

25-4
2012

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHOLD

■ **Kreftforskningsprisen 2012 s. 8** ■ Nasjonalt senter for gynekologiske fistler s. 12 ■ **Årsmøtet NGF Tromsø 2012 s. 24** ■ NFOG Bergen 2012 s. 41 ■



NYHET



Nyhet: ZOELY®

- P-pillen med en innovativ kombinasjon av hormoner
 - Nomegestrolacetat, et høyelektivt gestagen avledet fra kroppens eget progesteron¹
 - 17β-østradiol, strukturelt identisk med endogen østrogen¹
- Mer enn 99% effektiv i et 24/4 regime^{1,2}
- Gir korte og lette bortfallsblødninger^{1,3}

Før forskrivning av Zoely®, se preparatomtalen

Utvaglt sikkerhetsinformasjon for ZOELY®

ZOELY® er **kontraindisert** ved arteriell eller venøs trombose i akutfase eller i anamnesen, migrene med aura, alvorlige leversykdommer, tumores eller udiagnostisert vaginalblødning. **Forsiktighetsregler:** Nedsatt effekt ved glemte piller, oppkast eller diaré. Redusert effekt ved samtidig bruk av visse legemidler (se preparatomtalen). Vanligste **bivirkninger ved bruk av ZOELY®**: Svært vanlige (≥1/10): Uønskede bortfallsblødninger, akne. Vanlige (≥1/100 til <1/10): smerter i bryst og bekken, økt vekt, kvalme, nedstemthet og nedsatt søvnløshet.

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.
- Grunnig 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



MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Telefon 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no. Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. WOMN-1020394-0003 (des 2011)



nomegestrolacetat/østradiol
2,5 mg/1,5 mg filmdrasjerte tabletter

Zoely «Theramex»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A14

TABLETTER: Hver hvite tablett inneholder: Nomegestrolacetat 2,5 mg, østradiol 1,5 mg, laktosemonohydrat 57,71 mg, hjelpestoffer. De gule tablettene er placebo-tabletter. **Indikasjoner:** Oral antikonsepsjon. **Dosering:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag, og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager i den rekkefølge som fremgår av pilleretten. Klistermerker med ukedager medfølger og skal festes på brettet. Tablettene er nummerert og tas i stigende rekkefølge. Tablettene 1-24 er aktive (hvite), 25-28 er placebo (gule). En går direkte over til nytt brett uten opphold. En menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning) kommer vanligvis 2-3 dager etter inntak av den siste hvite tablett, og er ikke nødvendigvis avsluttet for neste brett påbegynnelse. Med dette behandlingsregimet oppnås full beskyttelse fra 1. tablett. Se SPC/pakningsvedlegg for nærmere beskrivelse av overgang fra annen prevensjon og for håndtering av glemte tabletter. **Administrering:** Kan tas med eller uten mat. Bør inntas med litt væske og helst til omtrent samme tid hver dag. **Kontraindikasjoner:** Venetrombose, nåværende eller tidligere (ved venetrombose, lungeemboli). Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. hjerteinfarkt), eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall). Cerebrovaskulær hendelse, nåværende eller tidligere. Migrene med fokale neurologiske symptomer. Kjent disposisjon for venøse eller arterielle tromboter som aktivert protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer. En alvorlig eller flere risikofaktorer for venøse eller arterielle tromboter, f.eks. diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Nåværende eller tidligere pankreatitt dersom den er assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnsormer. Endometriehyperplasi. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling initiéres foretas komplett anamnese, inkl. familieanamnese og blodtrykkmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert praksis, og tilpasses den enkelte kvinne. Kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for venøs tromboemboli (VTE), spesielt 1. behandlingsår. Epidemiologiske studier har vist at forekomsten av VTE hos kvinner uten kjente risikofaktorer, som bruker lavdose østrogen kombinasjons-piller (<50 µg etinyløstradiol), varierer fra ca. 20 tilfeller pr. 100 000 kvinnerår (for kombinasjons-piller med levonorgestrel), til 40 tilfeller pr. 100 000 kvinnerår (for kombinasjons-piller med desogestrel/gestoden). Dette kan sammenlignes med 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinnerår for ikke-brukere, og 60 tilfeller pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Det er ukjent hvordan Zoely påvirker risikoen sammenlignet med andre kombinasjons-piller. Risikoen for VTE øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme, langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbrytte kur (i tilfelle planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette for 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboemboliske komplikasjoner eller cerebrovaskulær hendelse med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefe, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller

foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til spesialist for rådgivning for det tas avgjørelse om bruk av hormonell antikonsepsjon. Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Symptomer på trombose eller cerebrovaskulær hendelse kan innbefatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i beina. Plutselig kraftig smerte i brystet med mulig utstråling til venstre arm. Plutselig tungpustethet, plutselige hosteanfall, uvanlig kraftig vedvarende hodepine, synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller afasi, svimmelhet, kollaps med eller uten fokale anfall, svakhet eller svært markert nummenhet som påvirker en side eller en del av kroppen, motoriske forstyrrelser, akutt abdomen. Andre medisinske tilstander som er assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt), sigdcellesykdom. En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken umiddelbart. Noe økt relativt risiko for brystkreft hos kvinner som bruker kombinasjons-piller er rapportert i epidemiologiske studier. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. I sjeldne tilfeller har benigne levertumorer vært rapportert. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, for størrelse 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 antihypertensiv-er. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres både 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) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon, kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan endre perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av depresjon, Crohns sykdom og ulcerøs kolitt er assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til klostma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Varigheten av bortfallsblødning med Zoely er gjennomsnittlig 3-4 dager. Bortfallsblødninger kan også utsettes. Uregelmessige menstruasjonsblødninger kan forekomme, spesielt de første månedene. Hvis blødningsuregelmessigheter vedvarer eller oppstår etter foregående regulære sykler, bør ikke-hormonelle årsaker tas i betraktning. Dersom dette forekommer, og Zoely er tatt iht. instruksjonene, er det usannsynlig at kvinnen er gravid. I tvils-tilfelle bør graviditet utelukkes før behandlingen fortsettes. Oppkast og diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Dersom tablettene tas mer enn 12 timer for sent kan den preventive beskyttelsen reduseres, og tilleggsprevensjon bør benyttes de neste 7 dagene. For mer informasjon om forholdsgreger ved gastrointestinale forstyrrelser og ved glemte tablett, se SPC/pakningsvedlegg. Menstruasjonen kan om nødvendig utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de 4 placebo-tablettene. For mer informasjon om endring eller utsettelse av menstruasjon, se SPC/pakningsvedlegg. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke dette legemidlet. **Interaksjoner:** Bruk sammen med enzyminduserende legemidler (f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, bosentan, karbamazepin, rifampicin, og naturlegemidler med johannesurt, og i mindre

grad okskarbazepin, topiramet, felbamet, griseofulvin, ritonavir, nefinavir, nevirapin og efavirenz) kan gi gjennombruddsblødninger og sviktende prevensjon. Ved kombinasjon med et av disse legemidlene bør barrieremetode brukes under behandling og i 28 dager etter avsluttet behandling. P-piller kan påvirke metabolismen til lamotrin. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ikke indisert, seponeres hvis graviditet oppstår. **Overgang i morsmelk:** Kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelk. Bør ikke anvendes under amning. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Hud: Akne. Kjønnsorganer/bryst: Unormal bortfallsblødning. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsorganer/bryst: Metroragi, menoragi, smerter i brystene, bekkenmerter. Neurologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Nedsatt libido, depresjon/nedstemthet, endret sinnstemning. Undersøkelser: Økt vekt. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Abdominal distensjon. Hjerte/kar: Hetetokter. Hud: Hyperhidrose, alopeci, kløe, tørr hud, seboré. Kjønnsorganer/bryst: Hypomenoré, hovne bryster, galaktoré, kramper i uterus, premenstruelt syndrom, knuter i brystene, dyspareuni, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Tyngdefølelse. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt, væskeretensjon. Undersøkelser: Økte leverenzymene. Øvrige: Irritabilitet, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Tørr munn. Hud: Kloasma, hypertrikose. Kjønnsorganer/bryst: Lukt fra skjeden, vulvovaginal ubehag. Lever/galle: Gallesten, galleblærebetennelse. Neurologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelse. Psykiske: Økt libido. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Øye: Kontaktlinseintoleranse/tørre øyne. Øvrige: Sult. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Kvalme, oppkast og vaginalblødning. **Behandling:** Symptomatisk. Intet antidot. **Se Giftinformasjonen anbefaling G03A side d. Egenskaper:** **Klassifisering:** Progesteron-østrogen monofasisk kombinasjonspille. **Virkningsmekanisme:** Undertrykkelse av ovulasjonen og endringer i cervixsekretet. Nomegestrolacetat er et selektivt progesteron, utledet av det naturlige forekommende hormonet progesteron. Østrogenet i Zoely er 17β-østradiol, et naturlig østrogen identisk med det endogene humane 17β-østradiol. **Absorpsjon:** Maks. plasmakonsentrasjon: Nomegestrolacetat: Ca. 2 timer. Østradiol: Ca. 6 timer. Steady state: Nomegestrolacetat: Nås etter ca. 5 dager. Biotilgjengelighet: Nomegestrolacetat: 63%. Østradiol: Ca. 1%. **Proteinbinding:** Nomegestrolacetat: 97-98%. Østradiol: Ca. 98-99%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum: Nomegestrolacetat: 1645 liter. **Halveringstid:** Nomegestrolacetat: Ca. 46 timer. Østradiol: Ca. 3,6 timer. **Plasmaclearance:** Nomegestrolacetat: Ca. 26 liter/time. **Metabolisme:** Nomegestrolacetat: I lever via CYP 3A4 og 3A5. Østradiol: Betydelig firstpass-effekt, deretter i lever via CYP 1A2, 3A4, 3A5, 1B1 og 2C9. **Utskillelse:** Via urin og feces. **Pakninger og priser:** 3 x 28 stk. (kalenderpakn.) kr 319,20.

Sist endret: 28.11.2011

Referanser:

1. Zoely [summary of product characteristics]. London, England: Merck Serono Europe Limited; 2011. 2. Christin-Laître S, Serfaty D, Chabbert-Buffet N, Chausson E, Chassard D, Thomas J-L. Comparison of a 24-day and a 21-day pill regimen for the novel combined oral contraceptive, nomegestrol acetate and 17β-estradiol (NOMACE/2): a double-blind, randomized study. Hum Reprod. 2011; 26(6):1338-1347. 3. Mansour D, Verhoeven C, Sommer W, Weisberg E, Taneapanichkul S, Melis GB, Sundström-Poromaa I, Korver T. Efficacy and tolerability of a monophasic combined oral contraceptive containing nomegestrol acetate and 17β-estradiol in a 24/4 regimen, in comparison to an oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone in a 21/7 regimen. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2011;1-14.

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

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

Redaksjonsmedlemmer

Cathrine Ebbing
KK Haukeland
E-mail: cathrine.ebbing@molmed.uib.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

Oskar Johan Skaar

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2013

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

Innhold

■ Redaktøren	4
■ Leder	6
■ Artikkel	
Kreftforskningsprisen 2012	8
Nasjonalt senter for gynekologiske fistler	12
■ Doktorgrad	
“(S)he gave me an offer I couldn’t refuse”	14
■ FUGO	
Kjære FUGO-medlemmer!	16
Referat fra FUGOs Genrealforsamling	17
Young Endoscopic Platform og Winners Project	19
Kolposkopikurs i Tromsø 24.10.12.	20
Med ENTOG til Estland – utveksling 2012	22
■ Årsmøte	
Årsmøtet NGF Tromsø 2012	24
Glimt fra Tromsø 2012	27
Referat Generalforsamling, NGF	28
Referat NFGO formøte	33
Referat NUGG formøte	34
Referat PSL formøte	35
Referat Internasjonal kvinnehelse	36
Prisvinnere	37
Hederspris til Torvid Kiserud	38
■ Kurs/kongress	
NFOG Bergen 2012: En innertier!!	41
Referat fra NFOG Bergen 2012	42
Referat fra prekkongresskurs	44
NFOG Workshop	45
Professor Gamal Serour	46
Etterutdanningskurs i kontordiagnostikk og mikroskopi av genitale infeksjoner	48
FIGO 2012	50
Kongresskalender	51



25-4
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 Fjeldvik Peterson	KK Ahus	Helene.Fjeldvik.Peterson@ahus.no
Styremedlem	Tone Shetelig Løvvik	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

Takk for i år



2012 er snart historie. Når du blar opp i denne rykende ferske utgaven av Gynekologen, nærmer julen seg med stormskritt.

Her jeg sitter akkurat nå er det ikke mye som minner om jul. 20 behagelige grader og sol. Lisboa i november og COGI (Controversies in Obst / Gyn / Infertility) ble et vellykket besøk. Høyt faglig innhold, og samvær med kolleger i en fantastisk by. COGI kan absolutt anbefales. Neste år arrangeres kongressen i Wien.

Vi kan se tilbake på mange vellykkete kongresser og møter i 2012. Vårmøte i Oslo,

NFOG-kongressen i Bergen og årsmøtet i Tromsø. Det er fylldig referat med bilder i dette nummeret. Takk til alle som har bidratt.

På tampen av året vil jeg også få takke medlemmene i redaksjonen. De har alle bidratt til at vi også i år har hatt 4 utgaver med variert og viktig innhold. Dessverre har Pooja Parashar trukket seg fra redaksjonen. Vi trenger derfor et nytt redaksjons-medlem. Blant våre mange medlemmer håper vi at noen kan bidra. Hvis noen føler seg kallet, så vennligst ta kontakt med undertegnede. Redaksjonsjobben er ikke spesielt godt betalt, men det vanker mye heder og ære.

FUGO har også vært en viktig bidragsyter til Gynekologen. For en "gammel" leder i FUGO er det gøy å se at foreningen i høyeste grad er vital. Du finner mye FUGO-stoff i denne utgaven, bla. om utveksling til Tallin, og referat fra kolposkopikurs og generalforsamling.

Redaksjonen i Gynekologen ønsker alle ivrige lesere og medlemmer av NGF en riktig god jul, og et godt nytt år!

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

STAN-GRUPPEN

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

LAPAROSKOPIUTVALGET

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

NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

GYNEKOLOGEN

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

KVALITETSUTVALGET

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

FUGO

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

NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

REVISJONSKOMITE – PROSEDYREKODER

Anne Zandjani, Stian Vestad

ANDRE RELATERTE INSTANSER:

SPECIALITETSKOMITEEN

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

NFGO

Anne Dørum (leder), Bjørn Hagen, Mark M. Bæklandt, 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

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 bloddykasi. 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, munntørrehet, 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 melkesyre bakterier 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

- Knut Hordnes
- Hospitalet Betanien
- knut.hordnes@uib.no

Kjære kolleger



Det er blitt sent på høsten, og nok et godt faglig møte ligger bak oss, nemlig Årsmøte i Tromsø 25-27. oktober. Stor takk til alle som har bidratt til at dette ble et vellykket arrangement: Lokal komite, foredragsholdere, innsendere av abstrakt, og ikke minst hver og en av deltakerne. Dette nummer av Gynekologen bringer referat både fra Tromsø og fra NFOG kongressen.

Årsmøtet var viet til Veileder og våre retningslinjer, både i fagpolitisk og faglig forstand. Helsedirektoratet og Helsetilsynet stilte begge med sine toppfolk til den fagpolitiske debatten, og vi fikk utvekslet syn på retningslinjene - hvordan gjør vi det, og hvem bestemmer. Det ble vel neppe svar med to streker under, men det skulle ikke være tvil om vårt ståsted: vi ønsker avgjørende innflytelse på retningslinjer i eget fag, og vi ønsker myndighetene på lag. For det rent faglige fokuserte vi på de mest utfordrende tema, som overtid og ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen. Det er ganske klart at det ikke kommer til å bli en felles norsk terminbestemmelse med det aller første, noe heller ingen hadde ventet. Det bør det gå fint an å leve med. En viss språk i "ETA" betyr

lite eller intet for de friske fostrene, for eksempel ved overtidsvurdering: her er jo poenget å finne de syke og gjøre de nødvendige tiltak, og intervensjoner minst mulig hos de friske. For de syke fostrene er riktig alderbestemmelse avgjørende, og den rutinemessige undersøkelsen i uke 17-19 som er basis for "termin ultralyd" står da ikke alene. Andre holdepunkter for å bestemme alder kan være sikrere, for eksempel kjent konsepsjonstidspunkt, tidlige ultralydundersøkelser av god kvalitet osv. Ultralydundersøkelse er ganske god til å forutsi fødselstidspunkt ut fra fosterstørrelse, men det er altså en forskjell på aldersbestemmelse og terminbestemmelse. Media og andre kan problematisere at vi har to metoder for å sette ultralydtermin i Norge, men det er neppe noe medisinsk problem.

Gode kliniske registre er bra. Danmark har i mange år hatt hysterektomiregisteret som har gitt gode data og publikasjoner, og Sverige har Gynopsregisteret som omfatter alle gynekologiske operasjoner. Her kan komplikasjoner knyttes til inngrep, for eksempel senkomplikasjoner til implantater benyttet til descens-operasjoner. I sommer ble et av de mest brukte implantat trukket fra markedet, etter en intens debatt og juridisk drakamp i USA (advokatene søker etter klienter på nett: «Are you a mesh-victim? Join us in our transvaginal mesh litigation»). I Sverige vil man koble mesh-komplikasjoner til Gynopsregisteret – et eksempel på hvordan et godt register kan bidra til å avklare det reelle omfanget av denne type problemer, og være av stor verdi. Det er derfor gledelig at vi nå har fått godkjent NGER (Norsk gynekologisk endoskopiregister) som nasjonalt register, og

det startes prøveperiode på pilotversjonen i disse dager. Laparoskopiregisteret har eksistert i 10 år. Verdien er av slike registre er begrenset om de er ufullstendige og om oppfølging mangler. Her ligger utfordringen for det nye registeret – og oss som brukere.

Et gjennomgående trekk ved vårt helsevesen (som altså ikke er så veldig dyrt når en regner riktig) er sterkt fokus på nedskjæringer på gulvplan mens det åpenbart er lettere å gi ut penger til administrasjon, IKT og konsulenter. I sommer fikk Florida sykehjem i Bergen kritikk etter at en uheldig hendelse, og det ble påpekt mangler ved journalsystem og rutiner. Konsultentselskapet Price Waterhouse Coopers fikk i oppdrag å evaluere det hele. Timepris for konsulentene var 1100 kr, og sluttsommen en halv million kr. Altså, et underbemannet og nedslitt sykehjem med lavt betalte medarbeidere ble evaluert av overbetalte konsulenter, for å finne ut det alle på innsiden vet nemlig at man trenger bedre bemanning og et journalsystem som faktisk er et hjelpemiddel og ikke en hånd mot brukeren.

Som gammel roer ble jeg minnet om følgende historie:

Et norsk og et japansk firma bestemte seg for å utkjempe en årlig roregatta med hvert sitt åttmannslag. Begge mannskap trente systematisk og dagen før regattaen var begge lag i toppform.

Japanerne vant med 1 km.

Etter nederlaget var moralen på bunnnivå hos det norske laget. Toppledelsen besluttet raskt at de neste år skulle vinne regattaen, og etablerte en prosjektgruppe som skulle undersøke hva som egentlig

var problemet. Med utgangspunkt i en rekke omfattende analyser oppdaget prosjektgruppen at japanerne brukte syv mann til å ro og en til å styre, mens det norske laget hadde en som rodde og syv som styrte. Da krisen ble oppdaget, viste det norske laget sin beundringsverdige handlingskraft: De engasjerte et konsulentfirma som skulle undersøke strukturen i det norske laget nærmere.

Etter flere måneders arbeid kom ekspertene frem til en konklusjon: Det var for mange som styrte og for få som rodde. På bakgrunn av konsulentrapporten ble det umiddelbart gjennomført forandringer i lagstrukturen. Nå fikk det norske laget fire styrmenn, to overstyrmenn, en styreformann og en roer. Dessuten ble det innført et poengsystem for å motivere roeren, ut fra tankegangen om at han da ville yte bedre.

Neste år vant japanerne med 2 km. Det norske firmaet avskjediget roeren med henvisning til dårlig arbeidsinnsats og betalte deretter ut bonus til ledelsen for de anstrengelser de hadde lagt ned i prosjektet. Konsulentfirmaet utarbeidet deretter en ny analyse hvor de konkluderte med at taktikkvalget hadde vært riktig, og at motivasjonen var god, og at det derfor måtte være materiellet som måtte forbedres. Nå er det norske firmaet i ferd med å utvikle en ny båt...

Den vet best hvor skoen trykker, som har den på. Helsevesenet har gått en lang vei fra den tiden overlegen styrte driften og styrte ressursene, til det motsatte ytterpunkt nemlig at økonomene styrer overlegen. Det er selvfølgelig verken mulig eller ønskelig å gå hele veien tilbake, til det er driften for kompleks. Det er snakk om hvor man skal legge vekten, hvem man skal lytte til, ha tillit til, og gi ressurser til. Det er på tide å skyve dette tilbake til klinikken, til den såkalte "produksjonen". Ord er makt. Vi må bruke våre egne, og ta bort de malplasserte og fremmedartete ordene vi har fått trykket ned over oss, og igjen snakke om sykehusdrift og pasientbehandling.

Generelt: Styret tar gjerne imot synspunkter og innspill, send en e-post til undertegnede eller andre i styret.

Med ønske om fredelig jul og godt nytt år

Knut Hordnes

 **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

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

Kreftforskningsprisen 2012

Professor og overlege Claes G. Trophe ved Radiumhospitalet fikk prisen for sin omfattende innsats inne gynekologisk kreft. Prisen ble overrakt av Hans Majestet Kong Harald V på vegne av Kreftforeningen.

Først og fremst gratulerer med Kong Olav V Kreftforskningspris 2012. Hva betyr denne prisen for deg?

Denne prisen er svært viktig for meg. Jeg er meget stolt som svenske å få denne ærefulle prisen som er Norges fremste pris for en kreftforsker, ja kanskje til og med i Norden. Jeg har sannsynligvis fått det på grunn av min 40 år lange forskning innen gynekologisk kreft, som har ført til store fremganger i behandling med forbedret overlevelsen. Beløpet på 1 million kroner er personlig til



Claes Tropé

Prof, dr med, FoU-sjef
Avdeling for gynekologisk kreft
Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet
c.g.trope@medisin.uio.no

meg, men jeg kommer til å bruke dem i min forskning ettersom det i dag er vanskelig å skaffe midler til forskningen. En annen pris som jeg setter svært høyt og som jeg er stolt over, er Gynekologisk Forenings hederspris, som jeg fikk tildelt i 2010.

Hvilken betydning tror du prisen har for forskergruppen du leder på DNR?

Jeg er meget takknemlig for samarbeidet med kliniske kolleger og med instituttet på Radiumhospitalet, spesielt assisterende professor Ben Davidson. Den broen jeg bygde til instituttet i 1986 har vist seg å være svært fremgangsrik, og til nå har 44 disputert på min avdeling, og over 600 PubMed-registrerte artikler. Prisen kommer til å stimulere forskergruppen innen gynekologisk kreft. Avdelingens forskning har også blitt utnevnt til "excellent" av Norsk Forskningsråds eksterne evaluering

i 2010. Det betyr at vi sannsynligvis lettere kommer til å få bevilgning til vår forskning i fremtiden.

Du har vært tilknyttet DNR siden 1986, og har en lang forskerkarriere bak deg. Kan du fortelle i korte trekk om dine interesse-felt inn forskning?

Det begynte allerede på midten av 60-tallet da jeg oppdaget av pasienter med samme ovarialcancerdiagnose responderte forskjellig på behandlingen. Jeg begynte å forske på cytostaticafølsomhet og fant da at samme histologi kunne endog innebære heterogeneitet, både mellom tumortyper, men også innen samme tumor, det vil si forskjell på følsomhet på primærtumor og metastaser. Dette ble en viktig milepæl i min forskning, og jeg skapte som første i verden heterogeneitetsbegrepet, det vil si at tumorceller fra samme pasient kan respondere forskjellig på kjemoterapi og radioterapi. Jeg bygget ut forskjellige metoder som kunne predikere cytostaticafølsomhet og resistens, men på grunn av overnevnte heterogeneitet har det hittil vært umulig å bruke disse testene i primærbehandlingen. Derimot når det gjelder recidivbehandling er disse bedre enn "krone og mynt". Jeg begynte tidlig å interessere meg for kirurgi



innen gynekologisk kreft. Jeg fant at det var urimelig å behandle alle på samme måte. Det fantes tumorer som var snillere enn andre, og derfor innførte jeg fertilitetsbevarende kirurgi innen ovarialcancer og cervixcancer for kvinner i fertil alder. Det betyr at det fins visse pasienter med snillere krefttype, der man kan få beholde sin fertilitet. Det er jo som alle forstår et stort fremskritt at en pasient med gynekologisk kreft kan få beholde sin fertilitet og få barn, og likevel ikke gamble med overlevelsen. Jeg innså etter besøk i Amerika at "øvelse gjør mester" gjelder spesielt ved stor og tung kirurgi, og jeg arbeidet tidlig i min karriere i Norge med å forsøke å få sentralisert kirurgien til så få steder så mulig, da det fantes indikasjoner på at dette ga en bedre overlevelse, spesielt innen avansert ovarialcancer. Dette er jo også blitt bevist fra min avdeling gjennom overlege Paulsens arbeid, der pasienter med avansert ovarialcancer som ble operert på universitetsklinikkene hadde en 25 % bedre overlevelse enn de som ble operert på vanlige gyn.onkologiske klinikker i Norge. Jeg har også forsøkt å innføre den mest moderne kjemoterapibehandlingen ved gynekologisk kreft. Det har til tider vært stor motstand ettersom de nye behandlingsstoffene har vært ekstremt dyre, for eksempel taxol som nesten var på vei ut hadde det ikke vært for at jeg sto på og beviste at taxol ga et tillegg i overlevelsesbehandlingen. Min kanskje viktigste forskning er innen translasjonsområdet der jeg har forsøkt å finne metoder som går ut på at hver pasients individuelle tumor skal behandles på en spesiell måte. Det vil si

– Det er ikke bare Radiumhospitalet, men Norge som nasjon, som har blant de beste overlevelsesresultatene når det gjelder gynekologisk kreftbehandling i verden.

at fremtidsrettet behandling kommer til å være en individualisert behandling. Jeg begynte også tidlig å interessere meg for "target therapy", såkalt målrettet terapi for å individuelt behandle pasientens spesifikke tumor. Jeg har også interessert meg for prevensjon, det vil si å forsøke å forhindre at kvinner får gynekologisk kreft, og spesielt området for å forhindre ovarialcancer, nemlig å gi p-piller, som kan forhindre ovarialcancer 50 %. Jeg har også interessert meg for ren screening-virksomhet innen ovarialcancer, men dessverre har det hittil ikke vært fremgangsrikt. Jeg har også hatt stor tro på genterapi, men dessverre har denne terapien enn så lenge ikke vært fremgangsrikt, men på min avdeling pågår det fremragende forskning innen dette området. Når det gjelder cervixcancer tror jeg vi også vil se et fremskritt gjennom vaksinerings mot Humant Papilloma Virus (HPV), og faktisk har vi en mulighet for å utrydde denne kreftformen i Norge i løpet av en 20 års periode.

Du er leder for Forskning - og utviklingsenheten ved Avdeling for Gynekologisk kreft på DNR. Hva din hovedoppgave, og hvilke utfordringer står dere overfor?

Jeg er leder for forsknings- og utviklingsenheten ved Kvinne- og barnekliviken, Oslo universitetssykehus, og er dessuten leder for Nasjonalt kompetansesenter for gynekologisk onkologi. Det innebærer at vår oppgave er å utdanne personale, skrive behandlingsprogram og se til at hele Norges befolkning får den beste behandlingen innen gynekologisk onkologi. Dette gjøres i samarbeid med de øvrige universitetsklinikkene i Norge. Det er ikke kun primærbehandlingen, men også den palliative behandlingen, som vi prøver å få til at skal være lik uavhengig av hvor du bor i Norge. Det gjelder å finne rett behandling, det vil si verken overbehandle eller underbehandle kvinner med gynekologis

kreft. Vår oppgave er å se til av den molekylærbiologiske forskning som gjøres kan fortelle hvilke pasienter som skal ha tung behandling, både kirurgisk behandling, cellegift- og strålebehandling, og de som kan slippe unna med kun kirurgi. Som tidligere nevnt har vi vist at sentralisering av den avanserte gyn. onkologiske kirurgien gir en bedre overlevelse, og derfor er det viktig at kompetansesenteret ser til at dette skjer i Norge. Dette har ikke alltid vært lett ettersom sentralisering er et følsomt tema. Men med dagens informasjon via internett kommer pasientene selv til å finne ut hvor det er best behandlingsresultater, og derfor kommer pasientene selv til å se til at sentraliseringen skjer.

DNR har svært gode resultater vedrørende overlevelse av gynekologisk cancer. Hvordan ser du for deg fremtidens behandling, og hvordan kan man få enda bedre resultater?

På Radiumhospitalet har vi under min tid behandlet ca 25000 pasienter med gynekologisk kreft, og helbredet 15000. Det





Innen gynekologisk kreft tror jeg vi står ovenfor dramatiske forandringer i fremtiden, hvilket må gjøre faget meget spennende.

er et svært godt tall, og som naturligvis beror på det gode teamet som fins på avdeling for gynekologisk kreft på Radiumhospitalet. Det er ikke bare Radiumhospitalet, men Norge som nasjon, som har blant de beste overlevelsesresultatene når det gjelder gynekologisk kreftbehandling i verden. Vi er best ifølge OECD når det gjelder cervixcancer, og vi er på henholdsvis 3. og 5. plass når det gjelder endometriecancer og ovarialcancer. Når det gjelder fremtidens behandling må vi tenke i andre baner, nemlig å forhindre at kvinner får gynekologisk kreft. Vi har innen ovarialcancer nådd maksimum med avansert tung kirurgi kombinert med cellegiftbehandling. Innen cervixcancer har vi også nådd maksimum, liksom ved endometriecancer. Jeg tror derfor at det gjelder å få i gang en behandling med p-piller på de unge kvinnene, å gi det på rett tidspunkt og med riktig varighet. På den måten kan man redusere antall tilfeller på verdensbasis med 50 %. Det skulle innebære minkning av nærmere 30000 tilfeller i året på verdensbasis. Når det gjelder cervixcancer så tror jeg at vi må systematisk vaksinere jenter i 12-årsalder. Gjør vi det 100 % tror jeg vi kommer til å se en dramatisk minkning av cervixcancer. Det gjelder også å være så skånsom så mulig i vår behandling, og derfor tror jeg at robotkirurgi ved gynekologisk kreft, spesielt ved livmorhals og endometriekreft, kommer til å være

standardbehandling innen kort tid. Det gir både mindre komplikasjoner og kortere liggetid og er bedre for kirurgenes helse.

Hvordan ser du på rekrutteringen til forskningen?

Et viktig spørsmål. Dessverre har vi ingen egen subspecialitet i gynekologisk kreft i Norge, og kanskje kan vårt EU-sertifikat, det vil si at vi er godkjent som utdannelseinstitusjon innen gynekologisk kreft, lokke flere til området gynekologisk kreft. Når man får et slikt sertifikat innebærer det at man kan arbeide over praktisk talt hele verden. Det er også viktig å kunne tilby moderne forskningsfasiliteter for å lokke unge doktorer til gynekologisk kreftforskning. Vi har for tiden 6 godkjente PhD-stipendiater ved avdelingen, og det må man være fornøyd med. Men jeg tror at man må legge det bedre til rette for at man skal hoppe av og forske på heltid. Det er i dag snarere biologer som gjør den tunge medisinske forskningen, og jeg er bekymret for utviklingen. Ikke som å forstå at biologer er dårligere enn medisinerne, men det trengs også medisinerne i basalforskningen, ellers tar det altfor lang tid å få det innført i klinikken. Det gjelder også å gi forskerne en lønn som gjør at de faktisk kan ta permisjon og gå ned i laboratoriene og gjøre god translasjonsforskning.

Vi har endel unge fremadstormende leger som leser Gynekologen. Hvis du skulle komme med en kort apell til slutt - hvorfor velge forskning inne gynekologisk kreft?

Jeg mener at gynekologisk kreft er et meget spennende fremtidsområde. Det utgjør omtrent ca 30 % av obstetrikken og gynekologien, og vi trenger dyktige og ambisiøse gynekologer til å begynne med gynekologisk kreft. Innen gynekologisk kreft tror jeg vi står ovenfor dramatiske forandringer i fremtiden, hvilket må gjøre faget meget spennende, for eksempel har vi muligheten til å manipulere gynekologisk kreft: P-piller ved ovarialkreft, vaksinasjoner ved cervixkreft, samtidig som vi kommer til å utvikle den store, tunge kirurgien ved eggstokkreft kombinert med hypertermisk kjemoterapi i bukhulen (HIPEC), og vi kommer til å se store forandringer innen livmorhalskreft og endometriekreft. Gjennom at vi har fått et EU-sertifikat som tilsvarer spesialistutdanning innen gynekologisk kreft, gjør faget enda mer spennende, og derfor håper jeg i fremtiden å kunne ønske unge gynekologer velkommen til vårt fagområde.

TAKK TIL FAMILIEN TANDE

I forbindelse med vår kollega Tormod Tandens bortgang ble det samlet inn penger til et fond. Etter familiens ønske skal pengene gå til NGFs u-landsarbeid.

Styret i Norsk Gynekologisk Forening vil med dette takke familien Tande for et viktig bidrag.

Det kan søkes midler fra dette fondet til u- landsarbeid.

Søknaden sendes til styret ved leder Knut Hordnes: knut.hordnes@uib.no innen 1. februar 2013.

Ingen skade på frisk hud ved behandling AV KONDYLOMER¹



C Aldara «Meda»
Immunstimulerende middel

ATC-nr.: D06B B10

T KREM 5%: 1 g inneh.: Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, stearylalkohol, hvit myk parafin, polysorbat 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylparahydroksybenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, rensert vann. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflattisk basalcellekrefte (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 den åpnet pose ikke brukes på nytt. Hendene må vaskes før og etter applikasjon. Ved glemt dose kan kremen påføres så snart pasienten husker det og så fortsette med den regelmessige planen. Ikke påfør krem mer enn 1 gang i døgnet. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** Bør appliseres 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag, eller tirsdag, torsdag og lørdag) før sengetid. Behandlingen bør fortsette til synlige genitale eller perianale kondylomer er forsvunnet, eller i maks. 16 uker ved hvert utbrudd. Median tid til tilheling hos menn og kvinner er hhv. 12 og 8 uker. **Overflattisk basalcellekrefte hos voksne:** Påfør kremen i 6 uker, 5 ganger pr. uke (f.eks. mandag til fredag) før sengetid. Behandlingseffekten skal bedømmes 12 uker etter avsluttet behandling. Ved ufullstendig tilheling, bør en annen terapiform benyttes. Unngå påsmøring av innvendige områder. Menn uten omskjæring, som behandler vorter under forhuden, må trekke forhuden tilbake og vaske området daglig. **Aktinisk keratose hos voksne:** Behandlingen skal startes og følges opp av lege. Påføres før sengetid 3 ganger ukentlig (f.eks. mandag, onsdag og fredag) i 4 uker. Etter 4 uker uten behandling bør legen vurdere det behandlede området for å bestemme om AK er fjernet, ev. gjenta 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 med behandling av vorter under forhuden hos ikke-omskårne menn. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosis, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjæring. God forhudshygiene bør derfor anbefales. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. erosjon, sårdannelse, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet med å trekke forhuden tilbake. Opptrer disse symptomene skal behandlingen stoppes umiddelbart. Imiquimod er ikke blitt testet for behandling av interne genitale vorter og er ikke anbefalt til behandling av kondylomer i urethra, vagina, cervix eller rectum. Behandling skal ikke startes i områder med åpne sår. Skulle det oppstå en ikke-tolererbar hudreaksjon, bør kremen vaskes av med mild såpe og vann. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har avtatt. Risikoen for utvikling av uttalte hudreaksjoner kan øke når det benyttes høyere doser enn de anbefalte. I sjeldne tilfeller er det observert uttalte lokale reaksjoner som har krevd behandling eller vært forbigående funksjonshemmende, hos pasienter som har benyttet den anbefalte dosering. Hos kvinner, hvor slike reaksjoner er oppstått ved urinrørsåpningen, har reaksjonene hos enkelte medført vanskeligheter med vannlating og 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 hypertrøfi, slik en f.eks. ser ved kutanose horn. Under behandlingen 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 av svekket immunsystem mangler. Data mangler vedrørende gjentatt behandling av AK som er fjernet etter 1-2 behandlingsperioder og deretter dukker opp igjen. Studier tyder på at full fjerning skjer langsommere ved >8 AK-lesjoner, enn ved <8 AK-lesjoner. Hudområdet som behandles må beskyttes mot sollys. **Interaksjoner:** Benyttes med forsiktighet ved samtidig immunsuppressiv behandling. **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Opplysninger mangler. Data fra et begrenset antall graviditeter foreligger, men

generelle konklusjoner kan ikke trekkes på dette grunnlaget. Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. *Overgang i morsmelk:* Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) av imiquimod er detektert i serum etter enkle eller multiple lokalt appliserte doser. Spesifikke anbefalinger vedrørende amming kan ikke gis. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er lokale reaksjoner som erytem, erosjon, avskalling og ødem. Indurasjon, sårdannelse, skorpedannelse og vesikler er mindre vanlige. Hudreaksjoner på nærliggende områder, hovedsakelig erytem, forekommer også. Lokale hudreaksjoner som erytem er sannsynligvis en konsekvens av den farmakologiske effekten av imiquimod. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. Ved behandling av basalcellekrefte er det en direkte sammenheng mellom intensitet av lokale reaksjoner og tumor tilheling. De fleste hudreaksjoner er milde til moderate i alvorlighetsgrad, og blir borte innen 2 uker etter avslutning av behandlingen. I sjeldne tilfeller har reaksjonene vært kraftige og nødvendiggjort behandling og/eller medført nedsatt funksjons-evne. I svært sjeldne tilfeller har uttalte reaksjoner i urinrørsåpningen medført dysuri hos kvinner. **Hypypige (>1/100):** Hud: Erytem, kløe, svie, smerte på applikasjonsstedet, infeksjon, pustula. **Mindre hypypige:** Øvrige: Hodepine, influensalignende symptomer. Lokal hypo- og hyperpigmentering etter bruk av imiquimod er rapportert. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. den minimale perkutane absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan resultere i alvorlige lokale hudreaksjoner. Etter utilsikket oralt inntak kan det opptre symptomer som kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber etter en enkel dose på 200 mg imiquimod. Den alvorligste kliniske bivirkning rapportert etter oralt inntak av >200 mg imiquimod er hypotensjon. Blodtrykket kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjonens anbefalinger D06B B10. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Immunstimulerende middel. **Virkningsmekanisme:** Imiquimod modifiserer immunresponsen. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor for imiquimod på responderende immunceller. Imiquimod har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er imiquimod effektiv mot virusinfeksjoner og virker som et antitumorstoff prinsipielt ved å induere alfainterferon og andre cytokiner. Dette er også vist i kliniske studier. Økning i systemiske nivåer av alfainterferon og andre cytokiner som følge av lokal påføring av imiquimod er påvist i en farmakokinetisk studie. **Absorpsjon:** <0,9 %. **Utskillelse:** Hurtig via urin ca. 66 % og feces ca. 33 %. **Pakninger og priser:** 12 x 0,25 g kr 719,70. **Sist endret:** 20.11.2007. **Refusjonsberettiget bruk:** Lokalbehandling av mindre overflattisk basalcellekrefte (sBCC) hos voksne. Aktiniske keratoser: Flere enn 10 behandlingskrevende klinisk karakteristiske, ikke-hyperkeratotiske, ikke-hypertrofiske aktiniske keratoser (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller 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	Solutløst keratose/solforbrenning	54, 136
ICD		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
C44	Andre ondartede svulster i hud	167
D80	Immunsvikt med overveidende antistoffmangel	31,136
D81	Kombinert immunsvikt	31,136
D82	Immunsvikt forbundet med andre større defekter	31,136
D83	Vanlig variabel immunsvikt	31,136
D84	Annen immunsvikt	31,136
L57.0	Aktinisk keratose	54,136

Vilkår:

- 31 Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på blå resept.
- 54 Skal være instituert av spesialist i hud og veneriske sykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet.
- 136 Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.
- 167 Refusjon ytes kun i tilfeller der eksisjonkirurgi 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 Immunopharmacology 21(1999) 1-14.

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

Nasjonalt senter for gynekologiske fistler

I 2011 fikk Kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssykehus tildelt nasjonalt senter funksjon for behandling av gynekologiske fistler.

En gynekologisk fistel er en unaturlig åpning mellom vagina (eller livmor) på den ene siden og på den andre siden urinveier eller tarm. Fistelen fører til vedvarende ukontrollert lekkasje av urin eller avføring og er derfor svært plagsom. I utviklingsland er dette en fryktet komplikasjon etter manglende eller for sen fødselshjelp. I Norge er gynekologiske fistler sjeldne og har oftest andre mønster (Figur 1) og andre årsaker, som kirurgi, tarmsykdom, bestråling eller kreft. Noen ganger oppstår skaden i forbindelse med svangerskap og fødsel. For å gi best mulig og likeverdig behandlingstilbud er behandling av slike fistler nå sentralisert til senteret ved Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus.

Det er Professor Torvid Kiserud sitt langvarige og store engasjement for pasientene med fistel som har ført til at Kvinneklinikken har fått tildelt senterfunksjonen. Hans kompetanse bygger på mangeårig interesse og erfaring fra inn- og utland, men hviler også på forskning og nettverksbygging. Siden 2005 har han hatt med seg en av avdelingens dyktige gynekologiske kirurger, overlege PhD Jone Trovik, som også har ekstraordinære

samarbeids og organisatoriske evner. I tillegg til erfarne gynekologiske sykepleiere er indremedisiner, tarmkirurg og urolog knyttet til senteret. Dr. Mulu Muleta, Assoc. Professor ved Universitetet i Gondar, Ethiopia avla doktorgraden «Obstetric fistula» ved Universitetet i Bergen i 2010 under veiledning av professor Kiserud. Hun er også en ressurs for senteret.

Hva skal til for å bli anerkjent som nasjonalt senter, og hvem er det som utnevner slike senter?

En landsfunksjon er en høyt spesialisert klinisk virksomhet som ut fra en samlet vurdering av behov, vanskelighetsgrad og kostnader skal utøves ett sted i landet. En landsfunksjon kjennetegnes ved at tilstanden er sjelden slik at det ikke er hensiktsmessig å bygge opp tilbud flere steder, samt at tilbudet krever særskilt høy kompetanse. Det oppstår ikke så mange fistler i året (kanskje 25-40) og det sier seg selv at det ikke vil være mange som kan ha nødvendig erfaring og kunnskap om disse tilstandene i Norge. En landsfunksjon innebærer at disse pasientene kun skal behandles ved det sykehuset som er tildelt landsfunksjon. Det er Helsedirektoratet som oppnevner

kompetansesentrene med landsfunksjon, og søknaden må støttes av det lokale helseforetaket.

Hva betyr det for det videre arbeidet at Kvinneklinikken har fått nasjonal senterfunksjon?

Vi har i mange år tatt imot pasienter fra hele landet siden mange av våre kolleger kjenner til vår interesse og kompetanse. Likevel har det hendt at pasienter har fått sub-optimal eller feil behandling ved sitt lokale sykehus på grunn av varierende erfaring, og fordi tilbudet vårt ikke var kjent for behandlerne. Å bli tildelt landsfunksjon betyr en anerkjennelse av arbeidet vi har gjort, og



Figur 1. 70% av senterets pasienter har fistel mellom nedre del av skjeden og endetarmen mens 4% berører høyere avsnitt av skjede og tarm. Resten har fistel mellom urinblære og skjede (22%) eller mellom urinrør og skjede (4%). Gjengitt med tillatelse fra Egeland P og medarbeidere. Tidsskr Dnlf 2007; 127: 417-20.



Kirurgene Jone Trovik og Torvid Kiserud i sving, humøret ser ut til å være upåklagelig.

vi forventer at stadig flere pasienter blir henvist etter hvert som tilbudet blir kjent. Vi ønsker at gynekologer over hele landet har lav terskel for å ta kontakt om de mistenker fistel hos en av sine pasienter. Det betyr ikke at vi i Bergen lukker alle fistler, men vi kan tilby vår erfaring på et tidlig stadium for å øke sjansen for at pasienten får rett behandling til rett tid. For eksempel vil tidlig og korrekt gjennomført kateterbehandling kunne lukke $\geq 10\%$ av fistlene fra blære uten operasjon. Urologer og gastrokirurger har ikke alltid vært klar over kompetansen ved Kvinneklinikken i Bergen. Det har ført til unødvendig lang diskusjon lokalt, forsinket behandling, og i verstefall feilbehandling. Vi håper at slike historier kan unngås når landsfunksjonen til Kvinneklinikken i Bergen blir kjent i fagmiljøene. Vi har i dag et fint samarbeid med flere sykehus og vi støtter oss på deres lokale kompetanse i behandlingen.

Senterets pasienter og behandlingsresultater

Så langt har det vært en overvekt av pasienter med fistel fra tarm, mens ca 1/3 av pasientene har hatt fistler mellom nedre urinveger og skjede (vesiko- og uretrovaginale fistler). Årsakene til de uro-genitale fistlene har vært kirurgi,

for eksempel etter hysterectomi, TVT, descens operasjon med eller uten nett, keisersnitt eller cerclage. Symptomene på en vesicovaginal fistel er urinlekkasje, residiverende urinvegsinfeksjoner, dysuri, smerter og blødning. Oftest vil den oppmerksomme lege finne urin i bunnen av

vagina. Pasienthistoriene viser at det kan ha gått lang tid fra symptomdebut til diagnosen ble stilt. Behandlingen av urogenitale fistler har oftest vært vaginale fistelplastikker (46 av 57), men 8 ble behandlet via laparotomi og 3 tilhelt ved konservativ behandling med kateter. Bare en av disse pasientene har enten fått residiv av fistelen eller fått en ny fistel, alle andre har tilhelet.

Årsak til tarmfistler har vært obstetriske i 1/3, kirurgiske 1/6, inflammatorisk tarmsykdom 1/5, kreftsykdom og stråling 1/4, og de resterende har skyltes infeksjon. Per 2011 hadde det vært 143 kvinner til vurdering for fistel fra tarm til underliv ved senteret, og 2/3 var rektovaginale fistler. Tilhelingsprosenten var 87% for dem som ble behandlet med vaginale fisteloperasjoner, og 75% for dem som ble behandlet med abdominale fisteloperasjoner. Heldigvis tilhelet 100% av kvinnene som ble behandlet for fistel oppstått ved fødsel.

Senteret har de siste årene tatt imot ca 20-25 pasienter i året. De kommer fra alle deler av landet og blir utredet og behandlet i ett eller flere trinn alt etter årsak og tilstand.

Henvvisning og kontaktadresse:

Nasjonalt senter for gynekologiske fistler
Gynekologisk avdeling, Kvinneklinikken
Haukeland Universitetssykehus
5021 Bergen
Telefon 55974200

Ved akutt-henvendelse spør etter en av legene nevnt nedenfor.

Medarbeidere:

Torvid Kiserud, professor og overlege, KK (torvid.kiserud@kk.uib.no)
Jone Trovik, overlege, KK
(jone.trovik@helse-bergen.no)
Dagunn N Hirth, sykepleier, KK
Mari H Hvidsten, sykepleier, KK
Ann KH Midthjell, sykepleier, KK
Kari S Robøle, sykepleier, KK
Silje M Strand, sykepleier, KK
Christian Erichsen, overlege, Kir. avd.
Hilde von Volkmann, seksjonsoverlege, Medisinsk avd.
Mulu Muleta, Assoc. Professor, University of Gondar, Ethiopia

- Jone Trovik
- KK, Haukeland
- jone.trovik@helse-bergen.no

“(S)he gave me an offer I couldn’t refuse”

Sitatet lett omskrevet fra Gudfaren, og er min forklaring på hvorfor jeg begynte med kreftforskning, etter å ha arbeidet mest med benign gynekologisk kirurgi i mine over 10 år som ferdig spesialist. Helga Salvesen; kollega, venninne, hyttenabo og professor, hadde i flere år bearbeidet meg med stadige forskningsforslag i løpet av felles vandringer under og oppå Hallingskarven. Tilslutt lot jeg meg overbevise og 2007 startet jeg som stipendiat med et prosjekt om preoperative biomarkører fra pasienter med endometriecancer.



Jone Trovik Foto: UiB.

Bakgrunn

Endometriecancer har generelt god prognose med 80% 5-års overlevelse. 15-20% av pasientene har et mer aggressivt forløp med tilbakefall og død pga. sin cancer. Kirurgi er hovedbehandling og lymfeknutedisseksjon langs bekkenkar er i økende grad blitt anbefalt for å få en eksakt stadielklassifisering. 12% har lymfeknutemetastaser men det er ikke blitt vist bedret overlevelse ved å gjøre lymfadenektomi. Ved metastatisk sykdom er det begrenset effekt av systemisk behandling som kjemoterapi eller antihormonell behandling. For å bedre og individualisere behandlingen er det nødvendig å identifisere høyrisikopasienter for å kunne målrette kirurgi, f.eks. unnlate å gjøre lymfadenektomi på lavrisikopasienter? Flere biomarkører inkludert hormonreseptorer, tumorsupressor TP53 og onkogenet Stathmin har i tidligere retrospektive studier blitt påvist å ha prognostisk betydning. Ved å identifisere spesifikke molekyllære forandringer i svulstene vil man kunne utvikle mer effektiv systemisk behandling. PI3Kinase signalveien er ofte overuttrykt i aggressiv endometriecancer og PI3Kinasehemmere er en av de potensielle ”targeted therapies”(spesifikk tumorrettet

behandling) som nå er på vei inn i kliniske studier mhp behandling av metastaserende sykdom.

Hovedmål

Vi ønsket å evaluere om biomarkører undersøkt i preoperative prøver av blod eller utskrap kunne identifisere aggressiv endometrie-cancer, spesielt dem med lymfeknutemetastaser. Dessuten ønsket vi å undersøke immunohistokjemiske markører som potensielt kunne brukes som markører mhp respons av antihormonell behandling og PI3Kinase-hemmere.

Vi ønsket også å undersøke endring i behandlingsstrategier opp mot overlevelse i løpet av en 30-års periode i en veldefinert populasjon av endometrie-cancerpasienter.

Materiale og metode: For å evaluere potensielle biomarkører relatert til PI3-Kinase signalveien, ble en populasjonsbasert kohort av 316 kvinner med endometrie-cancer fra Hordaland behandlet i perioden 1981-190 undersøkt med hensyn på immunohistokjemisk ekspresjon av AKT, Phospho-AKT og Stathmin i hysterektomi-preparat. Disse markørene ble så relatert til nivå av PI3Kinase signalaktivering basert på mRNA ekspresjonsskår i en prospektiv serie med 76 pasienter. (Artikkel I).

Den prospektive internasjonale multisenterstudien MoMaTEC; Molecular Markers in Treatment of Endometrial Cancer, har rekruttert kliniske data, vev og blodprøver fra 1192 endometrie-cancerpasienter behandlet ved 10 ulike sykehus i perioden 2001- 2010. Preoperative utskrap og blodprøver er blitt undersøkt med et panel av potensielle biomarkører: Stathmin, Østrogen Reseptor (ER), Progesteron Reseptor (PR), TP53 og GDF-15 (Growth Differentiation Factor 15) (Artikkel II, III and IV).

Endringer i kliniskpatologiske karakteristika og behandling ble relatert til overlevelse i en populasjonsbasert kohort av endometrie-cancerpasienter fra Hordaland behandlet fra 1991-2010 (Artikkel V).

Resultater

Vi fant at overuttrykk av Stathmin i hysterektomi-preparat var sterkt korrelert med karakteristika for aggressiv sykdom; non-

endometrioid subtype, lav differensiering, dyp myometriemfiltrasjon, høyt mitosetall og vaskulær invasjon samt dårlig overlevelse. PI3Kinase signalveisaktivering var signifikant assosiert med overekspresjon av Stathmin. Hverken AKT eller phospho-AKT ekspresjon viste noen signifikant korrelasjon med kliniskpatologiske faktorer eller nivå av PI3Kinase signalveisaktivering (Artikkel I).

Overekspresjon av Stathmin ble validert til å korrelere med aggressiv sykdom i den prospektive multisenter settingen (Artikkel II). Påvisbar sterk Stathmin immunfarging i utskrap var en uavhengig prediktor av lymfeknutemetastaser og overekspresjon av Stathmin undersøkt i utskrap eller hysterektomi-preparat var uavhengige prediktorer for dårlig overlevelse.

Plasma GDF-15 var signifikant høyere hos endometrie-cancerpasienter enn hos friske kontroller. Høy preoperativ plasma GDF-15 nivå var signifikant assosiert med aggressiv endometrie-creft. Selv justert for alder og histologiske risikofaktorer påvist i preoperative biopsier (histologisk subtype og grad av differensiering) var plasma GDF-15 en uavhengig prediktor for lymfeknutemetastaser. Høy GDF-15 nivå var også en uavhengig prediktor for dårlig overlevelse (Artikkel III).

Patologisk ekspresjon av ER, PR og TP53 undersøkt med immunfarging i preoperative utskrap korrelerte signifikant med høy alder på diagnosetidspunkt, høyt FIGO stadium (metastatisk sykdom), non-endometrioid histologisk subtype og høy grad/lavt differensiert tumor, metastatiske lymfeknuter og dårlig prognose i en stor prospektive multisenter setting. Dobbelt negativ ER-PR var en uavhengig prediktor for lymfeknutemetastaser og dårlig overlevelse. Selv for den gruppen med i utgangspunktet best prognose; lymfeknute-negative endometrioid svulster, ER-PR negativ status var assosiert med dårligere overlevelse uavhengig av differensieringsgrad (Artikkel IV).

Antall kvinner med endometrie-cancer i Hordaland økte signifikant i løpet av perioden 1981 - 2010 (Artikkel V), parallelt med økning i kroppsmasseindeks mens sykdomsstadium på diagnosetidspunktet var avtagende (flere kvinner ble etterhvert diagnostisert og behandlet på et tidligere

stadium). Frekvens av rutinemessig lymfeknutedisseksjon/ lymfadenektomi og kurativ (radikal kirurgi) økte, bruk av adjuvant stråleterapi ble redusert mens både sykdomsspesifikk og total overlevelse økte signifikant i løpet av denne perioden.

Konklusjoner: Stathmin immunfarging er overlegen AKT og phospho-AKT til å detektere PI3Kinase signalveisaktivering og endometrie-cancer med dårlig prognose.

Stathminfarging er blitt validert til å identifisere endometrie-carcinomer med aggressive klinisk-patologiske karakteristika i en stor multisenterstudie. Immunfarging for Stathmin samt ER og PR i preoperative biopsier (utskrap) så vel som preoperativ plasma GDF-15 kan alle uavhengig predikere lymfeknutemetastaser og dårlig overlevelse. I 30-års perioden 1981 - 2010, har endometrie-cancerpasienter hatt en stadig stigende overlevelse parallelt med økning i radikal kirurgi, inkludert lymfadenektomi, mens adjuvant strålebehandling har blitt redusert.

Epilog

Og hva ble fortsettelsen? Et post-doc prosjekt om individualisert behandling av endometrie-cancer basert på molekylære forandringer. Fra samarbeidende institusjoner vil vi benytte vevsprøver av kvinner som har vært i Fase II studier mhp PI3Kinasehemmere for å se om Stathmin kan predikere effekt av behandling. Vi vil også se på molekylære endringer (ved hjelp av SNP-, mRNA- og metylerings"array") undersøkt i vevsprøver tatt etappevis under pågående PI3kinasehemmer (Fase I studie). Kandidatmarkører som da blir identifisert kan bli ytterligere testet ut i fersktfrosset så vel som parafinfixert vev med tilsvarende analyser samt micro"array" for å identifisere immunohistokjemiske fargemetoder som kan være egnet i rutine klinisk bruk mhp evaluering av respons på spesifikk tumorrettet behandling.

Som et biprosjekt har vi i samarbeid med Ullevål og Leuven undersøkt om sirkulerende GDF-15 kan være en egnet markør for preoperativt å skille uterine sarcomer fra de benigne myomene.

Kjære FUGO-medlemmer!



FUGO

Takk for et vel overstått og meget vellykket årsmøte i Tromsø. Som de siste årene arrangerte FUGO et dagskurs i forkant av NGF Årsmøte. I år valgte vi å ha kolposkopi som tema, ikke minst siden dette var ønsket av dere på FUGO generalforsamlingen gjentatte ganger.

Kurset ble vellykket, en lengre anmeldelse av kurset finner dere i denne Gynekologen. Jeg vil benytte anledningen her for å takke igjen våre flinke foredragsholderne Anne Ørbo og Bjørn Hagen som bidro i stor grad til at kurset ble så vellykket. I tillegg vil jeg takke Martin Lindblad fra lokalkomiteen i Tromsø som hjalp oss med den praktiske gjennomføringen av kurset.

Dagen etterpå var det FUGO Generalforsamling / Årsmøte. Det er alltid veldig hyggelig å treffe dere som vi skal representere og det kom mange gode forslag, som kan øke kjennskap til FUGO blant LiS. Blant annet ble det referert til vår svenske ekvivalent – OGU – som har hvert år en samling over flere dager med kurs og hvor svenske sykehus legger veldig godt til rette for at LiS kan dra på denne samlingen. Vi i styret har i hvert fall blitt motivert til å jobbe med noe i denne retningen og kanskje kan noe slik organiseres i framtiden. Referat fra FUGO møte finner dere også i denne Gynekologen.

En av oppgavene som FUGO har er å representere Norge i ENTOG. ENTOG arrangerer hvert år en utveksling for LiS fra hele Europa til et gjesteland. I år var utvekslingen i Estland og det var Malin Dögl og Helene Fjeldvik Peterson som var de norske representanter, se reiseberetningen i denne Gynekologen. Både å oppleve hvordan vårt fag drives i et annet land, men ikke minst også det å treffe LiS fra mange andre land og å diskutere hvordan faget utøves i disse land er meget spennende. Derfor har vi bestemt oss for at Norge skal søke om å være vert for ENTOG utvekslingen i 2015. Vi fikk bred støtte for dette under generalforsamlingen.

Neste år er utvekslingen i Slovakia og Tsjekkia. Utvekslingen pleier å være i mai og NGF/FUGO dekker reise og én overnatting (resten av overnattinger skjer hos en gjestefamilie). Vi oppfordrer alle som er interessert til å søke innen 31. januar 2013. Skriv litt om deg selv og hvor lenge du har arbeidet i faget. Søknader sendes til vår sekretær Johanne Holm Toft (johanne.holm.toft@gmail.com).



Til slutt vil jeg takke for meg. Etter fire år i FUGO-styret forlater jeg styret ved årsskifte. Det har vært en stor glede for meg å være med i FUGO, og å bli kjent med flotte LiS fra hele landet, men også å oppleve hvordan LiS i faget vårt har det i andre land i Norden og i Europa. Jeg ønsker det nye styret lykke til.

Med vennlig hilsen

Christian Tappert
Leder FUGO
St. Olavs Hospital, Trondheim

Nyttige websider

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

FUGO-styret 2012

Christian Tappert	Leder	ENTOG-representant, kurs-ansvarlig	christian.tappert2@stolav.no / ctappert@broadpark.no
Sjur Lehmann	Nestleder	Spes.kom.- og ENTOG-representant, kurs-ansvarlig	sjur.lehmann@gmail.com
Marte Reigstad Myhre	Styremedlem	Nettansvarlig, vara til NGF-styret	martereigstad@gmail.com
Helene Fjeldvik Peterson	Styremedlem	NGF-representant	helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com
Tiril Tingleff	Kasserer	NFYOG-representant	tirilt@hotmail.com
Johanne Holm Toft	Sekretær	NFYOG-representant	johanne.holm.toft@gmail.com

Referat fra FUGOs Generalforsamling Tromsø, 25.10.2012

Leder Christian Tappert (St.Olavs) ønsket velkommen til alle de fremmøtte LISer. Det er alltid hyggelig å se de som har mulighet møte opp, og mange i forsamlingen hadde ikke vært på FUGO årsmøte tidligere. Årsmøtet er eneste møteplass for alle LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer, og består av generalforsamling, og deretter en time med foredrag av to inviterte personer (i år en fra spesialitets komiteen og en fra YLF).

Møteinnkalling ble publisert i siste utgave av Gynokologen og ble godkjent. Det samme ble FUGOs årsrapport fra 2011 fremlagt av leder for 2011, Erik Andreas Torkildsen (SUS).

Regnskap 2011 ble gjennomgått, samt budsjett 2012, og begge ble godkjent av forsamlingen.

Helene Fjeldvik Peterson (FUGOs NGF representant, og LIS på Ahus) orienterte fra NGF styrets arbeid i året som har gått. Det er fortsatt mye jobb med overtidsdebatten, samt diskusjon om tidlig ultralyd, og det jobbes iherdig med den nye veilederen i fødselshjelp. Alle LIS er velkomne til NGFs generalforsamling under årsmøtet, da vil man få enda mer innblikk i styrets arbeid.

Christian orienterer EBCOG og ENTOG, de europeiske ekvivalentene til NGF og FUGO. Det henvises til web sidene for mer info. Hvert år arrangerer ENTOG en europeisk utveksling, hvor vertslandet stiller opp og har ca 30 LIS fra hele Europa for å hospitere på ulike sykehus i landet. Vi hadde få søkere i 2012, og dermed fikk Helene fra styret reise til Parnu, en liten landsby i Estland. Hun beskrev dette som

det morsomste faglig hun har opplevd i året som har gått, og hennes utfyllende rapport finner dere i denne utgaven av Gynokologen. Styret kom på grunn av denne positive meldingen med forslag til FUGOs medlemmer om at Norge holder ENTOG-utvekslingen her i 2015. Forslaget ble vedtatt ved akklamasjon. Dette betyr at vi vil søke ENTOG om dette, og dersom vi skulle bli tildelt utvekslingen i 2015, vil det medføre at det kommer ca 30 LIS fra over hele europa som trenger hospiteringsplass og husly i en uke. Vi krysser fingrene...!

TirilTingleff (Ringerike sykehus) orienterte om NFYOG. Det har vært vanskelig å få oppslutning om NFYOGs kurs pga at de ikke har vært godkjente og dermed ikke gir rett på refusjon for reise/bo utgifter. Tidligere har LIS kursene til NFYOG vært dels sponset av legemiddelfirma, men på grunn av dårlige tider i denne bransjen har sponsorene trukket seg. NFYOG har dermed besluttet å kun holde kurs kun i tilknytning til NFOG kongressene, altså annethvert år. Neste gang blir altså på NFOG i 2014. FUGOs svenske søsteforening OGU har invitert LIS fra alle skandinaviske land til OGU dagene i Øresund 2013. Disse vil bli sendt til alle LIS på mail. Det kommer forslag fra salen om å forsøke å organisere egne kurs kun

for assistentleger som ligner OGU kursene, evt utvide forkursene til årsmøtet til to eller tre dager. FUGO må bli mer synlig for nye LISer. Det diskuteres om muligheten for å informere på obligatoriske kurs for LISer.



Christian Tappert, Leder FUGO.

Styret kom med forslag til vedtektsendringer, de gamle ligger på nettsidene til FUGO. De ble vedtatt ved akklamasjon og besto av følgende:

- Punkt 4.2:
 - Det legges til:
 - Det velges ett varamedlem til styret. Vara stiller kun på styremøte dersom det er frafall av et ordinært styremedlem. Vara velges for to år.
 - Endring:
 - Styremedlemmene kan gjenvelges for 2 perioder
- Punkt 4.3
 - Det legges til:
 - Valgkomiteen for valg til FUGO-styret dannes av de to siste avtroppede styremedlemmer.
 - Endring:
 - Avstemningen er skriftlig, eventuelt ved akklamasjon

Det ble foretatt valg av styremedlemmer. Christian Tappert og Sjur Lehman går ut i 2013. Marte Myhre Reigstad (Ahus) stilte til gjenvalg. Åsmund Iversen (Elverum) og Olav Norbø (Haugesund) stilte til nyvalg. Silje Denstad (St. Olavs) stilte til valg som varamedlem. Alle fire sistnevnte ble valgt ved akklamasjon.

Vi oppfordret LIS til å komme med forslag til neste års FUGO kurs, dvs uke 43 i Drammen. Det ble nevnt at ultralydkurset har lang ventetid (23mnd fra start av spesialistutdanning). Det bes fra forsamlingen om at FUGO kan ta grep for å forbedret dette, evt kan St Olavs arrangere 2 kurs i året. Ellers ble det foreslått kurs i følgende tema:

- Inføring i ultralyd
- Mette Moen med endokrinologi (evt med en annen endokrinolog)
- Infertilitet.
- Kunnskapshåndtering.
- Styret oppfordrer folk til å sende evt andre forslag/ønsker på mail til vår sekretær Johanne Holm Toft, på johanne.holm.toft@gmail.com

Nytt fra Spesialitetskomiteen

Trond Michelsen orienterer om sammensetningen av spes kom, og hvordan den arbeider. Det sendes rapporter inn til spes kom fra alle sykehus, og disse gjennomgås svært nøye. Det rapporteres

at assistentlegene får operert for lite og for dårlig opplæring i ultralyd. Spes kom bør vuderere å gi beskjed til St Olavs om å arrangere et "oppsamlingskurs" i obstetrisk ultralyd, for å korte ned køen.

Norge er det eneste landet i skandinavia som bruker lister med antall inngrep. Det er imidlertid vanligere med lister i resten av Europa. Det presiseres at man må stå som første operatør for å få tellende inngrep og at man kun får et inngrep tellende ved kombinerte inngrep. Laparatomikravet blir stående, men hysterektomikravet blir sannsynligvis endret til at alle typer hysterektomi blir tellende.

Marit Halonen Christensen fra YLF

Marit prioriterte å stille på FUGOs årsmøte istedenfor på en YLF styresamling i Kristiansand, noe vi setter stor pris på. Hun er selv LIS på kvinneklinikken i Ålesund. Hun sitter i YLF styret og Sentralstyret i Legeforeningen. Hun snakket om arbeidsforhold og om de tillitsvalgtes arbeid: Tiden forandrer seg. Legene har ikke hjemmeverende koner, overlegene har selv jobbet mye da de var unge og stusser også over at de nå også skal jobbe mye for å avlaste oss!! Tidene endrer seg ift kvalitetskrav til vaktdekning.

Det ble snakket en del om reglementet ift passiv vakt/hjemmevakt. Christensen mener at passiv vaktordning ikke bør brukes i vårt fag, pga at når noe haster er det for dårlig at en lege har passiv vakt og lang utrykningstid. Hun presiserte at dersom man er på sykehuset bør man ikke være betalt for passiv vakt.

Arbeidsmiljøloven har gitt unntak fra vernebestemmelsene når det gjelder leger, men en del forhold har vi fortsatt krav på. Som LIS har man dessuten krav på følgende:

- Krav på å gå vakter
- Krav på veiledning
- Krav på kurs
- IA avtalen
- UTA er frivillig
-

Det ble opplyst om at Arbeidstilsynet har helse og sosialsektor som satsningsområde neste år. Til slutt diskuterte man litt i forsamlingen problemstillingen hvordan bli en god spesialist samtidig som man jobber innenfor arbeidsbestemmelsene.

Takk til alle oppmøtte, vi sees i Drammen i uke 43, 2013. **Torsdag 24. Oktober blir det FUGO årsmøte. Hold av datoen!**

PRAKSIS TIL SALGS

Veletablert helprivat gynekologisk praksis
på Gjøvik til salgs.

Innarbeidet stort pasientgrunnlag, moderne
utstyr, trivelige lokaler med god beliggenhet.

Henvendelse:

Dr.med.Wojciech Radecki

Tlf: +47 41 25 69 36 / e-mail: wojelnor@gmail.com

Young Endoscopic Platform og Winners Project

Den årlige kongressen i ESGE (European Society for Gynaecological Endoscopy) ble avholdt i Paris 11.-14. september. Nytt av året er fokuset på de unge endoskopørene og opprettelsen av YEP, Young Endoscopic Platform. Dette skal være et forum der unge gynekologer med særskilt interesse for gynekologisk endoskopi utveksler erfaringer og knytter kontakt. YEP skal ha en nasjonal representant fra hvert land, og jeg ble forespurt via FUGO om å stille for Norge. Jeg innehar for tiden en stilling som LiS ved avdeling for generell gynekologi OUS Ullevål, er godt over middels interessert i laparoskopi, og sa med glede ja.

En hel dag av kongressen var satt av til tema der gynekologer i utdanning var målgruppen. Her var det engasjerte forelesere, flotte filmer og foredrag, og et tydelig budskap om hvor viktig opplæring og utdanning i gynekologisk endoskopi er.

På det første møtet i YEP var det representanter fra mange europeiske land, og det var svært interessant å høre hvilke forhold man har som LiS i gynekologi rundt omkring. Det er stor forskjell på norsk

organisering og forholdene i en del andre land, engasjementet for endoskopi var imidlertid like stort hos alle.

YEP er tiltenkt å være et forum for diskusjon, der en egen Facebook side og link via ESGE's side er opprettet. YEP skal også fungere som et kontaktnett for prosjekter og studier hvor det vil være mulig å samarbeide om inklusjon av pasienter og gjennomføring av forskningsprosjekter. Presentasjoner av de ulike lands representanter vil etterhvert være tilgjengelig på ESGE's side.

I forbindelse med den årlig avholdte ESGE kongressen vil det fra neste år være egne sesjoner og tema knyttet opp mot unge gynekologer, med redusert kongressavgift dersom man er LiS.

I tilknytning til YEP, ble det også lansert et nytt e-læringsprogram- "The winners project". Dette er et samarbeid mellom IRCAD i Strasbourg, Websurg og ESGE/YEP, ledet av Dr Wattiez, en av nestorene innen gynekologisk laparoskopi.

"The Winners project" er et sertifiseringsprogram innen gynekologisk laparoskopi, hvor det både vil være teoretiske prøver på nettet og praktiske prøver med

sertifisering ved IRCAD i Strasbourg. Her vil man bli veiledet via instruksjonsfilmer og ha mulighet til å stille spørsmål via internett. Sertifiseringen har tre nivå, fra Bachelor level til Laparoscopic gynecological pelvic surgeon og er gratis. En konto på Websurg opprettes for å komme i gang, og man får samtidig tilgang til flotte undervisningsfilmer og mye pedagogisk materiale.

Per i dag foreligger det ikke noe obligatorisk kurs innen gynekologisk laparoskopi i vår spesialisering, til tross for at dette er den foretrukne behandlingsmetoden for en rekke tilstander.

Personlig synes jeg derfor at dette er et flott tiltak, og med høy brukervennlighet håper jeg det er noe alle LiS vil ha glede av!

Hvis noen ønsker mer informasjon, vennligst ta kontakt

Utførlig informasjon ligger også på nettsidene

www.winnersproject.com (også egen facebook-side som heter winners project, med stadige innlegg og mulighet til å se live-surgery sessions)
www.esge.org
www.websurg.com



Dr Wattiez og undertegnede, Winners Project launch Party.

- Tiril Tingleff
- Ringerike Sykehus
- tirilt@hotmail.com

KOLPOSKOPIKURS I TROMSØ 24.10.12.

Tradisjons tro arrangerte FUGO dagskurs dagen før årsmøtet i år også. Tidligere temaer har vært fosterovervåkning, kolposkopi, IVF og klimakteriet. Det har tidligere vært god oppslutning rundt kursene. Kursene har leger i spesialisering som målgruppe, og de har telt som timer i utdanningen. I år deltok det også en del spesialister og eldre kollegaer. I alt var det 48 leger påmeldt, hvilket må betegnes som god oppslutning.

I 2009 var temaet for kurset Kolposkopi. Det kom svært gode tilbakemeldinger på det kurset, spesielt siden temaet ble bredt dekket av både en gynekolog og en patolog, men også fordi det ikke er lagt stor vekt på temaet i de obligatoriske kursene. Med bakgrunn i dette og siden det var ønsket på de to siste FUGO årsmøtene å gjenta kurset om kolposkopi ble temaet valgt på nytt i 2012.

Mens årsmøtet ble holdt på Radison Blu Hotel, var kolposkopikurset lagt til sykehuset, en kort busstur fra sentrum. Foredragsholdere var Prof. Dr med Bjørn Hagen, seksjonsoverlege ved St. Olavs Hospital i Trondheim og Prof. Dr. Med Anne Ørbo, patolog knyttet til Forskningsgruppen for gynekologisk onkologi ved UiT i Tromsø. Begge foreleserne viste stort engasjement, faglig dyktighet og pedagogisk evne i sine illustrative gjennomganger av et til dels vanskelig tema. Da de ikke hadde

samkjørt innleggene sine før kurset, ble det naturlig nok noe overlapp i dekkingen av enkelte temaer, uten at i stor grad forringet helhetsinntrykket av kurset eller forelesningene.

Kursprogrammet bestod av 6 sesjoner av 45 minutter fordelt på de to foredragsholderne og avsluttet med en film som demonstrerte konisering med en elektrisk slynge.

Innledende tema var anatomi og patologi i cervix, etiologi av cervixforandringer. Epitelforandringene på cervix, hvordan sylinderepitelet først trekkes ut på ectocervix for så senere metaplasere til flerlaget plateepitel ble beskrevet. Dysplasiens etiologiske faktorer, med HPV infeksjon som viktigste faktor, og naturlige, langtrukne, forløp ble belyst. Inndelingen i SIL cytologisk og CIN histologisk ble beskrevet. Til slutt i første sesjon var det en summarisk gjennomgang av cervix cancer.

Neste tema var kolposkopi av den normale cervix. Stegene i kolposkopi og de kolposkopiske betingelsene ble gjennomgått. På en illustratorisk måte ble det beskrevet hvordan stegene i metaplasien forklarer hva det er som sees normalt i transformasjonssonen av øyer med sylinderepitel og nabothis cyster.

Tredje tema var prøvetaking- praktiske aspekter. Denne sesjonen ble startet med å belyse cervixscreening og sammenhengen med fallende insidens av cancer der screening er organisert. Deretter ble prosedyrene for cytologiske prøver, både som celleutstryk og væskebasert cytologi beskrevet.

Etter tredje sesjon var det lunsj hvor det ble servert pizza i foajeen. Som vanlig på kurs var det veldig hyggelig å få anledning til å snakke med og utveksle erfaringer med kolleger fra andre sykehus.

Første sesjon etter lunsj omhandlet kolposkopi av patologiske cervixforandringer. Det ble understreket at indikasjonen for kolposkopi er støtte til å ta målrettede biopsier ved patologiske funn ved cytologisk prøve, og at metoden ikke er egnet til diagnostikk utover det. Deretter ble det visuelt fremstilt hvordan dysplasi er feilslått metaplasia med gjenstående kar som kan sees som punktasjon og mosaikk i kolposkopet. De deskriptive kriteriene ble gjennomgått før sesjonen ble avsluttet med beskrivelse av en mengde flotte bilder av forskjellige forandringer på cervix.

Siste teoretiske tema var avvikende prøvesvar/dysplasier- oppfølging av prøvesvar. Her ble handlingsprogrammet for oppfølging ut fra grad av dysplasi og

eventuelt resultat av HPV-test gjennomgått. Indikasjonene for histologiske prøver og konisering ble gjennomgått, det samme ble oppfølging etter konisering ut fra grad av dysplasi og tilstedeværelse av frie render eller ikke. Til slutt ble retningslinjene for oppfølging av spesielle grupper som gravide, hysterektomerte, postmenopausale og kvinner under 25 år gjennomgått.

Jeg synes kurset dekket temaene celleforandringer og kolposkopi på en god måte. Kolposkopi er nok sett på som vanskelig av mange leger i spesialisering og ofte kan det være vanskelig å helt vite hva man egentlig ser etter. Det ble brukt mange gode illustrasjoner og oversiktlige slides i presentasjonene i kurset, hvilket gjorde temaet enkelt å tilegne seg. Tilbakemeldingen fra deltagerne på kurset var meget positive.

Jeg synes jeg hadde stort utbytte av kurset og gleder meg til å sette mine fornyede kunnskaper ut i livet og vil etter dette gripe til kolposkopet med litt lavere skuldre og større iver. Selve gjennomføringen av kurset gikk også knirkefritt. Den eneste negative kritikken jeg kan komme på, er at det var litt knapt med kaffe i pausene, heldigvis var det rikelig med oppskåret frukt.

På kvelden kursdag møttes et dusin av deltakerne og spiste sammen på Compagniet Restauration som en svært hyggelig avslutning på dagen.

Takk til foredragsholderne, arrangementskomiteen, med Cristian Tappert i spissen, og LOK ved Martin Lindblad for et flott gjennomført kurs.

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 Vitaflors nettbutikk, www.vitaflo.no


VITAFLO
Part of the Navamedic Group



- Malin Dögl
- Sykehuset Levanger
- Helene Fjeldvik Peterson
- Ahus
- help@ahus.no

Med ENTOG til Estland – utveksling 2012

For tyvende år på rad har ENTOG (European Network of Trainees of Obstetrics and Gynaecology) arrangert utvekslingsopphold for kommende gynekologer i Europa. De ukese lange oppholdene legges hvert år til forskjellig sted, og i år gikk turen til en fremmadstormende stat i Baltikum – Estland. Tradisjonen tro reiser også to assistentleger fra Norge, denne gang med representanter fra Ahus og Levanger.

Fulle av forventninger – og kanskje noen fordommer – møtes vi ved gaten på Gardermoen. Tre dager med utveksling og deretter ENTOG-konferanse venter, og vi lander i et vårlig Tallinn 5. mai.

Estland er den nordligste av de baltiske statene, et lite land i rivende utvikling. På 45

000 kvm bor 1,3 millioner innbyggere, og i 2010 ble det født 15 748 barn fordelt på 17 ulike fødeinstitusjoner. Tre sykehus har mer enn 2000 fødsler per år, mens ti sykehus har mindre enn 500 fødsler.

Vel installert i Tallinn møter vi assistentleger fra hele Europa – fra Portugal i vest til

Romania i øst, fra Island i Nord til Spania i sør. Det er ikke bare et geografisk spenn; vi hører om Nederland med 60% hjemmefødsler, til et av Londons største sykehus hvor bare er 30% forløses vaginalt uten operativt inngrep. Den første dagen går med til å utveksle erfaringer og bli kjent med europeiske forskjeller.

Temaer som abortgrenser, sectiofrekvenser og vakum vs. tang diskuteres til langt på natt. Man får satt sine innarbeidede oppfatninger av "riktig medisin" på prøve, men også kjenne litt på stoltheten over å kunne fortelle om setefødsler, relativt lave sectiorater og hva norske assistentleger faktisk får lov til å utføre. De engasjerende og til tider hete diskusjonene i den østeuropeiske middelalderbyen lover bra for fortsettelsen.

Neste dag møtes vi på Tallinn East Central Hospital for omvisning og en presentasjon av spesialiseringløpet for gynekologer i Estland. I Estland er det kun ett universitetssykehus; Tartu. I tillegg til universitetssykehuset er det tre utdanningssykehus for gynekologer, to i Tallinn og et i Pärnu. Etter medisinstudiet



Vår kollega fra Bucuresti (midten) gikk rundt med sin private mobil, og bekymrede pasienter ringte til stadighet.

på seks års, søker man direkte på et fire års organisert spesialisingsløp for å bli gynekolog/obstetriker. Hvert år kommer 36 ass.leger inn på spesialiseringen, etter en fryktet eksamen og opptaksprøve.

Omvisningen på sykehuset gjør at vi raskt kvitter oss med våre fordommer. En åpen, engasjert og godt organisert gjeng med estiske leger viser oss rundt. Her er fødestuene topp moderne og utsyrt med undervanns-CTG, STAN og store enmannsrom. Rommene var overraskende like de vi har i Norge. Store fødestuer med samme utstyr som vi er vant til å bruke på våre avdelinger, kanskje også bedre.

Vi skal hospitere ved et sykehus i den lille badebyen Pärnu vest i Estland. Sammen med den rumenske representanten fra et stort sykehus i Bucuresti synker vi ned i bussetene og logger oss på trådløst internett, noe som er gratis over hele landet.



Vel fremme blir vi møtt av Kristiina, den eneste assistentlegen på Pärnu Haigla, det utdanningssykehuset i Estland med færrest antall fødsler, ca. 950 per år. Her skal vi hospitere i to dager, og vi blir møtt av moderne bygninger og vennlige ansatte. Dagene starter med felles morgenmøte for alle avdelingene ved sykehuset, ledet av sykehusdirektøren. Vakthavende LIS fra

de forskjellige avdelingene rapporterte om det siste døgnetts innleggelse, med navn, symptomer og tentative diagnoser. Møtene varte ikke lenger enn en halvtime, overraskende kort med tanke på størrelsen på sykehuset. Aktiviteten slo oss også som lav: ingen overfylte venterom, ingen stressede sykepleiere eller leger. Et par planlagte operative inngrep på formiddagen – legene var ferdige før lunsj. Vi ble rett og slett litt usikre på om disse dagene var representative for det normale aktivitetsnivået ved sykehuset, eller om estere faktisk er mindre syke.

De estiske legene var svært gjestfrie og utvekslingen var meget godt organisert. Vi sitter igjen med en fantastisk opplevelse både av hospiteringen, møtet med de andre representantene og av vakre Estland.

Kort tid etter hjemreise ble det opprettet facebook-grupper hvor det fortsatt diskuteres CTG-er på tvers av Europa. Det er spennende å argumentere for hvorfor vi gjør som vi gjør i Norge, og det er interessant å bli kjent med de europeiske forskjellene. Ikke minst er det nyttig å knytte nettverk på tvers av landegrensene.

Vi anbefaler alle gynekologspirer å søke plass til NTOGs utveksling, dette er en mulighet man ikke bør gå glipp av.

Neste år går turen til Slovakia og Tjekkia.

Søknad om utveksling kan sendes til sekretær i FUGO; johanne.holm.toft@gmail.com. Søknadsfrist 31.01.13.

Spesialiseringsprogram i Estland, totalt 4 år:

Obstettrikk 16 mnd

Fødeavdelingen 10 mnd Prenatal avdeling 5 mnd Neonatal avdeling 1 mnd

Gynekologi 12 mnd

Operativ gynekologi 8 mnd Gynekologisk onkologi 4 mnd

Poliklinikk 10 mnd

Svangerskapsoppfølging, gynekologi og preventiv gynekologi inkl. gynekologisk endokrinologi, barn og ungdomsgynekologi, akuttmedisin, kolposkopi Ultralyd diagnostikk 2 mnd

Grenspesialisering

Generell kirurgi og urologi 2mnd Venorologi 1 mnd Mammae 1 mnd

Operasjonsliste gynekologi

TOP	100
Dilatation and curetage	30
Insetting av IUD	15
Kolposkopi	50
LEEP	15
Supravagianl hysterektomi	10
Hysterektomi (assistere)	5
Operasjon på adnex	10
Vaginal hysterektomi (assistere)	10
Annen vaginal kirurgi	10
Diagnostisk laparoscopi	20
Hysteroskopi	10
Inkontinensoperasjon (assistere)	5
Fjerne bening mammae tumores	10
Onkologisk kirurgi (assistere)	10

Krav obstettrikk

Normal fødsel	100
Assistere i normal fødsel	10
Sectio	40
Vakum	10
Manuel placentaauthenting	10
Ultralyd i obstettrikk	
CTG	

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

Årsmøtet NGF Tromsø 2012

Årsmøtet var i år lagt til SAS Raddison Blu Hotel i sentrum av Tromsø. Tidsrommet for årsmøtet var nytt i år. Det var lagt til slutten av oktober for å falle sammen i tid med kirurgisk høstmøte samt med anestiologenes høstmøte. Sykehusene landet over har i denne perioden likevel lavaktivitet, og det er derfor funnet hensiktsmessig å samkjøre møtetidspunktene. Flyplassen ligger i utkanten av byen og skulle sikre effektiv transport for møtedeltakerene. Det ble ikke sånn for alle.....

Alt ble arrangert på hotellet, med unntak av get-together som ble holdt hos naboen Rorbua. Man kunne beholde småsko på under hele årsmøtet hvis man ønsket det, tross vekslende vær preget av snø, regn, slaps og kald vind ute.

CIC var som tidligere teknisk arrangør. Sekretariatet var villig til en hver tid. Nytt i år var at navneskiltene også markerte det vi hadde bestilt på forhånd av forkurs, lunsjer og sosialt program. Dette fungerte svært godt.

Den lokale komiteen bestod av en blide og imøtekommende gjeng. De synes det hadde vært svært kjekt å være med å arrangere årets møte. De skrøt av det gode samarbeidet med CIC og med styret. Dersom det blir aktuelt, er de mer enn villig til å ta på seg oppgaven en gang til.



Fra v.: Guillermo Andrade Rebolledo, Ingard Nilsen, Turid Skjelstad Bakkevoll, Ida Terese Myrnes Olsen og Martin Lindblad.

Programmet var tett, med innlagte pauser for besøk på stands, tid til å se på posterene, fylle på med kaffe og snacks samt andre nødvendigheter. Praten gikk livlig i korridorene og det var tydelig mange som var glade for å treffes og som hadde mye å snakke om. Det sosiale rundt årsmøtet er klart veldig viktig.

Faglig innhold

Styret hadde gjort en god jobb med å sette sammen et variert og godt faglig program. Første del av møtet gikk til fagpolitisk debatt om utfordringer knyttet til våre veiledere og nasjonale retningslinjer. Cecilie Daae fra Helsedirektoratet, vår egen Knut Hordnes og Geir Sverre Braut fra Helsetilsynet

deltok med innlegg og i diskusjonen. Temaet skapte engasjement i salen.

Inviterte foredrag

Mathias Onsrud startet den faglige delen av møtet med sitt foredrag "Gynekologens rolle i internasjonal kvinnehelse". Et godt foredrag til ettertanke og til inspirasjon.

I sitt foredrag "Sosiale Media: The future of Gynaecology" viste Thomas Schopf og Luis Luque oss at sosiale media er nåtid. De oppfordret oss til å ta del i denne verden. Det er mye nyttig informasjon og mange gode verktøy for både helsearbeidere og for andre brukere/lesere. Telemedisin ble presentert som et av flere nyttige verktøy i diagnostisk og kunnskapsformidling. Ved håndsopprekning var salen tilsynelatende delt i to ganske like deler av de som er facebookbrukere og ikke.

Tone Skeie-Jensen fra Radiumhospitalet holdt et oversiktlig foredrag med oppdatering om tumor pelvis. Et tema som angår hverdagen til mange gynekologer.

Reynir T Geirsson fra Landspítali Universitess, Reykjavik gav mange lærerike synspunkter og gode råd i sitt foredrag "Success in publishing, a view from AOGS". Rolf Kirschner fra Oslo universitetssykehus holdt et bilderikt foredrag om vulvasykdommer, og han lånte villig vekk minnepinnen etterpå til dem som ønsket.

Lørdag formiddag ga Tom Tanbo fra Oslo Universitetssykehus oss oversiktsforelesningen "Gonadepreservasjon med henblikk på senere fertilitet". Temaet er ikke hverdagskost for de fleste av oss, men kjekt å høre og vite noe om.

"Veileder i obstetrik" sesjon

Det er tid for en ny oppdatering av veilederen og innholdet i noen av kapitlene ble tatt opp til diskusjon. Det var flere temaer som skapte engasjement og diskusjon. Forhåpentligvis til nytte for de ulike kapitelforfattergruppene. Vi gleder oss til å se den nye veilederen og vet at det ligger mye arbeid bak.

Frie foredrag

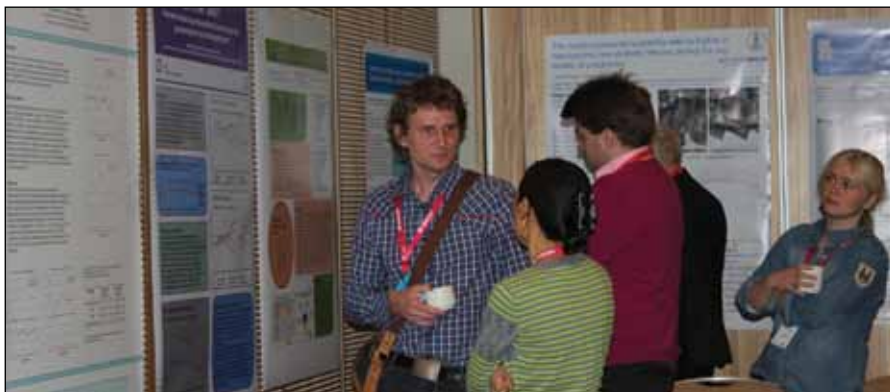
De frie foredragene var mange og varierte,



Fra v: Knut Hordnes, Cecilie Daae, Geir Sverre Braut og Pål Øian.



Mange stilte spørsmål og ellers benyttet sjansen til å si hva de nasjonale retningslinjene har medført for dem i sitt arbeid/ på sin arbeidsplass.



Plakatene var plassert bakerst i konferansesalen, lett tilgjengelig for en titt på vei inn og ut av rommet.

men hadde som fellesnevner høy kvalitet og relevans for mange av oss. Kjekt å se hvor mye spennende som skjer i det gynekologiske miljøet landet rundt. På slutten av årsmøtet ble det tradisjon tro utdelt priser for årets beste frie foredrag. Hjalmar Schiøtz fikk prisen for beste gynekologiske foredrag for sitt foredrag med tittelen "Langtidsoppfølging etter behandling med klassisk retropubisk tensjonsfri vaginal tape (TVT)". Ragnar Kvie Sande fikk prisen for beste obstetriske foredrag med tittelen "Effekten av redusert ultralyd energinivå på vanlige biometriske mål".

Postere

Postere var plassert bakerst i konferansesalen, lett tilgjengelig for en titt på vei inn og ut av rommet. På slutten av årsmøtet fikk M. Lieng, B. Busund og T. Iversen prisen for beste poster: Likt eller ulikt? Betydning av bosted for det gynekologiske behandlingstilbudet i 1999-2011.

Get-together

Årets get-together var lagt til naboen Rorbua. Mange kjente seg nok ikke igjen i fra tidligere TV-sendinger fra Rorbua i Tromsø- ikke så rart siden Rorbua har byttet



lokaler siden da. Interiøret er grovt tømmer og rustikk plankekledning i ekte rorbustil fra slutten av 1800-tallet. Vi ble servert pizzabuffé fra Yonas, øl fra Mack verdens nordligste bryggeri, eller annen drikke etter ønske.

Årsmøtemiddagen

Årsmøtemiddagen ble holdt i "Tromsøsalen" etter sprudlene velkomstdrink i hallen. Det var godt oppmøte, faktisk så godt at det ikke var mulig å etterpålme seg. Det var feststemte gjester og god stemning. Menyen falt i god smak med torsk til forrett, lam til hovedrett og sjokolade til dessert. Marieke Claessen fra KK Drammen holdt sin første takk-for-maten-tale, ikke helt tradisjonell tale, men til stor fornøyelse for tilhørerne. LOK ved Ingard Nilsen holdt tale. Det ble delt ut Pingviner, og det ble delt ut hederspris. Hedersprisen gikk i år til Torvid Kiserud og det kan du lese mer om et annet sted i Gynekologen. Kulturavdelingen fra UNN underholdt, først med Ukuleleorkester og senere med musikk til dans. Og mange av gjestene danset, så mange at dansegulvet ofte ble for lite.

Underholdningen

Kulturavdelingen ved UNN hadde ansvar for de kunstneriske innslagene gjennom hele årsmøtet. Først ved åpningen av årsmøtet torsdag, deretter som en myk start på fredags morgen og senere ved Årsmøtemiddagen. Vi lot oss imponere av det de hadde å by på. Fra rørende sang, til ukuleleorkester og dansemusikk. Unn



har altså en egen kulturavdeling med 3 ½ stilling. UNN sin satsing på kultur har vært målrettet og bevisst gjennom mange år. Med pasienter, pårørende og egne ansatte som hovedmålgrupper, produseres ukentlig en rekke tiltak og produksjoner på mange av sykehusets lokalisasjoner. Lunsjkonsserter,

bidrag fra eksterne kunstnere, større konserter, storbandsatsing, revyer, kor og kulturinnslag på fagelige konferanser er en stor del av det de holder på med. Tanken er at kultur bidrar til økt helse og trivsel for målgruppene og påvirker arbeidsmiljøet positivt.

Årsmøte 2013

Det er Drammen sykehus som er vertskap for NGFs årsmøte i 2013. Det vil bli holdt i perioden 24.10-26.10 2013. Delegasjonen fra Drammen har lovet oss et godt møte, så det er bare å merke seg datoene. Vi gleder oss.

Glimt fra Tromsø 2012

I god tradisjon ble vi også i Tromsø ønsket velkommen av ordføreren. Jens Johan Hjort stilte blid og opplagt. Han krydrete sin velkomsttale med nordnorsk humor og referater fra sms utvekslinger. På tross av sin sørnorske dialekt framstod han som tydelig stolt av byen sin og av landsdelen. Han la vekt på betydningen Universitetet i Tromsø og Universitetssykehuset har både for nordnorge spesielt og for Tromsø spesielt. Han kom inn på hvordan fødselshjelpen hadde sikret hans egne barns vei til livet og hvor kjekt det er at lille Sofie kom trygt til verden i oktober som Tromsø sin innbygger nummer 70 000. Han fikk oss til å føle oss velkomne.



Referat Generalforsamling, NGF

Sted

Hotell Radisson Blu, Tromsø
26.10.12 kl. 16.30-18.00

Valg av dirigent og referent

Dirigent: Knut Hordnes (leder NGF)
Referent: Helene Peterson (sekretær NGF)

Markering med 1 min stillhet over kollegaer som har gått bort siste år.

Julie Solem Skjæraasen 23.05.1928-21.01.2012

Christine Herzog 25.03.1965-17.12.2011

Torbjørn A. Torkildsen 21.02.1924-09.06.2012

Bernt-Svein Barmen 05.11.1933-15.04.2012

Tormod Tande 26.10.1945-25.05.2012

Olav Inge Klingenberg 22.06.23-03.09.2012

Mark M. O. Bækelandt 12.04.62-26.09.12

Ioan Florea 15.04.39-18.10.12

Årsmelding 2011

Det vises til Gynekologen 24-3, 2012 for Årsrapporter for: NGF, Kvalitetsutvalget, NPE/NGF, Laparoskopikutvalget, STAN, Spesialistkomiteen, NFGO, NFOG's Educational Committee, FUGO, EBCOG. Rettelse Årsrapport NGF: Side 8, 2. kolonne skal være "Generelt sett var 2011 et travelt år." Ellers ingen kommentarer.

Økonomi

Regnskap 2011, (Toril Kolås)

Inntekt: 2 043 304 kr

Revidert budsjett: 1 984 211 kr.

Kommentar: Angående inntekt er det bekymring for sviktende annonseinntekter til Gynekologen/Nettsiden.

Utgifter: Vi har solgt ut regnskapsoppgaver.

Prosjekter: budsjettert med underskudd, men gikk i balanse.

Regnskap 2011: 41283, revidert budsjett: -295789.

Vedtas ved akklamasjon.

Budsjett 2012, (Kevin Oppegaard)

Budsjett 2012 totalt: inntekt 2 000 000 kr

Revidert budsjett 2012: 1 994 571 kr

Kommentar: Bayer har trukket seg fra Hedersprisen. Kontingentandel til NGF går ned, da DNLF tar større andel. Inntekter til Gynekologen går ned pga. vanskeligere annonsemarked.

Inntekter: Prosjektmidler knyttet til revisjon av Veileder.

Utgifter: regnskap 2011: 2 002 021 kr, budsjett 2012: 2 220 000 kr,

Revidert budsjett 2012: 2 450 000 kr.

Nye utgifter: Visma 40 000 mer pr. år.

Konklusjon: utgifter >250 000 kr mer enn fjorårets budsjett. Regnskap 2011; 41283, budsjett 2012 -325 000, revidert budsjett 2012 -455 429. Godkjennes ved akklamasjon.

Budsjett 2013 (Kevin Oppegaard)

Revidert budsjett 2012: 1 994 571 kr, budsjett 2013; 2 015 000 kr.

Utgifter 2013 revidert budsjett 2012;

2450 000 kr; budsjett 2013; 2 255 000 kr.

Kommentar: Mindre utgifter 2013 sammenliknet med 2012 grunnet færre kongresser og tilsluttende møter.

Revidert budsjett 2012; -455 429 kr, budsjett -240 000 kr.

Kommentar: fra tidligere kasserer Toril Kolås; man har siste par år budsjettert med ca. 500 000 i underskudd, dette kan ikke fortsette i flere år.

Ber om tillatelse fra GF om å budsjettere med underskudd 2013.

Godkjennes ved akklamasjon.

Orienteringssaker (Hordnes):

-NGF og Et trygt fødetilbud: Det ble i vår sendt ut pressemelding for fra NGF og Legeforeningen om manglende oppfølging i Helse Nord. NGF møtte ledelsen i Helse Nord i mai og diskuterte de forhold vi mener er mangelfulle i regionen.

-Revisjon av Veileder i obstetrikk: Vellykket seminar på Soria Moria i september med

gjennomgang av metodikk og utvalgte kapitler. HDir representert. 1. des 2012: frist for innsending av første revisjon av alle kapitler. 15. mars 2013: frist for innsending av endelig revisjon av alle kapitler. 1. mai 2013: Publisering av elektroniske utgave: veileder i fødselshjelp 2013.

-Overtidssaken: Ved GF i 2011 ble det gjort vedtak om at styret skulle jobbe videre med saken overfor myndighetene. GF mente at saken var dårlig håndtert fra direktoratets side og at dette er overkjøring av kvalitetsarbeidet til vår fagmedisinske forening. NGF har siste året hatt en dialog med HDir, for å komme fram til retningslinjer vi mener er riktigere. HDir laget på bakgrunn av dette et nytt utkast til nye retningslinjer, og utga dette i juli som foreløpige reviderte retningslinjer i påvente av revisjon av Veileder. Revisjonen innebar større tilbakeholdenhet til induksjon og er dermed en forbedring slik vi ser det. Imidlertid forelå fortsatt vesentlige avvik fra Veileder, og NGF gav derfor ikke sin tilslutning til HDir's utkast. Vi avventer Kvalitetsutvalgets revisjon av vår Veileder.

-Samarbeidet med industrien: Ved GF 2011 ble industrideltakelsen ved årsmøtene diskutert, pga. strenge LMI-krav og flytting av Årsmøtet fra september til oktober. Vårt årsmøte sammenfaller nå i tid med med anestesilegenes og kirurgenes høstmøte, noe som kan gå ut over industrideltakelsen. Ved årets møte var imidlertid oppslutningen fra industrien omtrent like stor som tidligere, og det ut fra dette ikke grunn for å endre nåværende form på Årsmøtet.

-Samarbeid med NPE: møte NGF-NPE 3. september. Obstetrikksakene har vært gjennomgått, og gitt verdifull informasjon og gode publikasjoner. Vi er enig om å gjøre tilsvarende gjennomgang av gynekologisakene. Det tas sikte på en

deltidsstilling for arbeidet, men først søker vi en veileder. Ber om forslag.

-Frikjøp av leder: På i GF 2010 ble det vedtatt at leder kunne frikjøpes med inntil 20 %, hvor beløpet går til leders arbeidsgiver som kompensasjon for leders fravær i forbindelse med styrearbeid. Leder har takket nei til tilbudet, og styret har i stedet vedtatt fast 10 dager med praksiskompensasjon årlig.

-Gave til u-landsarbeid i forbindelse med Tormod Tandens død: 21 500 kr. Midlene kan søkes til det formål de er gitt for.

-NGF Vår møte 2013 Stavanger: torsdag-fredag 4.-5. april

-Endring i Koordinatorkontorenes ansvar ved avvikling av kurs: Koordinatorkontorene vil fortsatt kunne håndtere påmeldinger og avmeldinger, kursbevis, deltakerlister osv og fakturere deltakerne for kursavgift, men kan ikke lenger stå for utbetaling av reise- og honorar, sørge for innrapportering av f. eks. skatt og arbeidsgiveravgift, eller revisjon. Dette arbeidet må enten gis til kurskomite, eller overtas av NGFs kasserer. Vi har valgt

å legge ansvaret på vårt eget styre og ikke lokale kurskomiteer, men har da behov for å avlaste kasserer. Styret vil derfor kjøpe tjenester av et regnskapsbyrå. Se egen sak fremlagt av styret.

-Hedersprisen: Uteblitt finansiering fra Bayer. Sum avsatt i Bayers budsjett men strengere regler internt i selskapet hindrer utbetaling i nåværende form. Årets pris fra NGF opprettholdes, og betales av NGF. Dette er en viktig pris styret ønsker å videreføre, med mulig redusert sum (orienteringssak, men klar støtte fra salen på dette).

Saker fremlagt av styret:

1. Forslag til endring i vedtektene:

Endret årsmøte tidspunkt 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 av avholdes om høsten og kombineres med et faglig møte".

Godtas ved akklamasjon.

2. Finansiering av NGFs underutvalg – oppstart og drift

Forslag fra Styret: underutvalg skal legge fram budsjett og mål for kommende års drift. Frist 2 mnd før generalforsamling. Lønn vil som hovedregel ikke aksepteres. Godtas ved akklamasjon.

3. Utvidet kjøp av regnskapstjenester:

Styret foreslår at regnskapsbyrået (Visma) overtar oppgaver som hittil har falt på kasserer. Fordi: oppgavene har økt i omfang (reiseregner, endret Koordinatorkontorpraksis) og vi ønsker å frigjøre tid fra rent merkantilt arbeid.

Godtas ved akklamasjon.

Kommentar: forslag om å søke etter rimeligere regnskapsbyrå enn nåværende (Visma, som også Legeföreningen bruker).

4. Valg av nytt varamedlem i Styret:

Toril Kolås går ut av styret ett år før tiden pga ny stiling, og det er behov for nytt medlem fra 010113. Styret har allerede trukket varamedlem Tone Shetelig Løvvik inn som fast medlem av styret pga at Martin Andresen er både styremedlem og redaktør – det er således behov for å velge inn nytt



Et tydelig lettet og fornøyd styre etter Generalforsamlingen.



4 på årsmøtet

Lørdag formiddag snakket jeg litt med noen årsmøtedeltakere om hva de synes om årets møte.



Sigrid Vingerhagen Pethick
KK, Drammen sykehus

Har du vært på årsmøtet før?
– Ja, noen ganger

Hva synes du om årets møte?

– Jeg synes det har vært bra. Det er en vitamininsprøyting å være på årsmøtet. En kommer innom mange felter i faget. Temaene er veldig spredd. Savner flere dybde foredrag. Kunne gjerne hatt færre frie foredrag og flere hovedtemaer. Jeg skulle gjerne hørt mer om gynekologisk kirurgi/ kirurgisk teknikk.
– Samtidig er det sosiale en viktig del av årsmøtet.

Har du vært i Tromsø før?

– Ja, jeg var her på kurs i april et tidligere år. Også da var været ikke på sitt beste. Synes det er fint å være her. Praktisk at flyplassen ligger så nær byen og at hotellet ligger så sentralt. Her har alt skjedd på et lite område. Savner å se litt mer av byen.

Dere skal jo arrangere neste årsmøte

– Vi gleder oss til det. Vi har vært en god gjeng fra Drammen her på årsmøtet i år og tar med oss mange ideer hjem igjen. Håper mange kommer til Drammen på neste årsmøte.

varamedlem.

Forslag: Tone Skeie-Jensen.

Vedtatt ved akklamasjon.

5. Ny valgkomite

Avtroppende: Grethe Riis Johannesen, PSL (leder), Ole-Erik Iversen, Ingard Nilsen.

Forslag: Hilde Sundhagen (PSL), Ole-Erik Iversen, Ingard Nilsen.

Vedtatt ved akklamasjon.

Saker fremlagt av medlemmene:

1. Sykehusenes infrastruktur: fysisk spredning av ulike seksjoner innenfor vår spesialitet og konsekvenser for faget (Knut Bakke)
Styret (Jone) legger frem situasjonen ved Haukeland ved splitting av faget.

-KK Haukeland flytter og seksjonene planlegges fysisk splittet

-Hva mener vi?

Forslag til resolusjon: "Norsk Gynekologisk Forening er alvorlig bekymret for fysisk spredning og konsekvenser for faget. Fødselshjelp og kvinnesykdommer er en spesialitet, og fysisk/administrativ samlokalisering er vesentlig for å holde på dette."

2. Laparoskopitvalget: nye medlemmer og status for nasjonalt register NGER (Jostein Tjugum). For Tjugum stiller Marit Lieng.

Laparoskopirregisteret blir nå godkjent som til nasjonalt gynekologisk endoskopiregister (NGER). Det opprettes en styringsgruppe, i tillegg til nåværende utvalg som man mener bør beholdes. Noen medlemmer går ut, og nye må inn. Det er gledelig at NGER er opprettet, og utvalget fortsetter sitt arbeid, og henter in nye medlemmer. Finansiering av utvalget på samme vis som det foreslås for alle NGFs underutvalg (se sak 2 fremlagt av styret over).

Kommentarer: Medlemmene etterspør større press for å få flere sykehus til å bli med på registeret, da det ikke går å pålegge sykehusene. Det er viktig å ha fagmedisinsk forening i ryggen for å øke presset. Ingen private institusjoner registreres, men dette er også ønskelig. Motivasjonen hos avdelingene er viktig, og det skal bli lettere å registrere. Verdien av registeret er sterkt avhengig av god opplutning.

3. Obligatorisk kurs i fosterovervåkning (Torunn Eikeland): bør innføres. Det er per nå kun 2 timer fosterovervåkning. Det er viktigste årsak til fosterskade, manglende CTG tolkning. Forslag om web-basert læring: Hdir har gitt betydelig økonomisk støtte (ca. 5 mill), og så langt har foretakene arrangerer kurset.

Spes kom kommentarer: Dette emnet jobbes med for kommende kursprogram.

NGF støtter sterkt at det arrangeres slike kurs.

Valg av årsmøtearrangør 2014

2013: Drammen, allerede bestemt.

2014: Trondheim - velges ved akklamasjon.

Eventuelt

Bruk av lørdag til Årsmøte tas opp. Mange reiser tidlig siste dagen og går glipp av innlegg. Det er dessuten dårlig korrespondanse på lørdager. Dette har vært diskutert tidligere. Argumentet for nåværende ordning er at man finner det som et rimelig kompromiss - fordeling av hverdag/helg for å belaste sykehus/praksisdrift mindre, dog ikke bruke en hel helg. Forslag om endring må evt. fremmes som sak til neste GF.



**Ellen Holtan
Folkestad**
Tønsberg

Har du vært på årsmøtet før?
– Jeg har vært på de fleste årsmøtene de

siste årene. Liker veldig godt å dra på Årsmøtet.

I år har du også bidratt selv

– Jeg har presentert Årsrapporten 2011 i Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGLR) på vegne av laparoskopivalget. Det var ok. Jeg har også hatt en poster hengende hvor dataene fra Årsrapporten 2010 blir presentert.

Kan du fortelle litt om turen din hit til Tromsø?

– Vi kom med SAS nordover onsdag kveld. Dessverre var været så dårlig at flyet ikke kunne lande, og vi havnet på flyplassen i Lakselv. Etter to timers venting, ble vi hentet av buss og kjørt via Finland tilbake til Tromsø. Turen tok ca 9,5 timer– ingen optimal start på årsmøtet.

Har du vært i Tromsø før?

– Jeg studerte medisin her i tiden 1997–2003. Synes det er veldig fint å komme tilbake til Tromsø.

Hva synes du om årets møte?

– Det er fornuftig å legge årsmøtet samtidig med høstmøtet til kirurgene og anestesilegene– det er likevel lavaktivitet på sykehuset. Samtidig et det en tid på året hvor været er ustabil. Det beste man kan si om årets vær, er at det er fint innværet.
– Årsmøtet er en fin arena å få presentere arbeidet sitt i. Mange slipper til. Får en følelse av hva som skjer i miljøet rundt om i landet.
– Jeg skulle gjerne ønsket meg flere inviterte foredrag, med noe mer dybde og oppdateringer.
– Synes det er lite om gynekologisk kirurgi.
– Er imponert over kulturavdelingen ved

UNN. Husker dem godt fra studietida, det var aktivt kulturliv også da, blant annet med egen revy.

Besøker du industriens stands her på møtet?

– Jeg har besøkt flere stands, sett på utstyr og fått noen oppdateringer. Synes det er nyttig at de er her.

Hva med årsmøte i Drammen?

– Jeg håper å få dra dit også. Det har stort sett vært greit å få fri til å dra på årsmøtet.



Thomas Borge
Merck Serono

Har du vært på årsmøtet i NGF før?

– Nei, dette er mitt første årsmøte i NGF.

Jeg begynte i legemiddelindustrien for et år siden, så jeg føler meg ennå ganske ny.

Hva synes du om Årsmøtet vårt?

– Jeg synes det virker bra. Jeg har vært på noen foredrag, spesielt på de som har omhandlet assistert befruktning siden det et dette fagfeltet jeg jobber med. Kjekt å treffe de legene jeg har møtt tidligere. Mange av de jobber ved IVF– klinikkene eller som privatpraktiserende. Også en fin anledning til å treffe andre leger. Har fått flere nye kontakter. Ellers er det en fin anledning til å treffe og bli bedre kjent med kollegaer og med konkurrenter. Jeg var på get– togethersamlingen torsdag kveld– var fint.

Er du fornøyd med standen din?

– Vi var sent påmeldt og hadde i utgangspunktet fått en dårlig plassert stand. Men da kaffeen ble flyttet på, så økte besøket tydelig. De fleste andre firmaene pakket sammen i går, så i dag har jeg flyttet meg opp til en bedre plass. Synes det var naturlig å bli helt til slutt, siden flere av

foredragene i dag er relevante for meg.

Har du vært i Tromsø før?

– Jeg var her da jeg var i militærtjenesten. Ellers var jeg noen uker på UNN i forbindelse med hovedfaget i biologi. Så jeg kjenner Tromsø og var forberedt på varierende vær.



Inger Økland
Stavanger
universitets–
sjukehus

Har du vært på årsmøte før?

– Ja, jeg har vært på så mange

årsmøter at jeg ikke holder telling lengre. Jeg har også vært med å arrangere årsmøte tidligere. Det er en kjekk oppgave, men mye jobb. Til våren er det igjen SUS sin oppgave å arrangere vårmøtet.

Hva synes du om årets møte?

– Jeg synes møtet har vært både hyggelig og nyttig. Jeg har hørt mye av det samme før. Synes de frie foredragene gir en fin oversikt over hva som skjer i miljøet. Det sosiale er også svært viktig, å pleie kontakter fra andre steder. Jeg har vært på både get– together og årsmøtemiddagen.
– Årets møte har vært bra organisert.
– Er imponert over at UNN har sin egen kulturavdeling. Synes de har gitt oss god underholdning. Lurer litt på hvordan den ellers fungerer.

Har du vært i Tromsø før?

– Ja, jeg har vært her flere ganger. Denne gangen har jeg ikke sett Tromsø. Alt har skjedd på hotellet og hos nærmeste nabo (Rorbua). Samtidig har ikke været innbudt til å gå så mye ut. Jeg går på det meste av foredragene, føler at jeg går glipp av noe om jeg hopper over noe.

Welcome to Jämtland, Sweden

15-16th of April 2013

Östersund is hosting the annual meeting of OGU, Swedish Trainees in Obstetrics and Gynecology. This means two days of lectures and social gatherings. The lectures will be on Palliation in Gynecology, and Inter-current Disease in Pregnancy. We also focus on different educational aspects of our training, as well as work environment.

We like to extend the invitation to our fellow Nordic Trainees, with the wish of deepening our co-operation and understanding, as well as sharing and spreading good ideas.

The lectures will mainly be in Swedish. A certificate of attendance will be issued to all participants.

Registration will start in October 2012. Prior to the meeting there will be a social event in the nearby mountains with activities and good food, which we hope all will attend!

Östersund has good connections by train and air from Stockholm and Trondheim.

More information can be found on www.ogu.se/ostersund2013

The cost will be around € 200, living expenses and pre-meeting event not included.

Important dates:

Registration: October 2012 - 15th of February

Pre-meeting: 13-14th of April 2013

Meeting: 15-16th of April 2013

Contacts:

Olof Alexandersson
Head of Organizing Committee
olof.alexandersson@gmail.com,
mob: +46 705 194988

Malin Sundler
President OGU-Sweden
malin.sundler@gmail.com



ostersund.se



Referat NFGO formøte

Referat fra formøte til Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

Førsteamanuensis Anne Beate Vereide, UNN, Tromsø ledet møtet.

Senior konsulent Katie Whyatt fra MSD Norge presenterte per oral og intravenøs bruk av EMEND som antiemetisk behandling ved kjemoterapi-indusert kvalme og oppkast.

Hovedtema for møtet var VIN: Ny klassifisering. Diagnostikk, utredning og behandling.

Styret i NFGO v/leder Anne Dørum ble i 2011 gitt i oppdrag av NGF å utarbeide et nytt kapittel om VIN til Veilederen i Gynekologisk Onkologi. En arbeidsgruppe bestående av gynekologene Rita Steen, Bent Fiane og patolog Jannicke Berland er forfattere av kapittelet som nå er ferdigstilt og vil bli publisert i revidert Veileder i Gynekologisk Onkologi 2009. Revidert veileder vil ikke bli publisert i papirformat, men er å finne på Den norske legeforeningens nettside: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/veileder-i-gynekologisk-onkologi-2009/>.

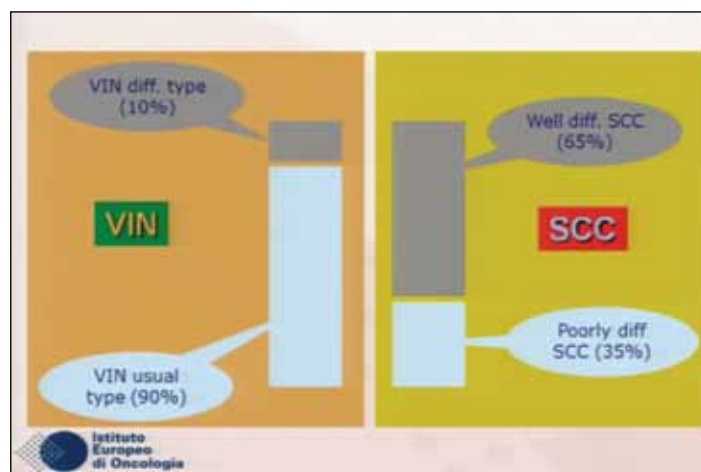
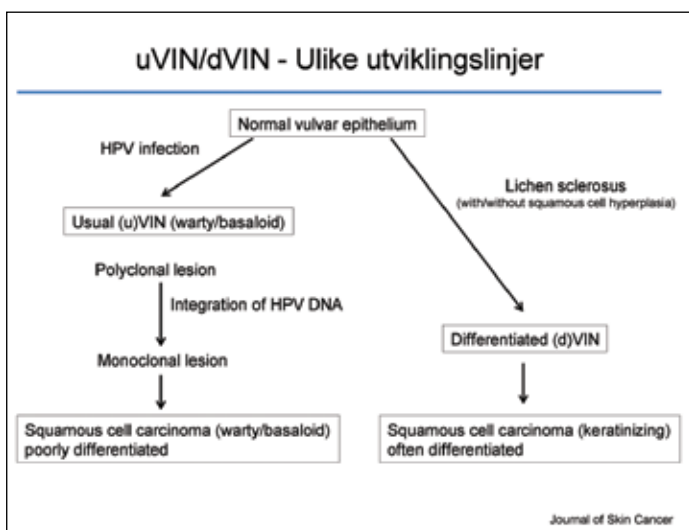
Rita Steen presenterte arbeidet med utarbeidelse av VIN kapittelet. Presentasjonen omhandlet følgende punkter som også er omtalt i kapittelet: VIN - bakgrunn, definisjon, forekomst, etiologi, risikofaktorer, histologi, diagnostikk, differensialdiagnoser, forebygging, behandling, komplikasjoner, oppfølging og prognose. "Take home message" var at International Society of the Study of Vulvar Diseases (ISSVD) anbefaler at klassifisering av VIN endres i tråd med ny kunnskap. ISSVD foreslår at VIN kun brukes ved høygradige lesjoner i plateepitel og ikke ved Condyloma acuminata (tidligere VIN I), videre skal VIN i henhold til ISSVD inndeles i usual VIN (uVIN) og differensiated VIN (dVIN). uVIN og dVIN er grunnleggende forskjellige mht.: epidemiologi, etiologi, klinikk, patologi, molekulære analyser og onkologisk potensiale. uVIN er forårsaket av en HPV-infeksjon, hyppigst HPV 16/18, dVIN er ikke HPV-relatert, etiologien er usikker, dVIN oppstår ofte på basis av lichen sclerosus.

uVIN-pasienter er ofte yngre kvinner med CIN/condylomer i sykehistorien. 60% med VIN/VaIN har eller har hatt CIN forandringer. dVIN-pasienter har ofte en lang historie med kløe og/eller brennende

følelse i vulva. dVIN forekommer som oftest hos eldre og på basis av lichen sclerosus. uVIN er ofte multifokale lesjoner og multisentrisk (CIN, VaIN, AIN), dVIN er som oftest en unifokal og unisentrisk lesjon. uVIN og dVIN skal behandles forskjellig og behandlingen bør individualiseres. OBS! Unngå overbehandling, spesielt av uVIN hos yngre. uVIN har en klart bedre prognose enn dVIN. Majoriteten av VIN er uVIN (ca 2/3), mens kun 1/3 av vulvacancertilfellene er uVIN relaterte (dvs. er HPV-assosiert).

Møtet ble avsluttet med en del spørsmål og kommentarer knyttet til ny klassifisering av VIN. Det ble problematisert at inntil nytt kodeverk er på plass er det ICD-10 klassifiseringssystemet som gjelder (VIN I, II og III). Per i dag gir patologene prøvesvar i henhold til ICD-10 som ikke skiller mellom uVIN og dVIN, det er derfor viktig å få patologene til å innføre det nye klassifiseringssystemet anbefalt av ISSVD snarest mulig.

Referent: Overlege, dr.med. Rita Steen, Avdeling for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus-HF



Referat NUGG formøte

Møtet ble holdt i rommet Sydspissen på konferansehotellet. Alle stolene ble raskt fylt og flere måtte hentes. Med andre ord var møtet godt besøkt.

Hjalmar Schiøtz fra sykehuset i Vestfold/Tønsberg ledet møtet og ønsket alle velkomne.

MESH

Så gikk ordet til Marie Ellstrøm Engh fra Akershus universitetssykehus. Hennes foredrag hadde overskriften ”MESH. Hvor står vi, hvor går vi? Status i Norge 2012”. Hun viste hvordan det har vært pendelsvingninger i synet på hva som er riktig medisinsk behandling og hun brukte HRT som eksempel. Hun trakk sammenligning til svigningene i synet på bruk av MESH. Mens det tidligere har svingt fra et veldig positivt syn på bruk av MESH, til Fy-Fy og forbudtholdninger, er det kanskje mer balansert holdning i vente. FDA har mars 2012 slått fast at det ikke er sett bedre resultat ved bruk av MESH enn uten. De har vist at komplikasjoner ikke er sjeldent.

Når man skal se på hva som foreligger av evidensbasert informasjon finner man at det er mange review artikler og mange svakheter ved studiene. Hva er det man sammenligner? Hvilken kirurgisk teknikk er brukt?

Det er rapportert høy risiko for residiv etter cystocelekirurgi, opp mot 30%. Mange risikofaktorer er kjent: alder, høy BMI, seksuell aktiv, > I kompartiment, historie med urinlekkasje. Stor hiatusstørrelse har vist økt risiko for residiv. Avrivning av puborektalmusklen har vist økt risiko for cystoceleutvikling og residiv.

Ellstrøm Engh kom inn på laparoskopisk sacrokolpopexi som behandlingsalternativ, spesielt til yngre kvinner med bevart livmor og arivningsskader samt kvinner med apikalt/vaultprolaps.

Stemningen på møtet ga inntrykk av enighet om at bruk av MESH hører hjemme i vårt

utvalg av behandlingsmetoder. Riktig bruk på riktig indikasjon. Ellstrøm Engh åpner for at det kanskje kan utvikles mindre nett, kanskje bygd på andre prinsipper. Det er viktig å forstå årsaken til cystoceleutviklingen for å effektivt behandle dem.

Det er ønskelig med flere studier av høy kvalitet, og det er alltid viktig å informere pasientene om risiko for komplikasjoner.

NKIR

Neste foredrag var ved Sigurd Kulseng-Hanssen som gav oss en oppdatering på Norsk kvinnelig inkontinensregister/NKIR. Han oppfordrer til lik bruk av diagnose-, behandlings- og komplikasjonskoder for best mulig databehandling. Erfaringer med at ikke alle komplikasjoner kommer med i registeret har ført til at det er utviklet et dataprogram som kan finne pasienter med operasjonskode LEG 10 og koble de mot komplikasjonskoder i Dips. Dette har avdekket flere komplikasjoner. Dataene kan så overføres til NUGG-databasen for mer fullstendig kartlegging av komplikasjonsfrekvensen. Det var stemning i salen for å videreutvikle dette og flere kunne tenke seg å ta et slikt verktøy i bruk.

TENT

Så fikk Hjalmar Schiøtz selv ordet og presenterte resultatene fra Ten Year TVT study/ TENT.

Bakgrunnen for studien er at retropubisk TVT har svært godt dokumenterte korttidsresultater og lave komplikasjonstall, men få studier har undersøkt metodens langtidsresultater. Denne studien ønsket å evaluere operasjonsresultatet etter 10 år samt kartlegge eventuelle sene komplikasjoner i et uselektert pasientmateriale.

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 fornøydhet. Sekundære endepunkter: objektive og subjektive tømningssvanser, de novo urgency-inkontinens, vaginale erosjoner, residiverende urinveisinfeksjoner og persisterende smertefull vannlating. Resultatene viste at 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 %. Konklusjonen er at TVT har svært gode subjektive og objektive resultater med få alvorlige sene komplikasjoner etter 10 år, selv i en uselektert pasientpopulasjon.

Komplikasjoner

I siste del av møtet presenterte Anny Spydslaug fra Ullevål to komplikasjonskasustikker fra Aker/Ullevål som viste hvordan komplikasjoner til syntetiske materialer kan komme sent og hvordan utfallet kan bli fatalt. Det var lærerike kasustikker med sjeldne komplikasjoner.

Referat PSL formøte

Erik Rokkones, avd leder ved Avd for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet, OUS, holdt foredrag under tittelen Utredning av gyn kreft i spesialistpraksis, henvisningsrutiner, preoperatrive undersøkelser og nye markører.

Oppsummeringsvis ble det lagt vekt på at dette skal følge med henvisningen:

- Tentativ diagnose med *kliniske opplysninger* (viktig!): Almentilstand, selvhjelpen?, kan pasienten gå poliklinisk eller må hun innlegges?, tidligere sykdommer, medikamenter. Høyde / vekt!
- Biopsi / cyt svar med ref nr (for evt innkalling av hist til regranskning)
- Blodprøvesvar: Ved ca ovarii: CA 125, CEA og evt HE4 dersom denne foreligger, i tillegg til Hb.
- Billediagnostikk:
 - UL tolkning. Ved ca ovarii dessuten UL tolkning, med RMI (Risk of malignancy index, dvs algoritmen for verdien av CA125, menopausestatus og kompleksitet av ultralydfunn). Ved RMI > 200, skal pasienten som hovedregel henvises spesialavdeling. Men hos premenopausale vil endometriose ofte kunne gi slike RMI verdier.
 - CT (høykvalitet) vil ble utført ved avdelingen.

Send alle opplysninger samlet

For Helse Sørøst skal følgende adresse brukes:

Avdeling for gynekologisk kreft,
Søknadskontoret,
Radiumhospitalet
Oslo universitetssykehus HF
Postboks 4953 Nydalen
0424 Oslo

Ved endometriecanser gir endometriecytologi eller pipelleprøve diagnosen. Dette resultatet må selvsagt følge med sammen med kliniske funn. Ytterligere billediagnostikk (CT, MR, rtg thorax) for å

konstatere sykdomsutbredelse, gjøres ved avdelingen.

De viktigste risikofaktorer for spredning er:

- Histologisk gruppe. Svulster med innhold av serøst papillær og/eller klarcellet histologi har høy risiko for ekstrauterin spredning.
- Differensieringsgrad ved endometroid type.
- Infiltrasjonsdybde i myometriet.
- Infiltrasjon i cervix stroma.

Pasienter med høy risiko for spredning får utført lymfeknutetoilette i bekkenet og paraaortalt i tillegg til fjerning av uterus med adnex. Serøstpapillære og klacellete svulster får dessuten fjernet omentet.

Histologisk type og differensieringsgrad kan ikke avgjøres ut fra et pipellepreparat. Avdelingen gjør fraksjonert abrasio for histologisk vurdering. Nedvekst i cervix kan ikke avgjøres ved abrasio, mens MR er mer pålitelig

Ved cervixcanser ønsker vi i tillegg til klinisk undersøkelse, resultat av biopsi fra cervix. Den videre billediagnostikk (MR bekken, CT thorax, abdomen, bekken) taes hånd om på spesialavd. Ved mistanke om lokalavansert svulst, ta gjerne en s-kreatinin.

Ved vulvovaginal cancer ønsker vi måling av størrelse på synlig tumor og den palpable tumor og palpasjonsfunn i lysker. Kolposkopi av vulva må gjerne gjøres. Dette er viktig for å avgjøre reseksjonsgrensen. Viktigst er selvsagt biopsitaking til histologisk undersøkelse. Obs! Ikke eksisjonsbiopsi. Da finner vi ikke igjen locus for utvidet eksisjon.

Markører

CA 125 har lav sensitivitet for tidlig stadium ovarialcanser og har høy frekvens av falske positive svar ved endometriose.

Vi mangler en markør for å plukke opp tidlig ovarialcanser hos premenopausale kvinner

HE 4 (human epididymis secretory protein

4) er en ny markør som av leverandøren anbefales brukt sammen med CA125 i en algoritme kalt "ROMA" (Risk of malignancy algorithm). HE4 uttrykkes normalt i epitelet til luftveier og genitaltraktus (og i epididymis). Den er forhøyet ved 90% av ca ovarii og som regel normal ved endometriose. Ved endometriose vil HE4 være forhøyet hos 3% mens tilsvarende for CA 125 er 72%. Serum HE4 kan være forhøyet også ved endometriecanser og ved noen lunge- og mammacarcinomer.

Proteinet har en ukjent fysiologisk funksjon (modning av sperm? Anti-inflammatorisk rolle ved cancer?). Verdien er sjeldent forhøyet ved benigne tilstander. HE4 varierer ikke med graviditet, menstruasjon eller hormonbehandling.

HE 4 og CA 125 bør brukes i kombinasjon (ROMA). Det er da rapportert en spesifisitet 96,3% og sensitivitet på 92,9% ved ca ovarii vs friske kontrollpersoner, og en spesifisitet på 94% og sensitivitet på 78,6 ved ca ovarii vs ovarial endometriose. ROMA gir en bedre prediksjon enn hver markør alene. ROMA vektet HE4 og CA125 forskjellig ved pre- og postmenopausale kvinner. ROMA kan identifisere dem med høy risk for ca ovarii og behov for henvisning til gyn kreft spesialavdeling, og dem med lav risk for ca ovarii slik at de kan opereres av generell gynekolog.

Ved OUS / DNR brukes HE 4, men i en studie for å kartlegge nytten ved tumor pelvis. Generell gyn avdeling har en tilsvarende studie ved endometriose.

Konklusjonen er at det kan se ut til å være god grunn til å bruke HE4 hos premenopausale kvinner, men det kan ikke gis generell anbefaling om dette da testen krever ytterligere dokumentasjon.

Referat Internasjonal kvinnehelse

"No er det fred i Irak då kan ein ikkje lenger få pengar for helsetiltak under paraplyen "krig og konflikt". Globale helsepengar er knytta opp til norsk utanrikspolitikk", seier Margit Steinholt. Ho leier eit mødrehelseprosjekt i Kambodsja der ein trener faglærte og ufaglærte helsepersonell i fødselshjelp.

Det har vore vanskelege tider i Kambodsja ikkje berre under Pol Pot, men og under borgerkrigen etterpå. Rydding av miner gjer område attraktive og dei fattige vert skyve ut og kjem endå lengre vekk frå helsehjelp. Omlag 80% av kvinnene fødte heime og dei aller fleste med hjelpekone. Mødredøgleheit i området var oppe i 4-5%. Fattigdom er hovudårsaka til død. Familien har ikkje råd til transporten til fødestue, jordmor eller betale 20\$ som tilsvarer ei månadslønn, for eit keisarsnitt. Gjeld til sjukehuset er ein av hovudårsakene til at folk må gå frå gard og grunn. Ein mann hadde mista kona si på sjukehuset og grunna gjeld til sjukehuset mista han garden og omsorgen for 6 barn i tillegg.

I prosjektet har dei gått frå landsby til landsby for å kartleggja omfang og årsaker. Dei har kursa 16 jordmødre og 10 medics som igjen har kursa 337 hjelpekoner og 150 lokale hjelpemenn. I tillegg har dei hatt eige kurs for leger og funne ut at geit er det beste dyret å øva keisarsnitt på. Mødredød har gått ned >50% og barnedød >60%

Mathias Onsrud har mange års erfaring frå arbeid med fistlar i Kongo. Grunna påstander om at 25% av fistlane skuldast sectio og at eit stort fleirtal også skuldast valdtek bestemte ein å gjera ein studie. Fistelsjukehuset ligg i grenseområdet mot Burundi og Rwanda og tar også mot pasientar frå Burundi. Dei har 597 i det totale materialet. I deira materiale fann dei at berre 5 tilfeller av fistlar var etter sexuell vald. Hovudsakleg tenåringsjenter utsatt for gruppevaldtekte. Ingen signifikant skilnad mellom vaginal fødsel og keisarsnittgruppa som utgjorde 38,4%.

Majoriteten av fistlane ved keisarsnitt er vesico-vaginale til liks med dei etter vaginal

fødsel og skuldast truleg forutliggjande årsaker før sjølve inngrepet, men ein hadde ein auka forekomst av vesico-uterine i forhold til dei vaginale som truleg skuldast inngrepet. Varigheit av fødsel, fyrstegangsfødande og alder under 19 år gir auka risiko for fistel.

I stor grad er det kirurgisk teknikk som årsak til dei vesico-uterine fistlane. Ein legg uterotomien for lågt og skader blæra i tillegg til manglande blæretømming både under og etter keisarsnittet. Laserasjonar ved opphenting av eit lågtsitjande hovud er truleg også ein mekanisme og ein burde heller gjort ein "reversed breech extraction" når hovudet står langt nede. Vacuum og tang er veldig lite brukt, ein manglar opplæring i dette og det burde prioriterast.

Nettgruppa Internasjonal kvinnehelse er oppretta inne på legeföreningen sine nettsider. Vi oppfordrer folk til å melda si interesse der og registrera seg i databasen.

Forretningspartner søkes til FertiliTeam AS - en ny arena for utredning av barnløshet

Vi søker etter en dyktig gynekolog med ekstra stor omsorgsevne til vårt FertiliTeam i Tønsberg. Du må ha god kunnskap om, og interesse for, ufrivillig barnløshet, infertilitet og alle utfordringer rundt dette. Du har en spesiell god forståelse for hva våre pasienter gjennomgår følelsesmessig i tiden som ufrivillig barnløse, og du strekker deg langt for å dekke dine pasienters mange behov. Du liker å tilegne deg ny kunnskap og å dele din kunnskap med andre gjennom foredrag og kurs.

Det er muligheter for partnerskap for rett person.

Ta kontakt med Dr. Christel T. Freberg på tlf 41007590.

FertiliTeam er et nytt konsept i Norge som gjør hverdagene lettere for par som ønsker barn. Vi arrangerer bl.a. helgeopphold på hotell hvor vi gir ufrivillig barnløse par en grundig utredning, hjelpsom veiledning, kommunikasjonsverktøy og nyttig informasjon. Klinikken har en grunnleggende medisinsk plattform hvor omsorg for pasientene får ekstra stor fokus. Kontakt: post@fertili-team.no Harpunveien 3, 3128 Nøtterøy, tlf 41007590



Prisvinnere

Beste poster

Marit Lieng et al for posteren “Likt eller ulikt? Betydning av bosted for det gynekologiske behandlingstilbudet 1999-2011”

Det er fremdeles store forskjeller i behandlingstilbud for kvinner i Norge. Til tross for tydelige anbefalinger at man burde tilstrebe å operere minst mulig invasivt, gjennomføres fremdeles mange inngrep per laparotomi.

På posteren vises både utvikling i bruk av laparotomier over tid, men også de regionale forskjellene. Bedømmelseskomiteen anser det som viktig som ledd i harmonisering av behandlingstilbudene at man påpeker regionale forskjeller, og under årsmøte er det vist eksempler at også avdelinger som tradisjonelt bruker mer laparotomier jobber aktivt med å øke kompetanse for å operere minimalt invasivt.

Posteren er klar i sin framstilling og det brukes diagrammer som enkelt tydeliggjør utvikling over tid med regionale forskjeller. Bedømmelseskomiteen gleder seg over at det stilles spørsmål om økonomiske konsekvenser som overgangen til minimalt invasiv behandling har.

Beste foredrag i gynekologi

Svenningsen et al (presentert av Schøitz): “Langtidsoppfølging etter behandling med klassisk retropubisk tensjonsfri vaginal tape (TVT)”.

Operasjonen TVT har blitt gullstandard for behandling av stressinkontinens. Likevel er det et forholdsvis nytt inngrep og det er viktig med langtidsoppfølging. Foredragsholderen har sett på resultater 10 år etter TVT i en sammenliknet med andre internasjonale studier, stor pasientgruppe. Det ble brukt det validerte NUGG-skjemaet.

Resultatene ble lagt fram i en flott og tydelig presentasjon og fra et norsk perspektiv er det gledelig å se at de norske resultater er minst like gode som i andre land.

Beste foredrag obstetikk

Ragnar Kvie-Sande for foredraget “Effekt av redusert ultralyd energinivå på vanlige biometriske mål”.

Ultralyd er et av de viktigste diagnostiske hjelpemidlene vi bruker daglig i alle grener av vårt fag. Bruk av UL, ikke minst i løpet av svangerskap, er økende. Vi er enige om at sikkerhet er viktig, og at det gjøres tiltak for å bruke energi på et “riktig nivå” under undersøkelsen. Foredragsholderen har vist tydelig at målingene kan være like presise med en brøkdel av energien, sammenliknet med dagens praksis.

Foredragsholderen holdt et fengende og tydelig foredrag. Bedømmelseskomiteen skjønner godt at foredragsholderen kom seg til den nasjonale finalen i Forsker GrandPrix. I tillegg til pingvinen som han fikk utdelt på banketten tildelas han prisen for beste foredrag i obstetikk.



Bedømmelseskomite: Christian Tappert, St.Olavs Hospital og Chen Sun, Haukeland Universitetssjukehus

Norsk Gynekologisk Forenings Hederspris 2012

Hederspris til Torvid Kiserud

Torvid Kiserud har ytet en usedvanlig innsats innen vårt fagfelt, som kliniker, forsker, veileder, underviser og organisator. Han tilhører det internasjonale toppskikt i forskning om fosterblodsirkulasjon.

- Kiserud (f. 1944) er professor I ved Institutt for Klinisk Medisin ved Universitetet i Bergen og overlege ved Seksjon for fostermedisin og ultralyd, Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus.
- Cand.med. Oslo 1970. Dr.med. Trondheim 1994: "The ductus venosus in the human fetus. An ultrasonographic study of its anatomy, normal blood flow velocity and its changes during fetal disease".
- Etter utdanning i tropemedisin i Liverpool (DTM&H, 1974) arbeidet Kiserud som lege i Etiopia 1974-78 og 1982-86. Han var assistent- reserve- og overlege ved Kvinneklinikken i Stavanger før han i 1990 kom til Trondheim som overlege på Kvinneklinikken, Nasjonalt senter for fostermedisin. Etter fullført doktorgradsarbeid kom han til Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus som overlege,

kombinert først med professorat II i anatomi, så professor II og de siste ti årene professor I i kvinnesykdommer og fødselshjelp.

Nedenfor presenteres et utvalg av Kiseruds aktiviteter. De viser en uvanlig bredde og intensitet.

- Åtte års arbeid i Etiopia, bidratt både teoretisk og praktisk til arbeidet for internasjonal helse, aldri mistet dette viktige felt av syne.
- Forskning og forskningsveiledning. I løpet av få år har han etablert seg som en av verdens ledende forskere innen forskningsfysiologi med en lang rekke sentrale arbeider om fostersirkulasjon. Han har bygget opp en fostermedisinsk seksjon med høy klinisk, undervisningsmessig og forskningsmessig aktivitet ved Kvinneklinikken i Bergen. Kiseruds doktorgradsarbeid fra 1994 gir inngangen til et meget sentralt,

basalt forskningsfelt og er fulgt opp med en rekke originalarbeider. Leder en forskningsgruppe som gjennom veiledning og samarbeid har bidratt til økt kunnskap om fosterets fysiologi med vekt på karfysiologi og hemodynamikk. Flere doktorgrader er kommet fra denne gruppen, og den økte kliniske kompetanse dette også medfører har vært praktisk viktig for undersøkelser av svangerskap. Forskningen har således en langsiktig fysiologisk interesse, men også en direkte klinisk nytteverdi, som gir bedre overvåking av risikosvangerskap. Pr 10.09.2012 119 numre i PubMed. Flere reviewartikler og bokkaptitler.

- Leder av Ressursgruppen for klinisk fosterfysiologi, UiB (2000-), Head of Clinical Fetal Physiology Research Group, UiB (2000-), Head of Global Reproductive Health Research Cluster, UiB (2009-), Leder av Nasjonalt Behandlingssenter for Gynekologiske Fistler (2011-).
- Veiledet Ph.D.-kandidater i Bergen, Tromsø, Hammerfest, Stockholm og Etiopia, temaene spenner fra fosterfysiologi til obstetriske fistler. Opponent ved flere universiteter, peer-reviewer ca 20 tidsskrift, medlem av redaksjoner i sentrale fagtidsskrift.
- Undervisning. Som underviser i anatomi kåret til beste prekliniske lærer ved UiB både 2000 og 2002. Sentral i undervisning av medisinske studenter og i postgraduateundervisning innen- og

Åtte års arbeid i Afrika, en meget stor basalforskning innen forskningsfysiologi med vekt på både økt teoretisk viten og praktisk medisin, fistelkirurgi, forskningsveiledning vitner om en usedvanlig innsats innen vårt fagområde.



Torvid Kiserud mottar hedersprisen fra leder i NGF, Knut Hordnes.


utenlands. I Bergen tatt initiativ til bedring av den praktiskkliniske undervisning i fødeterminen.

- WHO advisor, Reproductive Health Research (2007-), medlem av ekspertpanel for Fostermedisinske senterfunksjoner (2009) og gynekologiske fistler (2009), begge Helsedepartementet. Rådgiver om invasiv fosterbehandling, det svenske helsedepartement (2009-10), konsulentekspert Obstetric Fistula, Society of Urinary Incontinence (2010)
- Dr. Haackert's Gold Medal for Prenatal Medicine, Germany (2004), Æresmedlem Chilean Society of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 2005, æresmedlem tyske perinatalmedisinske selskap 2009. Visiting Professor (honorary), University College London (2000-04 and 2004-08)
- Tallrike invitasjoner som foredragsholder om fosterfysiologi og Doppler ultralyd (Stockholm, Uppsala, Tromsø, Oslo, Ylläs, Lund, Copenhagen, Berlin, Hamburg, Arlberg, Poznan, Turon, Düsseldorf, Homburg Saar, London, Brighton,

Newcastle, Edinburgh, Dublin, Padova, Rome, Florence, Paris, Cannes, Toronto, Vancouver, Ottawa, Detroit, Bogotá, Medellin, Santiago de Chile, Valparaiso, Cordoba de Argentina, Buenos Aires).

Torvid Kiserud får NGFs hederspris pga sin brede innsats i norsk og internasjonal gynekologi og fostermedisin. Åtte års arbeid i Afrika, en meget stor basalforskning innen forskningsfysiologi med vekt på både økt teoretisk viten og praktisk medisin, fistelkirurgi, forskningsveiledning vitner om en usedvanlig innsats innen vårt fagområde. Hans internasjonale heder bekrefter dette. Han har ved siden av forskningsaktivitet og en omfattende reisevirksomhet deltatt aktivt i en travel klinisk hverdag. Man henvender seg til Kiserud for å få svar på vanskelige spørsmål og for å få praktisk hjelp med konkrete pasienter.

Prisens bedømmelseskomite bestod av de tre seneste ledere i NGF; Bjørn Backe, Rolf Kirschner og Knut Hordnes



ISSHP EUROPEAN CONGRESS
12TH TO 14TH OF JUNE 2013
TROMSØ, NORWAY

WELCOME TO TROMSØ





Photo taken in June 2011 by Ganesh Acharya



<http://www.isshp.org>

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/gastroøsofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av øsofagitt, autonom neuropati. Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av en potent CYP 3A4-hemmer. Sikkerhet og effekt er ennå ikke undersøkt hos pasienter med en nevrogen årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvede laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, somnolens og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med solifenacin før 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, neflavinir, itrakonazol). **Graviditet/Amming:** 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. Munntørthet er observert 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: Munntørthet. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. **Syn:** Tåkesyn. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Gastroøsofageale refluksykdommer, tørr hals. **Hud:** Tørr hud. **Infeksjoner:** Urinveisinfeksjon, cystitt. **Luftveier:** Nasal tørrhet. **Nevrologiske:** Somnolens, dysgeusi. **Syn:** Tørr øyne. **Urogenitale:** Vannlatingbesvær. **Øvrige:** Tretthet, perifere 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 uhell 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, arytmier, kongestiv hjertesvikt). Se Giftnformasjonens 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 kr. **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: ICPC:** 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

NFOG Bergen 2012: En innertier!!

Det var aldri noen tvil for styret i NGF i det salige året 2008 hvor den neste norsk- arrangerte NFOG- kongressen skulle være. Trondheim hadde 1988, Oslo i 2000, og når det nå var Norges tur igjen, så det måtte bli byen mellom de sju fjell.

Styret gikk også inn for at NGFs vitenskapelige sekretær, Knut Hordnes, burde bli kongresspresident og får ansvaret med å samle rundt seg en ivrig lokal komite, og koordinere opp mot NFOGs vitenskapelige komite, som han allerede var medlem av. Som kjent er det for en stor del sistnevnte som bestemmer programmets utseende og innhold.

At CIC, med de gode referansene og erfaringen NGF hadde med det firmaet, skulle hjelpe oss, var ganske selvsagt. Et gunstig anbud forelå dessuten, så da var det bare å meddele dette til NFOG, og sette i gang!

Komiteenes arbeid har vært fulgt opp tett både i NGFs styrer gjennom årene, og i NFOG ditto. Det tar tid å sette opp en slik organisasjon, men selvsagt er det mest hektisk opp mot kongressstart. Selv med Knuts gode kondisjon var det lett å se at han begynte å bli litt svett under snippen. For oss andre merket vi kongressens komme ved at det begynte å fly inn meldinger om påmelding, abstraktfrister, nye purringer, nye frister, utsatte frister etc., og så var det snart tid å sette seg på flyet.

Og til og med værgudene var stort sett greie.....

Grieghallen viste seg fra sin beste side, både som møteplass og vitenskapsarena så vel som sosial arena. Programmet var godt og variert, og naturlig nok ganske obstetrisk orientert, vi var jo i Bergen! Fra første dag da vi møtte en kjempeulva hengende fra taket (som jeg dessverre ikke helt fikk tak i), bar det mot suksess for presidenten og komiteen hans. Ivrig deltagerer hastet fra sal til sal, koste seg med lunsjer i hallen og utenfor, og klarte å komme seg opp både på fjell og myr! Mange ble sett ved Vågens mange utesteder, og de kunstinteresserte hadde mange steder å frekventere. Avslutningsmiddagen var fin, flink toast-

master, korte taler, artige opptredener og god musikk. Og kongressen danset!

Fra verdenspresidentens åpningstale til NFOG- presidentens avsluttende takketale, var det bare fornøyde ansikter å se. FIGO- presidenten var der jo hele tiden, bare det er en kompliment!

Uten at jeg skal forskuttere den offisielle evalueringen så vil jeg si at jeg er svært fornøyd med at valget i sin tid falt på Bergen og den lokale komiteen der!

Og så fikk vi jo høre Mette synge ennå en gang!!! Takker.



- Kathe Aase
- Avtalespesialist, Bergen
- kathe.aase@gmail.com
- Foto: Håkon Broder Lund

Referat fra NFOG Bergen 2012

NFOG i Bergen, og det er ”dags” for et av Kongressens mange høydepunkter, nemlig ”the NFOG dinner”. Den røde løperen legges ut omtrent samtidig som at ettermiddagens postersession avsluttes. Her fins knapt noen dødpunkter. Bergen i juni, litt kaldt, men det regner jo ikke; kvelden er lys og åpen. Festkledde gjester beveger seg over den røde løperen og lokalet våkner til liv igjen etter en knapp pause. Praten er i gang. Et glass med sprudlende innhold åpner for forventninger om en hyggelig kveld.

Grieghallens foaje er pyntet med mange småbord som raskt fylles opp. Kongresspresident Knut Hordnes ønsker velkommen til bords, og introduserer den lokale arrangementskommite (LOC), Scientific Committee og dagens toastmaster Kevin Oppegaard, eller for å sitere Kevin ; ”Master Of Ceremonies” (MC). Han synes ikke overbegeistret over å bli sammenlignet med ” a piece of toast”!

President Gøran Berg, gjenvalgt leder av NFOG, er kveldens 1. taler. Han viser til NFOG sin rolle når det gjelder internasjonale mål for kvinnehelse. I vår del av verden skapes det oftest store avisoverskrifter hvis noen dør som resultat av svangerskap og fødsel, mens millioner av kvinner dør andre steder i verden uten at det skrives om det. Gamal Serour, presidenten i FIGO, er nærværende både som foreleser og deltaker i kveldens middag- Lite har skjedd

de siste 10 år hva gjelder målet om sikker svangerskapsomsorg og fødsel. Hvert minutt dør kvinner og barn unødige. Vi behøver stadige påminnelser om kvinnehelse i internasjonal sammenheng. Det handler heller ikke om de store investeringene, men om holdninger og kvinnesyn!

Så var det middagen. Ivrig og flinke kelnerer serverer en nydelig 3 retters middag til mange mennesker. Solen tittet så vidt frem gjennom Foajeens mange vinduer!

Til forretten blir det servert urtemarinert scampi på bruschetta med frisk grønn salat, sitrussyltet rødløk, hjemmelaget pesto og balsamicosirup. Til forretten får vi en portugisisk hvit vin, Solar das Boucas 2007. Hovedretten består av lårstek av lam med ristet skogsopp og spinat, glaserte neper, saltbakte smakstomater, fløtepoteter og sjysaus tilsmakt med rosmarin. Vinen kommer også denne gang fra Portugal, Dom Dinis Reserva 05, svært så velsmakende. Det undrer meg at det går an å servere så nydelig mat til så mange mennesker på en gang!

Kongressens offisielle språk er engelsk,



litt synd synes jeg; de fleste av oss forstår hverandre svært så godt bare vi legger litt godvilje til. Professor Seth Granberg skåler på alle de nordiske språk; et språk vi forstår! Han har arbeidet i de fleste av de nordiske landene, og språket får vi anta ikke vært noen stor barriere der heller. Forutsetningen er dog at utgangspunktet hans ikke var ene og alene finsk, da går jeg ut fra at også han hadde en smule problemer! Ikke bare i Norge fins det ulike dialekter og kulturer, samt ulike sosiale lag. Som kveldens 2. taler kommer inn på er det vel først og fremst her utfordringen ligger; ”like barn leker best”. For å kunne kommunisere godt må vi ”finne den andre der den andre er”. Forståelse av den andres språk er et godt utgangspunkt, men språk er nå så mangt, og selv innenfor vårt eget land kan et ord eller en setning ha svært så ulike betydninger!

I denne sammenhengen her ser det ut som om en del barrierer blir brutt; nærkontakt, god mat og drikke hjelper alltid (jfr Babettes Gjestebud)!- I den grad det overhodet går an å tyde hva som foregår i og mellom andre mennesker. - Litt ”small talk” er det nok også!

Etter hovedrett og skål følger underholdning med musikk av Fliflet/Hamre, noe for enhver smak! Gabriel Fliflet og Ole Hamre har en bred bakgrunn fra mange ulike musikkgenrer, og de har hatt samarbeid med mange ulike norske artister. Personlig likte jeg godt fremføringen av Kjempeviseslått av Sæverud; ikke akkurat slik man pleier å høre den!

Til dessert får vi isbombe servert med kransekakestenger og bringebærcoulis, samt kaffe eller te.

MC Kevin introduserer Professor Magnus Westgren med ”Takke for maten talen”. Han er Kongresspresident for NFOG 2014 i Stockholm. Han setter ord på ulikhetene mellom de nordiske land historisk sett. I dag går ulikhetene mer mellom regioner enn land, samt mellom de ulike sosiale lag (min tilføyelse). Nordmenn karakteriseres ellers som optimistiske; det er kanskje sant? Optimistiske og nærmest grenseløst naive mener jeg å ha lest et annet sted...

Høydepunktet i talen er utvilsomt fremføringen av diktet ”Pornografi” av Tage Danielsson. Fremført på svensk, strålende synes jeg, som nevnt er jeg innbitt



motstander av engelsk på en nordisk kongress. Dog ikke uten forståelse for at det er slik. Diktet har jeg funnet igjen, og deler det mer enn gjerne med dere!

Etter middag er det dans med dansebandet Lubeck. Mange av oss finner veien til dansegulvet, et gulv som stadig utvides. Gulvet og lokalet var fortsatt fullt når bandet tar kvelden, noe jeg tolker som at kvelden har vært vellykket. Mange møter mellom mennesker, mennesker som kjenner hverandre fra tidligere møter, fra tidligere arbeidsforhold, kan hende nye møter?

Så var det poesien:

” Han hette Sverige och hon hette Norge.
De älskade varandra från första stund.

- Vill du förena dej med mej, sa Sverige till Norge en vacker vinterdag.

- Ja, gutten min, sa Norge och log med hela Sognefjord.

- Låt oss ligga tillsammans mellan Östersjön och Atlanten, sa han.

- Hvor du vil, min elskede, sa hon.

Så lade de sig tätt sammanpressade. Han smekte henne mjukt over Nordkalotten.

- Så sterk du er, min elskede, sa Norge. Og ikke er du særskilt neutral heller, som stygge tunger vil ha det til.

Han kysste henne varligt på Galdhøpiggen och Glittertind.

- Du kjennes meget bedre enn Danmark, viskade hon.

Han kände ilningar ända uppifrån Lappmarken och långt ner i Småland.

Plötselig sa han:

- Du, jag har aldrig varit i Oslo.

- Da syns jeg det er på tide, sa Norge, smektsamt oppfordrande. Han tog vägen över Morokulien.

De älskade häftigt, så att marken skalv, ty ingen kärlek är så stark som den mellan två länder. Snön smälte upp til Tretriksroset, och det pryda Finland bankade opprörd i väggen.

- Du är underbart mjuk på Hardangervidda, viskade Sverige ömt.

- Vær stille, min elskede, sa hon och smekte honom över Gävle. De smalt samman i en väldig omfamning längs hele Kölen.

De älskade länge, länge.

Unionen opplöstes først i 1905.

(Fra Tage Danielssons BOK 1963)

NFOG 2012

Referat fra prekongresskurs

I regi av legene ved KK ble det i anledning NFOG-kongressen 2012 lagt opp til et program med flere før-kurs. Ett av kursene omhandlet ”Fostersirkulasjon og Vekst” og samlet ca 30 deltagere. Kurset var godkjent av ISUOG (international society of ultrasound in obstetrics and gynecology) og var lagt opp som et hands-on kurs. Kurset ble avholdt lørdag 16/6 i auditoriet på KK med lunch på sykehotellet. Hvert av de Sentrale kar i fosterovervåkingen og Biometri og Vekst ble gjennomgått. Mellom foredragene ble man i mindre grupper gitt anledning til å praktisere Doppler UL på frivillige gravide kvinner under veiledning av foredragsholderne. Seksjonsoverlege Lian Johnsen innledet med Biometri og betydningen av vekst i vurdering av fosterovervåkingen. Overlege Sande (SUS) holdt et glitrende foredrag om Ultralyd og sikkerhet. Professor Kiserud (HUS) foredro om bølgefysiologi ved Doppler og fosterets sirkulasjon. Professor Acharya (UNN) om placentasirkulasjonen fra føtal (a umbilicalis) og maternell (a uterina) side. Dr med Ebbing (HUS) om a cerebri media og Dr med Kessler (HUS) om Ductus Venosus. Kurset ble avsluttet med noen kasuistikker som belyste den kliniske nytten av seriemålinger og bruken av doppler i overvåking av patologisk svangerskap. Kursmaterialet var lagt ut på nettet i forkant og linker til normalområder og tabeller for de ulike blodkarene presentert or kursdeltagerne. Interesserte kursdeltagere var samlet fra 08.30 – til 17.00 og tilbakemelding om et praktisk nyttig kurs var nokså unison.

Knut Håkon Bakke, Haukeland



NFOG 2012: Workshop

Establishment of the Nordic network for the audit process based on the Robson Ten Group Classification System (RTGCS)

Michael Robson started the workshop giving a brief presentation of the RTGCS, the purposes and the advantages in relation to interpret and understand obstetrical data.

We were 20 participants.

This was followed by presentations from each of the Nordic countries regarding the use of the classification system.

Finn Egil Skjeldestad argued the choice of RTGCS in relation to caesarean section rates. He told about a research strategy using data from the Medical Birth Registers (MBR) in order to analyse the trends in the Nordic countries. He presented some figures considering Robson Group I from Norway and Finland 1990-2009.

Conclusion

The network was established, consisting of the participants and including the colleagues,

who for various reasons was unable to participate

We planned to have at least one more open meeting, preferably as a similar pre-congress workshop, together with the next NFOG meeting (2014).

Colleagues related to the MBR are already networking, having a Nordic meeting every second year.

Michael Robson pointed at the need for and the advantages of reports classified in RTGCS from each delivery departments in order to be able to make reliable comparisons, here emphasising the current

focus on appropriate allocation of resources and economy.

Hanne Wielandt performs a list of Network-participants, collect the presentations and distribute this material in the network.

List of participants

Michael Robson
Ellen Løkkegaard (Dk)
Hanne Wielandt (Dk)
Ole Bredahl Rasmussen (Dk)
Thomas Bergholt (Dk)
Anna-Maija Tapper (Fi)
Aura Pyykönen (Fi)
Mika Gissler (Fi)
Mika Nuutila (Fi)
Nannali Pallasmaa (Fi)
Paivi Kivela (Fi)
Alexander Smarason (I)
Ragnheiður Bjarnadóttir (I)
Finn Egil Skjeldestad (N)
Kari Klungøy (N)
Anne-Karin Wikström (S)
Birgitte Sanda (S)
Janne Rossen (S)
Maria Jonsson (S)

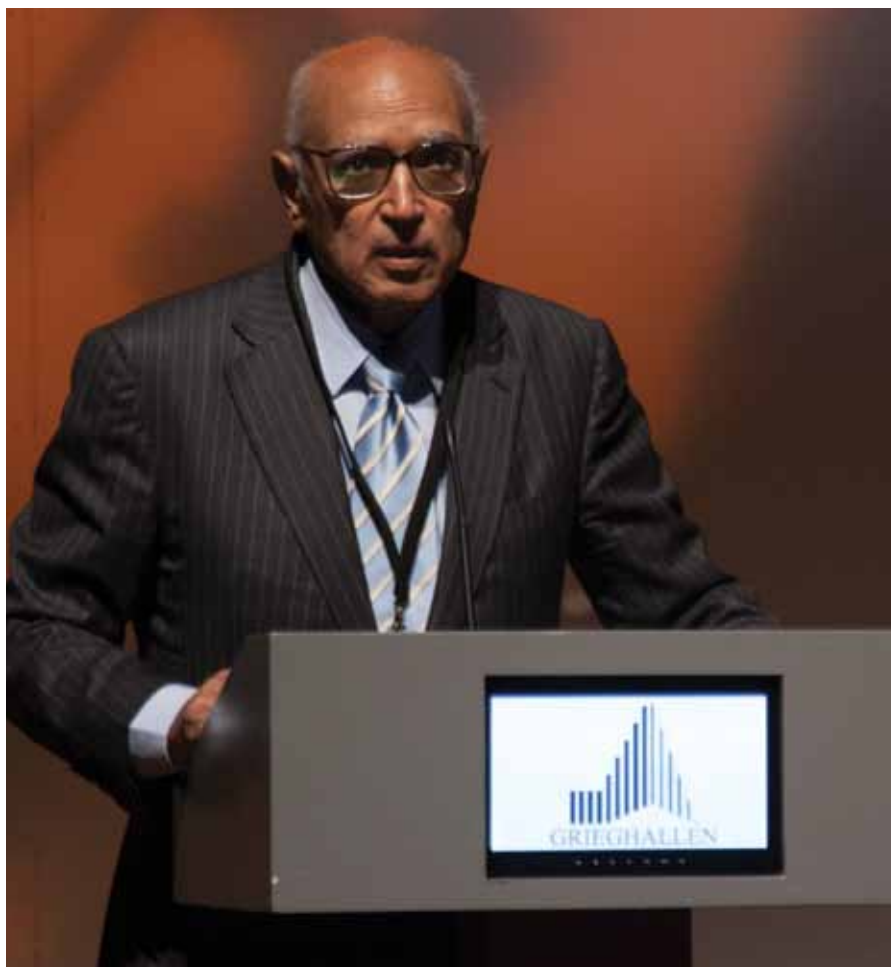


- Unni Kirste
- Kvinneklinikken AHUS
- Smerteklinikken, OUS og St Olav
- umk@getmail.no

NFOG 2012: Samtale med president i FIGO

Professor Gamal Serour

Åpningsforelesningen under den nylig avholdte NFOG kongressen Bergen 17.-19 juni ble holdt av FIGOs president professor Gamal Serour og omhandlet etiske problemstillinger innen reproduksjonsmedisin og kvinnehelse. Professor Serour har i mange år vært medlem og til dels leder av FIGOs etiske komite som i denne perioden har kommet med flere uttalelser som støtter kvinners rettigheter på flere områder. Han nærmer seg nå slutten på sin periode som president, men vil sitte i styret som «Past-president» i en periode til.



FIGOs president professor Gamal Serour. Foto: Håkon Broder Lund.

Professor Serour fortalte til Gynekologen at han er meget imponert over og glad for at Internasjonal helse og særlig Maternell helse ble så bredt behandlet og med så stor interesse på vår kongress. Bergen og NFOG kongressen var både faglig og sosialt en god opplevelse syntes han og han var da også med oss under mesteparten av kongressen. Gynekologens utsendte spurte ham hva FIGO nå ser som sine viktigste arbeidsområder og fikk til svar at man ser fattige og underutviklede land som sitt primære ansvarsområde. For tiden konsentrerer man seg om å styrke medlemsorganisasjonenes evne til å påvirke utviklingen i sine respektive land med tanke på å bedre helsetilstanden for kvinner. Dette forutsetter både å bidra til bedre medisinsk kompetanse for

Ser fattige og underutviklede land som sitt primære ansvarsområde



FIGOs president professor Gamal Serour. Foto: Håkon Broder Lund.

å holde kurs og workshoper. Over 50 slike er blitt holdt i ulike land den siste perioden. Emnene strekker seg fra praktiske ferdigheter i forløsningsteknikk, « Safe Abortion », prevensjon - til kvalitetssikring av sykehusdrift, respekt for pasienters integritet og autonomi osv.

Det faktum at man har kunnet ansette en full tids Generalsekretær har bidratt til å gjøre organisasjonen mer effektiv og øke aktiviteten slik at man også har kunnet bygge opp sentre for fistelpasienter som både underviser forebygging og reparasjon og behandler pasienter.

Mht Female Genital Mutilation eller det vi i dagligtale kaller kvinnelig omskjæring, anser FIGO det som viktig å arbeide for at omskjæring ikke skal finne sted og at medlemsorganisasjonene ikke deltar i eller støtter praksisen. Man tar derfor avstand fra medikalisering av slik praksis – altså at det skal bli en oppgave for helsevesenet å sørge for at det kan gjøres med mindre risiko.

helsearbeidere på grunnplanet, men også å øke politisk kompetanse ettersom man ser politiske forhold som viktig årsak til kvinners dårlige situasjon. For å oppnå dette søker man samarbeide med andre helsearbeiderorganisasjoner både lokalt og internasjonalt. Særlig jordmødre og sykepleiere er viktige her, men i stor grad jobber man i det internasjonale nettverk med de ulike FN – organer og store og små NGOer som Amnesty International, IPPS osv.

Nytt i de senere år er at Kina er blitt et aktivt medlem, og prof. Serours ønske i forhold til NFOG og de nordiske gynekologiske foreninger er at vi i enda større grad ville gå inn med støtte og rådgivning til være søsterorganisasjoner i land der gynekologene hadde mindre erfaring med og dårligere mulighet for slikt arbeid.

På spørsmål om verdens økonomiske krise hadde påvirket arbeidet, fikk vi vite at de store private sponsorer som Bill og Melinda Gates fondet ikke viste tegn til endret evne eller holdning, men fordi lokale

Professor Serour var imponert og glad for at Internasjonal helse og særlig Maternell helse ble så bredt behandlet, og med så stor interesse på kongressen.


foreninger og helsearbeidere hadde fått vansker med å reise på kurs og kongresser hadde man i større grad gått over til å sende folk ut til ulike land og steder for

Denne holdningen har vært til støtte i flere tilfelle der medlemsorganisasjoner har vært under press for å bistå med slike inngrep.

Oslo Endoscopic Winter Meeting 2013

International faculty

- Hans Brölman
- Jacques Donnez
- Jon Einarsson
- John Boggess
- Judith Huirne
- Olav Istre
- Jörg Keckstein
- Marc Possover
- Dick Schoot
- Mark Hans Emanuel



7.- 10. mars 2013

Quality Spa & Resort Norefjell

Påmelding og informasjon: <http://dittevent.no/OsloWinterMeeting2013/>
<http://osloendoscopicwintermeeting.no>

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

Olafiaklinikken 4.mai 2012

Etterutdanningskurs i kontor- diagnostikk og mikroskopi av genitale infeksjoner

Mikroskopi er et enkelt og rimelig hjelpemiddel for diagnostikk av genitale infeksjoner. I de senere år har blant annet den utbredte bruken av laboratoriebaserte dyrkningsprøver vært medvirkende til at man ofte har unnlatt å mikroskopere når kvinner kommer med symptomer på utflod. Nøyaktig anamnese, klinisk undersøkelse og mikroskopi gir som regel en korrekt primær diagnose, og det er i det vesentlige kun indikasjon for bakteriologisk dyrkning ved mistanke om gonore´, chlamydiainfeksjon eller infeksjon med mykoplasma genitalium.

Ved Olafiaklinikken hadde overlege og kursleder Usha Hartgill tilrettelagt et praktisk kurs med rikelig tid for deltagerne til selv å mikroskopere. Antallet kursdeltagere var begrenset til 17, noe som bidro til at kurset ble en Workshop med god kommunikasjon mellom undervisere og deltagere.

Professor Harald Moi holdt innledningsvis et engasjerende foredrag om genitale infeksjonssykdommer, diagnostikk og behandling. Vi fikk presentert en fin oversikt over de hyppigste årsaker til patologisk utflod, og mikroorganismers affinitet til ulike epiteltyper. Gonokokker, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum og BV-agens forårsaker infeksjon i sylinderepitel, mens



Usha Hartgill. Foto: Arild Tandberg.



Harald Moi. Foto: Arild Tandberg.



Foto: Arild Tandberg.

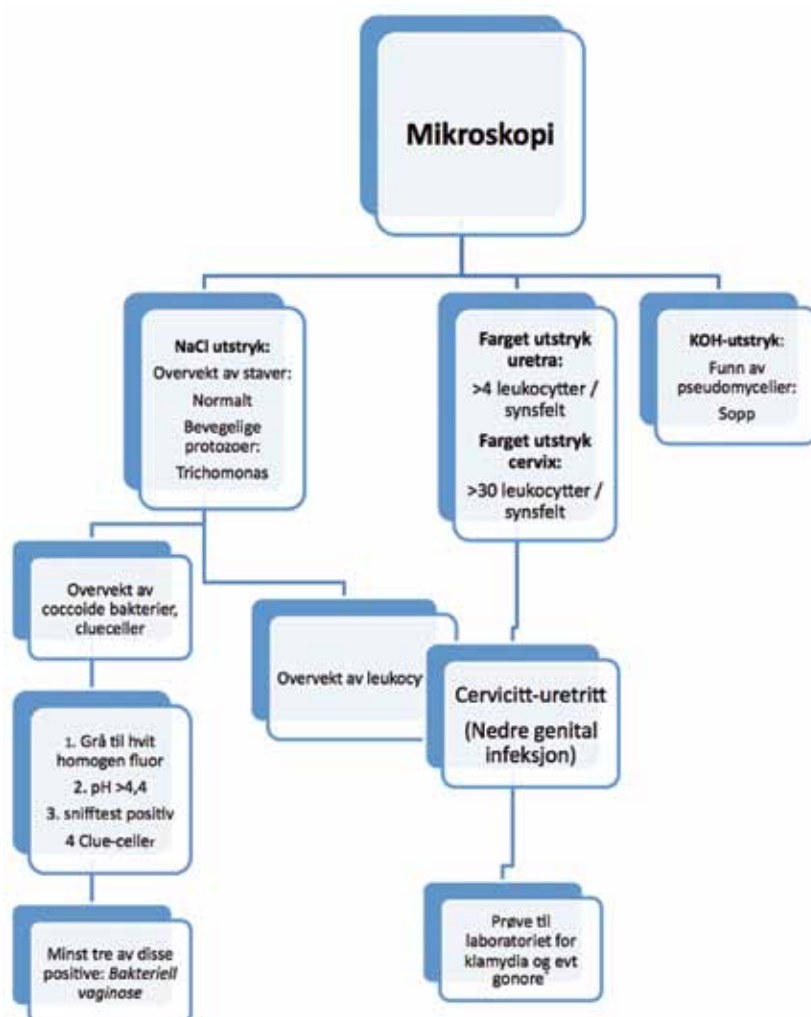
HPV, Candida, HSV, Trichomonas og BV-agens infiserer flerlaget plateepitel. Kliniske kriterier for nedre genital infeksjon og diagnostisering ble gjennomgått. Måling av pH er viktig. Riktig prøvetaking og klargjøring for mikroskopi ble vektlagt. Ved Chlamydia er det viktig at man med samme pinne tar prøve fra cervix, vaginalveggen og rundt vestibulum. Det ble utvekslet gjensidige erfaringer mht klinisk praksis undervegs, og forøvrig vises det til de to utførlige artiklene om emnet som er skrevet av Hartgill og Moi i Gynekologen 4-2011 og 1-2012.

Overlege Ivana Randjelovic gjennomgikk grunnprinsippene i mikroskopi ved genitale infeksjoner. Rutiner for klargjøring av saltvannspreparat, KOH-preparat, farging med Metylenblått og Gramfarging ble gjennomgått. Gradering av laktobaciller er av stor betydning. Vurdering av bakterier, evt protozoer, epitelceller, leukocytter og parabasale celler er viktig for diagnostiseringen. En ny og spennende verden åpenbarte seg for mange av deltagerne i form av vakre bilder av ulike preparater...

Jan Corneliusen fra firmaet Denton Mikroskopi sørget for en praktisk gjennomgang av oppsett og vedlikehold av mikroskopet. Selv om de fleste har mikroskop tilgjengelig, var det mye ny og morsom informasjon å hente før deltagerne ble delt inn i små grupper og selv fikk mikroskopere.

Det syntes å være stor enighet blant deltagerne om at dette var et kurs man fikk stort utbytte av. Det ble gitt uttrykk for at man var motivert og gledet seg til å gå i gang med et, for mange, nytt diagnostisk verktøy. Det var stor interesse for dette kurset, og mange fikk dessverre ikke plass. Det er derfor planer om et nytt, tilsvarende kurs ved Olafiaklinikken til høsten.

Kurset baseres på den utmerkede og klinisk rettede lærebok "Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer" av Harald Moi og Jan Martin Maltau. 2. utgave av 2008. Alle som er i klinisk praksis bør ha tilgang på et eksemplar. Figuren under er laget etter modell fra boken.



- Catarina Falck
- Avtalespesialist i Oslo, Dybwadsgynekologene
- catafa@me.com

FIGO 2012

FIGO 2012 ble avholdt i Roma 7.-12.oktober. og jeg dro dit med store forventninger.

Kongressen

Kongressen ble avholdt på Fiera di Roma, et enormt kongressenter kort vei fra flyplassen og ikke fullt så kort fra sentrum. Det siste gjorde morgensesjonene, som startet kl 08:00 nærmest umulige å nå. Kongressenteret fungerte heller ikke optimalt, men det er selvsagt en stor utfordring å finne lokaler som fungerer for 8000 kongressdeltagere.

Gallamiddagen var, i følge de som fikk oppleve den, en fantastisk opplevelse i et vakkert palass hvor alt fungerte perfekt for nesten 1000 middagsgjester. Man kan det å lage fest i Italia!

Faglig sett spenner FIGO vidt, og ut av det kommer det mye interessant og noe litt mindre interessant. Jeg var både på obstetriske og gynekologiske sesjoner. Ikke alltid like relevante "take home- messages" for oss som kommer fra et av verdens mest ressursrike hjørner. Men det gjør inntrykk å høre om kvinnehelsens kår i vanskeligere stilte deler av verden. Man veksler mellom å bli imponert og deprimert. I det ene øyeblikket er man på en sesjon med intenst engasjement for å redde kvinneliv. Neste sesjon åpenbarer like intenst, men litt mindre forståelig engasjement rundt gynekologisk plastisk kirurgi.

Mange av FIGO sine egne sesjoner hadde glimrende foredragsholdere og belyste sine temaer på utmerket vis. Jeg var ikke like imponert over foredragene på Free communications. Fravær av røde tråder, ulik kvalitet på innhold og fremføring og tidvis ingen fremføring fordi foredragsholderen ikke møtte. Det var direkteoverførte kirurgiske sesjoner, og de kollegene som overvar disse, var veldig fornøyd. Mange av de gynekologiske sesjonene var også bra.

Menneskene

Det var ca 8000 deltagere på kongressen og jeg traff vel et sted mellom 15 og 20 nordmenn.

Det er fint med to-legepraksis i Dybwadsgate, men en av de store tingene med å være på kongress er at man møter så mange hyggelige kollegaer, fra inn-og utland. For meg som avtalespesialist er det også en fin måte å få tilbake litt oversikt over hvem-hva- hvor på sykehusene. Sykehuslegene får kanskje noen ansikter å plassere på stemmene i den andre enden av telefonen. Og så utveksles det kunnskap og innspill til bedre samarbeid. Bra saker!

Den Evige Stad

Det er noe med det å vandre i brostengater, med vakre, gamle hus og statuer på hvert gatehjørne og antikken rett rundt neste sving. Roma er en magisk by.

Det er også en by jeg går meg vill i hvert 5. minutt, men med god hjelp av Vespajenter, fruktselgere, elegante romerinner og mer eller mindre galante menn kommer jeg alltid dit jeg skal. Til slutt.

Roma er også full av kafeer, verdens beste isbarer og restauranter, mange av dem med VELDIG god mat og noen av dem med den nesten perfekte Tiramisuen. Også er det fin norsk sommer i oktober!

Drar jeg på FIGO kongress igjen? Sannsynligvis. Man får faglig påfyll.. Ikke så mye til daglig bruk i praksisen., men sterke påminnelser om de store utfordringer kvinner og kolleger står overfor hver dag i verden. Man får noen nye synsvinkler på ting. Og man får alle disse fine, morsomme, nyttige møtene med gode kolleger.

Drar jeg til Roma igjen? Prontissimo!!



2013

NUGA kongress

17. januar - 19. januar 2013. Helsinki, Finland

2nd International CONgress on Womens Health and Abortion

22. januar - 25. januar 2013. Bangkok, Thailand

EuroAmerican MultiSpecialty Summit VI

13. februar - 16. februar 2013. Orlando, USA

Oslo endoscopic winter meeting 2013

07. mars - 10. mars 2013. Norefjell

Diabetes, Hypertension, Metabolic syndrom & Pregnancy

13. mars - 16. mars 2013. Firenze, Italia

Vårmøte

04. april - 05. april 2013. Stavanger

First global conference on Contraception and reproductive health

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

IV Nordic Congress on Endometriosis

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

Ist world congress on pelvic pain

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

Ist world congres on abdominal and pelvic pain

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

European ISSHP Congress

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

Nordisk jordmorkongress

13. juni - 15. juni 2013. Oslo

World Congress of Perinatal Medicine

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

RCOG Word Congress 2013 Liverppol

24. juni - 26. juni 2013.

I0th Congress, European Society of Gynecology

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

22nd annual Congress ESGE

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

I8th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynaecology & Infertility (COGI)

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

Årsmøte norsk gynekologisk forening

24. oktober - 26. oktober 2013. Drammen

2014

I2 world Congress on Endometriosis

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



elevate™ PC

Anterior & Posterior
Prolapse Repair Systems



Total transvaginal approach



One Incision



Visit our booth!

We are here to stay!

For nærmere informasjon,
og bestilling tlf: 67 11 58 70

www.upviser.com

2012 American Medical Systems Europe B.V. All rights reserved.



UpViser
challenging gravity