar mellom anna motivasjonen til og tilhøva for

ei Ukrainsk kvinne som er surrogatmor for eit russisk, homofilt par. Det vil heilt sikkert oppstå nye marknader for surrogati også for nordmenn.

Dei fleste parti ser ut til å ta standpunkt mot surrogati, men så lenge det ikkje finst sanksjonar mot dei som brukar surrogati så er det framleis fritt fram. I praksis er det berre menn som kan ta eit barn heim til Noreg født ved hjelp av surrogati. I følgje norsk lov er det kvinna som føder barnet som er barnets mor, men ho kan overføra foreldreretten til barnets far.

Eit anna spørsmål er kva vi som gynekologar gjer når spørsmålet hamnar på vår eigen dørstokk? Korleis skal vi forholde oss når kvinner i Noreg har kontraktert kvinner i andre land, tar dei til Noreg, der vi skal følgja opp svangerskapa og fødselen? Dei vil kanskje ofte krevja å vera med på svangerskapskontrollane og kan av og til vera den fungerande tolken mellom den gravide kvinna og legen. Dette er ikkje utopi.

Dei som kjøper surrogati vil gjerne definera sine egne handlingar som gode av di desse kvinnene får ein betra økonomisk situasjon. Det er derimot usikkert i kva grad dei får eit varig økonomisk løft som fører til statusending. Dei fleste vil tykkja at kommersiell organdonasjon er uetisk kanskje nettopp grunna den økonomiske transaksjonen. Dersom vi tillet surrogati skal vi då også opna for kommersiell nyredonasjon? Alle barn er like mykje verd. Det er også kvinner. Menneske skal ikkje vera varer eller vera eit middel for andre.

Kjære FUGO-medlemmer!



FUGO

Etter 4 år i FUGO har jeg fra nyttår overtatt ledervervet fra Christian Tappert. Han går ut av FUGO, etter en stor og ryddig jobb som kursansvarlig de siste fire år-takk for hyggelig tid, Christian! Takk også til Sjur Lehman for innsats i styret! Johanne Holm Toft (Stavanger), Tiril Tingleff (Ringerike) og Helene Fjeldvik Peterson (Ahus) fortsetter. Vi har også fått oss en ny kursansvarlig i Olav Nordbø (Haugesund), en svært så aktiv vara-representant i Silje Eilertsen Denstad (St Olavs) og ikke minst en ny web redaktør i Åsmund Iversen (Tønsberg). Nettsidene våre, som har ligget på sotteseng en stund, skal pustes nytt liv i. Her må også dere komme med ideer eller forslag til hva som kan legges ut-det er vårt nettsted! Send en mail til Åsmund som også er sekretær.

Det er spennende tider i helsevesenet. Mange, både ledere og oss vanlig ansatte, kjenner sparekniven og tidspresset. Jeg tror det er viktig å ikke miste synet av kjernen i yrkesvalget vårt, nemlig at gynekologi-faget er morsomt og spennende. Vi vil at faget skal stå sentralt i beslutninger som tas, og det er viktig å huske på når det tvinges frem endringer. Spesialistutdanningen skal revideres for alle fagmedisinske felt, Legeforeningen og Helsedirektoratet er engasjerte. Det er viktig at vi som assistentleger er med på dette og deltar der vi kan. Vi kan ikke forvente at andre skal slåss for våre saker.

Mange lurer på hvordan de kan være med og påvirke, de føler kanskje at det tar altfor mye tid, eller krever en mengde ferdigheter man ikke har. Det er feil. Send oss i FUGO en mail eller bli med på generalforsamlingen på NGFs årsmøte og si hva du mener: Vi kommer til å høre på deg! Meld deg på til verv når det blir annonsert at vi trenger noen (f eks til neste FUGO styrevalg til høsten), skriv en artikkel til Gynekologen eller bli med på utvekslingen. Man kan se hva som fungerer godt eller dårlig her i Norge ved å sammenligne med andre land.

LIS legene i Sverige, OGU (Obstetriker och Gynekologer under Utbildning), har invitert oss til sin årlige happening "OGUs ST-Dager". De arrangerer et 2 dagers kurs, i år i Øresund, og temaet for 2013 er sykdom i graviditeten. FUGO har søkt Legeforeningen og fått kurset godkjent som tellende kurstimer. Svenskene skryter av sine OGU dager, hvor det også er stort sosialt program, så dette er en flott mulighet. Se mer på www.ogu.se; og på www.nfog.org for informasjon om søknad til reisepenger, evt kan man søke til Legeforeningens Fond III.



I år er NGF Årsmøtet i Drammen, metropolen som er blitt en hard konkurrent til Oslo. Det heter seg ikke lenger at "en dram i timen er bedre enn en time i Drammen". Vi kommer etter hvert til å annonsere tema for FUGOs forkurs til årsmøtet på nettsidene. Før dette er det NGFs vårmøte i Stavanger, 4.-5. April. Dette kurset gir både tellende timer som valgfritt kurs og en god mulighet til å møte både andre LIS og ferdige spesialister til sosialt samvær. Håper vi sees der!

Hilsen
Marte Myhre Reigstad og resten av FUGO styret.

Nyttige websider

FUGO	Forening for utdanningskandidater innen gynekologi og obstetikk	www.legeforeningen.no/ngf -> link FUGO
NFYOG	Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists	www.nfog.org -> link Trainees
ENTOG	European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology	www.entog.org
ENYGO	European Network of Young Gyn Oncologists	www.esgo.org/about_anygo.asp

FUGO-styret 2013

Marte Myhre Reigstad	Leder	FUGOs representant i spes kom, vara NGF	martereigstad@gmail.com
Olav Nordbø	Nestleder	Kursansvarlig	olav.nordbo@gmail.com
Tiril Tingleff	Kasserer	NFYOG representant	tirilt@hotmail.com
Åsmund Mjøen Iversen	Sekretær	Webredaktør	dra.iversen@gmail.com
Helene Peterson	Styremedlem	NGF styrerepresentant	helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com
Silje Eilertsen Denstad	Styremedlem (Vara)	NFYOG representant	silje.eilertsen.denstad@stolav.no
Johanne Holm Toft	Styremedlem		johanne.holm.toft@gmail.com



Er nedsatt seksuell funksjon noe du tar opp med dine pasienter?

Mange mennesker sliter med seksuelle problemer, noen ganger knyttet til medisinske tilstander; bivirkninger etter operasjoner, medikamentbruk, utviklingshemning eller psykiske lidelser. I dag finnes det velprøvde og enkle hjelpemidler som kan gi både kvinner og menn bedre livskvalitet.

Fra 1. mars 2013 kan tre av våre hjelpemidler innen seksuell helse rekvireres kostnadsfritt av lege når vilkårene for stønad er oppfylt. Dette gjelder vårt dilatorsett Feminaform, fingervibratoren Chandra og vår manuelle ereksjonspumpe fra Noogleberry.

Alle autoriserte leger i Norge kan rekvirere seksualtekniske hjelpemidler, og stønad gis til personer som har dårlig eller ingen seksuell fungering som følge av sykdom eller funksjonshemming.

Du kan lese mer om vilkårene på www.nav.no. Her kan du også laste ned blankett 10-06.06, som brukes til bestilling (honorartakst L25 kan benyttes ved utfylling). Link til blanketten finner du også på vår hjemmeside www.quintet.no.

Les mer om de tre produktene her:

Noogleberry manuelle ereksjonspumpe

Benyttes i forbindelse med erektil dysfunksjon. Pumpen er lydløs, meget diskret og gir raskere og mer kontrollert effekt sammenlignet med automatiske pumper. Den er også et mye rimeligere alternativ. Passer godt for menn som ønsker et non-invasivt, ikke-medikamentelt alternativ.



Feminaform dilatorsett

Benyttes ved vaginisme, vulvodyni, etter vaginal kirurgi og ved stråleskader når skjeden må holdes tøyelig og fleksibel for å hindre arrdannelser og vaginal stenose. Spisset tupp, fem tykkelser, der den minste er kun 8-15 mm.



Chandra fingervibrator

Chandra er en liten, hendig fingerholdt stimulator. Tross størrelsen har den kraftig effekt med en vibrasjonsfrekvens på 110 Hz. Chandra har delikat design, duse farger og er meget funksjonell.



Quintet AS spesialiserer seg på hjelpemidler for inkontinens, bekkenbunnstrening, smertelindring, muskelrehabilitering og seksuell helse. Vi har siden oppstarten i 1999 arbeidet for å tilby de aller beste kvalitetsproduktene på området, pluss faglig kompetanse, god veiledning og service innenfor våre produktområder. Dette fokuserer vi på hver dag, noe som gir trygghet for våre kunder og samarbeidspartnere.

www.quintet.no • post@quintet.no • 55 98 15 55 • Faks 55 98 15 56 • P.b. 97 Bønes, N-5849 Bergen





Hva er UEMS/EBCOG, og hva har vi der å gjøre?

UEMS- "Union Europeen des Medicaux Specialistes, eller "Den Europeiske Spesialistlegeforeningen, Union of European Specialists", ble stiftet i 1958.

Dette er en organisasjon som skal arbeide for faglig utvikling av de medisinske spesialitetene i Europa. Det er organisert ved at hver spesialitet (39) har en seksjon, og at seksjonen har en arbeidende komité. Så er alle seksjonene representert på ulike måter i en hovedkomite der de ulike nasjonale legeforeningene også er representert. Altså et relativt stort apparat, som kan studeres nærmere ved å gå inn på www.uems.net.

UEMS har sin base i Brussel, og håper å få samlet alle de ulike andre europeiske medisinske organisasjonene i en egen bygning sentralt i byen. Uansett er det opparbeidet et nettverk opp mot de sentrale EU- myndighetene etter hvert.

NGF har vært representert i EBCOG, European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, den gynekologiske seksjonen, siden begynnelsen av 1990-tallet. Formelt sett er stiftelsesåret 1996. Formålet har vært å "fremme helsen til kvinnen og det ufødte barnet", ved å "harmonisere" spesialistutdanningen. Harmonisering er "europeisk" lingo som betyr "å jevne ut forskjeller og overføre kompetanse uten at det nødvendigvis må være helt likt, dvs. jeg er ikke nødvendigvis bedre enn deg".

Det vil føre for langt å gjennomgå alt som har skjedd i disse 20 årene for å forene de ulike kreftene og organisasjonene til den det er i dag. Det holder å si at en har forenet seksjonen og komiteen, slik at den arbeidende og den besluttede delen er en

og samme, og samtidig å ha forenet ulike avdelinger og nasjonale interesser.

Council er "parlamentet", med besluttede fullmakter, og samles to ganger årlig. Alle de nasjonale spesialitetsforeningene, i dag 34 land, lik NGF, er representert her med 2 representanter, en for de privatpraktiserende og en for de sykehusansatte. Det tok undertegnede flere år for å forstå at "professional" på "europeisk" betyr "spesialist utenfor institusjon", mens "scientific" står for "spesialist i institusjon". Det betyr at spesialiteten er bredt representert. Hvert land har en stemme.

I tillegg sitter medlemmene av "Executive Committee" i Council, uten stemmerett, og representantene for de 4 offisielle "subspesialitetene", Perinatalmedisin (EAPM), Urogynekologi (EUGA), Reproduksjon (ESHRE) og Onkologi (ESGO), både i Council og Executive.

Eksekutivkomiteen består av fire "Officers", president (Chiara Benedetto, Italia), president-elect Tahir Mahmood (Skottland), generalsekretær (Rolf Kirschner, Norge) og kasserer (Petere Horness, Danmark) og 5 valgte representanter; i tillegg til lederne for arbeidsgruppene, leder for ENTOG (Det europeiske nettverk av LIS'er), webmaster og en FIGO-liason, og den påtroppende kongresspresidenten. Eksekutiven møtes to ganger årlig i tillegg til møtene ved Council. En fast ansatt sekretær, Charlotte Mercer, binder det hele sammen, og mens den

offisielle adressen er Brussel, hvor hun jobbet tidligere, bor hun nå i Belfast, så det meste av arbeidet er i dag nettbasert- xxx daglige mailer.

Hovedformålet har altså vært å "harmonisere" spesialistutdanningen og etter hvert, etterutdanningen av spesialister. Dette arbeidet har vært organisert i to komiteer, som også har betydd mye for utviklingen av spesialiteten i Norge. En komite har arbeidet med "Training and Assessment", og utarbeidet fra starten varighet og innholdet i spesialiteten, med en loggbok og fremdriftsskjema, slik som vi kjenner det, dvs. min 5 år, x antall inngrep, progresjon etc. Denne komiteen reviderer planene regelmessig parallelt med fagets utvikling.

Komiteen som arbeider med "Hospital Recognition" utarbeidet planer for regelmessige besøk ved avdelinger for å revidere og akkreditere utdanningsaktivitetene som foregår, med relevante prosedyrer for besøket, spørreskjemaer etc., og en bevilget en godkjenningsperiode på typisk 4-5 år.

Disse oppleggene, som alle kjenner igjen i dag, tok vi hjem til Norge allerede i 1994. NGF var en pioner i så henseende, og de blir nå brukt rutinemessig i spesialistutdanningen som var delegert til Legeforeningen. Rapportene har etter hvert blitt til SERUS, kombinert med avdelingsbesøk.

Typisk for EBCOG- arbeidet er at påvirkningene går begge veier, fra nasjonalt til europeisk, fra nord til syd, øst til vest, og v/v.

NGF, sammen med de andre nordiske landene, var påvirkere til å få dannet ENTOG, som i dag er et velfungerende nettverk av nasjonale foreninger av LIS, som arrangerer årlige utvekslinger og møter: Vi var tidlig ute med et skandinavisk opplegg, delvis avholdt i Norge med avsluttende stort møte på Lillehammer. Det arrangeres egne sesjoner på kongressene, og obligatorisk delttagelse i delegasjonene ved sykehusvisitasjoner over hele Europa. Dette har ikke vært en selvfølge i alle land, ref. avdelingshierarki.

For å bedre på prosessene vedrørende utdanningsvirksomheten avholdes det "Veilederkurs"- "TTT= Train The Trainers", og for å forbedre akkrediteringsprosessene har EBCOG startet kurser som "Train the Visitors".

Samarbeidet med, og godkjenning av, de 4 subspecialitetene, har betydd mye for det faglige utviklingen og innholdet i planverket og loggbøker etc., i tillegg til at foreningene avholder egne "hands-on" og andre sesjoner ved de europeiske kongressene. Disse avholdes hvert annet år. I tillegg er det innledet et sterkt faglig samarbeid med andre faglige "spesial-interesse- organisasjoner", som de europeiske foreningene for prevensjon, endoskopi, kolposkopi, infeksjon etc. Disse bidrar også ved kongressene, og EBCOG har sesjoner om utdanning ved alle foreningenes kongresser, også ved NFOG-ditto. Den neste EBCOG avholdes i mai 2014 i Glasgow.

De senere årene har det blitt dannet komiteer som arbeider med "E-learning", med koordinering av kliniske studier, for koordinering av simuleringstrening, og en komite skal arbeide med CME/CPD. Det er økende kontakter med sentrale EU-myndigheter, i den forbindelse har EBCOG utarbeidet "Standarder i obstetrik" og holder på med tilsvarende i gynekologi. Dette er ikke prosedyrer, men beskriver hvilke ressurser, materielle, administrative

og menneskelige, som skal være til stede for å kunne gi god faglig behandling. Kolleger i Belgia er oppnevnt som EU- koordinatorene, dels for å få tilgang til ressurser, og det er et godt samarbeid med UEMS- sentralt i så henseende.

Jeg har vært såpass interessert i dette , og fått lov til å være NGF's ene representant helt fra begynnelsen. Initialt pga. min delttagelse i spes. kom., senere som NGF leder. Jeg har sittet i Council i flere perioder, vært valgt til Eksekutiven flere ganger, har vært ansvarlig for strategiarbeidet som visepresident i en periode, og går nå en 3- års økt som generalsekretær. Dertil har jeg vært aktiv i sykehusakkrediteringen, og alt dette har betydd en god del reising,

mye spennende (og ubetalt) arbeid, mange hyggelige mennesker, og som resultat- tror og håper jeg; -en gjensideig utvikling av faget på både den nasjonale og den europeiske scenen. Jeg skal nå jobbe mest med etterutdanningen, i tillegg til å prøve å få tak i noen midler fra EU, og ser nærmest frem til frem til LIS- utveksling og ENTOG -møte kombinert med Council i Bratislava i mai, og kongressen og utvekslingen i Skottland neste år.

Og så anbefaler jeg alle å ta en titt på www.ebcog.eu - der er det også stipendiemuligheter!

Rolf Kirschner

23rd European Congress of Obstetrics and Gynaecology
7-10 May 2014
Glasgow, Scotland

U.E.M.S.

First announcement
www.ebcog2014.org

- Ragnar Kvie Sande
- Formann i arrangementskomiteen
- ragnar.sande@gmail.com

Vårmøte i Stavanger



Gamle Stavanger. Foto: Akuttjournalen Arena/ Roar Bjørkhaug

Norsk gynekologisk forening sitt vårmøte vert i år igjen halde i sjarmerande Stavanger, og går av stabelen 4.-5. april 2013.

Vi har sett saman eit spennande og aktuelt program for dykk, med forelesarar av høg internasjonal klasse. Vi ynskjer i år å sette fokus på gynekologisk ultralyd, eit område der vi meiner det er viktig å oppretthalde og utvikle kompetansen. Nye bruksområde for 3D ultralyd har sett oss i stand til å kartlegge problemstillingar på måtar som tidlegare ikkje har vore muleg. Vi har vore så heldige å få Lil Valentin hit frå Lund for å forelese for oss om emnet, i tillegg til framragande nasjonale forelesarar.

I den obstetriske bolken nyttar vi høvet til å presentere ny og spennande forskning frå Vestlandet, og vi er særleg glade for at Torbjørn Eggebø har tatt seg tid i sin travle kvardag som klinikkisjef til å fortelje om sine oppsiktsvekkande resultat av restriktiv oxytocinbruk under fødsel.

I haust kom det ei presisering frå helsedirektoratet angående grensa for provosert abort, der absolutt grense for svangerskapsavbrot vart sett til 22+0. Vi tar debatten, inviterer innleiarar med sterke meiningar og forventar høg temperatur.

Norsk Gynekologisk Forenings VÅRMØTE 2013

Stavanger 4-5 april 2013

Torsdag kveld inviterer vi til byvandring med påfølgende servering av mat og drikke i Valbergtårnet, byens fremste landemerke. Her vert det god stemning og høve til å mingle med gode kollegaer frå heile landet og la seg beruse i ordna former. Og alt til den latterleg låge pris av kr 500,-

Gynekologisk onkologi er eit felt i rask utvikling, og her har vi igjen vore heldige og fått henta inn eit stort namn frå Lund, Jan Persson, som skal snakke om robotassistert kirurgi. Det foregår mykje spennande forskning innan gynekologisk onkologi, og vi presenterer tre forskarar på høgt internasjonalt nivå med spennande og aktuelle tema innan emnet.

Når vi har samla fagmiljøet er det eit godt høve til å ta opp kliniske retningslinjer og gjeldande praksis til brei debatt. Vi tar opp førebygging av rhesusimmunisering, klassifisering av VIN og borderline tumores, viktige tema der alle skal få seie sitt.

Vi håpar så mange som muleg tar seg tid til å kome, både legar i spesialisering, overlegar og privatpraktiserande spesialistar, og ta del under Norsk gynekologisk forening sitt vårmøte i Stavanger 4.-5. april 2013. Påmelding via epost til kurs.bergen@legeforeningen.no, kursnr B-27272. Møtet er godkjent for 15 kurstimar.



Valbergtårnet. Foto: Akuttjournalen Arend/ Roar Bjørkhaug

NGFs vårmøte 2013

Stavanger Universitetssjukehus 4-5. april 2013

Torsdag 04.april 2013

- 10.00-10.05 Velkommen
kursleder og leder NGF
- 10.05-11.05 Cyster og solide tumores i ovariet - Korleis skille benigne frå maligne svulstar
Lill Valentin
- 11:05-11:15 Pause
- 11.15-11.45 3D ultralyd for vurdering av bekkenbotnen
Marie Ellstrøm Engh
- 11.45-12.15 3D ultralyd i utgreiing av infertilitet
Ragnar Kvie Sande
- 12.15-13.15 Lunsj
- 13.15-13.45 Effekten av restriktiv bruk av oxytocin under fødsel
Thorbjørn Moe Eggebø
- 13.45-14.15 Ultralyd under fødsel
Erik Andreas Torkildsen
- 14.15-14.45 Trygg bruk av ultralyd i obstetikk
Ragnar Kvie Sande
- 14.45-15.00 Pause med kaffe
- 15.00-1700 Debatt: Absolutt grense for svangerskapsavbrot - er det teknologien eller etikken som skal sette grensene?
Innleiarar vil bli annonsert
- 19:00 Byvandring med påfølgande servering av mat og drikke i Valbergtårnet

Fredag 05.april 2013

- 09.00-10:00 Robotassistert gynekologisk kirurgi
Jan Persson
- 10:00-10:10 Pause
- 10:10-10:40 Endometriose og cancer
Ingeborg Bøe Engelsen
- 10:40-11:40 Lunsj
- 11:40-12:10 Spontan regresjon av CIN
Ane Cecilie Dahl Munk
- 12:10-12.40 HRT etter cancer
Astrid Liavaag
- 12:40-12:50 Pause med kaffe
- 12:50-14:45 Debatt: Tre kapittel i NGF sine rettleiarar vert tatt opp til brei debatt.
Innleiarar vil bli annonsert
- 14:45-15:00 Avslutning ved kursleder

2013

Vårmøte

04. april - 05. april 2013. Stavanger

KlinIKT 2013

10. april - 11. april 2013. Bergen Airport Hotel

International Ovarian Tumor Analysis

26. april - 27. april 2013. Leuven, Belgia

First global conference on Contraception and reproductive health

22. mai - 25. mai 2013. København, Danmark

IV Nordic Congress on Endometriosis

23. mai - 25. mai 2013. Turku, Finland

38th International Urogynecology meeting

28. mai - 01. juni 2013. Dublin, Irland

Ist world congress on pelvic pain

30. mai - 01. juni 2013. Amsterdam, Nederland

Ist world congress on abdominal and pelvic pain

30. mai - 01. juni 2013. Amsterdam, Nederland

Vekstkontroll og Doppler-ultral lyd i svangerskapet

06. juni - 07. juni 2013. Bergen

European ISSHP Congress

12. juni - 14. juni 2013. Tromsø, Norway

Nordisk jordmorkongress

13. juni - 15. juni 2013. Oslo

World Congress of Perinatal Medicine

19. juni - 22. juni 2013. Moskva, Russland

RCOG Word Congress 2013 Liverppol

24. juni - 26. juni 2013.

International summer school Gynecological and reproductive Endocrinology

14. juli - 19. juli 2013. Malta

10th Congress, European Society of Gynecology

19. september - 23. september 2013. Brussel, Belgia

World Congress on Ultrasound in OBGYN

06. oktober - 09. oktober 2013. Sydney, Australia

22nd annual Congress ESGE

16. oktober - 19. oktober 2013. Berlin, Tyskland

Årsmøte norsk gynekologisk forening

24. oktober - 26. oktober 2013. Drammen

18th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynaecology & Infertility (COGI)

24. oktober - 27. oktober 2013. Wien, Austerrike

2014

16th World Congress of Gynecological Endocrinology

05. mars - 08. mars 2014. Firenze, Italia

12 world Congress on Endometriosis

30. april - 04. mai 2014. Sao Paulo, Brasil

EBCOG congress

07. mai - 10. mai 2014. Glasgow, Skottland

Announcement on NCE2013

Welcome to the 4th Nordic Congress on Endometriosis!

The 4th Nordic Congress on Endometriosis will be hosted in Turku, Finland, on 23-25 May 2013. This follows the former Nordic Congresses in Stockholm, Sweden in 2000, in Svendborg, Denmark 2006 and in Trondheim, Norway in 2009. Springtime in Turku creates an attractive atmosphere for meeting up with researchers and medical professionals interested in endometriosis. The congress venue is located along the lovely banks of the river Aura where there is also the old town centre, the cathedral, the harbor and the Turku castle, as well as pleasant cafes and restaurants.

Endometriosis as a major contributor to pelvic pain and subfertility affects 5-10 % of women during their reproductive age. Of women and teenage girls with pelvic pain 50-60% may have the condition and up to 50% of women with infertility. The mean interval between onset of pain and definitive (surgical) diagnosis is estimated to be about 7-10 years. This is why many new diagnostic tools are in the pipeline of the current research. When symptomatic women undergo indicated operative treatment a one-step (advanced) surgical procedure is now recommended. Use of oral contraceptives either before or after surgery is a primary preventive measure to limit distribution or recurrence of the disease. In total the cost of treating endometriosis treated is substantial, both for society and the affected women. A total annual societal burden of endometriosis-associated costs in European Union is estimated to be up to 12.5 billion €, which is comparable to other chronic diseases. At NCE2013 we will cover all these aspects and more. NCE2013 offers the latest knowledge in science and patient care and promotes the exchange of experiences and ideas, provides contacts within the Nordic countries and will as at the previous congresses be a source of inspiration and fun.

The congress starts on Thursday the 23rd May with live operations on an endometrioma and an advanced case of endometriosis. The participants can also join on in hands-on demonstrations which will be held in Turku University Hospital. That evening there is a welcome reception at the Turku Art Museum. Details of the whole program can be seen in our website www.nce2013.fi

The scientific program on Friday begins with lectures concentrating on basic science, genetics and epidemiology as well as clinical aspects, novel diagnostics and treatment. Posters and a commercial exhibition are in close vicinity to the conference rooms. Friday evening we have a cruise and dinner in the unique Turku Archipelago: a convivial atmosphere and relaxing party together. On Saturday we discuss the newest achievements in research and results on Nordic collaboration and share experiences of centralisation of disease management. Last but not the least we look forward to a short report on activities of the World Endometriosis Society before the closing and farewell.

The organizing committee is privileged to invite you to Turku on 23 - 25 May 2013 and we look forward to meeting you in Finland's the oldest town.

Juha Mäkinen
Congress President

IV Nordic Congress on Endometriosis

Turku, Finland, 23 - 25 May 2013

Second Announcement



www.nce2013.fi

Folk syns nok at jeg er en dårlig matmor.

Vesicare reduserer antallet episoder med urgency hos pasienter med overaktiv blære. De klarer å holde seg lenger og antallet inkontinensepisoder reduseres.¹ Riktig behandling kan forenkle hverdagen for disse pasientene og en enkel aktivitet som å gå tur med hunden kan fortsatt være enkel.



Referanse: 1. Karram et al. urology, volume 73, number 1, January 2009, p. 14-18. **C Vesicare Urologisk spasmolytikum.** ATC-nr.: G04B D08 TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneh.: Solifenacinsuksinat 5 mg, resp. 10 mg tilsv. solifenacin 3,8 mg, resp. 7,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** **Voksne inkl. eldre:** 5 mg 1 gang daglig. Dosen kan økes til 10 mg 1 gang daglig etter behov. **Barn og unge:** Sikkerhet og effekt er foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert. Bør derfor ikke brukes til barn. **Nedsatt nyrefunksjon:** Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance ≤ 30 ml/minutt) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. Tablettene kan tas uavhengig av mat og bør svelges hele med vann. **Kontraindikasjoner:** Urinretensjon, alvorlige gastrointestinale sykdommer (inkl. toksisk megacolon), myasthenia gravis eller trangvinklet glaukom og hos pasienter som står i fare for å utvikle disse sykdommene. Overfølsomhet for virkestoffet eller et eller flere av hjelpestoffene. Hemodialysebehandling. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller moderat nedsatt leverfunksjon som behandles med en potent CYP 3A4-hemmer, f.eks. ketokonazol. **Forsiktighetsregler:** Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes før behandling med Vesicare innledes. Ved urinveisinfeksjon bør egnet antibakteriell behandling innledes. Brukes med forsiktighet av pasienter med klinisk betydelig blæreobstruksjon med risiko for urinretensjon, gastrointestinale obstruktive sykdommer, risiko for nedsatt gastrointestinal motilitet, alvorlig nedsatt nyrefunksjon, moderat nedsatt leverfunksjon, hiatushernie/gastrosofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av øsofagitt, autonom neuropati. Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av en potent CYP 3A4-hemmer. Sikkerhet og effekt er ennå ikke undersøkt hos pasienter med en nevrogen årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvede laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, somnolens og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med solifenacin for en annen antikolinerg behandling innledes. Solifenacins terapeutiske effekt kan bli redusert ved samtidig administrering av kolnere reseptoragonister. Solifenacin kan redusere virkningen av midler som stimulerer den gastrointestinale motiliteten, f.eks. metoklopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres av CYP 3A4. Derfor bør maks. solifenacindose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, nelfinavir, itrakonazol). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. **Overgang i morsmelk:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Klassespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørret er sett hos 11% behandlet med 5 mg 1 gang daglig og hos 22% behandlet med 10 mg 1 gang daglig. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Munntørret. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abdominalmerter. **Syn:** Tåkesyn. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Gastrosofageale refluksykdommer, tørr hals. **Hud:** Torr hud. **Infeksjoner:** Urinveisinfeksjon, cystitt. **Luftveier:** Nasal tørrhet. **Nevrologiske:** Somnolens, dysgeusi. **Syn:** Torre øyne. **Urogenitale:** Vannlatingssvør. **Øvrige:** Tretthet, perifere ødemer. **Sjeldne ($\geq 1/1000$ til $< 1/10000$):** Gastrointestinale: Obstruksjon i colon, fekal impaksjon. **Urogenitale:** Urinretensjon. **Svært sjeldne ($< 1/10000$):** Gastrointestinale: Oppkast. **Hud:** Erythema multiforme, kløe, utslett, urticaria. **Nevrologiske:** Svimmelhet, hodepine. **Psykiske:** Hallusinasjoner, forvirringstilstand. Etter markedsføring: QT-forlengelse, «torsades de pointes». **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Overdosering kan potensielt føre til alvorlige antikolinerge effekter. Høyeste dose som ved et uheld blir gitt til en pasient, var 280 mg i løpet av 5 timer. Det førte til mentale endringer som ikke krevde sykehusinnleggelse. **Behandling:** Ved overdosering bør aktivt kull gis. Ventrikkelskylling kan være nyttig dersom den gjennomføres innen 1 time, men det bør ikke fremkalles brekninger. Symptomatisk behandling. En bør ved overdosering være spesielt oppmerksom på pasienter med kjent risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for å forlenge QT-intervall) og relevante eksisterende hjertesykdommer (f.eks. myokardiskemi, arytm, kongestiv hjertesvikt). Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D08 side d. **Pakninger og priser** (pr. 01.10.2012): **5 mg:** 30 stk. 353,50 kr., 90 stk. 990,50 kr., 100 stk. 1096,60 **10 mg:** 30 stk. 434,70 kr., 90 stk. 1234,00 kr., 100 stk. 1367,20 kr. **T: Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urgeinkontinens). **Refusjonskode: ICP:** U04 Urininkontinens. **ICD:** N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vilkår:** Ingen spesifisert. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 21.02.2012. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 23.03.2012. Astellas Pharma, Solbråveien 47, N-1383 Asker. Tlf: +47 66 76 46 00. Faks: +47 66 90 35 20. kontakt.no@astellas.com. www.astellas.no.

 **Vesicare**
Solifenacin
Legemiddel mot overaktiv blære