

24-3
2012

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



ÅRSMØTEUTGAVEN 2012

Tromsø 25. - 27.oktober 2012

■ Årsrapporter s. 8 ■ Program s. 30 ■ Abstrakts s. 34 ■



Folk syns nok at jeg er en dårlig matmor.

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



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

Referanse: 1. Karam et al. urology, volume 73, number 1, January 2009, p. 14-18.

 **Vesicare**
Solifenacin

Legemiddel mot overaktiv blære

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: martin@drandresen.no

Medredaktør

Pooja Parashar
Spes.praksis Bergen
E-mail: ipooja@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

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

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

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

Siri Strand Pedersen
Gyn avd , Klinikk Hammerfest
E-mail: Siri.Strand.Pedersen@helse-
finnmark.no

Nettredaktør

Mette Løkeland,
Haukeland universitetssjukehus, Bergen
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

Gaute Bruvik

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2012

nr 4; 10. november

Innhold

■ Redaktøren	4
■ Leder	5
■ Årsmøte	
NGFs representanter 2011	6
Årsrapport NGF	8
Årsrapport Kvalitetsutvalget	10
Årsrapport NPE/NGF	10
Årsrapport Laparoscopiutvalget	11
Årsrapport STAN	14
Årsrapport Spesialitetskomiteen	15
Årsrapport NFGO	16
Årsrapport NFOG's Educational Board	16
Årsrapport NGF økonomi	17
Årsrapport FUGO	20
Årsrapport EBCOG	22
Generalforsamling NGF 2012	29
Program NGF Årsmøte	30
Program Formøter NGF Årsmøte	32
■ FUGO	
Kjære FUGO medlemmer!	24
Årsmøte og Generalforsamling, FUGO 2012	25
Presentasjon av NFYOG	26
Kolposkopi-kurs	27
■ Abstrakt	
Abstaktsamling	34
■ Kurs/kongress	
Kongresskalender	51



24-3
2012



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2011-2013

Leder	Knut Hordnes	Hospitalet Betanien	knut.hordnes@uib.no
Nestleder	Torill Kolås	Sykehuset Innlandet Lillehammer	toril.kolaas@c2.net
Vitenskapelig sekretær	Jone Trovik	KK Haukeland	jone.trovik@helse-bergen.no
Kasserer	Kevin Sunde Oppegaard	Gyn avd hammerfest	kevin.s.oppegaard@helse-finnmark.no
Styremedlem og redaktør Gynekologen (PSL)	Martin Andresen	Smestadgynekologene	martin@drandresen.no
Sekretær (FUGO)	Helene Peterson,	KK Ahus	Helene.Fjeldvik.Peterson@ahus.no
Styremedlem	Tone Shetelig Peterson	St Olavs Hospital	Tone.Shetelig.Lovvik@stolav.no
Varamedlem (PSL)	Odrun Kleggetveit	Spes praksis, Kristiansand	odrun.kleggetveit@gmail.com
Varamedlem (FUGO)	Marte Myhre Reigstad	KK Ahus	martereigstad@gmail.com

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

Den gynekologiske familie



Jeg husker godt mitt første årsmøte i Ålesund i 1995. Som fersk assistentlege med 2 ukers erfaring var jeg spent på hva som ventet meg. Jeg ble raskt innlemmet i LOC, og fikk ansvaret med å dempe lyset i salen når foredragene ble holdt. En grei arbeidsoppgave for en som knapt hadde gjort en fraktionert abrasio.

Samme kveld som gallamiddagen skulle være, var LOC og endel av foredragsholderne invitert på en drink på et av rommene på hotellet. Plutselig stod jeg der og snakket relativt ubesværet med Prof Gjønnæs som lurte på hvor lenge jeg hadde vært i faget. - Det kunne jeg svare

ganske raskt på. Heldigvis hadde jeg studert med sønnen hans, så samtalen skiftet kjapt retning. Etterhvert hilste jeg på flere, og alle var hyggelige og interesserte i hva jeg gjorde og hva min spesialitet var.

Årsmøtet ble for meg et utrolig flott møte med kollegaer fra hele landet. Den uformelle praten og det sosiale samværet gjorde at jeg følte meg vel blant de langt mere erfarne kollegaene. Etter helgen i Ålesund følte jeg meg som en del av de gynekologiske familie!

Nå er det klart for et nytt årsmøte. Denne gang i Tromsø. LOC med Ingard Nilsen i spissen, og vi i styret i NGF, har jobbet hardt for at også dette årsmøte skal bli vellykket både faglig og sosialt.

Jeg håper at mange av våre LIS`er har tatt turen nordover, og at også dere vil føle at dere er en viktig del av den gynekologiske familie.

Velkommen til Tromsø !!

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

STAN-GRUPPEN

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

LAPAROSKOPIUTVALGET

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

NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

GYNEKOLOGEN

Martin Andresen, Pooja Parashar, Cathrine Ebbing, Mariann Eidet, Anne-Cecilie Hallquist, Siri Strand Pedersen

KVALITETSUTVALGET

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

FUGO

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

NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

REVISJONSKOMITE – PROSEDYREKODER

Anne Zandjani, Stian Vestad

ANDRE RELATERTE INSTANSER:

SPECIALITETSKOMITEEN

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

NFGO

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

EBCOG (For 2012-2014)

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

NFOG

Jone Trovik

Kjære kolleger!



Sommeren er over, det er slutt på lavdrift og krisepreget bemanning, og det er etter hvert mulig å gjøre et elektivt inngrep igjen. I Bergen har vi hvilt tungt på laurbærene etter NFOG-kongressen. Beskjedenhet er bare en av de mange fortreffelige egenskaper vi bergensere har, og selvskryt skyr vi som pesten – men: det kan ikke underslås at kongressen ble en stor suksess, faglig, sosialt og arrangement-teknisk. Det har heller ikke manglet på positive tilbakemeldinger, og det er gledelig. Det hele startet med ni forkurs lørdag, deretter selve kongressen som varte to og en halv dag. Søndag morgen satte FIGO-presidentens åpningsforedrag faget vårt i globalt perspektiv, og senere ble faget også satt i en evolusjonsmessig sammenheng. Underveis var det tre parallelsesjoner med alt fra smerter og reproduksjonsteknologi, svangerskap med fysiologi og psykologi, vaginal fødsel, det revnende mellomkjøtt og bekkenbunnens undergang, til avslutningen tirsdag med føtal immunisering og doktorgradspresentasjoner. Sesjonene var jevnt og godt besøkte. Rekordmange abstrakt med gode arbeider ble presentert som frie foredrag, i sentralt plasserte postere, og som orale posterpresentasjoner. Grieghallen dannet en ypperlig ramme rundt det hele. Stor takk til alle som bidro:

deltakere, foredragsholdere, ordstyrere, forkurs-arrangører, industri, NFOG, vårt kongressbyrå CIC og ikke minst lokalkomiteen som gjennom hele fire års forberedelser har dradd et tungt lass. Djevelen er i detaljene - det er her man står eller faller, og en solid porsjon nevrose er godt å ha med. Komiteen er på en måte glad for at det går 34 år mellom hver gang NFOG legges til Bergen, men savner selvfølgelig gratisarbeidet på kveldstid, så hva med å arrangere EBCOG-kongress neste gang? I alle fall, NFOG Bergen 2012 går inn i historien som særdeles vellykket.

Sommeren har forløpt uten at de store agurk-nyheter har rammet vårt fag – i motsetning til sommeren 2006 da GBS ble opphøyet fra et ganske begrenset medisinsk problem til en epidemi som truet nasjonens eksistens. I år ble det kun en nesten-agurk, nemlig da Danmark i juni endret sin lovgivning for eggdonasjon i liberal retning, til også å inkludere bruk av kjent donor. Media ble da minnet om at eggdonasjon stadig ikke er tillatt i Norge, og hvorfor ikke? Undertegnede ble halt inn og var helt klar for å svare at dette faktisk er helt umulig å begripe – men på vei til studio ble det hele avlyst da det dukket opp en varmere potet. Så tilfeldig og ustabil er mediaverden og sommerfreden.

Nok om grønnsaker.

Det er stort behov for oss som sakkyndige spesialister, enten det er for NPE, Pasientskadenemnda eller i rettsapparatet. I sommer fikk jeg et hjertesukk fra en dommer som strevet med å skaffe sakkyndig, og som hadde gått adskillige runder for å finne en som både var egnet og villig til å stille opp. Den sakkyndige bør være en erfaren kliniker innen det aktuelle fagfelt, og ikke en som har vært lenge borte fra klinikken enten

det er som akademiker, administrator eller pensjonist. Skal man være med å bedømme kollegers yrkesutøvelse, er det selvfølgelig viktig at dette blir gjort så skikkelig som mulig. Problemet er at de best egnete også er de mest travle - det er jo det som er skjebnen til erfarne klinikere. For en del år siden figurerte det en liste over kolleger som var egnet til å være sakkyndige, og i min tidlige styrekarriere fikk vi spørsmål om å oppdatere denne. Styret bestemte at det ikke var grunn til å opprettholde en slik liste, og at alle spesialister i faget skulle kunne forespørres. Sakkyndig rollen bør fordeles på flere og det er viktig at man stiller opp når man blir spurt. Det er ofte fornuftig å diskutere med erfaren kollega, og det er ofte noe man selv kan lære av saken. Betalt er det også.

Vi ser nå fram til det kommende årsmøtet i Tromsø 25.-27 oktober. Tidspunktet er forskjøvet og faller sammen med kirurgenes høstmøte. Det blir spennende å se hva dette betyr for industriens deltakelse. Programmet er allerede lagt, og det blir stor vekt på å presentere aktuelle kapitler fra arbeidet med Veilederen som nå er i full gang. Vi har enda tro på at våre metoder skal bestemmes av våre egne fagfolk, som har ansvaret både for medisinsk behandling og ressursbruk, og ikke at de bestemmes av helsemyndigheter preget av innspill fra aktører som slipper å ta ansvar. Vanskelig, da våre myndigheter stadig er våre myndigheter, også når vi er uenige med dem, men vi gir ikke opp å argumentere for det vi mener er rett. Vi var først med Veiledere, vi er pionerer og prisbelønte for kvalitetsarbeid, og vi bør være verd å lytte til!

Vær med der det skjer – det er Tromsø i oktober. Vel møtt!

NGFs representanter 2011

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITÉER

STAN-GRUPPEN

Styret (består av tre faste leger):

Tore Henriksen (Rikshospitalet, leder)

Branislava (Branka) MYli (Rikshospitalet)

Torunn Eikeland (Helse-Fonna HF, Haugesund)

Medlemmer (1 lege og 2 jordmødre) som byttes ut etter 2 år (2007-2009):

Jørg Kessler (Haukeland)

Universitetssykehus)

Berit Lunden Hustad, Fagutviklingsjordmor,

Sørlandet sykehus Kristiansand

(Jordmorforbundet Norsk

Sykepleierforbund)

Winnie Dragnes, Fagutviklingsjordmor, føde

avdelingen Akershus Universitetssykeus,

(Den Norske Jordmorforening)

Sist oppnevnt: 2011

Funksjonstid: til 2012

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:

Jostein Tjugum (leder), Marit Lieng, Anton

Langebrette, Andreas Putz, Ellen Folkestad

Funksjonstid: inntil videre

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

NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

Sist oppnevnt: 2010

Funksjonstid: 4 år

GYNEKOLOGEN

Redaktør: Martin Andresen

Medredaktør: Pooja Parashar

Redaksjonsmedlemmer: Anne Cecilie Hellekvist, Marianne Eidet, Siri Pedersen., Cathrine Ebbing

Sist oppnevnt: 2012

Funksjonstid: 2 år

Mandat: Ikke formalisert

KVALITETSUTVALGET

Rolf Kirschner (leder), Bjørn Hagen,

Anny Spydslaug, Pål Øian, Runa S.Aabø

(representant for PSL)

Sist oppnevnt: 2011

Funksjonstid: 4 år.

Mandat: ikke angitt

FUGO

Christian Tappert, Trondheim (2011/2012),

Sjur Lehmann, Bergen (2011/2012), Marte F

Myhre, Oslo (2011/2012), Johanne Holm

Toft (2011/2013), Tiril Tingleff, Ringerike

(2012/2013), NGF representant: Helene

Fjeldvik Peterson, Akershus (2012/2013).

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.

REVISJONSKOMITE – PROSEDYREKODER I SPESIALISTPRAKSIS

Anne Zandjani, Stian Vestad

Sist oppnevnt: 2006

Funksjonstid: 2011

Mandat: Vurdere bruk av prosedyrekoder for ikke kirurgisk virksomhet i privat praksis innen fagområdet gynekologi og obstetikk og komme med forslag til nye prosedyrekoder innen fagområdet.

ANDRE RELATERTE INSTANSER: SPESIALITETSKOMITEEN

Jeanne Mette Goderstad, Ingeborg Bøe,

Ingar Nilsen, Kari-Anne Trosterud, Trond

Melbye Michelsen, Hilde Sundhagen, Knut

Hofft Kierulf, Sjur Lehman

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 (EXEC)

Sist oppnevnt/funksjonstid/mandat: se

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

NFOG'S NEMNDER

Ole Jacob Nakling Jensen (etterutdanning),

Jone Trovik (vitenskapelig komite)

Sist oppnevnt: 2005

Funksjonstid: 2012

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

Zidoval gel

metronidazol 0,75%

Til vaginal behandling av bakteriell vaginose

godt tolerert¹ • vannbasert gel • selektiv lokalbehandling^{1,2}

c Zidoval «Meda»

Kjemoterapeutikum.

ATC-nr.: G01A F01

VAGINALGEL 0,75%: 1 g inneholdt: Metronidazol, 7,5 mg, propylenglycol., Carbopol 974P, methyl. et propyl. parahydroxybenz. (E 218 et E 216), natr. edet., natr. hydroxid. q.s., aqua purif. ad 1 g.

Indikasjoner: Voksne: Bakteriell vaginose.

Dosering: Voksne: 1 dose vaginalgel (5 g) føres inn i vagina 1 gang pr. dag ved sengetid i 5 dager.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bruk under menstruasjon anbefales ikke. Candida-infeksjon kan forverres og bør behandles med et middel mot candida. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som har en anamnese med bloddyskrasi. Samleie frarådes under behandlingen.

Interaksjoner: Metronidazol kan gi disulfiramliknende effekt i kombinasjon med alkohol. Akutt psykotisk reaksjon og forvirring har forekommet ved samtidig bruk av disulfiram. Med de lave serumkonsentrasjonene som oppnås ved bruk av preparatet, er muligheten for slike reaksjoner lite sannsynlig, men kan likevel ikke utelukkes. Metronidazol øker plasmakonsentrasjonene av warfarin, litium, ciklosporin og 5-fluorouracil. Liknende reaksjoner etter vaginal behandling med metronidazol forventes ikke pga. de lave serumkonsentrasjonene, men kan likevel ikke utelukkes.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Data fra et stort antall graviditeter indikerer at metronidazol ikke er skadelig for fostre/nyfødte barn. Det foreligger ingen formelle studier av gravide kvinner behandlet med vaginalgel. Bør derfor brukes med forsiktighet hos gravide kvinner. *Overgang i morsmelk:* Ekskresjonen av metronidazol i melk har omtrent samme konsentrasjon som i morens serum og konsentrasjonsforholdet barn/mor er ca. 0,15. Forsiktighet bør utvises hos kvinner som ammer.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Moderate og forbigående symptomer som mavesmerter, kvalme, brekninger. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet. Urogenitale: Lokal irritasjon, utflod, candidose. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse, munntørhet, metallsmak. Hud: Kløe. Neurologiske: Uvanlig følelse i armer/ben. Sentralnervesystemet: Søvnforstyrrelser, irritabilitet, depresjon. Urogenitale: Symptomer på urinveisinfeksjon, mørkere urin. Hevelse, uregel-messige blødninger. Lekkasje av medikament. Øvrige: Krampefølelse.

Overdosering/Forgiftning: Metronidazol kan lett fjernes fra plasma ved hjelp av hemodialyse. Se Giftinformasjonens anbefalinger G01A F01.

Egenskaper: *Klassifisering:* Nitroimidazolderivat med antibakterielle og amøbedrepende egenskaper. *Virkningsmekanisme:* Virker mot *Gardnerella vaginalis* og bakteroidesarter. Gir betydelig økning av antall melkesyrebakterier i vagina. *Absorpsjon:* Absorberes i meget liten grad systemisk. *Metabolisme:* I leveren ved oksidasjon av sidekjeder og glukuronidkonjugering. *Utskillelse:* Både uforandret medikament og metabolitter utskilles hovedsakelig i urinen.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares < 25° C.

Andre opplysninger: Metronidazol kan interferere med enkelte kjemiske testverdier i serum, f.eks. aspartataminotransferase (AST, SGOT), alaninaminotransferase (ALT, SGPT), laktatdehydrogenase (LDH), triglyserider og heksokinaseglukose. Analyser kan gi falske nullverdier.

Pakninger og priser: 40 g med 5 engangsapplikatorer kr 141,20. **Sist endret:** 13.06.2007 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Referanser: 1. Preparatomtale Zidoval Gel. 2. Hanson JM et al. The J of Reprod Medicine, 2000; Vol. 45, No. 11

MEDA

Meda AS • Postboks 194 • N-1371 Asker • Tlf: 66 75 33 00 • Faks: 66 75 33 33 • www.meda.no

Årsrapport

Norsk Gynekologisk Forening

STYRETS SAMMENSETNING I 2011

Leder: Bjørn Backe, NTNU/Kvinneklubben, St.Olavs Hospital

Nestleder: Knut Hordnes, Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus

Vitenskapelig sekretær: Kevin Sunde

Oppgaard, Hammerfest sykehus

Kasserer: Torill Kolås, Sykehuset Innlandet, Lillehammer

Styremedlem (PSL) og redaktør av

Gynekologen: Runa S.Aabø, Sandvika

Spesialistsenter

Sekretær (FUGO): Marte Myhre, Ringerike sykehus, Hønefoss

Varamedlem: Synnøve Lian Johnsen,

Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus

Varamedlem (for PSL): Jørn-Hugo Carlsen,

Privatpraksis, Tønsberg

Varamedlem (for FUGO): Erik Andreas

Torkildsen, Kvinneklubben, Stavanger

Universitetssykehus

Nettredaktør: Mette Løkeland,

Kvinneklubben, Haukeland

universitetssykehus.

NGFs representanter i ulike råd og fora framgår av Gynekologen, som det vises til for nærmere informasjon. Ved årsskiftet 2010/2011 hadde foreningen 855 medlemmer (522 kvinner/363 menn).

Styret hadde 6 møter i 2011, samt ett telefonmøte. Et av styremøtene var i forbindelse med vårkursen i Bergen og et var lagt til årsmøtet i Ålesund. Styret behandlet i alt 45 nye saker, i tillegg til flere saker fra tidligere år. Referatene fra styremøtene samt høringsuttalelser, avtaler og lignende dokumenter lagres elektronisk på Legeforeningens nettsider i styrommet, som styremedlemmer/varamedlemmer har tilgang til. Dette er blitt en smidig løsning som sikrer tilgjengeligheten til referater og andre viktige dokumenter for fremtidige styrer.

Som fast post på alle styremøter har vi hatt orienteringssaker fra Legeforeningen, NFGO, EBCOG og FIGO.

Generelt var 2010 et travelt år, blant annet med stort mediapress i forbindelse både med overtidssaken og HPV saken. Flere av sakene som ble behandlet er av prinsipiell art. Eksempler er policynotat om rekruttering og kjønnsbalanse, høringsuttalelse om hjemmefødsler, takstendring for HPV tester, krav til tester ved HPV screening, tidlig ultralyd, overtid, nasjonal handlingsplan for gynekologisk onkologi, nasjonal kjernejournal, endringene i dagkirurgiske takster, og høringsuttalelse om rituell omskjæring av gutter. Selv om NGF i hørings saker vanligvis formidler sine synspunkter til Legeforeningen er det ikke tvil om at vi kan påvirke Legeforeningens syn. I møte med president Hege Gjessing og leder av fagpolitisk avdeling Bjarne Riis Strøm har vi også tilkjennegitt at vi regner med at NGFs syn til tillagt avgjørende vekt i saker som direkte angår vår spesialitet.

ÅRSMØTET 2011 I ÅLESUND

Årsmøtet er hvert år styrets viktigste sak, og går igjen på alle styremøter. Regelen er at LOK og CIC møter under denne sak på styremøtene fra januar og fram til årsmøtet. Årsmøtet var vellykket, med god oppslutning og god evaluering i etterkant.

OVERTIDSSAKEN

NGF har hatt god kontakt med ledelsen i Helsedirektoratets avdeling for spesialisthelsetjenester i denne saken, og i forståelse med direktoratet ble teksten i det aktuelle kapitlet i Veileder i Fødselshjelp, justert i 2010. Som følge av et politisk initiativ sendte Helsedirektoratet imidlertid helt overraskende ut et brev den 19.mai 2011 til NGF og andre instanser og bad om forslag til representanter til en større gruppe som skulle lage et «konsensusdokument» om overtid i løpet av juni. Vi lyktes ikke å rekruttere noen som kunne representere NGF innen fristen 24.mai. Medlemmene har vært holdt orientert om saken i medlemsbrev i mai, på generalforsamlingen i september og i medlemsbrev i september 2011. Generalforsamlingens uttalelse om at styret skulle ta opp saken på prinsipielt grunnlag med Legeforeningen og Helsedirektoratet, ble fulgt opp høsten 2011. I møte med ledelsen i avdeling for

Spesialisthelsetjenester i Helsedirektoratet 0612 gikk direktoratet langt i å vise forståelse for våre reaksjoner, og beklage prosessen.

HPV SAKEN

Det har vært en langvarig og til dels turbulent diskusjon om hvilke tester som bør brukes i oppfølgingen av kvinner med celleforandringer (sekundærskanning). NGFs to representanter i Kreftregisterets organisasjon av Masseundersøkelsen for livmorhalskreft har vært Knut Hordnes (medlem i faglig rådgivningsgruppe) og Ole Erik Iversen (representant i styringsgruppen). Begge disse nedla i løpet av 2011 mye arbeid i forbindelse med disse tillitsvervene, og også i denne saken har det også vært medieutspill samt lobbyvirksomhet i et helt uvanlig omfang.

MEDIKAMENTELL ABORT I PRIVAT PRAKSIS

Dette er en sak som startet i 2008 og som NGF har støttet. Runa Aabø har fulgt opp saken som styrets representant. Året 2011 gikk med til å avvete HODs avklaring av hvorvidt det var påkrevet med forskriftsendringer. Det var avsatt midler på Statsbudsjettet for 2011, og på slutten av året ble det meddelt fra HOD at saken var ved å bli løst samt at de regnet med at midlene kunne overføres til neste år.

GYNEKOLOGEN

Utkom i 2011 med 4 nummer. Under redaktør Runa Aabø er Gynekologen etablert som et veldrevet, velskrevet og velredigert tidsskrift med interessant og vesentlig innhold, og sunn økonomi.

NETTSIDENE

Antall oppslag viser at nettsidene blir stadig viktigere. Nettredaktør Mette Løkeland har i løpet av året utviklet nettsidene videre slik at dette er blitt en viktig kilde til informasjon.

For styret
Bjørn Backe, Leder

Hiprex

(metenaminhippurat)



Profylakse med Hiprex®

- gir signifikant redusert forekomst av postoperativ bakteriuri og urinveisinfeksjon¹

- Hiprex® 1g 2 ganger daglig i fem dager som profylakse ved større gynekologiske inngrep, som gynekologisk laparotomi, vaginaloperasjon eller retropubisk inkontinensoperasjon¹

Langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner²

- 70-80 % reduksjon av residivfrekvens er vist i kliniske studier hvor Hiprex® er gitt til kvinner med residiverende urinveisinfeksjon^{3,4,5,6,7}

c Hiprex "Meda"

Urinveisantiseptikum.

T DOSEPULVER 1 g: Hver pose inneh.: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Sitronsmak. **TABLETTER 1 g:** Hver tablett inneh.: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Med delestrek. **Indikasjoner:** Langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner etter initialbehandling med kjemoterapeutika eller antibiotika. Profylaktisk ved kort-/langtids kateterdreasje og ved transuretrale operasjoner. Bør overveies også ved enkelt-kateteriseringer, cystoskopier og ved urodynamiske målinger i urinveiene. **Dosering: Voksne:** 1 tablett/doseringspose 2 ganger daglig. Fortrinnsvis etter morgen- og kveldsurinering. **Barn: 6-12 år:** ½ tablett 2 ganger daglig. Tabletten kan knuses og gis sammen med f.eks. syltetøy. Innholdet i 1 doseringspose røres ut i ¼-½ glass vann. **Kontraindikasjoner:** Alvorlig lever og nyreinsuffisiens, alvorlig dehydrering og metabolsk acidose, samtidig sulfonamidterapi (pga. fare for krystalluri). **Interaksjoner:** Se Kontraindikasjoner. Alkaliske stoffer hemmer metenaminets virkning. Samtidig bruk med acetazolamid bør unngås da effekten av metenamin vil reduseres. **Laboratorieverdier:** Avhengig av analysemetoden kan metenamin interferere med bestemmelse av steroider og katekolaminer i urinen og derved gi feilaktig resultat. (I: J01X X05 metenamin) **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Risiko ved bruk under graviditet vurderes som liten. *Overgang i morsmelk:* Går over, men risiko for å påvirke barnet er liten. Preparatet kan derfor brukes under amning. **Bivirkninger:** *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Brekninger, irritasjon av mavesekk, kvalme, urolig mage. Hud: Utslett. Urogenitale: Irritasjon av urinblære. *Sjeldne (<1/1000):* Urogenitale: Hematuri. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger J01X X05. **Virkningsmekanisme:** Utskilles i nyrene og spaltes til metenamin og hippursyre. Metenamin hydrolyseres i sur urin og danner formaldehyd som virker baktericid gjennom å reagere med funksjonelle grupper i bakterienes enzymer, som derved blir denaturert og uten funksjon. En sur pH i urinen opprettholdes i de fleste tilfeller med hippursyren som i seg selv har bakteriostatisk effekt. Hos pasienter med kronisk bakteriuri, som pasienter med kontinuerlig kateterdreasje og hvor bakteriuri skyldes Proteus og Pseudomonas, bør pH i blæreurin følges. Proteus og Pseudomonas spalter urinstoffer til basiske stoffer. Det kan derfor være aktuelt å tilføre surgjørende substanser. **Absorpsjon:** Hurtig. Formaldehyd kan påvises i urinen 30 minutter etter administrering. **Halveringstid:** 8 timer. **Utskillelse:** Ca. 85% skilles ut i urinen i løpet av 24 timer. 32 timer etter siste dose er alt utskilt. **Pakninger og priser: Dosepulver:** 100 stk. kr 335,00. **Tabletter:** 20 stk. kr 72,50. 100 stk. kr 185,10. **T:** 19b) 2, 38a) 2. **Refusjon:** I hht. refusjonslisten: **J01X X05 Metenamin Refusjonsberettiget bruk:** Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdreasje. Infeksjonsprofylakse urinveier ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets slutfase. **Refusjonskode: ICPC -90,** Palliativ behandling i livets slutfase. A89, Urinveiskateter problemer, vilkår nr : 68. B99. Immunsvikt INA, vilkår nr : 31. **ICD-90,** Palliativ behandling i livets slutfase- Vilkår nr.31: D80 Immunsvikt med overveiende antistoffmangel, D81 Kombinert immunsvikt, D82 Immunsvikt forbundet med andre større defekter, D83 Vanlig variabel immunsvikt, D84 Annen immunsvikt. Vilkår.nr 68,141: N10 Akutt tubulo-interstitiell nefritt. **ICPC** vilkår nr. 68,141: U70 Nyrebekkenbetennelse, U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA, U72 Uretritt, **ICD** vilkår nr. 68,141: N11 Kronisk tubulointerstitiell nefritt, N12 Tubulointerstitiell nefritt, ikke spes. som ak. eller kr., N15 Andre tubulointerstitielle nyresykdommer, N30 Cystitt, N34 Uretritt og uretrasyndrom, N39.0 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon. Vilkår: 31: Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan requirere legemidlet til seg selv på blå resept. 68: Når et legemiddel ikke lenger er virksomt, må det foretas bakteriologisk undersøkelse med resistensbestemmelse før man skifter til et annet middel som kan godtgjøres. 141: Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: 1. Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyrer/urinveier. 2. Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyrer/urinveier. 3. Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyrer/urinveier. Sist endret: 05.11.2010.

Referanser: 1. Schiøtz H.A. and Guttu K. Value of urinary prophylaxis with methenamine in gynecologic surgery. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 743-746. 2. www.felleskatalogen.no, november 2009. 3. Bergan T, Sander S. Urinveisantiseptika. Tidsskr Nor Lægeforen 1975; 95: 383-4. 4. Pedersen S. Long-term prophylaxis with methenamine hippurate in girls with recurrent urinary tract infections. Acta Paediatr. Scand 1978; 67: 597-9. 5. Nilsson S. Long-term treatment with methenamine hippurate in recurrent urinary tract infection. Acta Med Scand 1975;198:81-5. 6. Heivik H.O. og medarbeidere. Profylakse ved residiverende cystitt hos fertile kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 1150-52. 7. Gundersen R. et al. Hyppig forekommende cystitter hos eldre kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 2048-2049.

MEDA

Meda AS • Postboks 194 • N-1371 Asker • Tlf: 66 75 33 00 • Faks: 66 75 33 33 • www.medano

Årsrapport Kvalitetsutvalget

UTVALGET HAR DET SISTE ÅRET BESTÅTT AV:

Anny Spydslaug, KVB/OUS, ansvarlig for generell gynekologi

Anne Dørum, KVB/DNR/OUS, ledere av NFGO, ansvarlig for gynekologisk kreft

Pål Øian, KK/UNN, ansvarlig for fødselshjelp

Leder: Rolf Kirschner, KVB/OUS

I tillegg har styret besluttet å oppnevne en representant for avtalespesialistene: Runa Aabø, Sandvika Spes Senter, tiltrådte tidlig i 2012.

Utvalget har i løpet av året hatt 3 møter.

Kvalitetsutvalget fikk i 2011 et revidert mandat. Veilederne i de tre hovedretningene av faget skal som kjent være nettbasert, skal kunne endres fortløpende ved større kunnskapsbaserte forandringer, og skal revideres totalt hvert 4 år. I utgangspunktet skal evt endringer meldes inn for bearbeiding i utvalget, gjerne ved en vurdering av kapitelforfatterne, ansvarliggjort gjennom

utvalsrepresentantene. Alle tidligere veilederkapitler skal oppbevares i tilfelle ønske og behov for senere referanse

Hovedoppgavene i 2011 og inn i 2012 har vært å forberede en full gjennomgang av veilederen for fødselshjelp, som formelt skal være avsluttet i løpet av året, og veilederen i gynekologisk kreft, som skal være ferdigstilt i løpet av 2013.

Disse prosessene planlegges utført assistert av, og i samarbeid med Kunnskapscenteret, men for fødselshjelpens del, etter "gammel" oppskrift. Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO) vil være hovedaktør i bearbeiding av veilederen i gynekologiske kreft. Begge de nye veilederne vil tildels gjennomgå et "hamskifte" for enkelte kapitlers del, som "Nasjonale retningslinjer". I veilederen for fødselshjelp er det besluttet å lage et kapittel om overvekt i tillegg til de bestående.

Av mindre endringer som det er arbeidet med kan nevnes "Rh- immunisering" i

forbindelse med ulike typer aborter. Dette har blitt aktualisert etter den tiltagende bruken av medisinsk legal abort, særlig fordi retningslinjene spriker og kunnskapsbasert praksis er vanskelig å innhente.

HPV- vaksinerings innarbeides i kapitlene om pre- cancerosa, men også her spriker rådene etter hvert som erfaringene økes, og særlig også fordi indikasjonsstillingene erfaringsmessig utvides .

Etter hvert som screeningprogrammene endres, vil NFGO innarbeide HPV- testene i de relevante kapitlene.

For øvrig har mindre rettinger blitt behandlet etter hvert som tilbakemeldinger kommer fra medlemmene.

Utvalget håper at alle som forespørres er villige til å delta i dette interessante og viktige arbeidet for faget i fremtiden.

Rolf Kirschner

Årsrapport NPE/NGF

ANALYSE AV NPE-SAKER INNEN FØDSELHJELP OG GYNEKOLOGI

Høsten 2005 tok NGF kontakt med NPE for å drøfte et samarbeid med tanke på læring av skadesakene i NPEs materiale. Etter at det ble klart at man i første omgang ønsket å prioritere forskning på data fra saker innen fødselshjelp-området, har arbeidet vært videreført i nært og direkte samarbeid med professor Pål Øian, som i 2007 også bisto NPE med å søke prosjektmidlene

(NOK 300.000) som Legeforeningens Kvalitetstetssikringsfond II deretter innvilget. Sammen med NPEs eget bidrag (NOK 100.000) har dette finansiert prosjektet.

Dataregistreringen ble fullført i 2009 og omfattet ca 300 medholdssaker fra fødselsskadeområdet. Materialet har senere blitt analysert. Dette opprinnelige prosjektet ble formelt avsluttet 31. desember 2010.

Stipendiat i prosjektet har vært Stine

Andreasen. Professor dr. med. Pål Øian har hatt det faglige ansvaret for prosjektet og Universitetssykehuset Nord-Norge HF er behandlingsansvarlig. Medisinsk fagsjef Mads Morten Nøyd har representert NPE som "eier" av prosjektet.

Som en videreføring av arbeidet med det aktuelle datagrunnlaget fikk stipendiat Stine Andreasen etter søknad innvilget prosjektmidler for 2011 fra Den norske

legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til prosjektet Svikt i fødselshjelp. Finansieringen av det nye prosjektet har vært etter den samme fordelingsnøkkelen mellom fondsmidler og bidrag fra NPE som det opprinnelige prosjektet, og prosjektet er godkjent forlenget ut 2012 innenfor samme økonomiske ramme.

En oversiktsartikkel (“A nationwide descriptive study of obstetric claims for

compensation in Norway”) med Stine Andreassen som hovedforfatter og Bjørn Backe, Rolf Gunnar Jørstad og Pål Øian som medforfattere er publisert i Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. Det arbeides videre med en analyse knyttet til asfyksiskader i samme materiale, parallelt med at det planlegges en studie med tema “Er det samsvar i medisinsk sakkyndiges vurderinger av fødselsskadesaker?”

Som en videreføring av samarbeidet med NGF er det nå tatt initiativ til å starte et tilsvarende arbeid med gjennomgang av gynekologi-saker. I den forbindelse er det planlagt et møte mellom NGF og NPE primo september 2012.

Oslo, 30. mai 2012

Norsk pasientskadeerstatning

Rolf Gunnar Jørstad, assisterende direktør
Mads Morten Nøjd, avdelingsdirektør

Årsrapport Laparoskopitvalget

MEDLEMMANE I UTVALET

Jostein Tjugum (leiar)

Marit Lieng

Anton Langebrekke

Andreas Putz

Ellen Folkestad

Det har vorte halde 6 telefonmøte og 3 vanlege møte frå 01 06 11 til 01 06 12.

Både leiar NGF (Norsk gynekologisk forening) og avdelingssjef ved SiV (Sykehuset i Vestfold) var inviterte til eit telefonmøte, men møtte ikkje.

Ved Årsmøtet til NGF i Ålesund hadde utvalet innlegg og poster om registeret.

Eit medlem deltok på Kvalitetsregisterkonferansen 2012 i Bergen 19 -20 april.

NGER vert presentert på ” 20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische und Geburtshilfliche Endoskopi (AGE) und 22. Symposium ambulante Gynäkologische Chirurgie (VAAO) Hamburg 31 mai – 3 juni 2012.

ARBEIDET HAR VORE KONSENTRERT OM:

- Utarbeide/klargjere Rammer/Mandat for NGER (Norsk gynekologisk Endoskopi-register)
- Få SiV til å overta ansvaret for NGER med etablering av styrings- og referansegruppe
- Sende søknad til datatilsynet via

Personvernombudet ved SiV

- Utarbeide/iverksetje IKT-løysing for NGER i samarbeid med UNN (Universitetssykehuset Nord Norge)
- Ferdigstille Årsrapportar for NGLR (Norsk gynekologisk laparoskopiregister) 2010 og 2011 og få nye deltakarar til NGER
- Søknader om pengestøtte til laparoskopigruppa frå NGF og Legeforeningens kvalitetssikringsfond

Rammer/mandat for NGER vart i samarbeid med SiV klart i november 2011.

I mars 2012 anbefalte Helsedirektoratet NGER som eit av 14 nye nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2011 -2012. Anbefalinga er sendt til HOD (Helse og omsorgsdepartementet.) for godkjenning.

Samarbeidet med SiV for formell etablering/ overtaking av NGER har teke lengre tid enn venta. Trass fleire kontaktar/ parringar er NGER si styringsgruppe ikkje på plass med arbeidsplanar/kontorhjelp. Laparoskopigruppa har tilrådd fyljande styringsgruppe: Andreas Putz(leiar), Ellen Holtan Folkestad (begge SiV) og Marianne Wedding , KK, Haukeland universitetssjukehus. Referansegruppa skal ha medlemmer frå alle Helseregionar og frå NGER.

Søknad til Datatilsynet via personvernombudet samt IKT løysing via UNN er gjort av Andreas Putz. Testversjon av IKT løysing er på plass . Språkvask og variabelendringar vil enno ta noko tid, men vonar bli klart hausten 2012.

Om lag 1/3 av aktuelle avdelingar i landet har no byrja registrering via NGLR (Norsk gynekologisk laparoskopiregister). Årsrapportar 2010 og 2011 skal bli klart innan 01 07 12.

Laparoskopitvalet foreslår at NGF beheld dette utvalet etter NGER er på plass.

Endoskopi er stor del av gynekologisk verksemd og utviklinga så langt tyder på framleis

vekst. Utvalet har planar om endoskopi- verkstad i samband med Årsmøtet 2013 (dagen før årsmøtestart). Framtidig endoskopisertifisering er også aktuelt arbeidsområde.

Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet har gitt pengestøtte til vårt arbeid. Ny søknad er på veg.

Førde 01 06 12

Jostein Tjugum

LOETTE 28 ANTIKONSEPSJONSMIDDEL ATC-NR: G03A A07

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneh.: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneh.: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titan-dioksid (E 171).

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

DOSERING: Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntrener en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisineringskanal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene.

SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT: Medisineringskanal bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (mini-pille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringskanal kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg.

KONTRAIKASJONER: Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombogene valvulopati, arvelig eller ervervet trombofili, migræne/hodepine med fokale nevrologiske symptomer, slik som aura, trombogene rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaeundersøkelse, blodtryksmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individet. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slagfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Sigarett/røyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og blødningslag, transitorisk iskemisk attack). Eksponering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskrivning av kombinasjons-p-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-piller og som har migræne (spesielt migræne med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkremittene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier.

EKSEMPEL PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER: Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papillødem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukosetoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasie eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migræne eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migræne (spesielt migræne med aura) som bruker kombinasjons-p-piller kan ha økt risiko for slag. Gjen-

nombruddsbledninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsbledninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatrighyleridemi kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

INTERAKSJONER: Nedsatt serumkonsentrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsbledninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og sperm-drepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramid, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalgveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer (f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å indusere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toledomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-p-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med funarizin. Gjennombruddsbledninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

GRAVIDITET/AMMING: Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt andre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

BIVIRKNINGER: Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse tromboser og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Nevrologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsbledninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -sekresjon, vaginit inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migræne, væskeretensjon, ødemer, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtapp. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galleblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioødem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Nevrologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioødemer, forverring av systemisk lupus erythematosus.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Kvalme, oppkast, brystødem, svimmelhet, buksmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A.

ANDRE OPPLYSNINGER: Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobulin og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

PAKNINGER OG PRISER: 3 x 28 stk. (kalenderpakn.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

Loette inneholder levonorgestrel og den **laveste tilgjengelige dose** etinyløstradiol (20 µg).²

“Anbefalt **førstevalg** er p-piller som inneholder enten **levonorgestrel** eller norethisterone, med lavest mulig dose av østrogen.”¹

Les mer på
WWW.PFIZER.NO/LOETTE



1. Dunn, N: Oral contraceptives and venous thromboembolism; BMJ 2009;339:b3164 2. Loette SPC 12.08.2010

Trygg bruk av p-piller

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

Årsrapport STAN

REFERANSE GRUPPEN FOR STAN

Tore Henriksen, Torunn Eikeland, Branka M.Yli, Jørg Kessler, Berit Lunden Hustad, Winnie Dragnes

MANDAT TIL NASJONAL STAN REFERANSEGRUPPE HAR OGSÅ I ÅR VÆRT:

- Være ansvarlig for kapitlene om fosterovervåking den reviderte "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 pasientens journal.
- Være med på planleggingen 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)
Winnie Dragnes, Fagutviklingsjordmor, fødeavdelingen Akershus Universitetssykehus (Den Norske Jordmorforening)

STAN ERFARINGSMØTE

18. oktober på St. Olavs Hospital i

Trondheim. Et svært vellykket erfaringsmøte med ca 140 deltakere. Referansegruppen bidro med informasjon om gruppens arbeid, STAN status i Sverige, samt en forelesning om trykktid under fødsel og neonatalt utkomme.

Videre var tema knyttet til resuscitering/asfyksi. Ragnhild Støen fra St. Olavs presenterte "Nasjonale retningslinjer for res. av nyfødte", mens Boubou Halberg fra Karolinska foreleste om: "Pre – peri – og postnatal asfyksi: Diagnostikk, behandling og oppfølging". Siste del av møtet var som vanlig satt av til kasusgjennomgang, og det ble presentert eksempler fra mange ulike situasjoner / sykehus.

MØTER

Gruppen har hatt 2 møter hvorav siste halvdel av det ene var felles med den svenske referansegruppen. I tillegg har det vært utstrakt kommunikasjon på mail.

Videre er det gitt respons på 15 kasus (10 på erfaringsmøtet og 5 skriftlige svar)

KURS I INTRAPARTUM FOSTEROVERVÅKING (TIDL. "SUPERBRUKERKURS")

Pga stor etterspørsel er det arrangert 2 slike kurser, hvert over to dager. (29-30. nov.11 og 28-29.mars 12). Ansvarlige for kursene var Branka M. Yli, Jørg Kessler og Torunn Eikeland.

Dag en undervises det i følgende emner:

- Grunnleggende fysiologi, samt CTG fysiologi / klassifisering.
- Foster EKG fysiologi / tolking.
- Vurdering av barnet, tolking/feilkilder av syre-baseverdier i navlesnor, samt avnavlingsprosedyre.
- Lokal opplæring / kunnskap:
 - Forslag til hva som forventes av en STAN superbruker
 - Hvordan organisere undervisning og

oppfriskning på klinikken?

- Bruk av undervisningsmateriale som hjelp i undervisningen,
- Hvordan oppnå optimalt foster EKG?

Dag to består hovedsakelig av kasusgjennomgang / diskusjon.

WEB-OPPLÆRING

Arbeidsguppe for Web-opplæring i fødselsovervåking;

Leder: Branka MYli OUS

NGF: Tore Henriksen OUS - Rikshospitalet

Ane Moe OUS – Rikshospitalet (LIS)

Jordmorforbundet NSF: Berit Lunden Hustad

Sørlandet Sykehus, Kristiansand

Den norske jordmorforening: Hilde Christin

Lie Akershus Universitetssykehus

Norsk barnelegeforening: Kristin Brække

OUS – Ullevål

Arbeidsgruppen for Web-opplæring skal ha tett dialog med STAN ref.gruppe.

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.

KOMMENTAR TIL ACTA

Gruppen har sendt en kommentar til ACTA vedrørende HTA rapporten fra Stockholm County Council.

ANBEFALINGER TIL MFR

Gruppen har utarbeidet og oversendt anbefalinger til MFR om variabler i forhold til overvåking og syrebaseverdier. Det må arbeides for å få integrasjon fra sykehusenes Master-EPJ til fødedataprogrammene når det gjelder syre/base svar.

Årsrapport

Spesialitetskomiteen

KOMITEENS SAMMENSETNING

Jakob Nakling (leder)
Kari-Anne Trosterud (nestleder)
Ingard Nilsen
Ingeborg Boe Engelsen
Trond M. Michelsen (YLF)
Sjur Lehman (vara YLF)
Hilde Sundhagen (vara)
Knut Hofft Kierulf (vara)

MØTER

Spesialitetskomiteen har hatt 2 fysiske møter

SPESIALISTREGLENE

Det har vært ny gjennomgang i 2011.

STILLINGSSTRUKTUREN

Komiteen er enige i at det bør være faste stillinger for LIS. Komiteen vil ha et årvåkent øye med Oslo prosessen og hvilke konsekvenser den vil ha for stillingstrukturen.

MÅLBESKRIVELSEN

Komiteen gikk gjennom målbeskrivelsen i 2011.

KURSVIRKSOMHETEN

De obligatoriske kursene i spesialiteten har blitt arrangert som planlagt i 2011. Vi har mottatt evalueringsrapporter fra kursarrangørene.

Komiteen har fortløpende vurdert søknader om tellende timer til valgfrie kurs.

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?

Behovet for ferdighetstrening er størst i fødselshjelp og operativ gynekologi.

Fødselshjelp:

Det finnes 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 sykehus.

De fleste norske sykehusavdelinger har egne fantomer for trening i praktisk fødselshjelp.

Operativ gynekologi.

De fleste norske sykehusavdelinger har egne enkle simulatorer for trening på laparoskopisk kirurgi.

RAPPORTER FRA UTDANNINGSINSTITUSJONENE

SERUS rapporter er gjennomgått og tilbakemeldinger er gitt.

BESØK SPESIALITETSKOMITEEN HAR GJENNOMFØRT

Komiteen har besøkt 5 sykehus i 2011. Rapporten er skrevet. Spes kom vil ha et spesielt fokus på OUS

SØKNADER FRA SYKEHUS- AVDELINGER OG INSTITUSJONER OM GODKJENNING SOM UTDANNINGSINSTITUSJONER

Ingen

KVALITETSSIKRING AV UTDANNINGEN

Dette er komiteens hovedarbeid. Vi har hatt spesielt fokus på prosedyrekrav og operasjonslister med tanke på flaskehalsen i utdanningsløpet.

SPESIALISTGODKJENNING

Komiteen har behandlet tilsendte søknader om spesialistgodkjenning. Etter 1 oktober har komiteen hatt enkelte saker til behandling etter den nye prosedyren.

ETTERUTDANNING

Komiteen har ikke hatt etterutdanning på agendaen i år

PROBLEMER I SPESIALITETEN

Små gruppe 1 avdelinger har problemer med å fylle kravene til forskningsaktivitet og forskeropplæring. Komiteen har de siste tre – fire år hatt et spesielt fokus på de små gruppe 1 avdelingene i faget (Drammen, Fredrikstad, Tønsberg). Disse avdelingene ble besøkt i løpet av 2007-09 og fikk tilbakemelding om krav og tiltak. Tønsberg og Fredrikstad har gjennomført tiltak og gitt akseptable tilbakemeldinger. Drammen har tatt grep og tilbakemeldinger er positive. Utviklingen ved Drammen følges tett og det planlegges besøk i 2012 for endelig evaluering

EVENTUELT

Komiteen har satset på besøk og det har tatt mye av komiteens tid med for og etterarbeid.

Lillehammer 16/5-2012

Jakob Nakling

Årsrapport NFGO

STYRET BESTÅR AV 7

MEDLEMMER:

Leder, Anne Dørum, Radiumhospitalet OUS (ikke på valg)

Nestleder, Harald Helland, Haukeland Universitetssykehus (ikke på valg)

Sekretær, Jostein Tjugum, Sentralsykehuset i Førde (på valg)

Kasserer, Anne Beate Vereide, Regionssykehuset i Tromsø (ikke på valg)

Solveig Tingelstad, St. Olavs Hospital (på valg)

Kurt Sachse, (web-ansvarlig) nå AHUS (på valg)

Representant fra NGF

6 VARAREPRESENTANTER:

Ingrid Baasland, St. Olavs Hospital (på valg)

Bent Fiane, Stavanger Universitetssykehus (på valg)

Anne Hansson Regionssykehuset i Tromsø (ikke på valg)

Elin Ødegård, Radiumhospitalet OUS (på valg)

Gunn Fallås Dahl, Oslo universitetssykehus, Ullevål (på valg)

Katrine Woie, Haukeland Universitetssykehus (ikke på valg)

MØTER OG VEDTAK

- ett strategi seminar, fire styremøter (hvorav 2 ved telefon, et møte avlyst)
- to medlemsmøter (onkologisk forum, formøte i forbindelse med årsmøte i

NGF).

- Det ble holdt styremøte og strategiseminar 17-18/3-11 for det nye styret med vararepresentanter. Seminaret hadde god oppslutning, 10 av 12 representanter hadde anledning til å delta.

Tema til diskusjon og vedtak: nasjonalt kvalitetsregister, web-side for NFGO, økonomi. Utveksling av erfaringer fra de respektive sykehus vedr tverrfaglig samarbeid mellom hhv generell gynekologisk, gastrokirurgisk, urologisk og onkologisk avdeling opp mot de gynekologiske kreftavdelinger. Plan for tema NFGO formøte og onkologisk forum-11.

- Hvert strategiseminar skal vurdere revisjon av veilederkapitler.
- Veilederen: Oppstart arbeid med nytt kapittel til veilederen: VIN, oppdatering på utredning, behandling og oppfølging etter behandling; arbeidsgruppen er: Steen, Fiane, Berland.
- Felles krav om pasientforløp med samme ventetid/ tid til behandling over hele landet ble diskutert
- Drøftet eget kapittel om kontroller etter behandling av gyn kreft
- GKR har kommet i gang. Etter søknad fikk NFGO finansiering fra "Fredriksenfondet for ovarialcancerforskning" til oppstart.

Som ledd i dette arbeidet avholdt 2 møter på KR.

- Radiumhospitalet ble ESGO akkreditert som utdannings institusjon i 2011.
- SHdir har etter søknad fortsatt sin økonomiske støtte til forumet.
- Det ble arrangert Formøte i Gynekologisk Onkologi 8/9-11 under årsmøte NGF, Tema bestemt av styret var HPV og cancer. Møtet var forberedt av Anne Dørum og Rita Steen, sistnevnte var møteleder og referent. Møtet var godt besøkt.
- Arbeidet med Najonale handlingsplaner i regi av HOD: Følgende kapitler er purret og er planlagt ferdige til onkologisk forum: Endometriecancer hos Kristensen for slutføring (DNR). Ovarialkapitlet er hos Tropè og Kærn for revidering. Cervixcancer er hos Kristensen. Forventes ferdige innen 2011.
- Vedtatt avtale NGF- NFGO; NFGO får fagansvar for gyn onk veilederen/nasjonalt handlingsprogram. NFGO leder har redaktøransvar.
- Høringsuttalelse SHdir vedr : Endring av forskrifter om refusjon av HPV test (utarbeidet av Steen, Fiane, Ernø). Konklusjon oppsummering SHdir juli-11.

Styret takker medlemmene for aktivitet og interesse i 2010-11.

20.10.11 Anne Dørum
Leder NFGO

Årsrapport fra NFOG's Educational Board 2010

NFOG's Educational Board består av lederne for de nordiske landenes spesialitetskomiteer.

Hovedoppgaven er å arrangere et møte som alternerer med NFOG kongressen, slik at det hvert år arrangeres faglige møter i NFOG regi. Det ble høsten 2011 arrangert

et kurs i København med tema "Chronic Pelvic Disorders – a challenge." Norsk foredragsholder var Mette Moen.

Jacob Nakling

Årsrapport NGF økonomi 2011

RevisorGruppen FMØ DA
Statsautoriserte revisorer



Til medlemmene i Norsk Gynekologisk Forening

UAVHENGIG REVISORS BERETNING FOR 2011

Uttalelse om årsregnskapet

Vi har revidert årsregnskapet for Norsk Gynekologisk Forening som viser et overskudd på kr 41 283. Årsregnskapet som består av balanse per 31. desember 2011 og resultatregnskap, 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 regnskapskikk 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 2011 og av resultatet for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapskikk i Norge.

Uttalelse om øvrige forhold

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foreningens regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringskikk i Norge.

Oslo, 10. mai 2012

RevisorGruppen FMØ DA

Mari Østbø
statsautorisert revisor

Norsk Gynekologisk Forening

Balanse

	Noter	31.12.2011	31.12.2010
Eiendeler			
Anleggsmidler			
Kontormaskiner pc	6	7 218	13 683
Sum anleggsmidler		7 218	13 683
Omløpsmidler			
Kundefordringer		216 338	10 800
Bankinnskudd		2 532 206	2 334 830
Sum omløpsmidler		2 748 544	2 345 630
Sum eiendeler		2 755 762	2 359 313
Formålskapital og gjeld			
Formålskapital			
Fri formålskapital		2 244 735	2 344 227
Årets resultat		41 283	-99 492
Sum opptjent formålskapital	7	2 286 018	2 244 735
Gjeld			
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld		231 169	2 500
Forskuddstrekk		2 900	0
Merverdiavgift		106 648	57 397
Arbeidsgiveravgift		8 319	17 484
Påløpte kostnader	9	120 707	37 197
Sum kortsiktig gjeld		469 743	114 578
Sum formålskapital og gjeld		2 755 762	2 359 313

Sted: _____ / _____ - 2012

Leder
Knut Hordnes

Styremedlem
Martin Andresen

Vit. sekretær
Jone Trovik

Nestleder
Toril Kolås

Kasserer
Kevin Sunde Oppegaard

Sekretær
Helene Fjeldvik Peterson

Norsk Gynekologisk Forening

Aktivitetsregnskap

	Noter	2011	2010
Anskaffede midler			
Medlemsinntekter		14 600	10 550
Tilskudd DNLF		709 212	691 860
Prispenger		90 000	90 000
Sum anskaffede midler		813 812	792 410
Aktiviteten som oppfyller formålet			
Intekter årsmøte	4	924 500	919 500
Sum aktiviteter som oppfyller formålet		924 500	919 500
Aktiviteten som skaper inntekter			
Andre inntekter	5	237 848	330 790
Sum aktiviteter som skaper inntekter		237 848	330 790
Finansinntekter	2	67 144	55 195
Sum anskaffede midler		2 043 304	2 097 895
Forbrukte midler			
Kostnader til anskaffelse av midler			
Kostnader ved annonsesalg	2	182 795	187 819
Sum kostnader anskaffelse av midler		182 795	187 819
Kostnader til formålet			
Formålskostnader		1 550 419	1 665 342
Sum kostnader til formålet	2	1 550 419	1 665 342
Kostnader til administrasjon			
Administrasjonskostnader		268 806	344 226
Sum administrasjonskostnader	2,8	268 806	344 226
Sum forbrukte midler		2 002 021	2 197 387
Årets aktivitetsresultat		41 283	-99 492
Tillegg/reduksjon formålskapital (egenkapitalen)			
Overført formålskapital	7	41 283	-99 492
Sum tillegg/ -reduksjon formålskapital		41 283	-99 492

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 obstetikk. FUGOs formål er å fremme utdanningskandidaters interesser under spesialistutdanningen og representere Norge i nordisk og internasjonale fora. I 2011 har mange interessante temaer både nasjonalt og internasjonalt blitt diskutert og behandlet. Vårt samarbeid med ENTOG og NFYOG, samt vår plass i styret til Norsk gynekologisk forening (NGF), er de viktigste oppgavene vi har. I tillegg har vi hatt gleden av å arrangere nytt kurs i nær forbindelse med vårt eget og NGFs Årsmøte. Kursene har blitt en tradisjon og vi ønsker å arbeide videre med disse.

STYRET I FUGO FOR 2011 HAR BESTÅTT AV:

Erik Andreas Torkildsen, Stavanger
Leder, ENTOG representant og vara-representant NGF

Sjur Lehmann, Bergen

Nestleder, ENTOG representant og Spesialitetstkomiteén

Kristin Kleivdal, Oslo

Sekretær og NFYOG representant

Christian Tappert, Trondheim

Kasserer og kursansvarlig

Pawel Wilkosz, Oslo

Styremedlem, NFYOG representant og

nettansvarlig

Marte Myhre Reigstad, Oslo

Styremedlem og representant NGF

I 2011 hadde vi 4 styremøter. Vi hadde utgifter på 39.560,10 kroner, dvs. at vi klarte å holde oss godt innenfor budsjettet / rammen av 50.000 kroner (FUGO finansieres av NGF). Styret deltok både på NGFs Vårsmøte (April 2011, Bergen) og NGFs Årsmøte (September 2011, Ålesund). Det har også foregått en del korrespondanse med e-post.

ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology):

ENTOG arrangerer hvert år utveksling til et land i Europa og 2 LiS fra hvert medlemsland får muligheten til å delta. Formålet er at LiS skal få et innblikk i hvordan faget og spesialistutdanningen utøves i andre land. I 2011 gikk utvekslingen til Storbritannia. Det var svært mange gode søkere til utvekslingsplassene. Valget falt på Agnethe Lund og Yngvild Skåtun Hannestad, begge fra Haukeland. Reiseberetningen kunne leses i Gynekologen 24-4/2011. Etter utvekslingen var det seminar med fokus på ferdighetstrening og ENTOGs Generalforsamling. FUGO ble representert ved Pawel Wilkosz, da hverken Erik Andreas Torkildsen eller Sjur Lehman hadde mulighet til å delta. Under Generalforsamlingen ble Karen Rose (England) valgt inn som ny President. I 2012 vil utvekslingen gå til Estland, og deretter til Tsjekkia og Slovakia i 2013.

Ved FUGOs Generalforsamlingen i Ålesund ble følgende nye prioriteringsregler for utvekslingen bestemt:

- Må være medlem av Norsk gynekologisk forening
- Antall måneder igjen til ferdig spesialist i gynekologi og obstetikk.
- Det tilstrebes at kandidatene kommer fra forskjellige regioner/sykehus
- Tillitsverv/engasjement i organisasjonsarbeid
- Språkkunnskaper

NFYOG (Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists):

2011 var et urolig år for NFYOG med en del utskiftninger i styret og diskusjoner vedrørende NFYOGs framtid. Men etter at Alda Birgisdóttir fra Island ble valgt som ny president i NFYOG, har NFYOG fått ytterligere nye styremedlemmer og man ser optimistisk fremover mot 2012.

Tidligere «hovedsponsor» for NFYOG-seminaret, som pleier å arrangeres annet hvert år, trakk seg i 2010 og man måtte jobbe med å etablere nye kontakter med industrien. For 2011 var det planlagt et

2-dagers seminar om tidlig ultralyd, "What is the point of 1st trimester screening? Differences between the nordic countries and ethical aspects", i Stockholm. Seminaret måtte dessverre avlyses pga for få påmeldte (ingen tellende timer i forhold til gjeldende retningslinjer fra Fond III eller tilsvarende fond i de andre nordiske land, siden disse fondene stort sett dekker bare kurs som arrangeres i eget land). NFYOG vil se på videre muligheter for kurs i fremtiden.

FUGO KURS 2011: MENOPAUSE / KLIMAKTERIET:

Siden 2008 har FUGO arrangert kurs i forkant av NGFs Årsmøte. Et av målene er å stimulere LiS til å delta på årsmøtene. Vi har forsøkt å legge opp til varierte kurs, som ikke dekkes eller dekkes i liten grad av andre kjente kurs. I 2011 var tema menopause og klimakteriet og vi hadde 35 deltakere. Med privatspesialist Inger Øverlie og prof. Ole-Erik Iversen hadde vi to flotte foredragsholdere. Kurset fikk mange gode tilbakemeldinger, noe som selvsagt gleder oss og motiverer oss til å arrangere kurs i fremtiden. Vi ønsker spesielt å takke lokalkomiteen i Ålesund, med David Forsse i spissen, for all hjelp i forbindelse med arrangementet.

FUGOS ÅRSMØTE OG GENERALFORSAMLINGEN 2011, ÅLESUND:

FUGOs Årsmøte startet med Generalforsamlingen, der vi la frem hva vi som ble utført i 2010. Referatet er tidligere publisert i Gynekologen 24-4/2011. Det ble valg tre nye styremedlemmer :

- Johanne Holm Toft - Stavanger Universitetssjukehus
- Tiril Tingleff - Ringerike sykehus
- Helene Fjeldvik Peterson - Akershus Universitetssjukehus

Erik Andreas Torkildsen, Kristin Kleivdal og Pawel Wilkosz gikk av etter god innsats for FUGO.

I den andre delen, årsmøteforedraget, hadde vi om spesialistutdanningen. Vi hadde invitert

Spesialitetskomiteen ved leder Jakob Nakling og den nye lederen i Yngre Legers Forening, Johan Torgersen. De hadde interessante innlegg som ga spennende og friske diskusjoner om utdanning og godkjenning av spesialister. Som sikkert mange kjenner til overtok HOD i 2011 den formell oppgaven for godkjenning av spesialister.

ANDRE SAKER:

FUGO arbeider med flere saker, spesielt i samarbeid med styret til NGF. STAN blir et stadig større hjelpemiddel i obstetrikken og det er ønskelig med STAN-kurs og sertifisering på nettet. Her har LiS Ane Moe Holme blitt en representant i det videre arbeidet.

FUGO har i mange år vært den eneste fagmedisinske forening i Norge for leger i spesialisering og det har vært ønskelig at flere skulle komme til. YLF arbeidet

for LiS, men YLF er en mer tradisjonell yrkesforening. De fleste fagmedisinske foreningene har LiS med i sine styrer, men FUGO har følt at det er viktig at leger i spesialisering tar større del i arbeidet med å utvikle de forskjellige spesialitetene, samt bedre samarbeidet med andre nasjoner. FUGO har hatt samtaler med YLFs President Johan Torgersen som stiller seg positiv til dannelser av flere lignende foreninger. Leger i spesialisering fra indremedisin har nå startet sin egen LiS forening, og psykiatri foreningen har diskutert dette. Vi håper derfor at utviklingen er i gang og at vi ser flere foreninger i fremtiden. Disse kan da også bli en viktig del av FaMe, som er en av hovedpilarene i Legeforeningen.

Av andre saker har vi foreslått leger i spesialisering til redaksjonen av Gynekologen; og vi har foreslått at industrien

ikke er med på årsmøtene til NGF, slik at man kan få tellende timer og støtte fra Fond III. Vi har også ønsket å ha et nærmere samarbeid med Spesialitetskomiteen, og etter gjentatte kontakter med YLF fikk vi i 2011 foreslått Sjur Lehman fra FUGO som representant til komiteen. Vi mener dette vil bedre kontakten oss imellom og at vi på denne måten kan bedre ivareta arbeidet for leger i spesialisering. I fremtiden vil vi også kunne få fremme nye kandidater.

FUGO takker for et spennende 2011 og ser frem til 2012.

Christian Tappert
Kvinneklubben, St. Olavs Hospital
Trondheim juni 2012, Leder FUGO 2012

Erik Andreas Torkildsen
Kvinneklubben, Stavanger Universitetssjukehus
Stavanger juni 2012, Leder FUGO 2011

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.vitaflo.no



kun 1 kapsel/døgn

Ecovag Balance® fås i alle apotek og i Vitaflos nettbutikk, www.vitaflo.no


VITAFLO
Part of the Navamedic Group



Årsrapport EBCOG

Det har i 2011 vært avholdt to Councilmøter. Det første i London 7. mai i forbindelse med ENTOG-utvekslingen, det andre i Brussel 25. og 26. november. NGF var representert med to delegater, Knut Hordnes og Jørn Hugo Karlsen i London, Bjørn Backe og Runa Aabø i Brussel. Rolf Kirschner møtte som medlem av Styret (Executive committee).

EBCOG, - European Board & College of Obstetrics and Gynaecology, er en "Board and Section" dvs en arbeidsgruppe under Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). Formålet med EBCOG er å fremme kvinner og barns helse ved å sikre høyest mulig kvalitet på helsetjenester i alle europeiske land, særlig ved "harmonisering" av spesialistutdanningen. Dette er et svært viktig satsningsområde, og gjøres særlig ved 1) Inspeksjon (visitation) av utdanningsavdelinger, og 2) ved arbeidet i "Standing Committee on Training and Assessment" med utdanningsprotokoller og log-bøker for å høyne kvaliteten på utdanningen i medlemslandene. Samarbeidet med ENTOG (European Network of Trainees in ObGyn) ansees som svært viktig. ENTOG har stemmerett i Council, og alle visitasjonene skal inkludere en utdanningskandidat.

Gjennom akkreditering og visitasjonsprogrammet ønsker man å stimulere de medlemslandene som

enda ikke har et nasjonalt utdannings- og visitasjonsprogram innen generell gynekologi og obstetikk, til å utvikle et slikt program. Derved styrkes innføringen av utdanningsprogrammene som vi kjenner det, med kompetanseøkning, logbok og veiledertjenester. Samarbeidet med de fire europeiske foreningene for subspecialitetene, ESGO (European Society of Gynaecological Oncology), EUGA (European Association of Urogynaecology), EAPM (European Association of Perinatal Medicine og ESHRE (European Association of Reproduction and Embryology) muliggjør akkreditering av utdanningssentra for subspecialisering.

EBCOG besluttet i 2010 å starte et nytt, spennende pilot prosjekt for å stimulere utveksling av utdanningskandidater i gyn/obst i Europa, og gjennom det bidra til harmonisering av spesialistutdanningen i medlemslandene. Det ble i 2011 utdelt tre individuelle stipend pålydende 3000 euro hver, til utdanningskandidater som ønsket å tilbringe tre måneder i utlandet ved en utdanningsinstitusjon godkjent av EBCOG. I tillegg organiserer ENTOG hvert år utveksling av LIS, der to deltagere fra hvert land får muligheten til å være i en uke ved vertslandets spesialavdelinger. Sjekk på www.ENTOG.org.

EBCOG's nettside er blitt betydelig oppgradert. Der er mye informasjon

tilgjengelig, og det arbeides med å tilrettelegge for interaktivt forum og e-learning-program.

Hvert annet år arrangerer EBCOG, i samarbeid med ESGO, EUGA, EAPM og ESHRE en bred, faglig kongress. Her vektlegges særlig sesjoner med "hands-on training". Kongressen 2012 er avholdt i Tallin, kongressen i 2014 legges til Glasgow. I samband med kongressene vil det bli utveksling i Baltikum og Skottland.

På Councilmøtet nov 2011 ble følgende styre valgt:

President: Prof Chiara Benedetto, Italia.

President elect: Prof Tahir Mahmood, UK.

Sekretær: Prof Chiara Benedetto, Italia (ny sekretær velges ved Councilmøtet i mai 2012)

Kasserer: Prof Peter Hornnes, Danmark.

Styremedlemmer: Dr Rolf Kirschner, Norge, Prof Allan Templeton, UK, Prof Helle Karro, Estland, Prof Ioannes E Messinis, Hellas, Prof Vlad I Tica, Romania.

I tillegg møter ENTOG og de fire subspecialitetene i styret. I Council møter to representanter fra alle medlemslandene (EU, EØS, Tyrkia og Russland).

For info om EBCOG se www.EBCOG.org

01.06.12 Runa S.Aabø

PROSJEKTLEDER NASJONALT UTDANNINGSPROGRAM

søker LIS innen fødselshjelp- og kvinnesykdommer

Det skal etableres en prosjektlederstilling, i samarbeide med NGF/Spesialitetskomiteen i Fødselshjelp- og kvinnesykdommer, som skal igangsette et nasjonalt telematikkbasert undervisningsprogram. Dette vil skje med hjelp fra Nasjonalt senter for telemedisin (NST), som vil stå for den tekniske løsningen. Prosjektlederstillingen vil tilsvare ca 20 % stilling, tidsbegrenset til ett år. Oppgaven vil bestå i å utforme det faglige program, etablere kontakt med aktuelle forelesere, sette opp kjøreplan og forestå den løpende kontakt med NST. Det må påregnes noe reisevirksomhet. Stillingen kan søkes av LIS innen Fødselshjelp- og kvinnesykdommer. For nærmere opplysninger, kontakt leder av spesialitetskomiteen Ingard Nilsen (Ingard.Nilsen@UNN.no, tlf 776 69081).

Ingen skade på frisk hud ved behandling AV KONDYLOMER¹



C Aldara «Meda»

Immunstimulerende middel

ATC-nr.: D06B B10

T KREM 5%: 1 g inneholder: 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 akseptbarheten 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 cm². Etter påføring bør en åpen 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 for 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 område med åpne sår. Skulle det oppstå en ikke-tolerbar 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 før 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 skille seg merkbart ut fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse reaksjonene avtar generelt i intensitet under behandlingen eller forsvinner etter at behandlingen er over. Intensiteten av de lokale hudreaksjonene (f.eks. erytem) er forbundet med tilhelingshastigheten. Lokale hudreaksjoner kan ha sammenheng med stimulering av lokalimmunrespons. Hvis pasientens ubehag eller intensiteten av lokale hudreaksjoner krever det, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har moderert seg. Klinisk erfaring med bruk 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/Amming:** **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-er. I svært sjeldne tilfeller har uttalte reaksjoner i urinrørsåpningen medført dysuri hos kvinner. **Hyppige (>1/100):** Hud: Erytem, kløe, svie, smerte på applikasjonsstedet, infeksjon, pustula. **Mindre hyppige:** Øvrige: Hodepine, influensalignende symptomer. Lokal hypo- og hyperpigmentering etter bruk av imiquimod er rapportert. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. den minimale percutane absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan resultere i alvorlige lokale hudreaksjoner. Etter utilsiktet oralt inntak kan det opptre symptomer som kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber etter en enkel dose på 200 mg imiquimod. Den alvorligste kliniske bivirkning rapportert etter oralt inntak av >200 mg imiquimod er hypotensjon. Blodtrykket kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjonens anbefaling D06B B10. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Immunstimulerende middel. **Virkningsmekanisme:** Imiquimod modifiserer immunresponsen. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor for imiquimod på responderende immunceller. Imiquimod har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er imiquimod effektiv mot virusinfeksjoner og virker som et antitumorstoff prinsipielt ved å induisere alfainterferon og andre cytokiner. Dette er også vist i kliniske studier. Økning i systemiske nivåer av alfainterferon og andre cytokiner som følge av lokal påføring av imiquimod er påvist i en farmakokinetisk studie. **Absorpsjon:** <0.9 %. **Utskillelse:** Hurtig via urin ca. 66 % og feces ca. 33 %. **Pakninger og priser:** 12 x 0,25 g kr 719,70. **Sist endret:** 20.11.2007. **Refusjonsberettiget bruk:** Lokalbehandling av mindre overflattisk basalcellekrefte (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 akseptbarheten 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

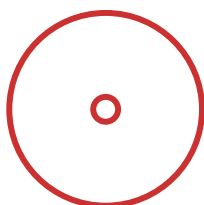
ICD		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
C44	Andre ondartede svulster i hud	167
D80	Immunsvikt med overveiende antistoffmangel	31,136
D81	Kombinert immunsvikt	31,136
D82	Immunsvikt forbundet med andre større defekter	31,136
D83	Vanlig variabel immunsvikt	31,136
D84	Annen immunsvikt	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 requirere 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 RL Miller, JF Gerster, ML Owens et al. Imiquimod applied topically: a novel immune response modifier and new class of drug. Int J of Immunopharmacol 21(1999) 1-14.

Kjære FUGO-medlemmer!



FUGO

Velkommen til FUGO årsmøte i Tromsø. Tradisjonelt arrangeres FUGO sitt årsmøte på formiddagen før årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening starter. Det betyr at vi inviterer dere til vårt årsmøte på torsdag, 25. oktober 2012 fra kl 10.00 til kl. 12.00.

Som hele NGF årsmøte vil også møtet vårt avholdes på Radisson Blu Hotell. Innkallingen til årsmøtet samt programmet finner dere et annet sted i Årsmøteutgaven. Vi oppfordrer dere til å melde inn saker dere vil ta opp med FUGO-styret. Dette må skje senest 4 uker før Generalforsamlingen. Dere melder inn saker ved å skrive til vår sekretær Johanne Holm Toft (johanne.holm.toft@gmail.com).

Årsrapport over FUGO sin virksomhet i løpet av 2011 finner dere blant rapportene fra de ulike komiteer og ledd o.l. som er underforeninger av NGF, annet sted i denne utgaven av Gynekologen. Vi vil også ha en gjennomgang av årsrapporten vår under Generalforsamlingen på årsmøtet i Tromsø. Der tar vi gjerne imot kommentarer og spørsmål om denne.

Også i år arrangerer FUGO et kurs i forkant av NGFs årsmøte. Siden vi fikk gode tilbakemeldinger og det har blitt etterspurt flere ganger senere, har vi valgt temaet Kolposkopi på ny. Sist FUGO-kurs i kolposkopi ble arrangert i tilknytning til årsmøtet i Fredrikstad i 2009. Det var populært og meget vellykket og vi fikk gode tilbakemeldinger. Vi håper på å gjenta suksessen. Vi har gleden av å ha to meget dyktige foredragsholdere, Prof. dr. med Anne Ørbo fra UNN, Tromsø og Prof dr. med Bjørn Hagen fra St. Olavs Hospital, Trondheim. Påmelding skjer via kurskatalogen og med god hjelp av Koordinatorkontoret i Oslo som også har hjulpet oss før. Påmeldingsfristen er 15. august. Programmet finner dere i denne Gynekologen.



I tillegg får dere i denne utgaven av Gynekologen en lengre presentasjon fra en av de internasjonale gruppene hvor FUGOs styremedlemmer representerer Norge. NFYOG står for Nordic Federation for Young Obstetricians and Gynaecologists, og våre representanter Tiril og Johanne har skrevet om NFYOG sin virksomhet.

Ha en god høst og vi gleder oss til å treffe mange av dere i Tromsø!

Hilsen fra hele FUGO-styret
Christian Tappert
Kvinneklubben
St. Olavs Hospital
Trondheim

FUGO-styret 2012

Erik Andreas Torkildsen	Leder	ENTOG-representant, vara-NGF representant	toea@sus.no
Sjur Lehmann	Nestleder	ENTOG-representant, Spesialitetskomitéen	sjur.lehmann@gmail.com
Kristine Kleivdal	Sekretær	NFYOG-representant	kristine.kleivdal@gmail.com
Christian Tappert	Kasserer	Kursansvarlig	ctappert@broadpark.no christian.tappert2@stolav.no
Pawel Wilkosz	Styremedlem	NFYOG-representant, Nettansvarlig	pawelwilkosz@hotmail.com
Marte Myhre Reigstad	Styremedlem	NGF-representant	martereigstad@gmail.com

Årsmøte og Generalforsamling FUGO 2012

Sted: Radisson Blu Hotell, Tromsø

Tid: Torsdag 25. oktober 2012, Kl. 10:00 – 12:00

Program for FUGOs årsmøte:

10:00 – 10:45 Generalforsamling v/leder Christian Tappert og FUGO-styret

10:45 – 12:00 "Spesialistutdannelsen" - Spesialitetskomitéen og Yngre Legers forening (n.n.)

Saksliste Generalforsamlingen:

1. Valg av dirigent og referent
2. Godkjenning av innkalling
3. Presentasjon av FUGO styret 2011
4. Årsrapport FUGO
5. Økonomi FUGO
6. Rapport fra NGF
7. Rapport fra internasjonalt arbeid: 1) ENTOG – 2) NFOYG
8. Saker fremlagt av styret
9. Saker fra medlemmene
10. Valg av nytt FUGO-styre
11. Utsveksling 2012
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)

Nyttige websider

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

- Johanne Holm Toft
- johanne.holm.toft@gmail.com og
- Tiril Tingleff
- tirilt@hotmail.com
- norske representanter i NFYOG styret

Presentasjon av NFYOG

NFYOG står for Nordic federation of young obstetricians and gynaecologists. Styret består av to representanter fra hvert av de nordiske landene. To representanter fra FUGO styret sitter i NFYOG styret. Tidligere har styret arrangert kurs annenhvært år. Det ble planlagt et kurs i Stockholm i 2011 med temaet Tidlig ultralyd. På grunn av få påmeldte ble kurset avlyst. Grunnen til den dårlige oppslutningen kan ha vært mange, blant annet manglende godkjenning som tellende kurs og at LISer ikke får økonomisk støtte til kurs i utlandet av Fond III.

NFYOG styret hadde styremøte i Tallin 8 mai. 2012. To representanter fra Finland, Sverige og Norge og en representant fra Danmark var til stede. Hovedpunktet på agendaen var fremtidige mål og hvordan NFYOG kan utveksle erfaringer og fremme samarbeid mellom de nordiske landene. Vi ble enige om at det ikke er hensiktsmessig å bruke tid og ressurser på å arrangere et nytt kurs på nåværende tidspunkt. Det har vært foreslått å starte opp et nordisk utvekslingsprogram, men erfaringen fra flere av landene er at det er få søkere til EBCOG utvekslingen, og vi antar at det vil være vanskeligere å rekruttere søkere til en nordisk utveksling, siden forholdene mellom våre land tross alt er nokså like. Vi ble imidlertid enige om å forsøke å legge til rette for individuell utveksling mellom landene. Hvis noen er interessert i å hospitere på et sykehus i et av de andre nordiske landene, vil NFYOG styrets representant i det aktuelle landet være behjelpelig med å kontakte administrasjonen på det ønskede sykehuset

og ordne det praktiske rundt hospiteringen. Vi vil også kunne være behjelpelige med å finne en relevant avdeling, hvis det er et spesielt felt det er ønske om å hospitere i. Det vil kunne gå an å søke om midler til en slik utveksling fra NFOG fondet. Vi håper at det kan være mulig å gjøre det mer strømlinjeformet å søke om midler til et slik formål og at det kan være mulig å søke også for LISer som ikke har fullført to år av spesialiseringen etter hvert.

Det neste målet NFYOG styret gikk inn for var at NFYOG skal fungere som et bindeledd for å utveksle erfaringer. Utdanningsplanen til de forskjellige landene ble gjennomgått. I Finland må kandidatene avlegge en obligatorisk eksamen før de godkjennes som spesialist, mens i Sverige er en tilsvarende eksamen valgfri. Danmark har et fast opplegg med rotering mellom små og store sykehus. Det er vanskelig å få en utdanningsstilling, men når man først har fått en stilling, er veien frem til ferdig spesialist

lagt. På Island er kun en del av utdanningen lagt til Reykjavik, så kandidatene må ta store deler av utdanningen i utlandet. Alle landene hadde kurs og krav om tilegning av ferdigheter, men Norge var det eneste landet med et sett obligatoriske kurs og nummerbasert prosedyreliste.

Som et ledd i å utveksle erfaringer la Danmarks representant Anne Cathrine Hoffgaard Munk frem en kampanje FYGO (Danmarks svar på FUGO) hadde arrangert på Danske sykehus, "Gi kniven videre". På grunn av utdanningsmodellen i Danmark har det vært vanlig at man ikke er ferdig spesialist før man er over 40 år. Det har vært et problem at erfarne overleger ikke har latt LISene operere. Kampanjen gikk ut på å oppfordre overlegene til å la LISene operere og lære dem opp slik at de kunne tilegne seg tilstrekkelige ferdigheter til å kunne fungere som operatører. Det var laget en powerpoint presentasjon og på slutten av prosjektiden ble det delt ut priser

til de avdelingene som hadde vært best til å gi kniven videre.

Vi planlegger å bli mer synlige og oppdatere hjemmesidene våre slik at de, og vi, blir med tilgjengelige og brukervennlige.

En av de svenske representantene informerte om at i april 2013 vil den årlige nasjonale samlingen for de svenske utdanningskandidatene skje i Østersund. Temaene for kurset vil være interkurrent sykdom under svangerskap og palliasjon. De ønsker å invitere LISer fra de andre nordiske landene til å delta på kurset. Det er spesielt aktuelt for norske LISer på grunn av nærhet til Østersund. Det vil være muligheter for å benytte skianlegget på Åre.

I forbindelse med NFOG kongressen i Bergen 16.-19. juni er det planlagt en middag i samarbeid med Bayer for LISer.

Det ble valgt ny president; Anne Cathrine Hoffgaard Munk fra Danmark. Tiril Tingleff fra Norge ble ny kasserer. NFYOG styret planlegger to møter i året, tre de årene det er NFOG kongress.

Hvis noen er interessert i utveksling til et nordisk land, eller har andre saker de tenker kan være aktuelle for NFYOG er de hjertelig velkomne til å kontakte oss.

Aktuelle hjemmesider:

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

<http://www.nfog.org/>
(gå til "trainees" øverst)



 **AmniSure**®

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

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

Vitaflo Scandinavia AB NUF
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: info@vitaflo.net
www.vitaflo.se


VITAFLO
Part of the Navamedic Group





Foto: Mark Ledingham.

Kjære kollega!

Lokal komité for NGFs årsmøte 2012 er beæret over å kunne ønske dere velkommen til årsmøtet i Tromsø - "Nordens Paris". Det er nå 10 år siden arrangementet sist ble arrangert i Tromsø, og vi ser virkelig frem til pånytt å kunne ta imot dere alle sammen. For første gang legges årsmøtet nå til oktober måned, mer i tråd med flere andre fagdisipliners årsmøter.

Høsten er ofte en veldig fin tid her nord, med spektakulære farger i naturen rundt oss, ikke sjeldent er det flotte lyssettinger på polarhimmelen, mens et trivelig høstmørke sniker seg stadig tetter rundt oss til det kulminerer i løpet av desember med full mørketid. I år arrangeres NFOG i Bergen, men da det tidsmessig er så vidt stor avstand til vi skal møtes i Tromsø, så bør dette være en god mulighet for å få med seg begge arrangementer.

Som vanlig legges det opp til et rikholdig faglig program, i regi av NGFs styre. Vi i lokal komité skal legge vår ære i at dere skal få et best mulig opphold i Tromsø, og sammen med vår alltid serviceinnstilte kongressarrangør - CIC - tror vi dere skal få et minnerikt opphold.

Vi har vektlagt at hele arrangementet skal være innenfor et begrenset geografisk område, slik at man nærmest skal kunne spasere i tøfler fra hotellrom, frokostbord og til kongresshall. Likevel vil det bli muligheter for de som ønsker det å få sett mer av Tromsø og byens omgivelser. Lokal komite og styret i NGF, vil med dette ønske dere hjertelig velkommen til Tromsø!

Ingard Nilsen (LOC) og Knut Hordnes (leder NGF)

Generalforsamling NGF 2012

Tromsø fredag 26. oktober 2012 16.30-1800

Valg av dirigent og referent

Minnestund

Årsmelding 2011

Regnskap 2011

Revidert budsjett 2012

Budsjett 2013

Årsrapporter

Orienteringssaker:

- NGF og Et trygt fødetilbud
- Revisjon av veileder i obstetikk
- Overtidssaken
- Samarbeidet med industrien
- Samarbeid med NPE
- Frikjøp av leder
- Gave til u-landsarbeid (Tormod Tande)
- NGFVårmøte 2013
- Endring i Koordinatorkontorenes ansvar ved avvikling av kurs

Saker fremlagt av styret:

1. Forslag til endring i vedtektene:

Endret årsmøtetidspunkt ble vedtatt på GF i 2010 men vedtektsendring mangler. Styret foreslår derfor endring i § 7 Årsmøtet fra "Årsmøtet avholdes innen utgangen av september måned og kombineres med et faglig møte" til "Årsmøtet skal kunngjøres for medlemmene senest tre uker på forhånd. Årsmøtet avholdes om høsten og kombineres med et faglig møte"

2. Finansiering av NGFs underutvalg – oppstart og drift.

Forslag fra Styret: underutvalg skal legge fram budsjett og mål for kommende års drift.

3. Utvidet kjøp av regnskapstjenester:

Styret foreslår at regnskapsbyrået (Visma) overtar oppgaver som hittil har falt på kasserer

4. Valg av nytt styremedlem etter Toril Kolås

5. Ny valgkomite

Saker fremlagt av medlemmene:

1. Sykehusenes infrastruktur: fysisk spredning av ulike seksjoner innenfor vår spesialitet og konsekvenser for faget (Knut Bakke)

2. Laparoskopivalget: nye medlemmer og status for nasjonalt register NGER (Jostein Tjugum)

Valg av årsmøtearrangør 2014

Eventuelt



Foto: Gaute Bruvik

Program NGF Årsmøte

Tromsø 25. - 27. oktober 2012

Årsmøtet pågår i Radisson Blu Hotell, Tromsø
(enkelte formøter og symposium foregår i andre møterom enn plenumsal)
Lunsj foregår i Restaurant Aurora i hotellet

Onsdag 24/10

Arrangement tilsluttet i tid men forøvrig uavhengig av Årsmøtet:
 FUGO: Kolposkopi Se program i Kurskatalogen eller på FUGOs hjemmeside – <http://www.legeforeningen.no/ngf>
 Styremøte NGF, lunsj 12.00 møte 12.30

Torsdag 25/10

Alle **Formøter** på Radisson Blu Hotell (For formøteprogram se s. 32 og NGFs nettsider)

- 11.00-12.30 Internasjonal Kvinnehelse i Møterom "Sydspissen"
 11.00-12.30 Norsk Urogynekologisk Gruppe (NUGG) i Møterom "Smørtorget"
 11.00-12.30 Forening for Utdanningskandidater i Gynekologi og Obstetrikk (FUGO) i Møterom "Prostneset"
 11.00-12.30 Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL) i Møterom "Tromsøsalen"
 11.00-12.30 Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO) i Møterom "313"

- 12.45-13.45 Lunsjsymposium i regi av Bayer. Se eget program.
 12.30-13.45 Lunsj for resten av deltagerne

Årsmøte 2012

- 14.00-14.25 Ordfører i Tromsø, Jens Johan Hjort, ønsker velkommen
 Åpning av Årsmøtet: Leder i NGF, Knut Hordnes
 14.30-15.00 Mathias Onsrud: Gynekologens rolle i internasjonal kvinnehelse
 15.30-16.00 Pause (plakater/utstillingsbesøk)
 16.00-16.45 **Fagpolitisk debatt; Veiledere og nasjonale retningslinjer – utfordringer**
 Knut Hordnes, NGF, Geir Sverre Braut, Helsetilsynet, Cecilie Daae, Hdir
 16.50-17.30 **Fagpolitisk debatt; Veiledere og nasjonale retningslinjer – utfordringer**
 Knut Hordnes, NGF, Geir Sverre Braut, Helsetilsynet, Cecilie Daae, Hdir
 18.30-24.00 "Get Together" i Rorbua Pub

Fredag 26/10

- 08.30-10.00 **Gynekologi/Obstetrikk**
 08.30-09.00 Tone Skeie-Jensen: Tumor pelvis, en oppdatering
 09.00-09.30 Reynir T Geirsson: "Success in publishing, a view from AOGS"
 09.30-10.00 Rolf Kirschner: Vulvasykdommer
 10.00-10.30 Pause (plakater/utstillingsbesøk)
 10.30-12.00 **Frie foredrag sesjon 1:**
- 1 AUDITSTUDIE AV MØDREDØDSFALL I NORGE 2005-2009.
Ellingsen L, Andergaard AB, Flem-Jacobsen A, Lorentzen B, Nyflødt LT, Oian P, Rygh AB, Skulstad SM, Tappert C, Vangen S
 - 2 BARN SOM DØR ELLER FÅR ALVORLIG SKADE UNDER FØDSEL
Johansen LT, Øian P
 - 3 PREDIKTORER FOR POSTTRAUMATISK STRESS SYMPTOMER 5-18 ÅR ETTER INTRAUTERIN FOSTERDØD
Gravensteen IK, Helgadottir LB, Jacobsen EM, Rådestad I, Sandset PM, Ekeberg Ø
 - 4 HVILKEN BETYDNING HAR FØDSELSANGST FOR FØDSELENSVARIGHET - RESULTATER FRA 2206 KVINNER SOM FØDTE PÅ AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS
Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A
 - 5 OXYTOCINSTIMULERING SOM RISIKOFAKTOR FOR SFINKTERRUPTUR I ROBSONGRUPPE 1, 3 OG 5
Rygh A, Kørner H, Eggebø TM
 - 6 RISIKO FOR SKULDERDYSTOCI: HVILKEN BETYDNING HAR SVANGERSKAPLENGDEN?
EN POPULASJONSBASERT STUDIE AV 2 014,956 FØDSLER
Øverland E, Vatten L, Eskild A
 - 7 LANGTIDSOPPFØLGING ETTER BEHANDLING MED KLASSISK RETROPUBISK TENSJONSFRI VAGINAL TAPE (TVT)
Svenningsen R, Staff AC, Schiøtz HA, Western K, Kulseng-Hanssen S
 - 8 BEHOV OG BRUK AV HRT BLANT LANGTIDSOVERLEVELSE ETTER GYNEKOLOGISK KREFT
Getz AL, Skjeldestad FE
- 12.00-13.00 Lunsj
 13.00-14.30 **Frie foredrag sesjon 2:**
- 9 HVOR GODT VIRKER MASSEUNDERSØKELSEN MOT LIVMORHALSKREFT?
Iversen OE
 - 10 FOREBYGGING AV LIVMORHALSKREFT MED CYTOLOGI OG HPV-TEST (COTESTING) I PRIMÆRSKREEMING
Sorbye SW, Fismen S, Gutteberg T, Mortensen ES, Skjeldestad FE
 - 11 EFFEKTEN AV REDUSERT ULTRALYD ENERGINIVÅ PÅ VANLIGE BIOMETRISKE MÅL
Sande RK, Kiserud T, Matre K, Eide GE4

Foto: Gaute Bruvik

- 12 NØYAKTIGHET AV VEKTESTIMERING MED ULTRALYD
Eggebø TM, Klefstad OA
- 13 SVANGERSKAPSUTFALL FOR MOR OG BARN VED DIABETES I SVANGERSKAPET
Bjørnerem Å, Gaup AK, Grønberg M
- 14 PÅVIRKER MORS GLUKOSEINNTAK PLACENTAS OG FOSTERETS BLODSIRKULASJON?
Haugen G, Bollerslev J, Henriksen T
- 15 MÅLING AV FOSTERVEKST SKJERPER PREDIKSJONEN AV PRETERM FØDSEL HOS SMÅ FOSTRE
Hellebust H, Johnsen SL, Rasmussen S, Kiserud T
- 16 POPULASJONSBASERT STUDIE AV VELAMENTØST OG MARGINALT FESTE AV NAVLESNOR, RISIKOFAKTORER OG UTFALL
Ebbing C, Kiserud T, Lian Johnsen SL, Albrechtsen S, Rasmussen S

14.30-15.00 Pause (plakater/utstillingsbesøk)

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

- 17 RESULTATER ETTER LAPAROSKOPISK SUPRACERVICAL HYSTEREKTOMI, EN PROSPEKTIV RANDOMISERT STUDIE
Bernert E, Qvigstad E, Langebrekke A, Lieng M
- 18 ÅRSRAPPORT 2011 I NORSK GYNEKOLOGISK ENDOSKOPIREGISTER (NGLR)
v/LAPAROSKOPIUTVALGET, NORSK GYNEKOLOGISK FORENING
Folkestad EH
- 19 DO LEVATOR HIATUS DIMENSIONS IN LATE PREGNANCY INFLUENCE DELIVERY OUTCOME? - A 3/4D
TRANSVAGINAL ULTRASOUND STUDY
Siafarikas, F, Stær-Jensen J, Hilde G, Bø K, Ellström Engh M
- 20 HØYDE OG VEKT HOS MOR OG FAR PÅVIRKER INTRAUTERIN LENGDEVEKST ULIKT HOS JENTER OG GUTTER
Skåren L, Wang X, Walker SP, Seeman E, Bjørnerem Å
- 21 OPPFØLGING AV OVERTIDIGE SVANGERSKAP
Klefstad OA, Kaada K, Lindtjørn E, Økland I, Rygh A, Eggebø TM
- 22 Sammenhengen mellom forløsningsmetode og bekkenbunnsvekt - kan keisersnitt beskytte?
Hannestad YS, Rørtveit G

16.00-16.30 Pause (plakater/utstillingsbesøk)

16.30-18.00 **Generalforsamling i Aurora Nord**19.30 **Årsmøtemiddag i "Tromsøsalen"****Lørdag 27/10**09.00-10.30 **"Veileder i obstetrikk" sesjon**

09.00-09.30 Overtid

09.30-10.00 For tidlig fødsel

10.00-10.30 Tidlig ultralyd/Terminbestemmelse

10.30-11.00 Pause (plakater/utstillingsbesøk)

11.00-11.30 **Gynekologi/Obstetrikk**

11.30-12.00 Tom Tanbo: Gonadepreservasjon med henblikk på senere fertilitet

12.00-13.00 Lunsj

13.00-14.00 **Frie foredrag sesjon 4:**

- 23 METHODS OF ASSISTED REPRODUCTION (ART) AND SERUM CONCENTRATIONS OF HUMAN CHORIONIC
GONADOTROPIN (hCG) IN VERY EARLY PREGNANCY
Tanbo T, Fedorcsak P, Eskild A
- 24 HUMAN HCG CHORIONIC GONADOTROPIN (hCG) AND ANGIOGENIC FACTORS IN THE MATERNAL
CIRCULATION AS PREDICTORS OF PREECLAMPSIA
Åsvold BO, Eskild A, Vatten LJ
- 25 HYPERTENSIVE SVANGERSKAPSKOMPLIKASJONER - OG SENERE UTVIKLING AV KARDIOVASKULÆR
SYKDOM; EN POPULASJONSBASERT STUDIE
Andersgaard AB, Acharya G, Mathiesen EB, Johnsen SH, Straume B, Øian P
- 26 GDF-15-NIVÅ I BLOD POTENSIELL BIOMARKØR FOR PREOPERATIV IDENTIFIKASJON AV UTERINE SARKOM
Trovik J, Helga B Salvesen, Tine Cuppens, Frederic Amant, Anne Cathrine Staff
- 27 KOMPLIKASJONER AV ROBOTASSISTERT LAPAROSKOPISKE PROSEDYRER OG ERFARINGEN AV FØRSTE 100
PASIENTER
Sert MB

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

Program Formøter NGF Tromsø 25. oktober 2012

Foto: Gaute Bruvik

PROGRAM for NUGG-møtet i Tromsø 25. oktober 2012

Møtested: Radisson Blu Hotel, møterom Smørtorget kl . 11.00 – 12.30

1. Velkommen
Hjalmar Schiøtz
2. MESH. Hvor står vi, hvor går vi? Status i Norge 2012
Marie Ellström Engh
3. NKIR. Oppdatering
Sigurd Kulseng-Hanssen
4. TENT-resultater
Hjalmar Schiøtz
5. Komplikasjoner. To kasus fra Ullevål
Ellen Borstad, Anny Spydslaug
6. Eventuelt

Program for formøtet PSL (Praktiserende Spesialisters Landsforening)

25. oktober kl 10.00

Møteleder: Martin Andresen

“Utredning av gynekologisk kreft i spesialist-praksis” - henvisningsrutiner, pre-operative undersøkelser og nye markører
Avdelingsoverlege Erik Rokkones, DNR

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

25. oktober 2012 kl 10.00

Møteleiar: Anne Beate Vereide

- 10.00 – 10.20 MSD - HPV
- 10.25 – 11.45 VIN; gammel VIN på ny flaske (ny klassifisering og diagnostikk til praktisk bruk)
Patologi: *Jannice Berland, Stavanger Universitetssykehus*
Utredning og behandling: *Bent Fiane, Stavanger Universitetssykehus og Rita Steen, Radiumhospitalet, OUS*

Program for formøte Internasjonal kvinnehelse

Møtested: ”Sydspissen”, Radisson Blu Hotel 25.10.2012

- 11.00-11.10 Åpning, orientering
Torvid Kiserud
- 11.10-11.20 ”Minefeltet: mødre- og nyfødthelse i Cambodsjå”
Margit Steinholt
- 11.30-11.50 ”Keisersnitt og obstetriske fistler”
Mathias Onsrud
- 11.50-12.30 Diskusjon/Oppdatering

FORSKNINGSSTIPEND GYNEKOLOGI OG OBSTETRIKK NOK 50.000

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

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

Tildelingen av stipendet vil foregå på NGFs årsmøte i Tromsø i oktober 2012. Den eller de som har mottatt forskningsstipendet må være villig til å presentere forskningsresultatene i et egnet forum.

Søknaden stiles til Norsk Gynekologisk Forening v/ Jone Trovik, Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus, 5021 Bergen, og skal inneholde en kortfattet forskningsplan, curriculum vitae og et budsjett for prosjektet. Søknadsfristen er 15. august 2012.

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

Frie Foredrag Sesjon I

I. AUDITSTUDIE AV MØDREDØDSFALL I NORGE 2005-2009.

Ellingsen L¹, Andergaard AB², Flem-Jacobsen A³, Lorentzen B¹, Nyflødt LT⁴, Oian P⁵, Rygh AB⁶, Skulstad SM⁷, Tappert C⁸, Vangen S⁹

¹Fødeavdelingen, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet; ²Fagdirektør Helse Sør-Øst; ³Fødeavdelingen, Oslo Universitetssykehus, Ullevål; ⁴Klinikklinikken, Vestre Viken, Drammen; ⁵Kvinneklinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø; ⁶Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssykehus; ⁷Fødeavdelingen, Haukeland Universitetssykehus; ⁸Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital; ⁹Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo Universitetssykehus.

Bakgrunn. På tross av bedret svangerskapsomsorg dør kvinner fortsatt i forbindelse med svangerskap og fødsel. Norge har lav rapportert mødredødelighet, men selv i utviklede land med gode registre er mødredødsfall underrapportert. I 2010 etablerte interesserte gynekologer "The Norwegian maternal mortality group" i samarbeid med Norsk gynekologisk forening. Gruppen er del av et nordisk samarbeid. Målet er å identifisere antallet direkte, indirekte og koincidente mødredødsfall og klassifisere dødsfallene etter felles nordiske kriterier.

Metode. Informasjon om mødredødsfall (dødsfall under svangerskapet eller inntil 42 dager postpartum) i Norge i perioden 2005-2009 ble identifisert ved hjelp av registerkopling mellom Medisinsk fødselsregister, Dødsårsaksregisteret og informasjon fra fødeavdelingene. Ved audit identifiserte vi dødsårsaken og forbedringspotensial for hvert kasus.

Resultater. Vi identifiserte totalt 27 mødredødsfall, 14 direkte obstetriske, 12 indirekte og ett koincident. De viktigste dødsårsakene var preeklampi/eklampi (N=5) og vold (N=5, 4 selvmord, 1 mord) etterfulgt av tromboemboli (n=4). Mødredødsfallsrasjon var 9/100 000 levende fødte sammenlignet med 5/100 000 rapportert i SSB. Ingen av de voldelige dødsfallene eller tromboemboliene var registrert i SSB's statistikk basert på dødsmelding alene. Vi identifiserte forbedringspotensial i behandlingen hos 54 %. Dette gjaldt spesielt for dødsfall av preeklampi/eklampi eller tromboembolisk sykdom hvor tidligere innsatt eller mer adekvat behandling sannsynligvis ville påvirket utfallet. Mødredødsfall var hyppigere hos kvinner med afrikanske/asiatiske navn, tenåringsmødre og særlig eldre mødre

Konklusjon. Direkte obstetriske mødredødsfall dominerer fortsatt i Norge med et betydelig potensial for bedring av behandlingen. Vold hovedsakelig selvmord, var en ledende dødsårsak. Rapportering av mødredødsfall ved hjelp av registerkopling vil gi et mer nøyaktig estimat.

2. BARN SOM DØR ELLER FÅR ALVORLIG SKADE UNDER FØDSEL

Johansen LT¹, Oian P²

¹Statens helsetilsyn, Oslo; ²Kvinneklinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø.

Bakgrunn. Det er sjelden at barn dør eller skades under fødsel i Norge. Vi ønsket å undersøke om det forelå svikt i fødselshjelpen i saker meldt til Helsetilsynet, og peke på områder innen fødselshjelpen hvor det er mulighet til forbedringer.

Metode. Materiale består av tilsynssaker meldt til Helsetilsynet i treårsperioden 2006-08 der barnet døde under fødsel eller fikk alvorlig skade. Vi registrerte data vedrørende fødeinstitusjon, fosterovervåking, forløsningsmåte, personell involvert og type svikt i fødselshjelpen.

Resultater. Materiale består av 81 saker. Det var 58 barn som døde under eller etter fødsel og 23 barn som fikk alvorlig skade. Helseforetakene meldte 42 av hendelsene til Helsetilsynet, de resterende ble meldt av pasientombudet eller foreldrene. Det var ikke tilfredsstillende fosterovervåking i 55 (68 %) av fødslene og forsinket forløsning ved 56 (69 %). Gynekologspesialist ble ikke tilkalt i 36 (44 %) av fødslene. Fødeavdelinger der fødselstall var < 1000 per år hadde signifikant flere skader meldt til Helsetilsynet sett i forhold til fødselstallet enn de større avdelingene.

Konklusjon. Det er nødvendig at leger og jordmødre har god kunnskap innen fosterovervåking. Fødeinstitusjoner må utarbeide gode rutiner for selektering av fødsler; bruk av fosterovervåking, tilkalling av lege, akuttøvelser og melding til Helsetilsynet.

3. PREDIKTORER FOR POSTTRAUMATISK STRESS SYMPTOMER 5-18 ÅR ETTER INTRAUTERIN FOSTERDØD

Gravenstein IK^{1,2,3}, Helgadóttir LB^{1,4}, Jacobsen EM^{1,3}, Rådestad I⁵, Sandset PM^{1,3}, Ekeberg Ø^{2,6}

¹Hematologisk avd. Oslo Universitetssykehus Ullevål; ²Avd. for medisinsk atferdsvitenskap, Universitetet i Oslo; ³Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo; ⁴Gyn. avd. Oslo Universitetssykehus, Ullevål; ⁵Sophiahemmet Högskola, Stockholm; ⁶Akuttmedisinsk avd. Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Bakgrunn. Intrauterin fosterdød (IUFD) er en traumatisk hendelse. Litteraturen har strides om hvorvidt og i hvilken grad kontakt med det dødfødte barnet bidrar til en sunn sorgprosess. Det er uklart hvordan kvinner vurderer håndteringen av dødfødsel på norske sykehus og hvilke langtidseffekter spesifikke råd og omsorgshandlinger har.

Metode. 101 kvinner som opplevde IUFD på Oslo Universitetssykehus Ullevål eller Akershus Universitetssykehus for 5-18 år siden fylte ut et spørreskjema i 2008. Skjemaet inkluderte informasjon om livssituasjon, svangerskaphistorikk og helse, samt opplevelser på sykehuset i tiden rundt dødfødselen. Impact of Event Scale (IES-15) ble brukt for å måle symptomer på post traumatisk stress (PTS).

Resultater. 85,6 % av kvinnene følte de fikk støtte av personalet under fødselen og 94,9 % at personalet viste respekt overfor barnet. Kvinnene følte i stor grad at personalet støttet dem i å se og holde barnet, og i noe mindre grad at de fikk støtte til å velge dette selv. De fleste kvinnene så (98,0 %) og holdt (86,5 %) sitt dødfødte barn, har tatt vare på bilder (97,0 %) og andre minnegjenstander (99 %), ga barnet navn (94,1 %) og arrangerte begravelse (93,1 %). 91,1 % av kvinnene fikk minst en form for oppfølging post partum. 31,6 % av kvinnene hadde klinisk signifikant nivå av PTS symptomer (IES>20). Prediktorer for IES >20 var yngre alder i 2008 (OR 0,85 pr år; p = 0,002), provosert abort før IUFD (OR 4,90, p = 0,012) og å ikke ha holdt barnet (OR 6,71, p = 0,003).

Konklusjon. De fleste kvinner ønsker og blir oppmuntret til kontakt med sitt dødfødte barn. Nivået av PTS symptomer 5-18 år etter IUFD var påfallende høyt. Å holde sitt dødfødte barn var forbundet med lavere risiko for høyt nivå av PTS symptomer, mens tidligere provosert abort var en risikofaktor.

4. HVILKEN BETYDNING HAR FØDSELSANGST FOR FØDSELENS VARIGHET – RESULTATER FRA 2206 KVINNER SOM FØDTE PÅ AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

Adams SS^{1,2}, Eberhard-Gran M^{1,4}, Eskild A^{3,4}

¹HØKH, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; ²Institutt for klinisk medisin, Akershus Universitetssykehus, Universitetet i Oslo; ³Kvinneklinikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; ⁴Divisjon for psykisk helse, Folkehelseinstituttet, Oslo.

Bakgrunn. Langsom fødsel er en viktig årsak til akutt keisersnitt. Vi ønsket å undersøke om fødselsangst påvirker fødselens varighet.

Metode. Vi studerte 2206 gravide kvinner som fødte på Akershus Universitetssykehus, rekruttert 2008-2010. Kvinnene besvarte spørreskjema i svangerskapsuke 32. Ytterligere opplysninger om graviditet og fødsel ble hentet fra kvinnenes fødejournal. Fødselens varighet (i timer og minutter) ble definert fra start på aktiv fase,

3-4 cm mormunnsåpning og tre rier per 10 minutt å ≥ 1 minutt til barnet ble født. Fødselens varighet ble brukt som utfallsvariabel i en lineær regresjonsmodell. The Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ), versjon A, ble brukt for å undersøke om kvinnene hadde fødselsangst i svangerskapsuke 32 (ja/nei). Fødselsangst ble brukt som forklaringsvariabel i modellen. Følgende variable ble betraktet som konfundere: paritet, deltagelse i samtale(r) for kvinner med emosjonelle problemer tilknyttet fødsel, epidural smertelindring, induksjon av fødsel, riestimulering, akutt keisersnitt, operativ vaginalforløsning (vakuu- eller tangforløsning), barnets fødselsvekt og mors alder, og følgelig inkludert i modellen.

Resultater. 7,5 % av kvinnene hadde fødselsangst (W-DEQ score ≥ 85). Kvinner med fødselsangst hadde lengre fødsler enn kvinner uten fødselsangst (ustandardisert regresjonskoeffisient 1,54; 95 % CI 0,87-2,22, tilsvarende 1 time og 32 minutter). Etter justering for ovennevnte konfundere var fødselens varighet fremdeles signifikant lengre hos kvinner med fødselsangst sammenlignet med kvinner uten fødselsangst (ustandardisert regresjonskoeffisient 0,78; 95 % CI 0,20-1,35, tilsvarende 47 minutter).

Konklusjon. Kvinner med fødselsangst hadde lengre fødsler enn kvinner uten fødselsangst.

5. OXYTOCINSTIMULERING SOM RISIKOFAKTOR FOR SFINKTERRUPTUR I ROBSONGRUPPE 1, 3 OG 5

Rygh A¹, Kørner H², Eggebø TM¹

¹Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssjukehus; ²Gastrokirurgisk avdeling, Stavanger Universitetssjukehus

Bakgrunn: Sfinkterruptur er en alvorlig komplikasjon til vaginale fødsler, og er hovedårsak til anal inkontinens hos kvinner. Kjente risikofaktorer er operativ vaginalforløsning, stort barn og første fødsel. Andre faktorer har mer usikker betydning. Oxytocinstimulering oppgis ikke som risikofaktor i Cochrane review. Skandinaviske studier har vist at god kontroll og teknikk under utskjæringen minsker risikoen for skade. Oxytocinstimulering kan tenkes å forstyrre kontrollen ved at fødselen går for raskt. Vi ønsket å undersøke om oxytocinstimulering ga økt risiko for sfinkterruptur i vår populasjon.

Metode. Fra kildepopulasjonen på over 60000 fødsler, samlet i våre fødedatabaser (Gjessing® og Imatus Natus®) i perioden 2000-2012 er alle vaginale fødsler etter uke 23 med spontan start inkludert, i alt 41804 fødsler. Vi benyttet multivariat logistisk regresjonsanalyse med sfinkterruptur som avhengig variabel, og oxytocinstimulering som hovedeffektvariabel i Robsongruppe 1, 3 og 5 i populasjonen. Kovariater var operativ forløsning, fødselsvekt >4000g, episiotomi, epidural, mors alder og gestasjonsalder (Robson 1: P0, spontan hodefødsel >37 uker, enling, Robson 3: P1+, spontan hodefødsel >37 uker, enling, Robson 5: P1+, spontan hodefødsel >37 uker, tidligere sectio).

Resultat. Oxytocinstimulering var uavhengig risikofaktor for sfinkterruptur i Robson 1 (OR 1,29, 95 % CI 1,11-1,50) og Robson 3 (OR 1,59, 95 % CI 1,20-2,11), men ikke i Robson 5 (OR 1,6, 95 % CI 0,94-2,78). Risiko for sfinkterruptur ved oxytocinstimulering forble signifikant økt i Robson 1 og 3 selv om varighet av trykktiden ble tatt inn i regresjonen.

Konklusjon. Vi har vist at oxytocinstimulering er en selvstendig risikofaktor for sfinkterruptur i Robsongruppe 1 og 3 i vår populasjon.

6. RISIKO FOR SKULDERDYSTOCI: HVILKEN BETYDNING HAR SVANGERSKAPSLENGDE EN POPULASJONSBASERT STUDIE AV 2 014,956 FØDSLER

Øverland E¹, Vatten L², Eskild A^{1,3}

¹Kvinneklivnikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; ²Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim; ³Institutt for klinisk medisin Universitetet i Oslo.

Bakgrunn. Skulderdystoci er en sjelden, men dramatisk obstetrisk situasjon med potensielt alvorlige maternelle og føtale komplikasjoner. Det er derfor viktig å kartlegge risikofaktorer for denne alvorlige tilstanden. Det har blitt hevdet at overtidig svangerskap er en risikofaktor for skulderdystoci. Hensikten med vår studie var å studere om svangerskapslengde er en selvstendig risiko for skulderdystoci. Vi ønsket også å studere om maternell diabetes påvirker assosiasjonen mellom svangerskapslengde og risiko for skulderdystoci.

Metode. Vi brukte data fra Medisinsk fødselsregister og inkluderte samtlige vaginale singleton holdeleiefødsler i perioden 1967-2009, totalt 2 014,956 fødsler.

Resultater. Skulderdystoci forekom i 0,73 % (14,820/ 2 014,956) av alle fødsler. Det var en sterk positiv assosiasjon mellom barnets fødselsvekt og risiko for skulderdystoci. Siden barnets vekt øker med svangerskapslengden, økte forekomsten av skulderdystoci med økende svangerskapslengde. Etter justering for fødselsvekt fant vi at odds ratio for skulderdystoci var 1,68 (95 % KI 1,35-2,10) for fødsler før uke 36 og 0,88 (95 % KI 0,84-0,92) for fødsler i uke 42-43 (svangerskapsuke 40-41 var referansekategori). I svangerskap med maternell diabetes var forekomsten av skulderdystoci 3,95 % (4427/111,188) og i disse svangerskapene var odds ratio for skulderdystoci 2,92 (95 % KI 1,54-5,52) for fødsler før uke 36 etter justering for fødselsvekt. Trenden som viste redusert risiko for skulderdystoci med økende svangerskapslengde, ble funnet i samtlige fødselsvektkategorier.

Konklusjon. Vi fant en høyere risiko for skulderdystoci blant fødsler før termin sammenlignet med fødsler ved eller etter termin etter justering for fødselsvekt. Denne inverse assosiasjonen mellom svangerskapslengde og skulderdystoci var spesielt uttalt i svangerskap med maternell diabetes. Overtidig svangerskap er således ingen selvstendig risikofaktor for skulderdystoci.

7. LANGTIDSOPPFØLGING ETTER BEHANDLING MED KLASSISK RETROPUBISK TENSJONSFRI VAGINAL TAPE (TVT)

Svenningsen R¹, Staff AC¹, Schiøtz HA², Western K³, Kulseng-Hanssen S⁴

¹Gyn. avd. Oslo Universitetssykehus; ²Gyn. avd. Sykehuset i Vestfold; ³Gyn. avd. Sykehuset i Østfold; ⁴Gyn. avd. Sykehuset Asker og Bærum.

Bakgrunn. Retropubisk TVT har svært godt dokumenterte kortidsresultater og lave komplikasjonstall, men få studier har undersøkt metodens langtidsresultater. Vi ønsket å evaluere operasjonsresultatet etter 10 år samt kartlegge eventuelle sene komplikasjoner i et uselektert pasientmateriale.

Metode. Alle 603 pasienter operert med TVT ved Aker, Ullevål, Tønsberg, Asker og Bærum og Fredrikstad sykehus i 1998, 1999 og 2000 ble invitert til 10 års oppfølgingskontroll. Pasientpopulasjonen besto av primær- og residivopererte kvinner med stressinkontinens grunnet hypermobilitet, lavt lukketrykk, blandingsinkontinens og kvinner som samtidig fikk utført descenskirurgi. Eneste eksklusjonskriterium var manglende evne til samtykke. Telefonintervju ble utført der pasienten ikke kunne møte. Studiedataene ble koblet gjennom Norsk kvinnelig inkontinensregister (NKIR) mot pre- og peroperative, 6-måneders og 3-års postoperative data. Det validerte NUGG-skjemaet ble benyttet.

Primære endepunkter: objektivt kurert (negativ stresstest), reoperasjonsrate, pasientens vurdering av resultatet og grad av fornøydhhet.

Sekundære endepunkter: objektive og subjektive tømningvansker, de novo urgency-inkontinens, vaginale erosjoner, residerende urinveisinfeksjoner og persisterende smertefull vannlating.

Resultater. 327 pasienter møtte til undersøkelsen og 156 ble telefonintervjuet, totalt 483. Median oppfølgingstid: 129 måneder: 90 % hadde negativ stresstest (90 % ved 6 mnd), 2,3 % var blitt reoperert, 76 % var subjektivt kurert, 18 % var blitt bedre, mens 6 % syntes operasjonen var mislykket. 83 % var "veldig fornøyd" med behandlingen (89 % ved 6 mnd).

Sekundære endepunkter: Lav maksflow (< 15 ml/s): 27 % (11 % ved 6 mnd), resturin > 100 ml: 3,5 % (0,3 % ved 6 mnd), resturin > 200 ml: 0 %, de novo

urgencyinkontinens: 15 % (4 % ved 6 mnd), milde subjektive tømningssvanser: 23 %, vaginale erosjoner: 0,8 %, residiverende urinveisinfeksjoner: 2,3 %, persisterende smertefull vannlating: 1,1 %.

Konklusjon. TVT har svært gode subjektive og objektive resultater med få alvorlige sene komplikasjoner etter 10 år, selv i en uselektert pasientpopulasjon.

8. BEHOV OG BRUK AV HRT BLANT LANGTIDSOVERLEVELSE ETTER GYNEKOLOGISK KREFT

Getz AL¹, Skjeldestad FE¹

¹Forskningsgruppe kvinnehelse og perinatologi, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø.

Formål. Studere behov for og bruk av HRT mellom langtidsoverlevende etter gynekologisk kreft og en representativ gruppe kvinner tilfeldig utvalgt fra folkeregisteret. **Material og Metode.** Kvinner behandlet for gynekologisk kreft ved St. Olavs hospital i perioden 1987-1996 ble fulgt opp med spørreskjema i 2004. I denne delstudien inngår pre-menopausale kvinner som har fått fjernet ovariene kirurgisk (n=84), kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft postmenopausalt (n=61), og et tilfeldig utvalg postmenopausale kvinner (n=283). Menopausesymptomer ble målt ved hjelp av en modifisert Menopause Rating Scale (MRS). Alle analyser ble gjort med kji-kvadrat-test og logistisk regresjon.

Resultater. Tidligere kreftpasienter var fulgt opp i gjennomsnitt 12 år (variasjon 8-18 år). Tid siden menopause var henholdsvis 14,5, 12,2 og 11,5 år for pre- og postmenopausale tidligere pasienter og kontroller. Analyser av hele studiepopulasjonen viste at andelen kvinner som hadde MRS > 8 (uttalte symptomer) var signifikant høyere blant tidligere premenopausalt opererte pasienter (49 %) til tross for at denne gruppen brukte mer systemisk HRT enn de andre gruppene (30 % og 35 % respektive postmenopausale pasienter/kontroller). Blant brukere av HRT var det ingen forskjell i høy MRS skår (> 8) mellom studiegruppene, mens blant ikke-brukere av HRT var signifikant flere kvinner i den premenopausale gruppen (aOR 2,3 (95 % CI: 1,1-4,8) justert for BMI og komorbiditetene migrene/hodepine, muskelskjelett og psykiske sykdommer).

Konklusjon. Selv 12 år etter kirurgisk behandling for primær sykdommen har mange pasienter uttalte postmenopausale symptomer og behov for behandling. Mange som bruker HRT får for liten dose da de ikke når behandlingseffekt mål ved MRS skår 8 eller lavere. Det er en utfordring å optimalisere HRT behandlingen både blant tidligere gynekologisk kreft pasienter og blant vanlige kvinner.

Frie Foredrag Sesjon 2

9. HVOR GODT VIRKER MASSEUNDERSØKELSEN MOT LIVMORHALSKREFT?

Iversen OE^{1,2}

¹Institutt for klinisk medisin, Det medisinske-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen; ²Kvinnelklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen.

Bakgrunn. Det har vært høy temperatur i debattene om kreftforebyggende masseundersøkelser, særlig om mammografi og villscreening med PSA for prostatakreft. I Norge har det vedrørende livmorhalskreft vært mest fokus på HPV testingens betydning og valg av test. Fellesnevneren er at all debatt gir usikkerhet i befolkningen, noe som i sin tur kan gå ut over oppslutningen om de organiserte programmene. Høy oppslutning er kanskje den viktigste av alle faktorene for effekt av screening. Målet med denne studien var å estimere effekt på hovedmålene ved programmet: å redusere forekomst og dødelighet av livmorhalskreft.

Metode. Siden cervixscreeningen ble innført uten dokumentasjon fra kontrollerte studier er det helt naturlig at nytten også her kommer i samme kritiske søkelys som annen screening. Av samme grunn har vi ikke eksakte tall for effekt, og må derfor estimere nytten indirekte, med de svakheter det har. Ulike tilnæringer ble benyttet: Fremskrivning av insidens utviklingen av cervixcancer før screening, sammenlikning mellom land som innførte screening på forskjellige tidspunkt. Sammenlikning mellom land med effektiv screening og land helt uten. Økende forekomst av HPV infeksjon (condylom) over tid justert for ulik latenstid for condylom og cancer. Forekomst av HPV 16 antistoffer hos friske blodgivere i Janusbanken fra 1970 tallet til 1990 tallet. Funn i en langtidsoppfølging (ca 30 år) av kvinner som ble versus kvinner som ikke ble behandlet for histologisk verifisert CIN 3.

Resultater. Hvert år har vi i Norge ca 300 nye tilfeller av cervixcancer. Flertallet av disse oppstår hos kvinner som ikke deltar i screeningen. Vi koniserer hvert år 3-3500 kvinner; ca 85 % av dem for CIN 3 og ca 15 % for CIN 2. Ved de ulike foretatte tilnærmingene kan det estimeres at helt uten screening ville vi hatt fra ca 4 til 10 ganger så mange nye tilfeller av cervix cancer hvert år. Det tilsvarer at vi forhindrer i størrelsesorden 8-900 nye tilfeller årlig og derved reduserer antall dødsfall av cervixcancer med 200-250 tilfeller.

Konklusjon. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft i Norge fremstår som effektiv både på insidens og dødelighet av sykdommen. Ytterligere forbedret forebyggende effekt kan realistisk sett oppnås ved bedret dekningsgrad, optimal utnyttelse av ny målrettet teknologi (HPV testing) og primærprofylakse (HPV vaksinasjon).

10. FOREBYGGING AV LIVMORHALSKREFT MED CYTOLOGI OG HPV-TEST (COTESTING) I PRIMÆRSCREENING

Sorbye SW¹, Fismen S¹, Gutteberg T^{2,3}, Mortensen ES^{1,3}, Skjeldestad FE⁴

¹Department of Pathology, University Hospital of North Norway; ²Department of Microbiology and Infection Control, University Hospital of North Norway;

³Institute of Medical Biology; ⁴Institute of Clinical Medicine, University of Tromsø, Norway.

Bakgrunn. American Cancer Society anbefaler primærscreening med cytologi og HPV-test (cotesting) hvert femte år for kvinner i alderen 30-65 år. Slik cotesting er ikke anbefalt for kvinner i aldersgruppen 21-29 år på grunn av høy forekomst av HPV, mange forbigående HPV-infeksjoner, relativt lav forekomst av CIN3 og lav risiko for kreft. Hensikten med studien er å undersøke kombinasjonen av cytologi og HPV mRNA test for aldersgruppen 21-29 år med tanke på avdekking av CIN3+ sammenlignet med kvinner 30-39 år og 40-65 år.

Metode. I perioden 2003-2004 ble 18 852 kvinner i Norge undersøkt med cytologi og HPV mRNA test (villscreening). I studien har vi ekskludert kvinner med tidligere unormal celleprøve eller tidligere påvist CIN2+. Inkludert i studien er 12 616 kvinner i aldersgruppen 21-65 år i en situasjon tilsvarende cytologi og HPV cotesting i primærscreening. Kvinnene ble fulgt opp ut desember 2009 ved hjelp av tre av registre i Krefregisteret (CIN behandlingsregister, CIN biopsi register, kreftbasen). Alle statistiske analyser ble gjort ved hjelp av overlevelseskurver (tid til hendelse) i SPSS versjon 18,0.

Resultater. Kumulativ insidensrate av CIN3+ etter 72 måneder var 1,64 (95 % CI: 1,40-1,88) pr 100 kvinner. For kvinner med normal cytologi (n=12 273) var insidensraten 1,20 (95 % CI: 1,00-1,40). For kvinner med negativ HPV mRNA test (n=11 970) var insidensraten 0,82 (95 % CI: 0,65-0,99). For dobbelt negative kvinner (n=11 731) var insidensrate 0,59 (95 % CI: 0,44-0,74). For kvinner 21-29 år (n=2433), 30-39 år (n=3794) og 40-65 år (n=5504) var den kumulative insidensraten av CIN3+ for dobbelt negative kvinner i de ulike aldersgruppene henholdsvis 1,16 (95 % CI: 0,68-1,64), 0,66 (95 % CI: 0,45-0,93) og 0,32 (95 % CI: 0,16-0,48) pr 100 kvinner.

Konklusjon. Dobbelt negative kvinner (cytologi og HPV mRNA) med tidligere normal prøvehistorikk har lav risiko for CIN3+ de neste 6 årene og screeningintervallet kan fordobles fra 3 år til 6 år for disse kvinnene. Det er nødvendig med flere studier for å bekrefte dette funnet.

11. EFFEKTEN AV REDUSERT ULTRALYD ENERGINIVÅ PÅ VANLIGE BIOMETRISKE MÅL

Sande RK^{1,2}, Kiserud T^{1,2}, Matre K3, Eide GE^{4,5}

¹Klinisk fosterfysiologisk forskningsgruppe, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen; ²Seksjon for fostermedisin, Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus; ³Institutt for Indremedisin, Universitetet i Bergen; ⁴Kompetansesenter for klinisk forskning, Haukeland Universitetssykehus; ⁵Seksjon for Allmenmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Bakgrunn. Det er ei utbreidd misforståing at ultralyd er trygt. Ultralyd er tvert imot svært farleg, og vert mellom anna brukt til å koagulere svulstar som er utilgjengelege for kirurgi, og til å katalysere reaksjonar som krev ekstreme trykk og temperaturar. Obstetrisk ultralyd er dokumentert trygt, så lenge ein held seg under 94 mW/cm² i intensitet. Men moderne ultralydmaskiner er i stand til å produsere betydeleg høgare intensitet, og studier tyder på at vi ikkje i tilstrekkeleg grad er oppmerksomme på energinivået vi brukar. I denne situasjonen meiner vi det er viktig å bruke den lågaste energien som gjev den nødvendige informasjonen. Difor testa vi hypotesen at ein kan gjere fullverdige biometriske målingar med betydeleg lågare energi enn det som er vanleg praksis.

Metode. Vi rekrutterte 113 gravide til studien, delt i fem grupper med gestasjonsalder 12, 12, 18, 24 og 36 veker; og undersøkte fostera med vanleg 2D gråskala ultralyd (den første med vaginal probe, resten med abdominal probe). Vi målte diameteren på bakre horn i sideventriklane, lengda på femur og diameteren på den intraabdominale delen av vena umbilicalis med energi svarande til Termisk Indeks for Bein (TIB) på 1,0. Alle målingar vart gjort tre gonger. Deretter reduserte vi energinivået tilsvarande TIB 0,5, optimaliserte bildet ved hjelp av "gain" og gjentok målingane. Til slutt reduserte vi TIB til 0,1 og gjentok prosedyren på same måte. Vi brukte ein "mixed linear modell" i SPSS til å vurdere om energinivået hadde nokon effekt på måleverdiane eller på målevariasjonen.

Resultat. Vi fann at energinivået hadde ein signifikant effekt på målingane av femur og vena umbilicalis. Effekten var imidlertid svært liten. Den største effekten var på målingane av femur; som vart 0,0274 millimeter kortare når energien vart redusert frå TIB 1,0 til TIB 0,1. Dette er betydeleg mindre enn intraobservatorvariasjonen i både vår og tidlegare studier; og sannsynlegvis utan klinisk konsekvens. Det var ingen auka målevariasjon når vi reduserte energien.

Konklusjon. Det er muleg å gjere biometriske målingar i eit 2D gråskala bilde med ultralydenergien betydeleg redusert i forhold til dagens praksis, og likevel oppnå klinisk fullverdige mål.

12. NØYAKTIGHET AV VEKTESTIMERING MED ULTRALYD

Eggebø TM¹, Klefstad OA¹

¹Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssjukehus.

Bakgrunn. Vektestimering av foster ved hjelp av ultralyd er en vel etablert diagnostisk metode. Det er vanlig å anslå en feilestimering på +/- 10 % som akseptabel. Vektestimering seint i svangerskapet er ofte vanskelig fordi fostervannsmengden er redusert. Helsedirektoratet anbefaler at kvinner med vekstavvik på mer enn -15 % ved kontrollen på dag 290 i svangerskapet bør induseres. Vi ønsket å kvalitetssikre vektestimeringen hos kvinner som har passert termin ved Stavanger Universitetssjukehus.

Metode. Det ble utført vektestimering ved svangerskapskontrollen på dag 290 fra 1. august 2011 til 31. mars 2012 ved hjelp av ultralyd og algoritmen til svangerskapskjulet e-Snurra. Både ultralyddjormødre og leger ved avdelingen utførte vektestimeringene. Vektestimeringen ble sammenlignet med reell fødselsvekt. Vi beregnet gjennomsnittlig avvik, andel som var innenfor +/- 10 %, intra class correlation coefficient (ICC), utførte lineær regresjonsanalyse, laget Bland Altmans plot med limits of agreement og beregnet Coens kappa for å predikere fødselsvekt over 4500 gram og for å beregne et avvik på <-15 %.

Resultater. 422 kvinner møtte til kontroll dag 290 i studieperioden og vi har data for vektestimering hos 416. Gjennomsnitt fødselsdag etter kontrollen var 2 dager (SD 1,4; range 0-7). Gjennomsnitt estimert fødselsvekt var 3756 gram og gjennomsnitt reell fødselsvekt var 3800 gram (gjennomsnittlig avvik 44 gram; 95 % CI 16-71). ICC var 0,86, regresjonsligningen: $x = 580 + 0,86y$, Pearson korrelasjonskoeffisient 0,76 og limits of agreement -515 til +603. 24 barn veide over 4500 gram, men bare 7 av disse ble estimert til å være over 4500 (kappa 0,41). 84 % av estimeringene falt innenfor et avvik på +/-10 %. 32 (7,6 %) fostre veide mindre enn 3230 gram (-15 % avvik) og 34 (8,2 %) fikk estimert vekt <3192 (-15 % estimert avvik). Kappa verdi for estimert avvik -15 % og reelt avvik -15 % var 0,47.

Konklusjon. Gjennomsnitt reell fødselsvekt var litt større en estimert vekt. Dette kan skyldes at det i gjennomsnitt gikk to dager fra estimering til fødsel. Estimering av fostervekt hos kvinner etter termin er forbundet med usikkerhet.

13. SVANGERSKAPSUTFALL FOR MOR OG BARN VED DIABETES I SVANGERSKAPET

Bjørnerem Å^{1,2}, Gaup AK¹, Grønberg M2

¹Kvinneklivnikken, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø; ²Kvinneklivnikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø.

Bakgrunn. Diabetes i svangerskapet er assosiert med økt risiko for komplikasjoner hos både mor og barn, både misdannelser, makrosomi og preeklampsi. Siden svangerskapsomsorgen er forbedret med tett oppfølging av gravide med diabetes, ønsker vi å studere om diabetes fortsatt er assosiert med risiko for komplikasjoner.

Metode. Vi inkluderte alle 256 enkle svangerskap ved Universitetssykehuset Nord-Norge som hadde pregestasjonell diabetes mellitus som var insulin avhengig (IDDM), ikke-insulin avhengig (NIDDM) og de som utviklet svangerskapsdiabetes (GDM) fra 1. januar 2004 til 31. desember 2010. Vi undersøkte sammenhenger mellom glykosylert hemoglobin (HbA1c) og kroppsmasseindeks (KMI), med fødselsvekt, makrosomi, preeklampsi og keisersnitt hos de som fødte ved termin (≥ 37 svangerskapsuger) i lineære og logistiske regresjonsanalyser.

Resultater. De 69 gravide med IDDM hadde en gjennomsnittlig HbA1c på 7,8 % (standardavvik (SD) 1,5), KMI 26,5 kg/cm² (SD 5,1), fødselsvekt 3621 g (SD 827), 10,6 % (7/66) hadde makrosomi, 21,7 % (15/69) preeklampsi og 56,5 % (39/69) keisersnitt. Deres HbA1c og KMI var ikke assosiert med fødselsvekt eller makrosomi, men hvert SD (5 kg/cm²) høyere KMI var assosiert med 3 ganger høyere risiko for preeklampsi (OR 3,07; 95 % KI 1,23-7,68). De 26 gravide med NIDDM hadde en gjennomsnittlig HbA1c på 7,6 % (SD 1,6), KMI 35,4 kg/cm² (SD 7,8), fødselsvekt 3663 g (SD 1101), 7,7 % (2/26) hadde makrosomi, 26,9 % (7/26) preeklampsi og 57,7 % (15/26) keisersnitt. De 161 gravide med GDM hadde en gjennomsnittlig HbA1c på 5,8 % (SD 0,4), KMI 30,2 kg/cm² (SD 6,1), fødselsvekt 3761 g (SD 750), 14,6 % (23/158) hadde makrosomi, 15,0 % (24/160) preeklampsi og 31,1 % (50/160) keisersnitt. For hvert SD (5 kg/cm²) høyere HbA1c hadde de 0,2 SD (150 g) høyere fødselsvekt (p = 0,04). Deres HbA1c var også assosiert med 71 % høyere risiko for preeklampsi (OR 1,71; 95 % KI 1,04-2,83), mens deres KMI ikke var assosiert med makrosomi eller preeklampsi.

Konklusjon. Tross forbedret svangerskapsomsorg og tett oppfølging av de som har diabetes i svangerskapet, har de fortsatt økt risiko for makrosomi, preeklampsi og keisersnitt. Så ytterligere reduksjon av HbA1c og KMI kan bidra til å forbedre svangerskapsutfall hos mor og barn.

14. PÅVIRKER MORS GLUKOSEINNTAK PLACENTAS OG FOSTERETS BLODSIRKULASJON?

Haugen G^{1,3}, Bollerslev J^{2,3}, Henriksen T^{1,3}

¹Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus; ²Avdeling for Spesialisert Endokrinologi, Oslo universitetssykehus; ³Universitetet i Oslo, Oslo.

Bakgrunn. Fosterets vekst er positivt korrelert med mors blodsukkerverdier. Leveren er viktig for glukosemetabolismen. Dyreeksperimentelle studier og Doppler ultralyd undersøkelser av humane svangerskap har vist at fosterets størrelse er relatert til blodforsyningen til fosterets lever. Vi ville undersøke om glukosebelastning i tredje trimester påvirket blodforsyningen fra placenta til fosteret og til fosterets lever.

Metode. Hos 108 gravide med ukompliserte svangerskap i tredje trimester målte vi volum blodgjennomstrømningen (Q i ml/min) i umbilikalvenen (QUV) og ductus venosus (QDV) med Doppler ultralyd umiddelbart før og to timer etter glukosebelastning (75 g). Volum blodstrøm ble utregnet som et produkt av gjennomsnittlig blodstrømhastighet og diameteren av det aktuelle karet. Blodgjennomstrømningen til leveren (Qlever) = QUV minus QDV. Ratio av QUV som shuntes utom levervevet via ductus venosus (DVRatio) = QDV/QUV.

Resultater. Mors alder (median, 10 – 90 percentilen) var 31 år (27 – 36) og BMI før svangerskapet var 22,6 (19,3 – 27,8). Svangerskapslengde ved undersøkelsen var 31 uker + 1 dag (30+1 – 32+1) og ved fødsel 40 uker + 1 dag (37+4 – 41+5), 3 (3 %) fødte før svangerskapsuke 37. Sekstitre (58 %) var førstegangsfødende, 61 av fostrene var gutter (57 %). Median fødselsvekt var 3569 (2869 – 4292) g, 14 (13 %) hadde fødselsvekt > 4200 g. DVRatio ble redusert i forbindelse med glukosebelastningen fra 0,295 til 0,263 (p=0,031), for øvrig var det ingen signifikante endringer av blodgjennomstrømningen. Imidlertid var endringene korrelert til størrelsen av fosteret målt som abdominalomkrets (AC, Z-skår) med ultralyd ved undersøkelsestidspunktet. Z-skår av AC var positivt korrelert til endringene i QUV (r=0,25, p=0,010) og Qlever (r=0,25, p=0,009); jo større foster jo mer økte blodgjennomstrømningen fra placenta til fosteret og til fosterets lever. Det var ingen relasjon til endringene i QDV eller DVRatio.

Konklusjon. Glukoseinntak hos mor øker blodgjennomstrømningen fra placenta til fosteret og til fosterets lever hos de store fostrene. Man kan spekulere på om dette skyldes økt energibehov og om det representerer stimuli til videre vekst.

15. MÅLING AV FOSTERVEKST SKJERPER PREDIKSJONEN AV PRETERM FØDSEL HOS SMÅ FOSTRE

Hellebust H¹, Johnsen SL¹, Rasmussen S^{1,2}, Kiserud T^{1,2}

¹Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen.

Bakgrunn. Små fostre har økt neonatal morbiditet og mortalitet. Det er bred biologisk variasjon innenfor normal fostervekst og det er ofte en stor utfordring å skille mellom fostre som er veksthemmet og fostre som er fysiologisk små. Veksthemmede fostre har begrensede ressurser til å håndtere en fødsel, mens fysiologisk små fostre er bedre rustet til å håndtere en normal fødsel. Med denne studien ønsket vi å se om veksthastighet, uttrykt i betingede persentiler ("conditional percentiles"), i tillegg til fosterstørrelse kan bedre prediksjonen av det uønskede perinatalutfallet: preterm fødsel (<37 svangerskapsuker).

Metode. I denne prospektive observasjonsstudien rekrutterte vi gravide kvinner med påvist lite foster (<5 persentilen) i inneværende svangerskap og gravide kvinner med økt risiko for langsom fostervekst. Det ble utført longitudinale biometriske ultralydmålinger og kalkulert vekt- og vekstpersentiler. Vekstpersentilene ble estimert betinget utfra fosterstørrelse ved tidligere måling ("conditional percentiles"). Eksempelvis vil små fostre naturlig øke mindre i vekt og derfor må vekst bedømmes relativt utfra utgangsstørrelse (kondisjonering). Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse ble det sett på fosterstørrelse og fostervekst som prediktorer for preterm fødsel.

Resultater. Av de 105 inkluderte kvinnene hadde 53 foster <10 persentilen for størrelse og 32 hadde foster med vekst <10 persentilen (betinget persentil). Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse fant vi at vekst (betinget persentil) i større grad predikerer preterm fødsel enn størrelse (ubetinget persentil), med henholdsvis OR 3,7 (95 % KI 1,5–9,2) og OR 2,7 (95 % KI 1,1–6,5). Ved å kombinere størrelse og vekst fant vi at små fostre med vekst >10 persentilen ikke har betydning for prediksjon av preterm fødsel. Kombinasjonen størrelse <10 og vekst ≥10 persentilen ga OR 1,4 (95 % KI 0,4–4,6) mens kombinasjonen størrelse <10 persentil og vekst <10 persentil gav OR 4,4, (95 % KI 1,6–12,1).

Konklusjon. Lav veksthastighet uttrykt i betingede vekstpersentiler er en større risiko for preterm fødsel enn lav fostervekt er, men kombinasjonen av lav veksthastighet og lav vekt er den sterkeste prediktor for preterm fødsel.

16. POPULASJONSBASERT STUDIE AV VELAMENTØST OG MARGINALT FESTE AV NAVLESNOR, RISIKOFAKTORER OG UTFALL

Ebbing C¹, Kiserud T², Lian Johnsen SL¹, Albrechtsen S¹, Rasmussen S²

¹Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen.

Bakgrunn. Velamentøst navlesnorsfeste foreligger når navlesnoren fester i hinnen, og umbilikalarterier og vene løper i hinnen før de når placentakanten. Umbilikalarteriene mangler da beskyttelse fra Whartons gelé. Med marginalt feste menes feste på eller ved placentakanten. Velamentøst og marginalt feste av navlesnoren på placenta er assosiert med økt risiko for uønskede utfall. Forekomsten av velamentøst og marginalt feste av navlesnoren er rapportert å være hhv 0,5–2,2 % og 8,5 %. Populasjonsbaserte studier mangler. Vi ville derfor undersøke forekomst av velamentøst og marginalt navlesnorsfeste i Norge, identifisere risikofaktorer og perinatal risiko forbundet med disse tilstandene.

Metode. Vi brukte opplysninger om svangerskap og fødsler fra Medisinsk fødselsregister for perioden 1999–2009 (n=623478 enkelt fødsler; og n=11677 flerlingefødsler). Vi brukte deskriptiv statistikk i tillegg til odds ratios for risikofaktorer og komplikasjoner basert på logistiske regresjoner justert for mulige effektførstyrere.

Resultater. Forekomsten av unormalt navlesnorsfeste var 7,8 % i enlingssvangerskap, dvs velamentøst 1,5 % (95 % CI 1,5–1,6) og marginalt feste 6,3 % (95 % CI 6,3–6,4). Ved flerlingsvangerskap var unormalt feste 16,9 %, dvs velamentøst 6 % (95 % CI 5,6–6,5) og marginalt feste 10,9 % (95 % CI 10,4–11,5). Vi fant at tilstandene hadde sammenfallende risikofaktorer; f.eks. flerlingsvangerskap, assistert befruktning, høy maternell alder, jentefoster, tidligere keisersnitt og maternell sykdom. Risikoen for gjentakelse av unormalt navlesnorsfeste økte i et påfølgende svangerskap. Tilstandene var assosiert med økt risiko for uønskede utfall. For velamentøst feste fantes: perinatal død OR 2,2 (95 % CI 1,8–2,5), placenta previa OR 4,1 (95 % CI 3,4–5,0), abruptio placentae OR 2,7 (95 % CI 2,2–3,3), preterm fødsel OR 2,1 (95 % CI 1,9–2,2), lav Apgar skår OR 1,9 (95 % CI 1,7–2,2), overflytning til nyfødttintensiv avdeling OR 2,0 (95 % CI 1,8–2,1), lav fødselsvekt OR 1,9 (95 % CI 1,8–2,0), preeklampsi (OR 1,6 (95 % CI 1,5–1,8) og misdannelser OR 1,5 (95 % CI 1,4–1,6).

Konklusjon. Forekomst av unormalt festet navlesnor i vår populasjon var 7,8 % for enlinger og 16,9 % for flerlinger. Marginalt feste forekom hyppigere enn velamentøst feste. Vi fant at de viktigste risikofaktorer for unormalt navlesnorsfeste var flerlingsvangerskap og assistert befruktning. Siden tilstandene var assosiert med økt perinatal risiko er det mulig at målrettet diagnostikk og oppfølging gjennom svangerskap og fødsel kan bedre utfallet. Studien tyder på at velamentøst og marginalt navlesnorsfeste er beslektete tilstander der marginalt feste er den mildeste varianten.

Frie Foredrag Sesjon 3

17. RESULTATER ETTER LAPAROSKOPISK SUPRACERVICAL HYSTEREKTOMI, EN PROSPEKTIV RANDOMISERT STUDIE

Berner E¹, Qvigstad E¹, Langebrekke A¹, Lieng M¹
¹Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus (OUS)

Bakgrunn. Laparoskopisk supracervical hysterectomi (LSH) er en velegnet operasjonsmetode for fjerning av livmoren hos mange kvinner med godartet indikasjon. LSH har få komplikasjoner og god pasienttilfredshet, men flere studier har vist at ca 20 % av kvinnene som gjennomgår LSH fremdeles opplever tilløp til vaginal blødning etter operasjonen. Gjenværende endometrium i øvre del av cervix er hevdet å være årsak til blødninger etter LSH. Gynekologisk avdeling ved OUS ønsker å redusere forekomsten av vaginal blødning etter LSH og har derfor utviklet et nytt operasjonsinstrument (Lapcone) som fjerner eventuelt gjenværende slimhinne i øvre del av livmorhalsen etter amputasjonen. Dette innebærer en liten endring i operasjonsteknikk som man antok ville redusere blødning og øke pasienttilfredshet etter LSH. Lapcone-elektroden har tidligere vært prøvd ut i en pilotstudie ved vår avdeling. Hovedmålet med den aktuelle studien har vært å dokumentere effekten av Lapcone-elektroden med tanke på forekomst av vaginal blødning og pasienttilfredshet 12 måneder etter LSH.

Metode. Prospektiv randomisert studie. Studiedeltagere ble randomisert til to grupper; Enten standard LSH operasjonsteknikk med elektrokoagulering i øvre del av gjenværende livmorhalskanal (n=70) eller standard LSH med fjerning av slimhinnen i den øvre delen av den gjenværende livmorhalslsslimhinne med en omvendt conus ved hjelp av Lapcone-elektroden samt elektrokoagulering av gjenværende livmorhalskanal (n=70).

Resultater. 130 kvinner (92,3 %) ble fulgt opp i henhold til studieprotokollen. Totalt rapporterte 43 kvinner (33,1 %) en eller flere små blødningsepisoder løpet av de første 12 måneder etter LSH. 22 (16,9 %) av disse kvinnene rapporterte sykliske blødninger. Pasienttilfredsheten etter LSH var svært høy, med gjennomsnittlig VAS 0-10 på 9,3 (SD 1,4). Det var ingen signifikante forskjeller mellom de to behandlingsgruppene i de viktigste endepunktene (blødning og pasienttilfredshet) i studien, 12 måneder etter inngrepet.

Konklusjon. Det er svært høy pasienttilfredshet etter LSH. Episoder med sparsomme vaginalblødninger etter inngrepet er relativt vanlig, men dette påvirker ikke pasientens tilfredshet med operasjonen. Fjerning av endocervix ved invers konisering under LSH ser ikke ut til å redusere blødning eller påvirke pasienttilfredshet, 12 måneder etter inngrepet.

18. ÅRSRAPPORT 2011 NORSK GYNEKOLOGISK ENDOSKOPIREGISTER (NGLR) v/ LAPAROSKOPIUTVALGET, NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

Folkestad EH¹
¹Kvinnesenteret, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg.

Bakgrunn. NGLR ble opprettet i 2003. Årsrapport 2011 fra NGLR ble fullført sommeren 2012. Vi vil presentere deler av denne for deltagerne på NGFs årsmøte, og formålet er å informere gynekologene om rapportens innhold. Vi presenterer også en oversikt over fordelingen mellom ulike hysterektomimetoder for hele landet med tall fra Norsk pasientregister (NPR). Vi ønsker å rekruttere flere avdelinger til å registrere sine laparoskopiske inngrep. Registeret i revidert utgave, med nytt navn Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER), har i 2012 fått status som nasjonalt register.

Metode. Dataene fra Årsrapport 2011 presenteres. Deler av presentasjonen inneholder NGLR-data fra tidsperioden 2004-2011 (totalt 10505 laparoskopiske inngrep). Komplettheten av registreringer er beregnet utfra NPR-data fra samme tidsperiode. Rapporten er utarbeidet av Laparoskopikutvalget i NGF.

Resultater. 5 avdelinger registrerte totalt 1828 laparoskopiske inngrep i NGLR i 2011. Komplettheten på registreringer var 70 %. De vanligste hoveddiagnosene var benign ovarialtumor (15 %), endometriose (14 %) og myoma uteri (7,3 %). 14 % av laparoskopiene var klassifisert som enkle, 61 % middels avanserte og 25 % avanserte inngrep. De vanligste hovedprosedyrer var supravaginal uterusamputasjon (11 %), ekstirpasjon av begge adnex (11 %) og ett adnex (9,1 %). NPR-data viser at hysterektomier ved alle landets sykehus fordeler seg på 49 % laparotomier; 22 % vaginale og 29 % laparoskopier. Ved menometroragi er fordelingen 30 % laparotomier; 30 % vaginale og 40 % laparoskopier. Av 1828 inngrep i NGLR ble 35 konvertert til laparotomi (1,6 %). Oppfølgingen av pasientene etter utskrivelse har vært gjennomført i svært varierende grad, laveste oppfølgingsgrad 0 %, høyeste 83 % og samlet 27 %. Lite alvorlige komplikasjoner ble rapportert hos 2,5 %, middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner hos 1,1 %.

Konklusjon. Det totale antallet registrerte prosedyrer er relativt stort, tross få avdelinger. Komplettheten i rapporteringen er nokså god. Oppfølgingen etter utskrivelse er planlagt endret i nyrevidert NGER. Registeret er et viktig verktøy for å sikre kvaliteten på den operative behandlingen, især ved registrering av komplikasjoner etter alle laparoskopiske inngrep. Delta i det nyreviderte nasjonale registeret Norsk gynekologisk endoskopiregister!

19. DO LEVATOR HIATUS DIMENSIONS IN LATE PREGNANCY INFLUENCE DELIVERY OUTCOME? -A 3/4D TRANSPERINEAL ULTRASOUND STUDY

Siafarikas, F¹, Stær-Jensen J², Hilde G³, Bø K³, Ellström Engh M^{1,2}
¹University of Oslo, Faculty Division Akershus University Hospital, Oslo; ²Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology, Lørenskog; ³Norwegian School of Sport Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo.

Objective. The aim of the study was to determine if levator hiatus (LH) dimensions at rest and on Valsalva in late pregnancy impacted on duration of active and passive second stage of delivery and delivery mode.

Methods. In this cohort study, 88 pregnant nulliparous women were examined using 3/4D transperineal ultrasound at rest and on Valsalva at 37 weeks of gestation. Ultrasound volumes were determined in the axial plane. LH dimensions including anterior-posterior (LHap), transverse (LHrl) diameter and area (LHarea) were measured. Statistical analysis was undertaken for correlation between LH dimensions and labour outcomes.

Results: Mean age of the 88 included women was 29.5 years (SD 4.1), pre-pregnancy body mass index (BMI) 24.1 kg/m² (SD 4.4) and mean gestational age at ultrasound examination 37.2 weeks (SD 0.5). Four women underwent pre-labour caesarean section and were excluded from further analysis. Of the 84 women who went into labour, 62 (73.8 %) had normal vaginal delivery (NVD) and 22 (26.2 %) instrumental delivery (ID) (vacuum n=13, forceps n=1, emergency caesarean deliveries n=8).

Moderate inverse correlation could be estimated for LHrl and LHarea at rest and active second stage ($r = -0.39, p = 0.001$), ($r = -0.39, p = 0.01$) respectively and weak inverse correlation was found between LHap at rest ($r = -0.29, p = 0.01$), LHrl ($r = -0.26, p = 0.02$) and LHarea on Valsalva ($r = -0.26, p = 0.02$) and duration of active second stage. Women with NVD had larger LH dimensions compared with women with ID (Table 1).

Table 1: LH dimensions according to delivery mode at rest (R) and on Valsalva (V) at gestational week 37

LH-dimension	NVD N=62	ID N=22	NVD vs ID Mean diff.	P-value
LHapR (cm)	5.19 (0.79)	5.08 (0.65)	0.11 (-0.26/0.48)	n.s.
LHrIR (cm)	3.81 (0.38)	3.59 (0.34)	0.22 (0.04/0.41)	<0.05
LHareaR (cm ²)	14.26 (3.17)	13.20 (2.65)	1.06 (-0.44/2.56)	n.s.
LHapV (cm)	5.80 (1.10)	5.88 (1.16)	-0.08 (-0.64/0.47)	n.s.
LHrIV (cm)	4.19 (0.56)	4.01 (0.41)	0.18 (-0.07/0.44)	n.s.
LHareaV (cm ²)	19.09 (5.59)	18.06 (5.10)	1.03 (-1.67/3.74)	n.s.

Values within groups are given as mean (SD) and between groups as mean differences with 95 % confidence interval

Conclusion. LH dimensions at rest, rather than LH dimensions on Valsalva impacted on duration of active second stage in women who delivered vaginally. As for NVD compared with ID, larger LHrI at rest seemed to facilitate NVD.

20. HØYDE OG VEKT HOS MOR OG FAR PÅVIRKER INTRAUTERIN LENGDEVEKST ULIKT HOS JENTER OG GUTTER

Skåren L¹, Wang X², Walker SP³, Seeman E², Bjørnerem Å¹

¹Kvinneklinikken, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø; ²Endocrine Centre, Austin Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia;

³Department of Perinatal Medicine, Mercy Hospital for Woman, Heidelberg, Melbourne, Australia.

Bakgrunn. Lav fødselsvekt predikerer sykdom senere i livet. Mekanismene for dette er ikke godt kjent, men en økt forståelse av faktorer som bestemmer intrauterin vekst kan bidra til å bedre helse senere i livet. Om hypotesen angående "Maternal Constraint" stemmer på samme måte hos mennesker som det er vist i dyreforsøk, så forventer man at mors størrelse betyr mer enn fars størrelse betyr for fostervekst. Vi ønsker å studere om dette er riktig, og i tillegg undersøke om det er kjønnsforskjeller for vekst; om mor og far påvirker vekst tidlig i svangerskapet og sent i svangerskapet ulikt hos gutter og jenter.

Metode. Totalt 400 friske, gravide kvinner i alderen 20-42 år ble rekruttert ved The Mercy Hospital for Woman, Melbourne, Australia i 2009. Fosterets lærbeinslengde ble målt ved hjelp av ultralyd i svangerskapsuke 20 og 30. Vekt og høyde ble målt hos begge foreldre, samt hos deres barn ved fødsel. Effekten av foreldrenes høyde og vekt på fosterets lærbeinslengde i svangerskapsuke 20 og 30, og deres fødselslengde og vekt ble undersøkt i regresjonsanalyser og presentert som standardiserte koeffisienter.

Resultater. For hvert standardavvik (SD) høyere vekt hos mor på 15,5 kg var fosterets lærbeinslengde 0,14 SD, dette vil si 0,35 mm lengre i svangerskapsuke 20 og 0,22 SD, det vil si 0,75 mm lengre i svangerskapsuke 30 (begge $p < 0.01$). Fosterets lærbeinslengde korrelerte ikke med mors høyde, og man så her ingen effekt av fars størrelse. Mors høyde korrelerte med fødselsvekt hos begge kjønn, uavhengig av mors vekt og fars størrelse. For hvert SD høyere far på 7,2 cm var jentenes fødselslengde 0,29 SD lengre, det vil si 0,61 cm, uten noen uavhengig effekt av mors høyde eller vekt. For hvert SD høyere mor på 6,7 cm var guttenes fødselslengde 0,30 SD lengre, det vil si 0,63 cm, uten noen uavhengig effekt av fars høyde eller vekt.

Konklusjon. Resultatene viser at mors størrelse bestemmer lengdevekst frem til uke 30 uten at vi her kunne identifisere noen påvirkning av fars størrelse. Vi ser en kjønnsforskjell, hvor mors høyde bestemmer fødselslengde hos gutter, mens fars høyde bestemmer fødselslengde hos jenter.

21. OPPFØLGING AV OVERTIDIGE SVANGERSKAP

Klefstad OA¹, Kaada K¹, Lindtjøm E¹, Økland I¹, Rygh A¹, Eggebø TM¹

¹Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssjukehus.

Bakgrunn. Helsedirektoratet kom med nye anbefalinger for håndtering av overtidige svangerskap i juli 2011 på bakgrunn av ulik praksis i Norge. Alle skulle få tilbud om kontroll i spesialisthelsetjenesten dag 290, og KMI >25 og alder >35 ble lagt til som nye risikofaktorer. De med kompliserte svangerskap eller risikofaktorer ble anbefalt induksjon samme dag, og ingen kvinner skulle induseres senere enn dag 294.

Metode. Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssjukehus innførte de nye anbefalingene fra august 2011. Avdelingen startet en todelt kvalitetssikringsstudie for svangerskap som hadde nådd dag 290: 1. Obstetriske parameter fra 1. august 2011 til 31. mars 2012 (studieperioden) ble sammenliknet med parametre fra 1. november 2010 til 30. juni 2011 (kontrollperioden). Data ble hentet fra fødejournalen Imatis Natus®. 2. For alle kvinner som møtte til kontroll dag 290 fra 1. august 2011 til 31. mars 2012, ble det registrert tilleggsinformasjon ved samtykke.

Resultater. 496 kvinner ble inkludert i studieperioden, 482 i kontrollperioden. Det var ingen tilfeller av fosterdød i gruppene. Vi fant ingen signifikant forskjell i forekomst av keisersnitt, operative vaginale forløsninger eller blødningsmengde mellom de to gruppene. Apgar score etter 5 minutt var signifikant høyere etter rutineendringen ($p=0.01$), men det var ingen forskjell i antall barn med metabolsk acidose. Fødselsinduksjoner økte fra 37 % til 65 % ($p<0.01$) og gjennomsnittlig svangerskapslengde ble reduserte fra 293 til 292 dager ($p<0.01$). 422 kvinner (85 %) møtte til kontroll dag 290. 60 % ble klassifisert til risikogruppe og 86 % av disse hadde risikofaktorer som var kjent før kontrollen. 10,5 % av induksjonene ble planlagt til dag 294 og 12,9 % av kvinnene fødte dag 294 eller senere.

Konklusjon. Rutineendringen førte til flere overtidskontroller og flere induksjoner, men har ikke ført til viktige endringer i svangerskapsutfallet. Studien var ikke dimensjonert til å påvise endringer i intrauterin fosterdød.

22. SAMMENHENGEN MELLOM FORLØSNINGSMETODE OG BEKKENBUNNSSVIKT – KAN KEISERSNITT BESKYTTE?

Hannestad YS^{1,3}, Rørtveit G^{2,3}

¹Avtalepraksis gynekologi, Bergen, Helse Region Vest; ²Allmennt medisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni Helse, Uni Research; ³ Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Bakgrunn. Den normale vaginale fødselen medfører betydelige påkjenninger for bekkenbunnen. Kunnskap om årsakssammenhenger og forebyggingsmuligheter for bekkenbunnsvekt kan vurderes sammen med andre medisinske, kulturelle og økonomiske faktorer i forhold til den stigende forekomsten av keisersnitt. Vi gjennomgår litteratur som belyser følgende problemstillinger: 1. I hvilken grad er vaginalfødsel en risikofaktor for forskjellige former for bekkenbunnsvekt (urininkontinens, analinkontinens, urogenital descens) sammenliknet med keisersnitt? 2. Finnes viktige modifierende faktorer som virker inn på en eventuell sammenheng mellom forløsningsmetode og bekkenbunnsvekt?

Metode. Det er gjort litteratursøk i PubMed med relevante søkeord. Vi har lagt vekt på systematiske oversiktsartikler og metaanalyser der man har samlet og reanalyser store datamengder. Randomiserte studier er mangelvare.

Resultater. Keisersnitt beskytter noe mot urininkontinens, men det er sannsynliggjort at effekten avtar etter 50-års alder. Urininkontinens i svangerskapet, høy alder ved første fødsel, familær forekomst av urininkontinens og høy BMI øker risikoen for urininkontinens, men det er lite data om hvordan disse faktorene samspiller med forløsningsmetode. For descens finner man en dose-respons-effekt av antall vaginalfødsler sammenlignet med keisersnitt med få modifierende faktorer. Molekylærbiologiske studier viser forskjeller i bindevevet i bekkenbunn og vagina hos kvinner med urininkontinens eller descens sammenlignet med friske kvinner men det finnes ikke studier som undersøker dette i forhold til forløsningsmetode. Det er få gode studier av sammenheng mellom forløsningsmetode og analinkontinens, men mye tyder på at keisersnitt ikke beskytter på lang sikt. Kvinner med sfinkterruptur er undergruppe med økt risiko for analinkontinens. For alle tre tilstander er alvorlighetsgrad av symptomer ofte ikke rapportert.

Konklusjon. Forekomsten av inkontinens og descens er lavere hos kvinner som kun har født med keisersnitt sammenlignet med vaginalt forløst. Sammenhengen er sannsynligvis påvirket av faktorer med relasjon til både bekkenbunnsvikt og forløsningsmetode. Det foreligger få studier av alvorlighetsgrad av bekkenbunnsvikt i forhold til forløsningsmetode, og det er derfor vanskelig å vurdere hvilken sykdomsbyrde som kunne lettes ved økt bruk av keisersnitt. Noen undergrupper har sannsynligvis større risiko for å utvikle bekkenbunnsvikt etter vaginal fødsel enn andre kvinner; men det finnes foreløpig ikke gode nok indikatorer for å identifisere kvinner som kan ha nytte av keisersnitt for å forebygge betydelige senskader av bekkenbunnen.

Frie Foredrag Sesjon 4

23. METHODS OF ASSISTED REPRODUCTION (ART) AND SERUM CONCENTRATIONS OF HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN (hCG) IN VERY EARLY PREGNANCY

Tanbo T¹, Fedorcsak P¹, Eskild A²

¹Department of Gynecology and Institute of Clinical Medicine, Oslo University Hospital Rikshospitalet, Oslo; ²Department of Obstetrics and Gynecology and Institute of Clinical Medicine, Akershus University Hospital, Lørenskog

Background. In pregnancy hCG is synthesized by trophoblast cells. The maternal hCG serum concentration increases rapidly in normal early pregnancy, however, there is large interindividual variation. The causes of such variation remain largely unknown. Factors that influence the endometrium may also influence the invasion and proliferation of trophoblast cells and thereby the concentrations of hCG. Since different ART methods may influence the endometrium differently, we studied the hCG concentrations in very early pregnancy according to various ART methods.

Methods. We included all (N=5101) pregnancies after ART at Oslo University Hospital Rikshospitalet, with offspring born after 16 weeks of gestation during the period 1996 through 2011. Of these, 4283 women had information on serum hCG concentrations at day 12 after embryo transfer, corresponding to day 16 after induction of ovulation in insemination treatments, leaving 2967 mothers with singleton and 1316 mothers with multiple pregnancies for data analyses.

Results. Mean maternal serum hCG concentrations at day 12 after embryo transfer or day 16 after induction of ovulation in insemination treatments are presented in singleton (Table 1) and multiple (Table 2) pregnancies:

Table 1

ART method	N	Mean hCG	95 % Confidence Interval for Mean	
			Lower Bound	Upper Bound
Insemination	339	165.75	153.36	178.13
IVF/ICSI	2427	124.01	121.30	126.71
TIN	201	170.13	153.28	186.99
Total	2967	131.90	128.98	134.82

Table 1

ART method	N	Mean hCG	95 % Confidence Interval for Mean	
			Lower Bound	Upper Bound
Insemination	87	266.49	236.00	296.98
IVF/ICSI	1147	208.83	203.08	214.58
TIN	82	327.93	287.51	368.34
Total	1316	220.07	213.90	226.23

Conclusions. Maternal serum concentrations were lower in pregnancies after IVF/ICSI treatment than in pregnancies after insemination or TIN treatment. These results suggest that the hormonal treatment in IVF/ICSI influences the synthesis of hCG possibly by influencing the endometrium and thereby the invasion and proliferation of trophoblast cells.

24. HUMAN HCG CHORIONIC GONADOTROPIN (hCG) AND ANGIOGENIC FACTORS IN THE MATERNAL CIRCULATION AS PREDICTORS OF PREECLAMPSIA

Åsvold BO^{1,2}, Eskild A³, Vatten LJ¹

¹Department of Public Health, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway; ²Department of Endocrinology, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norway; ³Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital and Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway

Objective. To study whether combinations of hCG, sFlt-1 and PlGF concentrations in maternal serum are associated with preeclampsia risk.

Study Design. Case-control study within a cohort of 29,948 pregnant women including 121 preterm and 158 term preeclampsia cases and 356 normotensive controls.

Results. High (highest quartile) hCG concentrations in the first trimester were associated with reduced risk for preterm preeclampsia (OR 0.3, CI 0.1-0.9), compared to low (lowest quartile) hCG. High hCG in the second trimester was, however, associated with increased risk for preterm preeclampsia (OR 4.0, CI 1.8-8.9). High (above median) hCG combined with low PlGF (OR 36.9, CI 8.2-165.8) or high sFlt-1 (OR 5.7, CI 2.6-12.4) in the second trimester was associated with a particularly high risk for preterm preeclampsia.

Conclusions. High hCG concentrations, particularly combined with low PlGF in the second trimester, strongly predict the occurrence of preterm preeclampsia, suggesting that hCG has an important role in preeclampsia development.

25. HYPERTENSIVE SVANGERSKAPSKOMPLIKASJONER – OG SENERE UTVIKLING AV KARDIOVASKULÆR SYKDOM; EN POPULASJONSBASERT STUDIE

Andersgaard AB^{1,2}, Acharya G^{2,3}, Mathiesen EB^{2,4}, Johnsen SH^{1,2}, Straume BS, Øian P^{2,3}

¹Helse Sør-Øst, Hamar; ²Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø; ³Kvinnelinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø; ⁴Neurologisk og neurofysiologisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø; ⁵Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø.

Bakgrunn. Flere studier har vist sammenheng mellom høyt blodtrykk i svangerskapet eller preeklampsi og økt risiko for å utvikle hjerte- og kar lidelser (CVD)

senere i livet. En markør for koronar aterosklerose er økt intima-media-tykkelse (IMT) og plakkforekomst i a.carotis. I denne studien ønsket vi å se på sammenhengen mellom hypertensive svangerskapskomplikasjoner, kvinnes kardiovaskulære risiko profil, aterosklerose i karotidene og risiko for utvikling av CVD senere i livet.

Metode. Denne studien bygger på materiale fra den fjerde Tromsøundersøkelsen (Tromsø 4) som ble gjennomført i 1994-95. Det var 9974 kvinner i Tromsø 4 som hadde født barn og besvarte spørsmålene om hypertensive svangerskapskomplikasjoner. Basert på disse svarene ble kvinnene delt i 4 grupper; kvinner som hadde hatt preeklampsi (Gruppe I), hypertensjon uten proteinuri (Gruppe II), normotensiv proteinuri (Gruppe III) og hverken hypertensjon eller proteinuri (Gruppe IV, kontroll). Videre deltok 2524 av disse kvinnene i en omfattende spesialundersøkelse som inkluderte ultralydundersøkelse av halskarene med måling av intima-media-tykkelse (IMT) og plakk i karotidene.

Resultater. Kvinnene som hadde hatt preeklampsi eller hypertensjon uten proteinuri, hadde signifikant høyere gjennomsnittlig arterielt, systolisk og diastolisk blodtrykk (BP) enn kvinner i kontrollgruppen. I de samme gruppene var det høyere forekomst av CVD enn blant kontrollene og de rapporterte også oftere om familær belastning av slag eller hjerneblødning, angina pectoris eller hjerteinfarkt. Prevalens av plakk i karotidene var signifikant høyere og plakkene var større i gruppene med tidligere preeklampsi og hypertensjon i svangerskapet sammenliknet med kontroll gruppen. IMT var signifikant tykkere i gruppe I enn blant kontrollene.

Konklusjon. Denne studien viste en klar assosiasjon mellom hypertensive svangerskapskomplikasjoner og plakkutvikling i karotidene. Videre hadde kvinner med hypertensive svangerskapskomplikasjoner en ugunstig kardiovaskulær risikoprofil, hyppigere CVD og høyt blodtrykk. Kvinner med hypertensive svangerskapskomplikasjoner må følges for å få hjelp til å redusere risiko for CVD.

26. GDF-15-NIVÅ I BLOD POTENSIELL BIOMARKØR FOR PREOPERATIV IDENTIFIKASJON AV UTERINE SARKOM

Trovik J^{1,2}, Helga B Salvesen^{1,2}, Tine Cuppens³, Frederic Amant³, Anne Cathrine Staff^{4,5}

¹Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; ²Institutt for Klinisk Medisin, Universitetet i Bergen; ³Laboratorium for Eksperimentell Gynekologi, K.U.Leuven, Leuven, Nederland; ⁴Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Ullevål, Oslo; ⁵Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo.

Bakgrunn. Det finnes ingen gode preoperative metoder for å skille de sjeldne men høymaligne uterine sarkomene fra benigne leiomyomer i uterus. Vi ønsket å undersøke om proteinkonsentrasjonen av Growth Differentiation Factor 15 (GDF-15) var signifikant forskjellig i blodprøver fra pasienter diagnostisert med ulike bekkentumorer (uterine sarkom, leiomyom samt benigne-, borderline- og maligne ovarialsvulster og endometriecarcinomer) sammenliknet med friske pre- og postmenopausale kvinner.

Metode. Preoperative blodprøver fra 19 kvinner med sarkom ble analysert for GDF-15-konsentrasjon og sammenliknet med prøver fra 50 pasienter operert for leiomyom samt 20 pre- og 20 postmenopausale kvinner. Tidligere publiserte analyser fra pasienter med endometriecancer (n=510), benigne (n=144), borderline (n=43) og maligne (n=125) ovarialsvulster ble brukt til sammenlikning.

Resultater. Median plasma GDF-15 konsentrasjon hos kvinner med uterussarkom var signifikant forhøyet (943 ng/L) sammenliknet med leiomyomgruppen (647 ng/L), friske pre- og postmenopausale kontroller (363 and 545 ng/L) og kvinner med benigne (591 ng/L) og borderline ovarialsvulster (718 ng/l). Median plasma GDF-15 var like høy hos uterussarkomgruppen som hos gruppene med ovarial- og endometriecancer.

Høy plasma GDF-15 var signifikant assosiert med utbredt sarkomsykdom (FIGO stadium III/IV, p=0,013).

Konklusjon. Sirkulerende GDF-15 kan representere en ny biomarkør for preoperativ identifikasjon av uterine sarkomer. Større, prospektive studier er nødvendig for å evaluere den kliniske nytte av GDF-15 som diskriminator mellom leiomyom og sarkom og om den derav kan bidra til optimalisering av behandling for kvinner med uterine svulster; med optimal kirurgi og bedret overlevelse ved uterine sarkomer samt redusert engstelse og unødige avansert operativt inngrep hos kvinner med benigne uterine myomer.

27. KOMPLIKASJONER AV ROBOTASSISTERT LAPAROSKOPISKE PROSEDYRER OG ERFARINGEN AV FØRSTE 100 PASIENTER

Sert MB¹

¹Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet, avd. for gynekologisk kreft, Oslo

Bakgrunn. Å oppsummere våre erfaringer i forebygging og behandling av komplikasjoner.

Metode. I en retrospektiv studie av de 100 første pasientene i tidsrommet oktober 2005 til desember 2011 ble intraoperative og postoperative komplikasjoner analysert.

Resultater. Peroperativ total komplikasjonsrate var 10 %. Postoperativ total komplikasjonsrate var 24 %. Den totale konverteringsraten var 0 %. Cystotomi oppstod hos 3 pasienter; og alle disse tilfellene ble reparert under primærkirurgi. 2 pasienter fikk et lite pelvisveneritt som kunne kontrolleres enkelt med robot. Ett kompartiment syndrom ble behandlet med fasciotomi. Én bekkennyre fikk av assisterende instrument en riftskade under kirurgi, som ble konservativt behandlet. Postoperativt lymfocele ble utviklet i 5 tilfeller; og kun én av disse krevde lymfocele exstirpasjon, de 4 resterende fikk konservativ behandling. Vi så ingen tilfeller av tarmobstruksjon eller fisteldannelse. Én pasient utviklet alvorlig septisk sjokk på grunn av infeksjon med gruppe A streptokokker (GAS). I tillegg hadde vi en pasient med hernie i innstikksted, og et tilfelle av innstikkstedsblødning. Resten av komplikasjonene vil bli presentert under årsmøtet. Alle pasientene ble fulgt opp hver 3. måned de første 2 årene, deretter hver 6. måned de påfølgende 3 år. Etter 5 år ble de fulgt opp lokalt én gang per år.

Konklusjon. Med kvalifisert erfarent personell, som har kunnskap i robotassistert laparoskopisk teknologi inkludert forebygging og behandling av komplikasjoner; vil robotassistert laparoskopisk prosedyre bli utbredt i fremtidens gynekologi og gynekologisk onkologi.

Plakater

PI. TRENDER I BRUKEN AV MEDIKAMENTELL ABORT I NOREG 1998-2012

Løkeland M¹, Iversen OE^{1,2}, Vollset SE^{3,4}, Bjørge L^{1,2}

¹Institutt for klinisk medisin, Kvinneklinikken, Universitetet i Bergen; ²Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; ³Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen; ⁴Folkhelseinstituttet i Bergen.

Bakgrunn. Medikamentell abort med mifepristone og misoprostol vart innført i Noreg i 1998. I 2008 vart det gjennomført ei nasjonal spørjegransking og resultatane vart presentert ved årsmøtet til NGF 2008. Andelen av all abortar som vart utført medikamentelt i Noreg auka frå 45,3 % i 2007 til 78,0 % i 2011. Med så store endringar i bruken av medikamentell abort ynskte ein å følgje opp og vidarekarakterisere den nasjonale implementeringa av medikamentell abort i Noreg.

Metode. Ein retrospektiv kartleggingsstudie av implementeringa av medikamentell abort i Noreg frå 1998-2011. Alle avdelingar som utfører abort fekk tilsendt eit spørjeskjema i 2008 og 2012 kor ein kartlegg dekningsgraden.

Resultat. Responsrata var 100 % (38/38 avdelingar).

Dekningsgrad: Innan 2001 hadde 50 % av alle avdelingar tilbod om medikamentell abort. Heimeabort vart innført i 2003 og for gestasjonslengde 9-12 veker i 2005. Frå 2010 har alle avdelingar tilbod om medikamentell abort og over 50 % hadde tilbod om heimeabort og medikamentell abort i veke 9-12. Talet på avdelingar som tilbyr medikamentell abort heime har auka frå fem i 2007 til 35 i 2012 og for medikamentell abort i veke 9-12 frå 3 i 2007 til 32 i 2012.

Dosering: Ved siste spørjegransking nyttar 36 /38 200mg mifepristone og 2/38 400mg, medan ingen nyttar 600mg for abortane under 9 veker. For abortane i 9.-12. veke nyttar 31/33 avdelingar 200 mg, ei avdeling 400 mg og ei avdeling 600 mg.

Oppfølging: Vanlegaste kontrollmetode i 2012 er u-hCG; 19/38 nyttar u-hCG som kontroll for abortar under 9 veker; 2/38 har ingen kontroll, 13/38 s-hCG og 4/38 klinisk/UL. For abortar mellom 9-12 veker nyttar 15/33 u-hCG, 9/33 s-hCG og 9/33 klinisk/UL.

Konklusjon. Alle avdelingar i Noreg tilbyr i dag medikamentell abort og andelen som tilbyr heimeabort og abort i veke 9-12 har gått drastisk opp sidan 2007.

P2. HPV-VAKSINASJON – ER KUNNSKAPSNIVÅET HOS NORSKE MEDISINERSTUDENTER OG ALLMENNLEGER TILSTREKkelig HØYT?

Nordby BH^{1*}, Rosvoll MA^{1*}, Iversen OE^{1,2}, Bjørge L^{1,2}

¹Institutt for klinisk medisin, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen; ²Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen.

* Har bidratt likt til dette arbeidet.

Bakgrunn. Vaksiner mot human papilloma virus (HPV)-infeksjon har siden midten av 1990-tallet blitt utviklet, nøye studert, og utprøvd. Selv om vaksinesubstansane er mest kjent for sin beskyttende effekt mot celleforandringar i cervix og kjønnsvorter, er det sjeldent at introduksjon av en medikamentgruppe utløser så mange kontroverser. Vi ønsket derfor å kartlegge om kunnskapsnivå om HPV-infeksjon og -vaksinasjon og holdninger til HPV-vaksiner blant medisinstudenter og allmennleger harmonerer med hva det finnes bevis for.

Metode. 192 personer deltok i studien: Gruppe 1 bestod av 113 1.års medisinstudenter; UiB; gruppe 2 bestod av 34 5.års medisinstudenter; UiB; og gruppe 3 bestod av 45 allmennleger. Studien ble utført ved hjelp av et spørreskjema som inneholdt 7 kunnskapsspørsmål og 5 holdningsspørsmål. Spørreskjemaet til allmennlegene inneholdt også 2 erfaringsspørsmål. Kji-kvadrat test ble brukt for å analysere assosiasjoner mellom funn i de ulike gruppene.

Resultater. Nesten alle deltagerne hørt om HPV-vaksinen (94,7 %), mens bare 72,9 % visste at HPV-vaksinen inngår i det nasjonale vaksinasjonsprogrammet. Kun 43,2 % hadde kunnskap om at HPV er en forutsetning for å utvikle livmorhalskreft. Kunnskapsnivået økte med antall studieår og klinisk erfaring. Alle gruppene hadde media (70 %) som en viktig kilde til kunnskap. 82,3 % av deltagerne ville gå inn for å gi vaksinen til unge jenter; men kun 15,1 % ville forskrive vaksinen til unge gutter. Totalt ville 46,9 % anbefale HPV-vaksinen til sin egen familie. 5. års medisinstudentene var signifikant mer positivt innstilt til vaksining enn 1. års studentene. Videre så man at gruppene 1.års studenter og allmennleger responderte relativt likt på alle de ulike holdningsspørsmålene.

Konklusjon. HPV-vaksinen inngår fra 2009 i det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet, og forebygger effektivt utvikling av celleforandringar i livmorhalsen. Selv om kunnskap om denne sammenheng er veletablert, er kunnskapsnivået om dette forhold blant medisinstudenter og allmennleger for dårlig, og gjenspeiles også som skepsis i deres holdninger til vaksinasjon. Opplæring i metoder for å kvalitetssikre og evaluere kunnskap vil kunne gi økt medisinsk faglig trygghet for medisinske beslutninger.

P3. BØR HPV TEST ERSTATTE CELLEPRØVE SOM PRIMÆRTEST I MASSEUNDERSØKELSEN MOT LIVMORHALSREFT?

Iversen OE^{1,2}, Hagmar B3, Vintermyr O4, Nygård M5.

¹Institutt for klinisk medisin, UiB; ²KK, HUS; ³Avd for Patologi UiO; ⁴Avd for Patologi, HUS og UiB; ⁵Krefregisteret.

Bakgrunn. Cervixcancer er forårsaket av persisterende infeksjon med en eller flere av 12-14 høy risiko HPV typer. Cytologisk undersøkelse har vist seg effektiv i populasjonsbaserte program til å både redusere forekomst og insidens av cervixcancer. Metoden har høy spesifisitet, men lav sensitivitet, noe som er en betydelig ulempe. HPV testing på den annen side gir mulighet til å teste direkte for det kausale infeksjøs agens og en slik strategi kan ha flere fordeler. Målet med dette prosjektet var på bakgrunn av litteraturgjennomgang av Fase III studier å utarbeide anbefalinger for en populasjonsbasert nasjonal implementeringsstudie (Fase IV).

Metode. En litteraturgjennomgang viste at det de siste årene har blitt publisert prospektive randomiserte studier fra Sverige, Finland, England, Italia, Holland og Canada som entydig har vist at HPV basert primærtesting av kvinner over 30 år har betydelig høyere sensitivitet for å påvise behandlingstrengende CIN 2/3 enn cytologi. Ved å teste kvinner under 30-35 år påvises for mange positive tester hos kvinner uten tilstrekkelig forhøyet risiko. Av betydelig klinisk verdi er den svært høye negative prediktive verdien som tillater et betydelig forlenget screeningintervall av HPV negative kvinner på opptil 6-7 år.

Resultater. Dokumentasjonen av fordelene ved HPV testing istedenfor cytologi er tilstrekkelig konsistent og overbevisende til at neste naturlige trinn i utviklingen, en kontrollert populasjonsbasert implementeringsstudie, kan anbefales. Planene er detaljert utarbeidet der man forslår at kvinner fra 34-69 år i 4 fylker inviteres til HPV basert screening hvert 6. år, og at resten av landet tjener som kontrollpopulasjon. I en fremtidig screening av HPV vaksinerende kvinner (i Norge fra 2023) ansees HPV basert screening å være nødvendig fordi celleprøven får svekkede testegenskaper ved færre unormale funn. Et program som anbefalt ansees og å være kostnadseffektivt. Konklusjonene fra et utvalg med mandat fra Helsedirektoratet var enstemmig. Anbefalingene er nå til politisk behandling i forbindelse med Statsbudsjettet for 2013.

Konklusjon. HPV test basert screening har mange dokumenterte fordeler og er kalkulert som kostnadseffektivt. En gradert populasjonsbasert implementering er anbefalt. Norge kan i så fall bli et av de første land som tar slik ny og forbedret teknologi i bruk i et nasjonalt screeningprogram.

Referanse:

Iversen OE, Hagmar B, Vintermyr M. HPV primary screening in Norway: Recommendations for a controlled population based implementation study. Cancer in Norway 2009. Special issue: Cancer screening in Norway (Haldorsen T, ed) Cancer Registry of Norway, Oslo, 2011. Pp130-5.

P4. LIKT ELLER ULIKT? BETYDNING AV BOSTED FOR DET GYNEKOLOGISKE BEHANDLINGSTILBUDET 1999-2011

Lieng M¹, Busund B¹, Iversen T²

¹Gyn. avd. Oslo Universitetssykehus, Oslo; ²Avd for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

Bakgrunn. Utviklingen mot mer moderne operasjonsteknikker og økende krav om effektivitet og kostnadsreduksjon i spesialisthelsetjenesten kan tenkes å påvirke behandlingstilbudet ved helseforetakene. Formålet med denne studien var å undersøke om behandlingstilbudet er likt i Norge og innad i de forskjellige helseregionene ved tre benigne gynekologiske tilstander; samt å vurdere om endringer av kostnadsvektingen i innsatsstyrt finansiering kan ha påvirket behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten i perioden 1999-2011.

Metode. Data ble innhentet fra Norsk Pasient Register for alle behandlingsopphold der det ble foretatt kirurgisk behandling av kvinner med infertilitet, eggstokkcycte, myom eller blødningsforstyrrelser som hoveddiagnose i tidsperioden 1999-2010. Dataene ble analysert på regions- og landsnivå med hensyn til operasjonsmetode og oppholdsnivå. Analysene besto av deskriptive analyser av variablene i datasettet, beregning av variasjonskoeffisienter for å evaluere utvikling av variasjonen både innad i helseregionene og mellom helseregionene og multivariate analyser (logistisk regresjon) med kikkhullskirurgi og dagkirurgi som avhengige variable.

Resultater. Bruken av kikkhullskirurgi har økt ved de aktuelle gynekologiske tilstandene i tidsperioden 1999-2010. Andelen åpen kirurgi er høyere ved teknisk krevende operative prosedyrer. Det er store geografiske forskjeller i behandlingstilbudet. Spesielt er det høy andel åpen kirurgi i helseforetak med lavt operasjonsvolum. Variasjonen innad i helseregionene ser ut til å ha gått noe ned etter sykehusreformen i 2002, mens forskjeller mellom regionene har økt i den aktuelle tidsperioden. Trenden mot økende andel dagkirurgisk behandling ser ut til å ha stagnert noe etter 2009.

Det er bedt om utlevering av tilsvarende data fra 2011. Resultater fra 2011 vil også bli presentert på årsmøtet.

Konklusjon. Det er til dels store geografiske forskjeller i behandlingstilbudet ved godartede gynekologiske tilstander som krever elektiv operativ behandling. Variasjonen i operasjonsmetode innad i helseregionene ser ut til å ha gått noe ned, mens forskjeller mellom regionene har økt i den aktuelle tidsperioden. Endringen i ISF-systemet med redusert DRG-vekting av dagkirurgisk behandling kan vise seg å motvirke en utjevning av disse forskjellene.

P5. SANDNESSJØEMODELLEN - ET TRENINGSPROGRAM FOR Å ØKE KOMPETANSEN I LAPAROSKOPISK KIRURGI

Goderstad JM¹, Sponland G¹, Ehrig S², Einmo L²

¹Kvinnelinikken, Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus;

²Gynekologisk avdeling, Helgelandssykehuset, Sandnessjøen.

Bakgrunn.

Legene ved Helgelandssykehuset i Sandnessjøen ønsket å øke sin kompetanse i laparoskopisk gynekologisk kirurgi. De valgte ofte laparotomi ved adnexkirurgi og nesten alltid laparotomi ved hysterectomi. Vi opprettet et prosjekt der en gruppe gynekologer og operasjonssykepleiere fra Sandnessjøen og Oslo universitetssykehus deltar. Målet er at Sandnessjøen sykehus skal kunne tilby laparoskopisk kirurgi for vanlige gynekologiske inngrep som ektopisk graviditet, fjerning av ovariecyster og ovarier. Vi ønsker også at man siste året av prosjektet skal kunne utføre laparoskopiske hysterektomier selvstendig.

Metode. I mai 2011 startet prosjektet som er planlagt over en treårs periode. De som trenes er to operasjonssykepleiere og to gynekologer fra Sandnessjøen. Det er planlagt 4-6 samlinger per år. Vi har definert et pensum, med program for hver samling og krav til egen trening. De to sykehusene som deltar har til nå finansiert reise og opphold for prosjektdeltagerene. Vi arbeider kontinuerlig med å skaffe prosjektmidler.

Resultat. Vi har til nå hatt seks samlinger; tre i Sandnessjøen og tre i Oslo. Legene velger laparoskopi som operasjonsmetode når forholdene ligger til rette for det ved operasjon på tube og adnex.

Det er utført seks laparoskopiske supracerivale hysterektomier i Sandnessjøen i prosjektperioden. På årsmøte vil treningsprogrammet, antall pasienter operert og utgiftene til gjennomføring av prosjektet bli presentert.

Konklusjon. Vi registrerer en meget positiv trend. Legene mener de har økt sin laparoskopiske kompetanse og velger laparoskopi der de før prosjektet ble startet valgte laparotomi. Endelig konklusjon på prosjektet kommer først om noen år.

P6. ÅRSRAPPORT 2010 NORSK GYNEKOLOGISK ENDOSKOPIREGISTER (NGLR) v/ LAPAROSKOPIUTVALGET, NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

Folkestad EH¹

¹Kvinnesenteret, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg.

Bakgrunn. NGLR ble opprettet i 2003 med Jardar Oma som leder. Årsrapport 2010 fra NGLR ble fullført sommeren 2012. Vi vil presentere deler av denne for deltagerne på NGFs årsmøte, og formålet er å informere gynekologene om rapportens innhold. Nytt av året er en oversikt over fordelingen mellom ulike hysterektomimetoder for hele landet med tall fra Norsk pasientregister (NPR). Vi ønsker å rekruttere flere avdelinger til å registrere sine laparoskopiske inngrep.

Metode. Dataene fra Årsrapport 2010 presenteres. Deler av presentasjonen inneholder dessuten NGLR-data fra tidsperioden 2004-2010 (totalt 8677 laparoskopiske inngrep). Komplettheten av registreringer er beregnet utfra NPR-data fra samme tidsperiode. Rapporten er utarbeidet av Laparoskopiutvalget i NGF.

Resultater. 5 avdelinger registrerte totalt 2027 laparoskopiske inngrep i NGLR i 2010. Komplettheten på registreringer var 73 %. De vanligste hoveddiagnosene var benign ovarialtumor (15 %), endometriose (11 %), myoma uteri (8,5 %) og enkel cyste (8,5 %). 17 % av laparoskopiene var klassifisert som enkle inngrep, 57 % middels avanserte og 26 % avanserte inngrep. De vanligste hovedprosedyrene var supravaginal uterusamputasjon (10 %) og ekstirpasjon av begge adnex (8,9 %) og ett adnex (7,8 %). NPR-data viser at hysterektomier ved alle landets sykehus fordeler seg på 52 % laparotomier, 23 % vaginale og 26 % laparoskopier. Ved menometroragi 34 % laparotomier, 30 % vaginale og 36 % laparoskopier. Av 2027 inngrep i NGLR ble 47 konvertert til laparotomi (2,3 %). Oppfølgingen av pasientene etter utskrivelse har vært gjennomført i svært varierende grad, laveste oppfølgingsgrad 0 %, høyeste 81 % og samlet 33 %. Lite alvorlige komplikasjoner ble rapportert hos 3,6 %, middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner hos 1,4 %.

Konklusjon. På tross av at få avdelinger foreløpig deltar i NGLR, er det totale antallet registrerte prosedyrer relativt stort. Komplettheten i rapporteringen er nokså god, men oppfølgingen etter utskrivelse bør forbedres. NGLR er et viktig verktøy for å sikre kvaliteten på den operative behandlingen, især ved registrering av komplikasjoner etter alle laparoskopiske inngrep. Vi oppfordrer derfor alle landets gynekologiske avdelinger til å delta i NGLR.

P7. EN SAMMENLIKNING AV RESULTATER ETTER TOTAL LAPAROSKOPISK HYSTEREKTOMI OG LAPAROSKOPISK SUPRACERVICAL HYSTEREKTOMI, EN PROSPEKTIV RANDOMISERT STUDIE

Berner E¹, Qvigstad E¹, Lieng M¹

¹Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus (OUS)

Bakgrunn. Flere studier viser at kvinner i Norge tilbys ulik kirurgisk behandling for samme gynekologiske lidelse. Årsakene til variasjonen i behandlingstilbudet kan skyldes ulik behandlingstradisjon og utilstrekkelig opplæring i alternative teknikker. Det er uenighet i fagmiljøet om hvilken metode som er best når man fjerner livmoren ved kikkhullsoperasjon på grunn av en godartet tilstand. På gynekologisk avdeling OUS har vi tidligere anbefalt laparoskopisk supracervical hysterektomi (LSH) som førstevalg ved godartet tilstand, men vi har i større grad også gått over til total laparoskopisk hysterektomi (TLH), spesielt hos kvinner med bekkenmerter; uten at det har vært en god vitenskapelig dokumentasjon for dette. Det mangler gode studier som sammenlikner disse to operasjonsmetodene. Denne aktuelle studien har som hovedmål å sammenlikne hyppighet og intensitet av bekkenmerter, pasienttilfredshet og livskvalitet etter TLH og LSH.

Metode. Prospektiv randomisert studie med 62 kvinner. Studiedeltagerne randomiseres enten til TLH (n = 31), eller LSH (n = 31). Operasjonsprosedyren er blindet for studiedeltagerne inntil de har vært til kontroll i henhold til studieprotokollen 12 måneder etter operasjonen. Premenopausale kvinner, uten tidligere cervixdysplasi, som var henvist til avdelingen for hysterektomi pga en godartet lidelse og som hadde dysmenoré (sykliske bekkenmerter) ble forespurt om å delta i studien. Primære endepunkter var hyppighet og intensitet av bekkenmerter (VAS 0-10) og reduksjon av bekkenmerter 12 måneder etter operasjonen. Sekundære endepunkter var pasienttilfredshet (VAS 0-10) og livskvalitet (SF - 36) 12 måneder etter operasjonen samt forekomst av eventuelle komplikasjoner etter TLH og LSH.

Resultater. 58 kvinner er inkludert i studien. 62 vil være inkludert og operert innen oktober 2012. Preliminære resultater fra studien med interimanalyser og forekomst av eventuelle komplikasjoner vil bli presentert på Årsmøtet i Norsk gynekologisk forening i Tromsø 2012.

Konklusjon.

P8. NÅR DET IKKE ER FISTEL, HVA ER DET DA?

ET HENVISNINGSMATERIALE AV ENTEROVAGINALE FISTLER

Trovik J¹, Kiserud T^{1,2}

¹Nasjonalt behandlingssenter for gynekologiske fistler, Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen.

Bakgrunn. Enterogenitale fistler karakteriseres ved lekkasje av avføring, tarmsekreter eller luft fra genitalia (uterus, vagina, perineum). Ved Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus har vi i flere år utredet og behandlet kvinner med gynekologiske fistler og fra 2011 fått status som nasjonalt behandlingssenter. Forekomst og behandling av slike fistler er tidligere redegjort for, mens det foreligger lite informasjon om tilgrunnliggende sykdom hos kvinner med tilsvarende symptomer hvor fistel mistenktes men ikke ble påvist. I denne studien ønsket vi å registrere den endelige diagnosen hos dem som ikke fikk påvist noen fistel mellom tarm og underliv.

Metode. Prospektiv registrering av pasienter henvist til utredning mhp enterogenital fistel i perioden 1995-2011.

Resultater. Totalt 145 kvinner ble henvist, fistelsykdom ble bekreftet hos mer enn 80 %. 105 hadde enterogenital fistel (rectovaginal, rectoperineal, colovaginal eller ileovaginal), 15 kvinner hadde andre fistler: 11 vaginoperineal, 1 peritoneovaginal (fra bukhole til vagina), 2 fra tarm til fremre bukvegg og 1 fra bukvegg til lysken. 25 kvinner fikk avkreftet fistel. 7 hadde blindtendende sinus, oftest i perineum, 6 hadde garrulitas som tegn på bekkenbunssvikt og endrede romforhold, og 3 analinkontinens. Av de 9 pasienter som «bare» hadde fluorplager uten påvist fistel hadde to intraabdominal abscederende sykdom og to aktiv Morbus Crohn. Hos kvinner med besværlig sinus var 4 oppstått etter kirurgisk prosedyre, 1 etter fødsel mens 2 hadde spontant oppstått recidiverende perineale abscesser. Svært få (3 %) hadde ikke påvisbar sykdom (intraabdominal eller genital) utover fluor vaginalis.

Konklusjon. Hos kvinner henvist til vurdering med mistenkt enterogenital fistel ble fistelsykdom bekreftet hos mer enn 80 %. Vaginalmiljøet endres ved etablert fistel til tarm, men også ved endrete romforhold pga kirurgi og descens. Fistler kan også temporært eller permanent lukke seg og residuale forandringer med symptomgivende sinus kan bli stående lenge.

Når fistel ble avkreftet, kunne fluorbildet være assosiert med blindtendende sinus, endrede vaginale romforhold, analinkontinens og inflammatorisk sykdom i abdomen.

P9. PLACENTAVEKT I SVANGERSKAP MED OG UTEN ASSISTERT BEFRUKTNING

Haavaldsen C¹, Tanbo T², Eskild A^{1,3}

¹Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog; ²Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, Oslo; ³Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo.

Bakgrunn. Tidligere studier har vist høyere placentavekt og større placentavekt-/fødselsvektratio i risikosvangerskap sammenliknet med normalt forløpende svangerskap. Svangerskap etter assistert befruktning er forbundet med økt risiko for komplikasjoner. Vi studerte sammenhengen mellom placentavekt, placentavekt-/fødselsvektratio og befruktningsmetode.

Metode. Data fra Medisinsk fødselsregister ble brukt i studien. Alle enlingfødsler i Norge fra 22. svangerskapsuke i perioden 1999-2008 ble inkludert i studien (n=536 567). I samme periode var det 8259 fødsler etter assistert befruktning. Vi regnet ut gjennomsnittlig placentavekt og placentavekt-/fødselsvektratio for 2-ukersintervaller i svangerskap med spontan og assistert befruktning. Gestasjonsspesifikk placentavekt og placentavekt-/fødselsvektratio ble delt inn i kvartiler, og andelen svangerskap i laveste og høyeste kvartil ble beregnet både for spontane svangerskap og for svangerskap etter assistert befruktning. Med spontane svangerskap som referanseverdi, beregnet vi også odds ratio for å være i laveste og høyeste kvartil av placentavekt.

Resultater. Gjennomsnittlig placentavekt var høyere og placentavekt-/fødselsvektratio var større i svangerskap etter assistert befruktning enn i spontane svangerskap uavhengig av gestasjonslengde. Svangerskap etter assistert befruktning var overrepresentert i høyeste kvartil av placentavekt og i høyeste kvartil av placentavekt-/fødselsvektratio gjennom hele svangerskapet. Odds ratio for å være i den høyeste kvartilen av placentavekt var 1,37 (95 % CI 1,30-1,45) etter justering for gestasjonslengde, fødselsvekt, paritet, barnets kjønn, mors alder, preeklampsi og diabetes. Separate analyser i svangerskap etter IVF og ICSI viste ingen forskjell i placentavekt-/fødselsvektratio mellom de to metodene.

Konklusjon. Vi fant høyere placentavekt og større placentavekt-/fødselsvektratio i svangerskap etter assistert befruktning sammenliknet med spontane svangerskap.

PI0. EFFEKTENE AV MATERNELL BMI OG METABOLSK STATUS PÅ NEONATAL FETTPROSENT - BETYDNINGEN AV PLACENTAVEKT

Friis CM¹, Qvigstad E², Paasche Roland MC¹, Godang K2, Voldner N¹, Bollerslev J^{2,3}, Henriksen T^{1,3}

¹Obst. avd. OUS, Rikshospitalet; ²Endokrinologisk avd. OUS, Rikshospitalet; ³Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Bakgrunn. Fødselsvekt har konsekvenser for helsen til den nyfødte både på kort og lang sikt (Developmental Origin of Health and Disease), men er et grovt mål på vekst.

Fettprosent er et mer nøyaktig mål på kroppssammensetning, og gjenspeiler i større grad det intrauterine miljøet (metabolsk og ernæringsmessig). Tre faktorer er viktige for fostervekt

- 1) Genetisk vekst potensial
- 2) Mors ernæringsstatus og metabolske status
- 3) Placentas kapasitet til å transportere næringsstoffer og oksygen fra maternell sirkulasjon til foster

Hovedformålet med studien var å se på effektene av maternell BMI, kliniske faktorer og metabolske parametre assosiert med BMI på neonatal fettprosent, og deretter, undersøke i hvilken grad disse effektene ble modifisert ved å justere for placentas vekt. Sekundært ønsket vi å undersøke effekten av de samme parametrene på placentavekt.

Metode. Populasjonen består av en subkohort (n=207) av STORK studien (n=1031). STORK studien er en observasjonell prospektiv studie der hovedmålet er å undersøke determinanter for føtal vekst, fødselsvekt og kroppssammensetning i normale svangerskap.

Fastende glukose, insulin, triglyserider, frie fett syrer, HDL- og total kolesterol ble målt i gestasjonsuke 30-32. Kroppssammensetning hos den nyfødte ble målt ved hjelp av Dual-Energy X-Ray Absorptiometry (DXA) innen fire dager etter fødsel. Placenta ble veid etter fødsel.

Data ble analysert ved lineær regresjon med maternell BMI, kliniske og metabolske parametre som determinanter og neonatal fettprosent og placentavekt som endepunkter.

Resultater. Paritet, alder, vektøkning og lipider var ikke assosiert med neonatal fettprosent. Maternell BMI, fastende glukose og gestasjonsalder var uavhengige determinanter for neonatal fettprosent (p<0.048). Introduksjon av placentavekt som kovariat, førte til at kun placentavekt og gestasjonsalder forble signifikante som determinanter for fettprosent (p<0.03).

Determinantene for placentavekt i univariate analyser inkluderte BMI, insulin, triglyserider, total- and HDL-kolesterol (negativ), vekt økning i svangerskapet og paritet. I en multippel regresjonsmodell med placentavekt som endepunkt var BMI, total kolesterol, HDL-kolesterol, vektøkning og paritet uavhengige determinanter.

Konklusjon. Maternell BMI og fastende glukose er uavhengige determinanter for neonatal fettprosent, men er ikke lenger signifikante når man korregerer for placentavekt.

Våre funn peker på at placenta spiller en betydelig rolle i å modifisere sammenhengen mellom maternelle metabolske faktorer (BMI, glukose, lipider) og fosterets kroppssammensetning.

PI I. DIABETES I SVANGERSKAPET ER ASSOSIERT MED STOR MORKAKE I FORHOLD TIL BARNETS STØRRELSE.

Strøm-Roum EM¹, Haavaldsen C¹, Tanbo TG², Eskild A^{1,3}

¹Kvinneklinikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; ²Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet, Oslo; ³Folkhelseinstituttet, Oslo

Bakgrunn. Diabetes mellitus i svangerskapet øker fosterets tilgang til glukose, og fosteret blir ofte stort. Morkakefunksjonen er viktig for å regulere fosterets vekst og for tilførsel av oksygen og næring. Vi sammenliknet morkakevekt og morkake-/fødselsvektratio i svangerskap med og uten maternell diabetes.

Metode. Alle enlingfødsler i Norge i perioden 1999-2008 (n=536 997) ble inkludert i studien og vi brukte data fra Medisinsk fødselsregister. Vi beregnet deciler av morkakevekt z-score samt av morkake-/fødselsvektratio i hele populasjonen og sammenlignet deretter fordelingen av deciler i svangerskap med og uten diabetes. Videre beregnet vi assosiasjonen mellom diabetes og å ha morkakevekt z-score i øverste decil som odds ratio med og uten justeringer for fødselsvekt, mors alder, paritet, preeklampsi, røyking og keisersnittsførlesning.

Resultater. Gjennomsnittlig morkakevekt var 736,6 gram i svangerskap med diabetes og 672,1 gram i svangerskap uten diabetes. Gjennomsnittlig fødselsvekt var 3682,1 gram og 3557,0 gram i henholdsvis diabetes og ikke-diabetes svangerskap. I svangerskap med diabetes var 26,2 % av morkakene i den høyeste decilen av morkakevekt z-score sammenlignet med 9,7 % i svangerskap uten diabetes (p<0,001). Svangerskap med diabetes hadde også en relativt større morkake i forhold til fødselsvekt. 18,2 % av svangerskapene med diabetes hadde morkake-/fødselsvektratio i høyeste decil sammenlignet med 9,9 % av svangerskap uten diabetes (p<0,001). Odds ratio for å ha en morkake z-score i høyeste decil var 3,29 (95 % CI 3,14-3,45) i svangerskap med diabetes, der svangerskap uten diabetes ble brukt som referanse. Etter justeringer for fødselsvekt og de andre faktorene var odds ratio 2,42 (95 % CI 2,29-2,56).

Konklusjon. Morkakevekt samt morkake-/fødselsvektratio er høyere i svangerskap med diabetes sammenlignet med svangerskap uten diabetes.

PI2. BOTID OG RISIKO FOR KEISERSNITTSFORLØSNING BLANT KVINNER INNVANDRET TIL NORGE

Sørbye IK¹, Daltveit AK², Sundby J³, Stoltenberg C⁴, Vangen S^{1,4}

¹Nasjonalt kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo Universitetssykehus; ²Medisinsk Fødselsregister/Universitetet i Bergen; ³Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo; ⁴Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Bakgrunn. En økende andel fødsler i Norge skjer blant kvinner med innvandrer **Bakgrunn.** Keisersnittsrater i Norge varierer med mors fødeland. Vi undersøkte betydningen av botid i Norge for risiko for keisersnittsførlesning (total og planlagt) blant førstegangs fødende kvinner med innvandrer **Bakgrunn.**

Metode. Data fra Medisinsk fødselsregister for perioden 1995-2009 ble koblet til informasjon fra Statistisk sentralbyrå om mors første innvandringsdato, fødeland og utdanning. Vi inkluderte 23 431 førstegangs fødende kvinner fra 13 land utenfor EU/EØS-området. Vi beregnet keisersnittsrater samlet og per mors fødeland. Assosiasjoner mellom mors botid og forløsning ved planlagt keisersnitt ble estimert ved odds ratio (OR) i en logistisk regresjonsmodell, med justering for år for fødsel, mors alder samt mors alder ved innvandring.

Resultater. Økende botid i Norge var assosiert med økt forekomst av keisersnitt.

Gjennomsnittlig keisersnittsrate for perioden var 18 % blant førstegangs fødende utenlandsfødte kvinner. Ratene økte i de aller fleste landgruppene i løpet av perioden. Blant kvinner med mindre enn 1 års botid var keisersnittsraten 16 % sammenlignet med 20 % hos kvinner med 10 års botid eller mer (p trend <0,001). Til sammenligning var keisersnittsraten i samme periode 16 % blant kvinner med norsk opprinnelse. Blant utenlandsfødte kvinner 35 år og eldre samt blant gruppen med høyere utdanning var effekten av botid på total og planlagt keisersnittsrater sterkere enn blant de andre gruppene. Den elektive keisersnittsraten var lavere i 10 av 13 landgrupper sammenlignet med raten blant kvinner med norsk opprinnelse. Kvinner med mindre enn 5 års botid i Norge hadde i justerte analyser 38 % lavere risiko for planlagt keisersnitt sammenlignet med kvinner med botid 10 år eller mer (justert OR 0,62, 95 % KI 0,47-0,81). På landnivå viste majoriteten av landgruppene samme trend, viktigste unntak var kvinner født i Somalia, der total og planlagt keisersnittsrater sank med økende botid.

Konklusjon. Risiko for keisersnitt, spesielt elektivt keisersnitt, øker med økende botid blant kvinner innvandret til Norge. Til tross for stor variasjon mellom ulike innvandringsgrupper, synes keisersnittsratene å nærme seg bakgrunnspopulasjonen.

PI3. OVERVEKTSKIRURGI OG SVANGERSKAP I NORGE 2008-2011

Lehmann S¹, Viste, A¹

¹Kirurgisk klinikk, Avdeling for gastro og akutt kirurgi, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

Bakgrunn. Overvekt reduserer fruktbarheten og øker risikoen for komplikasjoner i svangerskapet. Om lag halvparten av overvektsopererte er kvinner i fertil alder. Offentlig finansiert kirurgi tilbys ved BMI 40 eller mer (35 ved komorbiditet), som ledd i et samlet behandlingsopplegg. Mange vil ønske å bli gravid etter operasjonen. Etter gjeldende anbefalinger rådes de til å vente 12-18 måneder med graviditet, på grunn av de store endringene i absorpsjon og hormonstatus den første perioden etter inngrepet.

Metode. Vi ønsket å kartlegge svangerskapsutfall hos overvektsopererte kvinner i Norge. Vi koblet derfor data fra Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå. Den eksponerte gruppen består av kvinnelige pasienter mellom 18 og 44 år; selektert på grunnlag av prosedyrekoder, i perioden 2008-2011, i alt 2420 pasienter.

Resultater: Vi identifiserte 3440 fødsler, hvorav 136 (av 126 mødre) etter operasjon. Vi identifiserte 68 fødsler der mor trolig ble gravid innen et år etter operasjonen (fødsel mindre enn 645 dager etter prosedyren). Gjennomsnittlig fødselsvekt for disse barna var på 3263 g (3503 g for alle fødende). Gjennomsnittlig svangerskapslengde var 276 dager (280 dager for alle fødende).

Konklusjon.

Graviditet kort tid etter overvektskirurgi er ikke uvanlig blant norske kvinner, og vil trolig forekomme hyppigere etter hvert som flere får utført inngrepene tidligere i livet. Ved graviditet innen et år etter kirurgi, har barna signifikant lavere gestasjonsalder og fødselsvekt enn gjennomsnittet av alle fødte. Antallet er større enn denne studien viser, ettersom mange opereres helprivat.

PI4. VENØS TROMBOSE I SVANGERSKAPET; INTERNASJONALE RETNINGSLINJER BLIR NORSKE

Jacobsen AF¹, Henriksen T¹, Bjørge L², Eilertsen A³, Kristiansen A⁴, Sandset PM³

¹Fødeavdelingen, Kvinne- og barnklinikken, Oslo Universitetssjukehus; ²Kvinneklinikken Haukeland Universitetssjukehus; ³Avdeling for blodsykdommer, Oslo universitetssjukehus; ⁴Medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet, Gjøvik

Bakgrunn. Risiko for venøs trombose øker i svangerskapet og postpartum. Behandling og profylakse av svangerskapsrelatert trombose er basert på et begrenset antall studier med relativt lav kvalitet. Pasientene behandles etter lokale, nasjonale eller internasjonale retningslinjer. Disse er basert på det kunnskapsgrunnlaget som foreligger og utarbeides av kolleger med kompetanse på området. Hematologer, indremedisinere og gynekologer anvender ofte ulike anbefalinger. ACCP (American College of Chest Physician) er internasjonalt toneangivende og publiserer kunnskapsbaserte retningslinjer for de fleste områder innen venøs trombose hvert 4 år. Ny publikasjon forelå vinteren 2012(1). For å oversette disse retningslinjene og tilpasset dem til norske forhold ble en nasjonal gruppe bestående av deltagere fra ulike spesialiteter utnevnt. Arbeidet er blitt gjennomført i samarbeid med Helsedirektoratet. Gruppen svangerskap fokuserte på problemstilling som omhandler graviditet og trombose.

Metode. Retningslinjen bestod av 37 anbefalinger som ble evaluert, justert oversatt og tilpasset norske forhold. Nye viktige studier ble inkludert og oppdaterte tabeller; SoF (summary of findings) og metaanalyser ble utarbeidet. Økonomisk og intellektuell habilitet hos deltagerne ble vurdert. Redaksjonskomiteen kontrollerte og tilpasset alle kapitlene. Retningslinjene vil bli publisert i regi av Helsedirektoratet primo november 2012.

Resultater. De fleste av retningslinjene ble akseptert med større eller mindre justeringer; noen få ble strøket, en ny utarbeidet og en ble endret.

De viktigste endringene i praksis er:

- Ved elektivt keisersnitt hos lavrisikopasienter anbefales ikke medikamentell trombose profylakse.

- Kvinner med heterozygot factor V Leiden, med eller uten familieanamnese, skal ikke ha profylakse antepartum. Med familieanamnese anbefales profylakse 6 uker post partum. Kvinner med obstetriske komplikasjoner (bl a IUGR, IUFD) og trombofili anbefales ikke medisinsk profylakse.

- Alle kvinner med risiko for preeklampsi anbefales ASA 75 mg fra uke 13.

Konklusjon. Internasjonale retningslinjer for venøs trombose i svangerskapet er oversatt og tilpasset norske forhold. Dette medfører flere endrede anbefalinger som også blir lagt inn i revidert nasjonal veileder for fødselshjelp som er under utarbeidelse. Vi håper med dette å få en bedre og tryggere behandling av kvinner i risiko for eller med akutt trombose.

Reference List

1. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabulos AM, Vandvik PO. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012 Feb;141(2 Suppl):e691S-e736S.

PI5. FIT FOR FØDSEL: HVEM TAKKER JA TIL Å DELTA?

Sagedal LR¹, Øverby N², Seiler HL², Bere E², Torstveit MK², Henriksen T³, Vistad I¹

¹Kvinneklinikken, Sørlandet Sykehus, Kristiansand, ²Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder, ³Kvinneklinikken, Oslo Universitetssjukehus, Avdeling Rikshospitalet

Bakgrunn. Fit for Fødsel er en randomisert, kontrollert intervensjonsstudie og et samarbeid mellom Sørlandet Sykehus, Universitetet i Agder og Oslo Universitetssjukehus. Studien skal undersøke om en intervensjon i svangerskap, i form av kostholdsveiledning og treningsgrupper, har en effekt på mors vektøkning i svangerskap, barnets fødselsvekt, mors blodsukker, og svangerskaps- og fødselskomplikasjoner. Vi ønsker nå å se på rekruttering til studien, og demografisk informasjon fra de første deltakerne.

Metode. Funktionsfriske førstegangsfødende kvinner bosatt i Agder med en BMI ≥ 19 kg/m² blir invitert til å delta i prosjektet i forbindelse med første helsestasjonsbesøk. Til sammen skal 600 kvinner inkluderes i prosjektet som startet høsten 2009 og forventes ferdig i 2014. Vi har nå sett på ukentlig rapportering fra helsestasjoner og analysert svarene fra de første 300 deltakerne som besvarte vårt elektroniske spørreskjema ved inklusjonstidspunkt.

Resultater. Ifølge rapportering fra helsestasjoner, takket 81 % av kvinner ja til tilbud om deltakelse. Gjennomsnittlig svangerskapsvarighet ved inklusjon var 16 uker. Deltakerne hadde en stor spredning i alder (mellom 17-43 år), med en gjennomsnittsalder på 27 år. Nesten alle (95 %) bodde sammen med barnefaren. De fleste som svarte hadde høyere utdannelse (64 %), mens bare 2 % hadde kun grunnskoleutdanning. Et stort flertall var i arbeid (81 %) mens noen var studenter (11 %), og resten definerte seg som arbeidsledig (4 %), ufør (2 %) eller hjemmeværende (2 %). Rapportert årlig inntekt var relativt likt fordelt, fra 24 % under kr: 300.00 til 32 % over kr: 700.000. Basert på selvrappoert pregravid høyde og vekt, var 73 % normalvektige (BMI 19-24,9), mens 18 % var overvektige (BMI 25-29,9), og 9 % hadde fedme (BMI ≥ 30).

Konklusjon. I vår populasjon har 27 % BMI over 25. Nær 1 av 10 har fedme. Det er stor spredning i alder og inntektsnivå blant de 300 kvinnene som er analysert. Høy deltakelsesprosent sannsynliggjør at studien er representativ for populasjonen.

PI6. ERSTATNINGSSAKER I NORSK PASIENTSKADERSTATNING ETTER ASFYXI UNDER FØDSEL

Andreassen S¹, Backe B², Øian P³

¹ Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ² Kvinneklivnikken, St Olav Hospital, Trondheim; ³ Kvinneklivnikken, Tromsø Universitetssykehus, Tromsø.

Bakgrunn. En deskriptiv beskrivelse av erstatningssaker med neurologisk sekvele eller død som følge av asfyxi under fødsel, for å identifisere kjennetegn ved fødsler som resulterer i asfyxi og årsaker til feilbehandling.

Metode. En retrospektiv studie av alle erstatningssaker til NPE på bakgrunn av påført asfyxiskade under fødsel, i perioden 1994-2008. Totalt 315 saker, hvorav 161 mottok erstatning.

Resultater. I de 161 medholdssakene fant man neurologisk sekvele hos 96/107 barn, og 54/161 barn døde. Høy-risiko svangerskap ble påvist hos 51 % ved innkomst fødeavdeling. Årsaker var kronisk sykdom (25/161), preeklampsi (14/161), svangerskapsdiabetes (4/161), prematuritet (19/161), overtidig svangerskap (14/161), intrauterin veksthemning (4/161), flerlingsvangerskap (10/161), seteleie (2/161) og induksjon (32/161). Vanligste årsak til inadekvat behandling var mangelfull fosterovervåkning (67 %), enten på grunn av manglende overvåkning til tross for indikasjon (28 %) og/eller feiltolket fosterovervåkning (43 %). Man fant menneskelig svikt som hovedårsak i 92 % av sakene, og dette utgjør en viktig årsak til feilbehandling, både av obstetrikere (49 %) og jordmødre (46 %).

Konklusjon. Mangelfull fødselshjelp er vanlig ved asfyxi under fødsel, og menneskelig svikt er medvirkende årsak i de fleste tilfeller. Høyrisikosvangerskap og tidligere operativ vaginal forløsning eller akutt keisesnitt øker risiko for feilbehandling og asfyxi. Mangelfull fosterovervåkning er vanligste årsak til erstatning ved asfyxi under fødsel.

PI7. ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS AT CAESAREAN SECTION - THE IMPACT OF GUIDELINES ON SURGICAL SITE INFECTIONS

Eriksen HM¹, Gran JM¹, Bjørnholt JV¹, Skjeldstad EE^{1,2}

¹Norwegian institute of public health, Oslo, ²The women health and perinatology research group, Institute of clinical medicine, University of Tromsø, Tromsø, Norway.

Background. The Norwegian gynecological association recommends antibiotic prophylaxis (ABP) for all emergency cesarean deliveries (CD) and on some indications in planned CD. A survey in 2008/2009 among Norwegian hospitals (N=41) revealed that 32 departments practiced ABP in emergency surgery, 4 departments to all CDs, whereas 4 departments had no guidelines, and one department practiced on indications, only. **Objective** To assess the impact of guidelines of ABP on superficial and deep surgical site infections (SSIs) in CDs.

Methods. Norwegian hospitals performing CDs are required to undertake surveillance of SSIs until 30 days post-discharge over the months September through November to the Norwegian surveillance system of health care associated infections (NOIS). Within the NOIS-database we merged data on guidelines on ABP from the survey to hospital affiliation of individual data; and thus were able to analyze guidelines vs. "as practiced" on impact of SSIs for the years 2009/2010. All analyses were done in SPSS version 19.0 with chi-square test and logistic regression, whereas multilevel analyses were done in the statistical program R. All analyses were done stratified according to planned and emergency CD.

Results. Post-discharge surveillance was complete for 90 % of the patients. Compliance with guideline was significantly higher in departments that practiced ABP to all vs. emergency CDs, only, or departments that had no guidelines/practiced on indications. The prevalence of overall SSI was higher in emergent (5,9 %) than planned (5,0 %) CDs. Significant higher overall SSIs were found in hospitals with no guidelines/ indications, only (8,3 %), compared with hospitals that practiced ABP to all emergent (5,0 %) and hospitals that practiced ABP to all CDs (2,5 %) in planned CDs, where as no differences were observed in emergent CDs (7,0 %, 5,6 %, 5,3 %, respectively). For deep SSIs no differences were observed by guideline for ABP either in planned or emergent CDs. There were minor differences in efficacy of ABP on overall/deep SSIs by analytic approach.

Conclusions. Departments that practiced ABP to all complied significantly better with guidelines than hospitals with other guidelines. The differences seen in SSIs in planned CDs may be explained by the difference observed in compliance with ABP guideline, whereas the significant compliance difference seen in emergency CDs where of no clinical importance as adherence to guidelines were high in all ABP groups.

PI8. BLIR RETNINGSLINJENE FOR FOSTERDIAGNOSTIKK FULGT?

Røe K¹, Salvesen KÅ², Eggebø TM³

¹Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; ²Nasjonalt senter for fostermedisin St. Olavs hospital og Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; ³Kvinne- og barnklinikk, Stavanger Universitetssykehus.

Bakgrunn. Bioteknologiloven skiller mellom ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen og ultralyd som fosterdiagnostikk. Loven blir kritisert for å være uklar og vanskelig å etterleve i klinisk praksis. Hensikten med denne studien var å undersøke om leger fulgte retningslinjene for bioteknologiloven da de vurderte kasuistikker med kvinner som ønsket tidlig ultralyd med fosterdiagnostikk.

Metode. Leger ved fostermedisinske senter, privatpraktiserende gynekologer og konsulenter i Helsedirektoratet ble bedt om å vurdere seks konstruerte kasuistikker. Kasuistikkene handlet om alderskriteriet, om en kollega som ønsket undersøkelse uten godkjent indikasjon, om en utenlandsk kvinne som forholdt seg til utenlandske lover, om usikre funn, om angst og uro, og til slutt om et par som mente at de var i en vanskelig livssituasjon.

Resultater. 64/130 (49 %) privatpraktiserende gynekologer, 22/27 (81 %) leger ved fostermedisinske sentre og 5/12 (42 %) respondenter i Helsedirektoratet besvarte spørreskjemaene. Bare 34 % av alle legene svarte at de forholder seg strengt til alderskriteriet. Mer enn 50 % av legene ved de fostermedisinske sentrene ville tilby kollegaen undersøkelse. 80 % av respondentene fra Helsedirektoratet mente at legene da brøt norsk lov. 32 % av legene ved de fostermedisinske sentrene ville tilbudt den utenlandske kvinnen fosterdiagnostikk. 52 % av de privatpraktiserende legene vil målt nakkeoppklaring selv hvis de fikk inntrykk av at den var forøket. 73 % av legene ved de fostermedisinske sentrene mente at angst og uro er indikasjon for fosterdiagnostikk, mens alle respondentene fra Helsedirektoratet svarte at dette ikke er en indikasjon i henhold til retningslinjene. Kasuistikken om vanskelig livssituasjon ble vurdert veldig forskjellig av de ulike respondentene.

Konklusjon. Retningslinjene for bruk av ultralyd i svangerskapet er uklare og åpner for subjektive vurderinger. Flertallet av legene forholdt seg ikke strengt til retningslinjene for bioteknologiloven, og retningslinjene ble fortolket ulikt av leger og respondenter i Helsedirektoratet.

P19. LEVATOR HIATUS DIMENSIONS CHANGE DURING PREGNANCY – A 3D/4D ULTRASOUND STUDY

Stær-Jensen J¹, Richter F^{1,2}, Hilde G^{1,3}, Bø K^{1,3}, Ellström Engh M^{1,2}

¹Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology, Lørenskog, Norway; ²University of Oslo, Faculty Division Akershus University Hospital, Oslo, Norway; ³Norwegian School of Sport Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo, Norway.

Background. The pubovisceral muscle (PVM), the most medial part of the levator ani complex bordering the levator hiatus (LH), plays a significant role in supporting the pelvic organs. There is substantial evidence of an association between vaginal delivery and pelvic organ prolapse, often explained by changes to PVM biometry during delivery, resulting in a larger LH postpartum. Indirect evidence of an increase in LH dimensions during pregnancy has been presented: women who delivered by cesarean section had smaller LH area after childbirth than in late pregnancy.

Method. 92 nulliparous pregnant women in the second trimester were included in this prospective cohort study and examined at gestational weeks 22 and 37. They underwent a 3D/4D transperineal ultrasound examination at rest, maximal pelvic floor muscle contraction and Valsalva after voiding. In the axial plane of minimal hiatal dimensions using render mode, the anterior-posterior (LHap) and right-left (LHrl) diameters and the area (LHarea) of the LH were measured.

With a two-sided alpha of 0.05 and a power of 80 %, a sample size of 47 was required to detect a 5 % change in LHarea at rest. Changes in axial measurements from week 22 to 37 were calculated as mean differences with 95 % confidence interval using paired sample t-test. P-values <0.05 were considered significant.

Results. We found significant increase for all LH dimension measurements from gestational week 22 to 37. The most marked change was found for LHarea at rest and on Valsalva, with increases in size of 19.2 % and 20.7 % respectively. During contraction a 12.1 % increase was found. A significant increase was also found for LHap and LHrl, though less accentuated than for LHarea.

Conclusions. Our findings show that morphological changes of the PVM take place during pregnancy. There is an increase in all hiatal dimensions from 22 to 37 weeks of gestation, which may contribute to preparing the pelvic floor muscles for the considerable distension during vaginal delivery.

The findings indicate that changes in pelvic organ support are not solely caused by delivery, but also by the physiological changes during pregnancy. Further studies are needed to understand the clinical importance of these findings.

P20. CEREBROPLACENTÆR RATIO ER NORMALT HØYERE HOS MACROSOME IKKE-DIABETISKE FØSTRE

Ebbing C¹, Rasmussen S², Kiserud T²

¹Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; ²Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen.

Bakgrunn. Cerebroplacentær ratio (CPR) er et nyttig verktøy for å undersøke den cerebrovasculære responsen hos fosteret spesielt ved morkakesvikt. Ratioen gir mer informasjon enn pulsatil indeks (PI) i umbilikalarterien (UA) og arteria cerebri media (MCA) hver for seg. Makrosome foster har generelt økt sirkulasjon. Vi testet hypotesen at CPR hos makrosome foster hos friske, ikke-diabetiske mødre skiller seg fra CPR hos foster som vokser normalt.

Metode. Vi rekrutterte 58 friske kvinner som tidligere hadde født barn med fødselsvekt >4200 gram til en longitudinell observasjonsstudie. Protokollen var godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, og kvinnene samtykket skriftlig. Ultralydbiometri (hode- og mageomkrets og femurlengde), beregning av fostervekt og Doppler-målinger av blodstrømhastighet i arteria cerebri media og umbilikalarteria ble utført 4 ganger i løpet av siste halvdel av svangerskapet. CPR ble kalkulert og sammenliknet med en referansepopulasjon (n=161). Fødselsvekt og placentavekt ble notert, og fødselsvekt/placentavekt ratio kalkulert.

Resultater. 29 av de 58 kvinnene fødte barn med fødselsvekt over 90 persentilen, og bare observasjonene fra disse svangerskapene ble inkludert i den statistiske analysen. Vi fant at MCA PI ikke var statistisk forskjellig fra referansepopulasjonen (p=0.094), men at UA PI var signifikant lavere (p<0.0001), og at CPR var høyere enn hos referansepopulasjonen fra 28 ukers gestasjonsalder (Figur). Fødselsvekt/placentavekt ratioen var ikke forskjellig fra referansepopulasjonen.

Konklusjon. CPR er høyere hos makrosome foster hos ikke-diabetiske mødre fra 28 ukers gestasjonsalder. Kombinert med uendret fødselsvekt/placentavekt ratio tyder dette på mer effektiv utveksling i de makrosome fostrenes placenta, muligvis på grunn av økt kartvernsnitt. Funnet har betydning for monitoreringen av makrosome foster.

P21. OCCIPUT POSTERIOR, HØY LIKESTAND OG ULTRALYD – KAN FØDSELSUTFALLET PREDIKERES?

Torkildsen EA^{1,2}, Salvesen KÅ^{3,4}, Eggebø TM¹

¹Kvinneklivnikken, Stavanger universitetssjukehus; ²Nasjonalt senter for fostermedisin, Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital; ³Avdelingen for obstetrik och gynekologi, Skånes universitetssjukhus, Lund, Sverige; ⁴Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Bakgrunn. Fødselsforløpet har tradisjonelt blitt evaluert med palpasjon. Dette er en subjektiv metode med stor variasjon mellom klinikerne. Ultralyd under fødsel har vist seg å gi mer objektiv informasjon om posisjon og nivå. Målet med denne studien var å undersøke om occiput posterior (OP) og høy likestand vurdert med ultralyd hos førstegangsfødende med langsomt forløp i stadium I kunne predikere fødselsutfallet.

Metode. Prospektiv observasjonsstudie av 105 førstegangsfødende med enkeltsvangerskap og hodeleie etter svangerskapsuke 37. Forlenget forløp ble definert etter kriterier fra WHO. Effektiv variabel var transabdominal og transperineal ultralydundersøkelse. Posisjon ble inndelt som en klokke. Occiput posterior (OP) ble definert mellom >3:30 og <8:30. Occiput anterior (OA) mellom >9:30 og <2:30. Venstre occiput lateralis (OL) mellom ≥2:30 og ≤3:30. Høyre OL mellom ≥8:30 og ≤9:30. Likestand ble definert med occiput mellom ≥11:00 og ≤1:00 eller ≥05:00 og ≤7:00. Høy likestand ble definert når hode-perineum avstand var > 40 mm (korresponderer med nivå "over spina"). Effektmålet var vaginal fødsel vs. keisersnitt. Sammenligninger ble gjort med chi-kvadrat test og logistisk regresjon.

Resultater. 25 foster (24 %) ble forløst med keisersnitt, 45 (43 %) kvinner hadde en operativ vaginal forløsning og 35 (33 %) fødte spontant. 41 foster var i OP ved inklusjonstidspunktet og 24 % ble forløst med keisersnitt vs. 23 % av foster som var i andre posisjoner (p=0,91). 30 av 41 foster i OP ved inklusjonen roterte spontant til OA. Ultralyd i stadium I kunne ikke signifikant predikere OP posisjon ved fødselen (p=0,06). Videre fant vi ved inklusjonstidspunktet at 28 foster (27 %) var i likestand, og 12 (11 %) av disse i høy likestand. 7 (58 %) av de 12 fostrene i høy likestand fødte vaginalt og 5 (42 %) ble forløst med keisersnitt (p=0,89). Ultralyd bestemte posisjon, induksjon, maternell alder, BMI, gestasjonsalder, fødselsvekt >4000 gr. og hodeomkrets var faktorer som heller ikke kunne predikere fødselsutfallet.

Konklusjon. OP posisjon eller høy likestand vurdert med ultralyd hos kvinner med forlenget forløp i stadium I kan ikke predikere fødselsutfallet. Diagnostisert høy likestand med ultralyd trenger ikke være en absolutt indikasjon for keisersnitt.

Kolposkopi-kurs

24.10.2012, Tromsø, Sykehuset 12:00-18:00

(Lunsj: 14:30 – 15:15 (mellom sesjon 3 og 4))

Kursprogram (foreløpig): 6 sesjoner á 45 min

1. **Cervix: Anatomi og patologi / Etiologi av cervixforandringer**
2. **Kolposkopi av den normale cervix / terminologi**
3. **Kolposkopi av patologiske cervixforandringer**
4. **Prøvetaking – praktiske aspekter**
5. **Avvikende prøvesvar / dysplasier – oppfølging av prøvesvar**
- spesielle pasientgrupper: gravide, pre- og postmenopausale kvinner
6. **Konisering – praktiske aspekter og evt. praktiske øvelser**

Foredragsholder:

Prof. Dr. med Bjørn Hagen, Seksjonsoverlege, St. Olavs Hospital, Trondheim

Prof. Dr. med Anne Ørbo, Forskningsgruppe for gynekologisk onkologi v/ UiT, Tromsø

Reiseregninger og krav om honorar rettet mot NGF

Sendes til:

**Norsk Gynekologisk Forening - 760249
c/o Visma Services Norge AS
Postboks 8990
7439 Trondheim**

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

Kvitteringer/vedlegg nummereres og festes til reiseregningsskjema med binders.

Kevin Sunde Oppegaard, Kasserer, NGF

2012

14th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society (IGCS).

13. oktober - 16. oktober 2012. Vancouver, Canada

42 annual meeting of the Incontinence Society

15. oktober - 19. oktober 2012. Beijing, Kina

Unwanted pregnancy - a fact of life, FIAPAC Congress

19. oktober - 20. oktober 2012. Edinburgh, Skottland

Overvekt i svangerskap og fødsel

19. oktober 2012

1st Nordic Congress on Obesity in Gynecology and Obstetrics

22. oktober - 24. oktober 2012. Billund, Danmark

Årsmøte NGF

25. oktober - 27. oktober 2012. Tromsø

Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility

08. november - 11. november 2012. Lisboa, Portugal

Sakkyndige spesialister for Norsk pasientskadeerstatning

08. november 2012

Severe complications at delivery - epidemiology, cases and skills

15. november - 16. november 2012. København, Danmark

XIVth Advanced Course in Obstetrics for Scandinavian Obstetricians

19. november - 21. november 2012. London, Royal College of Obstetrics and Gynaecology

Ultralyd og endometriose

23. november 2012 Malmø, Sverige

Symposium - Inkontinence, Pelvic Floor Disorders and Chronic Pelvic Pain

23. november 2012 kl. 08:30-18:00.

Bekkensenteret Symposium

23. november 2012, AHUS

2013

Oslo endoscopic winter meeting 2013

07. mars - 10. mars 2013. Norefjell

Vårmøte

04. april - 05. april 2013. Stavanger

First global conference on Contraception and reproductive health

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

1st world congress on pelvic pain

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

The European Congress of the International Society for Study of Hypertension in Pregnancy

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

Nordisk jordmorkongress

13. juni - 15. juni 2013. Oslo

10th Congress, European Society of Gynecology

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

Årsmøte norsk gynekologisk forening

24. oktober - 26. oktober 2013. Drammen



- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (etinylostradiol) enn kombinasjons p-piller¹
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller^{2,3}



(etonogestrel/etinylostradiol)

Før forskrivning av NuvaRing[®] se preparatomtalen

C NuvaRing Organon

Antikonseptjonsmiddel

Kan rekvireres av helsesøster og jordmor

ATC-nr.: G02B B01

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneholder 11,7 mg etinylostradiol og 2,7 mg hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonseptjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonsyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall). Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migrene med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjent eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtrykkmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøs og arterielle trombose. Bruk av kombinasjons-p-pille innebærer økt risiko for venøs tromboemboli (VTE) sammenlignet med ingen bruk. Risikoen er mindre enn den som er assosiert med graviditet og som er estimert til 60 pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Det er ukjent hvordan NuvaRing influerer på risikoen sammenlignet med andre hormonelle prevensjonsmetoder av kombinasjonstypen. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitt og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tillegg til planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette for 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefeil, hjertefflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonseptjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Symptomer på venøs eller arteriell trombose kan innbefatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i beina, plutselig kraftig smerte i brystet, enten den stråler ut i venstre arm eller ikke, plutselig tungpustethet, hosteanfall, uvanlig kraftig hodepine, plutselig synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller afasi, svimmelhet, kollaps med eller uten fokale anfall, svakhet eller nummenhet som påvirker en side eller en del av kroppen, motoriske forstyrrelser, akutt abdomen. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumorer må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angio-nevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt har vært assosiert med hormonell antikonseptjon. Kvinner med tendens til kløasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utlisikket er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symptomer på cystitt. Svært sjelden er det rapportert at ringen har festet seg i vevet i vagina og måtte fjernes av helsepersonell. Vaginitt kan forekomme. Det er ingen indikasjoner på at effekten av NuvaRing påvirkes av behandling for vaginitt eller at selve ringen påvirkes av slik behandling. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner (f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, ritanavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetrasykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinylostradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjonsormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. **Overgang i morsmelk:** Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør

ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginale infeksjoner. Kjønnsgener/bryst: Smertesmerter i bekkenet, ømme bryster, genital kløe, dysmenoré, vaginal utflod. Neurologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hjerne/kar: Hetetokter. Hud: Alopeci, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsgener/bryst: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystsprenge, cervixpolyp, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektropi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, kramper i uterus, brennende følelse i skjeden, vondt lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginal ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Neurologiske: Svimmelhet, hypoestesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stofskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødemer, følelse av fremmedlegeme. **Svært sjeldne ($< 1/10\,000$), ukjent:** Hud: Urticaria. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Lavdosert østrogen/gestagen monofasisk kombinasjonspreparat. Ringen frigir gjennomsnittlig 120 µg etonogestrel og 15 µg etinylostradiol per 24 timer. **Virkningsmekanisme:** Undertrykkelse av ovulasjonen. **Absorpsjon:** Rask absorpsjon fra vaginalslimhinnen. Maks. serumkonsentrasjon: Etonogestrel ca. 1 uke, etinylostradiol ca. 3 dager. Absolutt biotilgjengelighet: Etonogestrel ca. 100%, etinylostradiol ca. 56%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum: Etonogestrel ca. 2,3 liter/kg, etinylostradiol ca. 15 liter/kg. **Halveringstid:** Etonogestrel: Ca. 29 timer, plasma clearance ca. 3,5 liter/time. Halveringstid for metabolittutskillelsen ca. 6 dager. Etinylostradiol: Ca. 34 timer. Plasma clearance ca. 35 liter/time. **Halveringstid for metabolittene ca. 1,5 dag. Utskillelse:** Via urin og galle. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grosst og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur ($< 30^\circ\text{C}$), ikke over 4 måneder. **Sist endret:** 08.11.2011

NuvaRing, VAGINALRING:

Styrke	Pakning	Varenr	Pris	Refusjon
120 µg/15 µg	1 stk.	007821	kr 125,90	-
	3 stk.	007852	kr 321,80	-

Referanser: 1. Heuvel M.W. et al. Contraception; 2005;72:168-74 2. Oddsson K. et al. Hum Reprod; 2004;20:557-62 3. Milsom I. et al. Hum Reprod; 2006;21:2304-11

Tryggere bruk av p-piller

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

Statens legemiddelverk