

24-I  
2011

# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



## INNHold

■ Laparoscopiopplæring i Jerusalem s. 10 ■ NPE-debatt s. 22 ■ Et trygt fødetilbud s. 34 ■ HPV tester- hva gjelder det egentlig? s. 39 ■





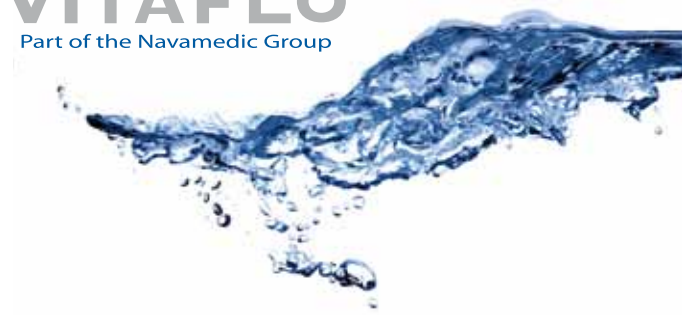
# p = 0.027

- Effektiv etterbehandling ved Bakteriell vaginose  
(ref.: B Stray-Pedersen et al, BMC Women's Health 2008, 8;3)
- Ecovag Balance® inneholder naturlige kvinnelige melkesyrebakterier og har i vitenskapelige, kliniske studier, bevist sin effektivitet  
Les mer på [www.vitaflo.net](http://www.vitaflo.net)
- Ecovag Balance skal *kun* doseres én gang daglig
- Ecovag Balance fås på apotek og i Vitaflors nettbutikk



Vitaflo Scandinavia AB NUF  
Fornebuveien 44,  
Postboks 107, 1325 Lysaker  
Telefon: 67 11 25 40  
Fax: 67 11 25 41  
Web: [www.vitaflo.net](http://www.vitaflo.net)  
E-post: [infono@vitaflo.net](mailto:infono@vitaflo.net)

  
**VITAFLO**  
Part of the Navamedic Group



# 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

Runa Sigrd Aabø  
Sandvika Spesialistsenter  
E-mail: raa@sandspes.no  
Tlf: 41 51 87 15

## Medredaktør

Tom Seeberg  
Spesialistpraksis, Tønsberg  
E-mail: tomseebe@online.no  
Tlf: 909 13 464

## Redaksjonsmedlemmer

Kristin Skogøy  
Nordlandssykehuset HF  
E-mail: kristin.skogoy@nlsh.no  
Tlf: 952 75 910

Margit Steinholt  
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen  
E-mail: Margit.Steinholt@sasyk.nl.no  
Tlf: 993 55 760

Anne Zandjani  
Ski Spesialistsenter  
E-mail: az@skispes.nhn.no  
Tlf: 926 43 680

## 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 Skår

## GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

## Materiellfrister 2011

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

# Innhold

■ <b>Redaktøren</b>	4
■ <b>Leder</b>	6
■ <b>Artikkel</b>	
Svangerskapsdiabetes	8
Laparoscopi-opplæring i Jerusalem	10
Tanzania - en uforglemmelig opplevelse	14
"Smestadgynekologene"	17
■ <b>Debatt</b>	
Fjernet friske organer!	20
Erfaring med Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	22
Om kvaliteten på norsk fødselshjelp	26
■ <b>Disputas</b>	
Master of business administration	28
Fedme og risiko for livmorkreft	29
■ <b>FUGO</b>	
Kjære FUGO-medlemmer!	31
FUGO kurs : Menopause / Klimakteriet	32
■ <b>Foreningsnytt</b>	
Et trygt fødetilbud	34
Velkommen til Årsmøte NGF i Ålesund 2011	35
NFOG Fund	36
EBCOG President's Newsletter	37
HPV tester – hva gjelder det egentlig?	39
■ <b>Kurs/kongress</b>	
Fokus på Polycystisk Ovariesyndrom(PCOS)	40
International Federation of Placenta Associations (IFPA)	44
NGFs vårmøte 2011	45
Kongresskalender	46



24-1  
2010



Norsk gynekologisk forening  
DEN NORSKE LEGEFORENING

## Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2010-2011

Leder	Bjørn Backe	NTNU, Kvinneklubben St.Olavs Hospital	bjorn.backe@ntnu.no	900 35 427
Nestleder	Knut Hordnes	Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus	knut.hordnes@uib.no kevin. s. oppegaard@	915 38 874
Vitenskapelig sekretær	Kevin Sunde Oppegaard	Gyn. avdeling, klinikk Hammerfest	helse-finnmark.no	78 42 10 00
Kasserer	Torill Kolås	Sykehuset Innlandet Lillehammer	torill.kolaas@c2i.net	911 55 703
Styremedlem og Redaktør Gynekologen (PSL)	Runa S. Aabø	Sandvika Spesialistsenter	raa@sandspes.no	415 18 715
Sekretær (FUGO)	Marte Myhre	Ringerike sykehus, Hønefoss	martemyhre@yahoo.no	990 02 294
Varamedlem	Synnøve Lian-Johnsen	Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus	synnove.johnsen@helse-bergen	909 57 029
Varamedlem (for PSL)	Jørn-Hugo Karlsen	Privatpraksis, Tønsberg	jorn.h@bluezone.no	950 20 854
Varamedlem (for FUGO)	Erik Andreas Torkildsen	Kvinneklubben, Stavanger Universitetssjukehus	toea@sus.no	926 01 220

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

# Meld deg på Vår møtet!



**7.** og 8. april blir NGF's Vår møte arrangert for fjerde gang. Praktiserende spesialister i Bergen har denne gang påtatt seg å arrangere kurset, og programmet er også i år variert og med stor klinisk relevans for kolleger både i og utenfor sykehus.

**V**år møtet har etablert seg som en arena for faglig oppdatering innenfor de ulike deler av vår spesialitet. Foreleserne holder et høyt nivå, og arrangementskomiteene har klart å sette sammen program som oppleves som aktuelt og utbytterikt både for LIS og ferdige spesialister. I tillegg er dette en fin anledning til å møte kolleger i en uformell, sosial setting.

**A**kershus universitetssykehus var først ute som arrangør. Deretter stilte Stavanger og Trondheim med engasjerte kurskomiteer. Det blir Bergen i år før Oslo Universitetssykehus, Ullevål overtar stafettspinnen i 2012.

**V**år møtet avholdes uten industrien tilstede og man kan søke Legeforeningens utdanningsfond for refusjon av utgifter. Påmelding på e-post til [kurs.bergen@legeforening.no](mailto:kurs.bergen@legeforening.no)

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

### STAN-GRUPPEN

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

### LAPAROSKOPIUTVALGET

Jostein Tjugum, Ingeborg B. Engelsen, Anton Langebrekke, Marit Lieng, Eilef Hellem

### NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

### GYNEKOLOGEN

Runa S. Aabø, Tom Seeberg, Kristin Skogøy, Margit Steinholt, Anne Zandjani.

### KVALITETSUTVALGET

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

### FUGO

Erik Andreas Torkildsen (2010/2011), Sjur Lehmann (2011/2012), Kristine Kleivdal (2010/2011), Christian Tappert (2011/2012), Pawel Wilkosz (2010/2011) og Marte Myhre (2011/2012)

### NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

### REVISJONSKOMITE – PROSEDYREKODER

Anne Zandjani, Stian Vestad

### ANDRE RELATERTE INSTANSER:

#### SPESIALITETSKOMITEEN

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

#### NFGO

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

#### EBCOG (For 2010-2011):

Bjørn Backe, Runa Aabø (PSL/NGF), Rolf Kirschner (EXEC)

#### NFOG'S NEMNDER

Tone Skeie Jensen (etterutdanning), Knut Hordnes (vitenskapelig komite)

# Rephresh Vaginalgel

## MOTVIRKER LUKT OG UØNSKET UTFLOD

Regulerer effektivt vaginal pH  
i hele 3 døgn per dosering.

Gjenoppretter normal  
flora vaginalt.

Anbefal Rephresh til dine pasienter som  
ofte har infeksjoner. Klinisk dokumentert  
effekt i form av publiserte studier.

Klinisk  
dokumentert  
– Kjøpes i  
apotek



Ring eller mail oss for  
dokumentasjon og  
pasient informasjon.

Markedsføres av

 **MEDLITE**

Medlite AS, pb 288, 3081 Holmestrand  
Tlf. 33 09 62 12 – post@medlite.no  
www.medlite.no

- St. Olavs Hospital
- bjorn.backe@ntnu.no

# Helsetilsynets utrykningsgruppe: Mordkommisjon, ikke havarikommisjon



I et oppslag i VG i sommer var helseminister Strøm Eriksen forbauset over at Høyre og Krf ber Stortinget opprette en havarikommisjon for helsevesenet, når det på hennes initiativ nylig var opprettet en utrykningsgruppe (<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=10008226>).

Dette tyder på at ministeren (dvs. Departementet) ikke er klar over forskjellen mellom havari- og mordkommisjon. I et intervju hun ga kort etter virker det også som om hun ikke kjenner til at det allerede er meldeplikt for alvorlige hendelser, for eksempel unaturlige dødsfall (<http://www.youtube.com/watch?v=imkqhZ3u7wQ>). Dette viser igjen at kunnskap om helsevesenet er mangelfull i Departementet.

Heldal, Haugen og Kongsvik hadde et viktig debattinnlegg i Dagens Medisin 27.01.2011 om havarikommisjoner og forslaget om helsehavarikommisjon. I vårt fag har vi noe å lære bort til andre, nemlig perinatalkomiteene.

Siden 1984 (NOU 1984:17 Perinatalomsorg i Norge) har vi hatt perinatalkomiteer, som har overlevd til tross for manglende støtte fra sykehuseiere og helsemyndigheter.

Intensjonen med perinatalkomiteer er å lære av ting som går galt, for å unngå gjentakelser. Det er ikke mange år siden juristene i (det gamle) Helsedirektoratet insisterte på at Fylkeslegen skulle ha beskjed om perinatalkomiteens vurdering. De forsto ikke at perinatalkomiteene arbeidet etter samme prinsipp som havarikommisjonene, hvor regelen er at opplysningene som gis til havarikommisjonene ikke kan brukes av domstoler eller politi, og hensikten med kommisjonens arbeid utelukkende er å undersøke hva man kan lære med tanke på å unngå at tilsvarende skjer om igjen. Man behøver altså ikke skjele til luftfart eller jernbanesektoren for å forklare hvordan en havarikommisjon for helsevesenet skal fungere, vi har etablert dette allerede i vårt fag. Hittil har det vært helt umulig å få forankret perinatalkomiteene i lovverket. Når perinatalkomiteene nå er tatt med i Helsedirektoratets kvalitetskrav til fødeinstitusjoner er det et vesentlig gjennombrudd.

På helseministerens initiativ har Stortinget vedtatt en to-årig forsøksordning med både umiddelbar varslingsplikt ved alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten og at opprettelse av en utrykningsgruppe i Helsetilsynet. Tanken er nok at Tilsynet skal kunne jobbe kjappere, innhente muntlig informasjon fra sykehuset og eventuelt rykke ut og etterforske, det vil si snakke med involvert personell og pårørende kort etter hendelsen. Men disse mulighetene har Helsetilsynet hatt fra før, de kan både rykke ut og de kan snakke med hvem de vil. Årsaken til at de sjelden har rykket ut er vel at det sjelden er nødvendig? – Det kan virke som om Stortinget ikke var oppdatert verken på meldeplikter eller Helsetilsynets

arbeid, dersom Helsedepartementet hadde primet Helseministeren i forkant hadde hun kanskje unngått å få Stortinget til å slå inn åpne dører.

Tilsynet må følge ordre. Deres funksjon er ikke endret, mandatet er å avgjøre om lover og forskrifter har vært fulgt. Det er solid erfaring for de fokuserer på personsvikt, de er mindre opptatt av systemsvikt. Derfor er det ikke så rart om Tilsynets nye utrykningsgruppe blir opplevd som syndebukkjegere, som en Mordkommisjon. Og da kan det være viktig å passe på hva man sier. Selvransakelse og grublerier om man handlet riktig som man er preget av for eksempel i dagene etter at man har mistet et barn, bør man spare til en annen anledning. Kanskje spare til en framtidig havarikommisjon for helsevesenet hvor man kan uttale seg uten risiko for reprimander? Eller perinatalkomiteen?

Det er uklart om man med en slik utrykningsgruppe vil oppnå noe utover å framstå som handlekraftig og effektiv. Obduksjonsrapporter og laboratoriesvar må man uansett avvente. Min erfaring er at en kritisk hendelse ofte framstår klarere etter noen dager, når emosjonene har lagt seg og ettertanken har virket litt. I uformelle og formelle samtaler faller ofte brikker på plass etterhvert. I avhør foretatt av Tilsynet kort etter en hendelse er man i en meget vulnerabel fase. Husk at dette er etterforskning, ikke faglig dialog, og alt du sier kan brukes mot deg.

Det sitter gynekologer på begge sider av bordet når en utrykningsgruppe kommer: Pass på rollene og vit hva dere driver med, husk hva slags gruppe dette er! Havarikommisjoner følger det prinsipp at

opplysningene som kommer fram, ikke kan/ skal brukes av politi og andre myndigheter. Havarikommisjoner kan man diskutere med uten risiko for at det man sier blir brukt mot en. Når man møter Helsetilsynet bør man passe på og bare uttale seg om det man har sett og erfart, ikke hva man tror og tenker. Man bør opptre som vitne, ikke som sakkyndig. Og man bør ikke møte Tilsynets etterforskere alene, men ha med seg en kollega (tillitsvalgt?) som kjenner saken og som man stoler på.

**F**orslaget fra Høyre og Krf om å opprette Statens Havarikommisjon for helsesektoren (SHH) kommer opp i Stortinget med det første. Det som er helt klart med dagens oppfølging av feil og tabber er at årsakene til personlige feil ikke blir lagt nok vekt på. Syndebukkjegerne går ikke tilstrekkelig inn i analyser av situasjonen, de har ikke ambisjoner om å endre ting for å redusere risikoen for at det oppstår personlige feil. Ofte kan man tenke seg muligheten av å gjøre arbeidssituasjonen enklere, for å redusere risikoen for feil. Et banalt eksempel er muligheten for å justere papirhastigheten på CTG apparater, som er helt unødvendig og derfor ikke bør finnes på utstyr som selges i Norge. Når det er gjort et unødvendig keisersnitt på grunn av tilsynelatende preterminal CTG som i etterkant viser seg å skyldes feil papirhastighet og dette defineres som en person svikt, skjer intet annet enn at vedkommende som allerede har fått en lærepenge, får en til. Det effektive tiltaket er å forby bruk av CTG apparater hvor slikt er mulig. Hvorfor er ikke dette gjort, for lengst? Dette kan reguleres, tilsynsmyndighetene har anledning til det.

**E**t mindre banalt eksempel og en mye hyppigere årsak til feilvurderinger og skade på pasienter er arbeidssituasjonen til primærvaktene ved travle avdelinger. I situasjoner som krever årvåkenhet og konsentrasjon er de ofte alene og aldri skjermet men står til fri avbenyttelse for alle, det er de som alle ringer og som må svare

på telefoner, callinger og henvendelser om andre pasienter. Dette er en arbeidssituasjon som ikke forenlig med den konsentrasjon som kreves hvis den samme vaktstående har ansvaret for å følge et fødselsforløp når CTG er avvikende/patologisk, eller kanskje vanskelig å tolke.

**N**å har vi fått "Et trygt fødetilbud", Helsedirektoratets kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. Ikke tvil om at det

dokumentet kan føre til et kvalitetsløft for faget vårt. Det kan bli interessant å se om en SHH også føre utviklingen videre ved å ta tak i problematikken om tilrettelegging av arbeidssituasjoner for å redusere risikoen for feil, slik at vi virkelig får Risk management opp på bordet, og kanskje etter hvert kommer bort fra at syndebukkjakt er det eneste "kvalitetsfremmende" tiltaket som myndighetene er engasjert i.

WWW.NFOG2012.NO

WELCOME TO  
**38TH NORDIC CONGRESS  
OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**  
17-19 JUNE 2012, BERGEN, NORWAY

38TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Norsk gynekologisk forening

- Tore Henriksen
- Professor, Fødeseksjonen, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus
- Tore.henriksen@oslo-universitetssykehus.no

# Svangerskapsdiabetes

## Forlag til nye internasjonale diagnostiske kriterier

**Gravide med diabetes kan deles i to hovedgrupper. De med kjent diabetes før svangerskapet (pregestasjonell diabetes) og de som får påvist diabetes i svangerskapet (svangerskapsdiabetes, internasjonalt forkortet GDM)). Det er liten uenighet om nytten av å oppdage og behandle pregestasjonell diabetes. Når det gjelder den kliniske betydningen av GDM har synspunktene vært divergerende. Det har blant annet vært påpekt at gjeldende retningslinjer for GDM i "Veilederen i fødselshjelp" (1) lett sykeliggjør gravide med "milde" former for diabetes/glukoseintoleranse og bidrar til unødig intervensjon og ekstra kostnader.**

GDM defineres internasjonalt som "any degree of glucose intolerance with onset or first recognition during pregnancy", altså enhver form for "glukoseintoleranse" som erkjennes første gang i svangerskapet (2,3). Denne definisjonen omfatter både de som går inn i svangerskapet med en uoppdaget (pregestasjonell) diabetes og de som utvikler diabetes/glukoseintoleranse i løpet av svangerskapet.

Internasjonalt ble GDM definert for over 40 års siden (4). Det har imidlertid aldri vært internasjonal enighet om operative definisjoner av GDM. Da GDM ble definert for mer enn 40 år siden baserte definisjonen seg på kriterier som ble brukt i den ikke gravide del av befolkningen og diagnosen GDM hadde opprinnelig som mål å identifisere kvinner med risiko for å utvikle diabetes senere i livet (5).

### Ny kunnskap om GDM og dens konsekvenser

I løpet av de siste 10-15 år har imidlertid en rekke studier gitt oss tre viktige nye erkjennelser. Den første er at GDM medfører en betydelig økt risiko for uheldige perinatale utfall (bl a store barn

med høyt kroppsfett, skulderdystoci, bruk av keisersnitt og neonatal hypoglykemi) (6-9). Den andre er at barn født av gravide med GDM selv har økt risiko for diabetes og overvekt senere i livet (10,11). Den tredje erkjennelsen er at sammenhengen mellom den gravides blodglukoseverdier og de perinatale utfall er kontinuerlig. Det betyr at det ikke er slik at blodglukose må over et bestemt nivå ("diabetisk nivå") for at risikoen for perinatale komplikasjoner skal øke. Risikoen øker "jevnt og trutt" med økende nivå av blodglukose i svangerskapet, fra de laveste til de høyeste. Det er blant annet vist i den store HAPO-studien som omfattet ca 25 000 gravide fra en rekke ulike land og geografiske områder (6). Spesifikt viste HAPO-studien at risikoen for høy fødselsvekt (>90 percentilen), preeklampsi, forløsning med keisersnitt, neonatal hypoglykemi og høyt nivå (>90 percentilen) av C-peptid i navlestrengsblod økte kontinuerlig med økende blodglukoseverdier. Disse sammenhengene gjaldt enten man brukte fastende glukose, 1-times eller "2-timersverdien" fra en 75 g glukosebelastningstest. Funnene var i hovedsak de samme når de sammenliknet ulike geografiske områder og befolkninger.

### Forslag til nye diagnostiske kriterier for GDM

På denne bakgrunn tok International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group (IADPSG) i 2008 initiativet til å revidere de diagnostiske kriteriene for GDM (12). Utgangspunktet var at GDM nå skulle defineres på grunnlag av risikoen for perinatale utfall. Videre var det enighet om at blodglukoseverdiene og de perinatale utfall i HAPO-studien skulle være grunnlaget for de nye diagnostiske kriteriene for GDM. De perinatale utfall som ble valgt var fødselsvekt over 90 percentilen, C-peptidkonsentrasjonen i navlestrengsblod (den nyfødtes "insulinnivå") og prosent kroppsfett hos den nyfødte. Alle disse tre utfallene var sterkt assosiert med de tre mål på mors blodglukose, d v s fastende verdier, og 1 og 2 timers verdiene etter 75 g glukosebelastnings test.

For å definere grenseverdier for diagnose av GDM (diagnostiske kriterier) benyttet IADPSG's konsensuspanel middelverdien (mean) av fastende, 1 og 2 timers blodglukose i HAPO-populasjonen som referanseverdi for risikoberegning (odds ratio). De(n) grenseverdier som definerer GDM er de(n)



glukoseverdien(e) som medfører at justert odds ratio for de utfallene som er nevnt ovenfor er lik eller overstiger 1.75.

På dette grunnlaget forslår IADPSG følgende nye kriterier for diagnosen av GDM der minst én av verdiene må være lik eller over grensene vist nedenfor. Andelen av gravide som etter disse kriteriene ventelig får diagnosen GDM er angitt til høyre.

	Glukose-grense for GDM (plasma eller serum)	Andel med GDM (%)*
Fastende	5.1 mmol/l	8.3
1-times verdien	10.0 mmol/l	14.0
2-timers verdien	8.5 mmol/l	16.1 <sup>#</sup>

\*Prosenten er akkumulativ d v s at én, to eller alle tre verdiene er til stede.

<sup>#</sup> I tillegg kommer 1.7 prosent med manifest diabetes oppdaget i svangerskapet, se nedenfor)

Gravide som får diagnosen GDM etter IADPSG's nye definisjoner vil ha ca dobbelt så høy risiko for store barn (>90 percentilen), høy prosent kroppsfett (> 90 percentilen) og hyperinsulinemi ( C-peptid >90 percentilen ). Risikoen for preeklampsi vil også være doblet.

Risikoen for preterm fødsel og keisersnitt vil være økt med ca 50 prosent.

IADPSG definerer begrepet nyoppdaget "overt" (manifest) diabetes i svangerskapet som en glukoseintoleranse der fastende plasma glukose  $\geq 7.0$  mmol/l, og/eller HbA1c  $\geq 6.5\%$  og/eller en tilfeldig tatt plasmaglukose er  $\geq 11.1$  mmol/l. Sistnevnte funn anbefales bekreftet med fastende verdi eller HbA1c. Formelt sett utgjør gravide med manifest diabetes en egen kategori fordi de ikke inngår i HAPO-populasjonen. Imidlertid er det biologisk rimelig å tro at de risikomessig ligger på den samme kontinuerlige "risikolinjen" som HAPO-populasjonen.

### Klinisk nytte av å oppdage GDM

Verken de nye definisjonene eller vår kunnskap om risikoene de medfører gir oss svar på spørsmålet om hvilken klinisk nytte det har å oppdage GDM. Finnes det tiltak som reduserer risikoen for komplikasjoner i klinisk relevant grad ?

To randomiserte intervensjonsstudier av GDM er publisert i løpet av de siste

årene (13,14). Intervensjonen besto i kost- og livsstilråd. Det ble vist en lavere forekomst av store barn, skulderdystoci (fastsittende skuldre) og preeklampsi i intervensjonsgruppen. Et problem er imidlertid at definisjonen av GDM i disse studiene ikke er identisk med IADPSG's nye definisjon. Men glukoseverdiene (inkludjonskriteriene) i de to studiene overlappet i stor grad med IADPSG's kriterier. Dessuten var forekomstene av svangerskapskomplikasjoner i kontrollgruppen nær de samme som i HAPO-populasjonen. Det gjør populasjonene rimelig sammenlignbare og øker sannsynligheten for at kost- og livsstilsråd blant gravide etter IADPSG's kriterier vil ha liknende effekter.

Uavhengig av variasjoner i definisjonen av GDM finner vi i dag en betydelig høyere andel av gravide med GDM som har nyoppdaget type 2 diabetes, d v s at de sannsynligvis gikk inn i svangerskapet med uerkjent type 2 diabetes. Dette henger sammen med den kraftige økningen av overvekt og fedme i den yngre befolkningen (15, 16). Denne undergruppen av gravide med GDM har høyere risiko for komplikasjoner enn de med mer "tradisjonell" GDM (17). Det henger blant annet sammen med at glukosenivåene er økt allerede tidlig i svangerskapet, d v s de har oftest en tidlig innsettende GDM.

IADPSG's konsensuspanel ble ikke enige om bare gravide med økt risiko for GDM eller om alle gravide skal screenes for GDM ved 1. svangerskapskontroll. Som screeningmetode anbefales fastende plasma glukose, HbA1c eller et tilfeldig målt plasma glukose. Panelet anbefaler imidlertid at alle gravide testes med en 75 g glukosebelastning ved 24-28 uker. Dette er forslag til retningslinjer vi neppe kommer utenom å diskutere i Norge. Da må man blant annet ta standpunkt til følgende problemstilling: Gitt at GDM innebærer en økt risiko for komplikasjoner på ca 100 % (d v s odds ratio på ca 2 etter IADPSG's definisjon) og gitt effekten av de behandlingsmessige tiltak vi rår over (13, 14) , er det berettiget å bruke de ressurser adopsjon av IADPSG's kriterier vil medføre?

### Referanser

1. Veileder i Fødselshjelp 2008. [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)
2. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus (Position Statement). Diabetes care 2009; 32 (Suppl 1)

S62-S67.

3. Metzger BE, Coustan DR. Summary and recommendations of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus: the organizing committee. Diabetes care 1998; 21 (Suppl.2) B161-B167.
4. O'Sullivan JB, Mahan CM. Criteria for oral glucose tolerance test in pregnancy. Diabetes 1964;13:278-85
5. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, De Leiva A, Dunger DB, Hadden DR, Hod M, Kitzmiller JL, Kjos SL, Oats JN, Pewitt DJ, Sacks DA, Zouzas C. Summary and recommendations of the Fifth Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes care 2007;30 (Suppl. 2):S251-S260.
6. HAPO Study Cooperative research Group, Metzger BE et al. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J med 2008; 358; 1991-2002.
7. Pettitt DJ, Knowler WC, Baird HR, Bennett PH. Gestational diabetes: Infant and maternal complications of pregnancy in relation to third-trimester glucose tolerance in the Pima Indians. Diabetes care 1980;3:458-64.
8. Jensen DM, Korsholm L, Ovesen P, Beck-Nielsen H, Mølsted-Pedersen L, Damm P. Adverse pregnancy outcome in women with mild glucose intolerance: Is there a clinically meaningful threshold value for glucose? Acta Obstet Gynecol Scand 2008;87:59-62.
9. Sermer M, Naylor CD, Gare DJ, Kenshole AB, Ritchie JW, Farine D, Cohen HR, McArthur K, Holzapfel S, Biringier A. Impact of increasing carbohydrate intolerance on maternal-fetal outcomes in 3637 women without gestational diabetes: the Toronto Tri-Hospital Gestational Diabetes Project. Am J Obstet Gynecol 1995;173:146-56.
10. Pettitt DJ, Knowler WC. Long term effects of the intrauterine environment, birth weight, and breastfeeding in Pima Indians. Diabetes Care 1998; 21 (Suppl.2): B138-B141.
11. Hillier TA, Pedula KL, Schmidt MM, Mullen JA, Charles MA, Pettitt DJ. Childhood obesity and metabolic imprinting: the ongoing effects of maternal hyperglycemia. Diabetes Care 2007; 30:2287-92.
12. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. Diabetes care 2010;33:676-82.
13. Crowther CA, Hillier JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS. Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. N Engl J med 2005;352:2477-86.
14. Landon MB et al. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units network. A multicenter randomized trial of treatment of mild gestational diabetes. N Engl J Med 2009; 361;1339-48.
15. Feig DS, Razzaq A, Sykora K, Hux JE, Anderson GM. Trends in deliveries, prenatal care, and obstetrical complications in women with pregestational diabetes: a population-based study in Ontario, Canada, 1996-2001. Diabetes Care 2006;29:232-5.
16. Lawrence JM, Contreras R, Chen W, Sacks DA. Trends in the prevalence of preexisting diabetes and gestational diabetes mellitus among a racially/ethnically diverse population of pregnant women 1999-2005. Diabetes care 2008;31:899-904.
17. Gestational diabetes mellitus diagnosed during early pregnancy. Bartha JL, Martinez-Del-Fresno P, Comino-Delgado R. Am J Obstet Gynecol. 2000;182:346-50

- Åse Vigdis Vikanes
- AseVigdis.Vikaner@fhi.no

# Laparoscopy-opplæring i Jerusalem

**Norwegian Aid Committee (NORWAC)** er en humanitær organisasjon som siden 1980-tallet har arbeidet med helse relatert arbeid primært i de okkuperte palestinske områdene (OPT). Etter 1994, da de palestinske selvstyremyndighetene ble opprettet som resultat av Oslo-avtalen, har NORWAC kun samarbeidet med offentlige palestinske helsemyndigheter. I Gaza og på Vestbredden arbeides det for tiden med kapasitetsbygging hvor det overordnede målet er å forberede helsetjenestene for en palestinsk stat. NORWACs prosjekter finansieres i hovedsak av Utenriksdepartementet (UD), og er rettet mot tre hovedområder: støtte til utdanning av og kompetanseheving av offentlig helsepersonell, finansiering av medisinsk utstyr og endelig infrastruktur og støtte til medisinske kriseteam fra Norge med akutt nødhjelp.

OPT hadde i 2009 3.9 millioner innbyggere (1.5 millioner i Gaza og 2.4 på Vestbredden, med en fertilitetsrate på henholdsvis 5.4 og 4.2). Palestinsk forening for gynekologer og obstetrikere har omtrent 160 medlemmer.



Hos Erik Fosse.

## Laparoskopi på Oljeberget

I 2008 fikk NORWAC støtte fra UD til kjøp av laparoskopi- og hysteroskopiutstyr for gynekologisk avdeling, Makassed Islamic Charitable Hospital som er lokalisert på Oljeberget i Øst-Jerusalem. Makassed ble etablert i 1956, har 250 senger, vel 700 ansatte og er det ledende medisinske senteret (referral hospital) i Palestina. Gynekologisk-obstetriske avdeling har 4 overleger, 12 assistentleger, 5 turnuskandidater og har ansvar for 3200 fødsler per år.

I 2008 hadde jeg nylig flyttet til Jerusalem, siden mannen min som er diplomat jobber der. Etter flere måneder bak pc-en med doktorgradsstipend, sjekket jeg om det var mulig å engasjere meg som gynekolog lokalt. Et tilfeldig møte med styreformannen i NORWAC, Erik Fosse, gjorde at jeg ble introdusert for endoskopiprojektet. Tema ble raskt hvordan de palestinske gynekologene kunne få instruksjon i bruk av nytt utstyr og ikke minst - hvordan de best



Dr Kirsten Hald instruerer.



Dr Olav Istre underviser første uken.

kunne få opplæring i operasjonsteknikken. Selv om både laparoskopi og hysteroskopi på ingen måte var ukjente operasjonsmetoder for de palestinske gynekologene, var det ingen som mente de var kompetente til å lære opp sine kollegaer.

Etter samtaler med gynekologene på Makassed sykehus og NORWACs sjef for OPT, Jon Eivind Jensen, ble det bestemt at vi skulle spørre gynekologene ved Akershus (Ahus) og Ullevål universitetssykehus om å delta i en åtte ukers stafett med opplæring i laparoskopi og hysteroskopi. Min rolle var lokal koordinator og "fikser" for prosjektet. Våren 2008 ble det tatt kontakt med respektive avdelinger, og mange av gynekologene var positive.

I. amanuensis Marie Ellström Engh understreket tidlig betydningen av å inkludere en kompetent operasjonssykepleier i prosjektet; en som kunne lære opp operasjonssykepleierne teknisk og vise dem hvordan man vedlikeholder utstyret. Dette rådet viste seg å være av uvurderlig betydning.

Høsten 2008 reiste operasjonssykepleier Marianne Jungersen og gynekolog Runar Eraker til Jerusalem, hvor de gjennomgikk utstyrslistene som lå til bestilling. De to sørget for at valget falt på utstyr som erfaringsmessig var best egnet. Samtidig meldte gynekologene seg på etter prinsippet "først til mølla". Ikke uventet var Olav Istre første mann ut, deretter ble rekkefølgen Edin Alagic, Geir Sponland, Bjørn Busund, Anton Langebrette, Marit Lieng, Kirsten Hald og Runar Eraker. Planen var prosjektoppstart medio januar 2009.

Så kom Gazakrigen. NORWAC sendte umiddelbart et legeteam til Gaza; og slik ble Erik Fosse og Mads Gilbert, etter hvert også Dagfinn Bjørklid og Johannes Brattebø, "verdens øyne i Gaza". På tross av krigen, og etter omfattende sikkerhetsvurderinger valgte vi å starte laparoskopiopplæringen som planlagt. Olav og Marianne ankom lørdag 17.januar, søndag 18.januar var Gazakrigen offisielt over. Marianne sa seg villig til å være i Jerusalem alle åtte ukene, og kom raskt til å utgjøre kontinuiteten i prosjektet.

#### Mange utfordringer

Utfordringene i prosjektet skulle vise seg å bli mange. To av fire overleger ved Makassed skulle få opplæring, Husni Samarah og Bassam Alakhdar, samt tre av operasjonssykepleierne, Huda, Nadja og Sabah. Der var en viss motstand mot den "nye teknikken" internt på avdelingen. Dette kunne manifesterte seg i intense

faglige diskusjoner, eller i at enkelte pasienter ble vurdert som uegnet for laparoskopiprojektet (for eksempel kvinner med ekstrauterin graviditet).

Første uken manglet vi litt av utstyret, hvorpå Olav raskt tok kontakt med sin israelske venn og kollega Asher Shushan ved gynekologisk avdeling på Hadassa sykehus i En Kerem, Vest-Jerusalem. Asher gav oss utstyret vi manglet gratis, og var veldig begeistret for prosjektet vårt.

Videre ble det fort klart at "tørrtrening" kunne være bra og treningsboks ble bestilt. Pasienter skulle rekrutteres til prosjektet fra hele regionen, men det viste seg å bli vanskelig å skaffe mange nok. Noen kvinner manglet forsikring som kunne dekke kostnadene til operasjonen, noen ombestemte seg eller manglet innreisepapirer til Jerusalem, mens andre ikke ble henvist fordi dette ville bety inntektstap for de av gynekologene som selv



Marit Lieng, Åse Vikanes, Marianne Jungersen, Husni Bassam, Erik Fosse, Mats Gilbert, Sykehusdirektør Rustum.

ønsket å behandle sine pasienter. Problemet ble løst ved at Makassed sykehus gav tilbud om gratis behandling for prosjektdeltagende kvinner, og ved at FN's organisasjon for palestinske flyktninger (UNRWA) henviste pasienter. I tillegg sørget flere ansatte på sykehuset for å få sine pårørende behandlet. Da prosjektet var over var det utført over 100 inngrep.

### Foredrag på Vestbredden og i Vest-Jerusalem

Mange av de palestinske gynekologene på Vestbredden ville gjerne se det nye utstyret i bruk, men de færreste hadde innreiseforlåtelse til Jerusalem. Vi bestemte oss derfor for at de norske gynekologene skulle holde ett foredrag på Vestbredden hver. Dette for å vise teknikken og skape forum for faglig debatt. Alle åtte gynekologene passerte diverse israelske roadblocks og sjekkpunkter for å holde foredrag i Ramallah, Jeriko, Nablus og Betlehem; noen ble fraktet i pansrede biler om sikkerhetssituasjonen tilsa det. Fordragene ble en suksess med 40 og 100 frammøtte legekolleger, og resulterte i til dels heftige diskusjoner. Hver gang var det lagt opp til sosialt samvær med servering av

palestinsk mat i etterkant. Asher inviterte også til å holde foredrag på Hadassa i Vest-Jerusalem, noe vi fikk ordnet for Olav, Anton og Marit.

### Oppfølging av og avleggere til endoskopiprojektet

I kjølvannet av endoskopiprojektet ble de to overlegene og de tre operasjonssykepleierne fra Makassed invitert på en ukes besøk til Ahus og Ullevål juni 2009.

I november 2009 reiste Anton, Marianne og Johan Ræder, professor i anesthesi, på oppfølgingstur til Makassed. I tillegg hadde Olav noen operasjonsdager sammen med sin Harvard-kollega Jon Einarsson i mai 2010. Videre har Oslo universitetssykehus, via NORWAC, inngått en samarbeidsavtale med Makassed og Shifa sykehus i Gaza. Det planlegges fortsatt oppfølging av endoskopiprojektet i 2011.

Fra januar 2009 til desember 2010 har Husni og Bassam utført cirka 250 endoskopiske inngrep, av disse 150 selvstendige. De har ikke hatt noen alvorlige komplikasjoner så langt.

### Gynekologikongress i Jeriko mai 2010

Det som preget fagdiskusjonene med de palestinske gynekologene var mangel på guidelines for behandling eller mangel på implementering av guidelines; dette gjaldt både innen gynekologi og obstetrik. I håp om å bidra til en diskusjon om nye guidelines tok Olav og jeg initiativ til lage den første internasjonale kongressen i gynekologi og obstetrik i OPT. Kongressen ble arrangert i Jeriko fra 12. til 14. mai 2010 med cirka 200 deltagere, og var et samarbeidsprosjekt mellom Makassed sykehus, den palestinske foreningen for gynekologer og obstetrikere og NORWAC. Foredragsholderne bestod av palestinske gynekologer fra Gaza og Vestbredden, norske gynekologer fra Ullevål og Ahus, en nederlandsk fra St Lucas Ziekenhuis i Amsterdam og amerikanske fra Harvard Medical School Boston; se kongressens nettsted <http://palestine.piweb.no/>

For 2012 planlegges en perinatalkongress i Betlehem.

Kilder:  
<http://www.norwac.no>  
<http://www.moh.ps/?lang=1&page=4&id=20>  
<http://palestine.piweb.no/>

Gardasil «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01

**INJEKSJONSUÆSKE, suspensjon:** Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 LI-protein ca. 20 Mg, type 11 LI-protein ca. 40 Mg, type 16 LI-protein ca. 40 Mg, type 18 LI-protein ca. 20 Mg, natriumklorid, L-histidin, polysorbate 80, natriumborant, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatadjuvans) 225 Mg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine for bruk fra 9 år som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, vulva og vaginale) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med visse onkogene humane papillomavirus (HPV)-typer, samt kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med spesifikke HPV-typer. Se forsiktighetsregler og egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primærvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn <9 år:** Ingen erfaring. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerer utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerer ikke kontraindisert ved mindre infeksjoner, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en enkelt kvinne bør tas etter vurdering av risiko for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virusstyper i vaksinen som kvinner allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Ved bruk hos voksne kvinner må variasjonen i prevalens for HPV-typer i ulike geografiske områder tas med i vurderingen. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved tromboocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primærvaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Kan gis samtidig med kombinert booster-vaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. En trend til lavere anti-HPV GMT er observert ved samtidig administrering. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Grauiditet/Amning:** Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerer bør utsettes til etter fullført graviditet. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende. **Biivirkninger:** Svært vanlige (>1/10): Øyrtet, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pureksi. Vanlige (>1/100 til <1/10): Muskelskjelettsystemet. Smarter i ekstremitetene. Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Hud: Urticaria. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Blod/lymf. Lymfadenopati, idiopatisk tromboocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati, artralgi, myalgi. Neurologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope, iblant etterfulgt av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, utmattelse, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er biivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. **Egenskaper:** Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensende viruslignende partikler (VLP) fra hoved LI-kapsid-proteinet hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. Virkningsmekanisme: HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at LI VLP-vaksiner beskytter ved å induisere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typer i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, Valn 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerer. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% anti-tstoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinerer. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoff-respons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke frøs. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerer. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel eller ufullstamateri-ale skal behandles iht. lokale krav. **Pakninger og priser:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyle) 098722. Kr.1170,80. Godkjent SPC:18/08/2010. Sist endret: 17.11.2010

# Nyhet: Gardasil<sup>®</sup>, nå for kvinner opptil 45 år!



## Vær med og gjør en forskjell for kvinners helse Tilby HPV-vaksinasjon!

Gardasil<sup>®</sup> er nå godkjent fra 9 års alder til forebyggelse av:\*

- premaligne genitale lesjoner i livmorhalsen, vulva og vagina relatert til visse onkogene HPV-typer
- livmorhalskreft relatert til visse onkogene HPV-typer
- kjønnsvorter forårsaket av spesifikke HPV-typer

Indikasjonen for Gardasil<sup>®</sup> er basert på effekt av vaksinen hos kvinner fra 16 til 45 år og påvist immunogenisitet hos barn fra 9 til 15 år.\*

Les mer på  
[www.gardasil.no](http://www.gardasil.no) og [www.spmsd.no](http://www.spmsd.no)

  
**GARDASIL<sup>®</sup>**

\* Norsk SPC 18/08/2010

- Stine Andreasen
- Kvinneklinikken, Nordlandssykehuset, Bodø
- Stin-a2@online.no

# Tanzania

## - en uforglemmelig opplevelse

Vi hadde lenge hatt lyst til å arbeide i den tredje verden, og i forbindelse med svangerskapspermisjon med nummer fire fikk vi muligheten. Vi grep sjansen og dro til Haydom i Tanzania; en kirurg og en gynekolog i spesialisering, fire små barn og ei erfaren jordmor. Sykehuset er flittig besøkt av norske helsearbeidere, og driftes i all hovedsak av den norske stat, etter å ha blitt etablert av norske misjonærer i 1955. Det har vært nordmenn i sykehusledelsen siden oppstart, og pga dette og den økonomiske støtten fra Norge er sykehuset betydelig bedre driftet enn øvrige sykehus i Tanzania. Det blir anslått å være det fjerde største sykehuset i landet, og sannsynligvis det med best kvalitet. Sykehusets ansatte er i all hovedsak lokale, men med kortere eller lengre besøk av utenlandske leger. I løpet av de tre måneder vi var der hadde vi felleskap av fire andre norske leger, tre nederlandske og en britisk lege, i tillegg til den lokale staben.

### Under stjernehimmelen

Sykehuset har medisinsk, kirurgisk, pediatrik og gynekologisk-/føde avdeling, i tillegg til

egen avdeling for tuberkulose, øyenavdeling og radiologisk avdeling. Alle avdelinger, inkludert operasjonsavdelingen, har åpne

vinduer med myggnetting, og transport mellom avdelingene foregår utendørs. Det er en spesiell opplevelse å trille pasienten til operasjonsavdelingen midt på natten under stjernehimmelen! Driften er avhengig av at alle pasienter har med en pårørende som sørger for mat og stell, samt donerer blod dersom behov for operativt inngrep. På natten sover disse under senga til sine respektive, og når avdelingen er overfylt med to gravide i hver seng og pårørende med barn på gulvet under, er forholdene noe annerledes enn det vi er vant til hjemmefra. Her er det ingen som krever enkeltrom eller diskuterer om mannen skal få gratis opphold under innleggelsen.



Haydom sykehus

### Stor arbeidsmengde

Undertegnede arbeidet ved kvinneklinikken,



Observasjonsposten.



På operasjonsavdelingen.

som består av en fødeavdeling med ca 4500 fødsler og gynekologisk avdeling med poliklinisk- og operativ virksomhet, samt sengepost. På avdelingen er det ca 15 jordmødre med ansvar for fødsler, gynekologiske og obstetriske pasienter. Med en slik arbeidsmengde er det selvsagt vanskelig å gi optimal behandling til alle. Man forsøker å følge WHO's retningslinjer, men når to jordmødre kan ha 12 fødsler på sin nattevakt er det vanskelig å følge opp fosterlyd og ri-registrering på alle. Fødeavdelingen består av fire fødestuer, samt en korridor med tre fødesenger. Flesteparten føder på korridoren, og med tanke på den reduserte arbeidskraften er dette også det tryggeste. De fødende overflyttes til barsel umiddelbart etter fødsel, og da sitter det som oftest en eller flere på benken, klar til å overta fødesenga. Manglende fremgang i fødsel blir dessverre ofte oversett, så hver morgen må man ta en runde innom alle de fødende, og daglig finner man flergangsfødende med 6 cm åpning i 20 timer uten at tiltak er iverksatt. Selv om man da forsøker amniotomi og oxytocininfusjon ender dessverre mange av disse med keisersnitt.

### Navlesnorsprolaps

Smertelindring under fødsel finnes knapt, og det er fantastisk å se hvordan førstegangsfødende puster ut barna uten en mine, med en trykktid på 20 minutter. Der har vi virkelig noe å lære.... Mange av de fødende er feilernærte og med

systemsykdommer, noe som medfører et svært høyt antall med intrauterin fosterdød, spina bifida og andre anomalier. Bekkenet må også være annerledes, for hodet er sjelden festet ved innkomst til fødeavdelingen, selv ikke hos førstegangsfødende. De lokale jordmødrene har stor respekt for amniotomi, noe som ikke er urimelig, da hodet ofte står i bekkenet til tross for langvarige rier, og navlesnorsprolaps er hyppig.

### Usikker svangerskapslengde

Som obstetiker er en de største utfordringene mangel og usikkerhet rundt termin dato. Tidlig ultralyd finnes ikke, og mange av de gravide har ingen formening om siste menstruasjon og varighet av svangerskapet. Jeg erfarte at det beste var å la naturen gå sin gang, da det etter uke 20 er håpløst å si noe om svangerskapsvarighet. I tillegg har barna en gjennomsnittlig fødselsvekt på rundt tre kilo, noe som gjør det vanskelig å vekstestimere ut fra standardiserte tabeller. Derfor ble ingen indusert på mistanke om overtid, og også ved andre problemstillinger må man tenke seg nøye om, da mange av barna født før uke 32-34 ikke overlever. Manglende fosterovervåking, manglende agering ved protrahert forløp i fødsel, samt de knappe mulighetene for blodprøver er en utfordring. Foruten hb, hvite og trombocytter kan man få enkelte infeksjonsprøver, samt blodutstryk. Da er det vanskelig å vurdere HELLP-utvikling ved preeklampsi, som for



Nyfødt med spina bifida og hydrocephalus.



Stolt bestemor!

øvrig er nokså hyppig. Sykehuset er imidlertid godt utrustet i forhold til mange andre sykehus i Tanzania, og her finnes både ultralyd, røntgen og CT, i tillegg til eget laboratorium.

### **Tubeplastikk**

Gynekologiske problemstillinger er som hjemme infeksjoner, infertilitet, blødningsplager, spontanaborter, ektopiske svangerskap og mye gynekologisk kreft, spesielt cervixcancer. De fleste med kreft kommer for sent for kurativ behandling, da operasjon er eneste mulighet. Strålebehandling og cytostatica finnes ikke ved sykehuset.

Av operasjoner gjør man hysterektomier, adnexoperasjoner, kolporaphier, tubeplastikker for infertilitet, tubeligering i lokalanestesi, samt evakueringer etter spontanabort. Infertilitet er hyppig problemstilling ved poliklinikken, da det for kvinnene i disse områdene er kulturelt enda viktigere å kunne få barn enn det vi ser hjemme. Dersom de ikke kan gi mannen barn, tar denne seg ofte en ny kone. Utredningen består av gynekologisk undersøkelse med ultralyd og hysterosalpingografi. Infeksjon med tette tuber er årsak hos de fleste, noe man behandler med tubeplastikk ved laparotomi. Resultatet av dette er ikke undersøkt....

### **Kirurgens erfaring**

Endringen fra assistentlege i Bodø til kirurg på Haydom er stor! Jeg kom med 2,5 års erfaring fra gynekologi og 2,5 år kirurgi og var den mest erfarne bløtdelskirurgen da jeg kom til Haydom. Det å vite at man ikke har mer erfarne å spørre om hjelp gjør at man forbereder seg til kirurgiske inngrep



*Familien Nordland/Andreasen i Haydom.*

på en annen måte enn hjemme, hvor man alltid kan få hjelp ved behov (i alle fall enda i karrieren!). Dette er skremmende, men meget utviklende!! Det er lite elektiv kirurgi, kun TVP (transvesikal prostatectomi), hernier og et fåtall thyroideaoperasjoner. På min post var det mange med brannskader, og mye tid gikk med til sårstell og videre behandling som hudtransplantasjon eller amputasjon. Akutt buk er ikke veldig hyppig, men de vi så hadde appendicitt, tarmperforasjon pga typhoid feber, ileus og intraabdominal abscess. Det er svært viktig å unngå anleggelse av stomi i Afrika, da stomiutstyr enkelte steder er umulig å få tak i.

### **Veldrevet sykehus**

Etter tre måneders arbeid ved sykehuset sitter man igjen med et inntrykk av et nokså veldrevet sykehus. Det største problemet for alle pasientgrupper er at de tar for sent kontakt med helsevesenet, slik at man i mange tilfeller ikke kan hjelpe. De fleste damene føder utrolig elegant, uten

verken smertelindring, oxytocin eller rifter. Dessverre forekommer både intrauterin fosterdød og dødfødsler ukentlig, og mødredødsfall flere ganger per måned. Der det oppstår komplikasjoner er disse ofte mer alvorlige enn hjemme, da pasienten kommer sent og muligheten for intensivbehandling er svært redusert. Andelen keisersnitt ligger rundt tjue prosent, og her ser man virkelig senkomplikasjonene etter dette, med uterusrupturer, store blødninger, placenta previa og ofte uttalte adhesjoner. Med tanke på den begrensede bemanningen gjør personalet en flott jobb, selv om vi ofte ble både oppgitte og frustrerte over den manglende oppfølgingen og entusiasmen. Vi har i hvert fall fått en utrolig erfaring, både faglig og sosialt, og har allerede begynt å planlegge neste Afrikatur. Når man i tillegg kan kombinere sykehusoppholdet med fantastisk safari i Serengeti, Ngorogoro og Tarangire nasjonalpark gjør det oppholdet uforglemmelig. For alle som søker utfordringer og er nysgjerrige på andre land og kulturer kan det anbefales på det sterkeste.



# ”Smestadgynekologene”

Oscars gate i bydelen Frogner strekker seg over hele ni kvartaler fra Pilestredet til Frognerveien, like bak Slottet. Navnet er etter kong Oscar I, konge av Sverige og Norge fra 1844-1859. Gaten fremstår som staselig, med store murvillaer og vakre leiegårder i mur. De fleste bygningene er oppført i perioden 1860-1890, er pent velholdt og mange er utsmykket med vakker stukkatur. Her holder ”Smestadgynekologene” til i et moderne kontorbygg.

I sin tid var det Toril Nygaard, Turid Salvesen og Ove A.Mortensen som etablerte dette praksisfellesskapet. Navnet Smestadgynekologene kom naturlig fordi beliggenheten den gang var ved Smestad på Oslo's vestkant. Turid Salvesen gikk etter hvert i pensjon og ble erstattet med Anne Cecilie Hallquist. Kollegene opparbeidet seg et godt omdømme og økende pasient-søking, derved oppsto behovet for større

lokaler. HF'ene har orientert oss om at flerlegepraksis anses som den best egnede driftsform, dessuten anses tilgjengelighet helt vesentlig i en moderne praksis. Forflytningshemmete skal også tilbys enkel tilgang til legekontoret, rullestolsrampe og heis er stikkord i denne sammenheng. Etter noen tids søking fant man frem til store og gode lokaler i et moderne kontorbygg, og nettopp i Oscarsgate straks bak Slottet. Til tross for at praksis'en sist høst ble flyttet flere kilometer fra Smestad og inn til sentrale Oslo valgte man å vurdere det som god markedsføring å beholde navnet ”Smestadgynekologene”. Martin Andresen som arbeidet solo i noen år ble fjerdemann i laget.

”Gynekologen” fant greit frem til adressen, og ble hilst velkommen i en hensiktsmessig og smakfull resepsjon. Vi blir imponert over lokalenes romslighet og fortelles at man totalt disponerer om lag 350 m<sup>2</sup>. Her er alt hva forskrifter forlanger, med bl.a. eget

ansatte-toilett og et romslig spiserom. Hver enkelt lege har sin ”enhet” bestående av et kontor/samtalerom og et stort undersøkelsesrom, lokalene funksjonelt og fornuftig innredet og i delikate farger. Man har i årenes løp hørt om legegrupper gå i oppløsning pga. krangel om økonomiske detaljspørsmål. Ove A.Mortensen forsikrer at man har tatt skikkelig høyde for slikt, og at deres samarbeids-modell synes å funksjonere tilfredsstillende også i så måte. Basis-utgifter som husleie, personale, strøm mv. deles likt, mens den enkelte lege står for sine egne driftsomkostninger. Av kirurgiske inngrep utføres slyngekoniseringer mens diagnostisk hysteroskopi er kommet mer i bakgrunnen pga. kostbart utstyr og dårlige takster, dessuten har vannscanning overtatt meget av kartleggingen av uterinhulen og indikasjon for diagnostiske tiltak.

Det var spennende å se hvor gjennomtenkt og gjennomført alt er hos ”Smestadgynekologene i Homansbyen”.



Bak fra v.: Anne Cecilie Hallquist, Toril Nygaard.  
Foran fra v.: Martin Andresen, Ove Mortensen

## LOETTE 28 ANTIKONSEPSJONSMIDDEL ATC-NR: G03A A07

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

**INDIKASJONER:** Antikonsepsjon.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sist endret: 19.08.2009

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

# LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

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

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

Les mer på  
[WWW.PFIZER.NO/LOETTE](http://WWW.PFIZER.NO/LOETTE)



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

#### Trygg bruk av p-piller

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

- Kristin Skogøy
- Nordlandssykehuset HF
- kristin.skogoy@nlsh.no

- Margit Steinholt
- Helgelandssykehuset, Sandnessjøen
- margit.steinholt@sasyk.nl.no

# Fjernet friske organer!

- Når kirurger går amok (eller var det pressen som gikk amok?)



**F**or et halvt år siden ble "kirurgi-saken" ved Nordlandssykehuset Bodø i løpet av noen dager rullet opp i landsdekkende og lokale medier. Saken gikk i korthet ut på at avansert pancreaskirurgi hadde blitt utført gjentatte ganger ved kirurgisk avdeling Bodø - i strid med vedtatt funksjonsfordeling i Helse Nord. Flere pasienter stod frem og mente seg feilopererte, klinikk sjefen trakk seg og til slutt fratrådte direktøren stillingen da skriftlig dokumentasjon tydet på at han hadde/burde hatt kjennskap til praksisen ved gastrokirurgisk avdeling.

**P**ressen fikk pris for avslørende journalistikk, mens Nordland legeföreningen meldte både lokalavisen, VG og Aftenposten inn til pressens faglige utvalg (PFU) fordi

redaktørene valgte å gå ut med navn og bilde på de to aktuelle kirurgene som hadde utført inngrepet. Navngivningen av legene skjedde før helsetilsynet hadde avsluttet sin stadig pågående granskning av saken.

**K**jennelsen falt i PFU medio desember 2010 der redaktørene fikk medhold i sin fremstilling, - og man mente at ingen overtredelser av "vær varsom plakaten" var blitt begått!

**S**aken førte til at befolkningens tillit til NLSH ble alvorlig svekket, ansatte generelt følte seg mistenkeliggjorte og for de navngitte kirurgene med familie må pressefremstillingen fortone seg som en katastrofe...

**O**g hva har så dette med en gynekologs hverdag å gjøre?

**V**i som har valgt obstetrikkfaget, har alle kjent hvor raskt en situasjon kan skifte fra største lykke til dypeste sorg, og hvor sårbare vi som leger er når ting går galt.

**I** møte med pasienter og pårørende er vi mer eller mindre mentalt forberedt på krevende situasjoner, men i forhold til presse og media, blir vi ofte totalt overrumplet. I tillegg har de fleste sykehus ansatt en presseansvarlig, og gitt medarbeiderne beskjed om at all kommunikasjon skal gå gjennom han/henne. Oppringning fra en pågående journalist resulterer ofte i "ingen kommentar", som igjen nærer opp om journalistenes inntrykk av at vi dekker over hverandre og skjuler sannheten.

**M**ange avdelinger/sykehus har prosedyrer for hvordan man skal takle alvorlige, uventede hendelser som for eksempel hvis en fødekvinne dør i barsel. Skriftlig prosedyrer er ment til å kartlegge hendelsesforløpet, innhente dokumentasjon fra alle involverte, og forhåpentligvis også ivareta de ansatte.

**E**n liknende prosedyre burde etter vår mening også finnes når media kjører skandaleoppslag mot sykehus og enkeltpersoner.

Ved Nordlandssykehuset jobbes det nå for å få på plass en slik kjøreplan for å gi beskyttelse til den som rammes, sikre rett og faglig informasjon til pressen, og ikke minst gi den uthengte en følelse av forutsigelighet når man føler at verden raser sammen. Kanskje kan en slik prosedyre hindre at gode kolleger gir opp, og kanskje samarbeidet med media til og med blir bedre?

**I** "Gynekologen" nr 4/ 2010 hadde kollega Rune Mork Braut et tankevekkende innlegg om sine erfaringer med Norsk Pasientskadeerstatning.

**S**elv om saken er noe annerledes enn den såkalte Bodøhistorien, har den likevel

noen fellesnevner. Begge handler om pasienter som har gjennomgått dramatiske livshendelser og som naturlig nok er på jakt etter forklaringer på hvorfor livet tok en sådan vending.

**D**et dreier seg imidlertid også om kolleger som mener de har gitt adekvat behandling ut fra situasjonens gitte omstendigheter, men som så i etterpåklokskapens lys får til dels voldsom faglig og moralsk kritikk.

**B**raut uttrykker avmakten godt i følgende avsnitt:

*Jeg har opplevd at en klagesak, som den jeg har gjort rede for, stjeler nattesøvn, arbeidsglede og motivasjon. Jeg er klar over at saken ikke får noen formelle følger for mitt arbeide som lege. Men likevel føles det svært ugreit, spesielt overfor pasienten, å bli stemplet som en lege som gjør mangelfullt arbeide. Det er ikke greit å være en i rekken av det journalister beskriver som "legetabber".*

**F**elles for Braut's historie og saken fra Bodø er den uforholdsmessig lange behandlingstida både NPE og Helsetilsynet har. Dette har redaksjonen i "Gynekologen" tidligere problematisert fordi uthaling i tid er med på å forsterke pasienters, pårørendes og pressens mistanke om at her har det foregått uriktigheter. Når det gjelder Nordlandssykehuset er det nå 17 måneder siden første pasientsak ble meldt til Helsetilsynet av operatøren – ennå er saken ikke ferdigbehandlet. Likevel har politiet opprettet sak, og det er selvsagt blitt avismat!

**N**ordland legeförening har fulgt lokale og nasjonale media tett høsten 2010. Det samme har Overlegeforeningen. Kjennelsen i Pressens faglige utvalg fra desember 2010 er interessant og uhyre deprimerende lesning. Følgende sitat viser at leger faktisk har svakere rettsvern enn andre, og at håndtering av media blir ekstremt viktig i tida framover. Dette er et av argumentene FOR at det var riktig av VG og Avisa Nordland å trykke bilder og navn på de aktuelle legene sommeren 2010:

*Tidligere har utvalget (PFU) påpekt at personer i betrodd stilling eller verv må*

*akseptere at offentligheten får kjennskap til at de er innblandet i staffbare eller klanderverdige forhold av betydning for utøvelsen av stillingen. Slik utvalget ser det, besitter man i kraft av stillingen som lege en tillit og et ansvar som innebærer at man må tåle et kritisk søkelys på seg når man er involvert i forhold av en slik art som omtalt i det påklagede tilfellet.*

**N**ordlandssykehusets kjøreplan for mediehåndtering og ikke minst hvordan vi tar vare på kolleger som kastes ut i det kaoset denne typen eksponering medfører, vil dessverre være aktuell for mange. De av oss som har opplevd dette på kroppen enten personlig eller med nære kolleger, vet at mange aldri reiser seg igjen. I slike saker finner man svært få vinnere.

## Rettelse, Gynekologen 23(4) 2010:

Vi beklager at en del av setningen i debattinnlegget om NPE i nr 4/10 falt ut. Det korrekte er: "Tall fra Kreftregisteret viser at det i Norge i perioden 2004-2008 var gjennomsnittlig 13,8 kvinner pr. år i aldergruppen 25-29 år som fikk cervix-cancer."

- Mette Haase Moen
- Førsteamanuensis, dr.med., NTNU
- Overlege ved Kvinneklinikken, St Olavs Hospital, Trondheim

Tilsvar til Rune Brauts artikkel

# Erfaring med Norsk Pasient-skadeerstatning (NPE)

I forrige utgave av gynekologen (23-4-2010) forteller kollega Rune Braut om sin opplevelse med erstatningssak til NPE hvor pasienten fikk medhold. En slik historie fremkaller stor medfølelse, også fordi man instinktivt kjenner at det likeså godt kunne ha vært en selv som var kommet i en tilsvarende situasjon. Braut etterlyser innspill fra kolleger, og den oppfordringen tar jeg imot.

I ca 10 år har jeg vært NPE's sakkyndige i mange gynekologiske saker, men ikke i aktuelle som jeg kun kjenner fra beskrivelsen i Gynekologen. En sak kan som kjent ses fra minst to sider og jeg vil forsøke å se den fra pasientens side.

1. En ung kvinne vet at unormale blødninger er noe som skal undersøkes og oppsøker derfor ved et slikt symptom fastlegen som ikke finner tegn på patologi. Det tas celleprøve og hun henvises til gynekolog.
2. Hos gynekologen foretas kolposkopi og blødende punkter koagulerer, og det sjekkes at celleprøven var normal.

Det synes å være helt adekvat håndtering av problemet, så langt.

3. Problemet fortsetter, og det blir ny undersøkelse på sykehusets kvinneklinikk. Her mener man det foreligger infeksjon. (Ingen opplysning foreligger om evt. prøvetaking).

4. Hun blir så gravid og blør fortsatt. I løpet av to måneder undersøkes hun derfor først to ganger på sykehuset og så fire ganger hos gynekologen hvor det ikke påvises patologi. Det foreligger ikke opplysninger om hvilke undersøkelser som da ble gjort. Om ^ det både ble foretatt inspeksjon av portio og ultralyd? Fra min avdeling har vi bitter erfaring med at blødning i svangerskapet medførte gjentatte ultralydundersøkelser uten spekuluminspeksjon og først sent ble cervixcancer diagnostisert.
5. Nesten et halvt år etter første vurdering konstateres cervixcancer. Ved fornyet granskning ble cervixcytologien revurdert til høygradige celleforandringer, HSIL. Resultatet blir avbrytning av svangerskapet og hysterektomi.

Det er ikke opplyst om hun var nullipara, men uansett forstår man hennes bitterhet over at ha vært igjennom et ti-talls vurderinger uten at canceren ble oppdaget, selv om hun hadde et typisk tidlig symptom. Hos en så ung kvinne er det ganske visst meget uvanlig at årsaken er cancer, men de som har sjeldne sykdommer må også ha sjanse for å få tidligst mulig diagnostisering.

Her er det flere som har foretatt feilvurderinger, både gynekologer og et laboratorium. NPE vurderer at det er gjort en feil 'i systemet' uten å behøve å legge skylden på en enkelt lege.

Hva kan vi lære av dette kasus?

- Når klinikk og laboratoriefunn ikke stemmer, må en prøve gjentas eller utvides med annen test. Cytologi er en screeningsmetode som er en usikker undersøkelse ved invasiv cancer. Cervikal abrasio er enkelt å utføre, men er -etter min mening- ikke standard ved førstegangsundersøkelse ved kontaktblødning. HSIL-forandringer krever histologisk undersøkelse.
- Når behandlingen ikke gir ventet resultat, må det foretas ny vurdering, "ta kontakt hvis du ikke blir bedre".
- Å huske at blødning i svangerskapet kan være annenennsvangerskapskomplikasjon og krever inspeksjon i tillegg til ultralyd.
- At sjeldne tilstander kan forekomme og bør utelukkes, om ikke ved første undersøkelse, så i det videre utrednings- og behandlingsforløp når problemet vedvarer.

Det står stor respekt om kollega Braut for at han vil stå frem med denne saken, og forhåpentligvis kan vi lære av den. Takket være NPE-ordningen kan erstatningssaker løses uten at pasienten må gå den tunge veien i rettsapparatet, noe som også for den involverte legen er en større belastning.

Tilsvar til Rune Brauts artikkel

# Erfaring med Norsk Pasient-skadeerstatning (NPE)

I sin artikkel Erfaringer med Norsk pasientskadeerstatning (NPE) i Gynekologen nr 23-4 2010 beskriver Rune Braut en kasuistikk og sin egen opplevelse av å ha vært involvert som en av flere behandlere av en pasient som fikk medhold i sitt krav om erstatning som følge av svikt ved ytelse av helsehjelp. Kasuistikken gjelder en ung kvinne med postkoitale blødninger som viste seg å ha en cervixcancer på tross av at cervix-cytologi var bedømt negativt og etterfølgende kliniske undersøkelser heller ikke ga holdepunkter for alvorlig patologi som kunne forklare blødningene.

Vi finner det for vår del verken riktig eller hensiktsmessig å gå inn i den faglige diskusjonen om håndtering av postkoitale blødninger som Braut ønsker innspill og kommentarer på. Derimot kan vi imøtekomme hans ønske om innspill og kommentarer til utviklingen når det gjelder "pasientklager", samtidig som vi på grunnlag av artikkelen finner grunn til å kommentere noen faktiske forhold knyttet til pasientskadeerstatningsordningen og Norsk pasientskadeerstatnings behandling av erstatningskrav fra pasienter som mener seg skadet som følge av behandling i helsevesenet.

NPE mottok i 2010 vel 4350 nye erstatningskrav fra pasienter som mener seg feilbehandlet i helsevesenet. Dette

representerer en økning på i overkant av 10 % sammenlignet med 2009. En viktig bakgrunn for økningen de siste to årene er at NPE fra 1.1.2009 overtok ansvaret også for privat sektor. I tillegg er det fortsatt grunn til å tro at bedre kjennskap til erstatningsordningen gjør at mørketallene blir mindre. Som Braut selv påpeker, har medholdsandelen vært nokså konstant over de senere årene (33 % i gjennomsnitt for årene 2006-2010). Vi kan ikke se at disse tallene skulle indikere at legene gjør en stadig dårligere jobb eller at terskelen stadig senkes for hva vi skal kalle en legefeil, slik Braut reiser spørsmål om i sin artikkel.

Det er riktig som Braut antyder at NPE behandler mange erstatningskrav knyttet til ortopedi. Ortopedi utgjør bortimot 40 % av mottatte erstatningskrav og er det største medisinske skadeområdet i NPEs materiale. Medholdsprosenten for disse sakene er gjennomgående noe høyere enn gjennomsnittet for alle saker (38 % for 2010). Braut reiser spørsmålet om det er "rimelig å akseptere at ortopedier skal få et vesentlig større antall avgjørelser mot seg enn andre leger". Til dette er å bemerke at NPE har plikt til å behandle de erstatningskravene vi mottar og at hver sak vurderes konkret i forhold til det regelverket vi er satt til å forvalte. Det finnes nok ingen entydig årsak til hvorfor ortopedi peker seg ut som NPEs største område. Men det faktum at infeksjon etter kirurgiske inngrep normalt gir rett til

erstatning såfremt infeksjonen ikke kan forklares ved forhold hos pasienten, er nok en medvirkende årsak til den relativt høye medholdsprosenten innen dette fagfeltet. I tillegg kan man ikke se bort fra at urealistiske forventninger om resultat/helbredelse ved ortopedisk behandling påvirker antallet fremsatte krav. Pasientskader og hva ortopedene kan gjøre for å lære av feil var for øvrig et tema på ortopedisk forenings høstmøte i fjor.

Braut mener "Legeforeningen bør diskutere om det er greit at antall klagere som får medhold hos NPE stadig øker", og fortsetter: "Det må jo bety at listen for hva man kaller en legefeil stadig blir lavere". Medholdsprosenten har som nevnt over tid vist seg å være nokså konstant. Vi finner det mer nærliggende å knytte økningen i antall medhold opp mot den faktiske økningen i mottatte erstatningskrav, enn å tolke dette i retning av at "listen for hva man kaller en legefeil stadig blir lavere". Pasientskadeloven har virket siden 2003, og det er slik vi ser det intet som tyder på at NPE har endret praktiseringen av loven i løpet av disse årene.

Til behandlingen av de medisinske spørsmålene i erstatningssakene benytter NPE sakkyndige på spesialistnivå. Det er således en medisinsk vurdering og uttalelse som ligger til grunn for å ta stilling til om den aktuelle skaden er en behandlingsskade og

om behandlingen som er gitt representerer en svikt i forhold til gjeldende normer og retningslinjer på behandlingstidspunktet.

**I** NPEs saksbehandling blir både erstatningssøker og påstått skadevolder informert om medisinske vurderinger og sakkyndige uttalelser som innhentes og legges til grunn for videre saksbehandling og vedtak. Begge parter blir samtidig invitert til å komme med merknader. Dersom det ut fra innkommende merknader er grunn til å reise spørsmål ved de medisinske vurderingene som er foretatt, vil dette bli forelagt spesialisten som har uttalt seg. I et ikke ubetydelig antall saker der det foreligger vektige innsigelser fra pasient eller behandlingsinstitusjon/helsepersonell, blir saken framlagt for ny medisinsk vurdering hos en annen spesialist. Til syvende og sist

er det fortsatt spesialistenes medisinske vurderinger som legges til grunn for hva som bør oppfattes som gjeldende normer og retningslinjer – og som danner grunnlag for NPEs videre vurdering og vedtak i saken. Det er ikke opp til NPE å definere eller justere normer og retningslinjer.

**V**i har stor forståelse for at det kan oppleves som en belastning for leger og annet helsepersonell å være involvert i saker der pasienten krever erstatning. Det er viktig for oss i NPE å ha ydmykhet for dette. Når det er sagt, vil vi påpeke betydningen av at pasienter gis muligheten til å oppnå erstatning for økonomisk tap og eventuelt varig men, såfremt skaden skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp selv om ingen nødvendigvis kan lastes for svikten. Det er NPE som er ansvarlig for pasientskader

etter pasientskadeloven, og ikke den enkelte institusjon eller helsepersonell. Under behandlingen av saker er vi ikke opptatt av å utrede uaktsomhet eller finne ”syndebukker”. Disse forholdene innebærer at pasientskadeordningen i Norge utgjør en langt mindre belastning på helsevesenet og den enkelte helsearbeider enn dersom vi hadde hatt et system der helsevesenet selv var ansvarlig på uaktsomhetsgrunnlag. En hovedutfordring helsevesenet står overfor er å redusere antall og omfang av pasientskader i stedet for å ta utgangspunkt i å unngå ”at denne dyre ordningen eser ut slik at den koster milliarder og stjeler mange legeårsverk”. NPE bistår gjerne helsevesenet med input, statistikk og erfaringsgrunnlag som kan bidra til dette arbeidet.

- Debatt**
- Bjørn Hagen
  - Professor, dr.med., Kvinneklubben, onkologisk seksjon, St Olavs Hospital, Trondheim.

Tilsvaret til Rune Brauts artikkel

## Erfaring med Norsk Pasient-skadeerstatning (NPE)

NPE sak - noen refleksjoner:

- Cytologisk prøve er best egnet til å diagnostisere dysplasi i plateepitelet. Cervixdysplasi gir verken symptomer eller makroskopiske funn, derfor er screening nødvendig. Cytologisk prøve alene er ikke egnet til utredning av symptomer eller funn knyttet til cervix.
- Sensitiviteten til cytologisk prøve for deteksjon av cervixdysplasi i plateepitel

er suboptimal (neppe > 70 % i Norge – har ikke sikre tall), og enda dårligere for deteksjon av dysplasi i kjertelepitelet.

- Cytologisk prøve har lavere sensitivitet for deteksjon av invasiv kreft enn dysplasi, bl.a. fordi invasiv kreft i cervix ofte er sekundærinfisert slik at kreftcellene ”drukner” i sjøen av betennelseceller i prøven.
- Det er vist at de diagnostiske egenskapene

til cytologisk prøve er dårligere hos unge kvinner < 25 – 30 år sammenlignet med eldre kvinner i fertil alder.

- I den aktuelle saken uten makroskopiske funn på ectocervix: cervical abrasio kunne vært diagnostisk på et tidligere tidspunkt, men er kontraindisert i graviditet. Eneste sikre feil i saken er feiltolkningen av den cytologiske prøven.



# 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.<sup>1</sup> 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  $\leq 30$  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/gastrooesofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av øsofagitt, autonom nevropati. Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av en potent CYP 3A4-hemmer. Sikkerhet og effekt er ennå ikke undersøkt hos pasienter med en nevrogen årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, sømnlens og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med solifenacin for en annen antikolinerg behandling innledes. Solifenacins terapeutiske effekt kan bli redusert ved samtidig administrering av kolinerge reseptoragonister. Solifenacin kan redusere virkningen av midler som stimulerer den gastrointestinale motiliteten, f.eks. metoklopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres av CYP 3A4. Derfor bør maks. solifenacindose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, nelfinavir, itraconazol). **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. **Overgang i morsmelk:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Klassespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørhet er sett hos 11% behandlet med 5 mg 1 gang daglig og hos 22% behandlet med 10 mg 1 gang daglig. **Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ):** Gastrointestinale: Munntørhet. **Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ):** Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. **Syn: Tåkesyn. Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ):** Gastrointestinale: Gastrooesofageale refluksykdommer, tørr hals. **Hud: Tørr hud. Infeksjoner:** Urinveisinfeksjon, cystitt. **Luftveier:** Nasal tørrhet. **Nevrologiske:** Sømnlens, dysgeusi. **Syn: Tørr øyne. Urogenitale:** Vannlatingssvør. **Øvrige:** Tretthet, perifere ødemer. **Sjeldne ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/10000$ ):** Gastrointestinale: Obstruksjon i colon, fekal impaksjon. **Urogenitale:** Urinretensjon. **Svært sjeldne ( $< 1/10000$ ):** Gastrointestinale: Oppkast. **Hud: Erythema multiforme, kløe, utslett, urticaria. Nevrologiske:** Svimmelhet, hodepine. **Psykiske:** Hallusinasjoner, forvirringstilstand. Etter markedsføring: QT-forlengelse, «torsades de pointes». **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Overdosering kan potensielt føre til alvorlige antikolinerge effekter. Høyeste dose som ved et uheld 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. Ventrikkelskylling kan være nyttig dersom den gjennomføres innen 1 time, men det bør ikke fremkalles brekninger. Symptomatisk behandling. En bør ved overdosering være spesielt oppmerksom på pasienter med kjent risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for å forlenge QT-intervall) og relevante eksisterende hjertesykdommer (f.eks. myokardiskemi, arytmi, kongestiv hjertesvikt). Se Giftnformasjonens anbefalinger G04B D08 side d. **Pakninger og priser** (pr. 01.01.2010): **5 mg:** 30 stk. 385,60 kr., 90 stk. 1086,70 kr., 100 stk. 1203,50 kr. **10 mg:** 30 stk. 472,70 kr., 90 stk. 1348,10 kr., 100 stk. 1494 kr. **T: Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode: ICPC:** U04 Urininkontinens **ICD:** N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vilkår:** Ingen spesifisert. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 20.11.2009. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 16.09.2010. 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

- Per E Børdahl
- Klinikoverlege
- KK, Haukeland Universitetssjukehus

Tilsvar til Stig Hills artikkel

## Om kvaliteten på norsk fødselshjelp

I Gynekologen nr 4, 2010, har Stig Hill et innlegg som ikke bør stå uimotsagt.

Hans tankegangen synes å være at jo lavere keisersnittfrekvensen er, jo bedre fødselshjelp. Innlegget inneholder synspunkter som er verdt en diskusjon, men det blir helt galt å si at en så lav keisersnittfrekvens som vi hadde for 40 år siden var et uttrykk for en obstetrikk vi bør ha som mål i dag. En rate over 15-20 % kan være uttrykk for det problemet han ønsker belyse, men vellykket fødselshjelp måles ut fra gode resultater for barnet med lav intervensjonsrate og få komplikasjoner hos mor, ikke ut fra et sectiobarometer. Keisersnitt krever, som all kirurgi, en god indikasjon. Kunnskap om og behersking av trygg vaginal operativ forløsning er en forutsetning for å minimalisere andel keisersnitt der mormunnen er utslettet. Gjennombruddsprosjektet demonstrerte i sin tid økende komplikasjonsfare hos mor med økende mormunnsåpning, særlig uttalt ved 9-10 cm .

Det er feil når Hill skildrer gamle dager som "de gode gamle". De av oss som var med i norsk fødselshjelp på 1970-tallet kan bevitne at det ikke var noen gullalder. Utviklingen av faget i årene som fulgte har vært betydelige, bl.a. har vår kunnskap om barnets forhold før og etter fødselen økt formidabelt. Den perinatale mortalitet  $\geq$  28 uker i Norge var 19,1 per 1000 fødte i 1970 mot 4,1 per 1000 i 2008. De stigende keisersnittratene kan ikke gis hovedæren for denne utviklingen, men det er ingen uenighet om at keisersnitt kan være et livreddende inngrep, selv om rater over 15 % ikke er vist å bedre utfallet for barnet.

Det er heller ikke riktig når Hill skriver at "ingen virker å ha makt eller evne til å gjøre noe med den (keisersnittraten)." I Helseregion Vest har sectiofrekvensen gjennom årene ligget betydelig under landsratene. På Kvinneklubben i Bergen har hyppigheten i flere år ligget mellom 10 og 11 %, uten at vi betrakter sectioraten som et kvalitetsmål i seg selv. Oppmerksomheten

er hele tiden på godt utfall for mor og barn. Interessen for og oppslutningen om de kurs i vaginal operativ forløsning vi holder, her i huset og andre steder i Norge, vitner om stor interesse blant kollegene.

Til slutt: Historien om Løvset er ingen vandrehistorie. Jeg fikk i 1976 eller 1977 høre muntlig fra Per Bergsjø (1932-2010) at da styret med ham som leder i Norsk gynekologisk forening hadde invitert Løvset som æresgjest til årsmøtet i 1976, svarte Løvset nei takk. Begrunnelsen var at Arne Christensen (1936-2008) skulle snakke om keisersnitt som alternativ forløsningsmåte ved seteleie. Med Bergsjøs ord "Jørgen Løvset var innbudt som æresgjest, men takket høfligst nei fordi han ikke orket høre på at seteleie skulle være indikasjon for keisersnitt". Christensen ga samme versjon da jeg snakket med ham om det.

Hill har imidlertid rett i at vi må utdanne gode og trygge obstetrikere. Det er det vi må ha som mål, ikke å gjøre færrest mulig keisersnitt.

# Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på **KUN 3 dager**<sup>1</sup>

## Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



### Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10  
VAGINALKREM 2%: 1 g inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearylic., cetylalm., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.  
VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

**Indikasjoner:** Bakteriell vaginose.

**Dosering:** Vaginalkrem: En fylt applikator (5 g) intravaginalt hver kveld i 7 dager. Vagitorier: 1 vagitorie intravaginalt hver kveld i 3 dager.

**Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for preparater som inneholder klindamycin, linkomycin eller hardfett (vagitorier).

**Forsiktighetsregler:** Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner. Bruk av klindamycin intravaginalt kan gi økt vekst av ikke-følsomme organismer,

spesielt sopp. Hvis betydelig eller langvarig diaré inntreffer, må legemidlet seponeres og nødvendig behandling gis. Betydelig diaré som kan opptre mange uker etter avsluttet behandling, skal behandles som om den er antibiotikarelatert. Moderat diaré avtar ved seponering av behandlingen. Sameie frarådes under behandlingen. Latekskondomer og latekspressar kan svekkes i kontakt med innholdstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvikt eller kolitt.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Preparatet anbefales ikke brukt i 1. trimester. Det er vist at bruk av klindamycin vaginalkrem hos gravide i 2. trimester og systemisk tilført klindamycinfosfat i 2. og 3. trimester ikke er assosiert med fosterskader. Vagitoriene kan derfor brukes under 2. og 3. trimester dersom det er et klart behov for det. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amning.

**Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginit, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointes-

tinale: Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria, pruritus, utslett. Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, soppinfeksjoner.

**Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger for klindamycin J01F F01.

**Egenskaper:** Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginit: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp. Absorpsjon: Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%). Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C. Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40. Sist endret: 27.01.2004

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

# Master of business administration

**Overlege, dr.med. Line Bjørge, Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus fullførte i mars 2010 sine MBA studier ved ESSEC Business School, Paris og Mannheim Business School, Mannheim. Studiene ble gjennomført med beste karakter med utmerkelse (highly commended).**

The ESSEC Et Mannheim Modulart Executive MBA –program (<http://www.essec-mannheim.com/emba-program.html>) er et klassisk master of business administration program med fokus på ledelse og teamarbeid. Programmet strekkes seg over 18 måneder, og er organisert som et deltidsstudium. Forelesningene er konsentrert til 8 studiemoduler av 8 dagers varighet som vekselvis finner sted i Paris og Mannheim, samt 3 lengre opphold i Madrid, Brussels, og Singapore / Shanghai. Programmet omfatter både teoretisk undervisning og praktiske øvelser. All undervisning foregår på engelsk. Periodene mellom studieoppholdene brukes til egenstudier, gruppearbeid og eksamensinnleveringer. Mer enn 20 ulike kurs blir gjennomført, og alle avsluttes med en eller flere eksamener som karaktersettes. Studieopptaket er individuelt, og tidligere utdanning, arbeidserfaring og personlige egenskaper vektlegges. Programmet er rangert blandt de beste i Europa, og ligger på topp 25 listen på verdensbasis.

I løpet av mine MBA studier har jeg ervervet meg kunnskap om hvordan organisasjoner fungerer, hvilke styringsverktøy som

kan benyttes og hvordan moderne ledelsesfunksjoner utøves, sier Line Bjørge. Videre har jeg økt min forståelse av økonomisk styring, og fått bedre innsikt i hvordan overordnede strategier i en organisasjon etableres. Dette er viktig og nødvendig for de jobbfunksjoner jeg nå innehar. Det har vært utfordrene og morsomt å erverve seg teoretisk innsikt

i annet fagområde enn medisin, og ikke minst å arbeide i team med personer fra ulike land og ulike kulturer. Studiet var svært arbeidskrevende. Totalkostnaden for studiet har beløpet seg til ca kr. 530 000,-, hvorav 44 000 Euro utgjør skolepenger og studiemateriell (resterende representerer reise og oppholdsutgifter). Mer enn 80 % utgiftene har jeg finansiert selv.



Graduation: Line Bjørge og medstudenter

Disputas A-HUS 9. november 2010:

# Fedme og risiko for livmorkreft

**Lege og doktorgradstipendiat Kristina Lindemann har funnet en sterk sammenheng mellom fedme og risiko for livmorkreft. Vektøkningen blant kvinner i Norge kan ha bidratt til at forekomsten av livmorkreft har økt betraktelig.**

Livmorkreft er den vanligste kreftformen i kvinners underliv og den fjerde hyppigste kreftformen hos kvinner i Norge generelt. Kreften utvikler seg i livmorkroppen, og det er som regel slimhinnecellene som utvikler seg til kreftceller. Hvert år får 700 kvinner i Norge diagnosen livmorkreft. Sykdommen ses især hos eldre kvinner, og gjennomsnittsalderen ved kreftdiagnose er over 60 år.

I avhandlingen *Body mass and the risk of endometrial cancer* som utgår fra Universitetet i Oslo og Kvinneklinikken ved Akershus universitetssykehus, har Kristina Lindemann og medarbeidere brukt data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 1 og 2) og Kreftregisteret. Kvinner med kroppsmasseindex over 40 hadde seks ganger høyere risiko for livmorkreft enn normalvektige kvinner (kroppsmasseindex 20-24). Undervektige kvinner hadde halvert risiko sammenliknet med normalvektige kvinner. Også diabetes økte risikoen for livmorkreft.

I tillegg til vektøkning i befolkningen, kan også bruk av hormoner samt endret alderssammensetning i befolkningen ha hatt betydning for forekomsten av livmorkreft. I tillegg kan bedret diagnostikk ha ført til at flere krefttilfeller oppdages.

Forekomsten av livmorkreft i Norge har økt kontinuerlig blant kvinner i alle aldersgrupper siden 1953. I avhandlingen er det beregnet at forekomsten vil fortsette å øke og antakelig fordobles fram mot 2025 sammenliknet med dagens tall. Kunnskapen om sammenhengen mellom kroppsmasseindex og utvikling av livmorkreft er derfor viktig for forebygging av sykdommen.

## Bedømmelseskomité

1. Opponent: Associate Professor Elisabete Weiderpass Vainio, Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige
2. Opponent: Professor Helga B. Salvesen, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen



*Kristina Lindemann*

3. Medlem av bedømmelseskomitéen: professor Haakon E. Meyer, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Disputasleder: Professor Britt Ingerd Nesheim, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

# ReplensMD – et førstevalg

Veldokumentert **HORMONFRI  
VAGINAL GEL** – en rekke  
publiserte studier **VISER EFFEKT.**

Effektiv mot **VAGINAL TØRRHET**  
i hele **72 TIMER** per dosering.

Hormonfri markedsleder i snart 20 år.  
Anbefales av gynekologer over hele verden.



Klinisk dokumentert  
– Kjøpes i apotek

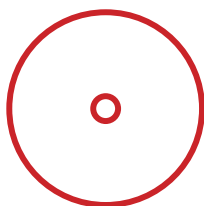
Ring eller mail oss for dokumentasjon og pasient informasjon.

Markedsføres av

 **MEDLITE**

Medlite AS, pb 288, 3081 Holmestrand  
Tlf. 33 09 62 12 – post@medlite.no  
www.medlite.no

# Kjære FUGO-medlemmer!



## FUGO

Da er vi kommet inn i et nytt år, 2011, og vi i FUGO har kommet godt i gang med årets aktiviteter. FUGO-styret har fått et nytt medlem, Sjur Lehmann. Han har tidligere arbeidet i Arendal, men er nå på Haukeland i hjembyen Bergen. Han er utdannet jurist og lege, og vi synes det er hyggelig å få han inn som en del av styret. Tidligere leder Sissel Oversand har gått ut av styret etter 4 år. På vegne av FUGO vil jeg takke henne for den gode innsatsen hun har gjort for foreningen.

For øvrig er det ikke så mange endringer, og hvem som gjør hva finner dere nederst på siden (se FUGO-styret 2011 nederst på siden).

I mai vil ENTOG arrangere årets utveksling, denne gangen til England. Innen fristen gikk ut 15. januar hadde vi fått 9 gode søkere. Dette synes vi var hyggelig, og de aktuelle vil bli kontaktet direkte. Etter utvekslingen vil det komme reisebrev i Gynekologen, slik at vi alle kan få et lite innblikk i hvordan utdanningen er på de britiske øyer.

Vi har begynt å planlegge årets kurs som skal avholdes i Ålesund. Christian vil på ny være kursleder, noe vi er svært glade for. Han har skrevet noen ord om årets kurs, dette finner dere på en av de neste sidene. Vi håper at temaet er interessant og at så mange som mulig blir med oss til Ålesund, og samtidig kan delta på årsmøtene til FUGO og NGF. Forøvrig vil vi oppfordrer alle LiS'er til å sende inn abstrakter til NGFs årsmøte i Ålesund.



I løpet av høsten vil NFYOG arrangere kurs, denne gangen er temaet "1. trimester screening, forskjeller i praksis og lovgivning mellom de forskjellige land". Vi tror dette blir et spennende kurs og samtidig en god anledning til å treffe kollegaer fra de andre nordiske landene. Kurset vil bli avholdt i Stockholm 23.-24. september. Nærmere informasjon vil komme på våre nettsider.

På vegne av styret vil jeg få ønske dere alle en fortsatt god vinter, og samtidig oppfordre alle til å ta kontakt med oss i FUGO hvis det er noe vi kan være med å bidra til. Vi er her for dere!

Vinterlig hilsen fra  
Erik Andreas Torkildsen  
Leder FUGO  
Kvinnesklinikken  
Stavanger Universitetssjukehus

## FUGO-styret 2011

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

FUGO-kurs 2011:

# Menopause / Klimakteriet

På ny har styret i FUGO gleden av å arrangere et kurs i forkant av FUGO og NGF sitt årsmøte. De siste kursene om Fosterovervåkning/STAN, Kolposkopi og Infertilitet har fått gode tilbakemeldinger og vi er derfor godt motiverte til å arrangere et nytt kurs. Denne gangen har vi igjen satset på et gynekologisk emne – MENOPAUSE og KLIMAKTERIET. Kurset vil holdes onsdag 7. september 2011 i Ålesund. Kurset blir søkt godkjent som valgfritt kurs med 6 tellende timer for leger under spesialisering og for spesialisters etterutdanning i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Endelig program er ikke fastsatt, men skal omfatte disse tema:

- fysiologi og forandringer

- klimakteriske symptomer
- patologiske tilstander som klimakterium praecox
- hormonterapi: behandling / praktisk bruk / bruk av androgener
- risikofaktorer, risiko for cancer utvikling og hjerte-kar-sykdommer
- bruk relatert til andre patologiske tilstander, for eksempel brystkreft

Det er ikke helt bestemt hvem som blir foredragsholder, nærmere informasjon om dette vil bli lagt ut så raskt som mulig.

Kurset er ved redaksjonsslutt til Gynekologen foreløpig ikke annonsert i kurskatalogen på nettet, men vi vil ordne dette så fort det lar seg gjøre praktisk. Når

dere leser dette så kan dere sjekke om det ikke er i orden allerede.

Påmeldingen vil som før gå gjennom koordinatorkontoret i Oslo. Det er viktig å huske på at dere må melde dere på innen påmeldingsfristen, som også vil bli annonsert på kurskatalogen. (antakeligvis rundt 15. juli 2011). Alle blir prioritert etter vanlige regler og ansiennitet. Etter påmeldingsfristen vil man kunne komme med, dersom det er ledige plasser.

Så, ikke nøl, bli med på et kjempespennende program i Ålesund, og få i tillegg med dere årsmøtet til Norsk Gynekologisk Forening.

Februar 2011 Christian Tappert

## Nyttige websider

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



# Hiprex

(metenaminhippurat)



## Profylakse med Hiprex®

– gir signifikant redusert forekomst av postoperativ bakteriuri og urinveisinfeksjon<sup>1</sup>

- Hiprex® 1g 2 ganger daglig i fem dager som profylakse ved større gynekologiske inngrep, som gynekologisk laparotomi, vaginaloperasjon eller retropubisk inkontinensoperasjon<sup>1</sup>

Langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner<sup>2</sup>

- 70-80 % reduksjon av residivfrekvens er vist i kliniske studier hvor Hiprex® er gitt til kvinner med residiverende urinveisinfeksjon<sup>3,4,5,6,7</sup>

### c Hiprex "Meda" Urinveisantiseptikum.

**T DOSEPULVER 1 g:** Hver pose inneh.: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Sitronsmak. **TABLETTER 1 g:** Hver tablett inneh.: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Med delestrek. **Indikasjoner:** Langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner etter initialbehandling med kjemoterapeutika eller antibiotika. Profylaktisk ved kort-/langtids kateterdrainasje og ved transuretrale operasjoner. Bør overveies også ved enkelt-kateteriseringer, cystoskopier og ved urodynamiske målinger i urinveiene. **Dosering: Voksne:** 1 tablett/doseringspose 2 ganger daglig. Fortrinnsvis etter morgen- og kveldsurinering. **Barn: 6-12 år:** ½ tablett 2 ganger daglig. Tablettene kan knuses og gis sammen med f.eks. syltetøy. Innholdet i 1 doseringspose røres ut i ¼-½ glass vann. **Kontraindikasjoner:** Alvorlig lever og nyreinsuffisiens, alvorlig dehydrering og metabolsk acidose, samtidig sulfonamidterapi (pga. fare for krystalluri). **Interaksjoner:** Se Kontraindikasjoner. Alkaliske stoffer hemmer metenaminets virkning. Samtidig bruk med acetazolamid bør unngås da effekten av metenamin vil reduseres. Laboratorieverdier: Avhengig av analysemetoden kan metenamin interferere med bestemmelse av steroider og katekolaminer i urinen og derved gi feilaktig resultat. (I: J01X X05 metenamin) **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Risiko ved bruk under graviditet vurderes som liten. **Overgang i morsmelk:** Går over, men risiko for å påvirke barnet er liten. Preparatet kan derfor brukes under amming. **Bivirkninger: Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Brekninger, irritasjon av mavesekk, kvalme, urolig mage. Hud: Utslett. Urogenitale: Irritasjon av urinblære. **Sjeldne (<1/1000):** Urogenitale: Hematuri. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger J01X X05. **Virkningsmekanisme:** Utskilles i nyrene og spaltes til metenamin og hippursyre. Metenamin hydrolyseres i sur urin og danner formaldehyd som virker baktericid gjennom å reagere med funksjonelle grupper i bakterienes enzymer, som derved blir denaturert og uten funksjon. En sur pH i urinen opprettholdes i de fleste tilfeller med hippursyren som i seg selv har bakteriostatisk effekt. Hos pasienter med kronisk bakteriuri, som pasienter med kontinuerlig kateterdrainasje og hvor bakteriurien skyldes Proteus og Pseudomonas, bør pH i blæreurinen følges. Proteus og Pseudomonas spalter urinbestanddelene til basiske stoffer. Det kan derfor være aktuelt å tilføre surgjørende substanser. **Absorpsjon:** Hurtig. Formaldehyd kan påvises i urinen 30 minutter etter administrering. **Halveringstid:** 8 timer. **Utskillelse:** Ca. 85% skilles ut i urinen i løpet av 24 timer. 32 timer etter siste dose er alt utskilt. **Pakninger og priser: Dosepulver:** 100 stk. kr 329,10. **Tabletter:** 20 stk. kr 69,50. 100 stk. kr 184,20. **T: 19b) 2, 38a) 2. Refusjon:** I hht. refusjonslisten: **J01X X05 Metenamin Refusjonsberettiget bruk:** Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdrainasje. Infeksjonsprofylakse urinveier ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets slutfase. **Refusjonskode: ICPC -90,** Palliativ behandling i livets slutfase. **A89, Urinveiskateter problemer, vilkår nr : 68. B99. Immunsivikt INA, vilkår nr : 31. ICD-90,** Palliativ behandling i livets slutfase- **Vilkår nr:31: D80 Immunsivikt med overveiende antistoffmangel, N30 Cystitt, N34 Uretritt, N39.0 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon. Vilkår: 31: Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på blå resept. 68: Når et legemiddel ikke lenger er virksomt, må det foretas bakteriologisk undersøkelse med resistensbestemmelse for man skifter til et annet middel som godtgjøres. 141: Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: 1. Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyrer/urinveier. 2. Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyrer/urinveier. 3. Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyrer/urinveier. Sist endret: 05.11.2010.**

**Referanser:** 1. Schiøtz H.A and Guttu K. Value of urinary prophylaxis with methenamine in gynecologic surgery. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 743-746. 2. www.felleskatalogen.no, november 2009. 3. Bergan T, Sander S. Urinveisantiseptika. Tidsskr Nor Lægeforen 1975; 95: 383-4. 4. Pedersen S. Long-term prophylaxis with methenamine hippurate in girls with recurrent urinary tract infections. Acta Paediatr. Scand 1978; 67: 597-9. 5. Nilsson S. Long-term treatment with methenamine hippurate in recurrent urinary tract infection. Acta Med Scand 1975; 198: 81-5. 6. Høivik H.O. og medarbeider. Profylakse ved residiverende cystitt hos fertile kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 16: 1150-52. 7. Gundersen et al. Hyppig forekommende cystitter hos eldre kvinner. Tidsskrift Nor Lægeforen (25) 1986; 1006: 2048-2049.

**MEDA**

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



# Et trygt fødetilbud

**Helsedirektoratet sendte midt i desember ut Veilederen ”Et trygt fødetilbud”. Denne er et resultat av en bred prosess som blant annet bygger på det landsomfattende tilsynet med fødeinstitusjoner i 2004, Tilsynssaker og NPE-saker som tydelig tilsa at det var nødvendig med en kvalitetsforbedring i svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen.**

Så kom ”St.meld.nr 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet, Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg” og direktoratet fikk i oppdrag av HOD å utarbeide konkrete kvalitetskrav til fødselsomsorgen som har resultert i veilederen ”Et trygt fødetilbud”: Hdir nedsatte arbeidsgrupper med bl.a. flere gynekologer fra hele landet og fra små og store avdelinger, og fra NGF. Høringsfristen var i april 2010 og hørings svarene viste bred enighet i rapportens innhold. Dette ble fremlagt på vårt årsmøte i Arendal.

Veilederen gir retningslinjer som har vært etterlyst tidligere, noe Styret oppfatter som positivt. Den har stort fokus på kvalitet og gir oss spesifikke seleksjonskriterier for hvor fødende bør eller skal føde, noe som har vært etterspurt i fagmiljøet. Veilederen setter krav til kompetanse og kontinuitet i bemanning og til tverrfaglig geografisk samarbeid for de enkelte fødepopulasjoner som vil medføre at ledelsen må tilføre ressurser (sterkt etterlengtet for mange) til avdelingene og åpenbart vil ha positiv virkning på kvaliteten.

Fødselshjelpen skal fortsatt ytes på tre nivåer, kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue.

Veilederen angir seleksjonskriterier for fødekvinnene – for hvem som kan føde på fødestue, hvem som kan føde på fødeavdeling eller hvem som skal føde på kvinneklinikk. Det er anført at seleksjonskriteriene i denne veilederen er utarbeidet på bakgrunn av det som er vanlig generell kompetanse ved de tre fødenivåene.

Styret har stor forståelse for at enkelte avdelinger kan oppfatte denne listen av kriterier som problematisk. Vi vil påpeke at avdelinger ikke nødvendigvis skal endre praksis. Det er åpnet for mulighet til at fødeavdelinger som mener at man innehar nødvendig kompetanse og behandler fødekvinne med tilstander som etter kriteriene nå skal fraktes til kvinneklinikk, kan fortsette sin praksis. Veilederen sier at det skal utarbeides planer som er tilpasset hvert enkelt foretak, sitat:

- Dersom enkelte fødeavdelinger mener at de innehar kompetanse til å håndtere enkelte tilstander som er definert tilhørende kvinneklinikk, skal dette avklares med helseregionens fagnettverk og kvinneklinikker. Dette må i så fall dokumenteres og prosedyre nedfelles.
- Fødeavdelinger som har neonatalavdeling i sykehuset og barnelege i tilstedevakt gjør det mulig å tillate flere risikofødsler ved disse institusjonene enn de som ikke har dette tilbudet.

Dersom det skal gjøres endringer i nåværende praksis er dette ikke ment å skulle skje over natten:

- Oppfølging av kravene i veilederen vil måtte skje som utviklingspregede prosesser som går over tid. Videre vil ulike lokale forhold skape ulik tilpasning i den endelige utformingen av tilbudene. Kravene til kvalitet, herunder pasientsikkerhet, skal imidlertid være de samme over hele landet.

Styret mener det er helt vesentlig at denne muligheten til lokal avklaring benyttes, og vil med dette oppfordre til Veilederen brukes som et utgangspunkt for en dialog innad i hver region.

NGF Styret 14.01.11

## Tidlig ultralyd i svangerskapet

Styret gjorde følgende prinsippvedtak på styremøtet 14.02.11:

NGF stiller seg positiv til innføring av tilbud om tidlig ultralyd i svangerskapet. Føringsene som bioteknologiloven gir pr i dag oppleves i fagmiljøet som uklare, og fører til ulikt tilbud i befolkningen. Forutsetningen for etablering av et nytt tilbud innenfor svangerskapsomsorgen, er at det også tilføres nye ressurser.

NGF mener at vi i dag har en velfungerende abortlov, og ser ikke at en eventuell innføring av tidlig ultralyd nødvendigvis må knyttes til endring av loven. Utvidelse av grensen for selvbestemt abort til 16. svangerskapsuke vil gi kvinnen mindre tilleggsbelastning og være ressursbesparende i forhold til nemndbehandling. Det er imidlertid ikke ønskelig at man får en generell forskyvning av tidspunktet for abortbehandling til lenger ut i svangerskapet enn det man ser i dag.



# Velkommen til Årsmøte NGF i Ålesund 2011

**Påmeldingsfrist og Abstraktfrist 15. juni 2011**

**Abstrakt til fri foredrag og plakat sendes som vedlegg til e-post til Kevin Sunde Oppegaard, adresse titch@online.no, altså senest 15.06.2011.**

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

Abstrakt filnavn skal være "Etternavn foredragsholder"+ "stikkord for emne", f.eks. "Nilsen konisering". Du vil få beskjed om foredraget er akseptert til presentasjon som fri foredrag eller plakat.

**Til hvert foredrag er det avsatt 8 min + 2 min til diskusjon.**

Selve foredraget medbringes i Microsoft PowerPoint eller Apple Keynote på minnepinne og leveres under årsmøtet. Foredragets filnavn skal være "Etternavn foredragsholder" + "stikkord for emne". Det skal gis beskjed ved innsending av abstraktet om presentasjonen er Mac- eller Windows-formatet.

**Støtte til LIS (Lege i spesialisering) og stipendiater**

LISer og stipendiater innen faget gynekologi og obstetikk som holder foredrag eller presenterer plakat, får kr 2000 i støtte, som utbetales etter årsmøte. Utbetaling forutsetter at foredraget er avholdt, og at deltakeravgift er betalt. Vennligst opplys til undertegnede om du er LIS ved innsending av abstrakt! LIS som ønsker å søke støtte må av regnskapsmessige grunner innsende fullt navn, adresse, fødsels- og personnummer og skattekommune sammen med abstraktet.

**Priser**

Det utdeles pris til beste foredrag i obstetikk og beste foredrag i gynekologi, hver på kr 5000. Prisen må tas ut som reisestøtte innen ett år. Betalt kongressavgift er en forutsetning for å holde foredrag eller ha poster.

Vel møtt i Ålesund!

Kevin Sunde Oppegaard  
Vitenskapelig sekretær NGF

Knut Hordnes  
Nestleder NGF



## Farewell and welcome

It seems only yesterday, I mean only 7 years ago, that I finally got a chance to do something that was my first choice of profession. I had always dreamt of being a girl computer geek and when the opportunity arose to work as the webmaster for NGF, I gladly accepted. The 7 years were informative, educative and rewarding. Though initially it was hard work learning the tricks of a new trade, it was definitely worth all the hours used in drafting, redrafting and finalizing the page layouts and attending NGF board meetings. But then seven years are enough, 'the old order changeth, yielding place to new.' In the same breath, I would like to thank the different boards of NGF and all colleagues who during my tenure were helpful, supportive and appreciative of my efforts in maintaining a functional NGF website.

I take this opportunity to welcome and pass on the webmaster baton to the beautiful and talented Mette Løkeland, the girl with the golden voice and infectious laughter. But hold on. Here comes the rider: From here on the NGF website will probably be in NYNORSK in place of my broken 'bokmål!'

Best wishes, Pooja Parashar  
Nettredaktør 2004-2010



# NFOG Fund

## Deadline for applications

The next deadline is **March 1st 2011**

Application dates in the future are March 1st and October 1st each year. Applicants will be notified within two months of the application dates.

## Purpose

The purpose of the NFOG Fund is to support further development of professional skills, research, and clinical and scientific collaboration in the fields of obstetrics and gynecology.

## Who can apply

Members of the national societies of NFOG who are specialists in obstetrics and gynecology or trainees who have completed two years of specialist training.

## The following fields within obstetrics and gynecology can be covered

- 1: Clinical or scientific visits outside country of residence with the purpose of improving skills and/or developing and sharing expertise.
- 2: Voluntary or project work in developing countries.
- 3: Courses outside the applicants country of residence.
- 4: Collaborative clinical or scientific projects between members of the national societies of NFOG.
- 5: Each national society can once per year apply for the coverage of expenses to bring one lecturer from another Nordic country to speak at one annual meeting arranged by the society.

In case the number of applications exceed the funding, applications regarding activities within the Nordic countries will have the highest priority.

## Grants will not be given for

- Congresses, symposias, pre and post congress courses.
- Courses arranged by NFOG.
- Salary or daily allowance shall not be covered.
- Training of other professions than gynaecologists/obstetricians.
- Only future activities will be considered for support. Retrospective applications will not be taken into consideration. According to this activities taking place before the 15.4.2011 will not be considered.

## The grants will only cover

- Course fee.
- Traveling expenses: Public transport, air fare on economy class, only one return ticket.
- Modest accommodation. For longer visits hotels are not accepted. Accommodation will only be covered for the duration of the stay and no longer than one month.
- Meeting expenses for the collaborative projects (point 4 above)
- Only expenses of NFOG members will be covered by the grants. This rule does not apply for lecturers at societies annual meetings (point 5)

## Application must include:

- Applicant should be submitted on a special NFOG Fund application form which can be found on the NFOG website [www.nfog.org](http://www.nfog.org) and should include:
- Applicant's motivations and reasons for applying.
- Short Curriculum Vitae (no more than two pages). In collaborative projects, short CV from the principal investigator of each participating Nordic country

- Detailed budget.
- Copy of course announcement (point 3)
- In collaborative projects, short description of the research / clinical project, including information on appropriate approvals. Total length up to five pages.
- Letter of recommendation from head of department (points 1-3).
- In case of clinical visit or voluntary work: acceptance letter from head of department at the clinic where the visit is to take place or the organization who is responsible for the program.
- Information on whether or not the applicant has applied for or received other grants for the same purpose, and how much.

A short written report to the NFOG Board must be send to the NFOG Treasurer within 3 months after the activity. The report will be published on the Website. Expenses will be refunded, when the NFOG Treasurer receives documentation of expenses and the written report.

## Applications should be sent to

(electronic and signed paper applications):

Alexander Kr Smáráson  
Chairman of the NFOG Scientific Committee  
Department of Obstetrics and Gynaecology  
Akureyri Hospital  
600 Akureyri  
Iceland  
e-mail: [nfogfund@nfog.org](mailto:nfogfund@nfog.org)

Further information can be obtained from members of the NFOG Scientific committee, see [www.nfog.org](http://www.nfog.org)



# EBCOG

## President's Newsletter

Dear Colleagues,

This year has flown by so quickly and now suddenly it's time for the last President's Newsletter of 2010. The newsletter is part of our efforts to make sure we have as much contact and interaction as possible with obstetricians and gynaecologists in all our member countries. I was very heartened by how widely the last newsletter was distributed by national delegates and national societies. Thank you! I would kindly ask you to circulate this one just as widely. Communication is vital and it helps us, as the voice of European obstetrics and gynaecology, to be aware of, and so better address and represent, your interests and concerns. It also helps us to continue to further the development of our specialty through mutual support and the exchange of information at European level.

Even by its normal standards, EBCOG has had a busy year. I am delighted that many proposals about important issues that had been raised throughout the year were agreed in principle at our recent Council meeting. I would also like to take this opportunity to thank my fellow Officers and the Executive and Council members for the input and support they give so freely, to both EBCOG and myself.

One of the decisions that Council made at its meeting in November was to replace the position of Vice-President with that of President-Elect. This will require a change to the Constitution and so a formal vote on this motion will be taken at the next Council meeting in London. The mandate periods of all the Officers will remain three years, but our intention is that the introduction of the position of President-Elect will ensure more continuity. If this change is agreed, this position will come into effect at the end of my term of Office and we have also developed job descriptions for all the Officers to help to clarify their roles and remits. UEMS has also been having a debate on its mandate periods and at its recent Council meeting in Prague, it decided to move to four-year terms of Office with the possibility of one subsequent re-election for all posts.

The last UEMS Council meeting was a landmark for the UEMS Boards, which were invited to attend for the first time. UEMS is an umbrella organisation representing all of the medical specialties in Europe and, to date, the UEMS Council has consisted mainly of representatives of national medical associations, whilst the specialties themselves have not been involved. Thanks largely to the efforts of the Past-President, Prof Bill Dunlop, this situation has now been rectified and the specialties are fully represented on the UEMS Council.

Another very important decision taken by our Council was to agree to run a pilot Trainee Fellowship Programme in 2011. Under this project, EBCOG will offer 3 three-month East-West Fellowships of €3,000 to carefully selected trainees. My thanks go to the Treasurer, Prof Wolfgang Holzgreve, for taking care of our assets in a way that enables us to do this, and for factoring the associated costs into next year's budget. The finer details have still to be worked out, but hopefully we will soon have all the relevant information, application forms and selection criteria available on our website. Please, spread the word about this project as widely as possible, because it really will be a great opportunity for three trainees who are selected.

Speaking of our web site, I would like to thank our Webmaster, Dr Werner, and our Web designer, Mr Dekker, for all their work on our new site. As I said earlier, communication is vital and the web site is crucial to this. Our site has had a temporary change of address to: [www.ebcog.eu](http://www.ebcog.eu) and I would urge you to visit us there and see our new-look site. Not only does it look different, there is now so much more information available. The site has different levels of access and you will need to register to access it. We are considering having a forum on the site to make it more interactive and also including e-learning materials which you will be able to download and use as a resource. The Chair of our Working Party on E-Learning, Prof Juha Mäkinen, is currently surveying E-Learning resources across the EU. The most recent EBCOG documents are available on the homepage and the European and national society news sections will become much more prominent. However, this means we need news! Please keep the Webmaster up to date with your own society's events and happenings and give her your feedback and ideas on the site.

EBCOG is continuing in its efforts to develop closer contacts with the European institutions and the good news is that in January next year, thanks to the assistance of Senator Marleen Temmerman and our Vice-President, we will meet with members of the European Parliament's Public Health Committee. My thanks go to Johan for facilitating our contacts with Senator Temmerman and for all his support as Vice-President. The focus of the meeting at the European Parliament will be on standards of care, as this is an area we are keen to see addressed at European level. It is one of EBCOG's current focuses and a Working Group, under the Chairmanship of Dr Tahir Mahmood, has now been set up to explore how some common European standards might be defined. Standards of care are crucial in assessing variation in care, in preventing inappropriate care and in providing a mechanism to monitor and compare the quality of care. Our intention is to discuss this project with the MEPs and ask them to support us in developing European standards which can eventually be used by any medical specialty. An important and challenging aim, I think you will agree.

Another issue discussed by Council was that of Clinical Studies Groups. The President of the RCOG has pointed out that in some countries, clinical studies are entirely funded by the Departments of Health and consequently research structures are subject to certain national agendas.

Various international structures in the UK, including one in obstetrics and gynaecology, are evolving fast and the RCOG is looking at how this might be linked to a European structure and whether or not EBCOG could have a role in these developments. Council agreed that this was an interesting proposition and Prof Allan Templeton agreed to Chair a Working Group to look at the feasibility of this idea.

Visiting continues to be one of the cornerstones of EBCOG, and because of the demand for visits, the Working Group on Hospital Visiting and Accreditation has been re-constituted to try and alleviate some of the work-load of Prof Yuriy Wladimiroff, who has done, and is doing, so much great work to encourage visiting at national level. The visiting forms have been updated and these are now available on the new website.

The Standing Committee on Training and Assessment (SCTA)'s remit continues to expand, covering surveys on CME/CPD, Training the Trainers, revising the specialist and subspecialist log books, surgical skills and clinical research methodology. And these are just a few of its areas of activity. EBCOG's SCTA comprises members of EBCOG and also the subspecialties and special interest groups. Again a big thank you to all of those who have worked so actively in this group, and especially to the Chair of the SCTA, Prof Klaus Vetter, who is also the Chair of the Scientific Committee for the European Congress in Tallinn in 2012. Preparations for this Congress are continuing and we hope to see you there on 9th - 12th May 2012. A preliminary programme and other information will be available early in the New Year.

As you know, the Congress in Antwerp was successful and, hopefully, enjoyable for all the participants. Sadly, we are still negotiating the financial outcomes with the PCO, but we are hoping that this situation may yet be resolved without resorting to legal means. Our subspecialist sisters –EAPM, ESHRE, ESGO and EUGA - are very important to EBCOG and provide us with invaluable insights and input. Once again they, and the special interest groups such as EFC, ESGE, ESC and EURAPAG, will be closely involved in organising the European Congress in Tallinn and will be running various sessions and Hands-on-Training courses there.

One of the requests made by Council at its last meeting was that Training of the Trainers (TTT) be made a compulsory part of an EBCOG visit, and this is something we are looking at closely. The Secretary-General is organising a TTT course in Turin in early December and hopes that this format will become the template for other EBCOG TTT courses, such as the one she is organising early in 2011. If you are interested in taking part in this TTT course, please keep an eye on the website, as all the details will be available there. My gratitude to Chiara for all her hard work.

As you may be aware, our next Council meeting will take place in London in May 2011, at the same time as the ENTOG (European Network of Trainees in O & G) Exchange Programme and meeting. ENTOG continues to go from strength to strength and is closely involved in all aspects of EBCOG's activities. ENTOG has recently been concerned about an initiative called WATOG (World Association of Trainees in Obstetrics and Gynaecology) which purports to represent trainees in Obstetrics and Gynaecology worldwide. ENTOG is concerned, not because of the existence of parallel projects or competition, but because this group claims to have FIGO's support, whilst ignoring ENTOG's existence and it has also been trying to create a new trainee network, with representatives from every European country. EBCOG suggested that ENTOG should create a world network of trainees and ENTOG is now actively discussing this suggestion with colleagues from other continents. Congratulations to ENTOG President Dr Nuno Martins and the ENTOG Executive for all their efforts and commitment.

EBCOG's stated aim is to ensure the highest possible standards of healthcare for the women of Europe and their babies, both now and in the future. However, future standards depend upon high quality specialist training programmes. We have been contacted by two countries during the course of this year and been asked to support them in convincing their Health Ministries to retain a minimum five-year specialist training programme, which we have been delighted to do. Please remember that if you have concerns about proposed changes to your training system at national level, EBCOG is there to help. Do let us know and then we can assess if, and how, we can assist.

I would like to close this newsletter by sending you and your loved ones my best wishes for a happy Christmas, or holiday period, and a very happy, healthy and peaceful New Year.

Professor Peter Hornnes  
President of EBCOG  
December 2010

## Informasjon fra styret:

### Utsettelse av oppstart for nytt gjennombruddsprosjekt om keisersnitt

Helse- og omsorgsdepartementet skal gjennomføre en nasjonal pasientsikkerhetskampanje som er i startgropen og planlagt å vare i 3 år. Kampanjen ledes av Kunnskapssenteret. Legeforeningens fagmedisinske avdeling har gjort oss oppmerksomme på at kampanjen kan gi utfordringer for vårt planlagte gjennombruddsprosjekt både mtp å få sentrale midler til gjennomførelse av selve prosjektet og at RHF-ene vil måtte prioritere personell og ressurser til kampanjen.

Etter samråd med legeforeningens fagmedisinske avdeling har vi besluttet å utsette oppstart av forprosjekt i 1 år. I forprosjektperioden vil vi utrede muligheten for å igangsette prosjektet før kampanjen avsluttes.

På vegne av Norsk gynekologisk forening  
Toril Kolås, Styremedlem



# HPV tester – hva gjelder det egentlig?

Siste ukens debatt om HPV-tester har nok gjort det klart for de fleste at det finnes motstridende syn, men mange har kanskje ikke fått med seg hva uenigheten egentlig dreier seg om. Helsedirektoratet har nå kommet med nye anbefalinger om bruk av HPV-tester i sekundærskanning, og det er disse striden står om. NGF har vært aktivt med i arbeidet som har pågått, og mener de nye anbefalingene er riktige – og at det er på høy tid de kommer. Vi vil med dette kort redegjøre for bakgrunnen.

Livmorhalskreft rammer rundt 300 norske kvinner per år, og rundt 100 dør av sykdommen. Behandling av forstadier kan effektivt hindre kreftutvikling. Hvert år behandles 3000 kvinner for forstadier (CIN II og CIN III, også kalt CIN II pluss) ved konisering. Det gjelder å finne disse 3000 kvinnene.

I Norge har vi et screeningprogram organisert av Kreftregisteret; Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Hvert tredje år kalles kvinner mellom 25 og 69 år inn for cytologisk prøvetaking (celleprøve). Dersom det er sikre grove celleforandringer ("HSIL") skal det tas prøver til histologisk undersøkelse, Hvis prøven viser CIN II pluss, gjøres konisering. Rundt 2000 av koniseringene utføres på basis av dette (uten bruk av HPV-test).

Dersom det er usikre celleforandringer (ASCUS) eller lavgradige (LSIL), tas ny prøve og HPV-test. Om denne også er positiv tas vevsprøve, og hvis positiv, gjøres konisering. Rundt 1000 kvinner koniseres på basis av dette årlig. Denne praksis kalles HPV-testing i sekundærskanning. Takstbruken har vært begrenset til bestemte indikasjoner, nemlig ASCUS ("usikre celleforandringer") og LSIL.

Det har vært brukt flere ulike HPV-tester i Norge. Etter en periode med villscreening ble indikasjonen for prøvetaking skjerpet i 2005, og man planla evaluering av driften etter prøveperiode fra 2005-2008. Evalueringen som Kreftregisteret skulle ha foretatt har uteblitt av ulike grunner (en periode var det vansker i forhold til Datatilsynet). Helsedirektoratet bestemte våren 2010 at siden man ikke hadde en evalueringsrapport, kunne man ikke si at HPV testing var nyttig, og besluttet å fjerne taksten for alle HPV-tester. Dato ble satt til 1. juli 2010, siden utsatt til 1. januar 2011, og så ble vedtaket omgjort i desember 2010 – blant annet etter innspill fra Faglig Rådgivningsgruppe (RG) for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft.

HPV testing er nyttig, gitt at testene er egnet. Egnert test må fange opp flest mulig HPV-positive, dvs ha høy sensitivitet. Testene vi mener er egnet, og som Helsedirektoratet nå har bestemt skal brukes, har sensitivitet på over 99 % (og tester for mer enn 12 typer av HPV, i tråd med WHO's anbefalinger). Testen fra Norchip tester kun for 5 HPV-typer, har lavere sensitivitet (74 %) og er derfor ekskludert. Det er en avgjørelse vi mener er riktig.

Kunnskapssenteret har tre ganger (2005, 2008, 2010) konstatert at det vitenskapelige grunnlaget for bruk av Norchip-testen er for svakt. Bruk av en slik test må betraktes som "utprøvende diagnostikk". En slik test kunne vært brukt i en studie og sammenholdt med kliniske validerte tester – etter godkjenning av Regional Etisk Komité, med samtykke fra pasientene, og uten at utgiftene ble belastet RTV. Det motsatte har vært tilfelle her: testen har uten videre vært brukt i rutinediagnostikk.

Dette gir etter vår mening god grunn til bekymring: med en test som har en sensitivitet på 74 % (Szarewski 2008), hvordan vet man den sanne forekomsten av CIN, når det ikke foreligger biopsier eller andre tester av kvinner som tester negativt på Norchiptesten?

Forkjemperne for Norchips test hevder at spesifisiteten til denne testen er høyere og at det er bra, for da overbehandler man ikke. Dette er et argument vi ikke forstår. Ingen kvinner skal behandles (koniseres) uten av det foreligger positive vevsprøver. Laboratorier som bruker Norchips test (5 av 11 norske laboratorier) erkjenner at den lave sensitiviteten er et problem – og ved usikre celleforandringer, og negativ Norchip HPV-test – kalles derfor kvinnen inn til ny celleprøve. Det kompenseres for bruk av en uegnet HPV-test, ved å ta flere celleprøver. Dette er en praksis som avviker fra Kreftregisterets algoritme (Kvalitetsmanualen av 2005), og en praksis som vi mener er uhensiktsmessig. Det er bedre å bruke tester som er klinisk validert i et screeningprogram. Det er ikke Norchips test.

NGF har arbeidet systematisk med dette sakskomplekset fra 2003 og gjentatte ganger påpekt svakheten med falsk negative prøver med Norchips test, som gir risiko for ikke å oppdage behandlingstrengende forandringer (et arbeid Legeforeningens Etske råd har berømmet NGF for).

Temaet i senere ukers debatt er HPV-testing i sekundærskanning. Det utredes for tiden bruk av HPV-testing i primærskanning (dvs HPV-testing er rutinen og gjøres først, ikke celleprøve), og det er sannsynlig at det vil bli en framtidig strategi. I denne sammenheng er det ganske opplagt at testens sensitivitet vil være avgjørende, med andre ord, den bør være over 99 %. En test med sensitivitet på 74 % (som Norchips) vil da være helt uaktuell.

Vi mener at Helsedirektoratets avgjørelse om å sette en kvalitetsstandard for HPV-testene er fornuftig. Helsedirektoratet har nå (110211) sendt forslag til endring av takstheftet til høring, med frist til 110311. Forslaget innebærer at ASCUS gjenstår som refusjonsberettiget indikasjon mens LSIL utgår, og det er satt krav til testenes sensitivitet som vilkår for refusjon. NGF støtter dette forslaget.

Knut Hordnes,  
Nestleder, Norsk gynekologisk forening

- Grete H. Berild
- Gynekologene på Kolbotn
- g-berild@online.no

Stor deltagelse ved NFOG`s kurs i København 17.-18.nov. 2010

# Fokus på Polycystisk Ovariesyndrom(PCOS)

**Kurset var lagt opp som oversiktsforedrag og presentasjoner av studier vedr. PCOS.**

**Norge var godt representert, spesielt ved overlege dr. med. Eszter Vanky, NTNU som hadde hovedansvaret for et stort og variert faglig program om PCOS etiologi via pediatri til den voksne kvinne med PCOS.**

Definisjonen av PCOS har endret seg over tid:

**1990:** National Institutes of Health: klinisk og/eller biokjemisk androgen overvekt samt oligo-ovulasjon/menhorea.

**2004:** Rotterdam: klinisk og/eller biokjemisk androgen overvekt, oligo-ovulasjon/menhorea, polycystisk morfologi av ovarier på UL, to av tre kriterier skal være oppfylt.

**2009:** Androgen Excess and PCOS Society: klinisk/biokjemisk androgen overvekt, pluss enten oligoovulasjon/menohrea og/eller polycystisk morfologi ved UL av ovarier.

(Alle 3 definisjoner innbefatter eksklusjonskriterier av andre hormonelle grunner )

Prevalensen etter siste definisjon er 5-10% hos premenopausale kvinner

Kurset hadde 4 sesjoner:

## **I. Prenatal and early development and treatment of PCOS**

**CarlSEN NTNU** holdt oversiktsforelesning over intrauterint miljø og PCOS.

En av de første hypotesene på utviklingen av PCOS oppsto på 80-tallet. Ved dyreeksperimentelle studier hvor man ga gravide aper testosteron, og jenteapefostrene utviklet virilisering, senere PCOS lignende klinikk. Dette gjenfant man ikke hos mennesker. I en studie på 250 uselekterte gravide fulgte man jentebabyer til de ble 15 år. Mødre som hadde hatt høye androgener under graviditet ga ikke opphav jenter som ble diagnostisert med PCOS som 15 årige. Man mener at ufødte jenter beskyttes mot maternelle androgener ved en aromatase i placenta. I samme studie så man på jenter født med LBW (lav fødselsvekt i forhold til alder). Det er kjent at denne gruppen kan utvikle androgen overvekt, hyperinsulinemi og polycystiske ovarier. De utvikler ofte tidlige pubarche – genitale hår før 8 år og tidlige menarche, menstruasjon før 12 år. Denne gruppen er født med en begrenset mengde subcutant fettvev. Dette har ført til teorien/hypotesen "adipose tissue expandability"- dvs. begrenset kapasitet for

lagring av lipider; dette påvirkes av genetiske og en rekke faktorer i omgivelsene.

**Zegher fra Belgia** (barneendokrinolog) tok opp tråden med denne hypotesen som muligens kan forklare utviklingen insulinresistens ved adipositas/overvekt, og det paradoksale at insulinresistens kan forekomme ved mangel av fettvev. Fettvev er et metabolsk meget aktivt organ. Når fettcellene (adipocytene) er "mettet" (dvs ved for mye inntak av kalorier i forhold til forbruk) startes en metabolsk aktivitet med produksjon av blant annet fettcellehormoner (adipokiner) som stimulerer insulinfølsomhet, samt produksjon av cytokiner for eksempel tumornekrosefaktor (TNF) som motsatt fettcellehormonene induserer insulinresistens. Videre hyperinsulinemi som igjen stimulerer til økt androgenproduksjon i ovarier og binyrer. Det er individuelt når denne metabolske aktivitet – det såkalte SET POINT starter opp, avhengig av hvor mye



subcutan fettvev man har. Det kan forklare hvorfor de overvektige senere får androgen overvekt, de har større adipøs kapasitet. Kaukasiske kvinner kan bli tyngre uten å utvikle insulinindusert androgenovervekt – motsatt Østens kvinner som utvikler insulinindusert androgenovervekt på lavere vektøkning.

**Ibanez fra Spania**, barneendokrinolog, har sett på medisinsk intervensjon hos jenter som er født med lav vekt i forhold til alder (LBW). Hun fant at Metformin over 4 år (8-12 år gamle jenter), ga senere menarche, mindre fettvev, lavere insulin og androgener, og at høydevekst stopper senere.

## 2. PCOS, pregnancy and Metformin

Generelt om Metformin: plante, oral velkjent gammel antidiabetisk medisin, brukes i type 2 DM, vannoppløselig, skiller ut gjennom nyrene, gir ikke hypoglykemi, billig og enkel å ta. Noen plages med gastrointestinale bivirkninger. Det passerer placenta, sees i terapeutisk nivå i navlestreng, noe opphopning i føtalt blod, ikke reportert teratogene effekter. Meta-analyse for gravide PCOS vs normale gravide viser: 2-4 x økt risiko for spontan abort, svangerskapsdiabetes, hypertensjon i graviditet, preeklampsi, small for gestational age, preterm fødsel, neonatale komplikasjoner og perinatal mortalitet.

**Kjøtrød fra NTNU**, refererte til sin studie på infertile PCOS pasienter som ble randomiserte til Metformin eller placebo. Metformin hos infertile PCO pasienter øker muligens ovulasjonen, men bør følges opp med Clomifen. Antall levende fødte er høyere med Metformin behandling.

**Morin-Papunen, Finland** snakket om PCOS og spontan aborter. Cochrane review fra 2010 viser ingen effekt av Metformin alene, og heller ikke av kombinasjonen Metformin+Clomifen på spontan aborter ved PCOS. Finland har gjennomført en randomisert dobbelt blind multisenter

studie på anovulatoriske PCOS kvinner ved 5 IVF avdelinger, til Metformin eller placebo. Metformin øker graviditetsraten og levende fødte barn, det ser ut til at det er de overvektige anovulatoriske PCOS kvinnene har størst fordel av Metformin. De har sett på placebogruppen, og her ser man at overvekt minsker graviditetsraten og antall levende fødte.

**Vanky, NTNU**, gjennomgikk PREGMET studien, som også var et prospektivt randomisert multisenter studie fra Norge hvor gravide kvinner ble randomisert til diet/endringer i levesett med Metformin eller diet/endringer i levesett uten Metformin. PregMet studien viste ikke redusert preeklampsi, preterm fødsel, graviditetsdiabetes eller kombinasjon av dette i Metformin gruppen. Den viste heller ingen forskjell ved fødsel, placentalløsning, fødselslengde, perineale skader, postpartum infeksjoner eller andre alvorlige komplikasjoner. Det var heller ikke forskjell i neonatale data som asfyksi, aspirasjon, ikterus, hypoglykemi, kramper, sepsis eller neonatal død. Det var mindre vektøkning i Metformin gruppen. Vanky har følgende forslag til oppfølging/behandling av gravide PCOS kvinner: Vektreduksjon før graviditet, 30 min. fysisk aktivitet daglig, redusere sukkerholdige drikker, 5 måltider daglig, vektkontroll gjennom graviditeten (max. 8-12 kg), oral glucosebelastning 1. og 3. semester og fostervektestimering 32. uke.

## 3. PCOS in adult woman

**Trolle, DK**, snakket om PCOS og fedme (BMI>30) hos yngre voksne. Prevalensen av fedme er stigende. Fedme er korrelert til lav utdannelse, lave sosioøkonomiske forhold. PCOS assosiert fedme er korrelert til det samme, og kvinnene har ofte lav selv-kontroll. De slanke PCOS kvinnene har ofte god selv-kontroll, normal vekt, høy utdannelse. Begge grupper plages av acne, hirsutisme, uregelmessige blødninger, depresjoner, og spiseforstyrrelser. Det er sterk assosiasjon mellom PCOS og bulemi. Trolles forslag til behandling og oppfølging av disse kvinnene;

motivere for utdannelse, gruppeterapi, vektnedgang, følge opp livsstilsendringer, kost og mosjon, regulere blødninger, gjerne med så lavdosert p-pille som mulig, unngå cyproteronacetat hvis ikke utpreget acne da denne gir ugunstig lipidprofil og mulig BT stigning. Evt prøve spironolactone for hirsutisme, min. 6 mnd før effekt. Planlegge evt graviditet. Diagnostisere depresjoner og spiseforstyrrelser. Studier viser at Metformin gir lavere fastende blodsukker og insulin, mulig effekt på steroidgenesen og mindre/ikke vektøkning.

## Linden-Hirschenberg, S, snakket om

diet og livsstil. Vi vet ikke om fedme innvirker på incidensen av PCOS, men vi vet at fedme hos PCOS øker. Vektreduksjon er den beste, billigste og sikreste intervensjon hos PCOS kvinner. Når det gjelder type dietter er det ikke påvist forskjeller, det er kalorier ut og inn samt forbruk som teller. PCOS menes å forstyrre appetitt-reguleringen. Evt fordeler ved PCOS er bedre, større muskelmasse, bedre benmasse pga anabol effekt av testosteron og insulin.

## 4. Quality of life-later in life

**Randeva, UK**, De cardio-metabolske riskofaktorer er glukoseintoleranse, insulin resistens, hyperinsulinemi, DM II, dyslipidemi, hypertensjon, fedme og søvnapnoe, hvorav fedme er den største risikofaktoren. Han satte dette i forbindelse med teorien om "adipose tissue expandability" og det metabolske SET POINT. Det er klar sammenheng mellom PCOS og kardiovaskulære sykdommer. Data vedrørende mortalitet er inkonklusive. Forebyggende tiltak: livsstilsendringer, mosjon, kosthold og røykeslutt. Symptomatiske behandling: antidiabetika, antihypertensiva og lipid/kolesterolreduserende medisin. Antifedme medisiner har begrenset effekt. Det er et stort behov for større prospektive studier. Noen av foredragene ligger på nfg.org.

**T KREM 5%:** 1 g *innh.:* Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, stearylalkohol, hvit myk parafin, polysorbat 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylparahydroksybenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, renset vann. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflattisk basalcellekreft (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 behandlingsoptimaliteter er kontraindisert eller uaktuelle. **Dosering:** Påføringshyppigheten og behandlingsvarigheten er forskjellig for hver indikasjon. Pasienten bør vaske behandlingsområdet med mild såpe og vann og tørke seg godt før påføring av kremen. Kremen skal gnis inn i behandlingsområdet til kremen forsvinner. Kremen bør være på i ca. 8 timer. Unngå dusj og bading etter påføring. Kremen fjernes med mild såpe og vann. Påføring av for mye krem eller forlenget kontakt med huden, kan medføre uttalte lokale reaksjoner. En engangspose er nok til å dekke et område på 20 cm<sup>2</sup>. Etter påføring bør en åpen pose ikke brukes på nytt. Hørene 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 peri-anale 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 basalcellekreft 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. gjentas behandlingen i ytterligere 4 uker. Maks. enkeltdose er 1 pose. Maks. anbefalt behandlingstid er 8 uker. Ved intense lokale inflammatoriske reaksjoner eller infeksjon i behandlingsområdet, bør det vurderes å avbryte behandlingen. I sistnevnte tilfelle skal adekvate tiltak iverksettes. Hver behandlingsperiode skal ikke overstige 4 uker, inkl. ev. glemt dose 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 innholds-stoffer i kremen. **Forsiktighetsregler:** **Veneriske vorter:** Det er begrenset erfaring ved behandling av vorter under forhuden hos ikke-omskårne menn. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosis, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjæring. God forhudshygiene bør derfor anbefales. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. erosjon, sårdannelse, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet med å trekke forhuden tilbake. Opptrer disse symptomene skal behandlingen stoppes umiddelbart. Imiquimod er ikke blitt testet for behandling av interne genitale vorter og er ikke anbefalt til behandling av kondylomer i urethra, vagina, cervix eller rectum. Behandling skal ikke startes i områder med åpne sår. Skulle det oppstå en ikke-tolererbar hudreaksjon, bør kremen vaskes av med mild såpe og vann. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har avtatt. Risikoen for utvikling av uttalte hudreaksjoner kan øke når det benyttes høyere doser enn de anbefalte. I sjeldne tilfeller er det observert uttalte lokale reaksjoner som har krevd behandling eller vært forbigående funksjonshemmende, hos pasienter som har benyttet den anbefalte dosering. Hos kvinner, hvor slike reaksjoner er oppstått ved urinrørsåpningen, har reaksjonene hos enkelte medført vanskeligheter med vannlating og i enkelte tilfeller har kateterisering vært nødvendig. Det foreligger ikke klinisk erfaring med bruk umiddelbart etter annen lokal farmakologisk behandling av kondylomer. Okklusiv behandling av kondylomer anbefales ikke. Bruk av imiquimod bør ikke skje 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 immunosupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrensede data har vist en økt vortetilhelning hos HIV-positive pasienter, men ikke i samme grad som hos HIV-negative. **Basalcellekreft:** Imiquimod er ikke undersøkt ved behandling av basalcellekreft 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. Hjelpstoffene 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 vevsprobe for å bestemme egnet behandling. Imiquimod er ikke evaluert for behandling av AK på øyelokkene, inne i neseborene eller ørene eller leppeområdet innenfor vermiliongrensen. Det finnes svært begrensede data vedrørende imiquimodbehandling av AK i andre anatomiske områder enn ansiktet og hodebunnen. Tilgjengelige data vedrørende imiquimodbehandling av AK på underarmene og hendene gir ikke grunnlag for anbefaling av slik bruk. Imiquimodbehandling anbefales ikke ved AK-lesjoner med markert hyperkeratose eller hypertrofi, slik en f.eks. ser ved kutanose horn. Under behandling og inntil tilheling vil påvirket hud trolig skille seg merkbart ut fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse reaksjonene avtar generelt i intensitet under behandlingen eller forsvinner etter at behandlingen er over. Intensiteten av

lokale hudreaksjonene (f.eks. erytem) er forbundet med tilhelingshastigheten. Lokale hudreaksjoner kan ha sammenheng med stimulering av lokalimmunrespons. Hvis pasientens ubehag eller intensiteten av lokale hudreaksjoner krever det, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har moderert seg. Klinisk erfaring med bruk ved svekket immunsystem mangler. Data mangler vedrørende gjentatt behandling av AK som er fjernet etter 1-2 behandlingsperioder og deretter dukker opp igjen. Studier tyder på at full fjerning skjer langsommere ved >8 AK-lesjoner, enn ved <8 AK-lesjoner. Hudområdet som behandles må beskyttes mot sollys. **Interaksjoner:** Benyttes med forsiktighet ved samtidig immunosuppressiv behandling. **Graviditet/Amning:** **Overgang i placenta:** Opplysninger mangler. Data fra et begrenset antall graviditeter foreligger, men generelle konklusjoner kan ikke trekkes på dette grunnlaget. Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. **Overgang i morsmelk:** Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) av imiquimod er detektert i serum etter enkle eller multiple lokalt appliserte doser. Spesifikke anbefalinger vedrørende amming kan ikke gis. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er lokale reaksjoner som erytem, erosjon, avskalling og ødem. Indurasjon, sårdannelse, skorpedannelse og vesikler er mindre vanlig. Hudreaksjoner på nærliggende områder, hovedsakelig erytem, forekommer også. Lokale hudreaksjoner som erytem er sannsynligvis en konsekvens av den farmakologiske effekten av imiquimod. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. Ved behandling av basalcellekreft 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 funksjonsevne. I svært sjeldne tilfeller har uttalte reaksjoner i urinrørsåpningen medført dysuri hos kvinner. **Hypigie (>1/100):** Hud: Erytem, kløe, svie, smerte på applikasjonsstedet, infeksjon, pustula. **Mindre hypigie:** Øvrig: Hodepine, influensalignende symptomer. Lokal hypo- og hyperpigmentering etter bruk av imiquimod er rapportert. **Overdosering/Forgiftning:** Systemisk overdosering er usannsynlig pga. den minimale percutane absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan resultere i alvorlige lokale hudreaksjoner. Etter utilsiktet oralt inntak kan det opptrø 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. Receptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor for imiquimod på responderende immunceller. Imiquimod har ingen direkte immunitetaktivitet. I dyremodeller er imiquimod effektiv mot virusinfeksjoner og virker som et antitumorstoff prinsipielt ved å inducere 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:** 12x0,25gkr 719,70. **Sistendret:** 20.11.2007. **Refusjonsberettiget bruk:** Lokalbehandling av mindre overflattisk basalcellekreft (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 slutfase.

**Refusjonskode:**

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

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

**Vilkår:**

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

**Referanse:**

1.Edwards L. Ferency A. Eron L. et al. Self-administered Topical 5 % Imiquimod cream for external Anogenital Warts. Arch Dermatol. 1998; 25: 25-30.





**Effektiv egenbehandling  
av kondylomer med lav  
residivfrekvens<sup>1</sup>**

 **Aldara**<sup>TM</sup> *krem, 5%*  
Imiquimod

Stimulerer immunsystemet lokalt

# International Federation of Placenta Associations (IFPA)

Geilo, Norway  
14-17. september 2011

## Plenary speakers:

Mark Hanson and Graham Burton: Evolution, development and lifelong health: the womb, the placenta and later

Kjetil Tasken: Spatiotemporal dynamics of hCG/cAMP signaling and regulation of placental function

Peter Parham: Evolution of human KIR in battling bugs and building bigger-brained babies

Jayasree Sengupta: The story of a journey – from endometrial receptivity to blastocyst implantation

Pascale Chavatte-Palmer: Cloning and the placenta

Stefan Hansson: New biomarkers to predict preeclampsia

Daniele Evain-Brion: Human trophoblast differentiation; from in vitro models to pregnancy pathologies

Allen Enders: The evolving placenta; different starting points but reaching the same goal

Ian Sargent and Chris Redman:

Does placenta debris size matter? Placenta immunology and preeclampsia

## Workshops

Predicting past and future health, Role of the placenta in programming, Epigenetics, Lipid transport, Placental circulation, Placental imaging, Comparative placentation, Spiral artery remodeling, Placental nutrient sensing, Placental immunology, Stem cells, Trophoblast differentiation

## Important date

03.01.2011: Registration for meeting starts

15.04.2011: Abstract submission deadline

01.07.2011: Early registration deadline

14-17.09.2011: Placenta meeting at Geilo, Norway

Welcome to join world's leading placenta researchers at Geilo in Norway from the 14th to 17th September 2011. This meeting is organized by the International Federation of Placenta Associations (IFPA) in association with the European Placenta Group (EPG).

The venue will be at Geilo, a mountain resort between Oslo, the capital of Norway and the breath-taking West Coast fiords. The venue will facilitate close collaboration and get-together opportunities, with all participants staying at the conference hotel. Spa and swimming pool and close vicinity to scenic mountain areas, as well as a variety of social events, enables relaxing breaks in-between a compact scientific programme at the forefront of placenta research.

The theme of IFPA Meeting 2011 is: Placenta: predicting future health. This meeting will include sessions covering epidemiological and clinical aspects of placenta disease and effects on future maternal and offspring health, as well as a wide range of basic and applied research topics. Special attention will be given to the new investigators, representing the future for Placenta research. New investigators are invited to co-chair sessions and contribute to the meeting program, in addition to contribute to the meeting's oral presentations. We hope to recruit many future placenta group leaders, and are offering reduced conference fees for new investigators.

The number of conference places will be limited to 330, so you are advised to register early to make sure you do not miss this very special occasion; the first Placenta meeting ever in Norway.

We are looking forward to seeing you at Geilo!

Best wishes from

Anne Cathrine Staff (Head of Organization Committee)

and Colin Sibley (President of IFPA)

More information at website: [http://www.epineux.com/IFPA/meetings/IFPA\\_meetings.htm](http://www.epineux.com/IFPA/meetings/IFPA_meetings.htm)



Foto: Flickr.com © Jun Kwang Han

# NGFs vårmøte 2011

7. – 8. april 2011

Ansvar: Kontor for legers videre- og etterutdanning (Bergen)

Kurssted: Legenes Hus, Kalfarveien 37, Bergen

Kurs komité: Kristina Johannessen (kursleder), Brit Nyland, og Knut Hordnes

Påmelding til: Kontoret for legers videre- og etterutdanning, Det medisinsk-odontologiske fakultets sekretariat, Armauer Hansens Hus, Haukelandsveien 28, 5020 Bergen.

Telefon 55 58 88 47

E -post: kurs.bergen@legeföreningen.no

Maks deltakere: 80

Kurspris Leger: 2000

Kurspris Ikke leger: 4000

Tillegg for lunsj og kaffepauser begge dager: 500

Godkjennelse: Fødselshjelp og kvinnesykdommer Videreutdanning: Valgfrie kurs: 12t Etterutdanning: Valgfrie kurs: 12t

## Torsdag 7. april 2011

10.00-10.20: Registrering og kaffe

10.20-10.30: Velkommen+ info/praktiske opplysninger

Kristina Johannessen

10.30-11.15: Cervixscreening: hva er status - og hva blir framtiden?

Professor dr. med. Ole Erik Iversen, KK, Haukeland Universitetssykehus

11.15-12.00: Svangerskap og barnefødsel hos kvinner med depresjon og bipolar sykdom

Overlege dr. med. Jan Øystein Berle, Helse Bergen HF - Forskningsenheten BMH

12.00-13.00: Lunsj

13.00-14.00: Den kroniske smertepasienten i gynekologien- hva gjør vi?

Seksjonsoverlege Unni Kirste, KK, Haukeland Universitetssykehus

14.00-14.45: God på bunnen? Fysioterapi ved seksuell dysfunksjon og smerte

Fysioterapeut og spesialist MNFF, Kjersti Hatlebrekke, Bergen

14.45-15.30: Barnet må ut. Om operativ fødselshjelp.

Klinikkoverlege dr. med. Per Børdahl, KK, Haukeland Universitetssykehus

15.30-16.00: pause

16.00-16.45: Vaginal setefødsel – er det stadig trygt?

Overlege dr. med. Susanne Albrechtsen, KK, Haukeland Universitetssykehus

16.45-17.30: Mekanisk misforhold i fødsel. Er bekkenet for trangt, eller hodet for stort?

Professor overlege dr. med. Torvid Kiserud, KK, Haukeland Universitetssykehus.

På kvelden: sosialt samvær

## Fredag 8. april 2011

09.00-09.45: Kan biomarkører gi hjelp til å identifisere endometrie-cancer med høy risiko for residiv?

Overlege Jone Trovik, KK, Haukeland Universitetssykehus

09.45-10.30: Omskjæring. Hvordan går det? Utfordringer anno 2011.

Praktiserende spesialist Sverre Sand, Oslo

10.30-11.00: Pause

11.00-11.45: Genital prolaps: behandling, recidiv og komplikasjoner.

Sissel Oversand, lege ved urogynekologisk avd. Oslo Universitetssykehus.

11.45-12.30: Arvelig gynekologisk cancer med fokus på ovarialcancer og BRCA.

Overlege Hildegunn Høberg Vetti, Regionalt kompetansesenter for arvelig kreft Helse Vest

12.30-13.15: Lunsj

13.15-14.00: Arvelig ovarialcancer og ooforektomi: substitusjonsbehandling østrogen og androgener

Overlege Michael Lützhøft Hansen, KK, Stavanger Universitetssykehus

14.00-14.45: Økt forståelse av fosterfysiologi – hvor vil dette føre oss? Fremtidsperspektiver

Overlege dr. med. Jörg Kessler, KK, Haukeland universitetssykehus

14.45-15.00: Diskusjon, evaluering og avslutning.

# Kongresskalender

Se [www.legeforeningen.no/ngf](http://www.legeforeningen.no/ngf)

	Dato	Kurs	Sted
<b>2011</b>	20. - 23. mars	<b>1st World Congress Obstetrics, Gynaecology &amp; Andrology. Psychosomatic &amp; Biological Perspectives on Clinical Controversies</b>	London
	24. - 26. mars	<b>The 6th International Symposium on Diabetes &amp; Pregnancy</b>	Salzburg, Østerrike
	6. - 7. april	<b>Klin IKT 2011, En kunnskapsbasert helsetjeneste med IKT som verktøy</b>	Lillehammer
	6. - 10. april	<b>AAGL 5th International Congress on Minimally Invasive Gynecology</b>	Istanbul, Tyrkia
	7. - 9. april	<b>International and Interdisciplinary Congress on excellence in Female Surgery, NESA</b>	Florence, Italy
	7. - 8. april	<b>NGFs vårmøte</b>	Bergen
	7. - 9. april	<b>4th International IVI Congress</b>	Valencia, Spania
	28. - 30. april	<b>1st International Cosmetology &amp; Cosmetic Gynecology congress</b>	Istanbul, Tyrkia
	27. - 31. mai	<b>Reproductive Endocrinology and ART</b>	Montreal, Canada
	8. - 11. juni	<b>13th World Congress on Menopause</b>	Roma, Italia
	10. - 12. juni	<b>1st Joint Congress for Gynaecology, Obstetrics &amp; Fertility</b>	Warsaw, Polen
	23. - 24. jun	<b>4th European Symposium on Ovarian Cancer</b>	Reims, France
	28. juni - 2. juli	<b>International Urogynecological Association, Annual Meeting</b>	Lisboa, Portugal
	29. aug - 2. sept	<b>International Continence Society ICS 2011</b>	Glasgow
	8. - 10. sept	<b>NGF Årsmøte 2011</b>	Ålesund
	4. - 7. sept	<b>11th World Congress on Endometriosis</b>	Montpellier, Frankrike
	8. - 11. sept	<b>9th Congress of the European Society of Gynecology</b>	København
	14. - 17. sept	<b>International Federation of Placenta Associations</b>	Geilo
	16. - 17. sept	<b>11th Seminar of the European Society of Contraception &amp; Reproductive Health</b>	Kaunas, Litauen
	21. - 24. sept	<b>20th Annual Congress og ESGE (endoscopy)</b>	London, UK
21. - 24. sept	<b>Annual Meeting NAMS</b>	Washington, USA	
23. - 26. okt	<b>13th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society</b>	Praha, Tsjekkia	
3. - 6. nov	<b>The Oocyte: From Basic Research to Clinical practice</b>	Barcelona, Spania	
8. - 11. nov	<b>10th World Congress of Perinatal Medicine</b>	Punta del Este, Uruguay	
17. - 20. nov	<b>Controversies in obstetrics, gynecology &amp; infertility</b>	Paris, France	
30. nov - 3. des	<b>14th World Congress on Human Reproduction</b>	Melbourne, Australia	
Desember	<b>Cross-border Reproductive Care: An International Conference on the Global Quest for a Baby</b>	Macau, Kina	
<b>2012</b>	7. - 10. mars	<b>World congress on gynecological endocrinology ISGE</b>	Firenze, Italy
	28. - 31. mars	<b>9th Congress on Menopause &amp; Andropause</b>	Athens, Greece
	april	<b>Vårkurs NGF</b>	Oslo, Norway
	17. - 20. mai	<b>CPP, The 2nd International Meeting on Cardiac Problems in Pregnancy</b>	Berlin, Tyskland
	16. - 19. juni	<b>NFOG 2012</b>	Bergen, Norway
	20. - 23. juni	<b>12th Congress of the ESC, Myths &amp; misconceptions vs evidence on contraception</b>	Athens, Greece
	4. - 8. sept.	<b>IUGA</b>	Brisbane, Australia
	7. - 12. okt	<b>FIGO World Congress</b>	Roma, Italy
25. - 27. okt	<b>Årsmøte NGF</b>	Tromsø, Norway	

# C Yaz «Bayer AB»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A12

**TABLETTER, filmdrasjerte** 0,02 mg/3 mg: Hver lyserød tablett inneholder: Etinyløstradiol (som betadexklorat) 0,02 mg, drospirenon 3 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver hvit tablett (placebo) inneholder: Laktose 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). 1 pakning inneholder totalt 28 tabletter: 24 lyserøde og 4 hvite tabletter (placebo).

**Indikasjoner:** Antikonseptjon.

**Dosering:** Begynn på menstruasjonens 1. dag og fortsett med 1 tablett daglig i rekkefølgen angitt på brettet i 28 dager. Tabletten skal tas kontinuerlig og til ca. samme tid hver dag. Gå direkte over på neste brett uten opphold. De hvite tabletten på slutten av brettet er placebo og en bortfallsblødning inntreffer vanligvis 2-3 dager etter påbegynt placeboperiode. Se SPC/pakningsvedlegg for nærmere beskrivelse av overgang fra annen prevensjon.

**Kontraindikasjoner:** Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromaltilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Cerebrovaskulær hendelse, nåværende eller tidligere. Tilstedeværelse av én alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteiniemi. Arvelig eller ervervet predisposisjon for vene- eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Eksisterende pankreatitt eller tidligere pankreatitt forbundet med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitale organer eller brystene, som påvirkes av kjønnssteroide. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migrene med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Før behandling innledes eller gjenopptas, foretas grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtryksmåling og gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Kvinnen må lese pakningsvedlegget nøye og følge rådene som gis. Senere kontroller bestemmes iht. etablert praksis og tilpasses hver enkelt kvinne. Bruk av kombinasjons-p-piller gir økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE). Risiko for VTE er størst i året. Insidensen hos kvinner uten kjente risikofaktorer for VTE, som bruker kombinasjons-p-piller med lavt østrogeninnhold, er 20-40 tilfeller pr. 100 000 kvinneår. Til sammenligning er insidensen 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinneår hos ikke-brukere og 60 tilfeller pr. 100 000 graviditeter. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. Risiko ved bruk av Yaz er ukjent. Risiko for VTE øker med alder, positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken/foreldre i relativt ung alder), fedme (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>), langvarig immobilisering, kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i beina eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruk av p-pillen avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før) og ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig rehabilisering. Antitrombotisk behandling bør vurderes hvis ikke p-pillen seponeres i forkant. Perorale kombinasjons-p-piller gir økt risiko for arteriell tromboembolisme (myokardinfarkt, forbigående iskemisk hendelse). Risiko for arterielle tromboembolier eller cerebrovaskulær hendelser øker med økt alder, røyking, dyslipoproteiniemi, hypertensjon, migrene, fedme, sykdom i hjerteklaffene, positiv familiehistorie (arteriell tromboemboli hos søsken/foreldre i relativt ung alder) og atrieflimmer. Ved mistanke om arvelig predisposisjon må kvinnen henvises til spesialisten for behandling med antikoagulant vurderes. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Adekvat alternativ prevensjon må påbegynnes pga. teratogen effekt av antikoagulerende behandling. Andre medisinske tilstander som er forbundet med komplikasjoner er diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigdcelleanemi. Økt hyppighet og intensitet av migreaneanfall kan være prodromaltadiet for cerebrovaskulær hendelse, og kan være grunn til umiddelbar seponering. Økt risiko for livmorhalskreft er rapportert ved langtidsbruk (>5 år), men årsakssammenheng er ikke fastslått. Svak økning i risiko for brystkreft, men årsakssammenheng er ikke fastslått. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Sjeldne tilfeller av levertumorer har forekommet. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. Levertumor må vurderes ved differensialdiagnostisering av alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørret lever eller tegn på intraabdominal blødning. Serumkalium i 1. behandlingssyklus bør måles ved nedsatt nyrefunksjon og dersom nivået ligger i øvre del av referanseområdet, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Kvinner med hypertriglyseridemi eller med familær forekomst av dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. I sjeldne tilfeller kan økt blodtrykk forekomme, behandling bør da seponeres umiddelbart. Bruken kan gjenopptas dersom normotensive verdier oppnås med behandling. Ved arvelig angioødem kan eksogene østrogen indusere eller forverre symptomer på angioødem. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver inntil verdiene normaliseres. Tilbakevendende gulsott og/eller pruritus som tidligere har forekommet under graviditet eller ved bruk av kjønnssteroide, krever seponering. Kan påvirke perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må følges nøye av lege, særlig i begynnelsen av behandlingen. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er rapportert. Kvinner med chloasmatendens bør unngå sollys og UV-stråling. Pasienter med arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i

tabletten. Hvis tablett tas >12 timer for sent, kan antikonseptjonsbeskyttelsen reduseres. For mer informasjon om forholdsregler ved glemte tablett, se pakningsvedlegg. Oppkast eller diaré kan føre til fullstendig absorpsjon og nedsatt prevensjonseffekt, og forholdsregler anbefalt ved glemte tablett bør følges. Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt i de første månedene. Dersom disse blødningene vedvarer eller inntreffer etter tidligere regelmessige menstruasjonssykluser, må ikke-hormonelle faktorer vurderes, og ondartet sykdom og graviditet utelukkes. Hos noen kvinner kan bortfallsblødningen utebli. Graviditet må utelukkes dersom tabletten ikke er tatt iht. retningslinjene. Utsettelse av menstruasjon: Fortsett direkte på nytt brett uten å ta placebo-tabletten på gjeldende brett. Utsettelsen kan pågå så lenge det er ønsket inntil det 2. brettet er tomt. Bruk kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, men endringer er vanligvis innenfor normalområdet. Drospirenon gir økt reninaktivitet i plasma og aldosteronnivå i plasma.

**Interaksjoner:** Samtidig bruk av følgende legemidler kan gi gjennombruddsblødning og/eller nedsatt prevensjonseffekt: Fenytoin, barbiturater, primidon, karbamazepin, rifampicin, bosentan og hiv-preparater (f.eks. ritonavir, nevirapin), antibiotika (rifampicin, penicilliner, tetracykliner), muligens også okskarbazepin, topiramot, felbamot, griseofulvin og johannesurt prikiperikum (Hypericum perforatum). Ved kortvarig behandling med nevnte legemidler bør annen prevensjon benyttes i tillegg, og i inntil 7 dager (28 dager ved bruk av rifampicin) etter avsluttet bruk. Dersom samtidig administrering fortsetter utover slutten av p-pillebrettet, skal placebo-tabletter kastes og neste brett påbegynnes direkte. Ved langvarig behandling med leverenzyminduserende legemidler bør annen ikke-hormonell prevensjonsmetode benyttes. Ved bruk av legemidler som kan gi økt serumkalium, må serumkalium måles i 1. behandlingssyklus. Samtidig bruk med aldosteronantagonister eller kaliumsparende diuretika er ikke undersøkt. Kaliumserum bør kontrolleres i 1. behandlingssyklus. Perorale kombinasjons-p-piller kan påvirke metabolismen av andre legemidler. Plasma- og vevskonsentrasjonen kan enten øke (f.eks. klosporin) eller gå ned (f.eks. lamotrigin). (I: G03A A/AB)

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved graviditet. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden og andre sammensetningen av morsmelken. Små mengder antikonseptjonssteroide og/eller metabolitter kan utskilles i melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke brukes under amning.

**Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsorganer/bryst: Brystsmerte, metroragi (går vanligvis over ved fortsatt behandling), amenoré. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Følelsesmessig labilitet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, oppkast, dyspepsi, flatulens, gastritt, diaré. Hjerte/kar: Migrene, åreknuter, hypertensjon. Hud: Akne, kløe, utslett. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal candidiasis, hoftesmerter, forstørrede bryster, fibrocystisk bryst, livmor-/skjedeblødning (går vanligvis over ved fortsatt behandling), utflod fra kjønnsorgan, hetetokter, vaginit, menstruasjonssforstyrrelser, dysmenoré, hypomenoré, menoragi, tørrhet i skjeden, mistenkelig Papanicolaou-utstryk. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter, smerte i ekstremiteter, muskelkramper. Neurologiske: Svimmelhet, paresesti. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido, nervøsitet, sømnløshet. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Asteni, økt svetting, ødem (generalisert, perifert, anksis-). Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Anemi, trombocytomi. Endokrine: Endokrine sykdommer. Gastrointestinale: Oppsvulmet mage, gastrointestinal forstyrrelse, følelse av full mage/tarm, hiatushernie, candidiasis i munnen, forstoppelse, munntørrhet. Hjerte/kar: Takykardi, flebitt, karsykdom, epistakse, synkope. Hud: Kloasme, eksem, alopesi, dermatitis akneiform, tørr hud, erythema nodosum, hypertrikose, hudsykdom, hudstriae, kontaktdermatitt, lysfølsom dermatitt, hudtumor. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner. Infeksiøse: Candidiasis. Kjønnsorganer/bryst: Dyspareuni, vulvovaginit, blødning etter samleie, menstruasjonssblødning, brystcyste, brysthyperplasi, brystsvulst, livmorhalspolyp, endometriell atrofi, ovariecyste, forstørrelse av livmoren. Lever/galle: Galledermerter, kolecyttitt. Neurologiske: Vertigo, tremor. Psykiske: Anorgasmi, søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt, anoreksi, hyperkalemi, hyponatremi. Undersøkelser: Vekttap. Øye: Konjunktivitt, tørre øyne, øyesykdom. Øvrige: Uvelhet.

**Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Kvalme, oppkast, lett blødning fra skjeden (hos unge jenter). Behandling: Symptomatisk. Intet spesifikt antidot. Se Giftinformasjonens anbefalinger i Felleskatalogen G03A side d.

**Egenskaper:** Klassifisering: Østrogen-gestagen (drospirenon) kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjon og endringer i endometriet. Absorpsjon: Nesten fullstendig. Maks. serumkonsentrasjon etter 1-2 timer. Biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Etinyløstradiol: Ca. 60%. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Etinyløstradiol: Ca. 98,5%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Etinyløstradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: 31 timer. Plasmaclearance er 1,5±0,2 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen via urin og feces er ca. 40 timer. «Steady state»: Ca. 70 ng/ml etter 8 behandlingsdager. Etinyløstradiol: Plasmaclearance er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er ca. 1 døgn. Metabolisme: Drospirenon metaboliseres i stor grad etter peroralt inntak. Etinyløstradiol gjennomgår presystemisk konjugering i tyntarmens mucosa og i lever. Utskillelse: Drospirenon: Via urin og feces. Etinyløstradiol: Via urin og galle.

**Pakninger og priser:** 3 · 28 stk. (kalenderpakn.) pris: 287,40 (februar 2011).

**Sist endret:** 17.11.2010

## Tryggere bruk av p-piller

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

## Ref. Statens Legemiddelverk



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

Drammensveien 147 B · N-0212 Oslo, Tlf.: +47 24 11 18 00 ·

# Yaz®

etinyløstradiol/drospirenon



#### Tryggere bruk av p-piller

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

Ref. Statens Legemiddelverk



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

Bayer AS  
Drammensveien 147 B  
Postboks 14, 0212 Oslo  
Tlf 24 11 18 00 • Faks 24111993