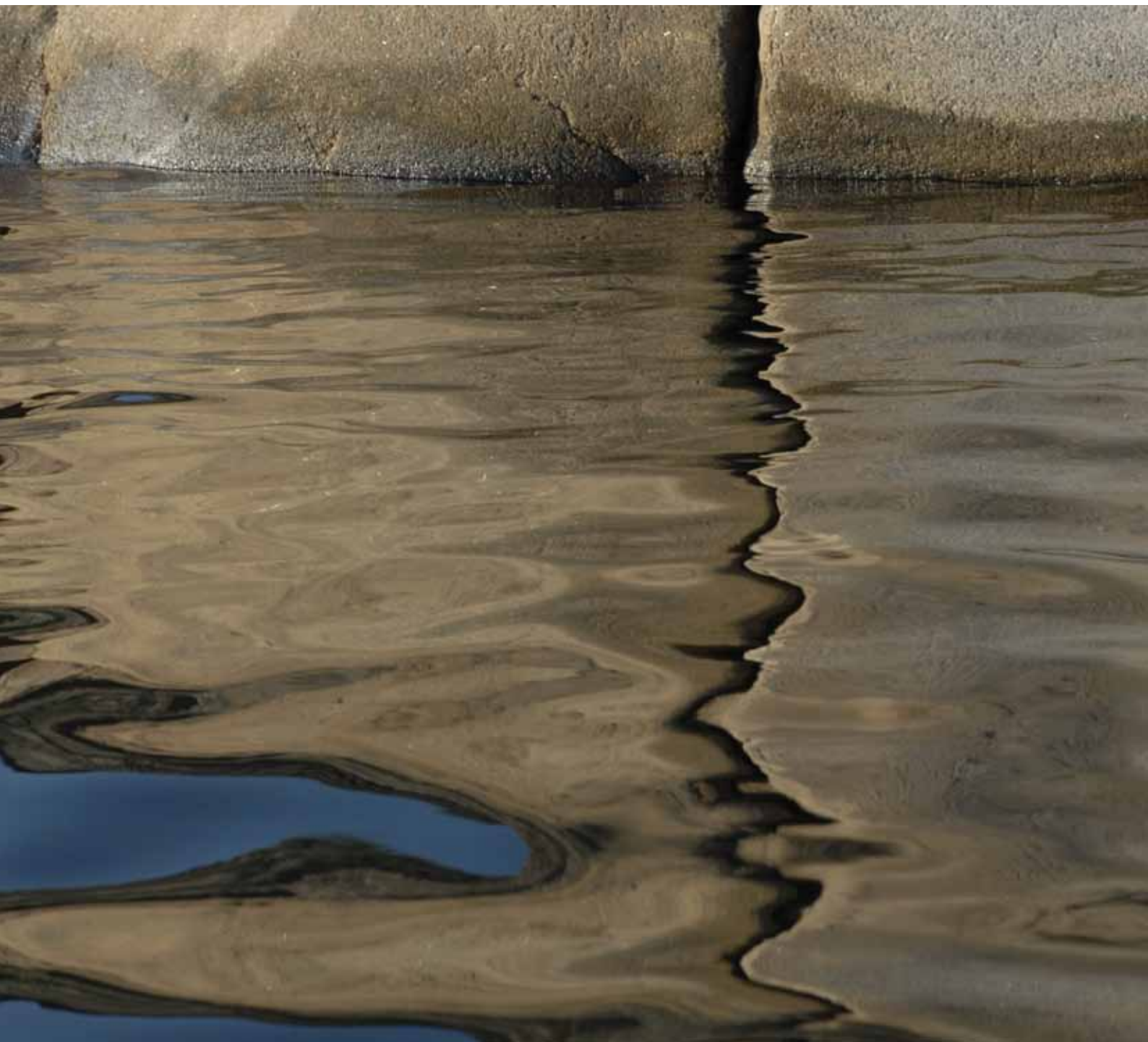


26-2
2013

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHold

■ **Damene i Damernes hus s. 10** ■ Lambda, twin peak, og T-tegn i tvillingsvangerskap s. 16 ■ **Tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen s. 30** ■ Referat frå NGFs vårmøte i Stavanger s. 42 ■ **Refrat fra Oslo Endoscopic Winter Meeting s. 45** ■



Vagifem® (17β-estradiol) 25 µg udgår og erstattes af Vagifem® (17β-estradiol) 10 µg

Færre hormoner – samme effekt¹



- Markedets laveste virksomme dosis til behandling af vaginal atrofi²
- Vagifem® 25 µg udgår og erstattes af Vagifem® 10 µg pr. 31. december 2013
- Vagifem® 10 µg fås allerede på apoteket nu
- Nøjagtig dosis, administreres lokalt og virker lokalt³



Referencer:

1. Bachmann et al.; Obstet Gynecol; Efficacy of low-dose estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: a randomized controlled trial; 2008; 111(1):67-76.
2. Lægemiddelstyrelsen, maj 2013.
3. Vagifem® 10 µg produktresumé, februar 2012.

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

Anne-Kari Clasen

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	
Damene i Damernes hus	10
Metforminbehandling av gravide kvinner med PCOS og forebygging av sen-aborter og for tidlige fødsler	14
Lambda, twin peak, og T-tegn i tvillingsvangerskap	16
Monochoriote tvillingsvangerskap	18
Til New York for å bli god!	20
Tusen takk for forskningsstipend	21
■ PhD	
Molecular markers of clinical outcome and chemotherapy treatment response in advanced ovarian carcinoma	23
Differentiated birth care for low-risk women, medical and economic perspectives	24
Remifentanyl as analgesia for labour pain	26
■ Debatt	
Hvem måler kvalitet i fødselshjelpen og hvordan?	28
Tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen	30
Prosjekt medikamentell abort i praksis – en byråkratisk ørkenvandring	32
■ FUGO	
Kjære FUGO-medlemmer!	34
FUGOs forkurs	35
NFYOG-NYTT	36
■ Årsmøte	
Påmeldingsfrist og Abstraktfrist	39
■ Foreningsnytt	
Innføring av Norsk Gynekologisk Endoskopi Register	40
Forebygging av fistler	41
Kvalitetsprisen til Katariina Laine og Jouko Pirhonen!	41
■ Kurs/kongress	
Referat frå NGFs vårmøte i Stavanger	42
Nord-Norske gynekologers vårsamling	44
Oslo Endoskopisk Winter Meeting	45
Sammendrag av foredragene OEWM	46
Kongresskalender	50



26-2
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

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 uforynnet 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 uforynnet 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 natrium-kloridoppløsning	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 jernadministrasjon 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 administrasjon 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 uforynnet Ferinject inneholder opp til 5,5 mg (0,24 mmol) natrium. Dette må tas i betraktning for pasienter på saltfattig diett. En ml med uforynnet 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:** inspisere 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 fortykningsløsninger eller terapeutiske stoffer da dette kan føre til utfelling og/eller interaksjon. For fortykningsinstruksjoner, 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 videre 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

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

Føling i fjæra



Sommeren er her, og snart legger vi callingen vekk, lukker timeboken og tar noen ukers velfortjent ferie.

Forside-bildet av Gynekologen gir bud om varme, stille sommer-dager. Bildet er tatt av kunstneren Anne-Kari Clasen som på en fin måte observerer og foreviger kunsten i naturen.

Ha med deg sansene i sommer, så kanskje du også opplever "Føling i fjæra".

Vi kan allerede se tilbake på flere vellykkede møter i 2013. Fyldige referat fra vårmøte i Stavanger, Nord-Norske gynekologers vårsamling og Oslo Endoskopisk Winter Meeting kan du lese fra side 42 og utover.

Neste store begivenhet blir årsmøte i Drammen 24.-26.oktober. Invitasjon med program ligger vedlagt Gynekologen. LOC og styret i NGF har jobbet lenge med såvel det faglige som det sosiale programmet. Meld deg på allerede nå, og ta del i det sosiale programmet om kveldene.

FUGO er aktive og har et engasjert styre. De har et eget formøte, onsdag 23. oktober. Basalkurs i gynekologisk laparoskopi. Programmet og annen info finner du på side 35

NGF's Forskningsstipend innen Obstetrikk og Gynekologi på kr 50.000 er utlyst på side 39. Aktuelle forskningsprosjekt kan være klinisk eller basalt rettet med relasjon til human medisin. Søknadsfrist er 15. august.

Det er også mulig å søke midler fra NFOG Fund. Søkeren må være medlem av den nasjonale foreningen, og ha gjennomført minimum 2 år av spesialistutdannelsen. Se www.nfog.org. Søknadsfrist 1.oktober.

Legeforeningens kvalitetspris for spesialisthelsetjenesten er tildelt Katariina Laine og Jouko Pirhonen for deres kvalitetsfremmende arbeid med å redusere sphincterupturer hos norske fødekvinne. Prisen er totalt på kr 50.000, -og deles ut på legeforeningens landsstyremøte på Rica Hotel Alta, tirsdag 4. juni. Dette er et viktig arbeid, og prisen er velfortjent. Vi gratulerer!

Dead-line nærmer seg. Redaktøren puster lettet ut og takker alle som har bidratt til dette nummeret av Gynekologen. Redaksjonen har igjen gjort en god jobb.

Vi ønsker alle en riktig god sommer! Senk skuldrene, slipp sansene løs og opplev "Føling i fjæra"

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

STAN-GRUPPEN

Tore Henriksen, Branislava (Branka) MYli, 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

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

NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

REVISJONSKOMITE – PROSEDYREKODER

Anne Zandjani, Stian Vestad

ANDRE RELATERTE INSTANSER:

SPESIALITETSKOMITEEN

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

NFOG

Leder, Anne Dørum (Radiumhospitalet OUS) Katrine Woie (Haukeland Universitetssykehus) Ingrid Baasland (St. Olavs Hospital), Jostein Tjugum (Sentralsykehuset i Førde), Rita Steen, (Radiumhospitalet OUS), Anne Beate Vereide (Regionssykehuset i Tromsø)

EBCOG (For 2012-2014)

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

NFOG

Jone Trovik

Kjære kolleger



Etter vår og et på alle måter vellykket Vårsmøte i Stavanger, går det mot sommer. Foreningens Årsmøte i Drammen i 24-26. oktober kan enda synes fjernt, men planleggingen er godt i gang og det faglige programmet er allerede fastlagt. Også for deg er det all grunn til å planlegge dette nå: ved å søke permisjon fra jobben og sende Årsmøte-smokingen/kjolen til rens, og ved å presentere dine beste arbeider i et godt abstrakt. Fristen er 15. august – slik at vi rekker å få det trykket i Årsmøtenummeret av Gynekologen. Foreningens vitenskapelige sekretær Jone Trovik er på forskningsopphold i Hong Kong men vil motta dem på beste måte. I år er det også valg på nytt styre, og har DU lyst til å gjøre en innsats for foreningen, meld deg til valgkomiteen ved Hilde Sundhagen (lehsund@online.no). Undertegnede forlater styret etter åtte veldig lærerike OG hyggelige år, og kan på det varmeste anbefale å tiltre styret.

Sett i forhold til NGF valget kan det synes underordnet, men det er også stortingsvalg til høsten, og partiene har forberedt seg og avholdt sine partimøter. Kristelig folkeparti vil ta et steg tilbake og forby sæddonasjon. Dette er langt fra vårt syn, men KrF er i alle fall konsekvent og behandler egg og sæd

likt. Høyre gikk også baklengs med forslag om å skjerpe inn abortlovens paragraf 2c – altså sette begrensninger på abort ved avvik. Erna ble heldigvis nedstemt av sine egne, og partiet lar abortloven være i fred. Det var egentlig forbløffende at Høyre i det hele tatt tok opp saken. Rent bortsett fra at det er lite grunn til å endre en velfungerende abortlov, så er det vel abortskjerping neppe et tema man vinner mange velgere på? NGFs mangeårige innsats for å legge forholdene til rette for abort hos avtalespesialister har strandet – slett ikke på vår innsats eller Helsedirektoratets vilje, men hos HOD. Departementet har gått fra å være oppdragsgiver til å bli en brems, og har stoppet opp rett før målstreken. NGF ba i vinter om et møte med politisk ledelse, men ble avvist. Media har med god grunn og vår hjelp grepet fatt i dette, og HOD lovet så action i løpet av april – og siden har det ikke skjedd noe som helst. Regjerende Ap mener kanskje at abort er noe man skal la ligge under valgkampen. Uansett bakgrunn - slik vingling gjør arbeidet for oss fagfolk temmelig frustrerende.

Flere partier har tatt stilling til innføring av tidlig ultralyd. NGF har blitt spurt om vår mening, og styret har vurdert saken nok en gang, og mener en ny rutine ultralydundersøkelse i svangerskapet ikke bør innføres. Det er knapt noen helsemessig å vinne, og den klart viktigste effekten er at man finner trisomiene inkludert trisomi 21. I hovedsak snakker vi da om screening for Down syndrom. Om det er riktig å gjøre, mener vi er et politisk og ikke et helsefaglig spørsmål. Dersom våre politikere ønsker det, finnes det langt mer effektive og billigere måter å gjøre dette på enn tidlig ultralyd nemlig ved å ta en enkel blodprøve av mor-NIPD. NGF har på denne bakgrunn uttrykt at vi ikke støtter innføring av tidlig ultralyd.

Keisersnitthypighet varierer som kjent både mellom ulike land innad i landet vårt. I Norge er hyppigheten noenlunde lik mellom avdelingene når det gjelder de akutte sectio, mens det spriker mer for de elektive. Høyere sectiofrekvens gir ikke nødvendigvis bedre perinatal statistikk. Unødige sectio gagnar hverken mor eller barn, tvert imot, og det er den viktigste grunnen til at det bør foreligge en rimelig god indikasjon. I tillegg er det også et spørsmål om hva en bruker dyrebar operasjonskapasitet på - en liberal holdning til sectio gir lenger ventetid for kvinner med andre plager. Vi har et ansvar, ikke bare for den enkelte kvinne og inngrepet, men også for den totale driften. Vi prioriterer alle operative inngrep etter indikasjon og grad av hast, i henhold til Prioriteringsforskriften og tilhørende veileder for faget vårt. Veilederen omhandler vanlige kvinnesykdommer men ikke fødselshjelp. Det er likevel ikke grunn til at sectio skal ha noen særstilling. Om det var noen tvil: Vi må holde fast ved at det skal være en indikasjon for sectio, og at dette er en avgjørelse som tas av lege, selv sagt i samråd med og helst i forståelse med kvinnen. Som ved alle andre inngrep. De relative indikasjonene er vanskelige: fødselsangst kan ha tung bakgrunn i overgrep eller traumatisk tidligere fødselsforløp i den ene enden av spekteret, og på den andre siden kan ønske om sectio ha mindre vektige grunner. Alle skal bli hørt, men ikke alle skal forløses med kniv.

Gjennombruddsprosjekt om keisersnitt ble gjennomført på initiativ fra Legeforeningen og NGF og ble startet i 1998, ut fra et ønske om å analysere keisersnittene i Norge. Prosjektet varte i ca. 1 år, og det ble innhentet tilfredsstillende data for en periode på 7 mnd. 24 av 26 fødeinstitusjoner i Norge deltok. Målsettingen var å klargjøre det medisinske grunnlag for keisersnitt og

medvirke til at keisersnitt kun gjøres i de tilfeller det er grunnlag for det. Man ønsket også å redusere variasjonen i hyppigheten av keisersnitt. Prosjektet gav et stort løft innad i avdelingene med fokus på fødselsomsorg og en god gjennomgang av prosedyrer. Etter prosjektperioden har frekvensen igjen stadig gått oppover, men stigningen var vesentlig mindre enn i andre nordiske og europeiske land og USA. Det er rimelig å tro at prosjektet var en medvirkende årsak til at stigningen var lavere i Norge.

Det er nå tid for et nytt gjennombruddsprosjekt om keisersnitt. Det er bevilget midler til Kvalitetsmidler til forprosjekt, og vi begynner arbeidet til høsten. Vi vil oppfordre alle inviterte avdelinger til å slutte opp om prosessen.

Foreningen er aktiv også utenom Norge. I mai var det EBCOG og ENTOG-møte i Bratislava. Vår mann i Europa Rolf Kirschner gjør en utmerket jobb som generalsekretær i EBCOG. Dette arbeidet er viktig, kanskje særlig for å sikre god utdanning og kvalitet i faget vårt i land med dårligere utgangspunkt enn vårt eget. NGF støttet sterkt Norges kandidatur som vertsland for ENTOG utveksling i 2015. Trass i en glitrende presentasjon av Norge i Bratislava, med Marte Reigstad og Tiril i bunad, norske fjell og fakta om våre avdelinger, sjokolade og perinatalstatistikk måtte vi se oss slått av Nederland med en stemmes overvekt. Nederland er et utmerket vertsland og har arrangert flere ganger før også etter at Norge hadde det sist. Rotasjon mellom landene bør være en del av hensikten, så kanskje ENTOG burde endre beslutningsprosessen for å sikre det. I FIGO har vi ingen norske representanter nå men støtter oss på sterk nordiske representasjon, nemlig Finland og



To søte yngre kolleger og hele sjokoladeboksen, hvorfor smiler han ikke bredere? Tiril og Marte presenterte Norges ENTOG-søknad i Bratislava» Foto: Martin Andresen

Danmark. Vi har nominert Branca Yli fra vårt STAN-utvalg for FIGOs arbeidsgruppe for kvalitet i fødselsovervåking.

Våre gode kolleger Jouko Pirhonen og Katarina Laine ved OUS ble i år tildelt Legeforeningens kvalitetspris i anledning Legeforeningens møte i Alta nå i juni. Prisen ble gitt for det systematiske arbeid som har

vært gjennomført og resultert i en synkende forekomst av sfinkterruptur ved fødsel, etter søknad fra NGF. Vi gratulerer!

Husk abstrakt til årsmøtet før 15. august.

God sommer!

**Norsk gynekologisk forenings
FORSKNINGSPRIS**
utlyses i dette nummeret av Gynekologen.
Se også NGF's hjemmesider
www.legeforeningen.no/ngf



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 spenning. 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/smerter 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, muntørhet, 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 Giftinformasjonens 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

ESM0413003NO

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

- Cathrine Ebbing
- Overlege, Haukeland universitetssjukehus
- cathrine.ebbing@helse-bergen.no

Damene i Damernes hus

Du har sikkert lagt merke til dem på årsmøtene i NGF. To damer i sin beste alder. Som regel sitter de ikke langt fra hverandre, noterer, aktivt deltakende i debatten, er oppdaterte, stiller relevante spørsmål og kommer med betimelige innvendinger. Brit Nyland på dannet stavangersk, litt mer tilbakeholden enn Kristina Johannessen på skånsk.

Våre solide kolleger i avtalepraksis holder til i Damernes hus i Nygårdsgaten 4. Det vil si, Brit har nettopp blitt pensjonist (da hun var 69) og nyter det, mens Kristina ”skal stå” et par år til, også til hun er 69, hun går av i 2015. Denne beslutningen er nettopp publisert i en artikkel i vestlandets største avis Bergens Tidende, med helsides

foto. Fotografen besøker Kristina i praksisen akkurat samme kveld som jeg er på besøk på oppdrag for ”Gynekologen”. I BT artikkelen betviler Kristina at hun får være med på innføring av provosert abort hos avtalespesialisten, saken har blitt trenert i helse- og omsorgsdepartementet. Det går for langsomt!

Brit har overlatt sin praksis til dr. med. Yngvild Skåtun Hannestad, og på en måte er sirkelen sluttet. Viljar Skåtun, Yngvild sin far var en god venn og kollega av damene, de delte faglig engasjement og musikk interesser.

Damene møtte hverandre på Kvinneklinikken i Bergen i 1973. Minnene om tiden på KK strømmer lett og med forbløffende presisjon der vi sitter i pauserommet i deres praksis gjennom nesten 25 år. Den ene fortsetter mens den andre trekker pusten. De var 3 kvinner av 15 leger på KK den gangen. Medisinsk praksis og atmosfæren slik de beskriver den var svært forskjellig fra dagens. Gjennomføringen av visittgang og tilordningen av operasjoner høres eksotisk ut. For meg virker det som at mye har blitt forandret til det bedre for pasientene, men også for den kvinnelige kollega. Det var andre tider. Brit hadde hele tiden hatt planer om å gå ut i praksis, mens Kristina sier hun nok hadde sykehusjobb øverst på ønskelisten, men sånn ble det ikke, kanskje heldigvis for damene i Bergen, og helt sikkert dessverre for Kvinneklinikken. Men det var da, og sånn ble det ikke, og nå nesten



Foto: Stavanger Universitetssjukehus



Kirstina og Brit.

25 år senere ville hun ikke ha byttet. Jobben som avtalespesialist gir stor fleksibilitet, vaktfrihet, men også god lønn, og sånn har det å gå i praksis vært et godt vei valg for damene.

Å slå seg sammen i en praksis var primært Kristinas ide, og etter en durabelig fest åpnet de i 1988 i Damernes hus i Nygårdsgaten 4, temmelig sentralt i Bergen. Damernes hus ble opprinnelig bygget som hybelhus for telegrafdamene i 1916. Det huser flere andre medisinske spesialister samt fysisk institutt. Etter bildene og minnene å dømme må åpningsfesten ha vært legendarisk, med kolleger fra Kvinneklinikken, allmennleger og andre kolleger i byen, samt legemiddelrepresentanter. Det ble ikke spart på noe.

I Damernes hus hadde de 2 jordmødre i full stilling og fulgte 150 gravide. De var først ute i landet med å tilby svangerskapsomsorg i kombinasjon med jordmor. De har drevet effektivt med 14-16 konsultasjoner hver dag,

og med en stor andel nyhenviste. Damene hadde hvert sitt organisasjonsnummer, og ett på deling, og økonomien har vært adskilt. Kanskje en av hemmelighetene bak at de fortsatt er gode venner? De har delt faglig engasjement og interesse, og vært hverandres rådgivere, daglig gitt hverandre second opinion og assistanse ved vanskelige pasienter eller prosedyrer. Ble de aldri lei av hverandre? Nei, både faglig og sosialt stemte kjemien, ingen store konflikter, sier de to samstemt, det gjelder å jenke seg, omtrent som i et ekteskap. God helse og stå-på holdning har også vært nøkler dame-suksessen.



De har reist jorden rundt sammen på etter- og videreutdanningskurs og kongresser. Ja, man MÅ delta på møter og plikter å holde seg oppdatert, og NGF årsmøtet er da et minimum! Hele dagen og halve natten, faglig

I Damernes hus hadde de 2 jordmødre i full stilling og fulgte 150 gravide. De var først ute i landet med å tilby svangerskapsomsorg i kombinasjon med jordmor.

stimulans! Kristina har tatt til orde for resertifisering av spesialister.

To-tre ganger i semesteret trommes avtale-spesialister og praktiserende spesialister sammen hos Brit og Kristina for faglig påfyll (nå Yngvild og Kristina).

Det var kjærligheten som førte Brit og Kristina til Bergen, og den ser ut til å ha vart disse årene; de har begge fortsatt samme mann der hjemme. Begge fikk 3 barn og var travle fulltidsarbeidende unge mødre. Jeg må få med at begge hadde menn som hjalp til og støttet, men begge har hatt hjelp hjemme av henholdsvis praktikant og hushjelp. Feminister bekrefter de at de er, men arbeidsdelingen hjemme har likevel vært tradisjonell, sier Kristina.

I det profesjonelle livet har de alltid ligget i forkant; tidlig innføring av elektronisk journal (infodoc i 1986), og ultralyd screening av gravide i 1984, siden Kvinneklubben manglet ressurser til å starte opp med dette da.

Brit har med utklipp og dokumenter som tyder på orden i sakene og langvarig engasjement. Et dokument fra 1986, "utkast til rundskriv" beskriver organisering av, begrunnelse for, og innhold av ultralyd screening av gravide som på det tidspunkt ble utført av 8 privatpraktiserende gynekologer (som var benevnelsen den gang), hvor Brit og Kristina var to av dem, og de eneste kvinnene.

Hva har vært de største fremskrittene innen faget vårt i løpet av denne tiden?

– Åh, det er mange; Vaginal ultralydundersøkelse og hormonspiral!

De har reist jorden rundt sammen på etter- og videreutdanningskurs og kongresser. Ja, man MÅ delta på møter og plikter å holde seg oppdatert, og NGF årsmøtet er da et minimum!

I det profesjonelle livet har de alltid ligget i forkant; innføring av elektronisk journal i 1986, og ultralyd screening av gravide i 1984.

Tilbud om assistert befruktning og behandlingen av kvinner som ønsker provosert abort! Behandling av spontan abort! Muligheten til å ta endometriecyologi og biopsi! Det er kort sagt mye som har blitt bedre innen faget vårt.

Jeg trodde jeg skulle savne obstetrikken, sier Kristina, men vi har hatt det gøy på jobben hver dag! Det er interessen for pasientens "sjel", det intime man deler med pasientene som gjør jobben som avtalespesialist så interessant. Ellers hadde det jo bare vært "blod, tårer, uflod og smerter!". Faget vårt er proppfullt av etiske problemstillinger, eksistensielle spørsmål og intimitet. Nå er pasientene selv så opplyste at vår jobb blir mer å veilede dem, hjelpe dem til å orientere seg.

Hva tenker dere om disse «nye» problemstillingene for eksempel surrogati, og reservasjonsretten for leger?

Det bli plutselig vanskelig å være kategorisk når problemstillingene kommer tett på, når det er din pasient som ber om assistanse ved eggstimulering, eller livmorpreparering for donor egg. Og når det gjelder hva hun mener om reservasjonsretten for leger må Kristina avvente neste ukes Filosofiske Poliklinikk der hun deltar regelmessig, en interesse hun deler med Yngvild, sin nye sampraksiskollega. Brit synes ikke å ha særlig

forståelse for dette med reservasjonsretten. De har ikke hatt spesielle fagfelt som interesser, begge har vært gynekologiske generalister. Det har vært et langvarig engasjement for sexologi og de vanskeligste pasientene har vært de frustrerte kvinnene med endometriose, de som de ikke får hjulpet godt nok. De understreker at de er glade for å være en del av den nøkterne skandinaviske medisinske tradisjon.

Damene har hatt de fleste tillitsverv som er mulig å inneha som gynekolog i våre fagpolitiske organisasjoner; Norsk gynekologisk forening NGF, Nordisk federasjon for obstetrik og gynekologi NFOG, forening for praktiserende spesialister PSL, Landsstyret i Legeforeningen. De mottok kollektivt "Tordenskioldsprisen" for sin innsats gjennom mange år og i mange verv, og i 1994 fikk de Scheringprisen (nåværende NGF sin ærespris) sammen med praktiserende spesialister i Bergen for sitt virke og fortjenestefullt arbeid innen gynekologi og obstetrik. Ja, det eneste vi ikke har engasjert oss i er politikken, sier Kristina. Men det er vel ikke for sent?

Hvordan ser dere på pensjonist-tilværelsen?

– Lyst! Brit har hus i Spania, begge har familier og er bestemødre. Kristina skal "dødsteda" som det heter i Skåne, og kanskje engasjere seg for papirløse flykninger, og ta opp gamle tenniskunster? Men det blir ikke helt enda!

Brit har med seg bilder fra sampraksisårene. De viser damene på reiser. Bilder fra fjerne strøk, festligheter. Stilige, moteriktige, tøffe, trygge damer. Et langt, rikt og godt arbeidsliv, for det meste, skytes det inn.

Aesculap® Caiman®

Advanced Bipolar Seal and Cut Technology

Caiman Seal and Cut, advanced bipolar instruments combine mechanics and sophisticated Lektrafuse energy delivery, with patented features making the instrument characteristics unique.

- **Tip first closure**

Avoids tissue slippage within the jaw

- **Long jaw tip**

Enlarged vessel sealing length and improved surgical efficiency

- **One seal confidence**

State of the art vessel sealing with only one energy activation

- **Uniform tissue compression**

Leads to consistent sealing quality from distal to proximal tip

- **80 degree articulation jaw**

Allows simplified navigation in challenging anatomy

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical AS | Kjernåsveien 13B | 3142 Vestskogen | Norway
Tel. +47 33 35 18 00 | Faks +47 85 23 30 75 | www.bbraun.no

Aesculap – a B. Braun company

- Silje Eilertsen Denstad
- St. Olavs hospital
- Silje.Eilertsen.Denstad@stolav.no

En randomisert, kontrollert, nordisk multisenterstudie (PregMet2)

Metforminbehandling av gravide kvinner med PCOS og forebygging av sen-aborter og fortidlige fødsler

Fra norske og internasjonale studier vet man at kvinner med polycystisk ovarie syndrom (PCOS) har vanskeligere for å bli gravide og har økt forekomst av svangerskaps-komplikasjoner som preeklampsi, svangerskapsdiabetes, for tidlige fødsler og vekstretardasjon. Tidligere studier av gravide kvinner med PCOS har imidlertid hatt svakheter som gjør at man vanskelig kan trekke sikre konklusjoner.

I 2005 til 2009 gjennomførte man en kontrollert randomisert studie (PregMet1) ved 11 norske sykehus der man inkluderte 273 kvinner med PCOS, der halvparten ble randomisert til placebo og halvparten metformin.

I denne studien konkluderte man med at

- metformin var godt tolerert under graviditeten
- det var høy forekomst av svangerskapsdiabetes (ca. 25%) hos deltakerne
- det var ikke holdepunkter for skadelige bivirkninger av metformin verken hos den gravide kvinnen eller fosteret.
- det var en tendens til lavere forekomst av sen-aborter og fortidlige fødsler hos de som fikk metformin. Studien var antakelig underdimensjonert.

På bakgrunn av disse funnene ble man anbefalt å gjennomføre en ny og større

studie for å avklare metformins rolle i forebygging av svangerskapskomplikasjoner hos kvinner med PCOS.

Hovedhensikten med PregMet 2 studien er å undersøke hvorvidt metformin kan forebygge sen-aborter og fortidlige fødsler



hos kvinner med PCOS. Samtidig ønsker man å undersøke svangerskapsforløp og svangerskapskomplikasjoner hos kvinner med PCOS, samt å følge opp de barna som ble født av kvinnene som var med i studien.

Studien er initiert fra Det medisinske fakultet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim i samarbeid med Enhet for anvend klinisk forskning (NTNU) Prosjektleder for PregMet2 studien er overlege dr. med Eszter Vanky og studieansvarlig i Trondheim er overlege Tone Shetelig Løvvik.

Studien er hovedfinansiert av Norges forskningsråd, og er av de største utprøver-initierte, kliniske, prosjekter som er igangsatt i Norge. I tillegg til prosjektets nytteverdi i seg selv anser man prosjektet som en viktig pilot på nordisk samarbeid om kliniske prosjekter.

Inklusjonen av pasienter startet i Trondheim i oktober 2012 og det er nå mulig å inkludere

pasienter ved alle studiestedene i Norge, Sverige og Island. Også privatpraktiserende gynekologer og sykehusleger ved andre sykehus oppfordres til å bidra. Man ønsker å inkludere 1000 pasienter. Studien er beregnet å pågå i ca. 3 år.

For spørsmål angående studien og hvordan man inkluderer pasienter viser man til hjemmesiden til prosjektet: <http://www.ntnu.no/lbk/pregmet2>

Inklusjonskriterier:

- Diagnostisert PCOS
- Alder mellom 18-45 år
- Gravid i første trimester
- Singleton graviditet
- Ikke kjent diabetes

Sykehus som deltar i forskningsprosjektet:

Norge

- Trondheim, St. Olavs Hospital, Dr. Tone S. Løvvik
- Bergen, Haukeland Universitetssjukhus,

Dr. Francisco Real

- Skien, Sykehuset Telemark, Dr. Birgitte Mitlid Mork
- Ålesund, Sykehuset Ålesund, Dr. Sissel Hjelte
- Tønsberg, Sykehuset i Vestfold, Dr. Kristin Voss Hestvold
- Drammen, Vestre Viken, Drammen sykehus, Dr. Renata Zabielska

Sverige

- Uppsala, Uppsala Universitetssjukhus, Prof. Inger Sundström-Poromaa
- Stockholm, Karolinska Universitetssjukhus, Prof. Angelica Linden Hirschberg
- Stockholm, Södersjukhuset, Prof. Marie Bixo
- Örebro, Universitetssjukhuset Örebro, Dr. Izabella Jawad

Island

- Reykjavik, Landspítali Islands, Dr. Berglind Steffensen

Akershus universitetssykehus HF (Ahus) er lokal- og områdesykehus for 460 000 innbyggere fordelt på Romerike, Follo, tre bydeler i Oslo og Rømskog. Om lag 8 000 medarbeidere leverer spesialisthelsetjenester innen somatiske helsetjenester, psykisk helsevern og rus. "Menneskelig nær - faglig sterk" er vårt verdigrunnlag og ledestjerne.

Kvinneklubben PhD-stipend og Postdoc-stipend

Vi har ledig 3-årig stilling som doktorgradsstipendiat og 3-årig stilling som postdoktorstipendiat ved Kvinneklubben, finansiert av forskningsmidler bevilget fra Helse Sør-Øst RHF.

Arbeidsoppgaver:

- Selvstendig forskning innenfor forskningsprosjektet: Variation in placental weight – causes and consequences
- Kandidatene vil være en del av vårt forskerteam på Kvinneklubben ved Akershus universitetssykehus. Gode data og gode problemstillinger er tilgjengelige
- Arbeidet vil bestå i å skape og å rapportere ny kunnskap om svangerskap basert på dataanalyse av befolkningsbaserte helseregistre
- For PhD-studenten vil stillingen være knyttet til forskningsutdanningen ved Universitetet i Oslo
- For postdoc-stipendiaten vil stillingen innebære selvstendig forskningsarbeid. Det er mulig for postdoc-stipendiaten å fortsette med egne ideer hvis ideene kan knyttes til vår forskningsgruppes arbeid

Personlige egenskaper

- Personlig egnethet vektlegges

Ønskede kvalifikasjoner for begge stillingene:

- Medisinsk kunnskap om svangerskap og fødsler
- Kunnskap i epidemiologi, statistikk og håndtering av datafiler
- Ved vurdering av søknadene blir det lagt vekt på søkerens faglige og personlige forutsetninger for å gjennomføre prosjektet
- Det er ikke undervisningsplikt, men søkeren tar del i internundervisningen på Kvinneklubben
- For PhD-stipendiet kan personer med medisinsk embetseksamen søke, men også personer med statistisk og/eller epidemiologisk kompetanse kan søke
- Postdoc-stipendiaten, må ha PhD-grad eller levert sin avhandling til bedømming, helst innen fagfeltene; medisin, statistikk eller epidemiologi
- Det kreves ikke klinisk erfaring

Alle søkere må søke elektronisk via våre hjemmesider. Søkere kan bli innkalt til intervju.

Kontaktinfo: Anne Eskild, professor, tlf. 67 96 90 83 / Marie Ellström Engh, førsteamanuensis, tlf. 02900 (sentraltbord)

Referansenr: 1776478366

Søknadsfrist: 30. juni 2013

For å søke på stillingene, gå inn på www.ahus.no/jobbsok

- Henrik Husby
- Oslo universitetssykehus
- hhusby@gmail.com

Lambda, twin peak, og T-tegn i tvillingsvangerskap

Twin peak og Lambda tegn ses best i starten av graviditeten. Den første som foretar ultralydundersøkelse bør vurdere chorionisitet i tvillingsvangerskap.

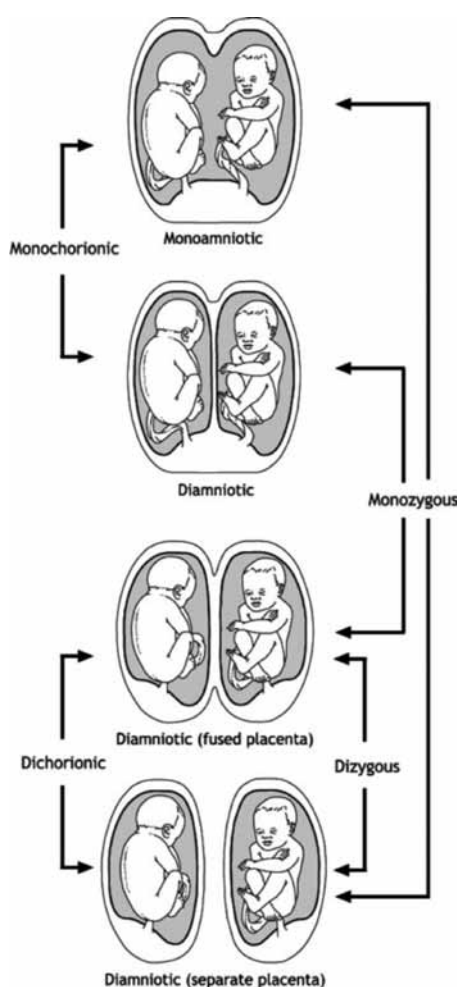


Fig.1 Fra Shetty A, Smith A. P. M. The sonographic diagnosis of chorionicity. *Prenat Diagn* 2005; 25: 735–739.

Tvillingsvangerskap utgjør 1.65 % av alle svangerskap i Norge i 2011 og har 3-6 ganger så høy mortalitet som svangerskap med ett foster.

Den naturlige insidens av tvillinger er i vår del av verden ca. 1 %. På grunn av assistert befruktning økte frekvensen i den vestlige verden gjennom 1990 årene. Toppåret i Norge var 2002 hvor hyppigheten var 1.9 %. Etter dette har man tilstrebet single embryo transfer og hyppigheten er derfor på vei ned og er nå 1,65 % av alle svangerskap.

Tvillinger med monochoriotisk placenta har høyest risiko for føtale og neonatale komplikasjoner og det er derfor viktig å identifisere disse svangerskap.

Perinatal død og alvorlig handikap er 3-5 ganger mer hyppig ved tvillingsvangerskap med monochoriotisk placenta enn ved dichoriotisk placenta. Det er ca. 10 % risiko for tvilling-tvilling transfusjonssyndrom (TTTS) ved monochoriotisk placenta, men dette er bare beskrevet i enkelte kasuistikker ved dichoriotisk placenta.

Monochoriotisk svangerskap gir økt risiko for medfødte misdannelser, intrauterin vekstrestriksjon, TTTS, tvilling anemi-polycytemi syndrom (TAPS) og morbiditet

forårsaket av fosterdød av den ene tvilling.

I en dansk studie av 2038 tvillinggraviditeter (1) fant man at tvillinger med monochoriotisk placenta hadde 3 ganger så høy mortalitet som tvillinger med dichoriotisk placenta. Dette forhold var det samme gjennom hele svangerskapet. I 2. trimester var det 6.0 % versus 1,9 % og i tredje trimester 2,1 % versus 0,7 %.

Zygoti og chorionisitet

Chorionisitet er et resultat av placentasjon og ikke zygositet. Dizygoter oppstår når det er to eggløsninger i samme syklus med befruktning av to forskjellige spermier. Zygotene implanterer individuelt og utvikler hver sin placenta, chorion og amnion og har dichoriotisk – dianmiotisk placentasjon. De to placenta kan ligge mot hverandre, men er funksjonelt adskilte (Fig. 1)

Monozygote tvillinger er et resultat av deling av en zygote og utgjør 30 % av tvillinger (2). Placentasjonen vil avhenge av hvilket tidspunkt zygoten deler seg (3). Deling i løpet av de første 3 dager vil medføre dichoriotisk – dianmiotisk placenta. Når delingen skjer dag 4 - 7 vil det medføre monochoriotisk - dianmiotisk placenta. Ca 55 % av monozygote tvillinger har monochoriotisk placenta. Deling dag 8 - 12 fører til monochoriotisk – monoamniotisk



Fig. 2. Dichoriotisk placenta med Lambda tegn.



Fig. 3. Monochoriotisk placenta med T tegn

placenta og sees ved ca 1 % av monozygote tvillinger. Deling av zygoten mellom dag 13 - 16 resulterer i siamesiske tvillinger som oppstår med en hyppighet på ca 1.5 pr 100 000 fødsler.

Chorionisitet kan bestemmes med bruk av ultralyd (4). Det vurderes best i første og starten trimester av andre trimester, men blir vanskeligere med økende gestasjonsalder. Til vurdering av chorionisitet kan man benytte kjønn, antall placenta, lambda og T tegn og tykkelse på skillevegg.

Kjønn og antall placenta

Identifisering av tvillinger med forskjellig kjønn eller to adskilte placenta gir sikker diagnose av dichoriotisk placenta.

Det er imidlertid bare en tredjedel av tvillingsvangerskap som har adskilte placenta og ca 45 % av tvillinger med samme kjønn er dichoriotiske.

Lambda- twin peak- og T-tegn

Lambda eller twin peak tegn sees ved dichoriotisk – dianmiotisk placenta. Dette tegn oppstår når chorionvilli strekker seg inn i skilleveggen og er den trekantede del ved festet til placenta (Fig. 2). Det sees i starten av svangerskapet og forsvinner vanligvis i løpet av 2. trimester og sees bare ved ca 7 % i uke 20. Ved monochoriotisk - dianmiotiske tvillinger er det intet chorion mellom de to amnionhinner og det er en tynn skilleveg som ved placenta festet fremstår som et T (Fig. 3).

I en studie av fant man korrekt chorionisitet i 149 av 150 tvillingsvangerskap i uke 10-14 ved å bruke en kombinasjon av lambda tegn, T tegn, antall placenta og tykkelse av skilleveggen (6).

Tykkelse av skillevegg

Tykkelse av skilleveggen kan hjelpe til å bestemme chorionisitet. Best resultat oppnås ved å måle tykkelsen med god forstørrelse av bildet og med ultralyd strålen parallell med og ikke perpendikulær til skilleveggen. I slutten av andre og i tredje trimester er skilleveggen ved dichoriotiske tvillinger i gjennomsnitt 2.4 mm og ved monochoriotiske 1.4 mm. Med 2 mm som cut-off fant man i en undersøkelse dichoriotisk placenta med 75.7 % og sensitivitet og 85.7 % spesifisitet (7).

Konklusjon

Tvillinger er risikosvangerskap og bør ha spesiell overvåkning. Det er stor forskjell i risiko for dichoriotiske og monochoriotiske tvillinger og det er derfor viktig å skille disse. De fleste tvillinger identifiseres ved ultralyd tidlig i svangerskapet hos privat spesialist eller på gynekologisk poliklinikk. Det er på dette tidspunktet sikrest å bestemme chorionisitet og det er den første undersøker, som har den beste mulighet. Det er en stor fordel for den senere oppfølging av graviditeten at ultralydundersøkelsen beskrives og dokumenteres med bilde av skilleveggen med lambda eller T-tegn.

Referanser

1. Oldenburg A et al. Influence of chorionicity on perinatal outcome in a large cohort of Danish twin pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012; 39: 69-74
2. Husby H, Holm NV, Gernow A, Thomsen SG, Kock K, Gürtler H. Zygosity, placental membranes and Weinberg's rule in a Danish consecutive twin series. *Acta Genet Med Gemellol.* 1991;40(2):147-52.
3. Sadler T.W. *Langman's Medical Embryology*. Lippincott Williams and Wilkins 2000
4. Shetty A, Smith A. P. M. The sonographic diagnosis of chorionicity. *Prenat Diagn* 2005; 25: 735-739.
5. Carroll S G M et al. Prediction of chorionicity in twin pregnancies at 10-14 weeks of gestation. Objective To examine the accuracy of sonographic determination of chorionicity in twin pregnancies at 10-14. *BJOG:* 2002, Vol. 109, 182-186
6. Bracero LA, Byrne DW. Ultrasound determination of chorionicity and perinatal outcome in twin pregnancies using dividing membrane thickness. *Gynecol Obstet Invest.* 2003;55(1):50-7.

- Guttorm Haugen
- Fostermedisinsk seksjon, Fødeavdelingen, Oslo Universitetssykehus
- ghaugen@ous-hf.no

Monochoriote tvillingsvangerskap

Monochoriote tvillingsvangerskap har høyere forekomst av føtale komplikasjoner sammenlignet med dichoriote tvillingsvangerskap og krever derfor hyppigere kontroller med ultralyd. Ved vekstdiskrepans mellom de to tvillingene og ved utvikling av tvilling-tvilling transfusjonssyndrom (TTTS) er det en fordel for diagnostikk og oppfølging å vite chorionisitet før det oppstår eventuelle komplikasjoner (se artikkel av Henrik Husby). Diagnostikk av chorionisitet etter utvikling av vekstdiskordans og ved tidlige stadier av TTTS kan være vanskelig.

Vekstdiskordans og vekstrestriksjon

Intrauterin forskjell i vekst mellom tvillinger på mer enn 20 % har klinisk betydning. En prospektiv multisenter studie fra Irland (Evaluation of Sonographic Predictors of Restricted Growth in Twins – ESPRIT studien) viste en signifikant økning i perinatal morbiditet ved diskrepans på > 18 % [(vekt av største tvilling minus vekt av minste tvilling / vekt av største tvilling) × 100] for både mono- og dichoriote tvillingsvangerskap (1). Vekstdiskordans var i seg selv en risikofaktor selv om begge tvillinger hadde vekt innenfor normalområdet. Hvis i tillegg en av tvillingene var veksthemmet (< 5 percentilen) økte risikoen ved monochoriote men ikke dichoriote tvillingsvangerskap (1).

Ved vekstdiskordans og veksthemning vil overvåkingen og eventuell behandling avhenge av chorionisitet (2). Ca. 95 % av monochoriote tvillingsvangerskap har vaskulære anastomoser mellom de to placentahalvdeler (3). Ved intrauterin

fosterdød hos den ene tvillingen er det derfor risiko for intrauterin fosterdød og cerebrale skader hos den gjenlevende tvillingen pga. blødning via de vaskulære anastomosene. I en oversiktsartikkel og meta-analyse ble risikoen for død hos gjenværende tvilling angitt til 15 % og for cerebrale skader til 25 % (4). I dichoriote svangerskap (ingen vaskulære anastomoser) vil det ved intrauterin fosterdød hos den ene tvillingen være lavere risiko for cerebrale skader hos den gjenlevende tvillingen. Ved vekstdiskordans og veksthemning tidlig i svangerskapet hvor forløsning vil medføre alvorlig prematuritet kan man derfor ved dichoriote svangerskap ta større hensyn til prognosen for den presumptivt friske tvillingen med en avventende holdning til forløsningsstidspunkt. Svangerskapet vil kunne følges med vekstmål og Dopplerundersøkelser som ved single svangerskap hvor tolkningen av resultatene blir tilsvarende. En studie fra 1990-tallet viste gode resultater med en avventende holdning frem til svangerskapsuke 32 (5).

Den økte mortaliteten og morbiditeten for gjenværende tvilling ved intrauterin fosterdød hos en av tvillingene i monochoriote svangerskap gjør det vanskeligere å innta en avventende holdning. På den annen side vil det ved veksthemning og Dopplerforandringer gå lengre tid fra forandringene oppstår til fosteret er alvorlig påvirket ved monochoriote tvillingsvangerskap sammenlignet med dichoriote tvillingsvangerskap. Dette gjør det til en utfordring å følge tvilling-svangerskap med vekstdiskordans og veksthemning. Kunnskap om chorionisitet er derfor avgjørende for denne oppfølgingen. Uansett må forløsningen individualiseres ut fra den totale kliniske situasjonen.

Tvilling- tvilling transfusjonssyndrom

TTTS diagnostiseres hos ca. 10 % av monochoriote, diamniote (MCDA) svangerskap. Vanligvis vil det være en balanse i blodtilførselen over de vaskulære anastomosene i placenta. Ved ubalanse vil

en tvilling avgi blod til den andre (donor vs. resipient) med påfølgende endring av urinproduksjonen hos de to tvillingene. Donor utvikler oligohydramnion og resipient polyhydramnion (oligo- polyhydramnion sekvens) med fostervannslommer på henholdsvis < 2 cm og > 8 cm (ofte brukes definisjonen > 10 cm etter svangerskapsuke 20). Ultralyd viser donor med liten urinblære og resipient med stor urinblære. Forandringer i Dopplerparametere vil kunne utvikle seg hos begge tvillingene. Donor vil ofte være liten og resipienten større av vekt, men dette er ikke et diagnostisk kriterium. Fostervannsmengde, størrelse av urinblæren og endringer i Dopplerparametere brukes til å stadieinndele svangerskap hvor det foreligger TTTS, såkalt Quintero's kriterier (6), se tabell. Pga. stor volumbelastning risikerer resipienten å utvikle hjertesvikt og hydrops.

Diagnosen TTTS stilles ved ultralyd, men vil kunne mistenkes i MCDA tvilling-svangerskap med raskt økende symfysefundus mål. Tilstanden oppstår vanligvis i svangerskapsukene 18 – 26. Ubehandlet er det høy føtal og neonatal mortalitet og morbiditet (spesielt cerebrale skader) for begge tvillinger. Det er forsøkt flere behandlingsalternativ, blant annet med septostomi hvor man stikker hull på skilleveggen mellom de to tvillingene. Denne metoden har ikke vist seg å bedre utfallet og kan føre til funksjonelt monoamniote tvillingsvangerskap. Alternativene i dag er gjentatte fostervannstappinger (amnionreduksjon) fra tvillingen med polyhydramnion (ca. ukentlig) eller laserkoagulering av de vaskulære anastomose. Ved laserkoagulering vil placenta bli delt i to funksjonelle halvdel. En randomisert europeisk studie publisert 2004 viste bedret overlevelse og lavere risiko for cerebrale skader ved 6 mnd. alder ved laserkoagulering sammenlignet med gjentatte fostervannreduksjoner (7). Det er utført

ytterligere en randomisert studie i USA som ikke viste vesentlig bedring ved laserkoagulering versus amnionreduksjon (8). Imidlertid ble det i en nylig publisert oversiktsartikkel og meta-analyse konkludert med lavere forekomst av cerebrale skader etter laserkoagulering (9). Foreløpig er det manglende data for langtidsoppfølging av barna. På grunn av et lavt antall aktuelle pasienter utfører vi ikke laserkoagulering i Norge. De aktuelle pasientene sendes til utlandet (ca. 15 pasienter per år). Ved Quintero's stadium I vil de fleste avvente behandling. Angående TTTS henvises for øvrig til en oversiktsartikkel nylig publisert av Society for Maternal-Fetal Medicine i USA (10).

TTTS er først og fremst en tilstand med store forskjeller i fostervannsmengde forårsaket av ubalanse i blodvolum mellom de to tvillingene. Ved tvilling anemi polycytemi sekvens (TAPS) er et foster anemisk og det andre polycytemisk. Små vaskulære anastomoser gir minimal transfusjon fra den ene til den andre tvillingen som over tid fører til anemi hos den ene og polycytemi hos den andre tvillingen uten store endringer i blodvolum og fostervannsmengde som ved TTTS. TAPS oppstår spontant i ca. 5 % av ellers ukompliserte MCDA svangerskap og noe hyppigere etter laserbehandling for TTTS hvis man ikke får en fullstendig okklusjon av alle anastomoserende blodkar. Anastomose som forårsaker TAPS er mindre enn de som forårsaker TTTS. Tilstanden tilkommer senere i svangerskapet og har lavere morbiditet og mortalitet enn TTTS. Anemi og polycytemi ved TAPS diagnostiseres med Doppler med hastighetsmålinger av blodstrømmen i cerebrale kar på tilsvarende måte som ved anemi pga. Rhesus immunisering (3).

Monochoriote, monoamniote tvillingsvangerskap (MCMA) har en høy føtal

mortalitet (10 – 70 %). Svangerskapene kontrolleres nøye fra svangerskapsuke 26-28 og forløses vanligvis i svangerskapsuke 32-34. Begge fostrene står i fare pga. kompresjon av navlesnoren. Sjelden og lite kjent er TRAP sekvens («twin reversed arterial perfusion») hvor den ene tvillingen sirkuleres fullstendig av den andre via vaskulære anastomoser i placenta. Fosteret som blir sirkulert har ingen egen hjerteaktivitet («acardiac twin») og fosteret som sirkulerer har risiko for hjertesvikt pga. den store volumbelastningen. Ved ultralyd får man lett mistanke om MCMA tvillingsvangerskap og TRAP sekvens. Tilstandene representerer imidlertid terapeutiske utfordringer (3).

Konklusjon

Monochoriote tvillingsvangerskap har en betydelig risiko for komplikasjoner. Kunnskap om chorionisitet før disse oppstår kan være viktig for diagnostikk og behandling. Monochoriote svangerskap må kontrolleres hyppigere med ultralyd enn dichoriote svangerskap.

Referanser:

- Breathnach FM, McAuliffe FM, Geary M et al. Definition of intertwin birth weight discordance. *Obstet Gynecol* 2011;118:94-103.
- Breathnach FM, Malone FD. Fetal growth disorders in twin gestations. *Semin Perinatol* 2012;36:175-181.
- Lewi L, Deprest J, Hecher K. The vascular anastomoses in monochorionic twin pregnancies and their clinical consequences. *Am J Obstet Gynecol* 2013;208:19-30.
- Hillman SC, Morris RK, Kilby MD. Co-twin prognosis after single fetal death: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2011;118:928-940.
- Sebire NJ, D'Ercole C, Hughes K, Rennie J, Nicolaides KH. Dichorionic twins discordant for intrauterine growth retardation. *Arch Dis Child* 1997;77:F235-F236.
- Quintero RA, Morales WJ, Allen MH, Bornick PW, Johnson PK, Kruger M. Staging of twin-twin transfusion syndrome. *J Perinatol* 1999;19:550-555.
- Senat M-V, Deprest J, Boulvain M, Paupe A, Winer N, Ville Y. Endoscopic laser surgery versus serial amnioreduction for severe twin-to-twin transfusion syndrome. *New Engl J Med* 2004;351:136-144.
- Crombleholme TM, Shera D, Lee H et al. A prospective, randomized, multicenter trial of amnioreduction vs selective fetoscopic laser photocoagulation for the treatment of severe twin-twin transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:396.e1-9.
- van Klink JMM, Koopman HM, van Zwet EW, Oepkes D, Walther FJ, Lopriore E. Cerebral injury and neurodevelopmental impairment after amnioreduction versus laser surgery in twin-twin transfusion syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Fetal Diagn Ther* 2013;33:81-89.
- Society for Maternal-Fetal medicine (SMFM). Twin-twin transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208:3-18.

Tabell. Inndeling av tvilling-tvilling transfusjonssyndrom etter Quintero et al. (6).

Stadium	Oligo-/poly-hydramnion	Donor, ikke synlig urinblære	Doppler-forandringer	Hydrops	Fosterdød
I	+	-	-	-	-
II	+	+	-	-	-
III	+	+	+	-	-
IV	+	+	+	+	-
V	+	+	+	+	+

- Jeanne Mette Goderstad
- Overlege, PhD student, Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus
- jmgoderstad@hotmail.com

Til New York for å bli god!

Til sommeren drar Ane Gerda Zahl Eriksson til New York for å bli sub-spesialist i gynekologisk onkologi. Hun starter et to-årig internasjonalt fellowship på sykehuset Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC). Dette er et av verdens meste prestisjetunge cancersykehus. Det er kun en kandidat som tilbys denne stillingen ved gynonkologisk avdeling hvert år.

Hvordan kom du på dette?

En god venn og studiekamerat av meg var fellow ved MSKCC innen et annet fagfelt for noen år siden. Han visste at jeg var interessert i gynekologisk onkologi, og anbefalte meg å komme på besøk. I januar 2010 tok jeg meg fri fra min LIS-stilling og dro på en ukes hospitering ved gynekologisk avdeling, MSKCC. Jeg ble overbevist om at dette var noe for meg.

Hvorfor vil du fordype deg i dette fagområdet?

Gynekologisk onkologi har alt; det krever kunnskap om medikamentell behandling og stråling, det byr på spennende forskning, avansert kirurgi og tverrfaglig samarbeide. Det er topp!

Fellowship: Hva er det?

Mitt fellowship er et strukturert utdanningsprogram i gynekologisk onkologi i en multidisiplinær setting. Programmet skal gi kandidaten de ferdigheter som er nødvendige for å praktisere i faget gynonkologi. I hovedsak vil jeg være ved gynekologisk avdeling hvor man gjennomfører kirurgisk behandling av gynekologisk kreft. Jeg kommer til å rotere til avdelinger for strålebehandling, kjemoterapi,

urologi og colorectal kirurgi. Det vil også bli muligheter for forskning.

Hva er målet med et slikt opphold?

Å få gå i lære ved MSKCC, med all den kunnskap de har, og det volumet av pasienter de behandler hvert år, vil gi meg erfaringer og inspirasjon jeg kan ta med meg hjem til Norge.

Hva må til for å få et slikt fellowship?

For å kunne søke må man ha gjennomført sin spesialistutdanning i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Utenlandske søkere må ha bestått USMLE eksamen, (United States Medical Licensing Examination) og ha ECFMG sertifikat.

For å få New York lisens og oppholdstillatelse må man ta flere eksamener for New York state. Det at professor Claes Trope ved Radiumhospitalet har støttet min søknad har vært uvurderlig.

Familie og sosialt

Ane Gerda er konstituert overlege ved Radiumhospitalet. Hun har gjennomført sin spesialistutdanning ved Ringerike sykehus og ved Oslo universitetssykehus. Hun har

to barn og mann som også blir med til NY. De skal bo i sykehusleilighet på campus, og barna skal gå på lokal amerikansk skole.

Sykehuset

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center er et av de høyest rankede cancersykehus i USA og i verden. Les om sykehuset på MSKCC.org

Dere får muligheten til å lese mer om hennes hverdag i NY da vi planlegger flere reisebrev i årene fremover.

Vi ønsker henne god tur og ser frem til å få en superspesialist i gynonkologi tilbake til Norge om noen år.



Tusen takk for forskningsstipend

Jeg er takknemlig for at jeg fikk forskningsstipend på 50.000kr. Da jeg ikke var tilstede på årsmøtet benytter jeg muligheten til å skrive i Gynekologen om mitt prosjekt og takke for stipendet. Mitt forskningsområde er ferdighetstrening i laparoskopisk kirurgi. Forskningen inngår i et doktorgradsprosjekt.

Det utdannes kompetente leger i dag. Mester-svenn prinsippet har vært rådende for opplæringen. Tidene endrer seg og faktorer som krav til produksjon, krav til effektivitet på operasjonsstuen og arbeidstidsbestemmelser for leger er faktorer som kan redusere pasienttilgangen til leger i spesialisering og dermed påvirke deres mulighet til operativ erfaring.

Utviklingen av teknisk utstyr og simuleringmuligheter kan bidra positivt i utdanningen. Innenfor laparoskopisk kirurgi har det de siste årene vært mulig å trene

operasjonsteknikk på boksmodeller og på simulatorer. Før vi innfører krav til bruk er det viktig å evaluere om de har den effekten vi ønsker.

Mine studier:

1. Objective assessment of surgical competence in gynecological laparoscopy. Development and validation of two rating scales for laparoscopic supracervical hysterectomy (LSH)
2. Objective assessment of gynecological laparoscopic skills using a virtual reality simulator.
3. A structured training program in laparoscopic hysterectomy and the laparoscopic performance in the operating room. A prospective randomized, controlled trial.

Målet med de planlagte studier er å teste evalueringsskjema til vurdering av kirurgiske ferdighet ved utførelsen av en hysterektomi, registrere og teste laparoskopisimulatorens bruksområde og lage et treningsprogram for utførelsen av en laparoskopisk supracervical hysterektomi.

Til nå har utdanningen vært basert på

tid, antall år i spesialisering og antall inngrep utført. Dette prinsippet gir ingen garanti for at de som utdannes behersker ulike prosedyrer. Utdanningen bør bli mer ferdighetsbasert. Skal dette være mulig trenger vi evalueringsmetoder og treningsprogram noe våre studier forhåpentligvis kan bidra med.

Jeg reiser rundt til ulike sykehus og rekrutterer leger til studie to og etter hvert også til studie tre.

Stipendiet skal dekke reiseutgifter i forbindelse med dette.

Jeg håper å kunne presentere resultatene fra første studie på årsmøtet til høsten.

Jeanne Mette Goderstad
Overlege
PhD student
Gynekologisk avdeling
Oslo Universitetssykehus.



NYHET!

2013
YEAR
OF THE
OVERACTIVE
BLADDER

ET HELT NYTT BEHANDLINGS- PRINSIPP INNEN OVERAKTIV BLÆRE

- Ny virkningsmekanisme^{1,2}
- Effekt på alle grunnleggende OAB-symptomer^{1,2}
- Munntørrhet på placebonivå^{1,2}



Betmiga™ 50 mg
mirabegron

Den første β_3 -agonisten godkjent for
behandling av OAB

PÅ BLÅ RESEPT

Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskoder:

ICPC	Kode	Tekst	Vilkår	ICD	Kode	Tekst	Vilkår
U04		Urininkontinens	Ingen spesifisert	N39.4		Annen spesifisert urininkontinens	Ingen spesifisert

Vilkår: Ingen

Referanser: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395. **Betmiga Urologisk spasmolytikum.** ATC-nr.: G04BD1 **DEPOTTABLETTER, filmdrasjerte 25 mg og 50 mg:** Hver tablett inneh.: Mirabegron 25 mg, resp. 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 25 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172). 50 mg: Gult jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 50 mg daglig. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon: Preparatet er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 ml/minutt/1,73 m² eller pasienter som trenger hemodialyse) eller ved alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C), og anbefales ikke til disse pasientgruppene. Det foreligger begrensede data fra pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 ml/minutt/1,73 m²) og det anbefales en dosereduksjon til 25 mg for denne pasientgruppen Tabellen viser anbefalt daglig dose for pasienter med nedsatt lever- eller nyrefunksjon ved fravær og tilstedeværelse av sterke CYP 3A-hemmere.

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

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

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

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

pasienter som bruker legemidler som er kjent for å gi forlenget QT-intervall er imidlertid ikke inkludert i studiene, og effekten er ukjent. Varsomhet må utvises ved bruk til disse pasientene. **Interaksjoner:** Hos pasienter med lett til moderat nedsatt nyrefunksjon (GFR 30-89 ml/minutt/1,73 m²) eller lett nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse A), som samtidig får behandling med sterke CYP 3A-hemmere (f.eks. itrakonazol, ketokonazol, ritonavir og klaritromycin), er anbefalt dosering 25 mg/dag. Det bør utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler med smal terapeutisk indeks som metaboliseres signifikant via CYP 2D6, slik som tioridazin, antiarytmika type 1C (f.eks. flekainid, propafenon) og trikykliske antidepressiver (f.eks. imipramin, desipramin). Det bør også utvises forsiktighet ved samtidig bruk av CYP 2D6-substrater, der dosen titreres individuelt. For pasienter som skal starte behandling med en kombinasjon av Betmiga og digoksin, bør laveste dose digoksin forskrives i starten. Digoksinkonsentrasjonen i serum bør overvåkes og brukes til titrering av digoksin-dosen for å oppnå ønsket klinisk effekt. Det bør tas hensyn til muligheten for at mirabegron kan virke hemmende på P-gp ved kombinasjon med sensitive P-gp-substrater, som f.eks. dabigatran. Økt eksponering for mirabegron forårsaket av interaksjoner kan være forbundet med forhøyet puls. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som prøver å bli gravide. **Amming:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger: Vanlige (f1/100 til <1/10):** Hjerter/kar: Takykardi. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. **Mindre vanlige (f1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerter/kar: Palpitasjon, Atrieflimmer. Hud: Urticaria, utslett, inkl. makuløst og papuløst utslett, pruritus. Infeksiøse: Vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnsganer/bryst: Vulvovaginal pruritus. Muskelskjelettsystemet: Hovne ledd. **Undersøkelser:** Forhøyet blodtrykk, forhøyet GGT, forhøyet ASAT, forhøyet ALAT. **Sjeldne (f1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Leppeødem. Hud: Leukocytoklastisk vaskulitt, purpura. Øye: Øyelokksødem. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Opptil 300 mg daglig i 10 dager, ga økt puls og økt systolisk blodtrykk ved administrering til friske. **Behandling:** Symptomatisk og støttende. Monitorering av puls, blodtrykk og EKG anbefales. **Pakninger og priser: 25 mg:** 30 stk. (blistre) kr. 369,40. 90 stk. (blistre) kr. 1038,30. **50 mg:** 30 stk. (blistre) kr. 369,40. 90 stk. (blistre) kr. 1038,30. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode:** ICPC: U04 Urininkontinens **ICD:** N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vilkår:** Ingen spesifisert. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk d. 20.12.2012. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 19.04.2013.



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

Molecular markers of clinical outcome and chemotherapy treatment response in advanced ovarian carcinoma

Lege Thea Eline Hetland ved Institutt for klinisk medisin har nylig forsvart sin avhandling for graden PhD.

Studien ble utført ved Avdeling for Gynekologisk Kreft ved Radiumhospitalet, der hun har arbeidet som LIS-lege, og i samarbeid med Patologisk avdeling ved samme sykehus. De fleste pasienter med eggstokkreft har god effekt av den første behandlingen, bestående av kirurgi med etterfølgende cellegift. Likevel får de fleste tilbakefall og dør av sin sykdom. En av årsakene er at effekten av cellegift avtar over tid, blant annet grunnet heterogenitet og resistensutvikling i kreftcellene. I ph.d.-avhandlingen har hun og hennes med-

arbeidere studert uttrykk av ulike biologiske markører i vevsprøver fra kvinner med sene stadier av kreft i eggstokkene. De har undersøkt disse



Thea Eline Hetland.

markørenes sammenheng med resistens mot cellegift og overlevelse. Målet med studien var å få mer innsikt i biologien til avansert eggstokkreft og søke etter biologiske markører som kan være med å danne grunnlaget for mer målrettede behandlingsstrategier i fremtiden. Arbeidet inkluderte 307 pasienter med vevsprøver innsamlet fra 1998 til 2008 ved Radiumhospitalet. Både prøver fra primærtumor, solide metastaser og ascites/pleuravæske ble studert. Ekspresjon av protein og mRNA ble undersøkt med metoder som immunhistokjemi og qRT-PCR. Videre har hun også testet vevsprøver med cellegift i laboratoriet for å undersøke om man på den måten kan forutsi behandlingsresistens.

Enkelte markører var ulikt uttrykt i primærtumor og metastaser (f.eks. MGST1), og i prøver innsamlet før eller etter behandling med cellegift (f.eks. Aurora-A og Aurora-B). Andre markører var uendrede.

I en av artiklene foreslår forfatterne at HMGA2 er universelt uttrykt i eggstokkreft uavhengig av om det er i primærtumor eller metastaser, eller om pasienten har fått cellegift eller ei. I andre artikler foreslår Hetland og hennes medarbeidere at ekspresjonen av class III-beta tubulin og Aurora-B i ascites/pleuravæske før pasienten får behandling, kan brukes til å forutsi kjemoresistens. Enkelte av de biologiske markørene i studien kan således være mulige kandidater for videre undersøkelser i utviklingen av ny skreddersydd medisinsk behandling. I den siste artikkelen presenteres en in vitro-test for kjemoterapirespons, hvor forskningsgruppen fant en grenseverdi som kunne forutsi hvilke pasienter som var resistente. En slik test vil kunne spare resistente pasienter for uvirksom cellegiftbehandling og påfølgende alvorlige bivirkninger.

- Stine Bernitz
- Kvinneklinikken, Sykehuset Østfold
- stiber@so-hf.no

Differentiated birth care for low-risk women, medical and economic perspectives

Stine Bernitz er jordmorutdannet ved Høgskolen i Akershus i 1999 med MSc i jordmorvitenskap fra Sahlgrenska akademien 2008. Hun har sittet i Nasjonalt Råd for Fødselsomsorg 2005-2008 og i Fagrådet for Nyfødttmedisin og fødsels- og svangerskapsomsorg Helse Sør/Øst, 2009-2011. Under PhD-perioden har hun vært tilknyttet Universitetet i Tromsø, Institutt for Klinisk Medisin. Arbeider i dag som fag og forskningsjordmor ved Kvinneklinikken Sykehuset Østfold og forskningsinteressen er knyttet til fødselsomsorg for lavrisikokvinner.

Disputerte for graden PhD, 8.mars 2013 ved Sykehuset Østfold i regi av universitetet i Tromsø. Veiledere var professor Pål Øian UNN/UiT, forskningsleder Ellen Blix UNN/UiT og professor Leiv Sandvik OUS/UiO

Det har vært en stigende trend mot sentralisering av fødselsomsorgen til større klinikker i industrialiserte land i løpet av de siste tiårene. En økende tilgjengelighet og en økende bruk av medisinsk teknologi har fått forskere til å stille spørsmål om lavrisiko kvinner utsettes for overflødige intervensjoner. Som en motvekt til sentral-

iseringen og medikaliseringen av fødselsomsorgen, har lavrisiko enheter blitt etablert. Disse enhetene kan være frittstående utenfor sykehus eller etablert som



Stine Bernitz.

en fysisk atskilt enhet inne i sykehuset. Lavrisiko enheter er som oftest ledet av jordmødre som har ansvar for mor og barn gjennom det normale fødselsforløpet, mens det medisinske ansvaret ligger hos obstetrikere ved fødeavdelingen i sykehuset, eller referansesykehuset. Enhetene tilbyr omsorg til lavrisiko kvinner med forventet normal fødsel og overflytting til obstetrisk enhet blir aktuelt dersom mer medisinsk overvåking eller inngripen er nødvendig. I Norge er det i dag fødestueenheter ved fem av landets Kvinneklinikker: Storken ved Haukeland Universitetssjukehus, Fødetun A ved Akershus Universitetssykehus, ABC ved Oslo Universitetssykehus, Fødeloftet ved Stavanger Universitetssjukehus og Fødestuen ved Sykehuset Østfold.

Føde-barselseksjonen ved Sykehuset Østfold med ca 3000 fødsler per år innførte i 2004 differensiert fødetilbud, og føde-barselseksjonen ble delt inn i tre separate føde-barselenheter plassert i hver sin etasje i samme bygg: Fødestuen, Normalenheten

og Spesialenheten. Fødestuen er organisert for lavrisiko kvinner som foretrekker fødsel i et hjemmelignende miljø med minst mulig intervensjon. For å kunne føde ved Fødestuen må kvinnene fylle seleksjonskriteriene for enheten. Kvinnene blir flyttet til en av de andre enhetene dersom utvidet overvåking er nødvendig eller dersom ansvaret for fødselen bør overføres til en obstetriker. Normalenheten etterkommer behovene for kvinner med forventet normal fødsel. Enheten har tilgang på utvidet overvåkingsutstyr, epidural bedøvelse og operativ vaginal forløsning, det vil si at det ikke er behov for overflytting til Spesialenheten dersom utvidet omsorg er påkrevd i løpet av fødselen. Spesialenheten tar hånd om kvinner med utvidet behov for omsorg og oppfølging i graviditeten, under fødselen og i barsel perioden.

Randomisert studie

Ved Sykehuset Østfold ble det mellom september 2006 og februar 2010

gjennomført en randomisert kontrollert studie med den hensikt å undersøke eventuelle forskjeller i medisinsk utcome mellom Fødestuen sammenlignet med en standard obstetrisk enhet presentert ved Normalenheten og Spesialenheten, med operativ forløsningsfrekvens som primært endemål (Studie I). For å undersøke om Fødestuen var kostnads effektiv, ble en sammenligning mellom denne, og Normalenheten og Spesialenheten kombinert, kalt standard obstetrisk enhet gjennomført ved å analysere resultatene fra studien sammen med sykehuset eget aktivitetsbaserte kostnadssystem; kostnad per pasient (KPP) (Studie II). Med bakgrunn i at andelen lavrisiko førstegangs fødende kvinner inkludert i studien (747) som ble stimulert med oxytocin viste seg å være uventet høy ved alle de tre enhetene og at oxytocin til en viss grad ble gitt uten skikkelig indikasjon, ble dette undersøkt videre. Bruken av oxytocin samt assosiasjoner mellom langsom fremgang og uønskede fødselsutfall, og assosiasjoner mellom bruken av oxytocin og uønskede fødselsutfall ble beskrevet og analysert i en kohort studie (Studie III).

Analysene presentert i de tre vitenskapelige artiklene inkludert i denne avhandlingen

baserer seg på materiale og funn fra den randomiserte kontrollerte studien. Alle kvinner som fødte ved sykehuset Østfold i studieperioden fikk skriftlig informasjon om studien, og de som fylte inklusjonskriteriene og sa seg villig til å delta, signerte en samtykkeerklæring ved rutine ultralyd ved ca 18 ukers graviditetsvarighet. De 1111 lavrisiko kvinnene som fremdeles fylte kriteriene og var villige til å delta ved spontan fødselsstart ble inkludert og randomisert til en av de tre enhetene Fødestuen (412), Normalenheten (417) og Spesialenheten (282).

Studie I

Det var ikke signifikante forskjeller i operativ forløsnings frekvens mellom enhetene, respektive 16 %, 18 % and 18.8 % på Fødestuen, Normalenheten og Spesialenheten. Bruken av oxytocin og epidural bedøvelse var signifikant lavere ved Fødestuen sammenlignet med Normalenheten og Spesialenheten. Kvinner som ble randomisert til Fødestuen fikk akupunktur som smertelindring i signifikant større grad enn ved de to andre enhetene. Ingen andre signifikante forskjeller i medisinske utcome ble funnet mellom de tre enhetene. Studie II: Kost-effekt analysen viste at det å føde ved

Fødestuen førte til en signifikant reduksjon i kostnadene sammenlignet med standard obstetrisk enhet sett at det var likt belegg ved enhetene, uten å svekke de medisinske resultatene. Total kostnader per opphold var respektive Kr 13.142,- og Kr 15.327,- ved Fødestuen og standard obstetrisk enhet (Normalenheten og Spesialenheten). Studie III: Av alle 747 førstegangs fødende studiedeltagere ble 43.8 % stimulert med oxytocin hvorav 42.5 % ikke fylte kriteriene for langsom fremgang da oxytocin dryppet ble startet. Det var en signifikant økt risiko for operativ vaginal forløsning og episiotomi hos studiedeltagere uten langsom fremgang dersom de ble stimulert med oxytocin.

For lavrisiko kvinner uten uttrykt ønske om fødested påvirkes den operative forløsningsfrekvensen ikke signifikant av omsorgsnivå. Andelen medisinske intervensjoner som epidural og stimulering med oxytocin er signifikant høyere ved Normalenheten og Spesialenheten sammenlignet med Fødestuen uten å bedre utcome. Resultatene i kost-effekt analysen støtter organisering av fødselsomsorgen for lavrisiko kvinner i en separat jordmorstyrt enhet. Fokus bør holdes på kriterier for fremgang i fødsel og på retningslinjer for stimulering med oxytocin for å unngå unødig bruk da dette kan bidra til å forhindre unødige instrumentelle vaginale forløsninger.

Publikasjoner

- Bernitz S., Rolland R., Blix E., Jacobsen M., Sjøborg K., Øian P. Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. *BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2011;118:1357-1364.
- Bernitz S., Aas E., Øian P. Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. *Midwifery* 2012;28:591-9.
- Bernitz S., Øian P., Rolland R., Sandvik L., Blix E. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery* 2013: accepted.

Relative risiko (RR) med Fødestuen som referanse

Variabel	Fødestuen vs Normalenheten		Fødestuen vs Spesialenheten	
	RR	95% CI	RR	95% CI
Operativ forløsning	0.90 (0.67 – 1.22)		0.87 (0.62 – 1.20)	
Operativ vaginal forløsning	0.85 (0.58 – 1.25)		0.98 (0.65 – 1.52)	
Keisersnitt	1.01 (0.58 – 1.75)		0.71 (0.41 – 1.24)	
Dystoci*	0.79 (0.65 – 0.96)		0.72 (0.59 – 0.89)	
Oxytocin stimulering	0.73 (0.59 – 0.89)		0.69 (0.56 – 0.86)	
Epidural	0.68 (0.51 – 0.90)		0.64 (0.47 – 0.86)	
N ₂ O	0.99 (0.90 – 1.09)		0.92 (0.83 – 1.02)	
Akupunktur som smertelindring	1.45 (1.25 – 1.69)		1.45 (1.22 – 1.73)	
Postpartum blødning > 1000ml	0.79 (0.30 - 2.09)		0.59 (0.20 - 1.41)	
Episiotomi av alle vaginale forløsninger	0.85 (0.66 – 1.09)		0.78 (0.60 – 1.02)	
Sfinkter skader	0.56 (0.19 – 1.66)		0.67 (0.20 – 2.28)	
Apgar score <7 ved 5 min	0.68 (0.19 – 2.37)		2.74 (0.31 – 24.37)	
Metabolsk acidose**	0.78 (0.25 – 2.42)		1.10 (0.30 – 4.0)	
Overflytting til NFI***	1.25 (0.76 – 2.05)		1.15 (0.67 – 1.99)	

* Dokumentert dystoci

** Metabolsk acidose: navlesnors prøve med arterial pH <7.05 og BE<-12

***Overflytting av nyfødt til nyfødtintensivavdeling innen to timer etter fødsel

- Tor O. Tveit
- Sørlandet sykehus Kristiansand

Remifentanil as analgesia for labour pain

Tor O. Tveit har i mange år jobbet som anestesilege ved Sørlandet sykehus Kristiansand. Han disputerte april 2013 for PhD-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: "Remifentanil as analgesia for labour pain".

Epidural regnes som den mest effektive metoden for behandling av smerter under fødsel. De som ikke ønsker epidural, eller ikke kan få det, mangler et effektivt og trygt alternativ. Petidin og morfin har vært mye brukt, men er farmakologisk lite egnet. Er bruken av opioider på fødestuene mer tuftet på tradisjon enn på evidens? Det er flere nyere kortvirkende opioider. Kan en overføre kunnskap og erfaring med nyere opioider fra anesthesi/intensiv enheter til fødselsanalgesi? Kan en endre praksis for gruppen uten epidural?

Remifentanil har rask virkning og kort virketid sammenlignet med andre lignende medikamenter (petidin, morfin), og har i mange år blitt brukt under narkose og til behandling av intensivpasienter. Hensikten med Tveits doktorgradsarbeid var å samle kunnskap om medikamenter og metoder som brukes til smertelindring under fødsel i Norge, og dernest vurdere om Remifentanil kan brukes til slik behandling.



Tor O. Tveit.

Undersøkelse av norsk praksis

I 2005 ble det sendt ut spørreskjema til 46 fødeavdelinger i Norge med fokus på bruk av epidural og bruk av systemiske opioider. Hele 43 avdelinger svarte på spørreundersøkelsen, hvilken ga svarprosent på 93.5 %. Svarene viste en EDA frekvens på 25.9 % med Bupivacain som mest brukte lokalanestesimiddel og Sufentanil som mest brukte opioid. Pethidin var det vanligst brukte opioid for systemisk administrasjon, ble brukt ved 77 % av avdelingene. Intramuskulær administrasjon var vanligst brukt administrasjonsform.

I 2008 ble spørreskjemaet på ny sendt ut. Denne gangen til de 19 største fødeavdelingene i Norge, alle med mer enn 1000 fødsler i året. Det ble observert bare små endringer i praksis, med unntak av en avdeling som rapporterte over 50 % økning i bruk av EDA.

Epidural brukes sjeldnere i Norge enn i mange andre vestlige land. Bruken har likevel økt betydelig de siste årene. Norsk praksis synes å være konservativ, og tradisjonelle medikamenter som lystgass, petidin og morfin brukes hyppig. Nyere kortvirkende opioider som Remifentanil, brukes sjelden.

Observasjonsstudie

Remifentanil ble gitt til 41 fødende som hadde gjennomgått normale singel svangerskap og som gikk i fødsel til termin. Remifentanil ble gitt som IVPCA (Intravenous Patient-Controlled Analgesia). Det ble gitt trappetrinns dosering, uten bakgrunnsinfusjon. Smerten ble vurdert ved bruk av visual analog scale (VAS). Systolisk og diastolisk blodtrykk, respirasjonsfrekvens og oksygenmetning hos kvinnen ble jevnlig monitorert. Neonatal data inkluderer Apgar score, klinisk undersøkelse, bruk av naloxone, resusitering, navlesnors blodgass og remifentanil konsentrasjon.

Table 4 Neonatal outcome

Gestational age (weeks)	40 (1.2)
Birth weight (g)	3609 (404)
Apgar score	
1 min	9 [6–9]
5 min	9 [8–10]
10 min	9 [9–10]
pH	
umbilical vein (n=36)	7.26 (0.07)
umbilical artery (n=25)	7.20 (0.07)
Base excess (mmol/L)	
umbilical vein (n=33)	−4.6 (4.1)
umbilical artery (n=23)	−4.6 (5.3)
Remifentanil (ng/mL)	
umbilical vein (n=16)	0.4 (0.4)
umbilical artery (n=15)	0.2 (0.2)
UA/UV-ratio	0.5
Remifentanil acid (ng/mL)	
umbilical vein (n=16)	10.5 (5.9)
umbilical artery (n=15)	10.8 (7.0)
UA/UV-ratio	1.0

Data are mean (SD) or median [range]; UA: umbilical artery; UV: umbilical vein.



Årsmøtet i Norsk gynekologisk forening 2013

Medlemmer som ønsker saker satt på dagsorden til **GENERALFORSAMLINGEN** fredag 25. oktober 2013 bes melde disse til styret så snart som mulig og senest innen fire uker før årsmøtet.

Funnene viste signifikant smertereduksjon ved slutten av åpningsstadiet og ved slutten av utdrivningsfasen. Maksimal smertereduksjon var 60 %. En kvinne hadde utilfredstillende effekt og ble konvertert til EDA. 93 % av kvinnene var fornøyd med sin smertelindring. Den laveste oksygenmetningen var 91 % og lavest respirasjonsfrekvens var 9/min. 11 deltakere fikk oksygentilskudd grunnet oksygenmetning lavere enn 92 %. Maternell sedasjon var moderat og neonatale data betryggende.

Konklusjonen av observasjonsstudien var at Remifentanil IVPCA gir tilfredstillende smertelindring og tilfredshet under hele fødselen. Maternell sedasjon og respirasjons depresjon kan oppstå, men ingen alvorlige

neonatale sideeffekter ble registrert. God overvåkning er nødvendig.

Randomisert studie

Neste trinn var en randomisert studie hvor en sammenlignet Remifentanil IVPCA med epidural på fødselsmerter gjennom fødselsforløpet. Det ble registrert smertestillende effekt og tilfredshet, samt bivirkninger hos mor og barn. Det ble inkludert 39 kvinner med normale, enkelton svangerskap. Dataene til 37 ble analysert (se figur).

Begge behandlingene ga god smertelindring, men med høyere smertescore i Remifentanilgruppen (RA gruppen). Smertereduksjon ved enden av første og gjennom andre stadium

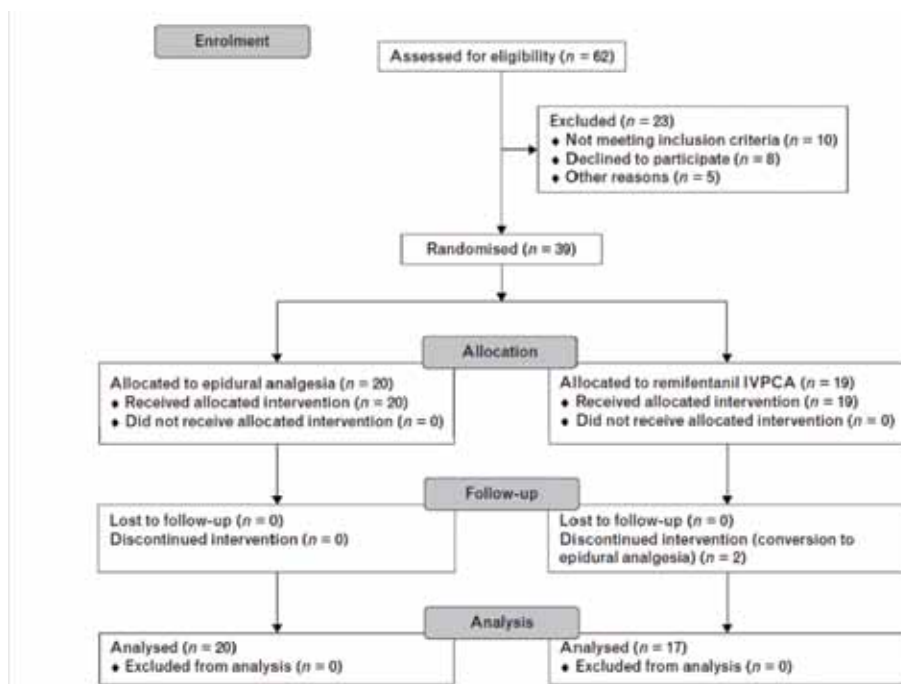
samt maksimal smertelindring, var lik i de to gruppene. Det ble ikke funnet forskjell i tilfredshet. 2 kvinner i RA gruppen fikk EDA, 1 grunnet utilstrekkelig smertelindring og 1 grunnet obstetrisk årsak. Det ble påvist mer sedasjon og lavere O₂ metning i RA gruppen. God overvåkning er nødvendig. Neonatal outcome viste betryggende funn.

Konklusjon:

For fødende som ikke kan eller ikke vil ha EDA, kan Remifentanil IVPCA være et alternativ ved behov for god fødselsanalgesi. Remifentanil IVPCA gir effektiv smertelindring, men også økt sedasjon og respirasjondepresjon, så det vil være viktig med nøye overvåkning og tilgjengelig kompetanse.

Publikasjoner:

- Analgesia for labour: a survey of Norwegian practice - with a focus on parenteral opioids.
- Tveit TO, Halvorsen A, Rosland JH. Acta Anaesthesiol Scand. 2009 Jul;53(6):794-9
- Efficacy and side effects of intravenous remifentanil patient-controlled analgesia used in a stepwise approach for labour: an observational study. Tveit TO, Halvorsen A, Seiler S, Rosland JH. Int J Obstet Anesth. 2013 Jan;22(1):19-25
- Labour analgesia: a randomised, controlled trial comparing intravenous remifentanil and epidural analgesia with ropivacaine and fentanyl. Tveit TO, Seiler S, Halvorsen A, Rosland JH. Eur J Anaesthesiol. 2012 Mar;29(3):129-36



Study patient flow, IVPCA, intravenous patient-controlled analgesia.

- Jørg Kessler
- Overlege, PhD, Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus
- joerg.kessler@helse-bergen.no
- Knut Hordnes
- Leder, Norsk gynekologisk forening
- Knut.Hordnes@kk.uib.no

Hvem måler kvalitet i fødselshjelpen og hvordan?

Vi vet at alle foreldre forventer høy kvalitet i fødselshjelp når deres barn skal komme til verden, og det med rette: våre verktøy i diagnostikk og overvåkning under svangerskap og fødsel blir stadig bedre og krever i større grad enn før spesialkompetanse. Til tross for dette vil noen fødsler ha et negativt utfall. Dette kan skyldes svikt i etablert diagnostikk og behandling, mangel på diagnostiske redskap eller årsaksfaktorer vi ikke kjenner til. Ofte er bildet sammensatt og vanskelig og en vurdering vil kreve både høy klinisk kompetanse og oppdatert kunnskap på fagfeltet.

Ekstern evaluering i Norsk Pasientskadeerstatning og Helsetilsynet

De fleste av oss vil granske seg selv kritisk når utfallet en sjelden gang er dårlig. En slik vurdering kan mangle objektivitet og dermed virke lite tillitsvekkende ovenfor kvinnen og pårørende. Det er derfor etablert systemer for en ekstern kvalitetskontroll, dels med fokus på erstatningskrav fra pasienten (Norsk Pasientskadeerstatning, NPE), dels med fokus på mulig brudd av helsepersonell loven (Helsetilsynet). NPE bruker i nesten alle klagesaker medisinske sakkyndige, i forbindelse med fødselsskader hos barnet gjerne både gynekolog og barnelege. Påklaget avdeling får anledning å kommentere sakkyndiguttalelsen og dyp uenighet i sakkyndigvurderingen kan føre til bruk av mer enn en sakkyndig i samme sak. Det finnes en veletablert ankeinstans for pasienten, nemlig Pasientskadenemnda, som også vil benytte minst en sakkyndig. I tredje instans kommer evt. domstolene.

Dette står i sterk kontrast til tilsynssaker. Selv om regelverket åpner for bruk av medisinsk sakkyndig (1) og disse sakene i kompleksitet og alvorlighetsgrad ikke skiller seg fra NPE saker, behandles mange av disse av Helsetilsynet lokalt (fylkeslegen) og uten bruk av medisinsk sakkyndig. Dette kan være berettiget siden fokuset ligger på system- og internkontroll. Men fylkeslegens vedtak - med potensielle konsekvenser for avdelingen og helsepersonell - kan ikke påklages og i en slik situasjon kan det være problematisk når saken ikke har blitt vurdert av en spesialist i faget. I en nylig publisert studie om tilsynssaker fra tre fylker over en treårsperiode ble fylkeslegens avslutningsbrev brukt som informasjons- og datakilde. (2) Forfatterne innrømmer - med rette - at dette var en svakhet og at resultatene derfor måtte tolkes med forsiktighet. (2) Det er viktig å minne om at en tilsynssak i prinsippet kan likestilles med en kasuistikk i rangstigen av evidens i medisinen. Den kan utvilsomt ha læringspotensiale, men man bør være

forsiktig med å anbefale endringer i medisinsk praksis på bakgrunn av slike saker.

Hva skal vi lære av klagesakene?

Hva skal vi lære av klagesakene, og har fagpersonell, myndigheter og helseforetakene tatt det innover seg? En gjennomgående faktor i medholdsaker i NPE (3) og i tilsynssaker med perinatal død eller skade (2, 4) er mangel på eller feiltolkning av fosterovervåkning. Norsk gynekologisk forening ved referansegruppen for fødselsovervåkning tok 2011 initiativ til etablering av en internett basert læringsplattform for CTG og STAN, tilgjengelig for alle fødeavdelinger i landet. Det er komplett uforståelig at alle regionale helseforetak av slo et spleiselag om finansiering av en slik e-læringsplattform. Etableringen ville koste 3 millioner kroner og årlige driftskostnader er beregnet til 200000 Kr. Til sammenlikning lå det gjennomsnittlige erstatningsbeløpet i NPE for én fødselsskade hos barnet fra 1994 til 2008 ved 3,6 millioner kroner og det ble årlig utbetalt cirka 40 millioner kroner.

Fra enkelt kasus til institusjons og populasjonsdata

En vesentlig svakhet i studier som analyserer klagesaker er usikkerhet i telleren (hvor mange skader ble ikke meldt/klaget på) og manglende relasjon til nevneren (totalt antall fødsler på en avdeling/ i hele landet). Dersom vi som fagpersonell virkelig ønsker å danne oss et objektivt bilde over kvaliteten i fødselsovervåkingen må vi løfte blikket fra den enkelte sak og se på institusjons- og populasjonsbaserte data. Også tilsynsmyndighetene etterlyser bruk av helsestatistikk i internkontroll av medisinsk virksomhet: Kvinneklinikken i Bergen fikk bl. a. nylig kritikk for manglende bruk av statistikk i justering av egen virksomhet (5), selv om den eneste institusjonsbaserte studien om fødselsutfall relatert til fosterovervåking utgår fra denne avdelingen. (6) Dessverre er det fortsatt mange fødeavdelinger, som ikke har noe systematisk oversikt over forekomst av for eksempel metabolsk acidose ved fødsel på egen institusjon. Norske populasjonsbaserte data fra Medisinsk Fødselsregister (MFR) begrenser seg til perinatal mortalitet og Apgar score. Anvendt metode for fosterovervåking under fødsel blir ikke registrert. Det er gledelig at både denne informasjonen og syre base analyse i navlesnoren ved fødsel vil bli en del av fødselsmeldingen til MFR. Dette vil gi et betydelig løft for kvalitetssikring i norsk fødselshjelp. Det er derimot svært beklagelig at implementering av revidert fødselsmelding har blitt nedprioritert av e-helse prioriteringsrådet på regionalt helseforetaksnivå.

Det bør være kvalitet i fødselsomsorgen, og kvalitet i tilsynsapparatet når hendelser skal etterprøves. Systematisk kvalitetssikring i fødselshjelpen er dessverre så langt for en stor del en fritidsbeskjeftigelse. Etablering og forbedring av eksisterende registre og konkrete initiativ til kvalitetsforbedring ser dessverre ikke ut til å være prioritert av helseforetakene. Myndighetene bør ta et større ansvar her. De bør også være sitt ansvar bevisst når hendelser etterprøves. NPE systemet er velfungerende. Helsetilsynet har en vei å gå. Hendelser som oftest vurderes uten bruk av sakkyndig mener vi ikke er godt nok.

Referanser

1. Helsetilsynet. Veileder i behandling av hendelsesbaserte tilsynssaker del I (for Fylkesmannen). 2009:28.
2. Johansen LT, Oian P. Neonatal deaths and injuries. Tidsskr Nor Laegeforen. 2011 Dec 13;131(24):2465-8.
3. Andreasen S, Backe B, Jorstad RG, Oian P. A nationwide descriptive study of obstetric claims for compensation in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012 Oct;91(10):1191-5.
4. Johansen BK, Braut B, Schou P. [Adverse events related to care in obstetric units]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2007 Oct 18;127(20):2670-2.
5. Rapport fra tilsyn med Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus, Kvinneklinikken 7. mars 2013. Available from: <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Hordaland/2013/Helse-Bergen-HF-Haukeland-Universitetssykehus-Kvinneklinikken-2013/>.
6. Kessler J, Moster D, Albrechtsen S. Intrapartum monitoring of high-risk deliveries with ST analysis of the fetal electrocardiogram: an observational study of 6010 deliveries. Acta Obstet Gyn Scand. 2013;92(1):57-84.



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



- Knut Hordnes
- Leder, Norsk gynekologisk forening
- Knut.Hordnes@kk.uib.no

Tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen

Vi vil gi en kort oppsummering NGF styrets syn på et vanskelig tema. Temaet er godt oppsummert i Kunnskapssenterets rapport, **Tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen** - se <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Tidlig+ultralyd+i+svangerskapsomsorgen.14395.cms>

Etter rapporten ble laget, har utviklingen av NIPD (non invasive prenatal diagnosis) kommet vesentlig lengre og langt på vei utdatert mye av debatten omkring innføring av tidlig ultralyd.

Bakgrunn

Endelig vedtak i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten ble gjort 051211:

Rutinemessig ultralyd bør tilbys i uke 11-13 og 17-19 for å

- sikre tidligst mulig ivaretagelse av formålet for ultralyd i svangerskapet
- sikre faglig kvalitet av undersøkelsen

Før innføring bør økonomiske og prioriteringsmessige konsekvenser utredes nærmere gjennom egnet pilotering. Dette ble vedtatt med 11 mot 8 stemmer.

Så sent som 110411 vedtok Rådet: *Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten finner ikke at det i dette møtet er lagt frem dokumentasjon for at det er riktig å innføre rutinemessig ultralyd i uke 12 for å oppnå helseeffekter hos foster og/eller mor.*

Rådet bestilte på denne bakgrunn en evalueringsrapport av Kunnskapssenteret, og denne forelå ferdig i november, nemlig saksdokument til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Dokumentet er på 144 sider og var sentralt

for vedtaket som ble gjort 051211. Det endelige vedtaket 051211 konkluderte med at tidlig ultralyd undersøkelse bør innføres, til tross for eget vedtak knapt 8 mnd. tidligere, og tross at rapporten konkluderer med at det *ikke* foreligger dokumentasjon for en helsemessig gevinst av rutinemessig tidlig ultralydundersøkelse. NGF finner dette underlig.

De ulike diagnostiske områder er gått grundig gjennom i evalueringsrapporten, og oppsummeres kort under:

1) Diagnostisk nøyaktighet for påvisning av tvillinger med felles morkake

En tidlig ultralydundersøkelse vil kunne påvise de aller fleste (tilnærmet 100 %) tvillinger med felles morkake. Senere i svangerskapet er deteksjonsraten sannsynligvis lavere, men her er det få studier og derfor større usikkerhet.

Antall tvillingsvangerskap per år er ca 1000 og tvillinger med felles morkake omfatter ca 10-20 % (mellom 100 og 200 svangerskap per år) av tvillingsvangerskapene. Tvilling-

transfusjon syndrom (TTS) oppstår i ca 15 % av svangerskap der tvillingene har felles morkake (ca 15-30 svangerskap i Norge per år). Dette kan behandles effektivt med laserbrenning av blodkar i morkaken (rundt 10 kvinner per år).

Her foreligger således en sikker nytteeffekt men altså av begrenset omfang.

2) Diagnostisk nøyaktighet for strukturelle avvik

Rapporten har hatt som mål å inkludere studier som ser på diagnostisk nøyaktighet av å påvise alvorlige strukturelle misdannelser som ikke er kromosomfeil.

Avgrensning: Konklusjonene om diagnostisk nøyaktighet for påvisning av medfødte hjertefeil gitt i Kunnskapssenteret sitt 2011 (Norderhaug 2010) ble antatt å stå ved lag.

Tre studier av diagnostisk nøyaktighet av tidlig ultralyd rapporterte at mellom 27 % og 54 % av alvorlige strukturelle avvik ble påvist. Seks studier av diagnostisk nøyaktighet av ultralydundersøkelser i

uke 17 - 19 rapporterte mellom 16 % og 100 % (median 70 %) påviste. En svensk randomisert kontrollert studie rapporterte en deteksjonsrate på 19 % ved bruk av tidlig ultralyd mot 39 % ved ultralyd i uke 17 - 19.

Det er stor usikkerhet om den diagnostiske nøyaktigheten av en rutinemessig tidlig ultralydundersøkelse i uke 11-13 for påvisning av strukturelle avvik.

3) Diagnostisk nøyaktighet for påvisning av foster med trisomi

Ved tidlig ultralyd med NT kombinert med blodprøve (KUB) oppdages mellom 73 % og 93 % (median 89 %) av fostre med trisomi 21 (basert på 17 studier). Det konkluderes at ved en undersøkelse basert på KUB vil ca 90 % av fostre med trisomi 21 kunne oppdages.

Man fant ingen studier som ga grunnlag for å beregne diagnostisk nøyaktighet av rutinemessig ultralyd i uke 17-19, men flere studier som har rapportert deteksjonsrater. Deteksjonsratene for trisomi 21 i uke 17 - 19 er lavere enn i uke 11 - 13.

Siden 2005 har alle danske kvinner blitt tilbudt KUB test, og ca. 93 % tar imot tilbudet. Antallet levende fødte barn med Downs syndrom ble halvert fra ca. 60 per år i perioden 2000-04 til ca. 30 per år i perioden 2005-09.

Tidlig ultralyd vil påvise de aller fleste fostre med trisomi.

4) Øvrig: Terminbestemmelse

Når det gjelder terminbestemmelse, var arbeidsgruppen enige om at ny forskning

om diagnostisk nøyaktighet ikke vil endre konklusjonen i Kunnskapssenterets rapport fra 2008 (Reinar 2008), som sier at det er usikkert om terminbestemmelse med tidlig ultralyd sammenlignet med ultralyd i andre trimester gir helsemessige effekter

Kostnader

I følge evalueringrapportens økonomiske analyser vil et tilbud til alle om KUB i tillegg til ultralyd ved 17-19 uker fordoble kostnadene i forhold til ultralyd i uke 17-19 alene (fra NOK 42 mill til NOK 85 mill). Det ble imidlertid antatt at de reelle utgifter til ultralyd og fosterdiagnostikk i dagens Norge er i størrelsesorden NOK 105 mill, og at et utvidet nasjonalt tilbud om tidlig ultralydundersøkelse i tillegg til dagens anbefalte undersøkelse derfor sannsynligvis ikke vil øke de totale kostnadene.

Vi er skeptiske til denne beregningen. Først: en del av disse utgiftene vil flyttes fra det private til det offentlige. For det andre: mye av den tidlige ultralyd som gjøres i dag er utført av personell med mindre kompetanse slik at den må flyttes til høyspesialiserte enheter som krever investering i utstyr og personell. For det tredje: kostnadsanalysene omfattet kun merkostnader til ekstra undersøkelser, og ikke omfatter investeringskostnader, utgifter til opplæring, personell og veiledning til gravide. Vi er derfor ganske sikre på at kostnadene vil øke betydelig. Dette hadde kanskje ikke bekymret oss så mye om vi hadde fått tilført nye midler og mer personell. Det bekymrer oss imidlertid betydelig dersom man klarer å selge inn at dette skal gjøres uten å tilføre nye ressurser.

Vår tolkning og vurdering

Tidlig ultralyd er nyttig for å påvise tvillinger med felles morkake, og sikre fokusert oppfølging og evt. behandling av tvillingtransfusjonssyndrom (15-30 svangerskap per år). Tidlig ultralyd gir ingen eller lite tilleggsinformasjon for terminbestemmelse og diagnostikk av strukturelle avvik i forhold til ultralyd i uke 17-19. Det gir heller ikke bedre terapeutiske muligheter. Den medisinske nytte fremstår således som ganske begrenset (felles tvillingmorkake). Det er etter vår oppfatning tvilsomt om denne effekten rettferdiggjør en ny rutineultralyd hos 60.000 kvinner årlig.

Den største effekten (positiv eller negativ) er dermed knyttet til funn av trisomier (21, 13 og 18). På denne bakgrunn har styret tidligere uttalt at dette ikke er en helsefaglig vurdering men er et tema for politisk debatt: det er i første rekke et verdivalg og en politisk avgjørelse. Styret har derfor valgt ikke å ta rollen hverken som pådriver eller motstander av tidlig ultralyd.

Trisomier kan nå påvises mer effektivt og billigere ved å ta en enkel blodprøve av mor, såkalt NIPD. Denne muligheten gjør at debatten om tidlig ultralyd nå fremstår i et helt annet lys enn for noen år siden. Fokus bør i stedet ligge på de aspekter som de nye teknikkene åpner for, som kvalitetskrav til undersøkelsen, rådgivning av kvinnene osv. Tidlig ultralyd har svært begrenset medisinsk nytteverdi, og den viktigste effekten av tiltaket nemlig påvisning av trisomier kan om det er ønskelig oppnås langt mer effektivt og billigere ved NIPD. NGF kan på denne bakgrunn ikke støtte innføring av tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen.

Reiseregninger og krav om honorar rettet mot NGF

**Sendes til (senest innen 3 måneder):
Norsk Gynekologisk Forening - 760249
c/o Visma Services Norge AS
Postboks 8990
7439 Trondheim**

**Skjema og veiledning lastes ned fra NGFs nettsider ved
<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/RefusjonNGF/>**

Kvitteringer/vedlegg nummereres og festes til reiseregningsskjema med binders.

Kevin Sunde Oppegaard, Kasserer, NGF

- Runa Aabø
- Sandvika Spesialistsenter
- raa@sandspes.no

Prosjekt medikamentell abort i praksis – en byråkratisk ørkenvandring

Medikamentelt induisert abort har vært i bruk i Europa siden 1988, og ble introdusert i Norge ti år senere. I 2008 ble 55,9% av de induserte abortene her i landet utført medikamentelt, i 2011 var andelen øket til 78%. De langt fleste abortene utføres før utgangen av 8. svangerskapsuke, og hjemmeabort har etablert seg som den foretrukne behandlingsform. Den gir kvinnen en stor grad av trygghet og kontroll, og studier viser stor tilfredshet med behandlingen.

Å kunne gi abortsøkende mulighet til å få denne behandlingen hos spesialist også utenfor sykehuspoliklinikken er en medisinsk videreutvikling og allerede etablert praksis i våre naboland. Det vil gi kvinnen større valgfrihet, øket tilgjengelighet og mulighet for diskresjon samt større kontinuitet i behandlingsoppfølgingen for de som har behov for det.

Avtalespesialistene, som årlig utfører 30% av de polikliniske konsultasjonene, er et kostnadseffektivt alternativ til poliklinikkene og en integrert del av spesialisthelsetjenesten.

Norsk gynekologisk forening ønsker å bidra til god kvinnehelse. Vi er også opptatt av god ressursutnyttelse etter prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå. Medikamentell abort utenfor poliklinikkene vil være et godt supplement til det eksisterende tilbudet, og det vil kunne frigjøre kapasitet i helseforetakene.

Etter avstemning på PSL-formøtet under Årsmøtet i 2008 har foreningen arbeidet med dette spørsmålet. Vi sendte en henvendelse til Helsedirektoratet med forslag til implementering og oppstart av et pilotprosjekt februar 2009. NGF foreslår et to-årig prøveprosjekt som i etterkant skal evalueres før ordningen eventuelt blir et permanent tilbud til de abortsøkende.

Helsedirektoratet sendte forslaget videre til Helse og omsorgsdepartementet som i 2010 fremsatte prosjektet i Statsbudsjettet for 2011. Helsedirektoratet fikk ansvaret for igangsetting av pilotprosjektet i Oslo/Akershus, Stavanger og Bergen. Etter en rekke purringer fra foreningens side kom vi endelig i gang med en prosjektgruppe i regi av Helsedirektoratet i 2012.

De fleste utfordringene i forhold til lover og forskrifter er nå ryddet av veien, og det som gjenstår er finansieringen. Helse og omsorgsdepartementet hevder at på tross av at pilotprosjektet var fremsatt i Statsbudsjettet for 2011 er det ikke satt av midler. De ønsker nå at de regionale helseforetakene skal finansiere prosjektet.

8.mars i år ble representantene fra NGF (Ole-Erik Iversen, Mette Løkeland og Runa Aabø), sammen med representanter fra Helsedirektoratet, Helse Sør-Øst og Helse Vest innkalt til møte i Helse og omsorgsdepartementet. Vi så symbolikken i valg av møtedato og forventet en avklaring i forhold til finansiering og klarsignal til oppstart. I stedet ble det et skuffende møte uten klar agenda, det ble ikke fremlagt konkrete løsninger i forhold til finansiering av piloten, og referat fra møtet ble først skrevet på vår oppfordring.

Fra Helse og omsorgsdepartementets side ble det gitt uttrykk for at man ønsker at prosjektgruppen skal fortsette arbeidet, og at representanter fra RHF-ene også skal inkluderes i arbeidsgruppen. De hevder de igjen vil se på mulighetene for finansiering og komme tilbake med en tilbakemelding en gang før sommeren 2013.

Etter å ha diskutert saken med Styret i NGF valgte vi som representanter fra foreningen å sende en skriftlig tilbakemelding til Helse og omsorgsdepartementet hvor vi gir klart uttrykk for vår frustrasjon. Departementet har vært godt kjent med denne saken gjennom fire år. Den er tungt forankret både faglig og politisk. Vi stiller oss undrende til at Departementet ikke er mer løsningsorientert i forhold til finansieringen, og stiller spørsmål ved om dette reflekterer Departementets egentlige engasjement for prosjektet. Før det foreligger en finansieringsplan for prosjektet kan ikke prosjektet realiseres. Vi ser derfor ingen mening i å fortsette arbeidet i prosjektgruppen før dette er avklart. Slik vi ser det ligger løsningen på dette i Helse og omsorgsdepartementet.

Brevet kan leses på NGF sin nettside <http://legeforeningen.no/PageFiles/131152/Brev%20HOD%2019.03.13.pdf>.



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

Kjære FUGO-medlemmer!



FUGO

I det dette går i trykken er forhåpentligvis sommerferien like rundt hjørnet for de fleste, og det håper jeg er uten at alt for mange LISer over hele landet har fått en håpløs "hjelpeturnus" å slite med gjennom sommeren. Mandag 22. april 2013 tapte Legeforeningen mot arbeidsgiverforeningen Spekter i arbeidsretten. Legeforeningen mente at man som arbeidsgiver ikke har rett til å lage ny turnus i sommerferien eller ellers i året når det er mindre leger på jobb, mens Spekter mente at dette har man anledning til. Og jussen talte imot Legeforeningen og oss. Vi må ikke ta dette som et nederlag, men en påminnelse om at vi ikke kan sove i timen. At vi, som mange andre yrkesgrupper, må følge med når viktige beslutninger tas, være med og bestemme der vi kan og ikke la alle andre enn oss leger sitte på viktige poster og ta vesentlige beslutninger. Fordelen med denne dommen mener imidlertid noen at kan være at den kan gi oss ryddige betingelser for hvordan en hjelpeturnus skal være.

Styret har i løpet av våren jobbet med FUGOs forkurs til NGFs årsmøte i Drammen 2013. Det er endelig fastslått at temaet blir Laparoskopi! Dette har vært et ønske fra FUGOs medlemmer i flere år, så vi håper det skal bli bra. Kursleder Olav Nordbø har arbeidet mye med dette allerede, samtidig har vi fått god hjelp i planleggingen av Guri Majak på vegne av Laproskopiutvalget, som er med på å arrangere kurset i år. Det blir 40 plasser, og assistentleger som melder seg på innen fristen 16. august 2013 vil bli prioritert foran ferdige spesialister. Foreløpig program er annonsert i denne utgaven av Gynekologen, og på FUGOs nettsider: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/fugo/>

FUGO avholdt styremøte i Stavanger i vår og fikk med seg NGFs Vårsmøte (4.-5. April). Det var et variert faglig program, fra 3D ultralyd og ultralyd sikkerhet, ultralyd under fødsel, robotassistert gynekologisk kirurgi og HRT etter kreft m.m. Vi hadde også en to timers debatt i anledning Høyres innspill om å endre på abortlovens §2 c. Vi hadde interessante innlegg fra Britt Ingjerd Nesheim som leder av sentral Abortklagenemd, NGFs nettredatør Mette Løkeland (selverklært feminist og phd stipendiat i tema medikamentell abort) og Sølvi Marie Risøy som nylig disputerte i tema: Kvinneres opplevelser ved fosterdiagnostikk og selektiv abort. Bent Høie fra Høyre var med i debatten, og flere i salen bidro med engasjerte og tankevekkende innspill.



Lørdag 11. mai var kasserer Tiril Tingleff og jeg i Bratislava, på ENTOG styremøtet. Det var en spennende og morsom sammenkomst, og vi reklamerte ivrig for å få lov til å holde utveksling her i Norge i 2015. Det ble dessverre for hard konkurranse fra Nederland, som vant avstemningen til tross for (eller på grunn av) at vi stilte i bunad og delte ut eventyrsjokolade! Vi tapte avstemningen med en lusen stemme, så vi kjempet mot tårene da nederlaget var et faktum. Vi sendte Thea Falkenberg Mikkelsen og Guillermo Rebolledo på utvekslingsprogrammet i uken i forkant, og deres opplevelser kan dere lese om i neste utgave av Gynekologen. Thea har også skrevet referat fra ENTOG styremøtet som dere kan lese om i neste utgave av Gynekologen. Les også i denne utgaven av Gynekologen rapporten fra Tiril om NFYOG og spesialistutdanning i de nordiske landene.

Til slutt ønsker jeg og resten av FUGO styret dere en strålende, solfylt sommerferie og gode dager på jobb med takknemlige og overopphetede gravide som forløses, endelig!

Hilsen Marte Myhre Reigstad og resten av FUGO styret.

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

FUGOs forkurs før NGF årsmøte Drammen 2013

Basalkurs i gynekologisk laparoskopi

Tid: 23. oktober 2013 10.30-18.00

Sted: Vestre Viken – Drammen Sykehus

Kursprogram (Foreløpig)

40 deltakere deles i 2 grupper. Den ene gruppen begynner med teori, den andre med praktiske øvelser. Dermed bytter man.

Teoridel

1. Basal teori. Inngang til buken. Forberedelser.
2. Energikilder (diatermi, ultralyd).
3. Videodemonstrasjon av vanlig gynekologisk laparoskopi
 - Salpingektomi
 - Salpingooforektomi
 - Cystektomi
 - Subtotal hysterektomi.
4. Komplikasjoner ved gynekologisk laparoskopi.

Praktiske øvelser

Stasjoner med blant annet:

1. Rack demo og quiz
2. D-Box - tre pinne
3. D-box - suturering på skumgummi-uterus
4. D-Box - cystektomi på dobbel ballong

Kurset holdes i samarbeid med laparoskopi utvalget

Foredragsholdere: Anton Langebrekke, Kirsten Hald, Kristian Høyer-Sørensen, Anne Veddeng, Marit Lieng

Nyttige websider

FUGO	Forening for utdanningskandidater innen gynekologi og obstetrikk	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

- Tiril Tingleff
- medlem i FUGO styret og NFYOG styret
- tirilt@hotmail.com

NFYOG-NYTT

NFYOG står for nordic federation of young obstetrics and gynaecologists og som navnet antyder er det en organisasjon for LISer innen gyn/obs i Norden. Den er en datterorganisasjon av NFOG. Styret består av to LISer fra hvert av de nordiske landene, Finland, Sverige, Danmark, Norge og Island. Det er styremøte 2-3 ganger årlig. Økonomisk drives organisasjonen av NFOG. Det siste styremøtet ble holdt i Helsinki i mars. Neste møte er planlagt i Reykjavik i september. Mellom møtene foregår det tidvis hyppig korrespondering via e-post.

Tidligere har det vært organisert faglige seminarer i regi av NFYOG, men da det kun var fire påmelde til et planlagt seminar om bruk av ultralyddiagnostikk i Uppsala i 2010, ble det avlyst og videre seminarplanlegging lagt på is. De siste par årene har det vært noe usikkerhet rundt hvilke saker styret skal engasjere seg i og hva slags aktiviteter de skal organisere.

Det siste arrangementet for LISer organisert av NFYOG var en middag i samarbeid med Bayer i forbindelse med NFOGs kongress i Bergen i juni 2012. Det var stor oppslutning med over 60 LISer som deltok og fikk en fin forelesning av Mette Moen om endometriose og Måns Edlund om kraftig menstruasjonsblødning med påfølgende middag på Potetkjelleren. I forbindelse med NFOGs kongress i Stockholm i 2014 planlegger vi et tilsvarende arrangement for LISer. Det vil bli tilrettelagt for at LISer kan få anledning til å delta på kongressen ved at deltageravgiften er redusert. Det vil bli arrangert flere prekongressworkshops som også vil være interessante og relevante for LISer, disse også med redusert deltageravgift for LISer. Etter kongressen i Bergen ble det bemerket at det var få tilstede under LISenes posterpresentasjoner. Det er antatt at noe av grunnen er at de ble holdt sent på ettermiddagen. I Stockholm er

det planlagt at LISene skal få presentere sine poster på et gunstigere tidspunkt.

Det har vært diskutert i styret om vi skal organisere utveksling mellom de nordiske landene, tilsvarende ENTOG utvekslingen. Erfaringen i alle de nordiske landene har vært at det har vært vanskelig å rekruttere kandidater til ENTOG utvekslingen. Vi har ingen grunn til å anta at en utveksling i et nordisk land vil være mer attraktivt. Vi har derfor landet på å ikke arrangere noen organisert utveksling, men vi vil gjerne være behjelpelige med å finne en aktuell avdeling eller opprette kontakt og med å finne husvære etc om det er noen som er interessert i å hospitere i et annet nordisk land. Hvis det er LISer som er interessert i å hospitere i et av de andre nordiske landene er de hjertlig velkommen til å kontakte styretmedlemmet enten i hjemlandet eller i det aktuelle vertslandet.

Den viktigste oppgaven til NFYOG vil i tiden fremover være et nokså nyopprettet samarbeid med Educational Committee i NFOG. NFYOG-styret har tidligere vært inne på tanken å forsøke å samkjøre utdanningsprogrammene i de nordiske landene. Strukturen og innholdet i de forskjellige utdanningene er et stadig tilbakevendende tema på styremøtene.

Vi har landet på at vi i liten grad har påvirkningskraft i forhold til å skulle forandre på utdanningsløpene og at oppgaven dermed ville bli for stor for oss. Nå har EC fattet interesse for saken og de har hatt flere møter for å diskutere hvordan det vil være mulig å samkjøre utdanningene og forhåpentligvis bruke det beste i de forskjellige løpene til å danne en bedre, mer samkjørt utdanning. Tanken er at det da vil være lettere for nordiske LISer og spesialister å jobbe i de andre landene. Hver år holder NFOG et seminar for spesialister i København i november. I år vil seminaret være viet spesialitutdanningen. Tanken er å invitere personer som har påvirkningskraft og mulighet til faktisk å forandre på systemene slik at seminaret kan føre til faktiske endringer i systemet, ikke bare løse ord og visjoner. LISer vil bli oppfordret til å delta. Det vil ikke bli avkrevd avgift fra LISer og det er også snakk om at oppholdet vil bli dekket for LISer. Det skal inviteres LISer fra alle de nordiske landene til å presentere hva som er bra og dårlig ved utdanningsløpet i deres land. Strukturen på utdanningsløpene i de forskjellige nordiske landene er oppsummert på NFOGs hjemmeside, www.NFOG.org, under linken "trainees" øverst på siden. Der finner man også kontaktinformasjon til styremedlemmene.

COLPOSCOPY COURSE

October 3rd and 4th, 2013

Radisson Blu Hotell, Tromsø

Kursarrangør: Universitetssykehuset i Nord-Norge Tromsø og Universitetet i Tromsø

Thursday October 3rd

- 11.00 **Opening**
11.10 **Screening for cervical cancer in Norway**
Stefan Lønnberg, Krefregisteret, Oslo
- 12.00 **Casehistories of CC from Northern Norway with focus on screening history**
Sveinung Sørbye, UNN, Tromsø
- 12.30 Lunch
- Colposcopy**
Daron G. Ferris, Georgia Health Science University, Augusta, Georgia, US
- 13.30 **Pretest – remote voting system**
14.00 **The abnormal transformation zone**
15.00 **Normal Cervix**
16.00 Coffe break
16.30 **Low Grade Lesions**
17.45 **Closure 1st day**
19.00 Dinner

Friday October 4th

- Colposcopy**
Daron G. Ferris, Georgia Health Science University, Augusta, Georgia, US
- 08.30 **High grade lesions**
09.30 **Cervical Cancer**
10.30 Coffe break
11.00 **Reid's Colposcopic Index**
12.00 Lunch
13.00 **Colposcopy Case Studies**
14.00 **Post-test – remote voting system**
15.15 **Closing remarks**
15.30 Departure

Påmelding innen 2. september 2013 til: brite.jacobsen@helse-nord.no

Godkjenninger: Fødselshjelp og kvinnesykdommer Videreutdanning: Valgfrie kurs: 12t Etterutdanning: Valgfrie kurs: 12t. Hud- og veneriske sykdommer Videreutdanning: Valgfrie kurs: 12t Etterutdanning: Valgfrie kurs: 12t. Målgruppe: Leger under utdanning i gynekologi og obstetikk samt spesialister i gynekologi og obstetikk. Andre leger som utfører kolposkopi av cervix uteri. Læringsmål: Gjennomføre systematisk kolposkopi av cervix uteri med målrettede biopsier.



Norsk kvinnelig inkontinens register

inviterer leger, uroterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter og sekretærer som er interessert i utredning og behandling av urininkontinens til



Norsk kvinnelig inkontinensforum

Fredag 22. november 2013 Auditoriet Bærum sykehus

Møteleder Rune Svenningsen ønsker velkommen

- | | |
|--|---------------------------------|
| 11.00 Nevrologi og inkontinens | Ragnar Stien |
| 11.20 Urinary incontinence in pelvic organ prolapse surgery patients | Kirsten Kluiwers (NED) |
| 11.55 Gravid etter midturetra slynger – hva gjør vi | Ole A. Dyrkorn |
| 12.20 Debattforum: | |
| • Offentliggjøring av registerdata | Sigurd Kulseng-Hanssen |
| • Registerkvalitet – bruk av monitor og audits i forskningsdatabaser – noe også for kliniske kvalitetsdatabaser? | Dominic Hoff |
| • Register som nyttig verktøy for klinisk kvalitetskontroll – ikke bare for forskning – erfaringer fra Nasjonalt register for leddproteser | Leif Ivar Havelin |
| 13.15 Lunch | |
| Møteleder Anita Vanvik | |
| 14.10 Arv og Inkontinens | Yngvild Hannestad |
| 14.35 Vaginal elektrostimulering og transkutan nervestimulering i behandlingen av urininkontinens | Hjalmar Schiøtz |
| 15.00 Sykemeldingslengde, treningsforbud, ADL (activities of daily living) etter midturetra slynge operasjon – hvilke råd gir vi – hva er dokumentert | Marie Ellstrøm-Eng |
| 15.25 Kaffepause | |
| Møteleder Yngvild Hannestad | |
| 15.45 The additional value of urodynamics in stress urinary incontinence | Kirsten Kluiwers (NED) |
| 16.10 SPSS syntax for å regne i egen database – live demo | Ellen Borstad, Rune Svenningsen |
| 16.35 Reservetid | |
| 17.00 Møteslutt | |

Deltagelse, mat ved ankomst, lunch og kaffe i pausene er kostnadsfritt. Ingen begrensning på antall deltagere fra hver avdeling.

Bindende påmelding innen 15. september med navn og profesjon på deltagerne skjer til Bjørg Tove Johansen, Kvinneklivnikken, Bærum sykehus bjorg.tove.johansen@vestreviken.no tlf 67809452

Velkommen til elvebyen Drammen!

Det er en stor glede å kunne ønske velkommen til Drammen og NGF`s årsmøte 2013! Lokal arrangør takker styret for tilliten. Vi ser frem til å vise venner og kolleger en by som de siste årene har gjennomgått en utrolig forvandling og som har mottatt en rekke priser for sin byplanlegging og ikke minst sine spennende arkitektoniske broer.

Selve årsmøtet finner sted på Union Scene, sentralt beliggende på Grønland. Vegg-i-vegg ligger vertshotellet Comfort Hotel. Det er selvfølgelig årsmøtet og dets faglige innhold som har vårt fremste fokus. Vi kan love dere et godt og variert faglig program med foredrag, forskningsnyheter, symposier og debatter. Det hele krydres med forfriskende pauseinnslag av kulinarisk og underholdende karakter samt byvandring.

Vårt sosiale samvær starter torsdag kveld med "Get together" på Z Café & Bar midt på ærverdige Bragernes torg. Banketten finner sted fredag kveld på Union Scene hvor Røa Storband spiller opp til dans.

Vi gleder oss og ønsker alle et innholdsrikt og minneverdig opphold!



Foto: Alfred de Haas



Foto: Birgitte Simensen Berg

cic

Congress • Incentives • Conferences



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Lokal arrangør:
Avd. for gynekologi og fødselshjelp, Drammen sykehus

NGF's årsmøte Drammen 24.-26. oktober 2013

Påmeldingsfrist og Abstraktfrist 15. august 2013

Abstrakt til fritt foredrag og plakat sendes som vedlegg til e-post til Jone Trovik, adresse jone.trovik@helse-bergen.no senest 15.08.2013.

Abstraktet skal ikke være mer enn 350 ord, og bør helst være på norsk. Det er laget en mal for denne som ligger på nett, bruk den og legg merke til font-type og fontstørrelse (Times New Roman 12), kapitalisering og utheving av skrift, bruk av tegn, navn- og adresseangivelse, linjeavstand, inndeling og avstand mellom avsnittene.

Abstrakt filnavn skal være "Etternavn foredragsholder"+ "stikkord for emne", f.eks. "Nilsen konisering". Du vil få beskjed om foredraget er akseptert til presentasjon som fritt foredrag eller plakat. Abstraktene blir vurdert i forhold til kvalitet, originalitet, klinisk betydning, av interesse for flest mulig og om de tidligere er upublisert. Fordeling av abstrakt til enten foredrag eller plakat gjøres for å tilstrebe en mest mulig jevn oppsett av temaer, sykehus og forskere i tillegg til vurdering av presentasjonsformens egnethet for budskapet.

Plakater vil bli utstilt ut i forelesningssalen, slik at de får maksimal eksponering. I en av pausene på fredag vil det være en postersesjon, der plakatene kan presenteres til deltagerne. Standardstørrelse for plakater er ca. 90 x 120 cm. Til hvert foredrag er det avsatt 8 min + 2 min til diskusjon.

Støtte til LIS (Lege i spesialisering) og stipendiater

LISer og heltidsstipendiater (dvs. ikke spesialister i D-stilling) innen faget gynekologi og obstetrikk som holder foredrag eller presenterer plakat, får kr 2000 i støtte, som utbetales etter årsmøte. Utbetaling forutsetter at foredraget er avholdt, og at deltakeravgift er betalt.

Priser

Det utdeles pris til plakat, samt beste foredrag i obstetrikk og beste foredrag i gynekologi, hver på kr 5000. Prisen må taes ut som reisestøtte innen ett år. Betalt kongressavgift er en forutsetning for å holde foredrag eller ha plakat. Av dem som sender inn abstrakt som tilfredsstillende abstraktmalen vil fortsatt en trekkes til å vinne «abstraktmalpris» på kr 500.

Vel møtt i Drammen!

Jone Trovik, Vitenskapelig sekretær NGF og Knut Hordnes, Leder NGF

FORSKNINGSSTIPEND GYNEKOLOGI OG OBSTETRIKK NOK 50.000

Norsk Gynekologisk Forening utlyser et forskningsstipend i gynekologi og obstetrikk pålydende NOK 50.000. Aktuelle forskningsprosjekt kan være klinisk eller basalt rettet med relasjon til human medisin. Forskningsprosjektet skal utføres i Norge. Søkeren må også være bosatt i Norge og skal selv være en aktiv deltager i prosjektet. Stipendet er personlig. Det skal i søknaden gjøres rede for søkerens vitenskapelige erfaring og hvordan midlene er tenkt anvendt. Vi presiserer at stipendet ikke er en pris for allerede utført forskning. Stipendet kan i spesielle tilfeller deles mellom ulike forskningsprosjekt.

En komité utnevnt av styret i Norsk Gynekologisk Forening vil behandle søknadene.

Tildelingen av stipendet vil foregå på NGFs årsmøte i Drammen i oktober 2013. Den eller de som har mottatt forskningsstipendet må være villig til å presentere forskningsresultatene i et egnet forum. Søknaden stiles til Norsk Gynekologisk Forening v/ Jone Trovik, Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus, 5021 Bergen, og skal inneholde en kortfattet forskningsplan, curriculum vitae og et budsjett for prosjektet. Søknadsfristen er 15. august 2013.

Eventuelle spørsmål kan rettes til Jone Trovik, KK Haukeland, jone.trovik@helse-bergen.no



Innføring av Norsk Gynekologisk Endoskopi Register (NGER)

Det tidligere laparoskopi registeret har nå gjenoppstått i en ny, og svært forbedret utgave hvor både laparoskopiske og hysteroskopiske operasjoner skal registreres.

Regjeringen opprettet Nasjonalt helseregisterprosjekt i 2011 for å sikre flere og bedre nasjonale helseregistre. At et register har status som nasjonalt innebærer at det har blitt vurdert og anbefalt av de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet, og godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Det er sikret finansiering og drift innenfor rammene til de regionale helseforetak.

Per i dag finnes det 19 slike registre, og NGER er et av disse! Begrunnelsen for etableringen av registeret er økningen i bruk av endoskopiske teknikker for gynekologiske inngrep. Det er behov for kvalitetssikring med tanke på gjennomføring av inngrepet, konvertering til åpen kirurgi og komplikasjonsfrekvens.

Registeret er nettbasert (<https://helseregister.no>). Man må registrere seg som seg som bruker hvoretter man kan registrere operasjonene fra en hvilken som

helse PC tilknyttet helsenettet. Det kreves at pasientene som registreres må skrive under en Samtykkeerklæring og et skjema med Personopplysninger. Disse skjemaene Skjemaet anbefales skannet inn i pasientens journal. Selve registreringen av operasjonen er selvfølgelig og burde ikke ta mer enn 2 – 3 minutter per pasient.

Oppfølgingen av pasientene etter utskrivelse vil bli utført at registeret som er lokalisert i Tønsberg. Registerets daglige leder er Andreas Putz, seksjonsoverlege ved gynekologisk avdeling ved Kvinneklinikken, Sentralsykehuset i Vestfold.

Laparoskopiutvalget underlagt Norsk Gynekologisk Forening, fungerer som den faglige forankringen til registeret. Utvalget har fått nye medlemmer bortsett fra Jostein Tjugum (Førde sjukehus) som står for kontinuiteten. De nye medlemmene kommer fra alle helseforetakene slik at man har en god geografisk spredning. Laparoskopiutvalget samarbeider med

NGER med mål om å få flest mulig av landets gynekologiske avdelinger til å delta i registeret.

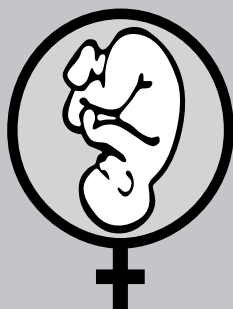
Alle landets avdelinger har mottatt en invitasjon til deltagelse i registeret. Denne ble sendt ut i april 2013. De forskjellige avdelingene bør utpeke en superbruker i oppstartfasen som sikrer at man kommer skikkelig i gang. Ved spørsmål er NGER tilgjengelig.

Til slutt en oppfordring til dere alle:

Har dere noen som helst intensjon om god kvalitetssikring av egen virksomhet, må dere starte med registreringen i Norsk Gynekologisk Endoskopi Register!

Med vennlig hilsen

Christian Hoyer-Sørensen, overlege SSK
Leder for Laparoskopiutvalget.



Årsmøtet i Norsk gynekologisk forening 2013

Medlemmer som ønsker saker satt på dagsorden til **GENERALFORSAMLINGEN** fredag 25. oktober 2013 bes melde disse til styret så snart som mulig og senest innen fire uker før årsmøtet.

Forebygging av fistler

Midler gitt etter Tormod Tandes bortgang

Etter at vår kollega Tormod Tande gikk bort i fjor sommer ble det samlet inn penger til et fond. Familien ønsket at pengene skulle gå til u-landsarbeid.

Midlene ble utlyst i Gynekologen 25-2 2012.



Styret har valgt å gi pengene (21500 kr) til et prosjekt ved Torvid Kiserud som vil se på bruken av symfyiotomi i Etiopia som ledd i forebygging av fistler.

Søknaden sier:

“Vi arbeider med behandling av obstetriske fistler I Etiopia, og forebyggende tiltak. Fistel oppstår etter langvarig fødsel pga mekanisk misforhold. Symfyiotomi er en enkel, minimalt invasiv metode som kan erstatte det mer ressurskrevende keisersnitt. En Cochrane-review (2012) konkluderer at metoden bør vurderes der keisersnitt er et ressursproblem. Metoden kan imidlertid ikke anbefales generelt før det foreligger evidens for at metoden er like trygg eller tryggere enn keisersnitt og er kost-effektiv. Vi planlegger

derfor en randomisert studie for å veie metodene mot hverandre.

Beløpet, NOK 21500, gitt i forbindelse med Tandes bortgang, vil bli brukt til arbeidet med å etablere protokoll og starte studien. Vi ser dette som et vesentlig bidrag til å gjøre akutt fødselshjelp mer effektiv og tilpasset lav-kost land, og forventer ved innføring av symfyiotomi at mødredødelighet og sykkelighet reduseres, og, som retrospektive studier har gitt håp om, en bedret overlevelse for de nyfødte.”

Kvalitetsprisen

til Katariina Laine og Jouko Pirhonen!

Legeforeningens kvalitetspris for spesialisthelsetjenesten er tildelt Katariina Laine og Jouko Pirhonen for deres kvalitetsfremmende arbeid med å redusere sphincterrupturer hos norske fødekvinne.

Prisen er totalt på kr 50.000,- og deles ut på legeforeningens landsstyremøte på Rica Hotel Alta, tirsdag 4. juni .

Gynekologen gratulerer !

- Ragnar Kvie Sande
- ragnar.sande@gmail.com

Referat frå Norsk Gynekologisk Forening sitt vårmøte 4-5 april i Stavanger

Norsk Gynekologisk Forening sitt vårmøte i Stavanger 4-5 april var ein fagleg og sosial suksess, velsigna med strålende sol og skjemma av dårleg catering. På tross av dette vart det utropt til eit av dei beste vårmøta nokonsinne av sentrale medlemmer i styret.

Sola viste Stavanger frå si beste side då Norsk Gynekologisk Forening avheldt sitt vårmøte 4-5 april. Oppmøtet var svært godt, med over 70 påmelde, noko som strekte kapasiteten i lokalet til det ytterste. Det faglege nivået var svært høgt, noko ein ikkje kan seie om catering. I retrospekt kan vi konkludere med at å engasjere psykiatriske pasientar på arbeidstrening til å stå for bevertninga var lite gjennomtenkt.

Etter høgtidleg opning av møtet ved presidenten og leiar for lokal arrangementskomité, samt ein entusiastisk invitasjon til Nordisk Forening for Gynekologi og Obstetikk sitt møte i Stockholm i 2014, starta det faglege innhaldet med eit fabelaktig foredrag om ultralyd til vurdering av adnexmasser ved Lil Valentin. Komitéen hadde i år ein uttalt ambisjon om å sette fokus på gynekologisk ultralyd, og ein kan vanskeleg tenke seg ein meir passende start på denne bolken enn ein time i selskap med Lil Valentin. Marie Ellstrøm Engh tok stafettpinnen vidare med eit innlegg om sitt arbeid med å bruke 3D ultralyd til vurdering av bekkenbotnen,

før Ragnar Kvie Sande avslutta med ein gjennomgang av bruksområde for 3D ultralyd innan utgreiing av fertilitet.

Etter ein kulinarisk skuffande lunsj, gjekk programmet vidare med obstetrikkbolken, der komitéen hadde satsa friskt på berre lokale talent. Fyrst ute var lokalkjendis Torbjørn Eggebø, som presenterte sine oppsiktsvekkande resultat av restriktiv oxytocinbruk på ein overbevisande måte. Deretter hadde Erik Andreas Torkildsen ein

gjennomgang av ultralyd under fødsel, med utgangspunkt i sitt eige doktorgradsarbeid. Torkildsens sin ledige stil lokka fram smilet hos fleire av deltakarane, som mange sikkert har fått med seg gjorde han det skarpt i forsker Grand Prix i fjor haust. Bolken vart avslutta med ein gjennomgang av sikkerheitsaspektet ved obstetrisk ultralyd presentert av Ragnar Kvie Sande, ein annan av avdelinga sine forsker Grand Prix-deltakarar. Sande vart stilt grundig til vegg av både engasjerte avtalespesialistar



Erik Andreas Torkildsen lokka fram smila i eit fullsett auditorium



Mette Løkeland Stai tek til orde for å heve grensa for sjølvbestemt abort, medan Bent Høie tilsynelatande søker støtte frå høgare makter.

og andre kanoner i miljøet, og svarte etter beste evne.

Etter ein kort pause kom det innslaget som mange oppfatta som høgdepunktet; ein debatt om den absolutte øvre grensa for gestasjonsalder ved svangerskapsavbrot. Bakgrunnen for temaet var Helsedirektoratet si ferske presisering av grensene, der det gjekk fram at 22 veker 0 dagar er absolutt øvste grense for svangerskapsavbrot så lenge fosteret ikkje har dødelege misdanningar. Dei ansvarlege for debatten hadde invitert eit imponerende panel: I tillegg til våre eigne kanoner på feltet, Mette Løkeland Stai og Britt Ingjerd Nesheim, hadde dei fått huka tak i Bent Høie, helsepolitisk talsmann for Høgre og heit kandidat til jobben som vår neste helseminister, og Sølvi Marie Risøy, som har tatt sin PhD nettopp på dei etiske sidene ved seinabort. Desse kapasitetane heldt kvart sitt innlegg med svært ulike tilnærmingar til emnet. I tillegg hadde Siren Rettedal, seksjonsoverlege på nyføddavdelinga ved Stavanger Universitetssjukehus, ei kort orientering om nedre grense for overleving ved ekstrem prematuritet, noko som har stor relevans for debatten. Mange nytta høvet til å stille Høie spørsmål kring forslaget til programkomiteen i Høgre om endring i abortlova, og debatten spora etterkvart eindel av frå det opprinnelege emnet. Det var imidlertid tydeleg at emnet

engasjerte, og fleire av kollegaene meinte at det har vore for lite av denne typen debattar i fagmiljøet.

På kvelden inviterte Elisabeth Berge-Nilsen til "heime-aleine-fest" i øverste etasje av Nokasbygget, ein viktig del av byen si nyare historie. Oppmøtet var svært godt, stemninga likeså, med innleigd diskjockey frå Haugesund og alkoholservering på eige ansvar. For den som fekk med seg enkelte kollegaer sin definisjon av "ei alkoholeining" vil det nok kome som ei overrasking at festen ikkje gjekk med nevneverdig underskudd.

På tross av den gode stemninga kvelden før, var det svært godt oppmøte på fyrste forelesing fredags morgon. Jan Persson delte med oss sitt tankevekkande og kritiske blikk på robotkirurgien, som har gripe voldsomt om seg både i Sverige og her til lands dei siste åra. Etter ein kort pause heldt Ingeborg Bø-Engelsen eit framifrå fordrag om assosiasjonen mellom endometriose og cancer, eit tema som har fått mykje oppmerksomheit i seinare tid. Cathrine Ebbing avslutta bolken med ein gjennomgang av obstetrisk Dopplerundersøking av føtal Arteria Cerebri Media, eit emne ho igjen demonstrerte at ho beherskar til fulle.

Heller ikkje på fredag let nokon seg begeistre av lunsjen, til tross for at vi denne dagen faktisk fekk servert det komiteen hadde bestilt. Etter lunsj heldt bolken med gynekologisk onkologi fram med nok eit lokalt talent, Ane Cecilie Dæhlie Munk, som presenterte sitt PhD-arbeid på spontan regresjon av CIN-forandringar. Astrid Liavaag gjekk gjennom kunnskap og praksis når det gjeld hormonbehandling etter gynekologisk- og mammacancer, vi vil tru dette var avklarande for mange.

Som siste post på programmet vart tre kapittel i rettleiaren tekne opp til debatt; Bent Fiane og Jannicke Berland gjekk gjennom ny klassifisering av VIN-forandringar, Torbjørn Eggebø fekk nok eit høve til å forfekte restriktiv oxytocinbruk, og Kevin Sunde Oppegård hadde ein glimrande gjennomgang av fødselsinduksjon, dessverre noko skjemma av ukritisk bildebruk.

Neste år skal vårmøtet haldast i Tromsø, Nordens Paris, og vi ser fram til eit om muleg endå betre møte der. Komiteen i Stavanger kan gjerne bidra med tips og erfaringar, til dømes når det gjeld val av cateringbyrå.



Jan Persson er ikkje udelt begeistra for framveksten av robotkirurgi ved mindre sjukehus, korkje i Norge eller i heimlandet.



Velkledd unge gynekologar klare for heime-aleine-fest.

- Kristin Skogøy
- Nordlandssykehuset
- Kristin.Skogoy@nordlandssykehuset.no

Nord-Norske gynekologers vårsamling på billedskjønne Kjerringøy Handelssted

En mangeårig tradisjon avholdes hver tidlig vår idet gynekologer fra Nord-Norge møtes til uformelt samvær og faglig påfyll. Avviklingen av arrangementene går på omgang mellom ulike sykehus fra år til år, noe som har medført flere fine reiser til plasser man ellers ikke ville fått oppleve.

Denne gangen var Nordlandssykehuset Bodø arrangører, og tre dagers samling var lagt til historiske omgivelser filmatisert og udødeliggjort gjennom Hamsuns romaner på majestetiske Kjerringøy

Nytt de to siste årene er også at HF Nord har et pågående satsnings- og stabiliseringsprogram for gynekologene i landsdelen der foretaket har dekket størsteparten av utgiftene i forbindelse med reise og opphold. Dette flotte tiltaket resulterte også et særdeles godt oppmøte der alle ni sykehus i landsdelen vår representert, noen både med overleger og LISer.

Det var lagt opp til et bredt faglig program, der også andre samarbeidende faggrupper holdt innlegg. Vi fikk høre om det siste innen diabetes og presentasjon av perinatalkomitens arbeid i landsdelen. Gjennomgang fra Hammerfest sykehus viste hvordan de systematisk har jobbet mot primærtjenesten for å redusere keisersnittsfrekvensen, og dr.Sunde holdt en forrykende audiovisuelt presentasjon i forhold til modning av cervix. Fremleggning av div. pasientkasus førte til heftig innspill fra salen, og privatspesialist. Eide la frem hvordan NPE jobber for å vurdere

utbetaling av erstatninger. Akuttsituasjoner som eklamptisk anfall ble knyttet opp mot journalgjennomgang av seks tilfeller som har funnet sted i Bodø siste fire årene. Vi fikk gjennomgått funksjonen til scarpas fascie, og dr.Skjælstad informert om foreløpige tall fra registerforskning i forhold til prevensjonsbruk.

Men ingen vellykket samling uten et lokalt tilsnitt! For mange ble det et udiskudabelt høydepunkt å stige ombord i to lokalt byggede trebåter der kyndig mannskap ga oss et maritimt hurtigkurs både i språk og seilføring. I spektakulær vær sol fikk vi heist seil på nordlandsbåtene ført retning Lofotveggen. Med saltsprøyten slående mot ansiktet ble vi satt minst 100 år tilbake i tid.....

De gjenværende på land, kunne nyte den lokale kunstutstillingen og vandre i friluftsmuseet på handelsstedet....

Arrangementet var vellykket på alle måter, og det var stor enighet om at i vår vidstrakte landsdel er det viktig å kjenne til hverandre. Møteformens intimitet må derfor tas vare på, og det blir UNNs utfordring som er arrangører til neste år!



Oslo Endoskopisk Winter Meeting

Oslo Endoskopisk Winter Meeting ble for første gang arrangert 7.-10. mars 2013 på Quality Spa & Resort Norefjell. Hotellet og det øvrige anlegget på Norefjell ga flotte rammer rundt arrangementet, som er en internasjonal kongress i endoskopisk gynekologi.

Til alt hell viste Norefjell seg fram med fantastisk vintervær 3 av 4 dager. Lørdag kom det snø, heldigvis ble det oppfattet som sjarmerende og eksotisk av våre langtreisende venner. I alt 114 påmeldte deltakere kom fra fjern og nær. Det var deltakere fra i alt 10 land, 2 deltakere kom helt fra Palestina og en av foredragsholderne fra USA. Om lag halvparten av alle deltakerne kom fra forskjellige steder i Norge, og resten fra forskjellige land i Europa. Alt av forelesninger og taler/informasjon ble gitt på engelsk. Det var en fin blanding av kollegaer med spesiell interesse for endoskopisk gynekologi. Noen med mye erfaring og andre relativt ferske i feltet. Uvanlig nok i norske gynekologikurs sammenheng var kjønnsfordelingen ganske jevn.

Det var en gruppe gynekologer fra Oslo Universitetssykehus, Ullevål som arrangerte møtet. Organisasjonskomiteen bestod av Anton Langbrekke, Bjørn Busund, Marit Lieng og Erik Qvigstad med Espen Berner som sekretær og kontaktperson. De har selv planlagt og organisert det hele, og gjennomførte arrangementet på en imponerende måte. Møtet er en oppfølger til tidligere møter som ble arrangert annethvert år først i Gudbrandsdalen og senere på Kvitfjell. Det siste av disse møtene ble arrangert i 2008. Sammen har

organisasjonskomiteen et bredt kontaktnett innenfor det gynekologisk endoskopiske miljøet internasjonalt, og de hadde samlet en spennende og faglig tung gruppe med dyktige og toneangivende foredragsholdere. Det faglige programmet var bredt sammensatt med relevante temaer, og med gode pauser for sosialt samvær og for å kunne nyte alle de fristende tilbudene som finnes på stedet. På Norefjell finns det mange mil med flotte skiløyper og skianlegg med 13 heiser og 24 nedfarter. Hotellet kan

i tillegg tilby ski inn-ski ut, en 16 meter høy innendørs klatrevegg, skøytebane, spa og svømmebasseng. Maten som ble servert var svært god og delikat presentert, noe som bidro til en god stemning under hele møtet. Den tradisjonelle parallell-slalom konkurransen og dans lørdag kveld var også populære innslag. Arrangørene planlegger å arrangere ny kongress på Norefjell om to år, og kollegaer med interesse innen endoskopisk kirurgi anbefales å delta da møtet var en suksess, både faglig og sosialt.



En glad arrangementskomite, litt sent på lørdagskvelden: Bjørn Busund, Marit Lieng, Erik Qvigstad, Anton Langbrekke og Espen Berner.

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

Sammendrag av foredragene OEWM

Det faglige programmet var delt inn i hovedtemaene infertilitet, endometriose, myomer, onkologi, hysteroskopi, robotkirurgi og komplikasjoner.

Første foredragsholder var Tom Tanbo med overskriften "Is infertility surgery outdated?" Han gjorde rede for hvordan introduksjonen av IVF lagde et tidsskille i gynekologisk kirurgi. Tidligere ble det utført ulike fertilitetsforbedrende operative prosedyrer, som ikke nå lenger er aktuelle. Nå representerer kirurgi et supplement eller alternativ til assistert befruktning (ART). Kirurgi skal, også ved infertilitet, tilbys riktig pasient med god indikasjon. Ved tubar infertilitet utføres ikke lenger kirurgi for å reparere tubene, og ved saktosalpings anbefales fjerning av tubene før ART. Laparoskopisk ovariell drilling (LOD) ved polycystisk ovarialt syndrom (PCO) har vist seg å være en kostnadseffektiv behandling. Fedmekirurgi ved fedme og subfertilitet øker også sjansene for graviditet. Endometriose gir redusert fertilitet og det er påvist økt fertilitet og bedre resultater ved ART etter reseksjon av minimal/mild endometriose. Kirurgisk fjerning av endometriomer før assistert befruktning har ikke vist bedring av resultatene ved ART. Myomer av alle lokalisasjoner kan gi redusert sjanse for graviditet. Bare fjernelse av submukøse myomer har vist effekt på fertiliteten.

Erik Qvigstad holdt foredrag om AMH (Anti-Müller Hormon) og infertilitet. AMH kontrollerer formasjonen av primære follikler i ovariet. Serum-nivået av AMH kan

sammen med kronologisk alder, ultralydfunn og resultatet av andre endokrine tester, predikere den ovariale reserven hos en kvinne. Serumnivået av AMH er stabilt og det påvirkes lite av menstruasjonssyklus, graviditet og andre faktorer. Serummålinger av AMH kan benyttes i forbindelse med infertilitetsutredning for å skille gode og dårlige respondere, og slik finne riktig IVF-protokoll til hver enkelte kvinne. Det kan også være aktuelt å måle AMH ved mistanke om prematur ovarialsvikt. AMH øker x 2-3 ved PCOS. Det er vist at serum-AMH faller etter kirurgisk behandling av endometriomer. Et tilsvarende fall i AMH



Jacques Donne

er ikke vist etter fjerning av andre typer ovarialcyster.

I sitt foredrag "Internal cerclage" diskuterte Judith Huirne bruken av intern cerclage: skal den legges elektivt eller som en nødprosedyre? Skal den anlegges åpent abdominalt eller laparoskopisk? Skal den anlegges før, eller under graviditet? Hun viste en fin og demonstrativ video av deres metode for laparoskopisk anleggelse av cerclage elektivt før graviditet.

Jörg Keckstein holdt foredraget "Preoperativ workout endometriosis". Endometriose er en tilstand som vanligvis er lokalisert i bekkenet, men som kan ha utbredelse også utenfor bekkenet. Kirurgisk behandling av endometriose krever full evaluering preoperativt (anamnese, klinisk undersøkelse inkl. UL, evt MR og laparoskopi). Det er viktig å kjenne pasienten og ha oversikt over hennes plager og funn. Det er viktig å være klar over at mucosa oftest er upåvirket ved endometriose i tarm. Endometriose som sitter i muskellaget i tarmveggen vil ikke være synlig ved endoskopiske undersøkelser som koloskopi. UL og/eller MR vil ofte gi nyttig preoperativ informasjon. Keckstein demonstrerte hvordan vi med transvaginal ultralyd kan vurdere lagene i rektum og se etter endometriose-knuter. MR vil ofte gi tilleggsinformasjon og brukes regelmessig

ved mistanke om dyp infiltrerende endometriose med affeksjon av tarm og/eller urinveier.

Jacques Donnez holdt foredrag om kirurgisk behandling av ovarial endometriose. Endometriomene er hovedsakelig væske med en pseudokapsel rundt. Pseudokapselen er fibrøst vev, en reaktiv reaksjon. Det er derfor ikke noe tydelig plan mot omliggende vev. Det er stor risiko for å fjerne friskt ovarialvev når man forsøker å strippe endometriomer. Ved store endometriomer (>5 cm) anbefaler Donnez en 2 stegs prosedyre hvor man først drenerer endometriomet, tar biopsi, vaporiserer og frigjør ovariene. Deretter gis pasienten GnRH-analog i 3 måneder, før det utføres ny laparoskopi. Donnez viste en økt kumulativ graviditetsrate etter kirurgisk behandling av endometriomer. Ved stripping nær hilus kan en risikere ruptur og blødning, noe som igjen kan medføre ødeleggelse av normalt ovarialvev på grunn av diatermi bruk. Ved bruk av bipolar diatermi kan varmen spre seg 1 cm i vevet, dvs kan at mye normalt ovarialvev kan bli destruert. Man bør derfor vurdere ablasjon som et alternativ til cystektomi. Ifølge Donnez er opptil 30 % av «sjokoladecystene» egentlig luteincyster med blødning. Det er vist redusert ovarialfunksjon etter laparoskopisk cystektomi av endometriomer. Donnez foreslår derfor en kombinert teknikk som løsning. Man starter som ved en cystektomi. Når det begynner å blø kan man stoppe og klippe av cysten, og deretter gjøre ablasjon på gjenværende areal. Graviditet, GnRH, p-piller og progesteron har vist å ha beskyttende effekt etter kirurgi.

Neste tema var kirurgisk behandling av dyp infiltrerende endometriose (DIE). Anton Langbrekke gjorde først rede for sin tilnærming ved denne problemstillingen. Han viste mange illustrerende bilder og videoer. Dette er komplisert kirurgi. Langebrekke la vekt på å tenke på DIE også hos unge jenter. Hos ungdom med uttalt primær dysmenore, månedlig skolefravær på grunn av smerter, positiv familiehistorie, og p-piller uten prevensjonsbehov bør man også tenke på denne diagnosen. Endometriose er en inflammatorisk sykdom. Langebrekke gikk gjennom de tre typene endometriose:

1) Peritoneale lesjoner (også i bunnen av peritoneale huler). Her er både ablasjon og ekstirpasjon aktuell behandling.



Kristin Klovin fra Skien prøver morcellatoren på en svinestek.

2) Ovariell endometriose. "Kissing ovaries" har ofte bakenforliggende DIE. Han presenterte en kasus med ruptur av endometriom etter IVF stimulering.

3) DIE. Vanlige symptomer er dysmenore, dysparuni, tarmkrampes og andre tarmproblemer. Den kirurgiske behandlingen er ofte omfattende og det kan være behov for tarmreseksjon, blæreseksjon, frileggelse og evt. reimplantasjon av ureter. Ut fra symptomer og funn vurderes preoperativ behandling med GnRH analog, eventuelt postoperativ hormonell behandling. Det kan også være aktuelt å gjøre kirurgisk intervensjon i flere seanser.

Når vi skal intervensjon ved DIE må vi vurdere kvinnens alder, hennes symptomer og ønsker, lesjonenes lokalisasjon, grad av sykdom, komplikasjonsrisiko og andre behandlingsalternativer. Langebrekke beskrev sin «steg for steg strategi». Laparoskopisk behandling ved DIE kan gi stor forbedring av livskvaliteten for kvinnen. Pasientene bør sentraliseres til sykehus med nødvendig ekspertise. Åpen kirurgi bør unngås hos disse pasientene og tidligere inkomplett kirurgi kan vanskeliggjøre radikal kirurgi senere.

Keckstein redegjorde så for sin tilnærming ved DIE. Hvilket symptom kommer fra hvilken lesjon? Hvilke lesjoner skal fjernes og hvilke kan stå? Han la stor vekt på å snakke med pasienten nøye på forhånd, og å lage en plan for den kirurgiske behandlingen. «Kjenn din grense- hvor langt kan du gå?»

En må ha de beste instrumenter og de beste forhold å jobbe under ved komplisert kirurgi. Keckstein foretrekker å bruke monopolar nål ved disseksjon, og han bruker uterusmanipulator og rektumsonde for å få best mulig oversikt i operasjonsfeltet. Ved tarm-infiltrasjon er tarmreseksjon hans førstevalg. Keckstein mente GnRH-analog vanskeliggjør den kirurgiske behandlingen, og han bruker derfor ikke det preoperativt til sine pasienter. Han presenterte Enzian scoringssystem for dyp infiltrerende endometriose, og avsluttet med å oppfordre oss til å la tiden modne informasjonen hos pasienten. Høyt motiverte og godt informerte pasienter tåler konsekvensen av kirurgi og eventuelle komplikasjoner bedre. Etter Keckstein presenterte Donnez sitt syn på DIE. Keckstein og Donnez har kjent hverandre i om lag 25 år og har ulike tilnærminger til DIE. De har mange ganger tidligere presentert og diskutert sine erfaringer og syn på ulike kongresser og kurs.

"To shave or not to shave" var overskriften på Donnez sitt foredrag. Han gjorde rede for hvorfor han har shaving som førstevalg ved tarm-endometriose. Han la vekt på at negative konsekvenser og komplikasjoner etter kirurgi (for eksempel tarmreseksjon) er mindre akseptabelt ved benign, sammenliknet med malign, sykdom. Pasientens ønske er å bli symptomfri. Vi gjør godt det vi kan best/har mest erfaring med. Teknikken ved shaving varierer med grad av invasjon (serosaeksisjon, dyp shaving inkludert muskularis inntil submukosa



John F. Boggess.

og diskoid eksisjon). Donnez anbefalte å utføre diskoideksisjon i stedet for tarmreseksjon når mulig. Ved for dyp shaving må kirurgen være i stand til å reparere skaden selv. Donnez påpekte at det ikke er vist at radikalitet ved tarmreseksjon gir bedre resultater enn ved shaving/diskoidreseksjon. Det er en annen teknikk og en annen filosofi. Shaving har litt høyere forekomst av residiv sammenliknet med tarmreseksjon, men mindre komplikasjoner. "Medical and surgical treatment of fibroids pro/con" var tittelen på Donnez sitt neste foredrag. Han viste først en video hvor en kvinne med fibromer var preoperativt behandlet med ulipristalacetat (UPA) (Esmya®). Han bruker ikke vasopressin peroperativt (Pitressin®), men klipper arteria uterina forut for myomektomi. Videre benyttes CO2 laser for å gjøre uterotomien og finne riktig lag for myomenukleasjon. Myometriet ble suturert i 2 lag. UPA har rask effekt på blødningsforstyrrelser hos kvinner med myomer (innen 7 døgn), hvilket er raskere enn ved bruk av GnRH-analog, og uten forbigående forverring (flare-up effekt) som man kan se ved GnRH-analog. Ved undersøkelse 6 måneder etter avsluttet behandling, er det sett bedre varig effekt på volumreduksjon av myomer etter UPA sammenliknet med etter GnRH-analog, uten at en sikkert vet hvorfor. Han gikk gjennom Pearl 1 og Pearl 2 og viste at UPA ikke gir postmenopausale symptomer. Østrogennivået er på midtsyklisk nivå. Første mens kommer allerede en måned etter seponering, og det er ikke vist påvirkning på brystene. Det er sett endometrieforandringer som kan forveksles med hyperplasi, men disse er reversible. Donnez ser for seg at det fremover kan bli aktuelt med intermitterende langtids-

sterapi med UPA hos kvinner med myomer, men avventer videre forskningsresultater.

ClaesTropé holdt foredraget "Adnexal tumors in pregnancy and conservative treatment of ovarian cancer in fertile women". Fertilitetsbevarende behandling ved ovarialcancer reiser mange etiske spørsmål. Det er en økt prevalens av adnex patologi i løpet av graviditet, trolig oppdaget grunnet hyppigere bruk av ultralydundersøkelser i løpet av svangerskapet. Det er UL-undersøkelsen som gir diagnosen. Tumormarkører er av liten hjelp under svangerskapet. Man kan ta MR undersøkelse av gravide etter 12 ukers svangerskapslengde, men bruk av kontrast under graviditet er omdiskutert. CT anbefales ikke brukt i svangerskapet. Ved påvist patologi må en diskutere risiko og fordeler ved observasjon vs. terapi. Dersom det er aktuelt, kan en starte kjemoterapi 3 uker etter fødsel. Det er anbefalt å unngå graviditet første 6-12 måneder etter kjemoterapibehandling.

Donnez holdt også et foredrag om konservering av ovarialvev og autotransplantasjon. Dette kan være aktuelt når risiko for ovarialsvikt er høy og vil avhenge av pasientens alder, hvilken type kjemoterapi som planlegges og om stråling er aktuelt. Han presenterte alternativer for konservering (embryo, modne oocytter, umodne oocytter eller ovarialvev). Det er viktig at teknikken ikke medfører forsinkelse i kreftbehandlingen. Det gjøres ikke reimplantasjon ved risiko for reintroduksjon av maligne celler (f.eks. ved leukemi). Ellers kan det være aktuelt å reimplantere ved tegn til prematur ovarialsvikt (klinisk og/eller lab. messig). Transplantasjonsteknikken vil være avhengig av om ovariet er bevart eller ikke. Det er så langt rapportert 22 levende fødte barn (14 spontane graviditeter og 8 IVF graviditeter) etter autotransplantasjon.

Mark Hans Emanuel avsluttet det faglige programmet fredag med å snakke om hysteroskopisk myomreseksjon. Indikasjonen er abnormal blødning og subfertilitet. Det foreligger ingen RCT med hensyn til effekt av behandlingen. Emmanuel presenterte en studie hvor 283 kvinner gjennomgikk transcervikal myomreseksjon (TCRM). 14 % var reoperert etter 5 år, mens 26 % var reoperert etter 10 år. Hvis uterus er forstørret med flere myomer, gir TCRM

dårligere resultater en ved en normal stor uterus med kun et myom. Emanuel har vært med på å utvikle en hysteroskopisk morcellator (Truclear®), som markedsføres som svært effektiv, tidsbesparende og trygg i bruk. Han viste sammenhengen mellom radius av myomet og dets volum: et 2 cm myom har volum 4,2 cm³, mens et 4 cm stort myom har volum 33,5 cm³. Dette er viktig å ta hensyn til det når man planlegger hysteroskopisk behandling av myomer.

Lørdag morgen holdt Olav Istre første foredrag over temaet "Evolution in minimal invasive gynecological surgery, a categorical shift from open surgery". Han sa at minimal invasive kirurgi er en filosofi som er blitt virkelig. Han sammenliknet åpen kirurgi med billøp i gamle dager; svært farlig, mens minimal invasiv kirurgi er mer som dagens billøp, det er tryggere og høyteknologisk. Han viste en videopresentasjon som både var underholdende og informativ om fagets utvikling fra åpen kirurgi via laparoskopisk kirurgi til singel port kirurgi og bruk av robot.

I foredraget "Laparoscopic treatment of cervical cancer in fertile women" uttrykte Marc Possover sin bekymring for at prosedyren vaginal radikal trachelektomi er i ferd med å forsvinne. Dette er komplisert fertilitetsbevarende kirurgi hvor en fjerner cervix til istmus, tar med området medialt for ureter bilateralt og fjerner lymfeknutene laparoskopisk. Cerclage anlegges direkte og kvinnen må senere forløses med sectio. Han påpekte at mange nå hevder at de gjør radikal trachelektomi mens de egentlig gjør trachelektomi.

Til temaet "Laparoscopic treatment of endometrial cancer" holdt først Erik Rokkones et innlegg. Han viste at ovarieell endometriose predisponerer for klarcellet eggstokk-kreft og endometriekreft. Fra onkologisk ståsted bør endometriomene fjernes, med mindre det er snakk om fertilitetsbevarende tilnærming.

John Boggess beskrev kirurgi som en kontrollert skade. Robotkirurgi er ikke ny kirurgi, men kirurgi med nye redskaper. Han presenterte fordelene med robotkirurgi, spesielt for operatøren: 3D, nær skjerm, helt rolig kamera, man kan gå tett inn på operasjonsområdet og har en ergonomisk riktig arbeidsstilling.

Emmanuel tok så for seg temaet hysteroskopisk sterilisering. Han viste hvordan det historisk har vært gjort mange ulike forsøk på å sterilisere kvinner, men mange av metodene har vært mislykket. Essure brukes i tilnærmet 100 % av hysteroskopiske steriliseringer i Nederland og regnes som gullstandard. Det er utført mer enn 500 000 prosedyrer verden over. Han oppga 4-15 % teknikk failure. Graviditet er 1,6 pr 1000. HSG brukes ved kontroll kun etter kompliserte prosedyrer. Ellers sjekkes coilenes beliggenhet ved vaginal ultralydundersøkelse. Et nytt produkt (Hy-Fo, ExEm-Foam) er lovende ved undersøkelse om tubene er åpne (og om de er tette etter sterilisering) ved ultralyd. Emmanuel minnet ellers om en ny indikasjon for hysteroskopisk sterilisering/ tube okklusjon: ved saktosalpinx før IVF behandling.

Dick Schoot var satt opp til foredrag med overskriften "Asherman syndrom", men valgte istedenfor å snakke om uterusdynamikk. Han presenterte hvordan det er påvist bølger i uterus. Bølgene går fra fundus til cervix og fra cervix til fundus. I implantasjonsfasen er det ingen bølger nettopp for å fremme implantasjonen. De uterine bølgene kan påvirkes mekanisk (IUD, embryo-transferkateter), nevrologisk, av uteruspatologi (myomer, adenomyose) og etter kirurgi. Hvordan måle uten å påvirke? Kan en måle elektrisitet i uterus? Han viste et oppsett hvor de kombinerte abdominale strøm-målinger med vaginale strøm-målinger og ultralydundersøkelser. Her ble det vist en sterk korrelasjon mellom elektrisitet og bevegelse. I lutealfasen var

Internasjonale foredragsholdere OEWM:

Prof Jacques Donnez, Hospital St Luc, Universite Catholique de Louvain, Belgia.
Prof Jörg Keckstein, Villach, Østerrike
Prof Marc Possover, Zürich, Sveits
Prof Hans Brölmann, Amsterdam, Nederland
Prof Olav Istre, København, Danmark
Prof John F Boggess, North Carolina, USA
Overlege Dick Shoot, Eindhoven, Nederland
Overlege Judith Huirne, Amsterdam, Nederland
Overlege Mark Hans Emmanuel, Harlem, Nederland

Nasjonale foredragsholdere OEWM:

Prof Tom Tanbo, Reprodusjonsmedisinsk seksjon, Gynekologisk avdeling, OUS
Prof Erik Qvigstad, Gynekologisk avdeling, OUS
Prof Claes Tropé, Avdeling for gynekologisk onkologi, OUS
Seksjonsoverlege Anton Langebrekke, Gynekologisk avdeling, OUS.
Avdelingsleder Erik Rokkones, Avdeling for gynekologisk onkologi, OUS

det nesten ingen aktivitet i uterus. I sen follikulærfase: høy elektrisitet. Han har som mål å definere normal elektrisk aktivitet og definere abnormal aktivitet. Senere ønsker han å se på effekt av intervensjon.

Det neste foredraget hadde tittelen: "Neuropelveology, a new field of medicine." Possover presenterte dette vanskelige feltet for oss. Vi fikk høre om funksjonell neuropelveology og nervesparende kirurgi. Han viste flotte videoer hvor han demonstrerte imponerende anatomi-kunnskaper.

I sin presentasjon "Robotics in gynecological surgery" fortsatte Boggess med å vise robotkirurgiens fortreffelighet. Man kan utføre svært avansert kirurgi med

robot, og Boggess viste gode resultater også for pasienter med fedme og annen komorbiditeter, ved stor uterus og ved uttalt endret anatomi, som ved endometriose. Han gjorde rede for økonomiske aspekter ved robotbehandling, og han mente han kunne vise at det var økonomisk forsvarlig bruk av ressurser.

Hans Brölmann avsluttet det faglige programmet med sin presentasjon "Complications in surgery, prevention and management". Han pekte på hvordan laparoskopi og robotkirurgi krever mer tekniske kunnskaper og ferdigheter av kirurgen. Det er viktig å dele komplikasjoner med hverandre for å lære av hverandres feil. Han hadde samlet sammen en rekke videofilmer med komplikasjoner. På en av filmene fikk vi se morcellering av tarm. Dette utløste en spontan reaksjon fra hele salen. Han trakk frem at kirurgen for å unngå komplikasjoner må trene, ha god oppmerksomhet i situasjonen, unngå perseptuelle problemer og skaffe seg god oversikt. Brölmann understrekte videre at kirurgi er teamwork, og viktigheten av å få hjelp fra øvrig personell. Det kan også være nødvendig i enkelte situasjoner å bruke samtidig bildediagnostikk. Ved å redusere små problemer, så reduserer man også større problemer. Det er viktig med «blamefree reporting». Han anbefalte refleksjon over komplikasjonene, for å gjøre bedre neste gang. Viktigheten av å identifiserte komplikasjoner peroperativt ble også understreket.



Geir Sponland fra Ullevål var skiinstruktør for gjestene fra Jerusalem.

2013

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

1st FIGO Africa Region Conference of Gynecology and Obstetrics

2. oktober - 5. oktober 2013. Addis Ababa, Etiopia

World Congress on Ultrasound in OBGYN

6. oktober - 9. oktober 2013. Sydney, Australia

Overvekt i svangerskap og fødsel

10. oktober 2013. Oslo

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

5. mars - 8. mars 2014. Firenze, Italia

12 world Congress on Endometriosis

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

14th World Congress Menopause

1. mai - 4. mai 2014. Cancun, Mexico

EBCOG congress

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

Visanne®

Dienogest



C1 Visanne «Bayer AB» Progestogen. ATC-nr.: G03D

TABLETTER 2 mg: Hver tablett inneh.: Dienogest. 2 mg, lactos. monohydr. 62,8 mg, const. q.s.1

Indikasjoner: Til behandling av endometriose.

Dosering: 1 tablett daglig, helst til samme tid hver dag og med litt væske etter behov. Tablettene skal tas uten opphold, uavhengig av vaginal blødning. Neste pakning påbegynnes uten opphold. Ingen erfaring med behandling utover 15 måneder. Behandling kan igangsettes hvilken som helst dag i menstruasjonsyklus. Enhver hormonell prevensjon må seponeres først. Dersom prevensjon er nødvendig skal ikke-hormonelle prevensjonsmetoder benyttes (f.eks. barrieremetode). Redusert effekt ved uteglemte tablett, oppkast og/eller diaré (inntil 3-4 timer etter inntak). Ved én eller flere uteglemte tabletter tas 1 tablett så snart som mulig, og behandling fortsettes neste dag til vanlig tid. Ved oppkast eller diaré tas 1 ny tablett. Barn og ungdom: Ikke indisert til barn før menarke. Sikkerhet og effekt hos ungdom (fra menarke til 18 år) er ikke fastlagt. Eldre: Ingen relevant indikasjon. Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig. Administrering: Oral bruk. Kan tas med eller uten mat.

Kontraindikasjoner: Behandlingen seponeres umiddelbart hvis noen av nevnte tilstander oppstår. Aktiv venøs tromboembolisme. Nåværende eller tidligere arteriell og kardiovaskulær sykdom. Diabetes mellitus med vaskulære risikofaktorer. Tidligere eller eksisterende alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke har normalisert seg. Tidligere eller eksisterende levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte kjønnsormonnavhengige maligniteter. Udiagnostisert vaginalblødning. Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Dersom noen av tilstandene/risikofaktorene nevnt nedenfor er til stede eller forverres, bør en individuell nytte-/risikoanalyse gjennomføres før behandling igangsettes eller gjenopptas. Uterin blødning kan forverres ved bruk, ved adenomyosis uteri eller uterin leiomyom. Dersom blødningen er kraftig og vedvarer, kan det føre til anemi (alvorlig i noen tilfeller). Ved anemi bør seponering vurderes. De fleste får endret blødningsmønster. Ved hypertensjon er risiko for slag potensielt noe høyere ved bruk av preparater som kun inneholder progestogen. Kan foreligge økt risiko for venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme) ved bruk av preparater som kun inneholder progestogen. Risikofaktorer for venøs tromboembolisme (VTE) inkluderer positiv familiehistorie (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder) eller personlig sykehistorie, alder, fedme, langvarig immobilisering, omfattende kirurgi eller alvorlig traume. Ved langvarig immobilisering er seponering anbefalt (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før inngrep), og behandlingen skal ikke gjenopptas før 2 uker etter en fullstendig rehabilitering. Økt risiko for tromboembolisme i puerperium må vurderes. Behandling stanses umiddelbart ved symptomer på eller mistanke om arteriell eller venøs trombotisk hendelse. Svak økt relativ risiko for brystkreft (fortrinnsvis ved bruk av både oestrogen og progestogen). Økt risiko reduseres gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Sjeldne tilfeller av benigne levertumorer, og enda sjeldnere maligne levertumorer, er observert. Slike tumorer har ført til livstruende intraabdominale blødninger i enkelte tilfeller. Levertumor bør vurderes som differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, leverforstørrelse eller tegn på intraabdominal blødning. Ved økt risiko for osteoporose bør en nøye nytte-/risiko-vurdering foretas før behandling igangsettes. Ved tidligere depresjoner bør pasienten observeres nøye, og dienogest bør seponeres dersom depresjonen vender tilbake i alvorlig grad. Påvirker vanligvis ikke blodtrykk, men ved klinisk signifikant hypertensjon anbefales seponering og behandling av hypertensjon. Tilbakevendende kolestatisk gulsott og/eller pruritus som oppsto første gang under svangerskap eller tidligere år på kjønnssteroide, krever seponering. Kan påvirke insulinresistens og glukosetoleranse. Ved diabetes, særlig tidligere svangerskapsdiabetes, anbefales nøye overvåking. Kloasme kan av og til forekomme, særlig ved tidligere kloasme under graviditet. Ved tendens til kloasme bør sølly og UV-stråling unngås. Ektopisk graviditet er mer sannsynlig ved bruk av preparater med kun progestogen enn ved bruk av kombinasjonspreparater. Ved ekstraterin graviditet i sykehistorien eller problemer med egglederfunksjonen, skal preparatet derfor kun brukes etter grundig vurdering av fordeler og ulemper. Vedvarende ovariefollikler kan oppstå. De fleste av disse cystene er asymptomatiske, men noen kan være ledsaget av bekkensmerter. Inneholder laktose, noe som bør tas hensyn til ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktasemangel (lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: Induktorer eller hemmere av CYP 3A4 kan påvirke metabolismen. Fenytoin, barbitu-

rater, primidin, karbamazepin, rifampicin og mulig også okskarbazepin, topiramet, felbamet, griseofulvin, nevirapin og produkter med johannesurt (Hypericum perforatum) kan føre til økt clearance av kjønnshormoner, bivirkninger (f.eks. endret uterin blødningsprofil) og nedsatt terapeutisk effekt. Maks. enzyminduksjon observeres vanligvis ikke før etter 2-3 uker, men kan da vedvare i minst 4 uker etter avsluttet behandling. Soppmidler av azoltypen (ketokonazol, itraconazol, flukonazol), cimetidin, verapamil, makrolider (erytromycin, klaritromycin og roksitromycin), diltiazem, proteasehemmere (ritonavir, sakinavir, indinavir, nelfinavir), antidepressiver (nefazodon, fluvoksamin, fluoksetin) og grapefruktjuice kan øke plasmanivået av progestogen og føre til bivirkninger. Klinisk relevant interaksjon med cytotokrom P-450-enzymmediert metabolisme av andre legemidler er lite sannsynlig. Forskrivningsinformasjon for andre legemidler som gis samtidig, må konsulteres for å avdekke potensielle interaksjoner. Biotilgjengelighet påvirkes ikke ved inntak av et standardisert måltid med høyt fettinnhold.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Begrensete data. Skal ikke gis, da det ikke er nødvendig å behandle endometriose under graviditet. Overgang i morsmelk: Ukjent. Behandling anbefales ikke under amming. Fordeler ved amming for barnet veies mot fordeler av behandling for moren før det besluttes om amming skal opphøre eller behandling avsluttes. Fertilitet: Ovulasjon hemmes hos de fleste. Ved behov for prevensjon, skal ikke-hormonell metode brukes. Menstruasjonsyklus tilbake til normalt innen 2 måneder etter avsluttet behandling.

Bivirkninger: Bivirkninger opptrer hyppigere de første månedene etter et behandlingsstart, og avtar ved fortsatt behandling. Endret blødningsmønster, sporblødninger, uregelmessige blødninger eller amenoré kan oppstå. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme, magesmerter, flatulens, abdominal distensjon, oppkast. Hud: Akne, alopeci. Kjønnsgorganer/bryst: Ubehag i brystet, ovariecyster, hetetokter, uterin/vaginal blødning inkl. sporblødninger. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Nedstemthet, søvnforstyrrelse, nervøsitet, tap av libido, humørendringer. **Stoffskifte/ernæring:** Vektøkning. Øvrige: Asteniske tilstander, irritabilitet. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Blod/lymfe: Anemi. Gastrointestinale: Diaré, obstipasjon, abdominalt ubehag, gastrointestinal betennelse, gingivitt. Hjerne/kar: Uspesifikke sirkulatoriske lidelser, palpitasjoner, hypotensjon. Hud: Tørr hud, hyperhidrose, pruritus, hirsutisme, onychoclasis, flass, dermatitt, unormal hårvekst, fotosensitivitetsreaksjon, pigmentforstyrrelser. Kjønnsgorganer/bryst: Vaginal candidiasis, vulvovaginal tørrhet, genital utflod, bekkensmerter, atrofisk vulvovaginit, brystknoter, fibrocystisk brystsykdom, indurasjon i bryst. **Luftveier:** Dyspné. Muskel-skjelettsystemet: Skjelettsmerter, muskelspasmer, smerter i ekstremiteter, tyngdefølelse i ekstremiteter. Nevrologiske: Ubalanse i autonomt nervesystem, konsentrasjonsvansker. Nyre/urinveier: Urinveisinfeksjon. Psykiske: Angst, depresjon, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Vektreduksjon, økt appetitt. Øre: Tinnitus. Øye: Tørr øyne. Øvrige: Ødem.

Overdosering/Forgiftning: Akutte toksisitetstudier indikerer ikke noen fare for akutte bivirkninger. Daglig inntak av 20-30 mg dienogest (10-15 ganger høyere enn vanlig dose) i over 24 uker ble svært godt tolerert. Behandling: Intet spesifikt antidot.

Egenskaper: Klassifisering: Nortestosteronderivat uten androgen aktivitet, men med antiandrogen aktivitet som tilsvarer ca. 2 av den cyproteronacetat har. Virkningsmekanisme: Reduserer endogen produksjon av østradiol og undertrykker trofiske effekter av østradiol på eutopisk og ektopisk endometri. Vedvarende behandling med dienogest gir hypøstrogent, hypergestagent endokrint miljø som gir decidualisering av endometrievev etterfulgt av atrofi av endometriske lesjoner. Absorpsjon: Raskt og nesten fullstendig. C_{max}: 47 nanogram/ml. T_{max}: Ca. 1,5 timer. Biotilgjengelighet: Ca. 91%. Proteinbinding: 90%, ikke-spesifikt til albumin. 10% er frie steroider. Fordeling: Distribusjonsvolum: 40 liter. Halveringstid: Ca. 9-10 timer. Serumnivået avtar i 2 faser. Halveringstid til metabolitter i urin: 14 timer. Steady state nås etter 4 dager. Cl/F: 64 ml/minutt. Metabolisme: Hovedsakelig via CYP 3A4. Utskillelse: Utskilles i urin og feces i forholdet ca. 3:1 etter administrering av 0,1 mg/kg.

Andre opplysninger: Visse resultater av laboratorietester inkl. biokjemiske parametre for lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjon, plasmanivåer av proteiner, f.eks. kortikosteroidbindende globulin og lipid-/lipoproteinfraksjoner, parametre for karbohydratmetabolisme, koagulasjon og fibrinolyse kan påvirkes.

Pakninger og priser: 1 x 28: kr 452,30 (nov. 2011) 3 x 28: kr 1286,80 (nov. 2011)

Sist endret: 23.09.2011

Referanser:

1. Strowitzki T. et al. Eur J Obst Gynecol Reprod Biol 2010;151:193-198
2. Kohler G et al. Int J Gynecol Obstet 2010;108:21-25



Bayer HealthCare

Bayer AS, Drammensveien 147 B, 0212 Oslo,
Telefon 2411 1800, Telefaks 2411 1993

Visanne®

Visanne®

Dienogest



- Signifikant reduksjon av endometriose-assosiert bekkenmerte¹
- Færre endometrioselesjoner²

Indikasjon: Til behandling av endometriose.

Dersom prevensjon er nødvendig skal ikke-hormonelle prevensjonsmetoder benyttes (f.eks. kondom)

Dosering: 1 tablett (2 mg) daglig.

Kontraindikasjoner: Visanne® skal ikke brukes hvis noen av tilstandene nedenfor er tilstede:

- aktiv venøs tromboembolisme
- nåværende eller tidligere arteriell og kardiovaskulær sykdom
- diabetes mellitus
- tidligere eller eksisterende leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke har normalisert seg

Bivirkninger forekommer hyppigere i de første månedene etter behandlingsstart, og avtar ved fortsatt behandling. De hyppigst rapporterte bivirkningene ved behandling med Visanne® er:

- hodepine (9%)
- ubehag i brystet (5,4%)
- nedstemthet (5,1%)
- akne (5,1%)

For fullstendig oversikt, se felleskatalogtekst.



Bayer HealthCare

Visanne®