

26-3  
2013

# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



## ÅRSMØTEUTGAVEN 2013

Drammen 24. - 26.oktober 2013

■ Årsrapporter s. 10 ■ Program s. 34 ■ Abstrakts s. 38 ■



**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. **Maksimalt 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. **Intravenøs 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 subkutant 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). **Pediatrisk 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. Parenteralt jernadministrering skal unngås hos pasienter med hepatisk funksjonsforstyrrelse der jernoverskudd er en utløsende faktor, spesielt ved Porphyria Cutanea Tarda (PCT). Grundig overvåking av jernstatus anbefales for å unngå jernoverskudd. Sikkerhetsdata er ikke tilgjengelig for hemodialyseavhengige kroniske nyrepasienter som får enkelt-doser på mer enn 200 mg jern. Parenteralt jern må brukes med forsiktighet ved akutt eller kronisk infeksjon, astma, eksem eller atopiske allergier. Det anbefales at administreringen av Ferinject avbrytes hos pasienter med pågående bakteriemi. Hos pasienter med kronisk infeksjon må det foretas en nytte-risikovurdering, der undertrykkning av erytropoiesis tas i betraktning. Det skal utvises forsiktighet for å unngå paravenøs lekkasje ved administrering av Ferinject. Paravenøs lekkasje av Ferinject på injeksjonsstedet kan føre til brun misfarging og hudirritasjon. Ved paravenøs lekkasje må administreringen av Ferinject avbrytes øyeblikkelig. En ml med 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, ryggsmerte, artralgi. Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet: pyreksi, fatigue, brystsmerte, frostanfall, sykdomsfølelse, perifert ødem. *Undersøkelser:* økt aspartat-aminotransferase, økt gamma-glutamyltransferase, økt laktatdehydrogenase i blodet. *Vanlige* (≥ 1/100, < 1/10): nevrologiske sykdommer: hodepine, svimmelhet. Gastrointestinale sykdommer: kvalme, magesmerter, forstoppelse, diaré. Hud- og underhudssykdommer: utslett. Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet: reaksjoner på injeksjonsstedet. *Undersøkelser:* forbigående reduksjon av fosfor i blodet, forhøyet konsentrasjon av alanin aminotransferase. Det finnes ingen uønskede bivirkninger med ukjent frekvens. **Farmasøytiske opplysninger.** **Fortegnelse over hjelpestoffer:** natriumhydroksid (for pH-regulering), saltsyre (for pH-regulering), vann til injeksjonsvæsker. **Uforlikeligheter:** dette legemidlet må ikke blandes med andre legemidler bortsett fra de som er angitt under Spesielle forholdsregler for destruksjon og annen håndtering. Kompatibiliteten med beholdere laget av annet enn polyetylen og glass er ikke kjent. **Holdbarhet:** Holdbarhet for produktet i uåpnet salgspakning: 3 år. Holdbarhet etter første åpning av beholderen: fra et mikrobiologisk synspunkt skal preparater for parenteral administrasjon brukes øyeblikkelig. Holdbarhet etter fortykning med steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning: fra et mikrobiologisk synspunkt skal preparater for parenteral administrasjon brukes øyeblikkelig etter fortykning med steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning. **Oppbevaringsbetingelser:** oppbevares i originalpakningen. Oppbevares ved høyst 30 °C. Skal ikke fryses. **Emballasje** (type og innhold): 2 ml oppløsning i et hetteglass (type I glass) med kork av bromobutylgummi og aluminiumshette i pakningsstørrelser på 1, 2 og 5 hetteglass. 10 ml oppløsning i et hetteglass (type I glass) med kork av bromobutylgummi og aluminiumshette i pakningsstørrelser på 1, 2 og 5 hetteglass. Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført. **Spesielle forholdsregler for destruksjon og annen håndtering:** inspiser hetteglassene visuelt for bunnfall og skade før bruk. Bruk bare hetteglass uten bunnfall, og med homogen oppløsning. Hvert hetteglass med Ferinject er kun ment for engangsbruk. Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav. Ferinject skal kun fortynnes med steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning. Det må ikke brukes andre typer intravenøse 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:** 22.11.2012. Se videre www.felleskatalogen.no.

# Mange kvinner lider av jernmangel til tross for normal Hb.

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



NYHET!

2013  
YEAR  
OF THE  
OVERACTIVE  
BLADDER

# ET HELT NYTT BEHANDLINGS- PRINSIPP INNEN OVERAKTIV BLÆRE

- Ny virkningsmekanisme<sup>1,2</sup>
- Effekt på alle grunnleggende OAB-symptomer<sup>1,2</sup>
- Munntørrhet på placebonivå<sup>1,2</sup>



**Betmiga™ 50 mg**  
mirabegron

Den første  $\beta_3$ -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
		<b>Vilkår:</b> 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 m<sup>2</sup> eller pasienter som trenger hemodialyse) eller ved alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C), og anbefales ikke til disse pasientgruppene. Det foreligger begrensede data fra pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>) og det anbefales en dosereduksjon til 25 mg for denne pasientgruppen Tabellen viser anbefalt daglig dose for pasienter med nedsatt lever- eller nyrefunksjon ved fravær og tilstedeværelse av sterke CYP 3A-hemmere.

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

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

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

**Barn og ungdom:** Bør ikke brukes, da effekt og sikkerhet ikke er tilstrekkelig dokumentert. **Administrering:** Tas 1 gang daglig. Kan tas med eller uten mat. 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 m<sup>2</sup>) 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, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som prøver å bli gravide. **Amning:** Bruk under amning bør unngås. **Bivirkninger: Vanlige (f1/100 til <1/10):** Hjerte/kar: Takykardi. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. **Mindre vanlige (f1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerte/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 vasculitt, 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. **Monitoring av puls, blodtrykk og EKG anbefales. Pakninger og priser (pr. 3.9.2013): 25 mg:** 30 stk. (bliste) kr. 369,40. 90 stk. (bliste) kr. 1038,30. **50 mg:** 30 stk. (bliste) kr. 369,40. 90 stk. (bliste) 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

# 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

Birgitte Simensen Berg/Drammen kommune

## GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

## Materiellfrister 2013

nr 4; 10. november

# Innhold

■ <b>Redaktøren</b>	6
■ <b>Leder</b>	7
■ <b>Årsmøte</b>	
NGFs representanter	8
Årsrapport NGF	10
Årsrapport Kvalitetsutvalget	12
Årsrapport Laparoscopiutvalget	12
Årsrapport STAN	14
Årsrapport Spesialitetskomiteen	15
Årsrapport NFGO	18
Årsrapport NFOG's Educational Board	18
Årsrapport NGF økonomi	19
Årsrapport FUGO	22
Årsrapport NFYOG	25
Årsrapport EBCOG	26
Velkommen til elvebyen Drammen	32
Generalforsamling NGF 2012	33
Program NGF Årsmøte	34
Program Formøter NGF Årsmøte	35
■ <b>FUGO</b>	
Kjære FUGO medlemmer!	28
Årsmøte og Generalforsamling, FUGO 2012	29
FUGOs forkurs	29
■ <b>Abstrakt</b>	
Abstaktsamling	38
■ <b>Kurs/kongress</b>	
Kongresskalender	62



26-3  
2013



Norsk gynekologisk forening  
DEN NORSKE LEGEFORENING

## Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2011-2013

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

Knut Hordnes  
Jone Trovik  
Kevin Sunde Oppegaard  
  
Martin Andresen  
Helene Fjeldvik Peterson  
Tone Shetelig Løvvik  
Tone Skeie-Jensen  
Odrun Kleggetveit  
Marte Myhre Reigstad

Hospitalet Betanien  
KK Haukeland  
Gyn avd hammerfest  
  
Smestadgynekologene  
KK Ahus  
St Olavs Hospital  
OUS Radiumhospitalet  
Spes praksis, Kristiansand  
KK Ahus

knut.hordnes@uib.no  
jone.trovik@helse-bergen.no  
kevin.s.oppegaard@helse-finnmark.no  
  
martin@drandresen.no  
help@ahus.no  
Tone.Shetelig.Lovvik@stolav.no  
SKZS@ous-hf.no  
odrun.kleggetveit@gmail.com  
martereigstad@gmail.com

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

# Dugnadsånd



**S**ommeren er definitivt over, og når det er høst er det igjen klart for årets høydepunkt, nemlig årsmøte i NGF. Denne gang i Elvebyen Drammen. LOK og styre i NGF har satt sammen et variert og spennende program. Vi håper på stor deltagelse. Formøtene for NUGG, PSL, NFGO, FUGO og Internasjonal kvinnehelse bør også bli godt besøkt. Her er det tema og foredrag som spenner seg fra "Abort i et globalt perspektiv" til "Medisinsk kreftbehandling anno 2013"

**D**en sosiale delen på årsmøtet er alltid godt ivaretatt. Puss danse-skoene før årsmøtemiddagen på Union Scene lørdag. Her blir det dans til fengende rytmer fra Røa Stor-band. Vi gleder oss!

**Å**rsmøte-nummeret 2012 er et særdeles fyldig nummer, med program for årsmøte,

rapporter fra NGF's nemder og komiteer samt alle abstrakts som skal presenteres under frie foredrag i Drammen. Det ligger et enormt arbeid bak alt dette.

**D**ette arbeidet hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten dugnadsånden. Våre medlemmer har bidratt med uttallige timer med frivillig innsats utover sene kvelds og natt-timer. Vi kan være stolte over å være medlemmer av en forening hvor veldig mange bidrar. Dette har gjort NGF til en forening som har betydelig påvirkningskraft, bl. a. overfor myndighetene, og som er en viktig aktør i mange medisinske spørsmål.

**D**et gror også godt blant våre yngre medlemmer.

**F**UGO har hatt et aktivt år, og arrangerer et spennende forkurs i Drammen; Basalkurs i gynekologisk laparoskopi. 40 deltagere i 2 grupper går igjennom teori og praktiske øvelser, sammen med erfarne klinikere. Kurs-komiteen har gjort en flott jobb, og dette lukter suksess.

**T**akk igjen til alle som har bidratt til dette nummeret av Gynekologen.

**P**å vegne av redaksjonen ønsker jeg alle et godt årsmøte.

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

### STAN-GRUPPEN

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

### LAPAROSKOPIUTVALGET

Jostein Tjugum, Hilde Christin Lie, Christian Hoyer-Sørensen, Guri Majak, Merethe Ravlo, Bernt Andreassen

### NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

### GYNEKOLOGEN

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

### KVALITETSUTVALGET

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

### 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

Trond Melby Michelsen (leder), Jeanne Mette Goderstad (nestleder), Kari Anne Trosterud, Ingar Nilsen, Ingeborg Bøe Engelsen, Hilde Sundhagen (vara), Knut Hofft Kierulf (vara), Marte Myhre Reigstad (Ylf)

#### NFGO

Anne Dørum (leder), Harald Helland, Ingrid Baasland, Jostein Tjugum, Rita Steen, Anne Beate Vereide (kasserer), Jone Trovik (representant NGF)

#### EBCOG (For 2012-2014)

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

#### NFOG

Jone Trovik

# Det beste som det godes fiende



**N**orge er et rikt land. En av mine medelever på gymnaset åpnet alltid norsk-stilene sine med denne setningen, nemlig det uomtvistelige faktum: Norge er et rikt land. Med dette utgangspunkt kunne han skrive om hva som helst: hvorfor vi var rike (oljen), eller feite, hva man burde bruke pengene på, om sløsing, om mindre rike land, om vårt ansvar for verden, innvandring, miljø - hva som helst.

**H**opper vi fra gymnasttiden og et stykke lenger fram i tid, kommer vi til en god kollega og læremester som pleide si: husk at det beste er det godes fiende. Han nevnte det gjerne i operasjonsfeltet når god hemostase var oppnådd, og flere suturer kanskje bare ville få det til å blø igjen. Når noe er bra, skal man være forsiktig med å forsøke å gjøre det enda bedre.

**O**g så til denne leders poeng: Norge er et rikt land, og har ressurser til å forsøke å gjøre gode ting enda bedre. Men blir det bedre, og til hvilken pris? Det er knapt noe land som har bedre perinatal statistikk enn Norge. Det er heldigvis få barn som dør i svangerskapet, også ved overtid. Det er selvfølgelig bra at det ikke er mange, men en dødfødsel er en tragisk hendelse for den gravide og familien som rammes. Det er klart en spør om ikke dette kunne vært unngått – at en kunne gjort ting enda bedre slik at færre, eller ingen barn dør. Og siden

risikoen for død øker litt med økende overtid (i alle fall for de eldre fødende), er nøye overvåking og kanskje induksjon svaret. Men hjelper det, og i så fall til hvilken pris? Hvor mange tusen kvinner skal induseres, hvor mange flere operative inngrep skal det koste, og hvilke andre oppgaver skal vike?

**D**ebatten om gruppe B-streptokokker dukker opp med jevne mellomrom, senest i Bergens Tidende i juni, der en mikrobiolog går ut og hevder at alle gravide bør screenes, og alle gravide bærere behandles. Parallellen til overtid er slående: det er få som rammes, og svært mange må behandles for eventuelt å vinne noe. Vi har hatt debatten i Norge og jeg har brukt år av mitt liv på denne avveiningen ikke minst da HDir og NGF laget retningslinjer. Vi har vist at en svær økning av antibiotikaforbruket fra dagens metode (estimert 5 %) til alle gravide bærere (rundt 30 %) gir en liten gevinst på neonatal GBS sykdom, men at prisen blant annet er at Gram-negative mikrober overtar og neonatal dødelighet dermed ikke endres. Mange land som USA og en del sør-europeiske land har likevel hatt screening av alle gravide. Vårt syn ser heldigvis i ferd med å slå gjennom: I juni gikk et europeisk konsensumøte om GBS testing i svangerskapet inn for å fraråde universell screening.

**N**år marginalene skal vinnes, øker innsatsen eksponentielt. Det gjelder i idrett, og det gjelder i helsevesenet enten det gjelder overtid eller GBS. Og for oss som er maritimt orientert – det gjelder for båter også. De har sin skroghastighet, altså en maksimal hastighet hvor en kan gi på uendelig med maskinkraft uten at hastigheten øker, det blir bare mer bråk, bølger, og forbruk. Parallellene er mange. Den som vil intervensere har ansvaret for å dokumentere nytteeffekt, og i vårt fag kan en si: har ansvaret for at ikke barnet forsvinner med badevannet. Hippokrates var vel inne

på det samme. Om man ikke kan lege, så skal man i alle fall ikke skade.

**N**orge er et rikt land, noe som dessverre innebærer at vi også har ressurser til å presse marginene i urimelig grad, og kanskje gjøre helt unyttige og kanskje uheldige tiltak - vi kan bli det godes fiende. Kanskje burde vi bli modig nok til å si: det er bra, og det er godt nok.

**I** oktober arrangeres 1st FIGO Africa Regional Conference of Gynecology and Obstetrics i Addis Ababa. En del norske kolleger reiser. Etter sommerens lesning av Abraham Vergheses roman Cutting for Stone er det vanskelig å ikke bli fascinert av landet og livet som kirurg og obstetriker, og legekunsten, på et lite etiopisk sykehus. Her er det ikke snakk om å bruke store ressurser på å lage små forskjeller, tvert imot! Ikke det at alt er like nyttig her heller, og gleden ved pasientbehandling er neppe avhengig av at den er evidensbasert. Obstetrikeren Hema vil nødvendig evaluere nytten av versjonsklinikken – «hvorfor skal jeg gjøre en studie og kanskje vise at det jeg gjør er unyttig, når jeg har så stor glede av å møte disse kvinnene hver tirsdag?»

**Å**rsmøtet i Drammen nærmer seg. Styret og lokal komite er godt fornøyd med programmet - her er mange høydepunkter. Undertegnede ser spesielt fram til å høre status på NIPD, etter debatten om tidlig ultralyd i vår. Kan trisomi-screening gjøres langt enklere og mer presist med blodprøve, forsvinner mye av hensikten med tidlig ultralyd. Da står effekten ved tvillingsvangerskapene tilbake nærmest alene. Da er vi ved utgangspunktet: er disse grunn god nok til å undersøke alle våre 60.000 gravide en ekstra gang? Norge er rett nok et rikt land, men det må da gå an å bruke rikdommen bedre?

**V**el møtt på Årsmøtet!

# NGFs representanter

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

### STAN-GRUPPEN

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

**Sist oppnevnt:** 2011

**Funksjonstid:** til 2014

#### Mandat:

1) Være ansvarlig for kapitlene om fosterovervåking i den reviderte "Veileder i fødselshjelp 2005".

2) Bidra til kollegial læring og forbedring mht bruk av STAN metoden nasjonalt.

Dette innebærer at kolleger kan sende STAN registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og kommentarer.

3) Være med på planleggingen det årlige erfaringsmøte som er for alle som bruker STAN overvåking.

Gruppen er ikke et sakkyndig organ, men en læringsinstans. Vurderinger og kommentarer er således ikke en del av pasientens journal.

### LAPAROSKOPIUTVALGET

#### Medlemmer:

Christian Hoyer-Sørensen (Sørlandet Sykehus, Kristiansand) leder

Jostein Tjugum (Førde sentralsykehus, Førde)

Guri Majak (Oslo universitetssykehus, Ullevål)

Merethe Ravlo (St. Olavs Hospital, Trondheim)

Bernt Andreassen (Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø)

**Funksjonstid:** inntil videre

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

### NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

**Sist oppnevnt:** 2010

**Funksjonstid:** 4 år

### GYNEKOLOGEN

**Redaktør:** Martin Andresen

#### Redaksjonsmedlemmer:

Silje Eilertsen Denstad, St Olavs Hospital

Cathrine Ebbing, KK Haukeland

Mariann Eidet, KK Sørlandet Sykehus

Kristiansand

Ragnar Sande, Stavanger Universitetssykehus

Anne Cecilie Hallquist, Smestadgynekologene

**Sist oppnevnt:** 2012

**Funksjonstid:** 2 år

**Mandat:** Ikke formalisert

### KVALITETSUTVALGET

Runa Aabø, Pål Øian, Anny Spydslaug, Anne

Dørum, Rolf Kirschner (leder)

**Sist oppnevnt:** 2011

**Funksjonstid:** 4 år.

**Mandat:** ikke angitt

### FUGO

Marte Myhre Reigstad, Olav Nordbø, Tiril

Tingleff, Åsmund Mjøen Iversen, Helene

Peterson, Silje Eilertsen Denstad, Johanne

Holm Toft

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

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

### NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

**Sist oppnevnt:** 2004

**Funksjonstid:** ikke begrenset. Utvalget er aktivt.

**Mandat:** Bearbeide det erfaringsmateriale som ligger i NPE innen vårt fagfelt for å se om dette kan utnyttes på en fornuftig måte. Det er avholdt et seminar på årsmøtet til NGF i 2006, det er skrevet en artikkel i Tidsskriftet og det arbeides med nye artikler og laget kurs for sakkyndige. Utvalget har søkt og fått innvilget kr 300.000 fra Kvalitetsfondet i Legeforeningen til videre bearbeidelse av erfaringsmaterialet som ligger i NPE. I februar/mars 2008 utlyser NPE en (eller to) 40 % (eller 20 %) stipendiatstillinger i Tidsskriftet.

### ANDRE RELATERTE INSTANSER:

#### SPECIALITETSKOMITEEN

Trond Melbye Michelsen (leder)

Jeanne Mette Goderstad (nestleder)

Kari-Anne Trosterud

Ingeborg Bøe Engelsen

Marte Myhre Reigstad (Ylf)

Hilde Sundhagen (vara)

Knut Hoff Kierulf (vara)

**Sist oppnevnt:** 2011

**Funksjonstid:** 4 år

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

### NFGO

Anne Dørum (leder), Harald Helland,

Jostein Tjugum, Anne Beate Vereide

(kasserer), Ingrid Baasland, Rita Steen,

Jone Trovik (representant fra NGF)

**Sist oppnevnt:**

**Funksjonstid:** ikke begrenset

**Mandat:** NFGO har egne vedtekter vedtatt ved opprettelsen 181105, her fremheves kun §2: Forumets mål er å fremme kunnskap om å samarbeide innen gynekologisk onkologi.

### EBCOG

For 2012-2014: Knut Hordnes, Martin

Andresen (PSL/NGF), Rolf Kirschner,

General Secretary (EXEC)

Sist oppnevnt/funksjonstid/mandat: se

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

### NFOG'S NEMNDER

Jone Trovik (vitenskapelig komite)

**Sist oppnevnt:** 2005

**Funksjonstid:** 2012

**Mandat:** se NFOG <http://www.nfog.org/>



# 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](http://www.bbraun.no)

Aesculap – a B. Braun company

# Årsrapport

## Norsk Gynekologisk Forening

### STYRETS SAMMENSETNING I 2012

Leder: Knut Hordnes, Dagkirurgisk Senter, Hospitalet Betanien

Nestleder: Jone Trovik, Kvinneklinikken,

Haukeland Universitetssykehus

Kasserer: Torill Kolås, Gyn-føde avdeling,

Sykehuset Innlandet Lillehammer

Vitenskapelig sekretær: Kevin Sunde

Oppegaard, Gyn-føde avdeling, Hammerfest sykehus

Styremedlem (PSL) og redaktør

av Gynekologen: Martin Andresen,

Smestadgynekologene

Sekretær (FUGO): Helene Fjeldvik Peterson,

Kvinneklinikken, Ahus

Varamedlem: Tone Shetelig Løvvik,

Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital

Varamedlem (for PSL): Odrun Kleggetveit,

Spesialistpraksis, Kristiansand

Varamedlem (for FUGO): Marthe Myhre

Reigstad, Kvinneklinikken, Ahus

Nettredaktør: Mette Løkeland, Universitetet i

Bergen og Hospitalet Betanien

Medlemstallet i foreningen i desember 2012 var totalt 925 (hvorav 12 assosierte og 118 pensjonister), det var ialt 556 kvinner (60,1%). Av våre 226 medlemmer < 40 år er 83,2 % kvinner.

Styret hadde 9 møter og ett telefonmøte i 2012. To av møtene fant sted i forbindelse med NGFs arrangementer (vårkurs i april i Oslo og årsmøtet i Tromsø i oktober), et møte ble avholdt i Tallin 10. mai forbindelse med EBCOG kongressen og møtet i juni var i Bergen i forkant av NFOG kongressen.

Styret behandlet i alt 56 nye saker, i tillegg til en rekke saker fra tidligere år. Faste innslag på møtene er orienteringssaker fra Legeforeningen, NFOG, EBCOG og FIGO. Varamedlemmene får tilsendt alle møteinnkallinger og referater.

2012 var et travelt år med mye møtevirksomhet særlig i forhold til NFOG og Bergenskongressen, og i tillegg var det to møter i EBCOG (Tallin og Brussel), og i

FIGO i forbindelse med Roma-kongressen 7-12 oktober.

### OPPFØLGING AV VEDTAK

Styret har fulgt opp vedtaket på generalforsamlingen i Ålesund i 2011:

*NGF ønsker å uttrykke kritikk ovenfor Helsedirektoratets behandling av "overtids-saken". Dette gjelder både prosess og konklusjon i de nye anbefalingene fra Helsedirektoratet.... Generalforsamlingen ber styret i NGF om å ta denne saken opp med Legeforeningen / president Hege Gjessing, og med myndighetene.*

Styret ved leder og nestleder møtte Hege Gjessing i januar og orienterte om vårt syn, og har hatt god kontakt med HDir om saken. Både HDir og Helsetilsynet ble invitert til å holde innlegg og deltok i debatt på Årsmøtet i Tromsø vedrørende det prinsipielle ved status av foreningens Veiledere i forhold til myndighetenes retningslinjer, og videre samarbeidsform. Kontakten har vært opprettholdt i forbindelse med revisjon av Veileder i fødselshjelp ledet av Pål Øian. Vi har fremholdt Veilederne som vårt eget uavhengige produkt og samtidig siktet mot samsvar mellom Veileder og myndighetenes retningslinjer.

### NFOG kongress i Bergen juni

Faglig og sosialt oppfattet om suksess. Det var totalt 615 deltakere (245 norske, 152 danske, 97 svenske, 75 finske, 14 islandske og 32 fra øvrige land), og 47 stands i tillegg til en platina og fire bronse-sponsorer. Det var rekordhøy påmelding av abstrakt nemlig 222. Sluttoppgjøret viste imidlertid et underskudd på ca. 450 000 NOK, viktigste faktor svikt i sponsor inntektene.

### NGFs Vårkurs

Kurset ble holdt i Oslo 19-20. april. Det var 37 påmeldte. Kurset var vellykket med fokus på fedmeepidemi, kost-nytte i helsevesenet, kirurgi mm. Entusiastisk byvandring med kursleder Rolf Kirschner.

Årsmøtet i Tromsø. Årsmøtet er en sentral

sak for styret, og går igjen på alle styremøtene. Styret har ansvaret for det faglige programmet, lokal komite for det sosiale, og det arrangementsstekniske står vårt byrå CIC for. Representanter fra CIC og LOK møtte på flere av styremøtene. Årsmøtet var godt besøkt med 225 deltakere, og de tilgjengelige utstillingsarealene ble solgt ut nemlig 44 stands. Stor takk til LOK med Ingard Nilsen i spissen. Hedersprisen ble tildelt Torvid Kiserud.

### Gynekologen

Utkom i 2012 med 4 nummer. Martin Andresen overtok redaktørjobben i januar og Gynekologen er veldrevet, med interessant og relevant innhold. Avtale med et annonseakkvisjonsfirma (Akuttjournalen Arena AS) har fungert bra og spart redaksjonen for arbeid, og Gynekologen går fortsatt med overskudd.

### Nettsidene

Nettredaktør Mette Løkeland overtok jobben i januar 2012 og har utviklet nettsidene videre, og de er nå tilpasset Legeforeningens mal. Avtalen om annonseakkvisjon gjelder også nettsidene. Nettredaktør har åpen tilgang til styremøtene og har deltatt på de fleste.

### Spesialitetskomiteen

Sentralstyret i Legeforeningen oppnevner hvert 4. år nye spesialitetskomiteer, etter forslag fra styrene i de fagmedisinske foreningene. Ved starten av året oppsto en vanskelig situasjon idet spesialitetskomiteens leder Jakob Nakling trakk seg. Trond Michelsen tok på seg vervet og ble oppnevnt som ny leder.

### Kvalitetsutvalget

Rolf Kirschner er leder, Anny Spydslaug redaktør for generell gynekologi, Pål Øian redaktør for fødselshjelp, og Anne Dørum redaktør for gyn onkologi. Revisjon av Veileder i fødselshjelp ble startet opp i 2012, og sentrale emner ble tatt opp på et to

dagers møte på Soria Moria 6-7 september. Møte ble støttet med 150.000 kr fra Legeforeningens Kvalitetsfond. Revisjon av Veileder for gynekologisk kreft" er delegert NFGO som har innledet arbeidet med denne i samarbeid med HDir med sikte på at enkelte emner også får status som nasjonale retningslinjer.

## EN DEL VIKTIGE SAKER

### Medikamentell abort hos praktiserende spesialist

Denne saken har pågått over flere år, og etter at nødvendige forskriftsendringer var på plass syntes det som om myndighetene ikke lenger så med velvilje på prosjektet og det nærmest stoppet før det igjen løsnet i 2013. Stor takk til Runa Aabø med flere for stor utholdenhet.

### Samarbeid mellom Norsk gynekologisk forening og Norsk pasientskadeerstatning om læring av gynekologisaker.

Møte NGF-NPE 3. september. Obstetrikksakene har vært gjennomgått, og gitt verdifull informasjon og gode publikasjoner. Vi er enig om å gjøre tilsvarende gjennomgang av gynekologisakene. Stilling vil bli søkt dekket dels fra Legeforeningens Fond for kvalitet og pasientsikkerhet og dels fra NPE. Prosjektbeskrivelse foreligger.

### Oppfølging av Et trygt fødetilbud -møte med Helse Nord og møte med Helseministeren.

Det ble i februar sendt ut pressemelding fra NGF og Legeforeningen om manglende oppfølging i Helse Nord. Dette samtidig som direktør i Helsetilsynet Lars E Hanssen skriver i brev til Helse Nord at Kvalitetskravene Trygt Fødetilbud ikke oppfylles i deler av regionen. NGF møtte ledelsen i Helse Nord i mai og diskuterte de forhold vi mener er mangelfulle i regionen. Brev fra NGF til HOD om møte med Helseministeren om Et trygt fødetilbud mm men ble avvist.

### Samarbeid med DNJ

Gruppe fra NGF og DNJ satt ned for å utarbeide felles dokument om den normale fødsel.

### Grenspesialitet i gynekologisk onkologi

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

### Cervixscreening og bruk av HPV-test

Styret sendte 4 brev til Helsetilsynet siste halvår 2011 og møtte i januar sammen med Legeforeningens president Hege Gjessing hos HT ved direktør. Vi påpekte at Norchips mRNA HPV test var uforsvarlig å bruke, noe allerede var slått fast og takst endret, men at det gjensto å etterundersøke kvinner med som hadde vært testet med denne og kunne være falsk negative, og følge opp fortsatt avvikende praksis i Helse Nord. Kreftregisteret har senere arbeidet med etterundersøkelse.

### Utvidet kjøp av regnskapstjenester

Styret har i tråd med GF vedtak latt regnskapsbyrå (Visma) overtar en del oppgaver som tidligere har falt på kasserer. Dette fordi oppgavene særlig knyttet til avvikling av større møter (Vår møtet, FUGO, Soria Moria mm) har økt i omfang (reiseregninger, endret Koordinator kontorpraksis) og vi frigjør tid fra rent merkantilt arbeid. Det ble i tidlig fase tilbudt sekretærstøtte fra Legeforeningen, som imidlertid ikke kunne stille oppe da det kom til realitetsbehandling.

### HØRINGER

Styret har i 2012 besvart en rekke høringer. Noen av de viktigste er:

- Høring – endringer i pasient og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet.
- Høring - nasjonal retningslinje for barselomsorgen
- Høring: Nasjonal kreftstrategi
- Utkast til policynotat om IT i helsevesenet
- Intern høring - Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet
- Nasjonal antibiotikaveileder for sykehus
- Høring - Nasjonalt handlingsprogram for utredning, behandling og oppfølging av sarkom
- Høring - Revidert fastlegeforskrift

- Legeforeningens statusrapport om forebyggende helsearbeid.
- Forslag til endringer i kreftregisterforskriftens regler om behandling av opplysninger om personer som har deltatt i program for tidlig diagnose eller kontroll for konkret kreftsykdom (kreftscreening).
- Veileder i biopsibesvarelse av maligne svulster
- Intern høring - Landsstyresak - forslag fra Yngre legers forening om endring av spesialistreglenes generelle bestemmelser
- Høring "I trygge hender"

### NGF I MEDIA

Obligatorisk veiledning av abortsøkende par, omsorg for mødre med påviste fosteravvik, retningslinjer for hjemmefødsler, HPV og cervixscreening (flere oppslag), Et trygt fødetilbud (flere oppslag) mm

### NFOG

Göran Berg fra Sverige er leder, og Tone Skeie Jensen fra Norge generalsekretær. Jone Trovik overtok etter Knut Hordnes som norsk representant i Scientific Committee tidlig i 2012 (se egen rapport) mens Knut Hordnes har sittet i NFOG styret som kongresspresident og leder av NGF NFOG Kongress i ble avholdt i Bergen i juni, se eget punkt over. Neste kongress blir avholdt i Stockholm i 2014. NFOG styret hadde et lærerikt to dagers møte med RCOG i London i november. NFOG Fund har betydelige midler hvor medlemmer kan søke om midler til forskning, faglige reiser og samarbeidsprosjekter i Norden. Nærmere info ligger på NFOGs hjemmesider.

### DIVERSE AKTIVITET

Styret gir innspill på henvendelser fra EBCOG som for eksempel retningslinjene Standards of Care for Women's Health in Europe, og fra FIGO. Nasjonalt besvares henvendelser fra instanser som f.eks. Legemiddelverket, og vi promoterer kandidater til legeforenings priser som Kvalitetsprisen, Spångbergprisen, Akademikerprisen, Kongens fortjeneste-medalje mm. Styret har vært representert på aktuelle møter, om tidlig ultralyd, alkoholfritt svangerskap osv.

Oppgavene har vært mange og leder vil takke styremedlemmene for stor innsats i 2012.

For Styret  
Knut Hordnes, leder

# Årsrapport Kvalitetsutvalget

## UTVALGET HAR DET SISTE

### ÅRET BESTÅTT AV:

Rolf Kirschner, KVB/OUS Leder

Pål Øian, KK/UNN, Fødselshjelp

Anny Spydslaug, Gyn. avd- KVB/OUS, Gynekologi

Anne Dørum, Norsk Forum for Gynekologisk Kreft, Gynekologisk kreft

Runa Aabø, PSL

## UTVALGET HAR HATT 4 MØTER I 2012.

1. Hovedarbeidet har vært oppdatering av "Veileder i fødselshjelp" ledet av Pål Øian. En tidsplan for arbeidet ble lagt, midler for arbeidet, kr 150 000, ble søkt og innvilget fra Legeforeningens fond for Kvalitetsforbedring og Pasientsikkerhet. Dette ble brukt til et seminar for kunnskapsinnhenting og kapiteldiskusjon sammen med inviterte foredragsholdere fra Danmark, Kunnskapssenteret og Helsedirektoratet. På denne måten vil visse kapitler utgjøre "Nasjonale Retningslinjer", samtidig som NGF har

eierskapet til veilederen. Det deltok ca 40 kapitellansvarlige, og regnskap og rapport er avgitt fondest. Tidsplanene for veilederen er ferdigstilte primo sept. 2013.

En del innsendte endringsforslag fra medlemmene inngår i de reviderte kapitlene.

2. Oppdatering av enkeltkapitler i "Veileder for gynekologisk kreft" i regi av NFGO har innledet oppdatering av denne. Kapitlet om "VIN" er ferdigstilt og er publisert på Dnlfs nettsider. Det er meningen at denne skal ferdigstilles i 2013, bl.a. er kapiteldelen om HPV-vaksinering blitt drøftet. Utvalget har drøftet om en ved denne veilederen skal arrangere tilsvarende seminar som ved "Fødselshjelp", men da kreftarbeidet allerede størres av HDir, og visse kapitler utgjør "Nasjonale Retningslinjer", er ikke dette gjennomført.

3. Rh-immunisering. Opplysningen vedrørende Rh-immunisering ved de ulike formene for abort har

vært divergerende i de aktuelle veilederkapitlene, spesielt etter at det har blitt vanlig med medikamentell abort legalis. En harmonisering av disse tekstene har vært vanskelig å gjennomføre pga at kunnskapsbasert erfaring ikke er tilgjengelig inntil videre.

4. Prosjektet "Medikamentell abort i praksis" er et NGF-prosjekt ledet av Runa Aabø, basert på et allmøte- og styrevedtak flere år tilbake. Dette arbeidet har vært fulgt av utvalget, som inntil videre må beklage at progresjonen har vært mangelfull pga at myndighetene har nølt med å gjennomføre nødvendige bevilgninger.

5. Utvalget har foreslått at noen essensielle kapitler fra "Veileder i Fødselshjelp" skal nærmere presenteres, belyses og diskuteres ved NGFs Vårsmøte i Stavanger i april.

6. Utvalget har for øvrig diskutert andre løpende saker

# Årsrapport Laparoskopiutvalget

## MEDLEMMENE I UTVALGET

Christian Hoyer-Sørensen (Sørlandet Sykehus, Kristiansand) leder

Jostein Tjugum (Førde sentralsykehus, Førde)

Guri Majak (Oslo universitetssykehus, Ullevål)

Merethe Ravlo (St. Olavs Hospital, Trondheim)

Bernt Andreassen (Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø)

På årsmøte i Tromsø hadde utvalget poster og innlegg om Norsk Gynekologisk Laparoskopi Register (NGLR). Det ble informert om overgangen til Norsk Gynekologisk Endoskopi Register (NGER). I NGER vil man registrere laparoskopiske inngrep, hysteroskopier og robot assistert laparoskopi. Legeforeningen sitt «Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet» har bidratt med økonomisk støtte.

Nye medlemmer ble foreslått, og alle medlemmene bortsett fra forhenværende leder, Jostein Tjugum, ble byttet ut. De nye medlemmene er blitt godkjent av Norsk Gynekologisk Forening v/Knut Hordnes.

NGER er nå blitt godkjent som et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister med godkjenning fra Helse- og omsorgsdepartementet. NGER er et web basert register <https://helseregister.no> hvor man kan logge seg på via en hvilken som helst PC tilknyttet helsenettet.

Siden årsmøte og frem til juni 2013 er det avholdt 4 telefonmøter. I tillegg til utvalgets medlemmer, har også medlemmene i NGER blitt invitert til å delta.

Arbeidet til utvalget har bestått i følgende:

- Bistå NGER med implementering av registeret ved landets gynekologiske avdelinger. Den offisielle invitasjonen til deltagelse i registeret ble sendt ut i april 2013. Stadig flere avdelinger er i oppstartfasen med å starte registreringen.
- Støtte NGER med den faglige forankringen til registeret.
- Være en pådriver i utdannelsen av LIS innen endoskopi. I 2013 vil Laparoskopi utvalget i samarbeide med FUGO arrangere et forkurs før årsmøte i Drammen. På sikt er planen å holde årlig kurs for utdanningskandidater.

Kristiansand, 03.06.2013.

Christian Hoyer-Sørensen  
Leder, Laparoskopi utvalget

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



**C Aldara «Meda»**  
Immunstimulerende middel

ATC-nr.: D06B B10

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

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

ICPC		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
B99	Immunsvikt INA	31, 136
S77	Basalcellekarsinom	167
S80	Solutøst keratose/solforbrenning	54, 136

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

#### Vilkår:

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

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

# Årsrapport STAN

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

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

## STYRET (består av tre faste leger):

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

## MEDLEMMER (1 lege og 2 jordmødre):

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

## I. STAN ERFARINGSMØTE 27.09.12 på RH

Det ble et flott erfaringsmøte med ca. 150 deltakere. Referansegruppen bidro med informasjon om gruppens arbeid samt et foredrag v/ Jørg Kessler:

- Forsinket forløsning. Hvilken risiko medfører dette for nyfødt?

Andre tema var:

- Fødselsskader i Norge v/Lars Johansen, Helsetilsynet
- Relasjon mellom Apgar, syre/base i navlesnor og neonatalt utfall v/Grete Kro, OUS

Som vanlig var en vesentlig del av

erfaringsmøtet avsatt til fremlegg av ulike kasus med påfølgende diskusjon / kommentarer fra STAN referansegruppe.

## 2. GRUPPEN HAR HATT 2 MØTER

I tillegg har det vært utstrakt kommunikasjon på mail. Videre er det gitt respons på 15 kasus (8 på erfaringsmøtet og 7 skriftlige svar)

## 3. REVISJON AV KAPITLENE I VEILEDER:

Legene i STAN ref.gr er med i dette arbeidet, samt Ellen Blix (jm.) og 3 LIS leger: Mette Jettestad (Tønsberg) Linn Tokheim Nistov (Tønsberg) Benedicte Sandhaug Nygård (Kristiansand) i overvåkingsprosedyrer

1. Antenatal overvåking: Definisjoner, automatisk korttidvariabilitet, innkomst CTG  
Jørg Kessler ansvarlig redaktør
2. Intrapartum overvåking: Lytting, CTG, STAN, skalp-prøver, avnavning og syrebase fra navlesnor.  
Branka Yli ansvarlig redaktør
3. Feber under fødsel og chorioamnionitt  
Branka Yli ansvarlig redaktør.  
Medlemmer Liv Ellingsen, Margit Rosenberg og Lars Johansen

## 4. KURS I INTRAPARTUM FOSTEROVERVÅKING (tidl. "superbrukerkurs")

Det ble arrangert 2 slike kurser, hvert over to dager (29-30 nov og 18-19 april).

Ansvarlige for kursene var Branka M.Yli, Jørg Kessler og Berit Lunden Hustad.

Det undervises i følgende emner:

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

sikring / undervisning på avdeling.

Hvordan organisere undervisning og oppfriskning på klinikken? Resertifisering? Kasusgjennomgang? Undervisningsmateriale?

På slutten av hvert kurs er det en bolk med kasusgjennomgang og diskusjon.

## 5. WEB-OPPLÆRING

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

HD gav 150.000 kr i oppstartsmidler under forutsetning av at RHF-ene også ville delta.

RHF- ene støtter søknaden faglig, men ikke økonomisk.

Søkt Helsetilsynet juni 2012 - som har videresendt søknad til HOD samme månen. Ingen svar ennå.

## 6. GRUPPEN HAR PUBLISERT EN KOMMENTAR til ACTA vedrørende HTA rapporten fra Stockholm County Council.

7. MFR – jobber med utvidelse av variabler som skal i MFR , pH og PCO2 kommer senere.

8. "POCKET CTG/ STAN" - en liten bok til lommen på frakken er ønsket i Norge . Neovanta har produsert kun CTG i Sverige og vil lage en "Pocket fødselsovervåking " til Norge?

9. SØKNAD TIL NGF OM ETABLERING AV OBLIGATORISK KURS i fødselsovervåking for leger i spesialisering er godkjent. Obligatorisk kurs skal organiseres i samarbeid med legene i referanse gruppen. Legen skal ha møte i september for å planlegge program og dato.

10. NFOG 16-19 JUNI 2012 BERGEN  
Jørg Kessler var i styre og organiserte prekongress kurs: "Intrapartum fetal surveillance ". Undervisere var Jørg Kessler og Branka M.Yli fra referanse gruppen

11. FØRSTE EUROPEISK KONGRESS I "INTRAPARTUM CARE" 23-25. mai 2013 Amsterdam. Branka

# Årsrapport

## Spesialitetskomiteen

### KOMITEENS SAMMENSETNING

#### I/I 2012-april 2012:

Jakob Nakling (leder)

Kari-Anne Trosterud (nestleder)

Ingard Nilsen

Ingeborg Bø Engelsen

Trond Melbye Michelsen (Ylf)

Hilde Sundhagen (vara)

Knut Hofft Kierulf (vara)

Sjur Lehmann (vara Ylf)

#### April 2012-oktober 2012:

Ingard Nilsen (leder)

Kari-Anne Trosterud (nestleder)

Ingeborg Bø Engelsen

Jeanne Mette Goderstad

Trond Melbye Michelsen (Ylf)

Hilde Sundhagen (vara)

Knut Hofft Kierulf (vara)

Sjur Lehmann (vara Ylf)

#### Oktober 2012 -

Trond Melbye Michelsen (leder)

Jeanne Mette Goderstad (nestleder)

Kari-Anne Trosterud

Ingeborg Bø Engelsen

Marte Myhre Reigstad (Ylf)

Hilde Sundhagen (vara)

Knut Hofft Kierulf (vara)

vara Ylf mangler

### MØTER

Komiteen har hatt tre fysiske møter. Bergen juni, Oslo september, Tromsø oktober

### I. SPESIALISTREGLENE

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

1. 4 ½ års tjeneste ved avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer  
Inntil ½ år kan erstattes av:
  - a) forskningstjeneste, eller
  - b) tjeneste i relevante spesialiteter, eller
  - c) tjeneste i helseadministrativ/ samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmennmedisin

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

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

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

### Kursutdanning:

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

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

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

### 2. STILLINGSSTRUKTUREN

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

### 3. MÅLBESKRIVELSEN

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

### 4. KURSVIRKSOMHETEN

Det er fem obligatoriske kurs i spesialiteten. Alle har vært avholdt som planlagt i 2012. Det er rapportert om til dels lange ventelister på det obligatoriske kurset i Ultralyd. Komiteens nåværende leder har derfor gjort en henvendelse til kursledelsen

med spørsmål om det kan arrangeres et ekstra kurs i 2013 for å korte ned ventetiden.

### 5. FERDIGHETSTRENING I LABORATORIER/SIMULERING

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

For øyeblikket er det to nasjonale kurs som fokuserer på ferdighetstrening i fødselshjelp:

1. ALSO-kurs arrangeres 2 ganger per år ved St Olavs Hospital
2. Kurs i operativ fødselshjelp arrangeres årlig ved Haukeland universitetssykehus

### 6. RAPPORTER FRA UTDANNINGSINSTITUSJONENE

Rapportene er gjennomgått og tilbakemeldinger gitt. Det er for én avdeling gitt en anbefaling om endring av gruppeføring fra gruppe I til gruppe II..

### 7. BESØK SPESIALITETS-KOMITEEN HAR GJENNOMFØRT

Komiteen har gjennomført besøk ved følgende utdanningsinstitusjoner: AHUS, Hammerfest, Voss

### 8. SØKNADER FRA SYKEHUS-AVDELINGER OG INSTITUSJONER OM GODKJENNING SOM UTDANNINGSINSTITUSJONER

Ingen nye søknader om godkjenning som utdanningsinstitusjoner

### 9. KVALITETSSIKRING AV UTDANNINGEN

Dette er komiteens hovedarbeid. Vi har hatt spesielt fokus på avdelingenes gruppeføring i forhold til hvilke deler av spesialiseringen de

bør ha ansvar for.

## 10. SPESIALISTGODKJENNING

Komiteen har fungert som sakkyndig i enkelte saker oversendt fra Helsedirektoratet

## 11. ETTERUTDANNING

Komiteen har ikke behandlet saker knyttet til etterutdanning

## 12. PROBLEMER I SPESIALITETEN

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

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

## 13. EVENTUELT

Komiteen har hatt et noe turbulent år med flere lederskifter. Komiteen har likevel klart å holde aktiviteten oppe, men kommet på etterskudd med enkelte saker.

Oslo, 25/4 2013

Trond M Michelsen, leder

## C TachoSil «Nycomed Pharma»

**Lokalt hemostatikum.**

ATC-nr.: B02B C30

**T MEDISINERT SVAMP:** Hver cm<sup>2</sup> inneh.: Humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2 IE, equint kollagen, humant albumin, natriumklorid, natriumsitrat, L-argininhydroklorid. Fargestoff: Riboflavin [E 101].

**Indikasjoner:** TachoSil er indisert hos voksne som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen, fremme vevsforsegling og for suturstøtte ved karkirurgi der standardteknikker ikke er tilstrekkelige.

**Dosering:** Kun til lokalt bruk. Skal bare brukes av erfarne kirurger. Det er utilstrekkelig informasjon om bruk til barn. Antall kollagensvamper som anvendes bør alltid være i samsvar med det underliggende kliniske behov, relatert til størrelsen på sårflaten og må vurderes individuelt av den behandlende kirurg. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 svamper (9,5 cm × 4,8 cm), men bruk av opptil 7 er rapportert. For mindre sårflater, f.eks. ved minimal invasiv kirurgi, anbefales kollagensvamper av mindre størrelse (4,8 cm × 4,8 cm eller 3 cm × 2,5 cm). Barn og ungdom <18 år: Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Kun til lokal bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Data for anvendelse ved nevrokirurgi, karkirurgi eller ved gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Allergiske hypersensitivitetsreaksjoner kan oppstå. Tegn på hypersensitivitetsreaksjoner er utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustethet, hypotensjon og anafylaksi. Dersom disse symptomer/tegn oppstår, skal administreringen avbrytes umiddelbart. Hvis sjokktilstand inntreffer, skal gjeldende prosedyre for sjokkbehandling følges. Tiltak for å forebygge infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod eller plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver enkelt tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivering/fjerning av virus som en del av produksjonsprosessen. Til tross for dette kan en ikke fullstendig utelukke muligheten for overføring av smittsomme agens. Dette gjelder også virus eller patogener som hittil er ukjent. Tiltakene anses å være effektive mot kappekledd virus som hiv, HBV og HCV, og mot det ikke-kappekledd viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappekledd virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erythropoiese (f.eks. hemolytisk anemi). Det er sterkt anbefalt å journalføre navn og batchnummer hver gang preparatet benyttes.

**Interaksjoner:** Preparatet kan denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f.eks. antiseptiske oppløsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av preparatet.

**Graviditet/Amming:** Sikkerheten ved bruk under graviditet eller amming er ikke klarlagt. Eksperimentelle dyrestudier er ikke tilstrekkelige til å utrede reproduksjonstoksiske effekter, og/eller effekter på embryo-/fosterutvikling, svangerskapsforløp, fødsel og/eller postnatal utvikling. Skal ikke administreres til gravide og ammende, hvis ikke strengt nødvendig.

**Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Øvrige: Feber. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Immunsystemet: Hypersensitivitet eller allergiske reaksjoner kan oppstå i sjeldne tilfeller hos pasienter behandlet med fibrin. I enkelte tilfeller har disse reaksjonene utviklet seg til alvorlig anafylaksi. Slike reaksjoner kan spesielt observeres ved gjentatt bruk av legemidlet eller dersom det administreres til pasienter med kjent hypersensitivitet for noen av innholdstoffene. Antistoffer mot innholdstoffer i fibrinpreparater til sårlukking/hemostatika kan forekomme i sjeldne tilfeller. Svært sjeldne (<1/10 000): Hjerne/kar: Livstruende tromboemboliske komplikasjoner kan forekomme dersom legemidlet utilsiktet administreres intravaskulært. Overdosering/ Forgiftning: Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering.

**Egenskaper:** Klassifisering: Lokalt hemostatikum. Inneholder fibrinogen og trombin som et tørket belegg på overflaten av en kollagensvamp. Den aktive siden er farget gul. Virkningsmekanisme: Ved kontakt med fysiologiske væsker, f.eks. blod, lymfe eller fysiologisk saltvann, oppløses innholdstoffene i belegget og diffunderer delvis inn i såroverflaten. Dette etterfølges av fibrinogen-trombinreaksjonen som initierer det siste trinnet av den fysiologiske blodkoagulasjonsprosessen. Fibrinogen blir omdannet til fibrinmonomere som spontant polymeriserer til et fibrinkoagel, og som på denne måten holder kollagensvampen fast til såroverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limeegenskaper som bidrar til å lukke såret. Metabolisme: Fibrinkoagelet metaboliseres på samme måte som endogen fibrin ved fibrinolyse og fagocytose. Kollagensvampen degraderes ved resorpsjon til vev. Ca. 24 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten noen tegn til lokal irritasjon. Andre opplysninger: Leveres ferdig til bruk i sterile pakninger. For instruksjoner vedrørende bruk og håndtering, se pakningsvedlegg.

**Pakninger og priser per 13.05.2010:** 3,5 x 2,5 cm: 1 stk: kr 551,50. 5 stk: kr 2617,30. 4,8 x 4,8 cm: 2 stk: kr 2787,30. 9,5 x 4,8 cm: 1 stk: 2537,00.





# Velg TachoSil®

## – for rask hemostase og vevsforsegling

- Stanser blødninger og forsegler vev raskt og effektivt.<sup>1</sup>
- TachoSil® er den eneste ferdige kombinasjon av kollagen, fibrinogen og trombin som er klar til bruk.<sup>2</sup> Med en gang den er applisert vil koaguleringen starte og blødningen stanser på 3-5 minutter.<sup>1</sup>
- TachoSil® er meget elastisk og har en sterk limende evne<sup>2</sup> – gir luft- og væsketett forsegling raskt.<sup>2,3</sup>
- TachoSil® er et reseptbelagt legemiddel.<sup>4</sup>

1) Czerny et al. Collagen patch coated with fibrin glue components. Journ.of Cardiovasc.surg. Vol 41,no 4,553-557 2002

2) Carbon RT: Evaluation of biodegradable fleece-bound sealing: History, material science, and clinical application. Tissue engineering and biodegradable equivalents. Scientific and clinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gressed JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002.

3) Carbon RT, Schmidt A, Baar S, Kriegelstein S. Tissue Management with fleece-bound sealing. 6th World Congress on Trauma, Shock, Inflammation and Sepsis, March 2nd-6th, 2004.

4) Preparatomtale (SPC)

# Årsrapport NFGO

## Møter

- 2 arbeidsseminarer, 5 styremøter (2 ved telefon, 2 i tilslutning til arbeidsmøter)
- to medlemsmøter (onkologisk forum, NFGO-formøte i forbindelse med årsmøte i NGF).

Arbeidseminaret 22/3-12; godt fremmøte, 8 av 12 (2 meldte frafall og 2 ble akutt syke). Hvert strategiseminar skal vurdere revisjon/nye veilederkapitler: Arbeid med forslag, endringer og revisjon: Ovarialcancer, Sjeldne tumores, Borderline, endometriecancer, oppfølging-kontroll. Nytt program VIN. Palliasjonsprogram delegert til Lars Jul Hansen.

Drøftet tema NFGO formøte og onkologisk forum-12.

## Tema som har vært til orientering, diskusjon og vedtak:

- Innspill vedr inklusjon i "nasjonalt

recidiv-studie" til I.Vistad prosjektleder.

- Vedtak: HPV vaksineprogram skal editeres av NGF og NFGO i aktuelle veilederkapitel med HPV tiltak/link. Folkehelseinstituttet ansvar for editering vaksineprogram.
- Pasientforløp ved kreftsykdom v HDIR, gjennomgang status for møter faggruppelidere og HDIR. Avtafestet tiltak på ulike nivå etter avsluttet primærbehandling. Felles krav om pasientforløp med samme ventetid/ tid til behandling over hele landet.
- Nasjonalt gyn kreftregister, pilot i gang ved enkelte institusjoner.
- Web-side for NFGO har øket aktivitet
- HDIR fortsatt økonomiske støtte til forumet/arbeidsmøter.
- Formøte (NFGO) under årsmøte NGF Tromsø 25/10/12., Tema VIN v Fiane, Steen, møteleder Vereide. Møtet var godt besøkt.
- Onkologisk forum 17-18/11-11, NFGO

sesjonen omhandlet cervix cancer. Godt besøk og aktiv, god stemning.

- Nasjonale handlingsprogram: Endometriecancerprogrammet er levert Kunnskapscenteret/HDIR.
- Veilederen i gyn onk:VIN, Borderline ovarialtumores og Sjeldne tumores innsendt til Kvalitetsutvalget i NGF for publisering. Avtalen NGF- NFGO; vedr fagansvar for veileder/nasjonalt handlingsprogram ser ut til å fungere bra.
- Vedtak: SLV bedt NFGO vurdere bruk av avastin ved ovarialcancer, behandles på styremøte 21/11. Vi avventer dette før publisering av ferdig revidert ovarialcancerprogram.

Styret takker medlemmene for aktivitet og interesse i 2011-12.

051112

Anne Dørum

Leder NFGO

# Årsrapport fra NFOG's Educational Board

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

Alexander Smáráson, Island, leder

Matts Olovsson, Sverige

Anette Tønnes Pedersen, Danmark

Oskari Heikinheimo, Finland

Jone Trovik, Norge

Komiteen har hatt møte to ganger: 8.-9 mars-2012 på Solstrand og 14. oktober 2012 i København i tillegg til ett telefonmøte og mailkorrespondanse.

Vitenskapelig komite har bidradd til å planlegge programmet for NFOG's kongress som ble avholdt i Bergen 16.-19.juni 2012. På Solstrandmøtet ble abstrakter gjennomgått og fordelt til presentasjon for frie foredrag og postere. 217 innkomne abstrakt, de fleste holdt høy kvalitet, kun 5 refusert. 36 ble utvalgt til frie foredrag, resten poster. Under kongressen deltok komitéens medlemmer som sesjonsmoderatorer samt hadde møte to ganger daglig for å evaluere presenterte frie foredrag og postere samt bestemme hvem som fikk presenter på ettermiddagens «speakers corner», et tiltak som kongressdeltagerne rangerte høyt.

På de halvårlige møtene er også søknader til NFOG's fond blitt evaluert og fordelt i henhold til fondets statutter:

I mars var det 16 søknader, 10 innvilget; totalt 222.101.- DKR

I oktober var det 24 søknader, 22 innvilget; totalt 430.535.- DKR

Jone Trovik

Vitenskapelig sekretær NGF

# Årsrapport NGF økonomi 2012

Revisorgruppen FMØ DA  
Statsautoriserte revisorer



Til medlemmene i Norsk Gynekologisk Forening

## UAVHENGIG REVISORS BERETNING FOR 2012

### Uttalelse om årsregnskapet

Vi har revidert årsregnskapet for Norsk Gynekologisk Forening som viser et negativt aktivitetsresultat på kr 48 912. Årsregnskapet som består av balanse per 31. desember 2012 og aktivitetsregnskap, for regnskapsåret avsluttet per denne datoen, og en beskrivelse av vesentlige anvendte regnskapsprinsipper og andre noteopplysninger.

### Styrets ansvar for årsregnskapet

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

### Revisors oppgaver og plikter

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

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

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

### Konklusjon

Etter vår mening er årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av den finansielle stillingen til Norsk Gynekologisk Forening per 31. desember 2012 og av resultatet for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

### Uttalelse om øvrige forhold


#### Konklusjon om registrering og dokumentasjon

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

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

Oslo, 17. juni 2013

Revisorgruppen FMØ DA

  
Mari Østbø  
statsautorisert revisor

Internasjonal samarbeidspartner



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

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

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

# Norsk Gynekologisk Forening

## Aktivitetsregnskap

	Noter	2012	2011
<b>Anskaffede midler</b>			
Medlemsinntekter		10 800	14 600
Tilskudd/kontingenter DNLF		632 571	709 212
Prispenger/tilskudd		180 000	90 000
<b>Sum anskaffede midler</b>	<b>4</b>	<b>823 371</b>	<b>813 812</b>
<b>Aktivitetet som oppfyller formålet</b>			
Inntekter årsmøte		462 100	339 500
Abonnement		0	2 400
<b>Sum aktiviteter som oppfyller formålet</b>	<b>4</b>	<b>462 100</b>	<b>341 900</b>
<b>Aktivitetet som skaper inntekter</b>			
Annonser		200 733	235 448
Standleie		572 000	585 000
<b>Sum aktiviteter som skaper inntekter</b>	<b>4</b>	<b>772 733</b>	<b>820 448</b>
<b>Finansinntekter</b>	<b>2</b>	<b>59 116</b>	<b>67 144</b>
<b>Sum anskaffede midler</b>	<b>10</b>	<b>2 117 320</b>	<b>2 043 304</b>
<b>Forbrukte midler</b>			
<b>Kostnader til formålet</b>			
Produksjonskostnader tidsskrift		163 960	175 017
Kurs og konferanser		1 049 793	899 989
Internasjonalt arbeid		373 031	290 864
Faglig arbeid		455 857	533 452
<b>Sum kostnader til formålet</b>	<b>2</b>	<b>2 042 641</b>	<b>1 899 322</b>
<b>Administrasjonskostnader</b>	<b>2,5,7</b>	<b>123 592</b>	<b>102 699</b>
<b>Sum forbrukte midler</b>	<b>2,10</b>	<b>2 166 233</b>	<b>2 002 020</b>
<b>Årets aktivitetsresultat</b>		<b>-48 912</b>	<b>41 283</b>
<b>Tillegg/reduksjon formålskapital (egenkapitalen)</b>			
Overført formålskapital	6	-48 912	41 283
<b>Sum tillegg/ -reduksjon formålskapital</b>		<b>-48 912</b>	<b>41 283</b>

# Norsk Gynekologisk Forening

## Balanse

	Noter	31.12.2012	31.12.2011
<b>Eiendeler</b>			
<b>Anleggsmidler</b>			
Kontormaskiner	5	1 354	7 218
<b>Sum anleggsmidler</b>		<b>1 354</b>	<b>7 218</b>
<b>Omløpsmidler</b>			
Kundefordringer		0	216 338
Andre fordringer		520 079	0
Bankinnskudd	9	2 007 860	2 532 206
<b>Sum omløpsmidler</b>		<b>2 527 939</b>	<b>2 748 544</b>
<b>Sum eiendeler</b>		<b>2 529 293</b>	<b>2 755 762</b>
<b>Formålskapital og gjeld</b>			
<b>Formålskapital</b>			
Fri formålskapital		2 286 018	2 244 735
Årets resultat		-48 912	41 283
<b>Sum opptjent formålskapital</b>	6	<b>2 237 106</b>	<b>2 286 018</b>
<b>Gjeld</b>			
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Leverandørgjeld		20 788	231 169
Forskuddstrekk		29 236	2 900
Merverdiavgift		81 269	106 648
Arbeidsgiveravgift		12 323	8 319
Pålopte kostnader	8	53 083	120 707
Annen kortsiktig gjeld	8	95 488	0
<b>Sum kortsiktig gjeld</b>		<b>292 187</b>	<b>469 743</b>
<b>Sum formålskapital og gjeld</b>		<b>2 529 293</b>	<b>2 755 762</b>

Sted: Bergen / 17, 06 - 2013

Leder  
Knut Hordnes

Styremedlem  
Martin Andresen

Tone S. Løvvik  
Styremedlem  
Tone Shetelig Løvvik

Nestleder  
Toril Kolås

Kevin S. Oppgaard  
Kasserer  
Kevin Sunde Oppgaard

Helene Fjeldvik Peterson  
Sekretær  
Helene Fjeldvik Peterson

Vit. sekretær  
Jone Trovik

# Årsrapport FUGO

Alle leger i spesialisering, som er medlem av Norsk Gynekologisk Forening, er også automatisk medlem av FUGO, Foreningen for utdanningskandidater i Gynekologi og Obstetrik. FUGOs formål er å fremme utdanningskandidaters interesser under spesialistutdanningen og å representere Norge i nordisk og internasjonale fora, mht spesialistutdanningen i kvinnesykdommer og fødselshjelp.

Vårt samarbeid med ENTOG og NFYOG, samt vår plass i styret til Norsk Gynekologisk Forening (NGF), er de viktigste oppgavene vi utfører. I tillegg har vi hatt gleden av å arrangere et nytt kurs i nær forbindelse med vårt eget og NGFs Årsmøte i Tromsø. Kursene har blitt en tradisjon og vi ønsker å arbeide videre med disse.

## Styret i FUGO for 2012 har bestått av:

Christian Tappert, Trondheim  
Leder, ENTOG representant og kursansvarlig  
Marte Reigstad Myhre, Oslo  
Nettansvarlig, vara-representant NGF  
Helene Fjeldvik Peterson, Oslo  
NGF-representant  
Sjur Lehmann, Bergen  
Nestleder, ENTOG representant og  
Spesialitetstkomiteén  
Tiril Tingleff, Hønefoss  
Kasserer og NFYOG-representant  
Johanne Holm Toft, Stavanger  
Sekretær og NFYOG-representant

Vi hadde totalt 3 styremøter i 2012, pluss et overgangsmøte med det gamle og det nye styret i januar 2013. FUGO har i 2012 brukt 32375 Kroner (FUGO finansieres av NGF), og vi har holdt oss godt innfor vårt budsjett på 60.000 kroner. NGF dekker også kostnader som oppstår i forbindelse med ENTOG-utvekslingen. Styret deltok både på NGF Vårsmøte (April 2012, Oslo) og NGF Årsmøte (Oktober 2012, Tromsø). I tillegg til styremøtene har vi hatt regelmessig korrespondanse på e-post.

## ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology)/EBCOG

ENTOG arrangerer hvert år utveksling i forskjellige land i Europa, og 1-2 LiS fra hvert medlemsland får muligheten til å delta. Formålet er at LiS skal få et innblikk i hvordan man kan lære faget på tvers av Europa og lære hvordan helsearbeid foregår i forskjellige deler av Europa. Annet hvert år arrangerer EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) den europeiske Gyn/Obs-kongressen og utvekslingen organiseres slik at man kan delta på kongressen etterpå. EBCOG-kongressen i 2012 var i Tallin i Estland og utvekslingen foregikk således i forskjellige byer i Estland. Norge sendte Malin Dögl fra Levanger og Helene Fjeldvik Peterson fra Oslo på utvekslingen. Reiseberetningen kunne leses i Gynekologen 4/2012. Etter utvekslingen var det seminar med temaet "multidisiplinær teamtraining". Etterpå var det ENTOG generalforsamlingen, hvor Norge ble representert av Helene Fjeldvik Peterson og Christian Tappert. Noen statutter i ENTOG ble endret og det var en diskusjon om ENTOG skal støtte Dublin eller Istanbul som begge to er interessert i å arrangere kongressen i 2016. Avstemningen endte uavgjort. Under/etter møtet fikk vi ideen at Norge burde søke om å holde ENTOG-utvekslingen i 2015 og etter at vi fikk støtte for dette på FUGO generalforsamlingen i Tromsø søkte vi offisielt om dette i slutten av 2012. Det er en fantastisk mulighet å treffe leger fra andre land i Europa for å diskutere fag og for å høre hvordan faget vårt drives på veldig forskjellige vis.

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

Etter at 2011 hadde vært et urolig år for NFYOG har situasjonen i 2012 stabilisert seg. Norge har to nye NFYOG representanter,

Tiril og Johanne. Man har hatt et møte med ENTOG i forbindelse med EBCOG-kongressen i Tallin for å knytte kontakter mellom ENTOG og NFYOG. Under NFOG-kongressen i Bergen organiserte NFYOG en middag for LiS med støtte fra industrien. Det har i det siste vært vanskelig å få oppslutning til NFYOGs kurs pga at de ikke har vært godkjente og dermed ikke gir rett på refusjon for reise/bo-utgifter. Tidligere har LiS-kursene til NFYOG vært dels sponset av legemiddelfirma, men på grunn av dårlige tider i denne bransjen har sponsorene trukket seg. NFYOG har dermed besluttet å holde kurs kun i tilknytning til NFOG kongressene, altså annethvert år. Neste gang blir altså på NFOG i 2014 (Stockholm). FUGOs svenske søsterforening OGU har invitert LiS fra alle skandinaviske land til OGU dagene i Øresund 2013. Disse vil bli sendt til alle LIS på mail.

## FUGO Kurs 2012: Kolposkopi

Siden 2008 har FUGO arrangert kurs i forkant av NGF-årsmøtet. Et av målene er å stimulere LiS til å delta på årsmøtet. Vi hadde temaet kolposkopi allerede i 2009 på FUGO-Kurset i Fredrikstad i 2009. Ved flere FUGO generalforsamlinger ble det etterspurt å gjenta et kurs i kolposkopi. Vi hadde 46 deltakere og med Anne Ørbo og Bjørn Hagen to flotte foredragsholdere. Kurset fikk mange gode tilbakemeldinger, noe som selvsagt gleder oss og motiverer oss til å arrangere kurs også i fremtiden. Vi ønsker å takke lokalkomiteen, med Martin Lindblad i spissen, i Tromsø for all hjelp i forbindelse med arrangementen. Referat fra Kolposkopikurset var publisert i Gynekologen 4/2012.

## FUGOs Årsmøte, med Generalforsamlingen 2012, Tromsø

FUGOs årsmøte startet med Generalforsamlingen, der vi la frem hva FUGO har jobbet med i 2011. Referatet fra Generalforsamlingen er tidligere publisert i Gynekologen 4/2012.



AmniSure®

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

FUGO styret hadde foreslått noen endringer av vedtektene som ble vedtatt ved akklamasjon. Fra nå kan styremedlemmer gjenvelges to ganger og vi har åpnet for muligheten for et vara-medlem. Det ble valg to nye styremedlemmer samt et vara-medlem:

- Olav Nordbø - Haugesund
- Åsmund Iversen - Elverum
- Silje Denstad – Trondheim som varamedlem

I tillegg ble Marte Reigstad Myhre gjenvalgt. Christian Tappert og Sjur Lehmann gikk av etter god innsats for FUGO.

Som tidligere anført støttet generalforsamlingen Norges søknad om ENTOG-utvekslingen i 2015.

Etter generalforsamlingen fikk Trond Michelsen fra Spesialitetskomiteen mulighet å referere om Spes.kom sin aktivitet. Årsmøtet ble avsluttet med et foredrag av Marit Halonen Christiansen fra YLF. Hun er selv LiS på Kvinneklinikken i Ålesund, sitter i YLF styret og i Sentralstyret i Legeforeningen. Hun orienterte om arbeidsforhold, tillitsvalgtarbeid, vaktordninger etc. Vi takker henne igjen for at hun prioriterte å stille på vårt årsmøte istedenfor en samling/kurs med YLF styret.

Trondheim, 28.05.2013

Christian Tappert  
Leder FUGO 2012  
Kvinneklinikken  
St. Olavs Hospital

- ✓ 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](mailto:info@navamedic.com)  
[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

 Navamedic





Stockholm, Sweden

# NFOG

June 10-12, 2014

Welcome to the 39th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology which will be held at Stockholm Waterfront Congress Centre. [www.nfog2014.se](http://www.nfog2014.se)

## Program

Perinatal epidemiology  
Mature women's sexuality  
Neuroprotection in birth asphyxia  
Progesterone and prevention of preterm deliveries  
Endometrial carcinoma – management of high risk disease  
Maternal obesity, gestational weight gain and diet as determinants of offspring long term health  
Management of hypothyroidism during pregnancy  
Cervical cancer prevention today and tomorrow  
Clinical treatment frontiers in urogynecology  
Misoprostol in obstetrics and gynecology  
How can we make delivery safer?  
NIPT in the Nordic countries  
Women's health  
Endometriosis

Perineal tears after vaginal delivery  
Surrogacy or uterine transplantation  
Antidepressant treatment during pregnancy  
An overview on Non Invasive Prenatal Testing  
Insulin resistance and reproduction in polycystic ovary syndrome  
Ultrasound in the screening for and in the diagnostic work-up of endometrial cancer  
Reproductive rights with focus on infertility, surrogacy and sex selection in low-resource settings

## Pre-conference courses

High risk disorders in obstetrics • Management of endocrine and metabolic diseases in pregnancy • Robotics in gynecology • Fetal medicine • Intrapartum fetal monitoring • The future of perinatal regenerative medicine • Communication skills • Disorders of vulva • Practical course in colposcopy • Reproductive health • Perinatal epidemiology • Fertility preservation • Pelvic floor and birth injuries • Gynecological ultrasound

## Pre-conference meetings

Nordic Robson groups • Management of excessive bleeding at delivery  
International Obstetric Surveillance System (INOSS)





# Årsrapport NFYOG

NFYOG står for Nordic federation of young obstetricians and gynaecologists. Organisasjonen er en datterorganisasjon til, og finansieres av NFOG. Styret består av to representanter fra hvert av de nordiske landene. To representanter fra FUGO styret sitter i NFYOG styret, i 2012 var det Tiril Tingleff og Johanne Holm Toft som representerte Norge. Anne Cathrine Hoffgaard Munk fra Danmark ble valgt til ny leder og Tiril Tingleff fra Norge kasserer.

I 2012 var det to styremøter, samt hyppig korrespondanse på e-post. I mai ble styremøtet lagt til Tallin i forbindelse med EBCOG konferansen, hvor det også var et møte med ENTOG-styret. Det ble bestemt at ENTOG og NFYOG skal opprettholde kontakt, men at det er tilstrekkelig med møter hvert annet år. Tidligere har NFYOG arrangert årlige kurs, men det siste kurset om tidlig ultralyd som var planlagt i Stockholm i 2011 ble avlyst pga liten oppslutning og få påmeldte. Det ble bestemt at det ikke skulle arrangeres flere NFYOG

kurs. Fremtidige aktiviteter var hovedtema for møtet i mai. Vi diskuterte mulighetene for å arrangere utveksling mellom landene, men pga den allerede eksisterende ENTOG utvekslingen og problemer med å rekruttere kandidater til denne, vedtok vi å ikke organisere utveksling, men å kunne være behjelpelig ved ønske om hospitering i et av de andre nordiske landene for LISer. Utdanningsprogrammene i alle landene ble gjennomgått. Vi gikk inn for å fungere som et bindeledd for å utveksle erfaringer og i den forbindelse presenterte den danske representanten en kampanje de har holdt i Danmark, "Gi kniven videre" som oppfordrer til at overlegene skal slippe til LIS mer på operasjonsstua. Sveriges representant inviterte LIS fra de andre nordiske landene til deres årlige kurs, OGU-dagene, i april 2013.

I juni 2013 arrangerte styret, i samarbeid med Bayer, en middag for LIS på potetkjelleren i Bergen i forbindelse med NFOG kongressen i Bergen. I forkant ble det holdt en forelesning

om Endometriose av Mette Moen og om kraftige menstasjonsblødninger av Måns Edlund. Det var stor oppslutning med over 60 deltagende.

På styremøtet i november var fremdeles NFYOGs fremtidige aktiviteter hovedtema. Educational Committee i NFOG ønsker at NFYOG bidrar med å arrangere overlegekurset i København i november 2013. Temaet er "Harmonizing and improving the Nordic ObGyn training- how to get there" Kurset holdes 7.- 8. november og pga kursets tema er det ønskelig at LIS deltar. Styret planlegger et arrangement for LIS i forbindelse med NFOG kongressen i Stockholm i 2014. Det ble også diskutert hvordan LISenes presentasjon av postere kan bli mer tilgjengelig enn de var i Bergen i 2012.

Planer for 2013 er å holde to styremøter, samt å bidra med å organisere spesialistkurset i København i november 2013.

## Kroniske sykdommer i graviditeten

### Kurs på Akershus universitetssykehus 11. og 12. november 2013

Målgruppe: Leger og jordmødre

Kurset omfatter ulike hypertensive sykdommer, diabetessykdommer og psykiske sykdommer i graviditeten.

Les hele programmet og annen informasjon om kurset her:

<http://www.ahus.no/aktuelt/aktiviteter/Sider/kroniske-sykdommer-i-graviditet.aspx>

Påmelding: [pameldingkvinneklippen@ahus.no](mailto:pameldingkvinneklippen@ahus.no) innen 01.11.2013

# Årsrapport EBCOG

Det har i 2012 vært avholdt 2 Councilmøter. Det første i Tallin 12.mai forbindelse med EBCOG-kongressen, og det andre i Brussel 30.nov – 1.desember.

## NGF var representert med 2 delegater:

Knut Hordnes og Martin Andresen.

Rolf Kirschner som har møtt som representant for Styret (Executive Committee) ble på møte i Tallin i mai enstemmig valgt til generalsekretær.

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

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

Andre virkemidler for å høye kvaliteten på spesialistutdanningen er utdanningsprotokoller, log-bøker, utdanningskurs for

veiledere (Training the Trainer) og nettbaserte kurs. Samarbeidet med ENTOG (European Network of Trainees in ObGyn) er viktig og prioriteres høyt. Presidenten i ENTOG er medlem i Styret ( Executive Committee), har stemme-rett i Council, og en representant fra ENTOG er med på alle visitasjoner.

"The Winners project "er et nettbasert utdanningsprogram innen gynekologisk endoskopi utarbeidet av Professor Wattiez. Her får man tilgang til forelesninger og videoer i et program som tar deg igjennom 3 nivåer. Imponerende og lærerikt. Se nettsiden: <http://www.websurg.com/winners/>

Nettsiden til EBCOG er under stadig utvikling, ved Web-master dr Martins, og er verdt et besøk: <http://www.ebcog.org/>

Samarbeidet med de 4 europeiske foreningene for subspecialitetene er viktig.

ESGO (European Society of Gynaecological Oncology), EUGA (European Association of Urogynaecology), ESHRE (European Association of Reproduction and Embryology) og EAPM (European Association of perinatal medicin) har alle fylldige referater på hvert Councilmøte. Dette samarbeidet muliggjør akkreditering av utdanningsentra

for subspecialisering. I tillegg arrangeres faglige møter i Europa innen hver subspecialitet.

Hvert annet år arrangerer EBCOG en kongress i samarbeid med de fire foreningene for subspecialiteter. I 2012 ble denne avholdt i Tallin, mens Glasgow er vertskap for kongressen i 2014. Mer info om kongressen: <http://www.ebcog2014.org/>

Det blir i sammenheng med kongressen organisert utveksling av LIS. ENTOG står for denne utvekslingen som muliggjør at 2 deltagere fra hvert land får hospitert 1 uke ved vertslandets spesialavdelinger.

Det arbeides godt og langsiktig i EBCOG. En viktig bidragsyter til dette arbeidet er vår egen Rolf Kirschner, som gjør en uvurderlig innsats, nå som general sekretær.

## Styre i EBCOG er som følger:

President: Prof Chiara Benedetto, Italia  
 President elect: Prof Tahir Mahmood, UK  
 General Sekretær: Dr Rolf Kirschner, Norge  
 Kasserer: Prof Peter Hornnes, Danmark  
 Styremedlemmer: Prof Allan Templeton, UK, Prof Helle Karro, Estland, Prof Ioannes E Messinis, Hellas, Prof Vlad I Tica, Romania, Prof Jacky Nizard, Frankrike

I.september 2013, Martin Andresen

## BAYERS GYNEKOLOGISKE HEDERSPRIS

### KRITERIER

**Formål:** Norsk Gynekologisk Forening gir en pris, finansiert av pengestøtte fra Bayer gitt til foreningen – øremerket dette formål. Prisen er kalt «Bayers Gynekologiske Hederspris» og den gis for «beste» forskningsinnsats eller fortjenestefullt arbeid innen gynekologi / obstetrikk.

**Utløysning:** Prisen tildeles fortrinnsvis medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening (NGF), men kan tildeles ikke-medlemmer for forskning eller fortjenestefullt arbeide innen, eller i nær tilknytning til faget gynekologi/obstetrikk. Norsk Gynekologisk Forening kan gi begrunnet forslag / nominasjon til kandidater. Komiteen skal motta forslag på kandidater innen 6 måneder før utdelingen av prisen.

**Utvalgelse:** Komite for utvalgelse av prisen består av sittende styreformann, og de to sist avgåtte formenn i Norsk Gynekologisk Forening. Representanter fra Bayer kan dog ikke delta i utvelgelsen.

**Tildeling:** Prisen bekjentgjøres av Norsk Gynekologisk Forening v/ formann og en representant fra Bayer AS på foreningens årsmøte.

**Krav til bruk av pris:** Prisen skal brukes til videre forskning eller faglig utvikling. Prisen kan ikke brukes til reisevirksomhet. For øvrig skal øvrige lovverk og avtaler for samhandling mellom legeförening og legemiddelindustri følges.

Innen 6 måneder etter prisutdelingen, skal prisvinner gi en faglig informasjon til Bayer om det arbeidet som er lagt til grunn for denne prisen.

Prisvinner skal innen 1 år informere Norsk Gynekologisk Forening om prosjekt og/eller arbeid prisen ble brukt til.

**Prisens størrelse 2013:** NOK 20.000,-.

Disse statuttene kan endres etter godkjenning fra Bayer AS.  
 Bayer AS, Mai 2013



## 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](http://www.navamedic.com)

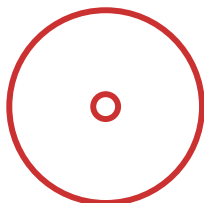
*kun 1 kapsel/døgn*



Ecovag Balance® fås i alle apotek og i Navamedic's nettbutikk, [www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

 Navamedic

# Kjære FUGO-medlemmer!



NGFs årsmøte 2013 i Drammen nærmer seg med stormskritt, og med det også FUGOs årlige forkurs, med tema i år: Laparoskopi. Vi håper det blir et fint arrangement, og at alle LIS som kommer får et godt læringsutbytte. Deretter håper vi at så mange LIS som mulig får vært med på årsmøtet (både de sosiale og de faglige begivenhetene) og at vi ser mange av dere på FUGOs Årsmøte og Generalforsamling torsdag 24. oktober kl 1130. (Dagsorden finner dere på side 29 i denne utgaven av Gynekologen)

## FUGO

I mai 2013 forelå kommentarutkastet fra Helsedirektoratet som omhandler spesialistutdanningen for leger. Det er interessant lesing, selv om rapporten er nokså omfattende, og den finnes på <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Sider/fremtidens-legespesialister.aspx>. Helsedirektoratet beskriver store forandringer, noen til det bedre, men også noen som gir grunn til bekymring, for LIS, og for ferdige spesialister. Rapporten ble sendt ut til Legeforeningens høringsinstanser. Disse høringssvarene sammenfatter Legeforeningen og gir et svar til Helsedirektoratet, som skal jobbe videre med denne saken. Hdir planlegger å innføre endringene allerede fra 2015. Ylf leder Johan Torgersen vil informere om denne saken på FUGOs årsmøte 24. oktober.

I løpet av høsten 2013 vil det fortsatt være arbeid spesialistutdanningen, på flere hold. NFOG (The Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology) jobber med å strømlinjeforme spesialistdanningen i de nordiske landene, og i den forbindelse arrangerer de et seminar i København 7.-8. november. Påmeldingsavgiften for LIS er 1500 DKr, det inkluderer kurs, lunsj, middag og opphold på Park Inn, Kastrup, hvor kurset holdes. Registreringen åpner 1. juli. For mer informasjon gå inn på [NFOG.org](http://NFOG.org). På linken til Trainees er det lagt ut informasjon om

hvordan strukturen på utdanningsprogrammene er i alle de nordiske landene. Det er mulig å søke NFOG fond om reisepenger hit, og NFOG oppfordrer alle LIS som har mulighet til å delta på møtet. En LIS fra hvert land legger frem en oversikt over spesialistutdanningen i sitt land, og fra Norge sender vi Camilla Kleveland for å gjøre dette, hun er LIS representant i spesialitetskomiteen for gynekologi og obstetrikk.

Til slutt må vi si at dersom du ønsker å være med i FUGO styret er vi veldig glade for nye og entusiastiske rekrutter, så gi lyd fra deg til sekretær Åsmund Iversen på [dra.iversen@gmail.com](mailto:dra.iversen@gmail.com) så fort som mulig!

Vi sees i Drammen.

På vegne av hele FUGO styret

Marte Myhre Reigstad



## Nyttige websider

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

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

# Årsmøte og Generalforsamling FUGO 2013

**Tid: Torsdag 24. Oktober 2013 kl 11.00 - 12.30**  
**Sted: Multisal 1, Union Scene, Drammen**

## Program for FUGOs årsmøte:

11:00 - 11:40 Generalforsamling v/leder Marte Myhre Reigstad og FUGO-styret

11:45 - 12:30 Årsmøte: Endret struktur i spesialistutdanning – hva betyr det for LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer? V/Ylf leder Johan Torgersen

## Saksliste Generalforsamlingen:

1. Valg av dirigent og referent
2. Godkjenning av innkalling
3. Presentasjon av FUGO styret 2012
4. Årsrapport FUGO
5. Økonomi FUGO
6. Rapport fra NGF
7. Rapport fra internasjonalt arbeid: 1) ENTOG – 2) NFYOG
8. Saker fremlagt av styret
9. Saker fra medlemmene
10. Valg av nytt FUGO-styre
12. FUGO videre: Evaluering av årets kurs. Forslag til nye emner?
13. Eventuelt

**Vi gjør oppmerksom på at saker fra medlemmene til dagsorden må sendes til FUGOs sekretær Johanne Holm Toft senest 4 uker før Generalforsamlingen [johanne.holm.toft@gmail.com](mailto:johanne.holm.toft@gmail.com)**

## FUGOs forkurs

**Før NGF årsmøte Drammen 2013**

### Basalkurs i gynekologisk laparoskopi

**23. oktober 2013 10.30-18.00**

10.30 – 11.00 Registrering

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

#### Teoridel

11.00 - 11.45 Basal teori. Inngang til buken. Forberedelser. *Anton Langebrekke*

12.00 - 12.30 Energikilder (diatermi, ultralyd). *Kirsten Hald*

12.30 - 13.30 Demonstrasjon av vanlig gynekologisk laparoskopi (video). 15 min per prosedyre

-Salpingektomi

-Salpingooforektomi

-Cystektomi. *Kristian Høyer-Sørensen*

-Subtotal hysterektomi. *Anne Veddeng*

13.40 - 14.10 Komplikasjoner ved gynekologisk laparoskopi. *Marit Lieng*

15.00 - 18.00 Praktiske øvelser på D-box

#### STASJONER:

1. Rack demo og quiz *Jeanne Mette Goderstad Ullevål*

2. D-Boks tre pinne *Merete Ravlo St Olav, Guri Majak Ullevål*

3. D-boks suturering på skumgummi-uterus *Jostein Tjugum, Førde, Geir Sponland Ullevål*

4. D-Boks cystektomi på dobbel ballong *Ellen Folkestad Tønnsberg, Bernt Andreassen UNN*

5. D-boks

6. Sim Surgery

### Vagifem® (estradiol) 10 mikrogram. Forkortet Produktinformation.

**Lægemiddelform:** Vaginaltabletter i engangsapplikator. Indeholder estradiolhemihydrat svarende til estradiol 10 mikrogram. **Indikation:** Aτροφisk vaginitis forårsaget af østrogenmangel hos postmenopausale kvinder. Erfaring med behandling af kvinder over 65 år er begrænset. **Dosering:** Administreres intravaginalt ved hjælp af en applikator. Initialdosis: 1 vaginaltablet daglig i 2 uger. Vedligeholdelsesdosis: 1 vaginaltablet 2 gange om ugen. Behandlingen kan starte den hvilken som helst dag. Hvis en dosis glemmes, bør den tages, så snart patienten husker det. Dobbelttagning bør undgås. Laveste effektive dosis skal altid anvendes og i kortest mulige tidsrum. Kan bruges af kvinder med eller uden intakt uterus. Vagifem® er lokal behandling og gestagen er ikke nødvendig for kvinder med intakt uterus. Vaginale infektioner skal behandles inden Vagifem® startes op. **Kontraindikationer:** Kendt, tidligere brystcancer eller mistanke om brystcancer. Kendte, tidligere eller mistænkte østrogenafhængige, maligne tumorer. Udiagnosticeret genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller aktuel venøs tromboembolisme. Kendt trombofili sygdom. Aktuel eller nylig arteriel tromboembolisk sygdom. Akut eller tidligere leversygdom, hvor leveralt endnu ikke er normaliserede. Kendt overfølsomhed over for estradiol eller øvrige indholdstoffer. Porfyri. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Før hormonbehandling startes/genoptages, bør der optages en komplet anamnese og indhentes oplysninger om familier disposition. Fysisk undersøgelse (inkl. bækken og bryst) bør sammenholdes med dette og kontraindikationer og advarsler for brug. Regelmæssig kontrol anbefales. Hvor ofte og hvordan afhænger af den enkelte kvinde. Kvinder bør lære, hvilke slags forandringer i brystet, som bør rapporteres. Undersøgelser inkl. mammografi bør foretages i henhold til gældende screeningspraksis, tilpasset behovet hos den enkelte kvinde. Den farmakokinetiske profil viser, at der er en meget lav systemisk absorption af estradiol under behandling, dog bør efterfølgende tages i betragtning, da det er et HRT produkt, især ved brug over en længere periode eller ved gentagen brug. **Tilstande, der kræver grundig overvågning såfremt de er til stede, har været til stede tidligere og/eller har været forværret under graviditet/tidligere hormonbehandling.** Det skal tages i betragtning, at disse tilstande kan fremkomme igen eller forværes under behandling med østrogen: Leiomyoma eller endometriose. Risikofaktorer for tromboemboliske sygdomme eller østrogenafhængige tumorer. Hypertension. Leversygdomme. Diabetes mellitus med eller uden vaskulær involvering. Galdesten. Migræne eller (kraftig) hovedpine. Systemisk lupus erythematosus. Endometriehyperplasi i anamnesen. Epilepsi. Astma. Otosklerose. **Behandlingen bør seponeres i tilfælde af, at en kontraindikation konstateres, og i følgende situationer:** Gulsot eller svækkelse af leverfunktionen, signifikant forøgelse af blodtryk, nyt anfald af migræne-lignende hovedpine og graviditet. **Da Vagifem® administreres lokalt og indeholder en lav dosis estradiol, er forekomsten af nedennævnte tilstande mindre sandsynlig end ved systemisk østrogenbehandling.** **Endometriehyperplasi og karcinom:** Kvinder med intakt uterus og unormal blødning af ukendt årsag eller kvinder med intakt uterus, som tidligere er behandlet med østrogen alene, bør undersøges nøje mhp. at udelukke hyperplasi/malignitet af endometriet. Endometriets sikkerhed ved langtidsbrug (mere end 1 år) eller gentagen brug af lokal, vaginal østrogen er ukendt. Derfor bør behandlingen, hvis den gentages, evalueres mindst én gang årligt, med specielt fokus på endometriehyperplasi og karcinoma. Som en hovedregel bør østrogen substitutionsterapi ikke udskrives til en længere periode end et år, uden at der foretages en yderligere lægeundersøgelse, inklusive gynækologisk undersøgelse. Hvis gennembrudsblødning eller pletblødning optræder under behandlingen, bør årsagen hertil undersøges. Dette kan inkludere endometriebiopsi. Kvinder bør rådes til at kontakte lægen, hvis gennembrudsblødning/pletblødning optræder under behandling. Stimulation med østrogen alene kan føre til præmalign/malign transformation i det residuelle endometriose-foci. Derfor anbefales forsigtighed ved brug til kvinder, der har undergået hysterektomi pga. endometriose, specielt ved kendt residual endometriose. **Brystcancer:** Den overordnede evidens tyder på en øget risiko for brystcancer hos kvinder, der tager kombineret østrogen-gestagen og muligvis også HRT med østrogen alene. Risikoen er afhængig af varigheden af HRT behandlingen. Det er usikkert, hvorvidt der er en sammenhæng mellem risikoen for brystcancer og vaginal lokal behandling med en lav dosis østrogen. **Ovariecancer:** Længere tids brug (mindst 5-10 år) af HRT produkter med østrogen alene er blevet associeret med en let forhøjet risiko for ovariecancer. Det er usikkert, hvorvidt der er en sammenhæng mellem risikoen for ovariecancer og vaginal lokal behandling med en lav dosis østrogen. **Venøs tromboembolisme:** HRT er associeret med en 1,3 - 3 gange større risiko for udvikling af venøs tromboembolisme eller lungeemboli. Forekomsten er mere sandsynlig i det første år af HRT behandlingen. Det er usikkert, hvorvidt der er en sammenhæng mellem risikoen for venøs tromboembolisme og vaginal lokal behandling med en lav dosis østrogen. **Iskæmisk slagtilfælde:** Kombineret østrogen-gestagen og østrogen alene er associeret med en op til 1,5 gange forøgelse af risikoen for iskæmisk slagtilfælde. Den relative risiko ændres ikke med alderen eller tid siden menopause. Dog er den basale risiko for slagtilfælde stærkt aldersafhængig, og den samlede risiko for at få slagtilfælde hos kvinder, der bruger HRT, vil derfor forøges med alderen. Det er usikkert, hvorvidt der er en sammenhæng mellem iskæmisk slagtilfælde og vaginal lokal behandling med en lav dosis østrogen. **Andre forhold:** Østrogen kan forårsage væskeophobning, og patienter med kardial eller renal dysfunktion bør derfor overvåges nøje. Kvinder med præ-eksisterende hypertriglyceridæmi bør følges nøje under østrogen- eller hormon-substitutionsbehandling, da der er set sjældne tilfælde af massiv forhøjelse af plasmatrigrlycerider, som har medført pankreatitis i forbindelse med østrogenbehandling. Det er ukendt, hvorvidt der er en sammenhæng mellem præ-eksisterende hypertriglyceridæmi og vaginal lokal behandling med en lav dosis østrogen. Intravaginal applikator kan forårsage mindre lokalt traume, specielt ved alvorlig atrofisk vaginitis. **Interaktioner:** Forekomst af klinisk relevante interaktioner er usandsynlig. Dog kan metabolismen af østrogen blive forøget ved samtidig brug af stoffer som er kendt for at påvirke lægemiddelmetaboliserende enzymer, specielt cytochrom P450 enzymer. Ritonavir og nelfinavir kan, selvom de er kendt som stærke inhibitorer, udvise forstærkende egenskaber, når de anvendes samtidigt med steroidhormoner. Naturmedicin indeholdende perikum kan øge østrogen og gestagen metabolismen. **Graviditet og amning:** Ikke indiceret under graviditet eller amning. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Ingen/ubetydelig påvirkning. **Bivirkninger:** Østrogen-relaterede bivirkninger såsom brystmerter, perifer ødemer og postmenopausale blødninger er rapporteret svarende til placebo og primært i begyndelsen af behandlingen. Almindelige: Hovedpine, mavesmerter, vaginal hæmoragi, vaginalt udfald eller vaginalt ubehag. Ikke almindelige: Vulvovaginal mycotisk infektion, kvalme, udslet, vægtstigning, hedeure eller hypertension. **Overdosering:** Forekomst er usandsynlig, men hvis det sker, skal behandlingen være symptomatisk. **Opbevaring:** Må ikke opbevares i køleskab. **Udlevering B:** Generelt tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd. **Pakninger og priser (inkl. moms):** Vagifem®, 18 vaginaltabletter i applikator enkeltvis indpakket i blisterpakkning Pris 211,05, Dato September 2013. Aktuelle priser findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). (Ver. 02/2012) (DK/VF/0413/0003) **Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia, telefon +45 80 200 240. Besøg også [www.novonordisk.dk](http://www.novonordisk.dk)**

### Vagifem® (estradiol) 25 mikrogram. Forkortet Produktinformation.

**Lægemiddelform:** Vaginaltabletter. Vagifem® indeholder 25 mikrogram estradiolhemihydrat i en vaginaltablet indsat i en engangsapplikator. **Indikation:** Behandling af atrofisk vaginitis forårsaget af østrogenmangel hos postmenopausale kvinder. Erfaring med behandling af kvinder over 65 år er begrænset. **Dosering:** Vagifem® administreres intravaginalt ved hjælp af en applikator. Initialdosis: 1 vaginaltablet daglig i 2 uger. Vedligeholdelsesdosis: 1 vaginaltablet 2 gange om ugen. Behandlingen kan starte den hvilken som helst dag. Hvis en dosis glemmes, bør den tages, så snart patienten husker det. Dobbelttagning bør undgås. Ved påbegyndelse og fortsættelse af behandling af postmenopausale symptomer, skal den laveste effektive dosis og det korteste tidsrum anvendes. Vagifem® kan bruges af kvinder med eller uden intakt uterus. Ved behandlingen kan der specielt i de første 2 uger observeres en minimal systemisk absorption. Det er ikke anbefalet at give et tilskud af progestogen, eftersom plasmaestradiolniveauerne sædvanligvis ikke overstiger de postmenopausale niveauer. Vaginale infektioner skal behandles for behandling med Vagifem® startes **Kontraindikationer:** Kendt, tidligere brystcancer eller mistanke om brystcancer. Kendte, tidligere eller mistænkte østrogenafhængige, maligne tumorer. Udiagnosticeret genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller aktuel venøs tromboembolisme. Aktuel eller nylig arteriel tromboembolisk sygdom. Akut eller tidligere leversygdom, hvor leveralt endnu ikke er normaliserede. Kendt overfølsomhed over for estradiol eller et eller flere af de øvrige indholdstoffer. Porfyri. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Medicinsk undersøgelse/opfølgning: Før hormonsubstitutionsbehandling startes eller genoptages, bør der optages en komplet anamnese og indhentes oplysninger om familier disposition. Fysisk (inklusive bækken og bryst) undersøgelse skal sammenholdes med dette og kontraindikationer og advarsler for brug. Regelmæssig kontrol anbefales under behandlingen. Hvor ofte og hvordan afhænger af den enkelte kvinde. Kvinder bør lære, hvilke slags forandringer i brystet, som bør rapporteres til en læge eller sygeplejerske. Undersøgelser inklusiv mammografi bør foretages i henhold til gældende screeningspraksis, tilpasset behovet herfor hos den enkelte kvinde. **Tilstande, der kræver overvågning.** Leiomyoma (uterusfibromer) eller endometriose. Anamnese eller risikofaktorer for tromboemboliske sygdomme. Risikofaktorer for østrogenafhængige tumorer. Hypertension. Leversygdomme. Diabetes mellitus. Migræne. Systemisk lupus erythematosus. Endometriehyperplasi. Epilepsi. Astma. Otosklerose. Da Vagifem® administreres lokalt og indeholder en lav dosis estradiol, er et nyt tilfælde eller forværring af de ovennævnte forhold mindre sandsynlig end ved systemisk østrogenbehandling. **Behandlingen bør seponeres i tilfælde af, at en kontraindikation konstateres, og i de følgende situationer:** Gulsot eller svækkelse af leverfunktionen, signifikant forøgelse af blodtryk, nyt anfald af migræne-lignende hovedpine og graviditet. **Endometriehyperplasi:** Kvinder med intakt uterus og unormal blødning af ukendt årsag eller kvinder med intakt uterus, som tidligere er blevet behandlet med østrogen alene, bør undersøges nøje med henblik på at udelukke hyperplasi/malignitet af endometriet for behandling med Vagifem® startes. Generelt bør østrogensubstitutionsbehandling ikke gives mere end 1 år, uden at der foretages en opfølgende gynækologisk undersøgelse. **Da Vagifem® administreres lokalt og indeholder en lav dosis estradiol, er forekomsten af de nedenfor nævnte forhold mindre sandsynlig end ved systemisk østrogenbehandling.** **Brystcancer:** Systemisk østrogen eller østrogen-progestogen behandling kan øge risikoen for brystcancer. **Venøs tromboembolisme:** Systemisk HRT er associeret med en højere relativ risiko for udvikling af venøs tromboembolisme. **Lidelser i koronarkarierne:** Det er i randomiserede, kontrollerede forsøg ikke påvist, at østrogen kombineret østrogen/progestogen beskytter mod lidelser i koronarkarierne. **Slagtilfælde:** Der er rapporteret statistisk signifikans for øget risiko for slagtilfælde hos kvinder, der dagligt tog konjugerede østrogene sammenlignet med placebo. **Ovariecancer:** Behandling med systemisk østrogen samt progestogen i mindst 5-10 år har været forbundet med en let øget risiko for ovariecancer i nogle epidemiologiske studier. **Andre forhold:** Østrogen kan forårsage væskeophobning, og patienter med kardial eller renal dysfunktion bør derfor overvåges nøje under de første uger af behandlingen. **Interaktioner:** Da Vagifem® administreres lokalt og indeholder en lav dosis estradiol, er systemiske interaktioner af klinisk relevans ikke forventet. **Graviditet og amning:** Vagifem® er ikke indiceret under graviditet eller amning. **Bivirkninger:** **Infektioner:** Genital candidiasis eller vaginitis. **Nervesystemet:** Hovedpine. **Gastrointestinale lidelser:** Kvalme, mavesmerter, oppustethed eller maveubehag, dyspepsi, opkastning, flatulens, diarrhoea. **Det reproduktive system og mammae:** Vaginal hæmoragi, vaginalt udfald eller vaginal ubehag, brystødemer, brystforstørrelse, brystømhed eller brystspændinger. **Generelle symptomer og forstyrrelser ved applikationsted:** Perifer ødemer. **Post-marketing erfaringer:** Brystcancer, endometriecancer. Generelle hypersensitive reaktioner. Væskeophobning, depression. Forværret migræne. Dyb venetrombose. Diarrhoea. Urticaria, erythematøst udslet, kløende udslet, genital pruritus. Endometriehyperplasi, vaginal irritation, vaginal smerte, vaginismus, vaginal ulceration. Udebleven effekt af lægemidlet. Vægtstigning, stigning i østrogenindhold i blodet. **Overdosering:** Vagifem® er beregnet til intravaginal administration og estradioldosis er lav. Overdosering er usandsynlig, men hvis det forekommer, skal behandlingen være symptomatisk. **Opbevaring:** 3 år. Må ikke opbevares i køleskab. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd. **Pakninger og priser (inkl. moms):** Vagifem®, 18 vaginaltabletter i applikator enkeltvis indpakket i blisterpakkning. Pris 144,50 - 168,35 kr., Dato September 2013. Se evt. [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk) for aktuel dagspris. **Udlevering B:** Lægemidlet er generelt tilskudsberettiget. (ver. 11/2010) (DK/VF/0111/0001) **Komplet produktresumé og yderligere information kan rekvireres vederlagsfrit ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia AB, Kundeservice tlf.:+45 80 200 240.**

Vagifem® 10µg  
(17β-estradiol)

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

Færre hormoner – samme effekt<sup>1</sup>



- Vagifem® 10 µg – markedets laveste virksomme dosis til behandling af vaginal atrofi<sup>2</sup>
- Vagifem® 25 µg udgår pr. 31. december 2013
- Vagifem® 10 µg fås på apoteket nu
- Nøjagtig dosis, administreres lokalt og virker lokalt<sup>3</sup>



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.

## NGF ÅRSMØTE 24. - 26. OKTOBER 2013

# 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!

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



Foto: Alfred de Haas



Foto: Birgitte Simensen Berg/Drammen kommune



# Generalforsamling NGF 2013

Saksliste NGFs generalforsamling Drammen fredag 24. oktober 2013 16.30-1800

## Valg av dirigent og referent

### Minnestund

### Årsmelding 2012

### Regnskap 2012

### Revidert budsjett 2013

### Budsjett 2013

Årsrapporter (Kvalitetsutvalget, Laparoskopiutvalget, STAN gruppen, Spesialitets komiteen, NFGO, FUGO, NPE-utvalget, NFOG vitenskapelig komite og utdanningskomite mm)

## Orienteringssaker

### Saker fremlagt av styret

### Saker fremlagt av medlemmene

## Valg

- Valg av leder
- Valg av styremedlemmer
- Valg av varamedlemmer til styret
- Valg av desisorer
- Valg av årsmøtearrangør 2015
- 
- Valgkomiteens forslag til styre i NGF for de 2 neste år:

## Eventuelt

Vel møtt!

*Knut Hordnes, leder*



Foto: Birgitte Simensen Berg/Drammen kommune

# Program NGF Årsmøte Drammen 24. - 26. oktober 2013

Foto: Birgitte Simensen Berg/Drammen kommune

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

## Onsdag 23/10

Arrangement tilsluttet i tid men forøvrig uavhengig av Årsmøtet:

FUGO: Se program i Kurskatalogen eller på FUGOs hjemmeside – <http://www.legeforeningen.no/>

Styremøte NGF, lunsj 12.00 møte 12.30 på Comfort Hotel

## Torsdag 24/10

### Formøter -program se side 36

- 11.00-12.30 Internasjonal Kvinnehelse; Møterom Zeppelin Comfort Hotel  
 11.00-12.30 NUGG Norsk Urogynekologisk Gruppe; Møterom Hovedsenen Union Scene  
 11.00-12.30 FUGO Forening for Utdanningskandidater i Gynekologi og Obstetrikk; Møterom Multisal I Union Scene  
 11.00-12.30 PSL Praktiserende Spesialisters Landsforening; Møterom Multisal II Union Scene (NB! Skal benyttes til lunsjsymposium rett etter møteslutt)  
 11.00-12.30 NFGO Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi; Møterom The River Comfort Hotel

- 12.45-13.30 Lunsjsymposium i regi av Sanofi (HPV) - program se NGFs nettsider  
 Møterom: Multisal II Union Scene

- 12.45-13.45 Lunsj for resten av deltagerne

### Årsmøte 2013

- 14.00-14.25 Ordfører i Drammen ønsker velkommen  
 Åpning av Årsmøtet: Leder i NGF, Knut Hordnes  
 14.30-15.30 Templeton: The management of impaired fertility in men and women  
 15.30-16.00 Pause (plakat- og utstillingsbesøk)  
 16.00-16.45 **Fagpolitisk debatt; Steer: The case against oxytocin**  
 16.50-17.30 **Fagpolitisk debatt; Hvordan sikre desentral faglig videreutvikling**  
 Goderstad: Sandnessjømodellen  
 18.30-24.00 "Get Together" i Z Cafe

## Fredag 25/10

### 08.30-10.00 Gynekologi/Obstetrikk

- 08.30-09.00 Prescott: NIPT (non invasive prenatal testing)  
 09.00-09.30 Tingulstad: Robotkirurgi, Trondheimsmodellen  
 09.30-10.00 Woie: Robotkirurgiens evidens

- 10.00-10.30 Pause (plakat- og utstillingsbesøk)

### 10.30-12.00 Frie foredrag sesjon I:

- 1 Steinholt M: MØDREDØDELIGHET PÅ DEN KAMBODSJANSKE LANDSBYGDA; KAN HJELPEKONER UTGJØRE EN FORSKJELL?
- 2 Monkerud L: SPEDBARNHELSE OG SYKEHUS- OG FØDAVDELINGSSTRUKTUR
- 3 Andreasen S: ER DET SAMSVAR I SAKKYNDIGVURDERINGER VED FØDSELSSKADESAKER I NORSK PASIENTSKADEERSTATNING?
- 4 Veddeng A: KONSEKVENSER AV 17,5 TIMERS GYNEKOLOGISK TILSTEDEVAKT MED HENSYN PÅ KOGNITIVE FUNKSJONER OG LAPAROSKOPISE FERDIGHETER
- 5 Al-Zirqi I: UTERINE RUPTURE: TRENDS OF INCIDENCE AND OUTCOME IN NORWAY
- 6 Nyfløt LT: HYSTEREKTOMI OG ARTERIELL EMBOLISERING I FORBINDELSE MED FØDSEL
- 7 Zahl G: INNFØRING AV LAPAROSKOPISK HYSTEREKTOMI SOM HOVEDMETODE PÅ BENIGN INDIKASJON VED HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS
- 8 Oddenes K: DØRSTOKKMILA; INNFØRING AV LAPAROSKOPISK TOTAL HYSTEREKTOMI (LH) VED HAUGESUND SJUKEHUS.

- 12.00-13.00 Lunsjsymposium i regi av Bayer - program se på NGFs nettsider  
 Møterom: Multisal II Union Scene

Foto: Birgitte Simensen Berg/Drammen kommune

### 13.00-14.30 **Frie foredrag sesjon 2:**

- 9 Tropé A: CYTOLOGY AND HPV TESTING 6-12 MONTHS AFTER ASCUS/LSIL CYTOLOGY IN ORGANISED SCREENING TO PREDICT HIGH-GRADE CERVICAL NEOPLASIA BETWEEN SCREENING ROUNDS
- 10 Iversen OE: RECURRENT HIGH-GRADE CERVICAL LESION AFTER PRIMARY CONISATION IS ASSOCIATED WITH PERSISTENT HPV INFECTION.
- 11 Johansen N: HORMONBRUK ETTER FOREBYGGENDE FJERNING AV EGGSTOKKER HOS KVINNER MED GENFEIL
- 12 Vistad I: FORLØSNING AV SETELEIE I NORGE I PERIODEN 1990 – 2011. MORTALITET OG MORBIDITET I RELASJON TIL FORLØSNINGSMETODE
- 13 Kessler J: INTRAPARTUM MONITORING WITH CTG AND ST ANALYSIS IN BREECH PRESENTATION
- 14 Sørbye IK: PRETERM FØDSEL OG FØDELAND: EN POPULASJONSBASERT STUDIE
- 15 Strøm-Roum EM: FARS ALDER ER KNYTTET TIL PLACENTAS STØRRELSE: EN POPULASJONSBASERT STUDIE AV 590 835 SVANGERSKAP
- 16 Sun C: ARVELIGHET AV KARDIOVASKULÆR SYKDOM I EN FAMILIEKOHORT MED ØKT FOREKOMST AV PREEKLAMPSI

14.30-15.00 Pause (plakat- og utstillingsbesøk)

### 15.00-16.00 **Frie foredrag sesjon 3:**

- 17 Moe K: KLINISKE PARAMETRE ASSOSIERT MED LAVT MAKSIMALT LUKKETRYKK HOS KVINNER MED URININKONTINENS
- 18 Oversand SH: MANCHESTEROPERASJONEN –ET GODT FØRSTEVALG VED GENITALT DESCENS
- 19 Ellström Engh M: FORSKJELLER I INTRA OG PERIOPERATIV MORBIDITET MELLOM BRUK AV TRANSVAGINALT NETT MED SUTURAPPLIKATOR, TRADISJONELL FREMRE PLASTIKK OG TRANSVAGINAL NETT MED TROKAR
- 20 Herstad L: MORS ALDER OG KOMPLIKASJONER ETTER FØDSEL -SAMMENLIKNING AV ELEKTIVT KEISERSNITT OG PLANLAGT VAGINAL FØDSEL; EN REGISTERSTUDIE AV FØRSTEGANGS FØDENDE LAVRISIKO KVINNER.
- 21 Dögl M: INDUKSJONSPRAKSIS I NORGE; 2003 VERSUS 2013

16.00-16.30 Pause (plakat- og utstillingsbesøk)

16.30-18.00 **Generalforsamling i Multisal II på Union Scene**

19.30 **Årsmøtemiddag i Union Scene**

## Lørdag 26/10

09.00-10.30 **Gyn/Obst**

09.00-09.30 Romunstad: Postoperative smerter, kan kronisitet forebygges?

09.30-10.00 Hausken: Fertilitetsturisme

10.00-10.30 Eggebø: Overtid etter nye retningslinjer

10.30-11.00 Pause (poster- og utstillingsbesøk)

### 11.00-12.00 **Frie foredrag sesjon 4:**

- 22 Wilkosz P: ALDER ER MER AVGJØRENDE ENN OVARIALRESERVEVED REPRODUKTIV NEDGANG HOS KVINNER
- 23 Tanbo T: BIRTHWEIGHT AND PLACENTAL WEIGHT; DO CHANGES IN CULTURE MEDIA USED FOR IN VITRO FERTILIZATION (IVF) MATTER? COMPARISON WITH SPONTANEOUS PREGNANCIES IN THE CORRESPONDING TIME PERIODS
- 24 Stokke G: SONDEERNÆRING VED HYPEREMESIS GRAVIDARUM; HVORDAN GÅR DET? GJENNOMGANG AV ET 9-ÅRSMATERIALE
- 25 Eggebø TM: PREDIKSJON AV VAGINAL FØDSEL MED ULTRALYD
- 26 Stær-Jensen J: DO MAJOR DEFECTS OF THE LEVATOR ANI MUSCLE HEAL WITHIN THE FIRST 6 MONTHS POST PARTUM ?

12.00-13.00 Lunsj

### 13.00-14.00 **Frie foredrag sesjon 5:**

- 27 Skjeldstad FE: FØDSELDYNAMIKK OG SFINKTERRUPTUR – HVILKE RISIKOFAKTORER ER RELEVANTE?
- 28 Rossen J: STIMULERING AV RIER HOS FØRSTEGANGSFØDENDE MED SPONTAN START AV FØDSEL I NORGE 2000-2011
- 29 Rygh AB: OXYTOCINSTIMULERING OG RISIKO FOR SFINKTERSKADE, EN POPULASJONSBASERT TVERRSNITTSSTUDIE
- 30 Oppegaard K: MÅ KVINNER SOM TAR MEDISINSK ABORT HJEMME < 63 DAGER HA OPPFØLGING FOR Å FÅ BEKREFTET AT BEHANDLINGEN HAR VÆRT VEKLYKKET?
- 31 Backe B: SF-APP: EN APP FOR UKENTLIG REGISTRERING AV SF-MÅL, MÅLT AV DEN GRAVIDE.

14.00-14.10 **Avslutning. Priser for beste foredrag og plakat**

# Program Formøter NGF Drammen 24. oktober 2013

Foto: Birgitte Simensen Berg/Drammen kommune

## Program for NUGG-møtet i Drammen

**Møtested: Radisson Blu Hotel, møterom Smørtorget, 24. oktober 2013 kl 11.00 – 12.30**

**Møteleder: Ellen Borstad**

- |             |  |
|-------------|--|
| 11.00-12.20 | Ny metode for behandling av stressinkontinens – Statusrapport<br><i>Ingard Nilsen, UNN</i>                           |
| 11.20-12.40 | Bekkenbunnsskader ved fødsel - Symptomer og MR funn i akutfasen To kasuistikker<br><i>Patjii Alnæs, OUS</i>          |
| 11.40-12.00 | Ultral lyd og MR i diagnostikk av bekkenbunnsskader. Er ultralyd brukbart i akutfasen?<br><i>Memona Majida, AHUS</i> |
| 12.00-12.10 | Nye Prolapskoder<br><i>Ellen Borstad OUS</i>   |
| 12.10-12.30 | Komplikasjonskvarter   |

Valg av ny sekretær (Forslag kan sendes eborstad@broadpark.no Kandidat finnes)

## Program for formøtet PSL (Praktiserende Spesialisters Landsforening)

**24. oktober 2013 kl 11.00 – 12.30**

**Møteleder: Martin Andresen**

“Anovulasjon og ovulasjons-induksjon“

“Ovarialreserve og ovarial respons - markører på biologisk aldring i ovariene“

*Tom Tanbo, seksjonsleder, professor dr.med. Reproduksjonsmedisinsk seksjon Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus*

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

**24. oktober 2013 kl 11.00 – 12.30**

**Møteleiar: Anne Dørum**

- |               |  |
|---------------|--|
| 11.00 – 11.15 | Avastin og aktuell gynekologisk kreft<br><i>Ola Smehaug, Roche Norge AS</i>  |
| 11.20 – 11.50 | “Døden er min!” (LCP – Liverpool care pathway)<br><i>Lars Jul Hansen: Avdelingsleder, Sørlandet sykehus, Fødelbarse, Arendal</i>   |
| 11.55 - 12.20 | Medisinsk kreftbehandling anno 2013 (cytostatika, hormon, antistoff, og kva meir?)<br>Allment om behandlingsintervall/-biverknader kontraindikasjonar<br><i>Janne Kærn: Overlege, Oslo universitetssykehus, Kvinne- og barneklirikken, Avdeling for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet</i> |

## Program for formøtet Internasjonal Kvinnehelse

**Møterom: Zeppelin Comfort Hotel, 24. oktober 2013 kl 11.00 – 12.30**

**Møteleder: Margit Steinholt**

Abort i eit globalt perspektiv

*Mette Løkeland, stipendiat, Universitetet i Bergen*

Kvinnehelse i post-apartheid Sør-Afrika, 2 år ved Zithulele Hospital

*Guro Stokke, Kvinneklirikken i Bergen*

Planar framover for

# FORSKNINGSSTIPEND MHP ERSTATNINGSSAKER I GYNEKOLOGI

## Hva kan vi lære i et kvalitets- og skadeforebyggende perspektiv?

NGF har tidligere samarbeidet med NPE om et prosjekt som evaluerte pasientskadesakene i obstetrik. Nå vil vi initiere tilsvarende prosjekt mhp gynekologisakene. Det er søkt finansiering hos NPE og Legeforeningens kvalitetssikringsfond tilsvarende 50 % stipendiatstilling i 3 år.

Prosjektet omfatter en systematisk gjennomgang av alle saker i gynekologi som har vært behandlet hos Norsk Pasientskadeerstatning siden oppstart 1988. Først få en total oversikt over panoramaet av saker som oftest vil dreie seg om vevsskader, funksjonsforstyrrelser, blødning, infeksjon eller forsinket eller feil diagnose.

Deretter karakteriserer medholdsakene i hht type sak, hvilket nivå i helsetjenestekjeden svikten oppstod, se etter sammenheng med svikt i retningslinjer/ rutiner/veiledning, utilstrekkelig kompetanse / utstyr / kommunikasjon / journalføring.

Det trengs både kandidat og veileder(e) for å gjennomføre et slikt prosjekt. Det er en fordel om veileder har erfaring fra NPE saksbehandling (sakyndigvurdering).

Interesserte kan få tilsendt mer utfyllende prosjektbeskrivelse ved henvendelse til vitenskapelig sekretær NGF: [jone.trovik@helse-bergen.no](mailto:jone.trovik@helse-bergen.no) eller se link på hjemmesidene NGF.

Søknad (med CV til søker og veileder) sendes elektronisk til vitenskapelig sekretær NGF innen 15.11.2013



## Ny medisinsk faglitteratur

### Medisin



NY!

Kristian Løvås og  
Eystein S. Husebye  
**Endokrinologi**

En medisinsk lærebok

Med denne boken har forfatterne som hovedmål å bidra til innlæring av fagfeltet ved å trekke ut og sortere de viktigste elementene i faget fra virvaret av tilgjengelig informasjon, og å formidle hva som er vanlige tilnærminger til endokrinologiske problemer i Norge.

PRIS 475,- | SIDER 248  
ISBN 9788205449923



Ny utgave!

Harald Moi og  
Jan Martin Maltva  
**Seksuelt overførbare  
infeksjoner  
og genitale hudsykdommer**

Boken foreligger nå i 3. utgave. Det legges vekt på å veilede leseren til en rask og korrekt diagnostikk og behandling av genital utflod, svie og kløe hos både menn og kvinner. Genitale hudlidelser som kan gi lignende plager er også omtalt. Boken er illustrert med både kliniske bilder og mikroskopbilder i farger.

PRIS 425,- | SIDER 288  
ISBN 9788205447929



Norsk utgave!

Andersen, Bredsted Lomholt,  
Thestrup-Pedersen og Wulf  
**Klinisk dermatologi  
og venerologi**

Klinisk dermatologi og venerologi er en grunnleggende lærebok i hud- og kjønnsykdommer. I denne boken er det lagt vekt på å fremheve sykdommer og symptomer som er hypplige og vesentlige i allmennpraksis og på sykehusavdelinger. Den er rikt illustrert med instruktive fargebilder.

PRIS 545,- | SIDER 272  
ISBN 9788205425538

## Frie Foredrag Sesjon I

### F1. MØDREDØDELIGHET PÅ DEN KAMBODSJANSKE LANDSBYGDA; KAN HJELPEKONER UTGJØRE EN FORSKJELL?

Steinholt M<sup>1</sup>, Houy C<sup>2</sup>, Sam O<sup>2</sup>, Husum H<sup>1</sup>, Skjerve E<sup>3</sup>, Eskild A<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Tromsø mineskadesenter, UNN, Tromsø;

<sup>2</sup> Trauma Care Foundation Cambodia, Battambang, Kambodsja;

<sup>3</sup> Norges veterinærhøgskole, Oslo;

<sup>4</sup> Kvinnekliviken, Akershus universitetssykehus.

**Bakgrunn.** For mange fattige kvinner på landsbygda i Kambodsja er helsetjenester i forbindelse med svangerskap og fødsel lite tilgjengelige. I november 2004 startet vi opplæringsprogrammet Delivery Life Support blant profesjonelle og frivillige fødselshjelpere i 266 landsbyer i provinsene Battambang og Pailin, Kambodsja. Opplæringsprogrammet pågikk i perioden 2005-2009. Vi undersøkte endringer i mødredødelighet fra 2005-2009.

**Metode.** Fortløpende registrering av fødsler og mødredødsfall fra januar 2005 til utgangen av 2009. Design: Observasjonsstudie Populasjon: Alle kvinner som fødte i området i studieperioden, n= 10 538.

**Resultat.** Mødredødeligheten ble redusert fra 5.74 per 1000 kvinner i 2005 til 1.20 per 1000 kvinner i 2009. Dette utgjør en reduksjon på 85 %. De fleste fødslene skjedde heime og ble assistert av hjelpekone; traditional birth attendant (TBA). Reduksjonen i mødredødelighet var størst i denne gruppen; fra 11.6 per 1000 kvinner til 1.6 per 1000 kvinner. Gjennom hele studieperioden ble det funnet mye lavere dødelighet blant kvinner som hadde utdannet jordmor tilstede under fødsel sammenliknet med fødsler med hjelpekone (OR=0.25, p<0.001).

**Konklusjon.** I lavinntektsland med en enorm mangel på utdannet helsepersonell, kan opplæring og integrering av hjelpekone (TBA) i mødrehelseprogram bidra til reduksjon av antall dødsfall relatert til svangerskap og fødsel.

### F2. SPEDBARNHELSE OG SYKEHUS- OG FØDAVDELINGSSTRUKTUR

Grytten J<sup>1</sup>, Monkerud L<sup>2</sup>, Skau I<sup>3</sup>, Sørensen R<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Intsitutt for samfunnodontologi, Universitetet i Oslo og Kvinnekliviken, AHUS,

<sup>2</sup> Handelshøgskolen BI og Kvinnekliviken, AHUS,

<sup>3</sup> Intsitutt for samfunnodontologi, Universitetet i Oslo,

<sup>4</sup> Handelshøgskolen BI

**Bakgrunn.** I løpet av de siste 30 årene har det i Norge foregått en markant sentralisering av sykehusstrukturen – lokale sykehus er lagt ned og antallet fødeavdelinger er redusert med drøyt 70 prosent. Formålet med studien er å undersøke hvorvidt spedbarns helse avhenger av hvilket sykehus/hvilken fødeavdeling fødselen skjer ved (regional- eller sentralsykehus eller lokale sykehus/lokale fødestuer).

**Metode.** Studien benytter data for alle fødsler i perioden 1980-2005 (Medisinsk fødselsregister), og klassifiserer fødeavdelinger som enten a) lokale (fødeavdelinger ved lokalsykehus/lokale fødestuer) eller b) sentrale/regionale (fødeavdelinger ved regional- eller sentralsykehus). Første del av analysen sammenligner spedbarnsdødeligheten for fødsler ved de to typene fødeavdelinger, der det justeres for den enkelte fødeavdelings pasientsammensetning gjennom en propensity score weighting-teknikk. Annen del av analysen undersøker – ved hjelp av en difference-in-difference-metode – endringer i spedbarnsdødeligheten som følge av faktiske lokalsykehusnedleggelse.

**Resultat.** Justert for risikofaktorer ser spedbarnshelsen – gitt ved gjennomsnittlig spedbarnsdødelighet både innen en måned og ett år – ikke ut til å være påvirket av hvilken type fødeavdeling fødselen skjer ved.

**Konklusjon.** En desentralisert sykehusstruktur fører ikke med seg forverret spedbarnhelse. Hovedforklaringen bak et slikt funn er at høyrisikofødsler gjennom hele perioden ble henvist til større sykehus/fødeavdelinger (regional- og sentralsykehus).

### F3. ER DET SAMSVAR I SAKKYNDIGVURDERINGER VED FØDSELSSKADESAKER I NORSK PASIENTSKADEERSTATNING?

Andreasen S<sup>1,2</sup>, Backe B<sup>3</sup>, Øvrebø K<sup>4,5</sup>, Straume B<sup>6</sup>, Øian P<sup>7,8</sup>

<sup>1</sup> Kvinnekliviken, Nordlandssykehuset, Bodø;

<sup>2</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø;

<sup>3</sup> Institutt for laboratoriemedisin, NTNU, Trondheim;

<sup>4</sup> Gastrokirurgisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen;

<sup>5</sup> Institutt for kirurgiske fag, Universitetet i Bergen, Bergen;

<sup>6</sup> Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø;

<sup>7</sup> Kvinnekliviken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø;

<sup>8</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø.

**Bakgrunn.** I forbindelse med gjennomgang av et stort antall fødselsskadesaker i Norsk pasientsskadeerstatning fant vi at sakkyndigvurderingene i noen tilfeller var sprikende og tildels motsigende. Vi ønsket derfor å undersøke om det var samsvar i de sakkyndiges vurdering i denne typen saker.

**Metode.** Vi utarbeidet 12 modifiserte fødselsskadesaker, inkludert både medholds- og avslagssaker. Disse ble sendt til 15 av de hyppigst benyttede sakkyndige i denne type saker; vedlagt et spørreskjema med vurderinger slik de foreligger i Norsk pasientsskadeerstatning. Data ble analysert i SPSS med utregning av kappa-verdier for de enkelte spørsmål.

**Resultat.** Ved skade på barnet fant vi at asfyxisaker hadde godt samsvar i vurderingene der kriteriene for asfyxi var oppfylt og barnet hadde sekvele i form av alvorlig cerebral asfyxi eller død. Det var betydelig dårligere samsvar der asfyxi-kriteriene ikke var oppfylte. I saker med skulderdystoci var det svært godt samsvar. I mødresaker var det godt samsvar ved sphinkterskader der det forelå ufullstendig undersøkelse etter fødsel, men dårlig samsvar ved vurderinger av hvorvidt keisesnitt burde vært valgt grunnet risiko for sphinkterskade. I to saker endte det med hysterektomi. Her var det godt samsvar ved tidligere keisesnitt og hyperstimulering, men dårlig samsvar ved prothart forløp og atoniblødning.

**Konklusjon.** Fødselsskadesaker kan være vanskelig å vurdere for den sakkyndige. I situasjoner der man mangler retningslinjer spriker vurderingen, tilsvarende ved komplekse forløp. I vanskelige saker kan man tenke seg at en gruppe sakkyndige skulle utarbeide sakkyndigerklæringen, dette for å få en helhetlig vurdering. Tilsvarende vil man kunne benytte kun en sakkyndig og forenkle saksgangen i saker med godt samsvar.

#### F4. KONSEKVENSER AV 17,5 TIMERS GYNEKOLOGISK TILSTEDEVAKT MED HENSYN PÅ KOGNITIVE FUNKSJONER OG LAPAROSKOPISE FERDIGHETER

Veddeng A<sup>1</sup>, Husby T<sup>2</sup>, Engelsen I B<sup>1</sup>, Kent A<sup>3</sup>, Flaatten H<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

<sup>2</sup> Anestesiavdelingen, KSK, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

<sup>3</sup> University of Surrey, UK

<sup>4</sup> Royal Surrey County Hospital, Guildford, UK

<sup>5</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen

**Bakgrunn.** Selv om det er vanlig praksis at gynekologer i norske sykehus ofte arbeider sammenhengende i nærmere 20 timer når de utfører vaktarbeid, har man liten kunnskap om hvordan søvnmangel påvirker legenes kirurgiske ferdigheter. Laparoskopi-simulatorer er godt egnet til å måle operative ferdigheter. Kirurgi handler ikke om praktiske ferdigheter alene; kognitive evner som planlegging og besluttsomhet ved uforutsette hendelser i feltet er også svært viktig. Målsetningen med studien var å teste både kognitive funksjoner og laparoskopiske ferdigheter blant gynekologer etter 17,5 timers vakt.

**Metode.** Gynekologer i tilstedevakt ved Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, 2011/12, ble spurt om å delta i studien. Veiledet ferdighetstrening på laparoskopisimulator (SimSurgery) ble gjennomført. Simulerte laparoskopiske ferdigheter og kognitive funksjoner ble testet først etter en vanlig natts søvn, og deretter etter en 17,5 timers vakt. Simulator-testen bestod i å fullføre tre påfølgende salpingektomier: Operasjonstid, presisjon, blødning og diatermi- bruk ble registrert. Den kognitive testen inneholdt fire elementer fra et standardisert test-batteri (CANTAB) for måling av reaksjonstid, motoriske ferdigheter, visuell hukommelse og evne til strategisk tenkning.

**Resultat.** 28 av 33 gynekologer i vakt deltok i studien. Median søvnlengde var 2,9 timer. Det ble ikke funnet noen signifikant reduksjon i laparoskopiske ferdigheter etter 17,5 timers vakt sammenlignet med referansetesten. Ved kognitiv post vakt testing fant man kun en signifikant økt reaksjonstid på 3,3 % og 7,7 %.

**Konklusjon.** En 17,5 timers nattevakt har liten negativ innvirkning på gynekologenes evne til å utføre enkle akutte kirurgiske inngrep. Det er ikke holdepunkt for å si at dagens vaktordning er en trussel mot pasientsikkerheten.

#### F5. UTERINE RUPTURE: TRENDS OF INCIDENCE AND OUTCOME IN NORWAY

Al-Zirqi I<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Oslo University Hospital, Rikshospitalet, Norwegian Resource Center for Women's Health, Oslo, Norway

**Objective:** To study the trend for uterine rupture incidence and outcome through 41 years in Norway.

**Method:** 1 449 201 maternities were studied using the Medical Birth Registry of Norway and Patient Administration systems in 21 maternity units throughout Norway between 1967-2008 in order to identify uterine ruptures. Medical records of mothers with ruptures were studied regarding type of rupture and maternal and neonatal outcome. Cross tabulation and logistic regression were applied.

**Results.** In the period 1967-2008, there were 359 uterine ruptures among all maternities, with an incidence of 0.24/1000, increasing to 3.7/1000 among those with uterine scars (294 per 79 729). The incidence per 1000 of all ruptures, including complete ruptures and partial ruptures, increased significantly from 0.12, 0.09, 0.02 in 1967-1977, and to 0.6, 0.29 and 0.31 respectively in 2000-2008. Both scarred uteri and partial types were significantly prevalent in ruptures of the last decade (89.3 % & 50.2 %) vs. ruptures in first decade (56.4 % & 20.5 %). Risk factors increasing uterine rupture are significantly increased in the last decade (2000-2008) vs. the first decade (1967-1977). Risk factors include: Uterine scars (1.1 % increasing to 8.2 %), Maternal age  $\geq$  35 years old (5.8 % to 15.2 %), Mothers from Horn of Africa (0.1 % to 2.4 %), Induction with Prostaglandins (0.0 % to 14 %), Combination induction of both prostaglandins and oxytocin (2.6 % to 9.8 %), and Oxytocin stimulation of labour (0.2 % to 29.3 %). Despite increased uterine rupture in the last decade, severe postpartum haemorrhage, hysterectomy and admission to Intensive Care Unit following complete ruptures are significantly reduced in the last decade (56.2 %, 11.4 %, 38.1 %) compared with ruptures in the first decade (83.9 %, 35.5 %, and 64.5 %). Intrapartum and neonatal deaths following ruptures are significantly reduced in the last decade (10.3 %) compared with the first decade (50 %), but there was a non-significant increase in hypoxic encephalopathy following ruptures in the last decade (10.3 %) vs. ruptures in the first decade (3.1 %)

**Conclusion.** The incidence of uterine ruptures has increased significantly in the last decade of the study, compared with the decade 1967-1977. However serious maternal outcome and perinatal outcome following ruptures are significantly reduced over the same interval.

#### F6. HYSTEREKTOMI OG ARTERIELL EMBOLISERING I FORBINDELSE MED FØDSEL

Nyfløt LT<sup>1,2</sup>, Stray-Pedersen B<sup>2,3</sup>, Rosenberg M<sup>1</sup>, Jacobsen AF<sup>4</sup>, Al-Zirqi I<sup>2</sup>, Vangen S<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fødeavdelingen, Drammen Sykehus, Vestre Viken HF;

<sup>2</sup> Kvinneklivnikken, Rikshospitalet, OUS HF;

<sup>3</sup> Universitetet i Oslo;

<sup>4</sup> Kvinneklivnikken, Ullevål, OUS HF

**Bakgrunn.** Alvorlig obstetrisk blødning er et økende problem innen obstetrikken og kan føre til alvorlige komplikasjoner som død, organ-svikt, sepsis og hormonell dysfunksjon. Peripartum hysterektomi er en sjelden obstetrisk prosedyre, men livreddende ved intrakabel blødning. Siden mødredødsfall grunnet postpartumbødning er svært sjelden i Norge, kan raten på peripartum hysterektomi sees på som en indikator på fødselshjelpens kvalitet. Arteriell embolisering blir foretrukket i økende grad for å bevare fertilitet, men denne behandlingen er ikke alltid indisert, tilgjengelig eller vellykket. Studien er et samarbeid mellom fødeavdelingene ved Drammen Sykehus og Oslo Universitetssykehus.

**Metode.** Vi samlet alle tilfelle med alvorlig blødning ved fødsel ( $\geq$ 1500 ml eller blodtransfusjon) i årene 2008-2011 ved 3 fødeavdelinger i Helse Sør-Øst; Drammen, Ullevål og Rikshospitalet, hvor den totale fødselspopulasjonen var 43 121 fødsler. Studien er en klinisk «case-control» hvor pasientjournalene ble gjennomgått retrospektivt. Maternelle karakteristika, ulike forhold ved graviditet og fødsel, samt maternell og neonatal utkomme ble evaluert.

**Resultat.** 1072 kvinner med alvorlig blødning (2,5 % av fødsle) ble inkludert. Av disse fikk 19 kvinner utført hysterektomi (4,4 pr. 10 000 fødsler) og 22 kvinner fikk utført arteriell embolisering (5,1 pr. 10 000 fødsler). 5 kvinner ble hysterektomert etter mislykket embolisering. Median blødningsmengde ble estimert til 4500 ml for hysterektomiene og 3500 ml for emboliseringene.

De viktigste risikofaktorene var tidligere keisersnitt, keisersnitt ved denne forløsningen samt alder. De viktigste årsakene til alvorlig blødning var atoni og placentapatologi.

**Konklusjon.** Forekomsten av alvorlig obstetrisk blødning som medførte hysterektomi og/eller arteriell embolisering var 8,3 pr. 10 000 fødsler. 47 % fikk bevart fertilitet ved vellykket embolisering.

## F7. INNFØRING AV LAPAROSKOPISK HYSTEREKTOMI SOM HOVEDMETODE PÅ BENIGN INDIKASJON VED HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS

Zahl G<sup>1</sup>, Andreassen S<sup>1</sup>, Thornhill H<sup>1</sup>, Veddeng A<sup>1</sup>, Morken NH<sup>1</sup>, Engelsen IB<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

**Bakgrunn.** Frem til 2009 var laparotomi vanligste operasjonsmetode ved total hysterektomi eller stor uterus over 12 uker (>50 %) ved Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus. Ved innføring av mer laparoskopisk teknikk ønsket man å endre denne trenden. Hovedformålet var å undersøke om endringer i operasjonsmetode har medført økte komplikasjoner i form av mer blødning, flere postoperative infeksjoner, organskader, tromboemboli og hernier, eller lenger operasjonstid.

**Materiale og Metode.** Retrospektiv journalgjennomgang av pasienter som ble behandlet med hysterektomi på benign indikasjon ved vår avdeling i 4-års perioden 2009-2012. Preoperative, peroperative og postoperative variabler ble registrert, lagt inn i SPSS og analysert. Signifikansnivået ble satt til  $p < 0,05$ .

**Resultat.** Vi identifiserte 461 pasienter som hadde gjennomgått hysterektomi ved laparotomi (190), laparoskopi (237) og vaginalt (33). Det ble gjort 118 subtotale og 342 totale hysterektomier. Operasjonsmønsteret har endret seg fra 2009 til 2012. I 2009 opererte vi 54 % med laparotomi mens i 2012 var denne andelen falt til 24 %. I samme periode økte andelen laparoskopiske inngrep fra 31 % til 74 % som er signifikant ( $p < 0,001$ ).

Av komplikasjoner som ble registrert var det signifikant mer blødning peroperativt ( $p < 0,001$ ) og flere reoperasjoner ( $p < 0,009$ ) i laparotomigruppen. Det var få infeksjoner og organskader i begge gruppene og ingen signifikant forskjell. Uterus var signifikant større i laparotomi gruppen ( $p < 0,001$ ). Det var ingen signifikante forskjeller i komplikasjoner for året 2009 versus året 2012. I 2009 ble det i laparoskopigruppen gjort nesten utelukkende subtotal hysterektomi. Dette mønsteret endret seg i 2010 til også å inkludere total hysterektomi og vi har derfor sammenlignet gjennomsnittlig operasjonstid på laparoskopiske hysterektomier i 2010 (122min) med gjennomsnittlig operasjonstid i 2012 (135min) som ikke er signifikant forskjellig. Operasjonstiden for laparotomiene i samme tidsperiode var uendret, henholdsvis 101min i 2010 og 102 min. i 2012.

**Konklusjon.** Vi har hatt en vellykket endring fra åpen til laparoskopisk teknikk ved ekstirpasjon av uterus uten at det har medført økte komplikasjoner eller forlenget operasjonstid. Vi har tilegnet oss bred kompetanse innen laparoskopisk kirurgi.

## F8. DØRSTOKKMILA; INNFØRING AV LAPAROSKOPISK TOTAL HYSTEREKTOMI (LH) VED HAUGESUND SJUKEHUS.

Oddenes K<sup>1</sup>, Hahn T<sup>1</sup>, Urnes K<sup>1</sup>, Botea A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gynekologisk Seksjon, Haugesund Sjukehus

**Bakgrunn.** Haugesund Sjukehus har hatt laparoskopisk supravaginal uterusamputasjon som standardmetode for å fjerne uterus. Imidlertid hadde vi intet laparoskopisk tilbud til kvinner der det var indikasjon for å fjerne hele uterus. Det opplevdes som krevende å få innført en ny prosedyre. Bekymring for høy komplikasjonsrate og dårligere anatomisk resultat gjorde at vi var tilbakeholdene med å forlate den abdominale tilgang på total hysterektomi. Det å få med de siste cm av cervix følte litt som en dørstokkmil.

Høsten 2012 var vi i Zurich og fikk presentert en metode som vi følte ivaretok de overnevnte krav til pasientsikkerhet og godt anatomisk **Resultat.** Vi har i løpet av de 91 første inngrep modifisert metoden noe og vil gjerne presentere fordelene vi opplever med akkurat denne metoden. Foredraget vil i stor grad bruke operasjonsvideoer.

**Metode.** Modifisert Total Hysterektomi ad modum Prof. Hohl. Vi har ført en fortløpende registrering av de 91 første inngrepene med måling av uterus størrelse, operasjonstid, blødningsmengde og komplikasjoner.

**Resultat.** Hyppigste indikasjoner: Menometroragi og myomer (71 %) Gjennomsnittlig operasjonstid ligger rundt 94 min. (58-215). Gjennomsnittlig uterus størrelse 215 gr (57-1044 gram.). Gjennomsnittlig liggetid 1,56 dager. Komplikasjonsrate: Ingen alvorlige komplikasjoner: 2 % reoperasjon. (Blødning+gjenglemt myom) 14 % tok kontakt med mindre plager postoperativt. Alle behandlet konservativt. (Smarter i innstikksporner hyppigste årsak.) Vi har ikke sett noen blære- eller ureterskader.

**Konklusjon.** Det er mulig å innføre en ny relativt komplisert laparoskopisk metode på en trygg og forsvarlig måte også på et mellomstort sykehus. Vi har nå innført metoden som standard ved alle hysterektomier. Dette er et strategisk valg i forhold til at vi mener vi er for små til å bli god på alle metoder. Vi har derfor bevisst valgt bort vaginal hysterektomi og supravaginal amputasjon. Det er mulig å bruke metoden også ved store uteri ved at en morcellerer uterus in situ inntil en får tilgang til vaginaltoppen. Læringskurven ligger rundt 30 inngrep. Vi opplever at en bevarer vaginas lengde og får bedre støtte til vaginaltoppen enn med åpen tilgang. Etter vår mening er hovedsuksesskriterier: 1. God opplæring 2. Standardisert «enkel» metode . 3. Godt utstyr (uterusmanipulator; 30 gr HD optikk, V-loc sutur).



## Frie Foredrag Sesjon 2

### F9. CYTOLOGY AND HPV TESTING 6-12 MONTHS AFTER ASCUS/LSIL CYTOLOGY IN ORGANISED SCREENING TO PREDICT HIGH-GRADE CERVICAL NEOPLASIA BETWEEN SCREENING ROUNDS

Tropé A<sup>1</sup>, Sjøborg KD<sup>2</sup>, Nygård M<sup>3</sup>, Røysland K<sup>3</sup>, Campbell S<sup>3</sup>, Alfsen GC<sup>4</sup> and Jonassen CM<sup>5</sup>

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

<sup>2</sup> Gyn/Obst. avd., Sykehuset Østfold, Fredrikstad.

<sup>3</sup> Kreftregisteret, Oslo.

<sup>4</sup> Patologisk avd. Akershus Universitetssykehus, Lørenskog.

<sup>5</sup> Mikrobiologisk avdeling, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog.

**Background.** We carried out a prospective study comparing the performance of human papillomavirus (HPV) E6/E7 mRNA (PreTect HPV-Proofer) and DNA (AMPLICOR HPV Test) triage testing of women 6-12 months after atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS) or low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) cytology in organised screening to predict high-grade cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or worse (CIN2+) between screening rounds.

Method: Between January 2005 and April 2008, 692 study women with screening-detected ASCUS/LSIL cytology 6-12 months earlier returned for HPV mRNA and DNA testing and repeat cytology. Median follow-up time was 3 years, using existing health care facilities. Follow-up test results were available for 625 women.

**Results.** Of the 145 CIN2+ cases detected during the study period, 95(65.5 %) were HPV mRNA-positive 6-12 months after screening-detected ASCUS/LSIL, 44(30.4 %) were HPV mRNA-negative and 6(4.1 %) were invalid. Corresponding HPV DNA results were 139(95.9 %), 5(3.4 %) and 1(0.7 %), respectively. The cumulative incidence of CIN2+ 3 years after a negative HPV mRNA and DNA test was 10.3 %(95 % confidence interval [CI] 7.2-13.3) and 1.8 %(95 % CI 0.0-3.6), respectively. The cumulative incidence of CIN2+ 3 years after a positive HPV mRNA and DNA test was 52.8 %(95 % CI 40.1-60.1) and 41.3 %(95 % CI 35.5-46.6), respectively.

**Conclusion.** Both HPV mRNA and DNA tests have a high enough positive predictive value to consider referral to colposcopy as good practice, when performed in delayed triage of women with ASCUS/LSIL cytology. The risk of CIN2+ 3 years after a negative HPV mRNA test was five times higher than that for a negative HPV DNA test.

### F10. RECURRENT HIGH-GRADE CERVICAL LESION AFTER PRIMARY CONISATION IS ASSOCIATED WITH PERSISTENT HPV INFECTION.

Iversen OE<sup>1</sup>, Vintermyr O<sup>2</sup>, Thoresen S<sup>3</sup>, Quint WW<sup>4</sup>, Molijn A<sup>5</sup>, de Souza S<sup>5</sup>, Rosillon D<sup>5</sup>, Holl K<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken,

<sup>2</sup> Avdeling for Patologi, Haukeland Universitetssykehus Bergen,

<sup>3</sup> GSK Norge,

<sup>4</sup> DDL Diagnostic Laboratory, Belgium,

<sup>5</sup> GSK Biologicals, Belgium

**Background.** Persistent post-treatment high-risk (hr) human papillomavirus (HPV) may play an important role in subsequent risk of CIN2+ recurrence. The aim of this retrospective registry-based study in Norway was to assess the HPV type distribution in primary and recurrent CIN2+ and to discriminate pre-existing persistent from newly-acquired infections.

**Methods.** Cervical specimens from 59 women (mean age  $\pm$  SD: 39.9y  $\pm$  11.6y) who underwent primary (between 1998-2003) and repeat conisation for CIN2+ were histologically reviewed and HPV DNA typed using polymerase chain reaction MP-TS123 Luminex for 16 HPV types. Molecular HPV16 E6 and HPV18 LCR DNA sequencing was performed on specimens with probable persistent HPV16/18. Post-primary conisation cytology was available and confirmed negative for 45 (76.3 %) women.

**Results.** Fifty-eight (98.3 %) women had HPV DNA positive specimens from both conisations. Median time delay (interquartile range (Q1-Q3)) between primary and repeat conisation was 2.2y (1.2-4.8): Women aged >40y had a shorter median time delay (Q1-Q3) to repeat conisation: 1.8y (0.9-3.6) than women aged  $\leq$ 40y: 2.8y (1.5-6.0). The most common HPV types detected in the primary and recurrent CIN2+ were HPV16 (67.2 %/60.3 %), HPV33 (20.7 %/13.8 %), HPV31 (19.0 %/6.9 %), HPV18 (17.2 %/17.2 %) and HPV52 (12.1 %/12.1 %), respectively. Twenty four (41.4 %) and 11 (19.0 %) women had multiple HPV infection in the primary and recurrent CIN2+, respectively. Fifty-four (93.1 %) women with recurrent CIN2+ had a probable persistent HPV infection, of which 72.2 % were HPV16/18. Three women had probable newly-acquired infection.

**Conclusion.** The majority (93.1 %) of recurrent CIN2+ were associated with a probable persistent HPV infection, of which 72.2 % were HPV16/18. More than 60 % of recurrent CIN2+ developed within 3y of primary conisation. Women older than 40y or with persistent post-treatment hrHPV infection may need to be followed more closely. Normal cytology between conisations is probably not indicative of infection clearance. Routine post-conisation HPV DNA testing together with cervical cytology may provide a better prediction.

### F11. HORMONBRUK ETTER FOREBYGGENDE FJERNING AV EGGSTOKKER HOS KVINNER MED GENFEIL

Johansen N<sup>1</sup>, Liavaag AH<sup>1</sup>, Iversen OE<sup>2,3</sup>, Dørum A<sup>4</sup>, Michelsen TM<sup>5,6,7</sup>

<sup>1</sup> Gyn/Obst. avd. Sørlandet Sykehus, Arendal;

<sup>2</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen, Bergen;

<sup>3</sup> Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen;

<sup>4</sup> Gyn. onk. avd. Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus, Oslo;

<sup>5</sup> Fødeavdelingen Rikshospitalet, Kvinne- og Barneklivnikken, Oslo Universitetssykehus, Oslo;

<sup>6</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo Universitetssykehus, Oslo;

<sup>7</sup> Forskningsenheten, Sørlandet Sykehus, Arendal.

**Bakgrunn.** Omtrent 10 % av nye eggstokkreft-tilfeller skyldes mutasjoner i breast cancer gene (BRCA). Ved 70 års alder har 39 % av BRCA1-bærere og 17 % av BRCA2-bærere utviklet epitelial eggstokkreft. Den mest effektive metoden for å hindre eggstokkreft er risiko-reducerende bilateral salpingo-ooforektomi

(RRSO). RRSO reduserer risikoen for eggstokkreft med opptil 88 %. Veileder i gynekologisk onkologi (2009) anbefaler RRSO omkring 40-års alder for BRCA-bærere avhengig av mutasjonstype og barnefødsler. Inngrepet medfører umiddelbar menopause og flere uønskede senvirkninger. Kvinner som har fått fjernet begge eggstokker i ung alder, og hvor tapet av kjønns hormoner ikke blir erstattet, har økt mortalitet, økt kardiovaskulær risiko, redusert kognitiv funksjon, økt beintap og økte postmenopausale plager. Vi ønsket derfor å undersøke hormonbruk etter RRSO.

**Metode.** Retrospektiv kohortstudie. Tilsammen 324 kvinner som hadde gjennomgått RRSO fylte ut spørreskjema om egen helse generelt og om hormonbruk spesielt. Vårt hovedmål var å undersøke hvor stor andel av kvinnene som brukte systemiske hormoner.

**Resultat.** Median alder ved undersøkelsen var 54 år og median alder ved RRSO var 48 år. Tilsammen 98 kvinner (30 %) var nåværende brukere av systemiske hormoner. I aldersgruppen under 45 år brukte 66 % systemiske hormoner. Blant kvinnene under 53 (gjennomsnittlig alder for menopause i Norge) og uten brystkreft i anamnesen, brukte 56 % systemiske hormoner. Høy utdanning (OR 2,45, 95 % CI 1,36-4,41) og det å ikke ha gjennomgått brystkreft (OR 8,49, 95 % CI 3,29-21,9) var assosiert med bruk av systemiske hormoner.

**Konklusjon.** Færre kvinner enn forventet brukte systemiske hormoner etter RRSO. Bemerkelseverdige få av kvinnene med klar indikasjon for hormonbruk (premenopausale og uten tidligere brystkreft) var nåværende brukere. Det trengs nye og bedre retningslinjer for bruk av hormonsubstitusjon etter RRSO for å optimalisere kvinnes livskvalitet og redusere risiko for langtidsmorbiditet.

## FI2. FORLØSNING AV SETELEIE I NORGE I PERIODEN 1990 – 2011. MORTALITET OG MORBIDITET I RELASJON TIL FORLØSNINGSMETODE

Vistad J<sup>1</sup>, Klungsøyr K<sup>2</sup>, Skjeldestad FE<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklinikken, Sørlandet sykehus, Kristiansand;

<sup>2</sup> Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og Medisinsk fødselsregister; Nasjonalt folkehelseinstitutt;

<sup>3</sup> Forskningsgruppe Kvinnehelse og perinatologi, Institutt for klinisk medisin, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø, Tromsø

**Bakgrunn.** I 2000 konkluderte Term Breech Trial (TBT) at barn i seteleie bør forløses med planlagt keisersnitt (PK), en anbefaling de fleste land har fulgt. Som ett av få land i den vestlige verden har Norge fortsatt med planlagt vaginal (PV) forløsning etter streng seleksjon. I denne studien analyseres planlagt forløsningsmetode og neonatal morbiditet/ mortalitet i data fra Medisinsk Fødselsregister, 1990-2011, med fokus på før og etter 2000.

**Metode.** Etter eksklusjon av flerlinger, død før fødsel og barn med misdannelser inngikk 31 355 barn i analysene (14960 ≤ 2000, 16395 > 2000). Neonatal mortalitet (≤ 28 dager), og morbiditet inkludert 5-minutters Apgar score < 4 og < 7, og ≥ 4 dager på nyfødt-intensiv avdeling er analysert etter PV og PK forløsning.

**Resultat.** Andel PV forløsninger sank fra 65 % før 2000 til 49 % etter 2000, mens andel fødsler som endte vaginalt sank fra 42 % til 30 % (begge p<0.001). Total neonatal mortalitet (1990-2011) var 0.16 % (49/31355), og sank fra 0.19 % (28/14932) før 2000 til 0.13 % (21/16396) etter 2000 (p=0.19). Før 2000 var dødeligheten signifikant høyere i gruppen med PV forløsning sammenlignet med PK (0.34 % vs 0.08 %, p=0.02), mens det ikke var signifikant forskjell etter 2000 (0.17 % vs 0.08 %, p = 0.11). Det var signifikant høyere morbiditet i PV- vs PK-gruppen i begge perioder når det gjaldt 5-minutters Apgar score < 4 (0.8 % vs 0.4 %, p<0.001) og < 7 (2.7 % vs 0.7 %, p<0.001) og 4 eller flere dagers innleggelse på nyfødt-intensivavdeling (2.1 % vs. 1.7 %, p<0.001). Fødeinstitusjonens størrelse hadde ingen signifikant relasjon med neonatal dødelighet etter 2000, i motsetning til før 2000. Dette kan skyldes økende sentralisering av risikofødsler, deriblant setefødsler.

**Konklusjon.** TBT kan ha influert på forløsningsmetode også i Norge, selv om vi fortsatt forløser mange setebarn vaginalt. Det er signifikant høyere neonatal morbiditet i PV gruppen både før og etter 2000, mens det etter 2000 ikke er signifikant forskjell i mortalitet mellom de to gruppene.

## FI3. INTRAPARTUM MONITORING WITH CTG AND ST ANALYSIS IN BREECH PRESENTATION

Kessler J<sup>1</sup>, Moster D<sup>2</sup>, Albrechtsen S<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dep. of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen;

<sup>2</sup> Dep. of Pediatrics, Haukeland University Hospital, Bergen.

**Background.** Although commonly considered as an indication for electronic fetal monitoring breech presentation was an exclusion criteria in four of five randomised trials on cardiotocography (CTG) and ST analysis (STAN). The aim of the present study was to evaluate the maternal and neonatal outcome of pregnancies with breech presentation and attempted vaginal delivery, monitored with STAN.

**Methods.** Prospective observational study on singleton pregnancies with gestational age above 35+6 weeks, breech presentation, selected for vaginal delivery. Study period: 2004-2008. Setting: University hospital. CTG with ST analysis was the recommended method for intrapartum monitoring in case of ruptured membranes. All deliveries were performed by or under supervision of a senior consultant. Common clinical guidelines for STAN monitoring were used. An experienced neonatologist graded symptoms of neonatal encephalopathy. Cord metabolic acidosis was defined as pH<7.05 and base deficit (ecf) > 12 mmol/l. The outcome was compared with STAN monitored high-risk deliveries in vertex presentation.

**Results.** Breech presentation occurred in 750/23219 (3.2 %) deliveries and 625 (83 %) of those were selected for vaginal delivery. Intrapartum monitoring by STAN was performed in 433 (69 %), the remaining 188 (31 %) had conventional CTG. A total of 336/433 (78 %) STAN monitored fetuses had a vaginal delivery. Fetuses in breech presentation had a higher frequency of biphasic ST (9.9 % vs. 7 %, p=0.03) and a lower frequency of baseline T/QRS rise (38.8 % vs. 47 %, p=0.001) compared to those in vertex presentation. Intervention due to preterminal CTG occurred more often in breech than in vertex presentation (12.5 % vs. 3.9 %, p=0.0003). The perinatal mortality was 1/438 (0.23 %, 95 %CI 0.04-1.3) in breech deliveries, compared to 7/5569 (0.13 %, 95 %CI 0.1-0.3). Cord metabolic acidosis was found in 2/347 (0.6 %, 95 %CI 0.1-2.0) breech deliveries compared to 35/4778 vertex deliveries (0.7 %, 95 %CI 0.5-1.0). Moderate or severe neonatal encephalopathy was diagnosed in 3/433 (0.7 %, 95 %CI 0.2-2.0) neonates after breech delivery, compared to 21/5577 (0.4 %, 95 %CI 0.2-0.6) after vertex delivery.

**Conclusion.** STAN can be used for the surveillance of breech presentation selected for vaginal delivery. The neonatal outcome was not different from the high-risk population in vertex presentation. Differences in the ECG pattern during labor dependent on fetal presentation deserve further investigation.

## FI4. PRETERM FØDSEL OG FØDELAND: EN POPULASJONSBASERT STUDIE

Sørbye IK<sup>1</sup>, Daltveit AK<sup>2</sup>, Sundby J<sup>3</sup>, Stoltenberg C<sup>4</sup>, Vangen S<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo Universitetssykehus;

<sup>2</sup> Medisinsk Fødselsregister/Universitetet i Bergen;

<sup>3</sup> Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo;

<sup>4</sup> Nasjonalt folkehelseinstitutt.

**Bakgrunn.** En økende andel av fødepopulasjonen i Norge er født i utlandet. Gestasjonsalder er kjent å variere med etnisk opprinnelse. Vi undersøkte forekomsten av spontan og iatrogen preterm fødsel blant de største innvandringsgruppene sammenlignet med ikke-innvandrere. Vi undersøkte videre hvorvidt risiko for preterm fødsel varierte med innvandreres botid i Norge og metode for terminbestemmelse.

**Metode.** Vi utførte en populasjonsbasert registerstudie med informasjon fra Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå i perioden 1990-2009. Vi inkluderte alle levendefødte og dødfødte med gestasjonsalder > 28 uker blant de seks største innvandringsgruppene (n= 40 017) og blant ikke-innvandrere (n= 876 428). Vi beregnet andelen preterme per 100 fødte etter mors fødeland og etter mors botid i Norge. Assosiasjoner mellom botid og preterm fødsel ble estimert ved relativ risiko (RR) med 95 % konfidensintervall (KI) i regresjonsmodeller etter justering for fødeår, mors alder, paritet og fødeavdelingens størrelse.

**Resultat.** Preterm raten varierte med mors fødeland og var høyest blant kvinner fra Filippinene (8.5 %) og lavest blant kvinner fra Somalia (5.8 %). Til sammenligning var raten blant norske kvinner 6.5 % i perioden. Risiko for iatrogen preterm fødsel økte med økende botid i Norge. Sammenlignet med kvinner med lang botid i Norge (≥15 år) hadde kvinner med 0-4 års botid en 33 % lavere risiko for iatrogen preterm fødsel (RR 0.67; KI 0.55-0.82). En svakere sammenheng ble funnet for spontan preterm fødsel. Sammenlignet med terminbestemmelse etter siste menses (1990-1998) var andelen spontant preterme fødsler blant innvandrere redusert med > 30 % etter overgang til terminbestemmelse med ultralyd (1999-2009). Den tilsvarende effekten blant norske kvinner var liten (2 %).

**Konklusjon.** Forekomsten av preterm fødsel varierer med mors fødeland. Økende botid i Norge synes å representere økt tilgang til avansert svangerskapsomsorg. Terminbestemmelse etter ultralyd er viktig for god prediksjon av svangerskapsvarighet særlig blant utenlandsfødte kvinner.

## FI5. FARS ALDER ER KNYTTET TIL PLACENTAS STØRRELSE: EN POPULASJONSBASERT STUDIE AV 590 835 SVANGERSKAP

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

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

<sup>2</sup> Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet, Oslo

**Bakgrunn.** I svangerskap med eldre fedre er det en høyere risiko for komplikasjoner; spontanabort, intrauterin fosterdød og preeklampsi. Hos menn er høy alder knyttet til nedsatt sæd kvalitet, endret nivå av kjønnshormoner, samt økende forekomst av nyoppståtte mutasjoner. En velfungerende placenta er viktig for fosterutviklingen. Både mors og fars gener er viktig for utviklingen av placenta. Potensielt alvorlige mutasjoner kan være hyppigere i spermier hos eldre menn, og dette kan påvirke placenta utviklingen. Vi ønsket derfor å studere sammenhengen mellom fars alder og placenta vekt samt placenta-/fødselsvektratio.

**Metode.** Alle enlingfødsler i Norge i perioden 1999-2009 (n=590 835) ble inkludert i studien og vi brukte data fra Medisinsk fødselsregister. Vi sammenlignet gjennomsnittlig placenta vekt og placenta-/fødselsvektratio mellom kategorier av fars alder. Videre beregnet vi assosiasjoner mellom placenta vekt og fars alder i en lineær regresjonsmodell med og uten justering for mors alder, fødselsvekt, paritet, barnets kjønn, gestasjonslengde, maternell røyking, preeklampsi, maternell diabetes mellitus og svangerskap etter kunstig befruktning.

**Resultat.** Gjennomsnittlig placenta vekt i svangerskap med 20-24 år gamle fedre var 656.2 gram sammenlignet med 677.8 gram i svangerskap der far var over 50 år gammel (p<0,001). Placenta-/fødselsvektratio var 0.191 og 0.196 i svangerskap der far var henholdsvis 20-24 år og over 50 år (p<0,001). I den multivariable lineære regresjonsmodellen fant vi at placenta veide 21.59 gram mer i svangerskap der far var over 50 år sammenlignet med svangerskap der far var 20-24 år. Etter justeringer for fødselsvekt og de andre faktorene var forskjellen 13.99 gram (p<0,001).

**Konklusjon.** Placenta vekt samt placenta-/fødselsvektratio er høyere i svangerskap hvor far er eldre enn 50 år sammenlignet med svangerskap der far er 20-24 år.

## FI6. ARVELIGHET AV KARDIOVASKULÆR SYKDOM I EN FAMILIEKOHORT MED ØKT FOREKOMST AV PREEKLAMPSI

Thomsen LCV<sup>1,2,3</sup>, Melton PE<sup>3</sup>, Sun C<sup>1</sup>, Tollaksen K<sup>4</sup>, Lyslo I<sup>4</sup>, Solberg P<sup>5</sup>, Roten LT<sup>6</sup>, Gundersen AS<sup>6</sup>, Nygård OK<sup>2,7</sup>, Iversen A-C<sup>6,8</sup>, Austgulen R<sup>6,8</sup>, Moses EK<sup>3</sup>, Bjørge L<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen;

<sup>2</sup> Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen;

<sup>3</sup> Centre for Genetic Origins of Health and Disease, University of Western Australia, Perth, Australia;

<sup>4</sup> Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssykehus, Stavanger;

<sup>5</sup> Gynekologi- og fødeavdeling Sykehuset Levanger, Levanger;

<sup>6</sup> Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet, Trondheim;

<sup>7</sup> Hjerteavdelinga, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

<sup>8</sup> Centre for Molecular Inflammation Research (CEMIR), Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet, Trondheim.

**Bakgrunn.** Preeklampsi er en kompleks genetisk sykdom med til dels uavklart sykdomsmekanisme. Kvinner som har gjennomgått preeklampsi har 2-8 ganger øket risiko for å utvikle kardiovaskulær sykdom (CVD) senere i livet. Vi ønsket å estimere arvelighet av definerte kardiovaskulære fenotyper i en kohort av grundig karakteriserte familier med kjent og validert sykdomsopphopning av preeklampsi.

**Metode.** Arvelighet ble definert som en egenskap eller fenotype som gjenfinnes i to eller flere generasjoner. Ved å bruke informasjon hentet fra "Biobank av norske familier med økt forekomst av svangerskapsforgiftning" ble 496 deltakere fra totalt 138 familier klassifisert til spesifiserte kardiovaskulære fenotyper etter forhåndsdefinerte kriterier; a) risikofaktorer for CVD (medisinsk behandlet hypertensjon og/eller hyperkolesterolemi), b) etablert CVD (angina, hjerteinfarkt, slag, aneurisme, blodpropp), eller c) ingen diagnostisert CVD. Arvelighet ble beregnet ved hjelp av programvaren SOLAR. Inkluderte kovariater var alder, kjønn og interaksjoner mellom disse.

**Resultat.** Deltakernes gjennomsnittsalder var 46,9 år (aldersspenn 18-87 år). Statistisk signifikante estimat for arvelighet ( $h2r$ ) ble funnet for preeklampsi ( $h2r=0,54\pm0,3$ ;  $p=0,02$ ), hypertensjon utenom svangerskap ( $h2r=0,62\pm0,1$ ;  $p=2,1\times10^{-3}$ ) og hyperkolesterolemi ( $h2r=0,55\pm0,3$ ;  $p=0,03$ ). Ved evaluering av tilstedeværelse kontra fravær av sykdom der alle CVD fenotyper ble undersøkt samlet fant vi at arvelighet av CVD i de undersøkte familier var klart signifikant ( $h2r=0,31\pm0,12$ ;  $p=1,9\times10^{-3}$ ). Arvelighet ble funnet å være uavhengig av kjønn. Vi fant ikke statistisk signifikant arvelighet for de andre undersøkte fenotypene.

**Konklusjon.** Dette er den første studien som viser sammenheng mellom arvelig utvikling av preeklampsi og spesifikke CVD fenotyper i en familiekohort. Deltakerne i studien var relativt unge og hoveddelen av kohorten vil derfor ikke ha rukket å få etablert aterosklerotisk sykdom som hjerteinfarkt eller slag, men kan ha utviklet kjente risikofaktorer for CVD. Videre undersøkelser vil potensielt kunne identifisere genetiske varianter relatert til de spesifikke sykdomsfenotyper i disse familiene. Ved å fokusere på mekanismene disse genetiske områdene regulerer håper vi å identifisere biologiske funksjoner som er vesentlige for utvikling av både preeklampsi og CVD.



## COMFORT FOR LIFE

GRACIE - din gynekologiske arbeidsplass. Unik løsning med integrert kolposkop. Inngang for eksternt ultralydapparat. Bilder og video kan lagres direkte på PC. Stol-innstillingene kan forhåndsprogrammeres for effektiv arbeidstid.

**puls**  
et selskap i handicare

PULS AS, Strømsveien 344, N-1081 Oslo  
T +47 23 32 30 00, W [www.puls-norge.no](http://www.puls-norge.no)

**BORCAD**<sup>®</sup>

Den gynekologiske arbeidsstasjonen GRACIE er et førsteklasses produkt produsert av BORCAD cz.

## Frie Foredrag Sesjon 3

### F17. KLINISKE PARAMETRE ASSOSIERT MED LAVT MAKSIMALT LUKKETRYKK HOS KVINNER MED URININKONTINENS

Moe K<sup>1</sup>, Schiøtz H A<sup>2</sup>, Sandvik L<sup>3</sup>, Kulseng-Hansen S<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken, Bærum Sykehus, Rud;

<sup>2</sup> Gyn/Obst. avd. Sykehuset i Vestfold, Tønsberg;

<sup>3</sup> Avdeling for biostatistikk og epidemiologi, Oslo Universitetssykehus, Oslo.

**Bakgrunn.** Lavt maksimalt uretralt lukketrykk (MUCP) er assosiert med dårligere kirurgisk resultat hos kvinner som opereres for stress- eller blandingsinkontinens. Uretrattykkmålinger øker behandlingsutgiftene og kan være ubehagelig for pasientene. Det er derfor ønskelig å kunne identifisere kvinner med lavt MUCP kun ut fra kliniske parametre. Målet med denne studien var å identifisere kliniske parametre som korrelerte med lavt MUCP

**Metode.** Retrospektiv studie med 2219 kvinner med stress- eller blandingsinkontinens. Subjektive og objektive parametre ble testet for korrelasjon med lavt MUCP.

**Resultat.** Ved multivariat analyse var følgende parametre signifikante: alder  $\geq 60$  år; lekkasje  $\geq 18$  gram på stresstest, at pasienten rapporterte lekkasje når hun reiste seg fra sengen. Alder korrelerte mest (sensitivitet: 71,1 %, spesifisitet: 74,7 %). Vi laget en lineær kombinasjon som inneholdt alle disse variablene som ga en sensitivitet på 71,1 % og spesifisitet på 77,9 %.

**Konklusjon.** En kombinasjon av alder, lekkasje på stresstest og lekkagesituasjon predikerer best et lavt MUCP. Det er liten forskjell på om man bruker modellen eller alder alene som prediksjonskriterium. Vi mener derfor at preoperative uretrattykkmålinger er unødvendige hos kvinner som utredes for urininkontinens yngre enn 60 år.

### F18. MANCHESTEROPERASJONEN –ET GODT FØRSTEVALG VED GENITALT DESCENS

Oversand SH<sup>1</sup>, Staff AC<sup>1,2</sup>, Spydslaug AE<sup>1</sup>, Svenningsen R<sup>1,2</sup>, Borstad E<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gyn.avd. Oslo Universitetssykehus, Ullevål, Oslo;

<sup>2</sup> Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.

**Bakgrunn.** Det har i lang tid vært store nasjonale og internasjonale forskjeller i behandling av genitale descens. Vaginale nett ble innført i descenskirurgien omkring 2002 pga. rapporter om høye recidivtall ved klassisk kirurgi. Høye komplikasjonstall ved bruk av slike nett førte imidlertid til at FDA (US Food and Drug Administration) i 2008 og 2011 kom med advarsler mot bruk av disse. Vår hypotese var at klassisk descenskirurgi, spesielt hvis man opererer i alle tre kompartment, kan gi gode subjektive og objektive resultat og lav reoperasjonsrate.

**Metode.** I årene 2002–2005 opererte vi ved vår urogynekologiske seksjon 431 pasienter med Manchesteroperasjon (tre-trinns vaginalplastikk) og 236 pasienter med partielle prosedyrer (operasjoner i kun ett eller to kompartment). Ved 1-års rutinekontroll bruktes et standard skjema for registrering av subjektive og objektive data, som deretter ble plottet inn i en kvalitetssikringsdatabase. Vi gikk gjennom de elektroniske journalene fram til 2012 for å finne om pasienter hadde blitt reoperert eller var planlagt til kirurgi i vår avdeling uten at dette var registrert i databasen. I tillegg utførte vi et telefonintervju (avsluttet i mars 2012) for å få informasjon om evt. reoperasjoner på andre sykehus, og/ eller symptomer på residiv.

**Resultat.** Etter 1 år hadde 0,9 % (4/431) av de Manchesteropererte vs 1,7 % (4/236) av de som ble operert med partielle prosedyrer blitt reoperert. I Manchestergruppen var 95 % (383/403) subjektivt fornøyd vs. 90,9 % (209/240) i gruppen med partielle operasjoner. Etter 5 år var det signifikant forskjell i reoperasjonsrate mellom de to gruppene: 2,8 % (12/431) blant Manchesteroperasjonene og 8,9 % (21/236) av de opererte med partielle prosedyrer ( $p < 0,001$ ). Av de som ble telefonintervjuet 6–10 år etter prolapskirurgien, anga 96,1 % (494/514) å fortsatt være symptomfri. Kun 1/3 av dem som beskrev symptomer hadde objektiv descens ved fornyet undersøkelse.

**Konklusjon.** Klassisk descenskirurgi, og spesielt Manchesteroperasjonen, gir lave reoperasjonsrater og gode subjektive og objektive **Resultat**, og burde derfor være førstevalg hos de fleste pasienter med primære descens.

### F 19. FORSKJELLER I INTRA OG PERIOPERATIV MORBIDITET MELLOM BRUK AV TRANSVAGINALT NETT MED SUTURAPPLIKATOR, TRADISJONELL FREMRE PLASTIKK OG TRANSVAGINAL NETT MED TROKAR.

Altman D<sup>1</sup>, Axelsen S<sup>2</sup>, Ellström Engh M<sup>3</sup>, Gunnarsson J<sup>4</sup>, Väryryn T<sup>5</sup>, Falconer C<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gyn/Obst. avd. Danderyds sjukhus, Danderyd;

<sup>2</sup> Gyn/Obst. avd. Århus universitetssykehus, Århus;

<sup>3</sup> Gyn/Obst. avd. Akershus universitetssykehus, Lørenskog;

<sup>4</sup> Gyn/Obst. avd. Sahlgrenska Universitets sjukhuset, Göteborg;

<sup>5</sup> Gyn/Obst. Avd. Hyvinkää Hospital, Hyvinkää.

**Bakgrunn.** Nåværende trender for bruk av nett ved vaginalplastikker har to hovedfokus; utvikle mindre invasive kirurgiske teknikker for å redusere intraoperative komplikasjoner og minske størrelse av nettene for å redusere nettrelaterte komplikasjoner. I teorien, skulle transvaginalt nett med bruk av suturapplikator (Uphold™ LITE), som er konstruert for å brukes ved operasjon av fremfall av uterus og fremre skjedevegg, oppfylle begge kriterier. Det savnes imidlertid grunnleggende dokumentasjon av sikkerhet og klinisk effekt av produktet. Målet med denne analyse var å beskrive intra- og perioperativ sikkerhet og morbiditet assosiert med Uphold™ LITE-systemet og sammenligne det med tradisjonell fremre plastikk og transvaginalt nett med trokar (Prolift™ Anterior).

**Metode.** Uphold™ LITE-systemet ble studert i en prospektiv kohort studie ved operasjon av symptomgivende mittkompartiment fremfall  $\geq$  stadium 2 (Pelvic Organ Prolapse Quantification) med eller uten cystocele. Uphold™ LITE-systemet inkluderer bruk av en suturapplikator for å fiksere et nett gjennom sakrospinøs ligamentet. Fremre plastikk kan gjøres ved behov. Data fra en randomisert studie mellom tradisjonell fremre plastikk og transvaginalt nett med trokar (Prolift™ Anterior) ved operasjon av symptomgivende cystocele  $\geq$  stadium 2 blev brukt for sammenligning. Begge studier er nordiske multisenter studier der kirurgene ble

nøye instruert «hands-on» i de nye teknikkene før studiestart.

**Resultat.** I kohort studien ble 202 kvinner operert. I den randomiserte studien ble 189 kvinner operert med tradisjonell fremre plastikk og 200 kvinner med transvaginalt nett med trokar. Det var ingen forskjeller i demografiske variabler mellom behandlingsgruppene.

I kohort studien med Uphold™ LITE systemet, var det tre (1,5 %) tilfeller av blæreskade. Postoperativt ble to (1 %) pasienter reoperert på grunn av bekkenmerter. Det var flere intra-og perioperative komplikasjoner med Uphold™ LITE-systemet sammenlignet med tradisjonell fremre plastikk. Det var mindre komplikasjoner med Uphold™-LITE systemet sammenlignet med transvaginalt nett med trokar (Prolift™ Anterior). Ingen forskjeller var signifikante. Den vanligste postoperative komplikasjonen var blæretømningsproblemer.

**Konklusjon.** Den nye nett metoden Uphold™ LITE er mulig å bruke videre i multisenter studier.

## F20. MORS ALDER OG KOMPLIKASJONER ETTER FØDSEL -SAMMENLIKNING AV ELEKTIVT KEISERSNIITT OG PLANLAGT VAGINAL FØDSEL; EN REGISTERSTUDIE AV FØRSTEGANGS FØDENDE LAVRISIKO KVINNER.

Herstad L<sup>1</sup>, Klungsoyr K<sup>2,3</sup>, Skjærven R<sup>2,3</sup>, Tanbo T<sup>4,5</sup>, Forsén L<sup>1,6</sup>, Åbyholm T<sup>4,7</sup>, Vangen S<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo Universitet sykehus;

<sup>2</sup> Medisinsk fødselsregister;

<sup>3</sup> Universitetet i Bergen;

<sup>4</sup> Universitetet i Oslo;

<sup>5</sup> Gyn. avd., Oslo Universitets-sykehus Rikshospitalet;

<sup>6</sup> Nasjonalt folkehelseinstitutt; <sup>7</sup>Obst. avd., Oslo Universitets-sykehus, Rikshospitalet

**Bakgrunn.** Mors alder stiger i Norge. Operativ forløsning, inklusive elektivt keisersnitt uten registrert medisinsk indikasjon, øker ved økende alder. Det viktig med kunnskap om komplikasjoner etter fødsel ved økende alder når man sammenlikner elektiv keisersnitt og planlagt vaginal fødsel hos lavrisiko kvinner; noe vi studerte.

**Metode.** Data fra Medisinsk fødselsregister koblet til Statistisk Sentralbyrå for perioden 1988-2009. Studiepopulasjon: førstegangsfødende lavrisiko kvinner med enkeltfødte i hodeleie og svangerskapsvarighet  $\geq 37$  uker (64 % av fødsler  $\geq 37$  uker; n=297 284) Lavrisiko kvinner: 1988-1998: mødre uten registrerte sykdommer og komplikasjoner. 1999-2009: mødre uten risikofaktorer hos mor og barn assosiert med elektivt keisersnitt. Relativ risiko (RR) for postpartum blødning  $\geq 500$ ml og Apgar < 7, etter 5 minutter ved sammenlikning av elektivt keisersnitt og planlagt vaginal fødsel, ble beregnet i ulike alders grupper. Man justerte for mors utdannelse, fødeland, fødeår, sivil status, fødselsvekt, gestasjons alder, induksjon av fødsel og epidural.

**Resultat.** Postpartum blødning  $\geq 500$  ml økte med mors alder etter elektivt keisersnitt (fra 15 % ved mors alder < 20 år til 26 %  $\geq 40$  år), akutt keisersnitt (fra 18 til 26 %), vakuump forløsning (fra 13 til 19 %) og vaginal fødsel uten inngrep (fra 8 til 14 %) (p-lin <0,05). Det var over 50 % økt risiko for postpartum blødning etter elektivt keisersnitt versus planlagt vaginal fødsel, uavhengig av mors alder (justert RR 1,74, 95 % konfidens intervall 1,45-2,10 ved mors alder  $\geq 35$  år). Forekomsten av Apgar score <7 etter 5 minutter, økte med mors alder etter vaginal fødsel uten inngrep (fra 0,5 % ved < 20 år til 1 % ved 30-39 år; til 0,3 % ved  $\geq 40$  år) (p-lin <0,05). Det var lavere risiko for lav Apgar score etter elektivt keisersnitt enn etter planlagt vaginal fødsel (mors alder  $\geq 35$  år: ujustert RR 0,12, 95 % KI 0,02-0,82; mors alder < 35 år: ujustert RR 0,56, 95 % KI 0,33-0,97). Ved justering for konfundere var risiko økningen ikke signifikant.

**Konklusjon.** Forekomsten av postpartum blødning steg med mors alder og var høyest ved elektivt keisersnitt i alle aldersgrupper. Forekomsten av lav Apgar score steg med mors alder kun ved vaginal fødsel uten inngrep. Det var svakt øket risiko for lav Apgar score etter planlagt vaginal fødsel.

## F21. INDUKSJONSPRAKSIS I NORGE; 2003 VERSUS 2013

Dögl M<sup>1</sup>, Heimstad R<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gyn/Obst. avd. Sykehuset Levanger;

<sup>2</sup> Kvinneklinikken, St.Olavs Hospital, Trondheim

**Bakgrunn.** Induksjon av fødsel er en vanlig obstetrisk prosedyre. Det finns flere alternative metoder som kan brukes i ulike kombinasjoner. I 2003 viste en spørreundersøkelse til landets fødeavdelinger at det var 24 ulike måter å sette fødsel i gang på. Halvparten brukte Minprostringel som induksjonsmetode. Vi ønsket å undersøke om induksjonspraksis var endret samt omfanget av ikke-medisinske indikasjoner til induksjon.

**Metode.** I 2003 ble det gjort telefonisk intervju med kolleger på 45 avdelinger; hvorav 43 gjorde fødselsinduksjoner. Ti år senere er 4 avdelinger nedlagt. I 2013 ble det som en del av en større studie om fødselsinduksjoner bedt om opplysninger om induksjonspraksis på et eget spørreskjema fra 26 fødeavdelinger. Det ble gjort telefonisk intervju med de resterende 13, hvor samme spørreskjema ble anvendt.

**Resultat.** De vanligste indikasjonene til induksjon er vannavgang og overtid. Når det ikke foreligger arr i uterus er Cytotec den mest brukte metoden (34/39), vs (11/43) i 2003. 27 av sykehusene bruker Cytotec 25µg hver 4-6 time. Ved arr i uterus er det 18 ulike induksjonsvarianter som praktiseres. Ballong i kombinasjon med Minprostringel er den mest brukte metoden (15/39). Ballong brukes ved 31 sykehus i 2013, sammenlignet med 3 i 2003.

Alle sykehus (med ett unntak) gjør induksjoner uten medisinsk indikasjon, de fleste pga angst og sliten mor; 31 av 39 sykehus tilbyr induksjon for å unngå elektivt keisersnitt.

**Konklusjon.** Det er de samme hovedmetodene som anvendes til fødselsinduksjon i 2003 og 2013. Imidlertid er Minprostringel ikke lenger dominerende som førstevalg. Ballong og Cytotec brukes mest og omtrent like hyppig. Cytotec 25 µg hver 4-6 time er den vanligste metoden. Denne dosering er i tråd med anbefalingene i veilederen og Cochrane. Mest ulikhet i de ulike prosedyrene ses ved induksjon av fødsel ved arr i uterus. Induksjoner uten medisinsk indikasjon gjøres på alle sykehus unntatt ett, angst og sliten mor er de vanligste indikasjonene.

## Frie foredrag Sesjon 4

### F22. ALDER ER MER AVGJØRENDE ENN OVARIALRESERVE VED REPRODUKTIV NEDGANG HOS KVINNER

Wilkosz P<sup>1</sup>, Fedorcsak P<sup>1</sup>, Greggains G<sup>1</sup>, Tanbo, T<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Seksjon for reproduksjonsmedisin, gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet; <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Norge.

**Bakgrunn.** Tidlig nedgang i fertilitetsevnen hos kvinner samt utsettelse av det første svangerskapet utgjør en stor utfordring i klinisk praksis. Til tross for at kvinner er født med et stort antall oocytter, er de nesten oppbrukt ca. halvveis av kvinnens forventede levetid. Forskjellige modeller er foreslått for å forklare nedgangen av kvinnens fertilitet basert på kvinnens alder og antall av gjenværende follikler. Hensikten med denne studien var å undersøke om reduksjonen av follikler er preprogrammet og autonom eller er alders-avhengig. For å koble mulig intra-ovarial parakrin signalisering fra alders-avhengig signalisering har vi analysert ovarial respons hos kvinner som har gjennomgått unilateral oophorektomi.

**Metode.** Kvinner i fertil alder (20-45 år) med to ovarier (n=6844) og ett ovarium (n=97) som har gjennomgått infertilitetsbehandling (IVF eller ICSI) på Rikshospitalet i perioden 1996-2012 var inkludert i studien. Ovarial-respons i form av antall utthentet oocytter ble brukt for å studere follikkeldynamikk samt for å undersøke regulering av reproduktiv aldring i begge grupper.

**Resultat.** Mens kvinner med to ovarier viste en nedgang av ovarial-respons med alderen, var nedgangen hos kvinner med ett ovarium ikke signifikant (b= -0.012, SE 0.03; P=0.64). Longitudinelle forandringer i ovarial-respons mellom etterfølgende IVF/ICSI behandlinger med minst 12 måneders intervall hos kvinner med to ovarier viste akselerende nedgang etter 33 år (b=-0.07, SE 0.01; P=0.03), mens kvinner med ett ovarium presenterte en årlig økning av ovarial respons (b=0.25, SE 0.10; P=0.02). I tillegg var de individuelle forandringer i ovarial-repsen ikke relatert til tiden siden unilateral oophorektomi.

**Konklusjon.** Våre funn viser at nedgang av ovarial-respons hos kvinner med ett ovarium er mindre uttalt enn den som er forventet ut i fra en autonom model for ovariealldring. Våre funn støtter en alders-avhengig, ikke autonom regulering av reproduktiv aldring og ikke regulering basert på antall av follikler.

### F23. BIRTHWEIGHT AND PLACENTAL WEIGHT; DO CHANGES IN CULTURE MEDIA USED FOR IN VITRO FERTILIZATION (IVF) MATTER? COMPARISON WITH SPONTANEOUS PREGNANCIES IN THE CORRESPONDING TIME PERIODS

Eskild A<sup>1</sup>, Monkerud L<sup>2</sup>, Tanbo TG<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology and Institute of Clinical Medicine, Akershus University Hospital, <sup>1478</sup> Lørenskog, <sup>2</sup>Department of Economics, BI Norwegian Business School, <sup>0484</sup> Oslo, <sup>3</sup>Department of Gynecology and Institute of Clinical Medicine, Oslo University Hospital, Rikshospitalet <sup>0424</sup> Oslo.

**Background.** An influence of embryo culture media on offspring birthweight after IVF has been suggested, but the effect has varied between studies. There is a large variation in birthweight between newborns, and birthweight may vary across populations and over time. Such variations may therefore have influenced previous results on the influence of embryo culture media on birthweight. We studied whether changes in culture media used for IVF have resulted in changes in offspring birthweight or placental weight that differed from the trends in offspring after spontaneous conceptions during the corresponding time periods.

**Methods.** Three different culture media were used for IVF; Medicult Universal IVF (1999 through 2007, n=1584), Medicult ISMI (2008 until September 20th 2009, n=402) Vitrolife IVF (September 21st 2009 through 2011, n=449). We estimated mean birthweight and placental weight in IVF pregnancies by culture media. We also estimated mean weights in IVF and in all spontaneous pregnancies in Norway by year of birth (1999-2011, n=...). Thereafter, we studied whether the changes in mean weights in IVF pregnancies differed from the changes in weight in spontaneous pregnancies in the periods corresponding to culture media changes by applying a grouped difference-in-difference analysis. Adjustments were made for parity, maternal age gestational age at birth.

**Results.** In singleton offspring after IVF the mean birthweight was 3447.6 grams after Medicult Universal, 3351.7 grams after Medicult ISMI and 3441.4 grams after Vitrolife IVF (p<0.05). The corresponding mean placental weights were 684.1 grams, 693.4 and 704.3 grams (p<0.05). In offspring after spontaneous conceptions the mean birthweight decreased (56.9 grams) and the placental weight increased (9.3 grams) during the study period. The adjusted difference in birthweight in offspring after IVF decreased with 35.0 grams by the change from Medicult Universal to Medicult ISMI (p=0.16) and increased with 79.9 grams by the change from Medicult ISMI to Vitrolife IVF (p=0.01) as compared to changes in offspring after spontaneous conceptions. We also found a significant increase in placental weight in relation to birthweight by the change from Medicult ISMI to Vitrolife IVF (p=0.02).

**Conclusion.** By the changes in culture media used for IVF, we found significant differences in offspring birthweight and in placental weight in relation to birthweight as compared to the trend in offspring after spontaneous conceptions during the corresponding time periods.

### F24. SONDEERNÆRING VED HYPEREMESIS GRAVIDARUM; HVORDAN GÅR DET? GJENNOMGANG AV ET 9-ÅRSMATERIALE

Stokke G<sup>1</sup>, Gjelsvik B<sup>2</sup>, Flaatten KT<sup>3</sup>, Flaatten H<sup>4</sup>, Trovik J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen Spesialistpoliklinikk, Hospitalet Betanien, Bergen; <sup>2</sup>Institutt for Klinisk Medisin; <sup>3</sup>Universitetet i Bergen; <sup>4</sup>Medisinsk Fakultet Universitetet i Tromsø; <sup>5</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen.

**Bakgrunn.** Hyperemesis gravidarum rammer ca 1 % av gravide og stort vekttap hos kvinnen kan gi økt risiko for svangerskapskomplikasjoner som preterm fødsel og vekstretardasjon. Ernæringsstikkudd kan gies via perifer veneflon, som total parenteral ernæring (TPN) via sentralvenøst kateter (SVK) eller enteralt via ernæringssonde. Vår avdeling har benyttet gastrokopisk nedlagt jejunalsone fra 1993. Det foreligger få studier om hvordan ulike ernærings tiltak til hospitaliserte hyperemesispasienter påvirker svangerskapsutfall.

**Metode.** Retrospektiv journalgjennomgang av alle pasienter innlagt med hyperemesis gravidarum på KK, Haukeland Universitetssykehus i perioden 2002-2010. Data innsamlet mhp gjennomført væske-/ernæringsbehandling og svangerskapsutfall. Sammenlikninger av kategoriske data er gjort med Ki-kvadrattest, og kontinuerlige variabler med Mann-Whitney U test eller Kruskal-Wallis test.

**Resultat.** Av 576 kvinner innlagt med diagnosen O21 sterke svangerskapsbrøkninger ble 502 bekreftet som Hyperemesis gravidarum. 234 pasienter fikk kun væsketilskudd, 164 fikk ernæringsstikkudd i perifer veneflon, 103 ernært via jejunalsonde mens 9 fikk TPN via sentralt venøst kateter. Ved første innleggelse var pasienter som ble sondeernært signifikant eldre; median 29 mot 27 år hos dem uten sonde (p=0.019), hadde kortere gestasjonslengde (median 8,0 mot 9,0 uker, p=0.004) og større vekttap fra pregravid vekt (5,0 mot 4,0kg, p=0.002). Pregravid BMI var ikke signifikant forskjellig. Kvinnene var hospitalisert median 14 dager (2-

101) og fikk sondeernæring median 5 døgn (0-41). 42 av 103 kvinner (41 %) fikk mer enn en sonde (2-7) og 53 (52 %) av pasientene kontinuerte sondeernæring etter utskrivning. Grad av vekttap ved innkomst var ikke assosiert med SGA (small for gestational age) eller preterm fødsel for noen av ernæringsgruppene men pasienter med <7 kg total vektøkning ilp. svangerskapet hadde økt forekomst av SGA ( $p < 0.001$ ). Sondeernærte pasienter oppnådde like stor grad av vektøkning og hadde ikke høyere forekomst av preterm fødsel eller SGA enn de andre ernæringsgruppene.

**Konklusjon.** Kvinner med hyperemesis gravidarum og liten vektøkning i svangerskap har økt risiko for SGA. Enteral ernæring via jejunal sonde er godt gjennomførbart og kan kontinuertes hjemme etter utskrivning. Tross større vekttap ved innleggelse kan sondeernærte pasienter oppnå adekvat vektøkning i svangerskapet og har ikke økt risiko for SGA eller preterm fødsel sammenliknet med pasienter som kun får væske-/ernæringssubstitusjon intravenøst.

## F25. PREDIKSJON AV VAGINAL FØDSEL MED ULTRALYD

[Eggebø TM](#)<sup>1</sup>, [Hassan WA](#)<sup>2</sup>, [Lees C](#)<sup>2</sup>, [Lindtjørn E](#)<sup>1</sup>, [Salvesen KÅ](#)<sup>3, 4</sup>

<sup>1</sup>Fødeavdelingen, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger; <sup>2</sup>Delivery Unit, Rosie Maternity Hospital, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK; <sup>3</sup>Nasjonalt senter for fostermedisin, St Olavs Hospital, Trondheim; <sup>4</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Clinical Sciences, Lund University, Lund, Sweden.

**Bakgrunn.** Den kliniske undersøkelsen av fosterhodets nivå i fødselskanalen er subjektiv og forbundet med stor variasjon mellom ulike undersøkere. Ultralydundersøkelser under fødselen har gitt lovende **Resultat** i pilotstudier, men den kliniske nytteverdien er ikke dokumentert. Hensikten med denne studien var å undersøke om ultralyd kan predikere vaginal fødsel hos førstegangsfødende med langvarig aktivt første stadium.

**Metode.** Vi utførte en prospektiv observasjonsstudie ved fødeavdelingene i Stavanger og Cambridge. Fosterhodets nivå i fødselskanalen ble målt som den korteste avstanden fra fosterhodet til perineum ved en transperineal ultralydundersøkelse, og fosterets posisjon ble vurdert med transabdominal ultralydundersøkelse. Effektmålet var vaginal fødsel.

**Resultat.** Til sammen ble 150 kvinner inkludert, og 39 av dem ble forløst med keisersnitt. Avstanden fra hodet til perineum var  $\leq 40$  mm hos 84 kvinner; og 77 (92 %; 95 % CI, 84-96 %) fødte vaginalt. Hos 66 kvinner var avstanden  $> 40$  mm og 34 (52 %; 95 % CI 40-63 %) fødte vaginalt. I en multivariabel logistisk regresjonsanalyse var avstand  $< 40$  mm (OR 8,5; 95 % CI 2,9 – 24,9), ikke-occiput posterior posisjon (OR 2,8; 95 % CI 1,1-7,2) og spontan start av fødselen (OR 3,7; 95 % CI 1,3-10,4) prediktive faktorer for vaginal fødsel. Klinisk vurdering av nivå og mormunnsåpning var ikke prediktive faktorer i justerte analyser.

**Konklusjon.** Ultralydundersøkelser gir viktig informasjon om sannsynligheten for vaginal fødsel hos førstegangsfødende med langvarig første stadium.

## F 26. DO MAJOR DEFECTS OF THE LEVATOR ANI MUSCLE HEAL WITHIN THE FIRST 6 MONTHS POST PARTUM ?

[Stær-Jensen J](#)<sup>1</sup>, [Siafarikas F](#)<sup>1,3</sup>, [Hilde G](#)<sup>1,2</sup>, [Bø K](#)<sup>1,2</sup>, [Ellstrøm Engh M](#)<sup>1,3</sup>

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

**Background.** The levator ani muscle (LAM) is an important part of the pelvic floor support. During vaginal delivery especially the most medial part of LAM is stretched, which may result in muscle tearing. LAM defects were diagnosed in 13-39.5 % of women after vaginal delivery. The highest prevalence was found in women as early as 48-72 hours postpartum. This might suggest rehabilitation potential for the LAM.

The aim of the study was to compare the status of LAM defects at 6 weeks and 6 months postpartum in women delivering their first child, using transperineal ultrasound.

**Method.** This prospective cohort study included 173 primiparous women having delivered vaginally. At six weeks and six months postpartum the women were examined with 3D/4D transperineal ultrasound. Assessment of LAM defects was performed at maximal pelvic floor muscle contraction. Major levator ani muscle defects were defined using tomographic ultrasound imaging when an abnormal muscle insertion was present in three central slices; at the plane of minimal dimensions and 2.5mm and 5mm cranially to it.

**Results.** At 6 weeks postpartum 29 women were diagnosed with major levator ani muscle defects. Of those 22 were found to persist at 6 months postpartum. Seven defects seen at 6 weeks postpartum did not fulfil the criteria for major defects at 6 months postpartum. Of these, five women had partial LAM defects whereas the remaining two had no LAM defect at 6 months postpartum. No major defects were diagnosed only at 6 months postpartum.

**Conclusion.** Most LAM defects persist at 6 months after delivery. However, when diagnosing major defects early postpartum it must be borne in mind that natural recovery can take place within the first 6 months postpartum. Whether this healing process can be enhanced by early intervention remains to be studied.



## Frie foredrag Sesjon 5

### F27. FØDSELDYNAMIKK OG SFINKTERRUPTUR – HVILKE RISIKOFAKTORER ER RELEVANTE?

Skjeldestad FE

Forskningsgruppa for Kvinnehelse og Perinatalogi, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø

**Bakgrunn.** Mer helhetlig og riktig gjennomføring av støtteteknikk under utdrivningsfasen har gitt **Resultat** i form av lavere forekomst av sfinkterruptur grad 3 og 4. Dette er et gledelig resultat for de fødende kvinnene, fødeavdelingene, helsepersonell involvert og våre helsemyndigheter.

**Metode.** Fra litteraturen er en rekke faktorer identifisert som mulig årsak til sfinkterruptur: Flere av disse "faktorene" er karakteristika av fødselsforløpet (induksjon, fødselsfaser), karakteristika av mor (paritet, alder, etnisitet), intervensjon under fødselen (epidural, stimulering, tang/vakuum forløsning, episiotomi), og hodeinnstilling/rotasjon i bekkenet og fødselsvekt. Faktorene virker ikke enkeltvis, men i et samspill. Samspillmuligheter mellom ulike faktorer er lite diskutert i litteraturen. I denne presentasjonen diskuteres fødseldynamikk og samspillmuligheter for årsaksfaktorer til sfinkterruptur med data fra Medisinsk fødselsregister og studier.

**Resultat.** Det skilles mellom direkte og indirekte årsaksfaktorer. Klinisk praksis relateres til samspill mellom ulike faktorer for sfinkterruptur. Dette kan forklare hvorfor ulike studier finner ulike risikofaktorer og ulik styrke på risikoestimaterne.

**Konklusjon.** Kontinuerlig gjennomføring av støtteteknikk av høy kvalitet blir viktig for å opprettholde lave forekomster for sfinkterruptur grad 3 og 4. Ved å få bedre forståelse av fødseldynamikk, direkte og indirekte årsaksfaktorer; kan flere fødende kvinner "flyttes" fra høy til lavere risiko for alvorlig ruptur. Dermed kvalitetssikres god fødselspraksis, og risikoen for alvorlig fødselsskade reduseres ytterligere.

### F28. STIMULERING AV RIER HOS FØRSTEGANGSFØDENDE MED SPONTAN START AV FØDSEL I NORGE 2000-2011

Rossen J<sup>1</sup>, Klungsøyr K<sup>2</sup>, Albrechtsen S<sup>3</sup>, Skjeldestad FE<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, Sørlandet sykehus, Kristiansand; <sup>2</sup>Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og Medisinsk fødselsregister; Nasjonalt folkehelseinstitutt; <sup>3</sup>Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen; <sup>4</sup>Forskningsgruppe Kvinnehelse og perinatalogi, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø

**Bakgrunn.** Det er lite kunnskap om hvor mange kvinner som stimuleres under vanlig fødsel, og retningslinjene for stimulering er uklare. Med data fra Medisinsk fødselsregister presenterer vi trender for stimulering av rier over tid etter type fødeinstitusjon, den fødendes alder og om hun har fått epidural anestesi.

**Metode.** Vi inkluderte 199 709 førstegangsfødende kvinner med spontan fødselsstart, ett barn i hodeleie og svangerskapslengde  $\geq 37$  uker identifisert i Medisinsk Fødselsregister, 2000-2011. Analysevariablene omfattet fire tidsperioder (2000-02, 2003-05, 2006-08, 2009-11), institusjonstype (universitetssykehus, sentralsykehus, andre sykehus), mors alder ( $\leq 24$ , 25-34,  $\geq 35$  år) og epidural anestesi (ja/nei). Vi brukte tabellanalyser med kji-kvadrat test for trend og relativt risiko modeller for å justere for effektforveksling.

**Resultat.** Andel stimulerte fødsler økte fra 44 til 48 % totalt i perioden. Universitetssykehusene under ett stimulerte færrest kvinner, gjennomsnittlig 45 %, med variasjon fra 25 til 60 %. Gjennomsnittet på sentralsykehusene var 52 %, med variasjon fra 33 til 61 %.

Andel fødende kvinner  $> 34$  år økte i perioden, og stimulering økte med økende alder ved alle sykehusene. Stimulering var også relatert til bruk av epidural. Andel kvinner som fikk epidural økte, og andel kvinner som fikk epidural og ble stimulert økte fra 63 til 71 % i perioden. Andel kvinner uten epidural som ble stimulert falt samtidig fra 33 til 31 %.

Justering for mors alder, bruk av epidural og tidsperiode forsterket forskjellene mellom fødeinstitusjonstyper mht stimuleringsfrekvens.

**Konklusjon.** Stimulering av rier under fødselen i Norge viser store variasjoner mellom institusjonene. Våre funn indikerer nødvendigheten av klarere retningslinjer for definisjon av risikofaktor og bruk av ristemulerende midler under fødselen.

### F29. OXYTOCINSTIMULERING OG RISIKO FOR SFINKTERSKADE, EN POPULASJONSBASERT TVERRSNITTSSTUDIE

Rygh AB<sup>1,4</sup>, Skjeldestad FE<sup>2</sup>, Kørner H<sup>3,4</sup>, Eggebø TM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, Stavanger universitetssykehus, Stavanger; <sup>2</sup>Forskningsgruppa for Kvinnehelse og Perinatalogi, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø; <sup>3</sup>Gastrokirurgisk avdeling, Stavanger universitetssykehus, Stavanger; <sup>4</sup>Institutt for klinisk medisin I, Universitetet i Bergen, Bergen.

**Bakgrunn.** Oxytocinstimulering kan øke risikoen for sfinkterskade under fødsel (OASR) ved å gi for sterke rier i slutten av trykketiden, og dårligere kontroll over perineum. Oxytocinstimulering i aktiv fødsel brukes i stor utstrekning, og ofte på uklar indikasjon. Vi ønsket å undersøke betydningen av oxytocinstimulering for risikoen for OASR i Robson gruppe I (førstegangsfødende med spontan fødselsstart, ett barn i hodeleie og svangerskapslengde  $\geq 37$  uker).

**Metode.** Ved Stavanger universitetssykehus, som dekker en region med 320 000 mennesker; fødte 15 493 kvinner i Robson gruppe I vaginalt i perioden 15.mai 1999 - 15.mai 2012. Vi analyserte oxytocinstimulering, episiotomi, operativ vaginal forløsning og fødselsvekt i stratifiserte analyser med OASR som effektmål. Vi testet for konfunderende faktorer som mors alder, etnisitet, occiput posterior posisjon og epidural analgesi. Alle analyser ble gjort i SPSS versjon 19.0 med kvikvadrat test og logistisk regresjon.

**Resultat.** Oxytocinstimulering økte risikoen for OASR med 70 % ved spontane fødsler der barnet veide  $< 4000$  g (OR 1.7, 95 % konfidensintervall 1.4–2.1). Episiotomi hadde ikke betydning for forekomsten av OASR ved spontane fødsler, men beskyttet ved operativ vaginal forløsning. Fødselsvekt  $\geq 4000$  g tredoblet risikoen for OASR, og epidural analgesi reduserte risikoen med 30 %.

**Konklusjon.** Vi fant at oxytocinstimulering i aktiv fødsel økte risikoen for OASR i Robson gruppe I ved spontan fødsel av et normalt stort barn. Det var betydelig effektmodifisering mellom viktige risikofaktorer for OASR. Oxytocinstimulering i aktiv fødsel bør begrenses.

### F30. MÅ KVINNER SOM TAR MEDISINSK ABORT HJEMME < 63 DAGER HA OPPFØLGING FOR Å FÅ BEKREFTET AT BEHANDLINGEN HAR VÆRT VELYKKET?

Oppegaard K<sup>1</sup>, Qvigstad E<sup>2</sup>, Fiala C<sup>3</sup>, Heikenheimo O<sup>4</sup>, Benson L<sup>5</sup>, Gemzell-Danielsson K<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Gyn avd, Helse Finnmark, Hammerfest; <sup>2</sup>Medisinsk fakultet, UiO, og Gynekologisk avdeling, OUS, Ullevål, Oslo; <sup>3</sup>GynMed Clinic, Mariahilfbergürtel <sup>37</sup>, <sup>1150</sup> Wien, Østerrike; <sup>4</sup>Dept. of Obstetrics and Gynecology, P.O. Box <sup>610</sup> Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland; <sup>5</sup>Dept. of Clinical Science and Education, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige; <sup>6</sup>Dept. of Women and Child Health, Division of Obstetrics and Gynecology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige

**Bakgrunn.** Etter at svangerskapsavbrudd med medikamentell metode ble innført, har det vært vanlig å tilby klinisk kontroll til kvinnene etter inngrepet. Det er vist at dette øker risikoen for unødvendige inngrep. Det var ønskelig å undersøke om kvinner som søker svangerskapsavbrudd med medikamentell metode før 63 dager kan behandles med kun én poliklinisk undersøkelse uten etterfølgende kontroll ("ett-trinns behandling"). Samtidig ønsket man å undersøke om kvinnene selv kan avgjøre om de trenger kontroll, eller ikke.

**Metode.** Prospektiv, randomisert, kontrollert, internasjonal multisenter studie med deltagere fra fire land. Kvinner med svangerskapslengde før 63 dager ble randomisert til en av to grupper: enten 1) medisinsk abort hjemme med poliklinisk oppfølging etter 2-3 uker, eller 2) medisinsk abort hjemme uten poliklinisk oppfølging, men kunne avgjøre selv om aborten var vellykket med en to-trinns urin-hCG test. Kvinnene ble oppringt for at utfallet skulle registreres.

**Resultat.** Over 900 kvinner ble inkludert i studien. Det var ingen forskjell mellom gruppene mht. vellykket inngrep og komplikasjoner. 92 % av kvinnene syntes det var lett å bruke graviditetstesten. 81 % av kvinnene som gjorde abortinngrepet hjemme uten avtale om kontroll ville foretrekke denne metoden ved evt. senere inngrep. Færre kvinner (60 %) i gruppen som fikk tilbud om poliklinisk undersøkelse ønsket samme tilbud ved evt. senere abortinngrep. Graviditetstesten sviktet minst tre ganger (falsk negativt resultat).

**Konklusjon.** Kvinner som avbryter svangerskapet før 63 dager med medikamentell metode kan trygt utføre inngrepet hjemme og kan avgjøre selv om de trenger poliklinisk oppfølging. Ett-trinns medikamentell abort har et betydelig ressursbesparende potensiale, inngrepet demedikaliseres, og kvinner foretrekker denne behandlingen.

### F31. SF-APP: EN APP FOR UKENTLIG REGISTRERING AV SF-MÅL, MÅLT AV DEN GRAVIDE.

Backe B<sup>1</sup>, Stoum H<sup>2</sup>, Staven T<sup>2</sup>, Denstad S<sup>2</sup>, Ødelien SM<sup>3</sup>

<sup>1</sup>LKB, NTNU, Trondheim <sup>2</sup>Fødeavdelingen, KK, St Olavs Hospital, Trondheim <sup>3</sup>Technology Transfer, NTNU, Trondheim.

**Bakgrunn.** Symfyse-fundus måling er en lite effektiv metode til påvise fostre med vekstavvik. Reduksjon i kontrolltall, målinger utført av ulike personer og bruk av foreldet og ukorrekt normalkurve (Helsekort for gravide) øker usikkerheten. Det er dokumentert at gravide selv kan måle SF-målet.

**Metode.** I et samarbeid mellom St Olav og NTNU har vi utviklet en app for smarttelefoner, som gjør det mulig for gravide å registrere SF målet ukentlig fra uke 22. Resultatet vurderes i forhold til den nye norsk-svenske normalkurven. Ved avvik kommer det opp en melding om dette, og at kvinnen bør vurdere å få kontrollert dette hos lege/jordmor. I appen er det lenke til en instruksjonsvideo, og kvinnen får også opp for hver uke fosterets forventede vekt, samt påminnelser om å ta Rh kontroll prøve samt glukosebelastning der det er aktuelt.

Appen er gratis, og vil bli tilgjengelig for IOS og android, i løpet av høsten 2013.

**Resultat.** Appen vil bli demonstrert.

**Konklusjon.** Vi tror at dette kan bli et nyttig hjelpemiddel i svangerskapsomsorgen. Det er også et betydelig forskningspotensiale.

## Invitert foredrag NGF Årsmøtet 2013 Drammen

### 3 ÅRS ERFARING MED ROBOTASSISTERT LAPAROSKOPISK KIRURGI VED KVINNEKLINIKKEN, ST OLAVS HOSPITAL, TRONDHEIM

Tingulstad S, Ravlo M, Færø E, Hagen B

Kvinneklivnikken, St Olavs Hospital, Trondheim

**Bakgrunn.** DaVinci operasjonsrobot (intuitive surgical system) ble tatt i bruk innen gynekologisk kirurgi i 2005, og brukes i dag både for generell gynekologiske og gyn onkologiske prosedyrer. Ved St Olavs Hospital ble den første roboten anskaffet i 2010, i 2012 kom robot nr. 2 i drift (stasjonert ved Orkdal sykehus). Fra november 2010 har generelle og onkologiske prosedyrer blitt utført med robotassistert laparoskopi i et samarbeid mellom seksjonene for generell gynekologi og gynekologisk kreft ved Kvinneklivnikken. Formålet med studien er å evaluere resultatene etter 3 års drift.

**Metode.** Alle pasienter som har blitt operert med robotassistert laparoskopi ved Kvinneklivnikken siden oppstarten i november 2010 har blitt inkludert i studien. Demografiske data, diagnose, operasjonsprosedyre, operasjonstid, suturteknikk, estimert blodtap, analgetika forbruk, liggedøgn, histologi og komplikasjoner er registrert prospektivt i eget skjema. Resultatene er analysert i SPSS som ledd i kvalitetsikring av egen operativ virksomhet.

**Resultat.** 366 kvinner har blitt operert i studieperioden, herav 120 (33 %) med malign sykdom, 68 (18 %) med premalign sykdom og 178 (49 %) med benign sykdom. Median alder 58 år; spredning fra 19 til 86 år; gjennomsnitt BMI 29,2 kg/m<sup>2</sup> (spredning 17,4 – 54), kort liggetid, få per- og postoperative komplikasjoner samt en signifikant reduksjon i operasjonstid med økende kirurgisk erfaring. Svært få operasjoner har blitt konvertert til åpen prosedyre.

**Konklusjon.** Robotassistert laparoskopisk kirurgi er velegnet både ved benigne og maligne gynekologiske tilstander, og er spesielt egnet for pasienter med høy BMI. De viktigste gevinstene er lite blodtap, lite postoperativ smerte og kort liggetid.

## Plakater

### PI. LONG-TERM EXTENSION STUDY OF GARDASIL IN ADOLESCENTS; RESULTS THROUGH MONTH 96

Iversen OE<sup>1</sup> for the protocol <sup>018</sup> investigators.

<sup>1</sup>Department of Clinical Science, Faculty of Medicine and Dentistry, University of Bergen, Bergen, Norway

**Background.** HPV vaccines are recently introduced, but the duration of vaccine efficacy is unknown. We describe interim effectiveness data for a long-term immunogenicity, safety, and effectiveness study of GARDASIL™ among adolescents.

**Methods.** In the base study, 1781 sexually naïve boys and girls were assigned (2:1) to GARDASIL or saline placebo at day 1, months 2 and 6. At the end of the base study (month 30), the placebo group received GARDASIL™ following the same regimen. Those vaccinated with GARDASIL in the base study are the early vaccination group (EVG). Those vaccinated with GARDASIL during months 30-36 are the catch-up vaccination group (CVG). As this extension study does not have a placebo arm, effectiveness was assessed by calculating the incidence of the primary endpoints (HPV6/11/16/18 persistent infection or related disease) and comparing these rates with those from previous phase 3 studies in men and women aged 16-26. The median follow-up time for effectiveness was 6.8 years in EVG and 4.7 years in the CVG.

**Results.** For each of HPV types 6, 11 and 16, the vaccination-induced anti-HPV response persisted long-term. Depending on HPV type, 88 %-97 % remained seropositive through Month 96. The lower vaccination-induced anti-HPV 18 response over time observed in V501-018-11 is consistent with the persistence profile observed in other studies in the GARDASIL™ program. No cases of HPV 6/11/16/18-related disease were observed. One serious adverse event was reported between months 72-96 (tonic-clonic movements) and was deemed not related to vaccine.

**Conclusion.** Vaccine-type anti-HPV 6, 11, 16, and 18 responses generated through administration of GARDASIL™ among preadolescents and adolescents persist over the long-term, in accordance with expectations from previous GARDASIL™ studies. No breakthrough cases of disease related to vaccine HPV types 6, 11, 16, and 18 have been observed among preadolescents and adolescents vaccinated with GARDASIL™.

### P2. HISTONE DEACETYLASE INHIBISJON I KOMBINASJON MED PLATINUM BEHANDLING I EN KLINISK RELEVANT ORTOTOPISK MUSEMODELL FOR OVARIAL CANCER

Helland Ø<sup>1,2</sup>, Popa M<sup>3</sup>, Bischof K<sup>1,2</sup>, Gjertsen BT<sup>2,4</sup>, McCormack E<sup>2,4</sup>, Bjørge L<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>2</sup>Klinisk institutt<sup>2</sup>, Universitetet i Bergen, Bergen; <sup>3</sup>KinN Therapeutics, Bergen; <sup>4</sup>Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen.

**Bakgrunn.** Årlig diagnostiseres ca 450 nye tilfeller av ovarial cancer i Norge. Standard behandling er en kombinasjon av kirurgi og kjemoterapi. Prognosen er fortsatt dårlig, og mindre enn 45 % blir kurert. Det er nødvending med nye behandlingsstrategier med mer målrettet og individuelt tilpasset terapi. Prekliniske dyremodeller for screening av nyere medikament grupper har ofte dårlig prediktiv verdi. Vi etablerte derfor nylig en helt ny type klinisk relevant ortotopisk musemodell der effekten av både kirurgi og kjemoterapi kan evalueres. Panobinostat er en histone deacetylase inhibitor (HDACi). HDACi utprøves i behandlingen av ulike kreftformer og har sin effekt ved å reversere epigenetiske forandringer assosiert med cancer og fører til økt apoptose og inhibering av proliferasjon i maligne celler. Vi ønsket å evaluere effekten av panobinostat kombinert med karboplatin etter kirurgi i den etablerte in vivo modellen.

**Metode.** Ved bruk av proliferasjons- og apoptose analyser ble effekten av karboplatin og panobinostat først undersøkt på ovarial cancer cellelinjer in vitro. For in vivo analyser ble luciferase transfekterte SKOV-3 celler injisert ortotopisk i ovariene på immunosupprimerte mus. Progresjon av sykdom og effekt av behandling med kirurgi (hysterektomi og bilateralsalpingooforectomi) og kjemoterapi (intraperitoneal administrasjon av panobinostat / karboplatin) ble evaluert ved bruk av bioluminesense imagine (BLI), kliniske parametere og overlevelsesdata (n = 30). Musene ble delt i 6 behandlingsgrupper.

**Resultat.** In vitro data viste at tilsetning av lavdose panobinostat potenserte effekten av karboplatin i form av økt apoptose og redusert proliferasjon. Ortotopisk injeksjon av tumor celler resulterte i utvikling av en sykdom lik de novo human ovarial cancer. Behandlingskombinasjonene med kirurgi og karboplatin/panobinostat ble godt tolererte uten signifikante vekttap. Postoperativ adjuvant behandling med karboplatin og panobinostat bremset økningen i BLI som tegn på sykdomsstabilisering og overlevelsen ble signifikant forlenget når ubehandlede og mus som bare gjennomgikk kirurgi ble sammenlignet (p < 0,05).

**Konklusjon.** Panobinostat potenserer den cytostatisk effekten av karboplatin in vitro. Medikament kombinasjonen har en lav bivirkningsprofil in vivo og har en positiv effekt på sykdomsstabilisering og overlevelse i kombinasjon med kirurgisk behandling. Humane kliniske studier er nødvendig for å evaluere hvilke rolle panobinostat vil ha i fremtidens behandling av ovarial cancer.

### P3. PREOPERATIV ANEMI, LEUKOCYTOSE OG TROMBOCYTOSE IDENTIFISERER AGGRESSIVE ENDOMETRIECANCER

Njølstad T<sup>1</sup>, Engerud H<sup>1</sup>, Werner HMJ<sup>1,2</sup>, Salvesen HB<sup>1,2</sup>, Trovik J<sup>1,2</sup>

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

**Bakgrunn.** Kvinner med endometriecancer har oftest god overlevelse men inntil 20 % får residiv. Hematologiske parameter er vist assosiert med dårlig overlevelse i andre cancerformer, noen ganger som ledd i paraneoplastisk syndrom. Dette har vært lite studert i endometriecancer. Vi ville undersøke rutine preoperative hematologiske parametere for anemi, leukocytose og trombocytose i relasjon til etablerte prognostiske faktorer og overlevelse i endometriecancer.

**Metode.** 557 pasienter behandlet for endometriecancer ble prospektivt inkludert i denne studien som fokuserte på preoperative Hb-, leukocyt- og blodplateverdier korrelert mot kliniskpatologiske karakteristika og overlevelse. Mann-Whitney U-test ble brukt til å sammenlikne kontinuerlige data for hematologiske variable mellom kategorier. Univariat overlevelsesanalyser ble utført med Kaplan-Meier metoden og log-rank test, multivariat overlevelsesanalyser med Cox regresjon, statistisk signifikans angitt ved p<0,05.

**Resultat.** Preoperativ anemi forekom hos 15,8 % av kvinnene, leukocytose hos 11,2 % og trombocytose hos 12,1 %. Av pasienter med lokalisert sykdom (FIGO stadium I/II), hadde 18,1 % anemi og/eller trombocytose på diagnosetidspunkt. Kvinner med avansert sykdom (høyt FIGO stadium og lymfeknutemetastaser) hadde signifikant lavere hemoglobinnivå, høyere leukocytall og høyere plateverdi (alle p<0,008). Pasienter med anemi, leukocytose eller trombocytose hadde signifikant kortere 5-års sykdomsspesifikk overlevelse på respektivt 61,3 %, 66,0 % og 61,0 %, sammenliknet med 87,5 %, 86,3 % og 87,3 % for kvinner med normale verdier

(alle  $p < 0.001$ ). I multivariat Cox regresjonsanalyse var lav hemoglobin og høyt platetall uavhengig assosiert med dårlig utkomme justert for standard prognostiske variabler ( $p < 0.033$ ).

**Konklusjon.** Preoperativ anemi, leukocytose eller trombocytose hos kvinner med endometriecancer er assosiert med avansert sykdom og dårlig sykdomsspesifikk overlevelse.

#### P4. KOST-NYTT-ANALYSE AV REDUKSJON AV POSTOPERATIVE SÅRINFEKSJONER ETTER KEISERSNITT VED BÆRUM SYKEHUS, VESTRE VIKEN HF

Michelsen H<sup>1</sup>, Arshi S<sup>2</sup>, Walberg M<sup>3</sup>, Grepperud S<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Bærum Sykehus Vestre Viken HF; <sup>2</sup>Institutt for helseøkonomi og ledelse, Universitetet i Oslo; <sup>3</sup>Avdeling for smittevern Vestre Viken HF; <sup>4</sup>Institutt for helseøkonomi og ledelse, Universitetet i Oslo. <sup>1,2</sup> likeverdige bidrag

**Bakgrunn.** I en kvalitetsforbedringsstudie gjort ved Bærum sykehus VVHF, lyktes man i å redusere antallet postoperative sårinfeksjoner etter keisersnitt fra 17,3 % i 2006-2007 til 3,4 % i 2008-2010. Dette høysignifikante resultatet ble publisert av Dyrkorn OA et al i BMJ Quality and Safety i januar 2012 (1).

**Metode.** Vi ønsket å identifisere, kvantitere og sammenligne kostnadene og konsekvensene av studien nevnt ovenfor, og objektivisere nytteverdien for pasient, samfunn og helsevesen. Data ble samlet inn gjennom NOIS (Norsk overvåkingstjeneste for infeksjoner i sykehustjenesten). Øvrige data ble fremskaffet via spørreskjemaer sendt til pasienter som hadde opplevd postoperative infeksjoner etter keisersnitt ved Bærum sykehus og som var registrert i NOIS i perioden 2006-2010. De som ikke responderte per brev, ble kontaktet telefonisk. Vi valgte å gjøre kost-nytte-analyse (Cost Benefit Analysis = CBA) fra både et samfunnsmessig og helsesektorperspektiv fordi dette økonomiske verktøy måler nytten i valutaenheter. I tillegg brukte vi pasientens "Willingness-to-pay" (=WTP) for å måle menneskelig smerte og lidelse.

**Resultat.** Kvalitetsforbedringsstudien (1) reduserte antall postoperative infeksjoner etter keisersnitt ("insidenseffekt") og også alvorlighetsgraden av disse ("alvorlighetseffekt"). Kostnaden av studien, ble anslått til 6,9 EUR per keisersnittpasient.

	Insidenseffekt	Alvorlighetseffekt	Totalt
Innsparte helsevesenmidler per pasient	76,4 EUR	15,5 EUR	91,9 EUR (26,6 %)
Innsparte pasientmidler per pasient	17,1 EUR	1,0 EUR	18,1 EUR (5,2 %)
Reduksjon av smerte og lidelse per pasient (WTP)	216,4 EUR	19,3 EUR	235,7 EUR (68,2 %)
Total = Samfunnsmessig besparing per pasient	309,9 EUR (89,6 %)	35,8 EUR	
(10,4 %)	345,7 EUR		

Tabellen viser at intervensjonsstudien (1) ga en besparelse på 345,7 EUR per pasient. Tilsvarende investeringskostnad var 6,9 EUR per pasient.

**Konklusjon.** Åpenbart sparer man penger og ressurser på å redusere antallet postoperative sårinfeksjoner. I denne studien har vi kvantitert og objektivisert dette. Resultatene viste en massiv økonomisk besparelse for pasient, helsesektor og samfunn.

Referanse:

1. Dyrkorn OA, Kristoffersen M, Walberg M. Reducing post-cesarean surgical wound infection rate: an improvement project in a Norwegian maternity clinic. BMJ Qual Saf 2012;21:206-210

#### P5. TILGANG TIL FØDEINSTITUSJONER I NORGE

Engjom H<sup>1</sup>, Morken NH<sup>2</sup>, Norheim OF<sup>3</sup>, Klungsøyr K<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Bergen; <sup>2</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>3</sup>Avdeling for forskning og utvikling, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>4</sup>Medisinsk fødselsregister; Nasjonalt folkehelseinstitutt, Bergen.

**Bakgrunn.** Sentralisering av medisinsk krevende behandling kan bette utkommet for pasienten. Strukturelle faktorer er saman med tilgang og klinisk utkomme viktige element for vurdering av kvalitet i fødselsomsorg. I Norge vart talet på fødeinstitusjonar redusert frå 95 til 51 mellom 1979 og 2009. Vår hypotese er at kvinner fekk gode og likeverdige helsetenester i denne perioden. Målet med studien er å undersøke reiseavstand til fødeinstitusjon for kvinner i fertil alder; risiko for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon og maternell morbiditet

**Metode.** Basert på data frå Statistisk sentralbyrå og Medisinsk Fødselsregister utforma vi to tversnittsanalyser og tre kohort analyser. Bustadskoordinat for kvinner i fertil alder (15-49 år) i 2000 (n= 1050269) og i 2010 (n= 1127665) vart inkludert i dei geografiske analysene. Fødselar frå MFR 1979-2009 (n= 1807714) vart delt inn i 5-års grupper og risiko for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon vart samanlikna for første og siste periode. Fødselar i 2000 (n= 58632) og 2009 (n=61895) vart inkludert i analysen av maternell morbiditet (eklampsi, systemisk tromboemboli, sepsis, intensivbehandling og alvorleg blødning). Geografiske analyser vart gjort med Geografisk Informasjonssystem (GIS) programvare. Tidstrender og regionale skilnader vart undersøkt ved krysstabell, kohortanalysene vart justert for alder, paritet, utdanning og partner status med logistisk regresjon.

**Resultat.** Andelen kvinner som budde utanfor 1-times sona auka til alle institusjonar (relativ risiko 1,1, 95 % konfidensintervall (KI) 1,1-1,12), og til akuttinstitusjonar (relativ risiko 1,1, KI 1,09-1,11). Risiko for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon vart dobla frå 1979-83 til 2004-09 (justert odds ratio 2,0, KI 1,87-2,20). Frå 2000 til 2009 auka risiko for maternell morbiditet (justert odds ratio 1,4, KI 1,2-1,5). I 2000 var det ingen signifikante regionale skilnader i maternell morbiditet, i 2009 hadde tre regionar høgare risiko enn referansen.

**Konklusjon.** Tilgjengelighet til fødeinstitusjon vart redusert i perioden og fleire kvinner opplevde utilstrekkeleg tilgang til helsetenester ved fødsel. Sentraliseringa har ikkje ført til reduksjon i risiko for maternell morbiditet. 2013.

## P6. LAV IMMUNITET MOT TOXOPLASMOSE BLANT GRAVIDE KVINNER I BUSKERUD OG SØR TRØNDELAG

Findal G<sup>1</sup>, Barlinn R<sup>2</sup>, Vaino K<sup>3</sup>, Nordbø SA<sup>4</sup>, Samdal HH<sup>5</sup>, Stray-Pedersen B<sup>6</sup>, Dudman SG<sup>7</sup>, Jenum PA<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Universitetet i Oslo/kvinneklivnikken, OUS-RH; <sup>2</sup>Nasjonalt folkehelseinstitutt; <sup>3</sup>Nasjonalt folkehelseinstitutt; <sup>4</sup> Mikrobiologisk avdeling St.Olavs Hospital, Trondheim; <sup>5</sup>Mikrobiologisk avdeling, Vestre Viken HF; <sup>6</sup>Universitetet i Oslo/kvinneklivnikken, OUS-RH; <sup>7</sup>Nasjonalt folkehelseinstitutt; <sup>8</sup>Avdeling for medisinsk mikrobiologi, Vestre Viken HF.

**Bakgrunn.** Parasitten *Toxoplasma gondii* (T.gondii) er kun farlig for immunosupprimerte og for fostre ved maternell primærinfeksjon. Smittes mor i svangerskapet, kan parasitten overføres til fosteret med risiko for spontanabort, hjerneskade og sansedefekter. Er kvinnen smittet tidligere, har hun dannet spesifikke IgG-antistoffer som beskytter fosteret. Siste store studie av toxoplasmoser blant gravide i Norge ble utført i 1992-93. Det er derfor behov for en ny oppdatering. Målet med denne tverrsnittstudien, er å kartlegge prevalensen av T.gondii antistoff blant gravide i to ulike regioner i Norge.

**Metode.** Studien er del av en immunitetsstudie i regi av Folkehelseinstituttet som høsten 2010 samlet inn 2000 blodprøver fra gravide i Buskerud og Sør-Trøndelag. Prøver tatt ved første antenatalt kontroll, ble inkludert fortløpende til ønsket antall (1000 pr fylke). De anonymiserte prøvene er lagret i en biobank med informasjon om fylke, fødselsår og prøvetakningsdato. Prøvene ble analysert for toxoplasma IgG-antistoff med indirekte ELISA-teknikk. Verdier >8 IU/ml ble betraktet som positiv, dvs kvinnen har vært eller er smittet med parasitten. Kvinnene ble inndelt i aldersgruppene <20, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, >39 år.

**Resultat.** *Toxoplasma* IgG ble funnet hos totalt 9,3 % (179 /1923); hos 10,4 % (97/931) fra Sør-Trøndelag og 8,3 % (82/992) fra Buskerud. Det var ingen signifikant forskjell i prevalensen mellom fylkene ( $p=0,236$ ) eller mellom de ulike aldersgruppene ( $p=0,073$ ). Vi fant grensesignifikant høyere prevalens hos de over 40 år; (95 % KI 0,99-4,72,  $p=0,052$ ). Det var ingen signifikant forskjell på aldersfordeling av de gravide mellom Sør-Trøndelag og Buskerud (gjennomsnitt 29,4 vs. 29,6 år). Prevalensen skiller seg i liten grad fra prevalensene funnet i 1993 (10,7 %) og 1974 (12,05 %).

**Konklusjon.** Det er fortsatt relativt få kvinner i fertil alder i Norge som er immune mot *Toxoplasma gondii*. Det betyr at 9 av 10 kvinner er mottagelig for infeksjon i svangerskapet. Det er derfor viktig å fokusere på forebygging gjennom rådgivning for å unngå antenatal smitte. Vi trenger en ny prevalensstudie som inkluderer større deler av landet.

## P7. THERE ARE ASSOCIATIONS BETWEEN THE SIZE OF THE LEVATOR HIATUS AND LEVATOR ANI MUSCLE FUNCTION DURING PREGNANCY AND LEVATOR ANI MUSCLE DEFECTS AFTER VAGINAL DELIVERY

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

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

**Introduction.** During vaginal delivery the most medial part of the levator ani muscle complex, which border on the levator hiatus opening is stretched significantly. This may result in levator ani muscle tears (defects). Those defects have been found in 13-36 % of vaginally parous women and are one of the major contributors to pelvic floor dysfunction. The aim of the study was to determine associations between levator hiatus area and ability to contract and stretch the muscle during pregnancy and diagnosing levator ani muscle defects after vaginal delivery.

**Methods.** In this longitudinal cohort study, 300 pregnant nulliparous women were examined using three-dimensional transperineal ultrasound. Levator hiatus area at rest, during contraction and Valsalva at 22 and 37 weeks gestation were measured. Muscle contraction ratio (levator hiatus area during contraction divided by area at rest) and stretch ratio (levator muscle area during Valsalva divided by area at rest) were computed. Six weeks postpartum evaluation of levator ani muscle defects was performed.

**Results.** Women with levator ani muscle defects had significantly smaller levator hiatus area during pregnancy than women without defects both at rest, during contraction and Valsalva. Mean differences were 1.13 cm<sup>2</sup> (CI 0.41/ 1.87;  $p<0,01$ ), 0.71 (CI 0.10/ 1.31;  $p<0,05$ ) and 3.12 cm<sup>2</sup> (CI 1.95/ 4.28;  $p<0,001$ ) respectively at 22 weeks gestation and 0.69cm<sup>2</sup> (CI 0.04/ 1.34,  $p<0,05$ ), 1.67cm<sup>2</sup> (CI 0.75/ 2.47  $p<0,001$ ) and 2.97 cm<sup>2</sup> (CI 0.98/ 4.96;  $p<0,001$ ) respectively at 37 weeks gestation. Women without levator ani muscle defects had significant smaller contraction ratio at 37 weeks gestation 0.85 (SD 0.06) versus 0.87 (SD 0.06). Also stretch ratio at 22 weeks gestation was significant higher in women without levator ani muscle defects 1.14 (SD 0.12) versus 1.01 (SD 0.85).

**Conclusion.** Results from the present study suggest that size of the levator hiatus and levator ani muscle function during pregnancy are associated with risk of developing levator ani muscle defects during vaginal delivery. Further studies are needed to understand the clinical importance of these findings.

## P8. SAMMENLIGNING AV TO TRANSPERINEALE ULTRALYDMETODER

Eggebo TM<sup>1</sup>, Hassan WA<sup>2</sup>, Lees C<sup>2</sup>, Lindtjørn E<sup>1</sup>, Salvesen KÅ<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Fødeavdelingen, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger; <sup>2</sup>Delivery Unit, Rosie Maternity Hospital, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK; <sup>3</sup>Nasjonalt senter for fostermedisin, St Olavs Hospital, Trondheim; <sup>4</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Clinical Sciences, Lund University, Lund, Sweden.

**Bakgrunn.** Bruk av ultralyd under fødselen har vist seg å være nyttig hos kvinner med kompliserte fødsler. Det diskuteres hvilke ultralydmetoder som skal anbefales i klinisk praksis. Avstandsmetoden og vinkelmetoden er de to mest brukte metoder til å vurdere fosterhodets nivå i fødselskanalen. Hensikten med denne studien var å sammenligne den kliniske nytten av metodene hos førstegangsfødende med langvarig første stadium.

**Metode.** Vi utførte en prospektiv observasjonsstudie ved fødeavdelingene i Stavanger og Cambridge. Fosterhodets nivå i fødselskanalen ble vurdert med transperineal ultralyd. Ved avstandsmetoden måles den korteste avstanden mellom fosterhodet og perineum og med vinkelmetoden måles vinkelen mellom symfyse og en tangent til fosterhodet. Effektmålene var vaginal fødsel og tid fra ultralydundersøkelsen til fødsel. Sannsynligheten for vaginal fødsel ble undersøkt ved hjelp av "receiver-operating characteristics" (ROC) kurver og tid fra ultralydundersøkelsen til fødsel ble undersøkt med overlevelsesmetoder (Kaplan-Meier kurver og Cox regresjonsanalyser). Keisersnitt ble sensurert i overlevelseanalysene.

**Resultat.** Til sammen ble 150 kvinner inkludert i studien, og 39 av dem ble forløst med keisersnitt. Arealet under ROC kurvene predikerte vaginal fødsel med 81 % (95 % CI, 73-89 %) for avstandsmetoden og 72 % (95 % CI, 63-82 %) for vinkelmetoden. Resultatene var svært like i Stavanger og Cambridge. Begge metodene predikerte gjenværende tid i aktiv fødsel med p-verdi <0,01 i Kaplan-Meier analyse og i Cox regresjonsanalyse der induisert fødsel, KMI, mors alder, svangerskapslengde og fosterets posisjon var inkludert.

**Konklusjon.** Begge metodene predikerte vaginal fødsel og gjenværende tid i fødsel. Det var ingen signifikant forskjell mellom metodene.

## P9. MEDFØDT DIAFRAGMAHERNIE: BETYDNINGEN AV PRENATAL DIAGNOSTIKK FOR MORTALITET OG MORBIDITET I ET 5 ÅRS MATERIALE

Bentsen G<sup>1</sup>, Aksnes G<sup>2</sup>, Haugen T<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akuttklinikken, <sup>2</sup>Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Oslo Universitetssykehus – Rikshospitalet, Oslo.

**Bakgrunn.** Medfødt diafragmahernie er en alvorlig misdannelse der en defekt i diafragma fører til at abdominale viscera hernierer opp i thorax med lungehypoplasi og pulmonal hypertensjon som **Resultat.** Pasientene har behov for høyspesialisert behandling og det er betydelig mortalitet. Ved Oslo Universitetssykehus -Rikshospitalet hadde vi en 30-dagers overlevelse på 80 % i perioden 2000-2007. I 2008 ble det besluttet å forløse barn med kjent diafragmahernie planlagt i den grad det var mulig, for å kunne planlegge og optimalisere behandlingen. Vi har evaluert i hvilken grad dette har lyktes, våre behandlings**Resultat**, sett på prenatal deteksjonsrate og forskjeller mellom pasienter med og uten prenatal diagnose.

**Metode.** Alle nyfødte med medfødt diafragmahernie mottatt siste 5 år (2008-2012) ble identifisert fra Barneintensiv og kirurgiske protokoller:

**Resultat.** 32 pasienter ble identifisert. Alle henviste pasienter ble mottatt. 30-dagers overlevelse var 88 % (28/32). 27 var i live 1.1.2013. To pasienter ble behandlet med ECMO, en overlevde. Bare 15 pasienter (47 %) hadde prenatal diagnose. Av disse ble 10 forløst planlagt. Alle pasienter med prenatal diagnose ble forløst ved OUS-Rikshospitalet. Ingen av disse 15 behøvde resuscitering (HLR) ved fødselen sammenlignet med fem av 17 i gruppen uten diagnose (p=0,67). Ingen ble maskeventilert sammenlignet med ni i gruppen uten diagnose (p=0,15). Mortaliteten var 1 av 15 versus 3 av 17 (p=,60). Tre av fem pasienter som ble resuscitert, døde.

**Konklusjon.** Vi finner overlevelsen tilfredsstillende og på høyde med store utenlandske sentra. Resultatene er så gode at vi mener funn av medfødt diafragmahernie alene ikke kan motivere svangerskapsavbrudd. Den prenatal diagnose (47 %) synes lav, klart under det beste (74 %) og også under gjennomsnitt (59 %) rapportert fra Europa i 2002. Vi finner en ikke signifikant men sannsynlig sammenheng mellom manglende prenatal diagnose og resuscitering ved fødsel, og en signifikant sammenheng mellom manglende diagnose og maskeventilasjon ved fødsel. Maskeventilasjon med luftekspansjon av tarm i thorax regnes som svært ugunstig ved diafragmahernie. Prenatal diagnose er en forutsetning for optimal behandling etter fødselen. Materialet er for lite til å vise forskjeller i overlevelse, men vi postulerer utfra forskjeller i HLR og maskeventilasjon ved fødselen, at en høyere prenatal deteksjonsrate vil bedre overlevelsen ytterligere i pasientgruppen.

## PI0. COARCTATIO AORTAE (COA) DIAGNOSTISERT MED B-FLOW OG STIC

von Brandis P<sup>1</sup>, Heien C<sup>1</sup>, Eggebøe T<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fødepoliklinikken, Stavanger universitetssjukehus

Malfomasjoner relatert til aortabuen er den typen alvorlige hjertefeil som hyppigst overses prenatalt. Barn med CoA kan bli kritisk syke kort tid etter fødselen, og det er viktig å finne metoder for å bedre prenatal oppdagelse av disse avvikene.

**Kasus 1.** Ved rutine ultralyd i sv.sk.uke 19 reagerte man på et ubalansert 4-kammer snitt. Fargedoppler undersøkelse ga mistanke om forsnævring i aortabuen. Ved bruk av B-flow og STIC observerte vi at flowsignalet persisterte lengre i siste del av aortabuen sammenlignet med ductus arteriosus og aorta descendens (fig.1). Det ble utført keisersnitt i sv.sk.uke 31 pga. seteleie og premature rier. Neonatal ekko-cor kunne ikke bekrefte mistanken om CoA. Imidlertid fant man i 4. levedøgn et høyere BT i armene sammenlignet med beina. Etter en uke utviklet barnet hjertesvikt og ble overført til Rikshospitalet. Man diagnostiserte der CoA ved CT undersøkelse, og barnet ble vellykket operert.

**Kasus 2.** Et ubalansert 4-kammer snitt ble påvist i 2. trimester. Ved hjelp av B-flow og STIC så man en forsnævring av aortabuen. Også i dette tilfellet så man persisterende flowsignal i den siste delen av aortabuen. Neonatal ekko kor kunne ikke bekrefte diagnosen CoA. Imidlertid utviklet barnet hjertesvikt 2 uker senere og man kunne da tydelig påvise CoA. Barnet ble vellykket operert.

Diskusjon. Disse to kasiistikene illustrerer at diagnosen CoA kan være vanskelig å stille, selv i nyfødteperioden. Moderne 3D teknikker kan være til hjelp for å stille diagnosen prenatalt. Vi foreslår å bruke persisterende B-flowsignal i aortabuen som ultralydmarkør for diagnosen CoA.

## PI1. FJERDEGANGSFØDENDE KVINNE MED SHEEHANS SYNDROM

Home H<sup>1</sup>, Tanbo T<sup>2,3</sup>, Al-Heeti D<sup>4</sup>, Von Tangen M<sup>5</sup>, Henriksen T<sup>1,3</sup>, Michelsen TM<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup>Obstetrisk seksjon Rikshospitalet, Fødeavdelingen, Kvinne- og barneklinikken, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>2</sup>Seksjon for reproduksjonsmedisin, Rikshospitalet, Kvinne- og barneklinikken, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>3</sup>Universitetet i Oslo, Oslo; <sup>4</sup>Føde/Gynavdelingen, Kirurgisk avdeling, Sykehuset Innlandet, Divisjon Kongsvinger; <sup>5</sup>Avdeling for anesthesiologi, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>6</sup>Nasjonalt kompetansetjeneste for kvinnehelse, Avdeling for kvinne- og barnehelse, Oslo universitetssykehus, Oslo.

**Bakgrunn.** Sheehans syndrom er nedsatt eller opphevet funksjon av hypofysen og skyldes i klassiske tilfeller iskemisk nekrose på grunn av blodtap og hypovolemisk sjokk under og etter forløsning. Det er en sjelden komplikasjon til graviditet. En epidemiologisk studie utført i India viste en prevalens på 3 %, mens en retrospektiv analyse utført på Island estimerte en prevalens på 0,05 %.

**Metode.** Presentasjon av pasientkasus.

**Resultat.** Kvinnen var fjerdegangsfødende med et normalt svangerskap og tidligere tre normale fødsler. Den aktuelle fødselen ble induisert på grunn av overtid og kvinnen ble forløst med enkel utgangsvakuum. En time etter forløsning fikk hun frostanfall og kraftig blødning fra uterus som ble oppfattet som atoni. Det ble gjort tamponade av uterus, laparoskopi for å se etter uterusruptur og til slutt laparotomi med hysterektomi på lokalsykehuset. Blødningsmengden ble estimert til fem liter.

Postoperativt fikk hun økende transaminaser og amylasestigning og tegn på hemolyse med synkende hemoglobin.

Hun ble overflyttet til Rikshospitalet med spørsmål om akutt fettlever. Hun hadde jevnt fallende trombocytter, lett forhøyede transaminaser og noe forhøyet LD. Normalt blodtrykk og ingen proteinuri, normal kreatinin og bilirubin. Ved abdominal ultralyd ble det funnet væske i buken og på grunn av fallende hemoglobin ble det utført relaparotomi med funn av en liter blod, men ingen pågående blødning. På intensivavdelingen de kommende dagene var pasienten sirkulatorisk stabil, men utviklet stigende diurese forenlig med ADH-mangel og i tillegg svikt i kortikotrop akse og thyreotrop akse. Brystspenning forsvant og pasienten hadde agalactia. MR caput viste forstørret hypofyse med tegn på hemoragisk komponent, forenlig med Sheehans syndrom.

**Konklusjon.** Vi har oppfattet dette som et sannsynlig HELLP- syndrom oppstått i tiden omkring forløsningen. HELLP- syndrom kan ha bidratt til postpartumblødningen. Det ble nødvendig å gjøre hysterektomi på vital indikasjon. Etter sirkulasjonssvikt på grunn av stort blodtap og langvarig kirurgi utviklet pasienten Sheehans syndrom med svikt i flere hormoner. Substitusjon ble startet med prednisolon, fludrocortison, levothyroxin og desmopressin. Det er sannsynlig at det også vil bli behov for substitusjon av kjønnshormoner.

## PI2. RISIKOEN FOR PREEKLAMPSI I SVANGERSKAP MED DIABETES; SPILLER PLACENTAVEKT NOEN ROLLE?

Dypvik J<sup>1</sup>, Strøm-Roum EM<sup>1</sup>, Haavaldsen C<sup>1</sup>, Vatten LJ<sup>2</sup>, Eskild A<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo, <sup>2</sup>Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim, <sup>3</sup>Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo

**Bakgrunn.** Preeklampsi er assosiert med både høy og lav placentavekt, og både høy og lav fødselsvekt. Kvinner med diabetes har en høyere risiko for å utvikle preeklampsi, og de har en tendens til å føde barn med høy fødselsvekt og høy placentavekt. Vi studerte derfor risikoen for å utvikle preeklampsi i svangerskap med og uten diabetes i henhold til placentavekt og placentavekt/fødselsvektratio.

**Metode.** Studiepopulasjonen inkluderte alle singleton svangerskap (n= 655842) i Norge fra 1999 til og med 2010. Vi laget placentavekt z-score basert på distribusjonen i hele populasjonen og delte z-scorene inn i deciler (10 like store deler). Assosiasjonene mellom placentavekt og risikoen for preeklampsi ble estimert som crude og justerte odds ratioer med 95 % konfidensintervall. I disse analysene ble svangerskap med og uten diabetes delt inn i tre kategorier i henhold til placentavekt: i 1. decil (lavest vekt), i 2.-9. decil, eller i 10. decil (høyest vekt) av placentavekt z-score. Svangerskap uten diabetes med placentavekt z-score i 2.-9. decil ble brukt som referansegruppe.

**Resultat.** Odds ratio for preeklampsi assosiert med placentavekt z-score i laveste decil i svangerskap uten diabetes var 0,88 (95 % konfidensintervall: 0,85 – 0,92), justert for fødselsvekt. Tilsvarende odds ratio assosiert med placentavekt i høyeste decil var 1,69 (95 % konfidensintervall: 1,62 – 1,77). I svangerskap med diabetes var odds ratio for preeklampsi assosiert med placentavekt z-score i laveste decil 2,40 (95 % konfidensintervall: 1,89 – 3,03), og i høyeste decil var odds ratio 6,57 (95 % konfidensintervall: 5,84 – 7,39), justert for fødselsvekt.

**Konklusjon.** Disse funnene tyder på at en stor placenta i forhold til fødselsvekt er assosiert med en økt risiko for preeklampsi i alle svangerskap, men assosiasjonen er mye sterkere i svangerskap med diabetes.

## PI3. VELAMENTØST ELLER MARGINALT FESTE AV NAVLESNOR: RISIKO FOR MOR OG BARN BLANT 773 145 FØDSLER

Ebbing C<sup>1</sup>, Kiserud T<sup>2</sup>, Lian Johnsen SL<sup>1</sup>, Rasmussen S<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; <sup>2</sup>Institutt for Klinisk medisin K<sup>2</sup>, Universitetet i Bergen

**Bakgrunn.** Velamentøst og marginalt navlesnorsfeste foreligger når navlesnoren fester henholdsvis i hinnen før den når placenta eller i placentakanten. Tilstandene er forbundet med økt risiko for uønsket svangerskapsutfall. Vi har tidligere vist at velamentøst og marginalt feste av navlesnoren forekommer i henholdsvis 1,5 og 6,3 % av alle enlingsvangerskap, og at det er økt forekomst ved tvillinger, IVF-svangerskap, høy maternell alder, hypertensjon og diabetes. Unormalt navlesnorsfeste har økt risiko for blant annet preterm fødsel, lav fødselsvekt, lav Apgar skår, og perinatal død.

Nå ønsket vi å undersøke om unormalt navlesnorsfeste var assosiert med økt risiko for materielle komplikasjoner, og om det var økt risiko knyttet til andre perinatale utfall.

**Metode.** Vi brukte opplysninger fra Medisinsk fødselsregister for perioden 1999-2011 (n=773145 enkeltfødsler) og inkluderte alle fødsler mellom 16. og 45. svangerskapsuke. Vi brukte odds ratio for risikofaktorer og komplikasjoner basert på logistiske regresjoner justert for mulige effektforstyrrelser. Postpartum blødning ble definert som blødning >500 mL.

**Resultat.** Velamentøst navlesnorsfeste var assosiert med økt risiko for postpartum blødning (OR=1,6; 95 %KI 1,6-1,7), 3 ganger økt risiko for utskrapning (OR=3,0; 95 %KI 2,6-3,4), og nesten 4 ganger økt risiko for manuell uthenting av placenta (OR=3,8; 95 %KI 3,5-4,1). Både barn født til termin og preterme ble oftere overflyttet til nyfødtavdelingen (hhv OR=1,5; 95 %KI 1,4-1,6, og 1,7; 95 %KI 1,5-1,9). Barn med velamentøst navlesnorsfeste født til termin hadde dobbel risiko for å trenge respiratorbehandling (OR=2,4; 95 %KI 1,6-3,5), og oftere behov for systemisk antibiotikabehandling (barn født til termin OR=1,3; 95 %KI 1,1-1,5 og preterme OR=1,6; 95 %KI 1,4-1,9). Tilsvarende hadde de økt risiko for behandlingstrengende icterus (OR for begge 1,2; 95 %KI hhv 1,1-1,3 og 1,1-1,4). Økt risiko for intrakraniell blødning var begrenset til preterm gruppen (OR=1,8; 95 %KI 1,3-2,5).

**Konklusjon.** Velamentøst og marginalt navlesnorsfeste er assosiert med økt risiko for postpartum blødning, manuell uthenting av placenta og utskrapning hos mor. Hos barnet er det økt risiko for antibiotikatrengende tilstander og respirator behandling, og er barnet født preterm har det økt risiko for intrakraniell blødning. Siden risiko faktorer nå er identifisert og unormalt navlesnorsfeste kan påvises prenatalt, bør målrettet ultralyd undersøkelse av navlesnorsfeste i høyrisiko-grupper utredes som en mulighet til å bedre fødselsomsorgen.

## PI4. IN VIVO STUDIER AV GLUKOSETRANSPORT OVER PLACENTA

Holme AM<sup>1</sup>, Roland MCP<sup>1</sup>, Lorentzen B<sup>1</sup>, Michelsen TM<sup>1,2</sup>, Henriksen T<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Obstetrisk seksjon Rikshospitalet, Fødeavdelingen, Kvinne- og barneklivnikken, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>2</sup>Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Avdeling for kvinne- og barnehelse, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>3</sup>Universitetet i Oslo, Oslo.

**Bakgrunn.** Fosterets viktigste energikilde er glukose som i hovedsak tilføres fra mor via placenta. Høy tilførsel av glukose fra mor som ved diabetes eller høyt sukkerinntak medfører overvekt og økt kroppsfett hos den nyfødte. Det er imidlertid en klinisk erfaring at gravide med vel regulert diabetes likevel kan få overvektige barn. Dette illustrerer at det er mye vi ikke vet om hva som regulerer transporten av glukose over placenta og fosterets forbruk av glukose.

Vi har derfor etablert en in vivo modell for å studere transplacentær transport og føtalt forbruk av glukose (og andre næringsstoffer) hos mennesket. Vi presenterer her de første resultatene fra dette prosjektet.

**Metode.** Studien inkluderte friske kvinner (n=39) med ukompliserte svangerskap og planlagt keisersnitt. Fastende blodprøver ble tatt fra a. radialis (som erstatning for a. uterina) og v. uterina umiddelbart før uterotomi, og fra a. og v. umbilicalis rett etter avklemming av navlesnoen. Sammenligninger mellom glukosekonsentrasjoner ble gjort med parett t-test. Assosiasjoner mellom glukosekonsentrasjoner ble undersøkt ved korrelasjonsanalyse med beregning av Pearsons r.

**Resultat.** Gjennomsnittlig glukosekonsentrasjon var 4.71 mmol/L (SD 0.48) i a. radialis, 4.41 mmol/L (SD 0.45) i v. uterina, 3.87 mmol/L (SD 0.41) i v. umbilicalis, og 3.48 mmol/L (SD 0.45) i a. umbilicalis. Den materielle arteriovenøse glukosegradienten var 0.29 mmol/L (SD 0.23),  $p < 0.001$ . Glukosegradienten på føtal side var 0.38 mmol/L (SD 0.31),  $p < 0.001$ . Gradienten mellom a. radialis og v. umbilicalis (den føtomaterielle gradienten) var 0.84 mmol/L (SD 0.25),  $p < 0.001$ . På bakgrunn av de målte verdiene og beregnede gradientene ekstraherte placenta 6 % av maternell glukose. Samtidig forbrukte fosteret 10 % av tilgjengelig glukose i v. umbilicalis. Mors glukosekonsentrasjon var høyt korrelert med fosterets glukosekonsentrasjon ( $r = 0.86$ ,  $p < 0.001$ ). Korrelasjonen mellom mors glukosekonsentrasjon og fosterets forbruk var ikke signifikant ( $r = 0.30$ ,  $p = 0.07$ ). Dersom en antar en uteroplacentær blodgjennomstrømning på 1.0 L/min og en føtoplacentær blodgjennomstrømning på 0.4 L/min, blir tilnærmet 50 % av glukosen ekstrahert fra maternell sirkulasjon metabolisert i placenta.

**Konklusjon.** Vi har etablert en in vivo modell som gir ny innsikt i fordelingen av glukoseforbruket i den føtoplacentære enhet. Modellen kan anvendes på en rekke andre næringsstoffer og øvrige stoffer som er relevante for studier av placentas fysiologi/patofysiologi.

## PI5. "TO PUSH, OR NOT TO PUSH? IN THE SECOND STAGE OF LABOR, THAT'S THE QUESTION". FØDELSESHÅNDTERING AV KVINNER TIDLIGERE OPERERT FOR NETTHINNELØSNING, OG KVINNER MED TIDLIGERE SYKEHISTORIE PÅ CEREBRAL BLØDNING/TROMBOSE.

Warpe IB<sup>1</sup>, Iversen OE<sup>1</sup>, Morken NH<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

**Bakgrunn.** Håndtering av fødsel hos kvinner med sykehistorie på netthinnepatologi har vært lite diskutert i litteraturen. Det finnes ingen nasjonale retningslinjer for denne type problemstilling ved norske fødeavdelinger. Målet med denne studien var å kartlegge hvordan klinikere ville håndtert to definerte kasusbeskrivelser.

**Metode.** Først ble det gjennomført litteratursøk i databasen PubMed. Deretter ble spørreskjemaundersøkelse av norske obstetrikere foretatt ved Årsmøtet for Norsk Gynekologisk Forening i september 2011. Videre, ringeundersøkelse til alle landets fødeavdelinger med bruk av standardiserte spørsmål utført høsten 2011. Til sist foretok vi en elektronisk spørreundersøkelse til landets fem spesialistavdelinger for retinakirurgi. Et standardisert spørreskjema ble brukt. Data ble bearbeidet ved bruk av statistikkprogrammet SPSS og ved bruk av Excel.

**Resultat.** Totalt 126 obstetrikere deltok ved den skriftlige spørreundersøkelsen ved årsmøtet for Norsk Gynekologisk Forening, 36 fødeavdelinger på ringeundersøkelsen og 5 oftalmologiske avdelinger på elektronisk spørreundersøkelse. Svarprosenten var henholdsvis 61 %, 100 % og 100 %. Resultatene viste at norske obstetrikere i større grad enn oftalmologene anbefaler operativ forløsning grunnet øyetilstanden. Ingen fødeavdelinger i Norge har skriftlige rutiner for håndtering av kvinner med tidligere netthinnepatologi. Alle regionene foretrekker trykking ved vanlig vaginal fødsel, bortsett fra Helse Vest som foretrekker tang. Vi fant en tendens mot kjønnsforskjell hos obstetrikere: menn tenderer til intervensjon, mens kvinnene vil la kvinner trykke. Få år i faget viste en signifikant preferanse for valg av keisersnitt. Majoriteten (65,8 %) av de aktive spesialistene vil tillate kvinner å gjennomgå en normal fødsel med trykking. Legens alder var ikke en signifikant faktor ved undersøkelsen. Til sammenligning var de samme legene enig da det gjaldt fødselshåndtering og tidligere cerebralblødning/trombose. Her ville 99 % latt kvinnen gjennomgå en normal vaginal fødsel.

**Konklusjon.** Det finnes ikke evidensbasert litteratur som understøtter en kausal sammenheng mellom fødsel og rheimatogen netthinneavløsning, selv i øyne som er disponert for dette. Ut fra et oftalmologisk synspunkt er det ikke indikasjon for keisersnitt eller instrumentellintervensjon hos fødende kvinner med tidligere sykehistorie på netthinneavløsning. Det finnes derimot evidens for at keisersnitt er en viktig risikofaktor for både slag eller intracerebral venøs trombose, - noe som må tas hensyn til ved forløsning av kvinner med sykehistorie på dette området.

## PI6. HØYERE KOMPLIKASJONSRATE VED ENDRING AV TYPE TVT-BÅND?

Mathew S<sup>1</sup>, Trovik J<sup>1</sup>, Engelsen IB<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

**Bakgrunn.** Ved Kvinneklivnikken Haukeland Universitetssykehus ble type TVTslynge byttet oktober 2011. Vårt inntrykk var at umiddelbare postoperative komplikasjoner økte med den nye slyngen. Vi ville undersøke om dette faktisk var tilfelle.

**Metode.** Retrospektiv journalgjennomgang for alle pasienter operert med TVT i perioden fra 04.10.2010 tom 15.06.2012. Opplysninger vedrørende umiddelbare postoperative komplikasjoner samt liggetid i avdelingen ble registrert. Kategoriske variabler ble undersøkt med Kvikvadrattest mens Mann-Whitney U-test ble benyttet til å sammenlikne kontinuerlige data.

**Resultat.** 150 kvinner hadde blitt operert den første perioden med Johnson & Johnsons TVT (I) og 138 ble operert med Boston Scientific's TVT den andre perioden (II). Det var ingen signifikant forskjell i gruppene mhp alder, preoperativ flow eller preoperativ resturin ( $p > 0.05$ ). 73 av de 288 kvinnene (25 %) opplevde en komplikasjon: 15 perforasjon, 29 måtte ha intermitterende kateterisering, 14 inneliggende kateter, 17 fikk tøyd slyngen, 9 kuttet slyngen og 3 fjernet hele/deler av slyngen. 52 kvinner (18 %) måtte overnattet i avdelingen pga komplikasjon. Fordelingen av komplikasjoner var ikke signifikant forskjellig mellom de to periodene: Slynge I 39/150 (74 %) og Slynge II 34/138 (75 %,  $p = 0.79$ ).

**Konklusjon.** Vi påviste ingen signifikant økt komplikasjonsfrekvens etter bytte av slynge.



## PI7. RISIKOFAKTORER FOR BEHANDLINGSSVIKT 10 ÅR ETTER RETROPUBISK TENSJONSFRI VAGINAL TAPE (TVT)

Svenningsen R<sup>1</sup>, Staff AC<sup>1,2</sup>, Schiøtz HA<sup>3</sup>, Western K<sup>4</sup>, Sandvik L<sup>2,5</sup>, Kulseng-Hanssen S<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Gyn avd. Oslo Universitetssykehus, Oslo; <sup>2</sup>Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo; <sup>3</sup>Gyn/Obst avd. Sykehuset i Vestfold, Tønsberg; <sup>4</sup>Gyn/Obst avd. Sykehuset Østfold, Fredrikstad; <sup>5</sup>Enhet for Biostatistikk og Epidemiologi, Oslo Universitetssykehus, Oslo; <sup>6</sup>Gyn/Obst avd. Vestre Viken, Sykehuset Asker og Bærum, Bærum.

**Bakgrunn.** Retropubisk TVT som kirurgisk behandling for stress- og blandingsinkontinens har godt dokumenterte kortids**Resultat.** Flere studier med 10 års oppfølgingstid har også vært oppløftende. Likevel opplever noen TVT-opererte kvinner å få inkontinensplager tilbake flere år etter vellykket kirurgi. Vi ønsket med denne studien å evaluere potensielle preoperative og operative risikofaktorer for langtids (10 års) behandlingssvikt etter retropubisk TVT.

**Metode.** Risikoanalyse ble utført på 10 års oppfølgingsdata fra en nylig publisert norsk multisenter-studie etter kobling mot lagrede pasientdata i Norsk Kvinnelig Inkontinensregister (NKIR). Subjektive og objektive 10 års resultatdata fra respektive 483 og 327 kvinner ble benyttet.

Uni- og multivariat logistisk regresjonsanalyse ble utført på to separate avhengige utfallsvariabler:

1. Subjektiv behandlingssvikt definert som prosentandelen kvinner som ikke definerte seg som kurert når valget sto mellom "kurert", "bedre", "uendret" eller "verre".  
2. Objektiv behandlingssvikt definert som  $\geq 1$  gram lekkasje på en standardisert stresstest.

I tillegg ble ny kirurgi for stressinkontinens i oppfølgingsperioden klassifisert som behandlingssvikt i begge kategorier:

De uavhengige pre- og peroperative variablene hentet fra NKIR var: alder på operasjonstidspunktet, grad av urgencyinkontinens-symptomer (indeks-score), grad av stressinkontinens-symptomer (indeks-score), grad av stresslekkasje (stresstest), maksimalt uretralt lukketrykk (MUCP), primærkirurgi/residivkirurgi, TVT alene/TVT samtidig med descenskirurgi og komplikasjoner/ikke-komplikasjoner.

**Resultat.** Tre variabler fremsto som individuelle risikofaktorer i den multivariate modellen. Alder  $\geq 56$  år på operasjonstidspunktet var assosiert med både subjektiv (justert OR: 2,15, KI: 1,40-3,30) og objektiv (justert OR: 2,81, KI: 1,30-6,09) 10 års behandlingssvikt. Blandingsinkontinens var assosiert med subjektiv 10 års behandlingssvikt, men bare dersom urgencyinkontinens-komponenten hadde en indeks-score  $\geq 5$  (justert OR: 2,33, KI: 1,27-4,28). Komplikasjoner registrert under eller umiddelbart etter kirurgi var også assosiert med subjektiv 10 års behandlingssvikt (justert OR: 3,02, KI: 1,53-5,95). Blandingsinkontinens og komplikasjoner var ikke assosiert med objektiv behandlingssvikt.

**Konklusjon.** Alder  $\geq 56$  år; blandingsinkontinens med stor urgencyinkontinens-komponent og kirurgiske komplikasjoner synes å representere risikofaktorer for langtids behandlingssvikt etter retropubisk TVT. Denne informasjonen kan bidra til å gi kvinner bedre individualisert informasjon og mer realistiske forventninger før planlagt inkontinenskirurgi.

## PI8. UNDERLIVSFREMFALL HOS FØRSTEGANGSFØDENDE. EN PROSPEKTIV OBSERVASJONSSTUDIE AV 229 KVINNER FRA MIDTVEIS I SVANGERSKAPET TIL ETT ÅR ETTER FØDSEL

Reimers C<sup>1</sup>, Stær Jensen J<sup>1</sup>, Ziafarikas F<sup>2</sup>, Saltyte-Benth J<sup>2</sup>, Bø K<sup>3</sup>, Ellström Engh M<sup>2</sup>

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

**Bakgrunn.** Underlivsfremfall er et betydelig folkehelseproblem idet over halvparten av alle kvinner rammes i løpet av livet. Vaginal fødsel regnes som den viktigste risikofaktor sammen med stigende alder. Lite er imidlertid kjent om korttidsvirkningen av svangerskap og fødsel på utvikling av underlivsfremfall.

Vi har gjennomført en studie med målsetting å kartlegge grad av underlivsfremfall hos førstegangsfødende kvinner. Vår hypotese var at grad av underlivsfremfall påvirkes både av økende svangerskapslengde, fødsel og tid etter fødsel.

**Metode.** Dette er en prospektiv kohortstudie gjennomført ved AHUS. Førstegangsfødende med ett foster som forsto norsk ble invitert til å delta. Kvinnene ble undersøkt i svangerskapsuke 22 og 37, og 6 uker, 6 mnd og 12 mnd post partum. Kvinnene ble undersøkt med målinger av fremfall i form av Pelvic Organ Prolapse Quantification score (POP-Q).

For statistisk analyse av endringer i pre og post partum-perioden ble lineær mixed model med tidstrend analyse brukt. For å vurdere forskjeller mellom funn i svangerskapsuke 37 og 6 uker post partum har man anvendt parett T-test.

**Resultat.** 229 kvinner ble inkludert, og 178 kvinner deltok på alle fem undersøkelsene.

Karakteristika for studiepopulasjonen var: Gjennomsnittsalder 28,7 år (spredning 19-40), Åttien prosent fødte vaginalt og 19 % ved keisersnitt.

Målepunktene i fremre vagina (Aa, Ba), bakre vagina (Ap, Bp) og i vaginaltoppen (C, D) flytter seg i kranial retning fra svangerskapsuke 22 til 37, deretter i kaudal retning fra uke 37 til 6 uker post partum for så igjen å bevege seg i kranial retning de 12 mnd som følger etter fødselen. Analysene viste at de fleste av disse endringene var statistisk signifikante bortsett fra for fremre vegg pre partum og for bakre vegg post partum.

**Konklusjon.** Ingen av kvinnene i vår studie har uttalt prolaps (mer enn stadium II). Grad av prolaps minker med økende svangerskapslengde, øker etter fødsel, og minker så i de 12 mnd som følger etter fødselen.

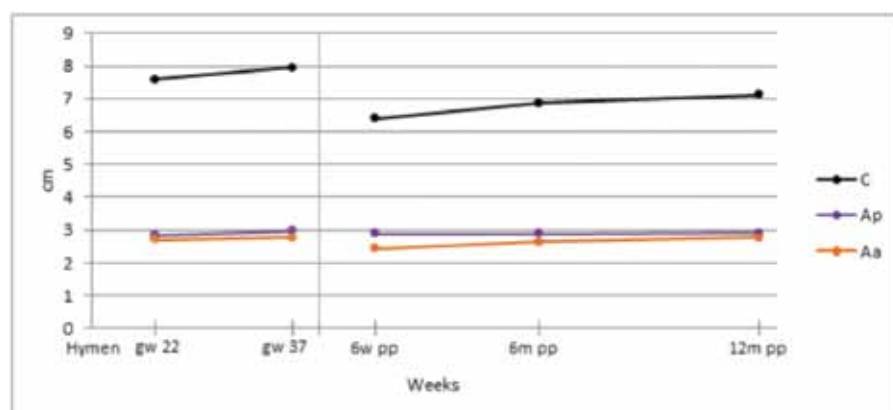


Fig 1: Gjennomsnittlige endringer i de tre compartments over tid.

## PI9. KIRURGISK FERDIGHET KAN MÅLES. VALIDERING AV TO SKÅRINGSSYSTEMER FOR KIRURGISK FERDIGHET VED LAPAROSKOPISK SUPRACERVICAL HYSTEREKTOMI.

Goderstad JM<sup>1</sup>, Fosse E<sup>2</sup>, Lieng M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gynekologisk avdeling, Kvinnekliviken, Oslo Universitetssykehus HF; <sup>2</sup>Intervensjonssenteret, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus.

**Bakgrunn.** Hensikten med denne studien er å finne et evalueringsskjema som kan brukes i den kirurgiske opplæringen av gynekologer. Vi planlegger å lage et treningsprogram for laparoskopisk supracervical hysterectomy. I denne studien sammenligner vi to skåringssystemer for strukturert evaluering av kirurgiske ferdigheter. Skjemaene vi bruker er The Global Assessment of Laparoscopic Skills (GOALS) og Competence Assessment Tool (CAT-LSH). GOALS er et evalueringsskjema for laparoskopisk generelt. Dette skjema er validert i tidligere studier. Vi har for vår studie laget et prosedyrespesifikt skjema for LSH i samarbeid med kirurg på Imperial College i London.

**Metode.** Dette er en prospektiv kohort observer blindet studie. Gynekologer og leger i spesialisering (LIS) med ulik kirurgisk erfaring er inkludert i studien. De er kategorisert i tre grupper; uerfarne, (0-1 LSH, 20-50 laparoskopiske prosedyrer), mellomgruppe, (>5 LSH, >50 laparoskopiske prosedyrer), erfarne (kan gjøre LH og avansert bekkenkirurgi).

Deltagerne gjennomfører en LSH. Operasjonen videofilmes og evalueres av operasjonsassistenten og to observatører som ikke har informasjon om hvem som opererer eller gynekologens operative erfaring. I evalueringen brukes skjemaene GOALS og LSH- CAT.

Vi har gjennomført en pilot studie, der 10 operasjoner ble filmet. Ut i fra disse resultatene trenger vi 37 filmer for å oppnå en power på 80 % og et signifikansnivå på 0,05. Innsamlingen av filmer startet 7 januar. Vi har til nå 35 filmer.

**Resultat.** Vil bli presentert.

**Konklusjon.** Vil bli presentert.

## P20. KJENNETEGN HOS KVINNER SOM SØKER Å FÅ UTFØRT GJENTATT PROVOSERT ABORT: EN STUDIE AV 80 346 BEGJÆRINGER OM SVANGERSKAPSABBRUDD

Justad-Berg RT<sup>1</sup>, Strøm-Roum EM<sup>2</sup>, Eskild A<sup>2</sup>

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

**Bakgrunn.** Det er sannsynlig at det blant de mer enn 15.000 provoserte abortene årlig i Norge, er kvinner som har fått utført en eller flere aborter tidligere. Vi studerte hvilken andel av abortbegjæringene som var fremmet av kvinner med en eller flere tidligere aborter. Vi studerte også om alder, paritet, sivilstatus, yrkesaktivitet, utdanning og prevensjonsbruk var assosiert med gjentatt abort.

**Metode.** Studiepopulasjonen besto av alle begjæring om svangerskapsabbrudd innen utgangen av 12. svangerskapsuke i Norge i perioden 2007-2011 (n=80 346). Vi brukte data fra Abortregisteret. Vi estimerte andelen av alle abortbegjæringene som var blant kvinner som begjærte abort for første, andre eller tredje (eller flere) gang. Videre beregnet vi betydningen av mors alder, paritet, sivilstatus, yrkesstatus, utdanning og prevensjonsbruk for gjentatt abort som ujusterte og justerte odds ratioer ved hjelp av logistiske regresjonsmodeller.

**Resultat.** Av totalt 80 346 abortbegjæringene, var 36,7 % (n=29 483) hos kvinner som hadde fått utført abort tidligere; 25,0 % (n=20 060) av kvinnene hadde fått utført én og 11,7 %

(n=9 423) hadde fått utført to eller flere aborter tidligere. Uavhengige risikofaktorer for gjentatt abort var høy alder (alder 40-44 år: OR 1.89; referanse: 20-24 år), paritet (para 1: OR 1.67; para ≥ 2: OR 1.43; referanse: para 0), bruk av prevensjon (hormonell prevensjon: OR 1.61; nødprevensjon: OR 1.39; kondom: OR 1.22; referanse: ingen prevensjon), det å være enslig (OR 1.30, referanse: gift/samboer) og det å ikke ha lønnet arbeid (OR: 1.09, referanse: heltid-/deltidsarbeid). Høgskole/ universitet som høyeste fullførte utdanning var assosiert med redusert risiko (OR 0.59; referanse: grunnskole).

**Konklusjon.** 36,7 % av abortbegjæringene i perioden 2007-2011 var blant kvinner som hadde fått utført en eller flere aborter tidligere. Risikofaktorer assosiert med gjentatt abort var høy alder, tidligere fødsel, bruk av prevensjon, det å være enslig og det å ikke ha lønnet arbeid. Høy utdanning var forbundet med redusert risiko.

## P21. HYSTEREKTOMI VED DRAMMEN SYKEHUS – TRENDER OG KOMPLIKASJONER

Bjerk G<sup>1</sup>, Nyfløt LT<sup>1,2</sup>, Berg KF<sup>1</sup>, Warsla G<sup>1</sup>, Korbøl L<sup>1</sup>, Rosenberg M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gyn. Avd., Vestre Viken HF, Drammen sykehus; <sup>2</sup>Kvinnekliviken, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet

**Bakgrunn.** Valg av operativ metode ved hysterektomier har gjennomgått et betydelig trendskifte det siste tiåret mot et økende antall laparoskopiske inngrep. Forskning viser at pasienter som opereres laparoskopisk har raskere rekonvalesens og færre komplikasjoner sammenlignet med pasienter som opereres med laparotomi. Ulempene er vist å være lengre operasjonstid og større risiko for skade på urinveiene. Ved gynekologisk avdeling, Drammen sykehus, har det skjedd en bevisst omlegging av operasjonsteknikk fra abdominale til laparoskopiske operasjoner.

**Metode.** Vi foretok en retrospektiv gjennomgang av pasientjournalene til alle kvinner som fikk utført hysterektomi i tidsrommet 2006-2012 ved gynekologisk avdeling, Drammen sykehus, totalt 1222 kvinner. Pasientens preoperative helsetilstand, indikasjon for inngrepet, valgt operasjonsteknikk og utkomme ble evaluert.

**Resultat.** I tidsrommet 2006-2012 ble det i gjennomsnitt utført 175 hysterektomier årlig på Drammen sykehus. Andel abdominale hysterektomier sank fra 50 -11 %, laparoskopiske økte fra 40 -85 % og de vaginale sank fra 10 - 4 %. I de siste årene har man utvidet indikasjonsstillingene til mer operasjonsteknisk vanskelige inngrep, som betydelig forstørret uterus og uttalt adheranseproblematikk. Rekonvalesenstiden var kortere og det ble observert færre komplikasjoner ved laparoskopiske inngrep sammenlignet med abdominale og vaginale inngrep. Eksempelvis sank postoperative sårinfeksjoner fra 7,3 % ved abdominale inngrep til 3,1 % ved laparoskopiske inngrep. Frekvensen av reoperasjon sank fra 5,1 % til 2,5 %. Hematom og abscess i vaginaltoppen var eneste komplikasjon hvor det ble observert en økning (0,3 % vs. 1,5 % for hematom og 0,8 % vs. 1,3 % for abscess). Det ble ikke observert økt forekomst av skader på urinveiene ved laparoskopiske hysterektomier.

**Konklusjon.** Uten å være et universitetssykehus eller et laparoskopisk senter, har gynekologisk avdeling, Drammen sykehus, lyktes med å bli en av avdelingene i landet hvor laparoskopisk teknikk ved hysterektomi er hyppigst brukt. Laparoskopisk hysterektomi er et tryggere og bedre inngrep for pasienten.

## P22. ENDRING AV HYSTEREKTOMI TIL ET MINI-INVASIVT INNGREP

Hoyer-Sørensen C<sup>1</sup>, Hortemo S<sup>1</sup>, Lieng M<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand; <sup>2</sup>Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Oslo; <sup>3</sup>Det medisinske fakultet, Oslo universitetssykehus, Oslo.

**Bakgrunn.** En stor andel av hysterektomiene utføres per laparotomi til tross for overbevisende kunnskap om at en vaginal og laparoskopisk tilnærming er mer fordelaktig for pasienten. Hysterektomiene ved Sørlandet sykehus Kristiansand ble retrospektivt registrert, og man ønsket å beskrive endringen til en mini-invasivt inngrep.

**Metode.** En gjennomgang av hysterektomiene i perioden 2004 – 2012. Analysere utkomme etter total laparoskopisk hysterektomi og beskrive komplikasjonene etter disse inngrepene.

**Resultat.** I studieperioden har man gjennomgått en endring i tilnærmingen til hysterektomi fra åpen tilgang til mini-invasiv hysterektomi. I 2012 ble bare 17,4 % av hysterektomiene utført per laparotomi, sammenliknet med en årlig prosent på over 50 i perioden 2004–2009. I 2003 ble laparoskopisk supravaginal hysterektomi innført på vårt sykehus, men prosentdelen abdominal hysterektomi forble over 50 % frem til 2010 da man startet med total laparoskopisk hysterektomi. Siden da er 58 total laparoskopiske hysterektomier utført. Det er ikke registrert noen store komplikasjoner. 2 pasienten fikk et vaginaltopps hematom og 1 pasient fikk urinveisinfeksjon.

**Konklusjon.** Det er mulig for et middels stort norsk sykehus å endre dets praksis ved å gå over til mini-invasiv hysterektomi, men det trengs dedikerte gynekologer. Overgangen til et avansert inngrep som total laparoskopisk hysterektomi kan utføres uten store komplikasjoner.

## P23. SJELDENT VASKULÆRT LEIOMYOM UTGÅENDE FRA UTERUS –EN PASIENTHISTORIE

Larsson MLT<sup>1</sup>, Bjørge L<sup>1,2</sup>, Vintermyr OK<sup>3,4</sup>, Woie K<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>2</sup>Klinisk Institutt<sup>2</sup>, Universitet i Bergen; <sup>3</sup>Avdeling for Patologi, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>4</sup>Klinisk Institutt<sup>1</sup>, Universitet i Bergen

**Bakgrunn.** 20-30 % av alle kvinner over 35 år har myomer i uterus. Her demonstrerer vi ett kasus med såkalt vaskulært myom. Dette er en histologisk benign tumor utgående fra glatte muskelceller og inneholder tykk-veggede kar. Differensialdiagnose til sarkom er ofte vanskelig.

**Sykehistorie/Forundersøkelser.** Pasienten er en 50 år perimenopausal kvinne med uregelmessig anemiserende vaginalblødning det siste året. Hun hadde også økende ødem i underekstremitetene den siste måneden. Ved utredning ble det diagnostisert en forstørret uterus som var palpabel til umbilicus nivå. Ultralyd og CT viste en 17x10 cm stor tumor i bekkenet utgående fra uterus. Det ble sett flere solide og dels cystiske komponenter i myometriet på 5cm i diameter. Det var ikke tegn til metastaser. CA125 var 374 kU/L og endometriebiopsi var normal. Pasienten ble henvist til Gyn. Onkologisk avdeling med mistanke om cancer.

**Operasjonsfunn.** Peroperativt ble det funnet stor tumor som utgikk fra uterus. Uterus inneholdt multiple cystiske myomer og var bløt i konsistens. Peroperativt ble hvitlig bindevevsaktige drag inn i store vener til uterus identifisert.

**Histologi.** I uterus fant man leiomyom med karanomalier; såkalt vaskulært leiomyom. Det ble funnet tumor i blodkarene i begge parametrier og spesifikt i tumor funnet i bekkenkar peroperativt. Normale adnex.

**Videre forløp.** Hun ble postoperativt undersøkt med ecco-cor som var normal. Hun er satt på livslang profylaktisk antikoagulasjonsbehandling i form av lav-molekylært heparin. Hun tilbys regelmessig kontroller med årlig MR-undersøkelse. Pasienten har det bra.

**Konklusjon.** Sjeldent form for myom som vokser inn i bekkenkarene. På verdensbasis er det rapportert under 10 tilfeller. Det er en benign sykdom, som kan vokse inn i venene helt opp til høyre atrie. Det er risiko for tilbakefall. Denne kan reduseres ved lav østrogenaktivitet.

## P24. WHAT CAN BE LEARNED FROM INTRAPARTUM MATERNAL DEATHS? RESULTS FROM AN AUDIT STUDY IN NORWAY

Ellingsen L<sup>1</sup>, Yangen S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Norwegian Resource Centre for Women's Health, Department of Women and Children's Health, Oslo University Hospital

**Background.** A maternal death is one of the most tragic events in medicine. Although health care is improving, the maternal mortality ratio is rather constant, even increasing in developed countries. In order to identify specific learning points related to the management of birth we investigated medical records on maternal deaths occurring during labour.

**Methods.** Intrapartum death was defined when the death or the cause of the death occurred during labour or within 24 hours after delivery. Maternal deaths during the period 1996-2009 were identified by linkage of The Medical Birth Registry, the Causes of Death Registry and active case finding in collaboration with all obstetric departments in Norway. Cases meeting inclusion criteria were identified by personal ID number and hospital of death. Medical records were requested in each case and distributed to an enquiry board in anonymous form. An audit classified each case using the latest British CEMACE classification criteria.

**Results.** Totally, we identified 68 maternal deaths; nearly 40 % more than recorded in official statistics. We defined 32 (47 %) as intrapartum deaths, 29 as postpartum deaths, 2 as antepartum deaths and 5 were deaths in early pregnancy less than 20 weeks. The overall maternal mortality ratio was 8.2 per 100 000 livebirths. The causes of intrapartum deaths were preeclampsia (n=14), amniotic fluid embolism (n=6), postpartum haemorrhage (n=4), acute pulmonary embolism (n=3), septic shock (n=2), anaesthesia failure (n=1) and acute fatty liver of pregnancy (n=2). One woman died of dissection of aorta. The result from the audit showed that in 15 cases (47 %) suboptimal factors in medical care had possibly contributed to the death. In all the cases of bleedings and in 9 of the 14 pre-eclamptic cases, it was concluded that death could possibly have been avoided with better medical treatment.

**Conclusion.** The majority of maternal deaths occurred intrapartum. Hypertensive pregnancy complications was by far the leading cause. Audit of intrapartum maternal deaths provides a substantial learning potential. Dissemination of important learning points may assist in reducing the number of intrapartum deaths in the future. Increased vigilance toward timely and adequate treatment of hypertensive pregnancy complications, pulmonary embolism and post partum haemorrhage is warranted.

# November 7-8, 2013, Copenhagen

## Harmonizing and improving the Nordic ObGyn training – how to get there?

### Thursday

11.30 - 12.30	REGISTRATION, LUNCH
12.30-12.35	Welcome and introduction (Göran Berg/Tomi Mikkola)
	HOW TO IMPROVE TRAINING (Chair:Tomi Mikkola)
12.35-13.20	How to get the best specialists (Charlotte Ringsted, Canada)
13.25-14.10	How to evaluate/audit training? (Wendy Reid, UK)
14.10-14.40	COFFEE
14.40-15.25	Do we need exams? (Wendy Reid, UK)
15.25-15.45	Discussion and questions
15.45-16.00	FRUIT/COFFEE
	FUTURE TOOLS FOR TRAINING (Chair: Jan Brynhildsen)
16.00-16.30	Web-based learning (Charlotte Ringsted, Canada)
	New ways of teaching
16.35-17.05	Obstetrics (TBD)
17.10-17.40	Gynecology (TBD)
17.40-18.00	Discussion and questions
19.30	DINNER

### Friday

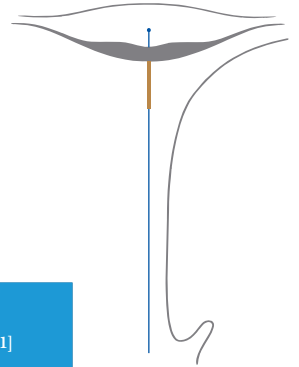
	HARMONIZING – HOW TO GET THERE? (Chair:Anja Kirstein)
08.30-09.00	Training in USA – what could we learn? (Juha Räsänen, Finland)
09.05-09.35	EBCOG guidelines in Ob/gyn-training (Rolf Kirschner, Norway)
09.35-10.00	COFFEE
	How to improve our training curriculum (15 min. each)
	- Aila Tiitinen/ Milla Juhantalo-Takala (Finland)
	- TBD/ Ida Bergman (Sweden)
10.00-11.30	- Annemette Lykkebo/ Kasper Aaboe (Denmark)
	- TBD/ Camilla Kleveland (Norway)
	- Katrín Kristjánsdóttir / Ómar S. Gunnarsson (Iceland)
11.30-12.30	LUNCH
12.30-14.00	PANEL DISCUSSION (Chair: Göran Berg)
	Where an how do we go from here?
	- NFOG Board representative from each country
	- EC and NFYOG Chairpersons
14.00-14.15	Concluding remarks (Göran Berg/Tomi Mikkola)

**TBD= to be determined**



Gyne**FIX**<sup>®</sup> 200

## Kopperkjedespiralen - designet til alle livmorstørrelser.



- Hormonfri prevensjon i 5 år – pearl index 0,48<sup>[1]</sup>
- Høy toleranse > 93% bærer den etter 3 år<sup>[1]</sup>
- Passer også den som ikke har født<sup>[2]</sup> – øker ikke blødningsmengden<sup>[1]</sup>

Ref. 1) 1. Wildemeersch D, Batár I, Affandi B, Andrade ATL, Wu S, Hu J, Cao X. The 'frameless' intrauterine system for long-term, reversible contraception: A review of 15 years of clinical experience. J Obstet Gynaecol Res 2003;29:160–169.

Ref. 2) "Precision intrauterine contraception may significantly increase continuation of use: a review of long-term clinical experience with frameless copper-releasing intrauterine contraception devices" International Journal of Women's Health 15. April 2013

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

 Navamedic



# Kongresskalender

Se [www.legeforeningen.no/ngf](http://www.legeforeningen.no/ngf)

## 2013

### **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

### **In vitro fertilization clinics growing in the digital age**

31. oktober - 02. november 2013. Berlin, Tyskland

### **NFOG Educational Course: Harmonizing and improving the Nordic ObGyn training – how to get there?**

07. november - 08. november 2013. København, Danmark

### **Kroniske sykdommer i graviditet**

11. november - 12. november 2013. Akershus universitetssykehus

### **Legemiddelbehandling under graviditet og amming**

15. november 2013 Oslo

### **Klinisk rettsmedisin i praksis ved seksualovergrep**

18. november - 19. november 2013. Trondheim

### **Asia-Pacific Congress on Building Consensus out of Controversies in Maternal and Fetal Medicine (BCMFM)**

21. november - 23. november 2013. Shanghai, Kina

## 2014

### **16th World Congress of Gynecological Endocrinology**

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

### **The 5th Congress of the Asia, Pacific Initiative on Reproduction**

04. april - 05. april 2014. Brisbane, Australia

### **12 world Congress on Endometriosis**

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

### **14th World Congress Menopause**

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

### **15th world congress for cervical pathology and colposcopy**

26. mai - 30. mai 2014.

### **NFOG 2014**

10. juni - 12. juni 2014. Stockholm, Sverige

### **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 kjønnsormononhøytstående 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 estrogen 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. 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 sollys og UV-stråling unngås. Ektopisk graviditet er mer sannsynlig ved bruk av preparater med kun progestogen enn ved bruk av kombinasjonspreparater. Ved ekstrauterin 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, saquinavir, 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: Begrensede 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 det 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 hypoøstrogen, hypergestagent endokrint miljø som gir decidualisering av endometrievev etterfulgt av atrofi av endometriske lesjoner. Absorpsjon: Raskt og nesten fullstendig. C<sub>max</sub>: 47 nanogram/ml. T<sub>max</sub>: 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 bekkenmerte<sup>1</sup>
- Færre endometrioselesjoner<sup>2</sup>

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.

Visanne®



Bayer HealthCare