

23-I
2010

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHOLD

■ Postpartumblødning og embolisering s. 5. ■ Møt vår nye leder s. 11 ■ Nytt forum i endokrinologi s. 21 ■



NATURLIG HJELP FOR UBALANSERTE UNDERLIV

Ecovag Balance inneholder naturlige melkesyrebakterier fra humane vaginalslimhinner. Ikke bare er det naturlig, men de fester også bedre til slimhinnen enn bakteriestammer fra dyr.

Anbefal Ecovag Balance slik at kvinner enkelt og naturlig kan forebygge bakteriell ubalanse og gjenopprette den normale bakteriefloraen med kun 1 kapsel om dagen.

BESTILL GRATIS PRØVEPAKKER

Bestilling av prøvepakker eller reseptblokker:

mail: infono@vitaflo.net

tlf: 56 14 43 10

fax: 56 14 43 11

Ecovag selges i apotek og på vår nettbutikk:
www.vitaflo.net



VITAFLO

Vitaflo Scandinavia AB · Norge · www.vitaflo.net

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

Medredaktør og annonseansvarlig

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

Pooja Parashar
Spesialistpraksis, Nesttun
E-mail: parashar@online.no
Tlf: 47 40 77 33

Design/layout

Liv K. Norland
Akuttjournalen Arena AS
E-mail: artdirector@akuttjournalen.com
Tlf: 51 74 14 80 / fax: 51 74 14 81

Forsidefoto

Oskar Johan Skår

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2010

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

Innhold

■ Redaktøren	4
■ Leder	5
■ Artikkel	
Postpartumbødning og embolisering	5
Active Management of Labor- fokus på kunnskapsutveksling	7
Ny p-pille med naturlig østrogen	8
Bli kjent med Bjørn Backe, foreningens nye leder!	11
■ Disputas	
Misprostols preoperative modningseffekt på livmorhalsen	13
■ FUGO	
Kjære FUGO medlemmer!	14
Fugo-kurs: Infertilitet	15
EBCOG-utveksling, Ungarn: Hyppig bruk av ultralyd i svangerskapsomsorgen	16
■ Foreningsnytt	
Nytt forum i endokrinologi	21
Kom i gang og bruk MIN SIDE	21
EBCOG - President's Newsletter	22
Refleksjoner fra hornet på veggen	24
■ Kurs/kongress	
Vulvasykdommer - en utfordring	25
Årsmøte 2010 i Arendal	29
Norsk Gynekologisk forenings vårkurs 2010	31
Scandinavian Society of Genitourinary Medicine, SSGM	33
Kongresskalender	34



23-1
2010



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2010-2011

Leder	Bjørn Backe	NTNU, Kvinnekliviken St.Olavs Hospital	bjorn.backe@ntnu.no	900 35 427
Nestleder	Knut Hordnes	Kvinnekliviken, Haukeland Universitetssykehus	knut.hordnes@uib.no	915 38 874
Vitenskapelig sekretær	Kevin Sunde Oppegaard	Gyn. avdeling, klinikk Hammerfest	kevin.s.oppegaard@helse-finnmark.no	78 42 10 00
Kasserer	Torill Kolås	Sykehuset Innlandet Lillehammer	toril.kolaas@c2i.net	906 63 264
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	Kvinnekliviken, Haukeland universitetssykehus	synnove.johnsen@helse-bergen	909 57 029
Varamedlem (for PSL)	Jørn-Hugo Carlsen	Privatpraksis, Tønsberg	jorn.h@bluezone.no	950 20 854
Varamedlem (for FUGO)	Erik Andreas Torkildsen	Kvinnekliviken, Stavanger Universitetssykehus	toea@sus.no	926 01 220

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

Kjønnsbalansen i faget - en utfordring



Det er et stort privilegium å få jobbe med fødselshjelp og kvinnesykdommer - uten tvil medisinenes mest spennende og utfordrende fagfelt. Faget vårt har stor spennvidde, vi følger våre pasienter i alle livsfaser. Vi får være delaktige i livets store og gledelige begivenheter, men vi er i høy grad også involvert når sorgen rammer.

At faget er attraktivt er hevet over en hver tvil. Rekrutteringen i form av søknader til LIS-stillinger viser at mange ønsker å spesialisere seg innenfor vårt fagfelt. Utfordringen er den store overvekten av kvinnelige søkere, og vi opplever en kjønnsmessig skjevfordeling til faget. Vårt mål er å utdanne gode spesialister, og vi ønsker å rekruttere de beste kandidatene. Det betinger at vi i tillegg til de beste kvinnelige kandidatene også får de beste mannlige kandidatene. God kjønnsbalanse er en styrke for faget i forhold til kunnskapsutvikling og arbeidsmiljø, og det er svært viktig for at vi som spesialitet fortsatt skal være i front.

Andre kirurgiske fagområder rekrutterer få kvinner. Gynekologi og obstetikk er en

kirurgisk spesialitet, og den store overvekten av kvinner viser at kvinner trives med kirurgiske problemstillinger, trives med akuttmedisin og håndterer vaktbelastningen meget bra. I tillegg til fagets karakter, hva er så årsaken til at kvinnene velger som de gjør?

Gjennom en årrekke har vi hatt gode, kvinnelige rollemodeller i vårt fag, noe som en vet er viktig for rekrutteringen. Med svangerskapsomsorg og fødsel som en så stor del av vår hverdag, har nok også aksepten for deltid og fødselspermisjoner vært større ved de gynekologiske avdelinger enn ved de kirurgiske avdelinger. Vi har vært foregående med hensyn til utvikling av veiledere, noe som gir struktur og trygghet i arbeidssituasjonen. NGF er også den eneste fagmedisinske forening som gir økonomisk støtte og plass i styret til foreningens utdanningskandidater (FUGO), noe som gir LIS-ene mulighet til innflytelse. Dette er alle tiltak som nok også er viktig for å få kvinnelige kandidater til å søke seg til andre kirurgiske disipliner.

For å tiltrekke oss de beste mannlige kandidatene må vi ha gode, synlige rollemodeller. Avdelinger med studentundervisning må være sin påvirkningsmulighet bevisst, og alle avdelinger med spesialistkandidater må sørge for at også de mannlige kollegene føler seg velkomne.

Unge leger, både kvinner og menn, ønsker i økende grad å kunne kombinere yrkesliv med familieliv og fritidsaktiviteter. I den sammenheng er fleksibilitet på arbeidsplassen sentral. Det må være målet innen alle spesialiteter, slik at den samlede kjønnsfordeling blir balansert.

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

Pooja Parashar

GYNEKOLOGEN

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

KVALITETSUTVALGET

Kåre Augensen, Bjørn Hagen, Jan Martin Maltau, Pål Øian

FUGO

Sissel Oversand (2009/2010), Erik Andreas Torkildsen (2010/2011), Christian Tappert (2009/2010), Marte F Myhre (2009/2010), Pawel Wilkosz (2010/2011) og Kristine Kleivdal (2010/2011)

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), Anna Marie Ellstrøm Engh (vara), Elisabeth Berge Nilsen (vara YLF).

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 komité)

Fødselshjelp og kvinnesykdommer – spesialitet nummer 1!



Litt for ofte framstiller vi vår spesialitet på negativ måte. Vi klager over klager, over krevende jobber med stort ansvar, stor belastning på vakter, manglende ressurser. Det sies at folk søker seg bort fra faget og at unge leger ikke vil jobbe i faget. Folkens, la ikke slike framstillinger få dominere! Pass på, for virkeligheten blir formet av beskrivelsene. Bildet må nyanseres betydelig, det er viktig både av hensyn til oss selv som nå er i faget, og av hensyn til rekrutteringen og fagets framtid. I kjølvannet av rapporten Status og utfordringer (2008) vil jeg her konsentrere meg om det som er relevant for rekrutteringen.

Faktum er at det nå utdannes langt flere leger enn det er stillinger til. Derfor er vi garantert å få mange søkere til LIS stillinger, men vi trenger en positiv rekruttering. Vi må få tak i de som er mest egnet og motivert,

og som vet hva de går til. Og da må vi passe bildet av faget vårt, det er viktig å selge faget til studenter på riktig måte. "Catch them young and treat them well" er et godt prinsipp.

Det er korrekt at gynekologer har stort ansvar. Heldigvis! Det følger av at vi driver med det som er viktig og betyr mye for folk, nemlig fødsel og reproduksjon og dertil hørende organer. Vi driver faktisk med liv og død. Tenk om det var annerledes, om vi hadde jobbet med ting som ikke betydde noe? I en spesialitet som ingen andre enn de som stelte med det brød seg om (jeg tør ikke nevne eksempler), uten ansvar og uten pasientkontakt? De som ikke vil jobbe med viktige ting og som ikke vil ha noe ansvar, bør kanskje søke seg til et annet fag?

Hva omfatter faget obstetrikk og gynekologi? Selvfølgelig kvinner men også menn (det er for eksempel mange med couvade syndrom, hva er det?). Vi steller både med kronikere og med akutt medisin, faktisk er nok vi de mest akutte av alle spesialiteter. Vi driver med livets start og har monopol på det, men vi driver også med palliativ medisin ved livets slutt. Vårt fag er kirurgisk, men hverken avanserte endokrinologiske problemstillinger eller avansert bildediagnostikk er fremmed for oss. Faget rommer avansert kirurgi, herunder også endoskopisk kirurgi samt robotkirurgi som er på vei inn, men

århundregamle manuelle ferdigheter som operativ vaginal fødselshjelp står fortsatt høyt i hevd. I tillegg til kurativ medisin inneholder faget mye preventiv medisin, som svangerskapsomsorg og forebygging av cervixcancer. Friske pasienter (!) har vi også mange av, obstetrikk handler i stor grad om friske mennesker som gjennomgår en fysiologisk prosess. Vi driver med somatisk medisin, men også psykosomatisk medisin (burde kanskje vært en større del av faget), et stikkord er underlivssmerter. Og vi samarbeider i betydelig grad med andre spesialiteter og andre profesjoner (eks. jordmødre!), vi driver ikke alene. I rekrutteringssammenheng er det verdt å framheve at de mange fasettene av faget vårt gjør at det er rom for leger med forskjellige interesser.

Etisk debatt og samfunnsdebatt går ofte på problemstillinger relatert til vårt fag (ferske eksempler: Reproduksjonsturisme med utenlandske surrogatmødre, debatten om fødeavdelinger på lokalsykehus). Hvorfor er vårt fag stadig i nyhetsbildet? Jo, nettopp fordi det vi driver med er viktig og angår mange. Dette skal vi være oss bevisst, og dette skal vi bruke både i rekrutteringssammenheng og overfor myndigheter og foretak, for å sikre at fødselshjelp og kvinnesykdommer får de rekrutter, den plass og de ressursene som dette aller viktigste faget trenger!

Bearbeidet foredrag ved Norsk Gynekologisk Forenings vårmøte 2009 for Gynekologen

- Erna Skomedal, overlege
- Seksjon for intervensjonsradiologi, Avdeling for radiologi, Stavanger Universitetssjukehus

Postpartumblødning og embolisering

Den franske intervensjonsradiologen Pelage publiserte artikkelen *Life-threatening Primary Postpartum Hemorrhage: Treatment with Emergency Selective Arterial Embolization* i *Radiology* 1998. Her beskrev han de unike mulighetene som selektiv embolisering av arteria uterina gir for å redde liv ved å stoppe blødninger, redusere morbiditeten ved postpartumblødning og ikke minst for å bevare fertiliteten ved at uterus bevares. I sitt materiale viste han til en suksessrate på over 90 %, med få og små komplikasjoner. Pelage presiserer at embolisering utføres etter at konservative behandlingstiltak først er prøvd.

Vår strategi

Intervensjonsradiologene på SUS ble inspirert av Pelage, ikke minst for å kunne tilby denne skånsomme behandlingsmetoden til blødende fødende kvinner i Stavangerregionen. For å kunne utføre embolisering som øyeblikkelig hjelp til alle døgnets tider, måtte vi å øve inn metoden under rolige og planlagte forhold samt få mengdetrening. En annen emboliseringsbehandling ble lansert omtrent samtidig i intervensjonsmiljøer, nemlig embolisering av uterusmyomer, også kalt UFE (Uterus Fibroid Embolization). Teknisk sett er det mange likheter mellom disse to prosedyrene slik at vi så at her lå vår mulighet til å lære de tekniske utfordringene som selektiv kateterisering av arteria uterina byr på, for å bli gode til å kunne embolisere raskt i nødsituasjoner ved postpartumblødning (PPH). Vi innså at her var det viktig å få til et godt samarbeid både med KK og anestesivdelingen.

Prosedyrer

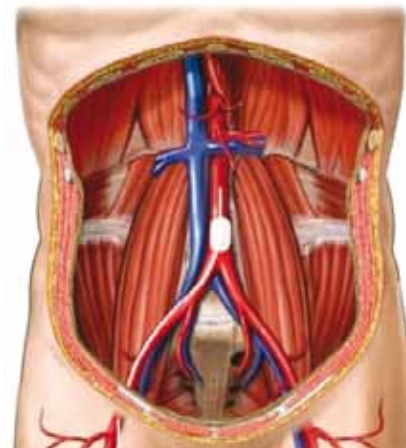
Parallelt med at vi startet opp med UFE (med intervensjonsradiolog fra RH som

tutor) i 2002, etablerte vi prosedyrer for embolisering ved PPH. Det er viktig å ha tenkt igjennom hvilke scenarioer som kan oppstå og hvordan de kan løses, hva slags utstyr man trenger og ikke minst logistikk. Vi gjorde de første postpartumemboliseringene på operasjonsstua, men det viste seg raskt at intervensjonslab'en var mer egnet med bedre gjennomlysningsapparat og med utstyr som trengs for embolisering lett tilgjengelig. Skriftlige prosedyrer for når embolisering skal vurderes, ble utarbeidet av og lagt til hos gynekologene og anesthesiologene. Det er viktig at også anestesiteamet får tid til å planlegge sin logistikk med alt overvåking utstyr som trengs.

Ved relativt stabil pasient

Pasienten overføres til intervensjonslab'en for embolisering dersom hennes tilstand kjennetegnes av fortsatt blødning på tross av maksimal konservativ behandling med uteruskontraherende medikamenter, optimale blodprodukter, manuell placentauthenting, uterusmassasje, og pakking/uterusballong. Emboliseringen utføres av intervensjonsradiolog, mens

gynekolog og anestesiteam passer på pasienten. Med ultralydveiledet innstikk i a.femoralis communis i lysken kateteriserer man arteria uterina bilateralt og bruker små Spongostanbiter som emboliseringsmiddel. Disse følger blodstrømmen og gir midlertidig okklusjon av de små arteriene i uterus. Spongostan resorberes etter 3-5 uker. Selektiv embolisering kan utføres selv etter Lynch B-sutur er utført. Men det kan være et problem å få kateteret ut i uterinarterien hvis den på forhånd er omstukket i forbindelse med sectio, og



Okklusjonsballong i aorta.



Spongostan.

fordi den påførte stenosen kan hindre fri blodgjennomstrømning og derved umuliggjøre embolisering. Manglende fri flyt kan gi komplikasjoner ved at emboliseringsmaterialet renner tilbake langs kateteret, følger blodstrømmen og tetter til ikke tilskjete arterier for eksempel i foten. Dette kan også skje ved uvøren teknikk eller ved spasmer. Nekrose av uterus er beskrevet ved bruk av for smått emboliseringsmateriale som Spongostanpudder som tetter igjen arterioler.

Ved ustabil pasient

Dersom pasienten er ustabil, kan man først legge en okklusjonsballong i aorta like over bifurkaturen for å stabilisere blodtrykket for dermed å gjøre henne transportabel til intervensjonslab og embolisering eller for uterusekstirpasjon i rolige former i relativ blodtomhet på operasjonsstuen. Innsetting av okklusjonsballong er en enkel prosedyre for en intervensjonsradiolog og er et svært godt alternativ til kirurgisk avklemming av aorta i en krisesituasjon. Med okklusjonsballong på plass kjøper man seg tid til å vurdere behandlingsmuligheter og utføre videre prosedyre. Vi har brukt Sizing balloon 25-30 mm i diameter og 40 mm lang PTS-X Numed som okklusjonsballong. Det er viktig at ballonginnsettingen er atraumatisk mot karveggen slik at spasme, disseksjon og eventuell perforasjon med påfølgende katastrofe for pasienten unngås. Et annet moment er at ballongen må plasseres infrarenalt for å hindre skade av nyrene. Underkstremitetene derimot tåler okklusjon av blodtilførselen i flere timer.

Okklusjonsballong kan være nyttig i flere situasjoner. Når man frykter postpartum blødning ved sectio ved for eksempel kjent placenta accreta, kan man planlegge muligheten for å ha en liten okklusjonsballong (8 mm i diameter) i arteria iliaca interna hvis blødningen blir profus. Annen akutt blødning i bekkenet, som ved traume, kan profittere på samme stabiliserende tiltak med aortaokklusjonsballong.

Resultater

Vi har erfart at suksessraten Pelage beskrev ikke er overdrevet. I årene 2004 -2008 utførte vi ved SUS 18 emboliseringer og brukte aortaokklusjonsballong en gang. Kun en pasient hadde blødning etter embolisering og det var en pasient med koagulasjonsdefekt von Willebrand og hun fikk utført hysterektomi dagen etter. Embolisering ved PPH hadde hos oss 95% suksessrate med 17 bevarte uterus, 1 hysterektomi og mortalitet på 0. Det gode resultatet av prosedyren har ført til at metoden er blitt vel ansett på SUS både blant gynekologene og anesteologene. Og vi ser at antall prosedyrer har økt jevnlig og vi har kommet opp i den samme prosentandel av totalfødsler med embolisering som i Frankrike hvor embolisering inngår i Clinical practice recommendations fra Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français fra 2004.

Vi har observert at mange kvinner blør mye før de kommer til embolisering, noe som øker faren for morbiditet. Derfor er det ønskelig å utføre embolisering så tidlig som

mulig for å hindre stort blodtap. Artikler fra Frankrike viser at etter 2004 bestemte gynekologene seg raskere for embolisering, antall emboliseringer økte betydelig og pasientenes hemodynamiske tilstand bedret seg. Det ble registrert redusert anemi som man mener vil kunne være fordelaktig også med hensyn på fødselsdepresjon, sviktende amming og sekundær infertilitet.

Embolisering ved andre tilstander

Embolisering er et sikkert og lite invasivt verktøy for å stoppe blødninger også ved cancerblødning på grunn av tumor eller innvekst, traumer, GI-blødning og iatrogene blødninger etter kirurgiske prosedyrer.

Konklusjon

SUS har etablert et godt samarbeid mellom gynekologer, anestesiteam og radiologisk intervensjonsteam. Gynekologer og anesteologer uttrykker at intervensjonstilbudet gir dem trygghet i kritiske situasjoner. Og ikke minst at kvinner beholder sin uterus og kan få flere barn, barn kan få flere søsken og barn kan beholde sin mor.

Litteratur:

1. J.P.Pelage & al, Radiology 1998: Life-threatening Primary Postpartum Hemorrhage: Treatment with Emergency Selective Arterial Embolization <http://radiology.rsna.org/content/208/2/359.full.pdf>
2. Mathe ML, Morau E, Vernhet-Kovacsik H, Picot MC, Boulot P. J Perinat Med. 2007; 35(6):532-7. Impact of the new French clinical practice recommendations in Embolization in postpartum and post-abortion hemorrhage: study of 48 cases.. PMID: 18052838 [Pub Med - indexed for MEDLINE].

- Anne Flem Jacobsen og Sverre Sand
- Seksjonssjefer, Fødeavdelingen Ullevål universitetssykehus

Master Michael Robson på Ullevål: **Active Management of Labor- fokus på kunnskapsutveksling**

Ved Fødeavdelingen på Ullevål hadde vi 16.-19.september i år, gleden av å være vertskap for Michael Robson og 6 jordmødre fra National Maternity Hospital i Dublin. Dette sykehuset har ca 9000 fødsler pr år og Michael Robson er sjef eller "Master" som det kalles der. Sykehuset er kjent for sitt konsept "Active Management of Labor."

Besøket var en gjensitt etter at en gruppe leger og jordmødre fra Ullevål hadde vært på besøk i Dublin. Vi opplevde 3 spennende og lærerike dager der kunnskapsutveksling stod i fokus.

Michael Robson som er en Norgesvenn etter å ha tilbrakt mange år av sin barndom på Røa i Norge, holdt faglige innlegg både om Active Management of Labor (AML) og om kategorisering av fødende etter "Robson score." For mange var overraskelsen stor når han parerte vanskelige spørsmål på perfekt norsk.

Vi hadde også mye diskusjon rundt håndteringen av nullipara. Vi var alle enige om viktigheten av å ha fokus på denne pasientgruppen for å holde keisersnittfrekvensen nede, spesielt i forhold til å unngå keisersnitt ved fødsel nummer to på indikasjon tidligere keisersnitt og/eller tidligere traumatisk fødsel.

De besøkende jordmødrene ble fordelt på våre ulike seksjoner med utveksling av erfaring og kunnskap til glede for alle parter. Michael Robson var imponert over

plassforholdene hos oss. Spesielt gjaldt dette rommene på nyfødt intensiv der de i Dublin har 2 til 3 ganger så mange pasienter på det samme arealet, men også arealet på fødegangen og på barsel som vi tidvis synes er litt snaut, syntes de var svært romslig.

Besøket ble komplettert med private tilstelninger på kveldstid der Riverdance, sang, røverhistorier, god mat og sosialt samvær stod i fokus.

I tillegg arrangerte Oslo Gynekologiske forening møte 17.9. der Dr Keith Greene holdt foredrag. Dr Greene var derfor også med på besøket på Ullevål 18.9. der han bidro med foredrag og synspunkter til stor nytte og glede for oss.

Vi opplevde alle gleden og nytten av å motta et slikt besøk, og vennskapsbånd ble knyttet. Vi håper at vi i fremtiden kan få til en gjensidig utvekslingsordning av leger og jordmødre med fokus på fagutvikling der sosialt samvær blir en hyggelig bieffekt.



Anne Flem Jacobsen, Michael Robson, Keith Greene og Sverre Sand.

Ny p-pille med naturlig østrogen

Kombinasjonspillen har vært på markedet i ca 50 år. Østrogenkomponenten har hele tiden vært den samme, mens gestagenet har variert. Det syntetisk fremstilte ethinyl-estradiol (EE) har for første gang blitt erstattet av estradiolvalerat (E2V), det samme østrogenet som produseres i kroppen. Problemet med E2V har vært å finne et egnet gestagen for å få en god blødningskontroll. Dette har man nå oppnådd med dienogest (DNG) i et spesielt doseringsregime.

Gestagenet

Dienogest har en uttalt effekt på endometriet og hindrer effektivt ovulasjon (1,2). DNG har en høy spesifisitet for progesteron reseptoren (3) og en klinisk signifikant anti-androgen aktivitet, samtidig har det ingen østrogen-, mineralokortikoid -, eller glukokortikoid aktivitet (4,5,1).

DNG's antiproliferative effekt på endometriet har blitt brukt i behandling av endometriose (6).

DNG's svake binding til progesteronreceptorer i andre vev, gjør at den ikke demper de positive virkningene av østradiol. DNG i kombinasjon med E2V har tilnærmet ingen innvirkning på lever, metabolske parametre (lipider og karbohydrater) (7), CNS (8) eller vaskulært (9). Biotilgjengeligheten av DNG er høy da det ikke interagerer med transportproteiner. Spesielt interessant er at den ikke binder seg til SHBG. Dette muliggjør økt binding av testosteron til SHBG, som igjen forsterker den antiandrogene effekten. Antiandrogen effekten kan utnyttes terapeutisk ved

hyperandrogenisme, (10) og er i så måte likeverdig med drospirenon. Det er kun cyproteronacetat som har en større antiandrogen effekt.

Hos kvinner med PCOS vil naturlig østrogen med antiandrogen gestagen sannsynligvis gi flere fordeler, som mer nøytral effekt på det vaskulære og det metabolske system. Dette gjenstår å påvise ved kliniske studier.

DNG har ingen antiøstrogen effekt som de andre gestagenene. Det kan være spesielt viktig i kombinasjon med E2V som på den arterielle siden har en positiv virkning i hvertfall hos hjertefriske yngre kvinner (9). DNG er et veltolerert gestagen uten alvorlige bivirkninger, med kort halveringstid (11 timer) som forhindrer akkumulering ved gjentatte doseringer (8).

Kombinasjonen av naturlig østrogen og DNG er ikke ukjent i klinikken. Den har i flere år blitt brukt i østrogensubstitusjonsbehandling (HRT).

Østrogenet

Den hepatiske aktiviteten av EE ser ut til å

være noe høyere enn med E2V, mens den proliferative virkningen på endometriet virker å være lavere.

Det har vært vanskelig å få god blødningskontroll med naturlig østrogen. Det har vært gjort en rekke studier med monofasiske og bifasiske regimer, men de har hatt en utilfredsstillende blødningsprofil pga at utilstrekkelig endometrieproliferasjon kan gi blødninger. Man har derfor valgt å kombinere E2V og DNG i et dynamisk doseringsregime. Regimet som innebærer østrogen step-up i den første delen av en 26 dagers syklus og gestagen step up i den andre delen gir en god blødningskontroll. Med 26 aktive tabletter og 2 placebotabletter oppnås et stabilt serum-E2V over en 28 dagers syklus (11).

En europeisk dobbel-blind randomisert studie sammenliknet E2V/DNG(Qlaira®) med 20ug EE/100ug levonorgestrel. Kvinnene var mellom 18 og 50 år og ble fulgt gjennom 7 sykler. Studien viste at blødningskontrollen er på linje med 20ugEE

P-piller. E2V/DNG ga dessuten en signifikant kortere og mindre blødning (12).

Av kvinner på E2V/DNG får ca 20 % ingen bortfallsblødning sammenlignet med kun 8 % av kvinner på P-piller med EE 20ug / levonorgestrel 100ug (13). Manglende blødning oppleves positivt hos de fleste, men det er viktig å informere kvinnene at blødninger kan utebli.

Preventiv sikkerhet

En multiserierstudie inkluderende friske kvinner mellom 18-50 år med BMI<30 (inkludert røykere opp til 30 år)viste en Pearl Index (PI) på 0,42 metodefeil og 0,79 bruker+metodefeil (12). Dette tilsvarer andre P-piller på markedet.

Ved glemt pille; dvs. at det er gått mer enn 36 timer siden forrige pille må man følge instruksjon i pakningsvedlegget.

Bivirkninger

Ikke alvorlige: Mastalgi 3.6 %, acne: 2.6 %, hodepine 1.9 %, metrorragi 1.9 %, vektøkning 1.5% og brystubehag 1.2%.

Alvorlige: Fokal nodal hyperplasi av lever, myomatøs uterus, non fatal myocard infarkt og ocular histoplasmosis syndrom.

Kontrainikasjoner og interaksjoner

Det er samme kontraindikasjoner og interaksjoner som ved andre kombinerte P-Piller.

Konklusjon

P-pille med naturlig østrogen er et viktig

tilskudd til de som allerede finnes, og vil sannsynligvis appellere til kvinner som ønsker et mer naturlig prevensjonsmiddel, samt utgjøre et alternativ til de som har hatt bivirkninger av andre typer P piller.

Qlaira® gir kortere og lettere blødninger (12)og holder et jevnt serum E2V gjennom hele måneden pga kun 2 placebodager (11). Dette kan redusere sykusrelaterede plager som dysmenoré, smerter, PMS og migrene. Qlaira® kan ikke erstatte de andre monofasiske P-pillene når det gjelder prolonged cycles eller utsette bortfallsblødningene.

I en stor europeisk studie har man sett en vektøkning gjennom 20 sykler på 0.57kg,dvs mindre enn 1 % over 1.5 år (12).

Qlaira® har pga sitt naturlige østrogen sannsynligvis en minimal innvirkning på metabolske og hemostatiske parametre (7)(8)(9), men data fra kliniske og epidemiologiske studier må foreligge før man kan trekke konklusjoner angående positiv og eller nøytral effekt på venøse og arterielle tromboemboliske tilstander.

Artikkelforfatteren er deltager i Bayer Schering Pharmas rådgivningsgruppe innen gynekologi

Referanser

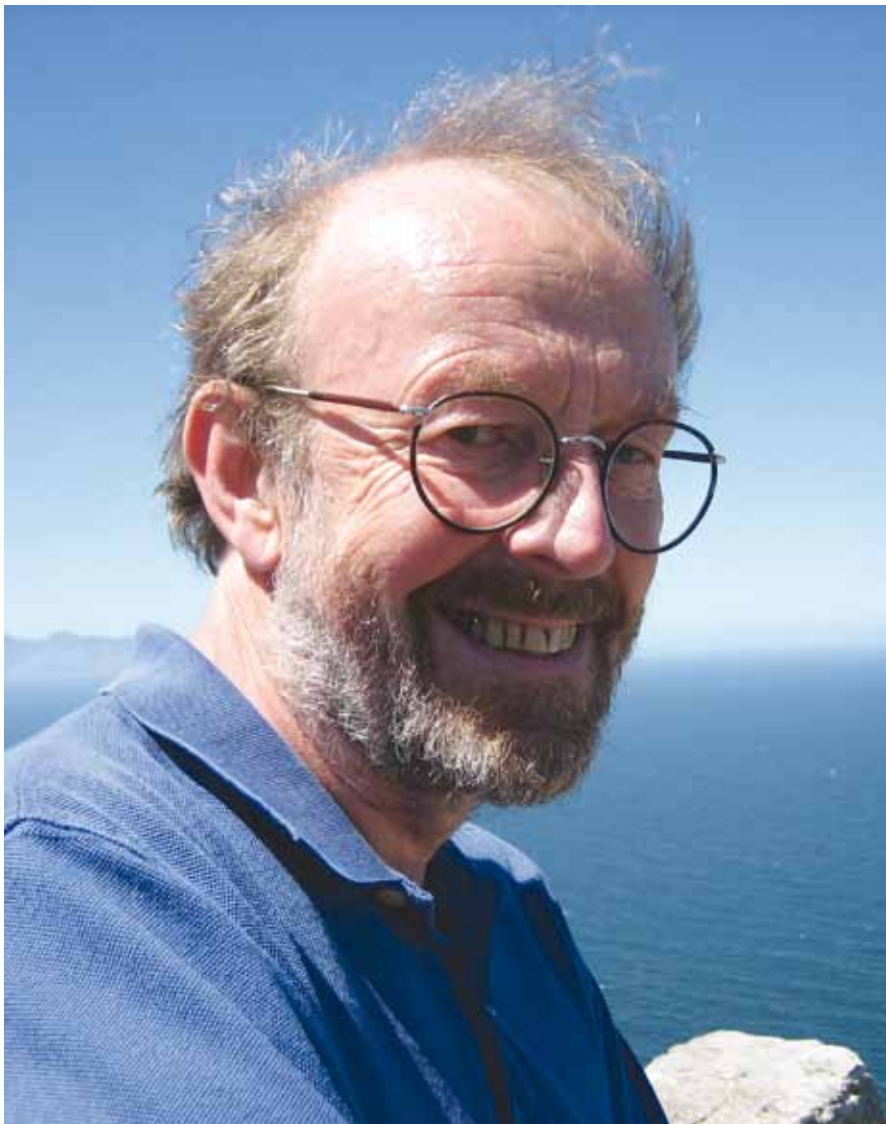
1. Oettel, M, Gräser, T, Hoffmann, H, et al. (1999). The preclinical and clinical profile of dienogest. A short overview. *Drugs of Today* 35 (Suppl. C), 3-12
2. Foster RH, Wilde MI. Dienogest. *Drugs* 1998; 56: 825–33 Sasagawa et al. *Steroids* 2008; 73:

222-31

3. Sacagawea S, Shimizu Y, Kami H, Takeuchi T, Mita S, Imada K, Kato S, Mizuguchi K. Dienogest is a selective progesterone receptor agonist in transactivation analysis with potent oral endometrial activity due to its efficient pharmacokinetic profile. *Steroids*. 2008 Feb;73(2):222-31.
4. Oettel M, Breitbarth H, Elger W, et al. The pharmacological profile of dienogest. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1999;4(Suppl. 1):2–13
5. Krattenmacher R. Drospirenone: pharmacology and pharmacokinetics of a unique progestogen. *Contraception*. 2000 Jul;62(1):29-38.
6. Harada T, Momoeda M, Taketani Y, Aso T, Fukunaga M, Hagino H, et al. Dienogest is as effective as intranasal buserelin acetate for the relief of pain symptoms associated with endometriosis-a randomized, double-blind, multicenter, controlled trial. *Fertil Steril* 2008 jul 22
7. Parke S, Nahum GG, Mellinger U, Junge W. Metabolic effects of a new four-phasic oral contraceptive containing estradiol valerate and dienogest. *Obstet Gynecol* 2008; 111(4(suppl)): 12S-13S
8. Mueck AO, Seeger H. Pharmacology of dienogest. *Gynecology Forum* vol. 14 no.2, 2009: 9-12
9. Seeger H, Mueck AO. Vascular effect of estradiol valerate combined with dienogest. *Gynecology Forum* vol. 14 no.2, 2009: 17-20
10. Bitzer J. The importance of antiandrogenicity of progesterone. *Gynecology Forum* vol. 14 no.2, 2009: 21-23
11. Lu M, Uddin A, Foegh M, Zeun S. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a new four-phasic estradiol valerate and dienogest oral contraceptive. *Obstet Gynecol* 2007; 109(4(suppl)): 61S
12. Nahum GG, Parke S, Wildt L, Palacios S, Roemer T, Bitzer J. Efficacy and tolerability of a new oral contraceptive containing estradiol and dienogest. *Obstet. Gynecol* 2008; 111:15
13. Parke S, Makalova D, Arendt H-J, Mansour D. Bleeding patterns and cycle control with a novel four phasic combined oral contraceptive containing estradiol valerate and dienogest. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13:34-5.

Bli kjent med Bjørn Backe, foreningens nye leder!

Bjørn kan på mange virke som en noe tilbaketrukket type. Kanskje kan han virke litt sjenert, hans fremtoning vekker derfor ikke spesiell oppmerksomhet. Men når man opplever ham som den fremragende foreleser han er eller som engasjert deltaker i faglig debatt, ja da forstår man raskt at dette er en kollega med mange og sterke meninger.



Født i Lillehammer en vinterdag, oppvokst i Brumundal med jordmor-mor og lege-far. På denne bakgrunn lå nok hans fremtid i genene? Han studerte medisin i vakre Würzburg i Tyskland. Den første føling med vårt fag fikk han i Kvinneklubben i Trondheim allerede straks etter tilleggskurset. Senere har han skaffet seg målrettet og solid utdannelse, spesialkompetanse erhvervet ved engasjement i SINTEF og senere som NAVF-stipendiat. På denne måten har han skaffet seg en velfylt, naturlig hard-disc. Bjørn har sitt spesielle kropps-språk. Når han for eksempel starter et debattinnlegg skjer det alltid med å stryke seg over skjegget, dreie på hodet og første setning starter som regel med et komma. Så følger en masse innskutte bisetninger før han etter hvert kommer med poenget som det svært ofte er verd å lytte til.

Foreningens nye leder er ivrig friluftsmann. Lange skiturer og utfordrende fjellklatring har ført ham bl.a. til 5400 meters høyde i Nepal, til Grønland og til Store Skagastølstind. Han omtales som fingernem, og bl.a. stiller han omhyggelig og vakkert med sin gamle Porsche 911 Targa. Alt dette utgjør egenskaper som kan komme meget vel med når han nå trår til som leder av vår forening.

Vi ønsker ham lykke til!

Kentera[®] oxybutynin

Kentera[®] gir en lav frekvens av munntørrhet og forstoppelse.³



Referanser:

1. Davila GW, et al. *Urol Clin N Am* 2006;33:455-63.
2. Dmochowski RR, et al. *Urology* 2003;62:237-42.
3. Dmochowski RR, et al. *World J Urol* 2005;23:263-70.

C Kentera Nicobrand

Urinveispasmolytikum. ATC-nr.: G04B D04

T DEPOTPLASTER 3,9 mg/24 timer: Hvert depotplaster inneh.: Oksybutynin 36 mg, hjelpestoffer. Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingshyppighet og -trang som kan forekomme hos pasienter med ustabil blære. **Dosering:** Plasteret skal festes på tørr, intakt hud på abdomen, hofter eller sete umiddelbart etter at det er tatt ut av doseposen. Et nytt plaster skal festes på et nytt applikasjonssted, slik at en unngår at det festes på samme sted i løpet av 7 dager. anbefalt dose er ett 3,9 mg depotplaster 2 ganger ukentlig (hver 3.-4. dag). Anbefales ikke til barn eller ungdom. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. Urinretensjon, alvorlig gastrointestinal lidelse, myasthenia gravis eller trangvinkelglaukom og hos pasienter som er i risikogruppen for disse lidelsene. **Forsiktighetsregler:** Brukes med forsiktighet ved nyre- eller leversvikt. Pasienter med leversvikt skal overvåkes nøye. Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdom) skal undersøkes før behandling. Forsiktighet utvises ved betydelig hemmet blæretømming og ved behandling av eldre. Antikolinerge midler kan føre til døsighet, søvnighet eller uklart syn. Alkohol kan forsterke døsighet. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av andre antikolinerge legemidler eller midler som konkurrerer om CYP 3A4-metabolismen, kan øke hyppigheten eller alvorlighetsgraden av munntørrhet, forstoppelse og døsighet. Andre antikolinerge legemidler er f. eks. amantadin og antiparkinsonmidler (biperiden, levodopa), antihistaminer, antipsykotika (fentiaziner, butyrofenoner, klozapin), kinidin, trisykliske antidepressiva, atropin og relaterte forbindelser som atropin spasmolytika og diprydamol. Antikolinerge effekter på gastrointestinal motilitet kan

endre absorpsjonen av visse legemidler som gis samtidig. Interaksjon med legemidler som hemmer CYP 3A4, som azolantimykotika (f. eks. ketokonazol) eller makrolidantibiotika (f. eks. erytromycin), kan ikke utelukkes. Oksybutynin kan antagonisere effekten av motilitetsstimulerende legemidler. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Dyrestudier har vist små reproduksjonstoksiske effekter. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: En liten mengde utskilles. Bruk under amning frarådes. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørrhet, forstoppelse, diaré, kvalme, magesmerter. Hud: Kløe, rødhet, reaksjon og utslett på applikasjonsstedet. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinveisinfeksjon. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, søvnighet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, abdominalt ubehag. Hud: Eiveblest, sopp. Luftveier: Øvre luftveisinfeksjon, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmertor. Sirkulatoriske: Hetetokter, palpitasjoner. Urogenitale: Urinretensjon, dysuria. Øvrige: Påført skade. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Antikolinerge effekter, som stimulering av sentralnervesystemet, rødme, feber, dehydrering, hjerterytmie, oppkast og urinretensjon. Behandling: Symptomatisk. Plasmakonsentrasjonen reduseres 1-2 timer etter fjerning av plasteret. **Egenskaper:** Klassifisering: Urinveispasmolytikum. Virkningsmekanisme: Kompetitiv, selektiv muskarinreseptorantagonist. Relaksere glatt muskulatur i blæren, øker den maksimale blærekapasiteten og volumet før første detrusor kontraksjon. Dermed reduseres trang og hyppigheten av inkontinens episoder og frivillig vannlating. Oksybutynin er racemisk. Antimuskarinaktiviteten er hovedsakelig i R-isomeren som viser større selektivitet for

muskarinsubtype M1 og M3 (predominant i detrusormuskelen og glandula parotis). Absorpsjon: Kontinuerlig transport opprettholdes i løpet av hele doseintervallet. Maks. plasmakonsentrasjon, 3-4 ng/ml, nås innen 24-48 timer. «Steady state» nås under andre påføring av depotplasteret og opprettholdes i opptil 96 timer. Fordeling: Distribusjonsvolum: 193 liter. Metabolisme: I lever, hovedsakelig via CYP 3A4. En metabolitt er farmakologisk aktiv. Utskillelse: <0.1% utskilles uomdannet i urinen. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen. Må ikke oppbevares i kjøleskap eller fryses. **Andre opplysninger:** Se pakningsvedlegget for informasjon om bruk og håndtering. **Pakninger og priser:** 8 stk. (kalenderpakn.) kr 385,20. 24 stk. (kalenderpakn.) kr 1085,50. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urgeinkontinens).

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr		
U04	Urininkontinens	-	N 39.4	Annen spesifisert - urininkontinens	-

Vilkår: Ingen spesifisert

Januar 2010

Misoprostols preoperative modningseffekt på livmorhalsen

Lege og forsker Kevin Sunde Oppegaard har forbedret metoden for inngrep i livmorhulen, slik at det blir mest mulig skånsomt for kvinnen. I perioden 2001-2009 har han ledet fire forskningsstudier med et legemiddel mot magesår – misoprostol – som gjør livmorhalsen myk. Legemiddelprodusenten har imidlertid ikke godkjent bruken av legemiddelet til dette formålet. Misoprostol er billig og trygt, og det har derfor vært stor interesse knyttet til disse studiene.

I sin avhandling Misoprostol's cervical ripening effect har Kevin Sunde Oppegaard og hans medarbeidere vist at metodene man tidligere brukte ikke var optimale. Kvinnene kan sette tablettene i skjeden selv hjemme. Dette gjør livmorhalsen myk raskere og

med færre bivirkninger, sammenlignet med å svelge tablettene. Kvinnene synes det er greit å sette tabletter i skjeden selv, dette gjelder også kvinner fra land utenfor Norden. Oppegaard og medarbeidere fant at misoprostol er effektiv både hos

gravide og ikke-gravide kvinner, men ikke hos kvinner etter overgangsalderen. Hvis kvinner etter overgangsalderen bruker kvinnelig kjønnshormon i skjeden i 14 dager, vil misoprostol virke også hos disse.

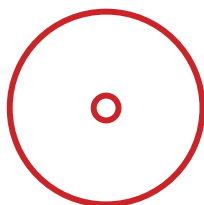


Kevin Sunde Oppegaard.

Oslo Universitetsykehus, Ullevål 11. des. 2009

- 1. opponert:* Professor Kristina Gemzell-Danielsson, Department of Woman and Child Health, Karolinska Institutet, Stockholm
- 2. opponert:* Professor Anne Ørbo, Institutt for medisinsk biologi, Universitetet i Tromsø
- 3. medlem av bedømmelseskomiteen:* Professor Tom Tanbo, Kvinneklinikken, Fakultetsdivisjon Rikshospitalet, Universitetet i Oslo
- Leder av disputas:* Førsteamanuensis Anne Cathrine Staff, Kvinnesenteret, Fakultetsdivisjon Ullevål universitetssykehus, Universitetet i Oslo
- Veileder:* Professor Britt-Ingjerd Nesheim, Kvinnesenteret, Fakultetsdivisjon Ullevål universitetssykehus, Universitetet i Oslo

Kjære FUGO medlemmer!



FUGO

Som vanlig har det i løpet av vinteren vært relativt stille på aktivitetskalenderen, når det gjelder kurs og møter. I løpet av de kommende månedene er det derimot mye å glede seg til for LIS er i gynekologi og obstetikk. Først ute er NGFs vårkurs i Trondheim fra 15.-16. april. Programmet er meg foreløpig ukjent, men om tradisjonen fra Stavanger i fjor opprettholdes, kan vi vente oss spennende tema og engasjerende debatt!

ENTOG utvekslingen, fra 3. – 8. mai, går i år til Belgia, med avsluttende seminar i Antwerpen . Til utvekslingen i fjor hadde vi kun én kandidat, men vi håper i år på større interesse fra våre medlemmer, da vi har mulighet til å sende to deltagere. Dette er en kjempefin mulighet til å knytte kontakter med utdanningskandidater fra andre europeiske land, og lære om hvordan arbeidsforholdene er, både i vertslandet og i de andre landene .

I juni er det NFOG seminar 16.-18.juni i København. Her vil det bli varierte tema og mange gode forelesere. Og ikke minst: mye sosialt!

Og til slutt vil jeg benytte anledningen til å fortelle at vi i FUGO også i år kommer til å arrangere kurs i forkant av NGFs årsmøte. Temaet vil være Infertilitet, og endelig program er under utarbeiding. Vi håper på god respons og mange påmeldinger!!

Sissel H.Oversand, leder FUGO



FUGO-styret 2010

Sissel H. Oversand	Leder	ENTOG-representant	Sisseloversand@hotmail.com	90851474
Erik Andreas Torkildsen	Nest-leder	PWG-representant, vara-NGF styret	eatorkildsen@yahoo.no	
Christian Tappert	Kasserer	Kursansvarlig	ctappert@broadpark.no/christian.tappert2@stolav.no	
Marte Myhre:	NGF-representant		martemyhre@yahoo.no	
Pawel Wilkosz	Nettansvarlig	NFYOG-representant	pawelwilkosz@hotmail.com	
Kristine Kleivdal	Sekretær	NFYOG-representant	kristine.kleivdal@gmail.com	

FUGO-kurs 2010

Infertilitet

Også i år vil styret i FUGO arrangere et kurs i forkant av FUGO sitt årsmøte. Ikke minst de gode tilbakemeldinger som vi har fått etter de 2 siste kursene motiverer oss veldig å gjennomføre et kurs også i år. Kurset vil holdes onsdag 2. september 2010 i Arendal. Kurset blir søkt godkjent som valgfritt kurs med 6 tellende timer for leger under spesialisering og for etterutdanning i Fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Etter kurset om Fosterovervåkning/STAN i Bodø i 2008 og om Kolposkopi i Fredrikstad i 2009 har vi nå Infertilitet.

Endelig program er ikke helt fast bestemt enda, men blir omtrent slik:

1. Epidemiologi
2. Utredning
3. Behandling
4. Behandling av spesielle pasientgrupper:
 - Endometriosepasienter
 - PCOS-pasienter
 - infertilitet
5. Forløp av svangerskapet hos IVF-pasienter
6. Regelverket

Alle foredragsholdere er heller ikke bestemt enda, men gleder oss veldig at vi har fått positiv tilbakemelding både fra Tom Tanbo ved Rikshospitalet og Vidar von Düring ved St. Olavs Hospital.

Kurset ligger ikke ut til påmelding på kurskatalogen på nettet, men vi håper at dette er ordnet fram til dere holder Gynekologen i hendene. Hvis ikke, så blir det ordnet i løpet av kort tid. Påmeldingen vil som i fjor gå gjennom koordinatorkontoret i Oslo og vi vil minne om at det er viktig å melde seg på innen påmeldingsfristen (antakeligvis rundt 15. juli 2010, se også kurskatalogen) og så blir det en prioritering avhengig av ansiennitet.

Nyttige websider

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

- Daniella Rozsa
- Ass lege, Gyn Elverum SIHF
- dancika101@hotmail.com

ENTOG utveksling, Ungarn 2009:

Hyppig bruk av ultralyd i svangerskapsomsorgen

ENTOG (European Network of Trainees of Obstetrics and Gynaecology) har som hovedmål å bidra til å forbedre og samkjøre spesialistutdanningen i Europa. Den organiserer et utvekslingsprogram hvert år for å gi leger i spesialisering anledning til å møtes og utveksle erfaringer.

Ungarsk helsevesen

Ungarn er et relativt lite land i Sentral-Europa med ca 10 millioner innbyggere. Landet har lange tradisjoner i å utdanne leger. Det første medisinske fakultet ble etablert i 1769 ved Nagyszombat Universitet. Ignac Semmelweis og Janos Veress er to kjente ungarske navn innen medisin.

Det ungarske helsevesenet preges av mange likheter, men også store forskjeller fra det norske. I Ungarn er helsevesenet fritt tilgjengelig for alle som er forsikret i trygdekassen. Fastleger tar seg kun av generelle indremedisinske problemstillinger, all gynekologi og hele svangerskapsomsorgen er delegert til gynekolog.

Spesialistutdanningen

Det er ca 1300 yrkesaktive spesialister i gynekologi og obstetikk i Ungarn. Spesialistutdanningen varer fem år og er forskjellig fra den norske.

Man må velge spesialitet allerede før turnustjeneste. Avdelingene som turnustjenesten avholdes ved vil variere ut



Bilde 1. Storkene sitter og slapper av i solen i Midt-Ungarn.



Fylkessykehuset i Kecskemet: gynekologisk-obstetrisk bygg.

fra den valgte spesialitet og turnustiden vil inngå i selve spesialistutdanningen.

Karakterer året i medisinstudiet samt opptaksprøve etter endte studier vil danne grunnlaget for hvorvidt man får opptak til turnustjeneste i hver spesialitet. Det er stadig flere søkere enn plasser, som regel to søkere for hver hjemmel i gynekologi.

Turnustjenesten varer 2 år. En "gynekologisk turnuslege" må jobbe det første halvåret i akuttmottak/anestesiavdeling og være med ambulanse ved utrykning i 3 måneder, så videre ved kirurgisk avdeling i ytterligere 3 måneder. Deretter jobber han i 1 1/2 år ved ob/gyn avdeling under veiledning. Denne delen av spesialistutdanningen er knyttet til universitetene og staten, og turnuslegene lønnes derfra. Turnuslegelønnen utgjør ca 3200 nok i måneden.

Autorisasjon

Legene i Ungarn kan jobbe uten å ha hatt turnustjeneste – forutsatt at de finner jobb. I motsetning til Norge, kan turnustjenesten sees på som begynnelsen på spesialistutdanningen. Man kan ikke bli spesialist uten å fullføre turnustjenesten i faget, uansett hvor mange år man har jobbet på avdeling. Opptaksprøven avholdes en gang i året og kan taes flere ganger. Hvis man i mellomtiden er ansatt ved en avdeling som er godkjent i spesialistutdanningen, kan denne tjenesten godkjennes etter fullført turnustjeneste. Hvis man ombestemmer seg og vil spesialisere seg i noe annet, må opptaksprøve og turnustjeneste gjentaes.

Etter fullført turnustjeneste må assistentlegen finne ansettelse ved et godkjent utdanningssykehus for 3 år. Man er da ansatt og lønnet av sykehuset, noe som, paradoksalt nok, resulterer i lønnsreduksjon. I løpet av de 3 årene må assistentlegene rotere mellom forskjellige avdelinger: føde/gyn/gyn-onkologi/ endokrinologisk poliklinikk/IVF/ultralydpoliklinikk/obstetriske anestesier og urologisk avdeling. Sykehusene må godkjennes annethvert år for å beholde godkjenning som utdanningssykehus.

Under utdanningen må kandidatene fullføre en rekke obligatoriske kurs.

Ultralydkompetanse

Ultralydkompetansen er regulert veldig nøye. Det finnes tre forskjellige typer lisens for leger.

Lisens A krever minst 400 obstetriske og 200 gynekologiske ultralydundersøkelser under veiledning. Det er muntlig og praktisk eksamen. Etter oppnådd lisens må man delta i "oppretholdende" kurs en gang i året for å beholde lisensen. Med denne lisensen kan vedkommende utføre gynekologisk ultralydundersøkelse, tidlig ultralyd og tilvekstkontroller.

For å få Lisens B må man i tillegg ha jobbet i minst fem år og har utført minst 5000 obstetriske og 2000 gynekologiske ultralydundersøkelser. Det finnes avsluttende muntlig og praktisk eksamen. Med denne lisensen kan vedkommende utføre også 18 ukers screening og gi second opinion. Det er obligatorisk for leger med lisens B å opprettholde kompetanse med kurs en gang i året.

Lisens C tildeles kun leger som i tillegg til B lisens har spesiell utdanning innenfor medisinsk genetikk og må ha jobbet på universitetssykehus. Disse ultralydeksperter utfører prenatal diagnostikk. Det er obligatorisk å undervise på kongress eller kurs en gang i året og delta i oppretholdende kurs en gang i året for å få denne lisensen fornyet hvert år.

Det finnes også sonografer, noe tilsvarende ultralydjordmor i Norge, men de fleste ultralydteknikere i Ungarn er sykepleiere. De kan utføre gynekologiske ultralyd, ultralyd som bekrefter graviditet, tilvekstkontroller og Doppler målinger. De er ikke autorisert til å utføre screeninger.

Operasjonslister finnes og må fullføres. Etter at kandidaten fullfører alle rotasjoner, kurs og operasjonslister må muntlig eksamen i obstetrik og gynekologi avlegges. Så langt har ingen strøket. Omtrent 30-40 nye gynekologer blir utdannet hvert år.

Subspesialisering

De fleste gynekologer subspecialiserer seg videre og jobber enten som obstetrikere,

UL- gynekologer, eller spesialister på bestemte områder innen gynekologi. Nesten alle gynekologer har privatpraksis ved siden av sykehusjobb. I Ungarn er pasientene veldig knyttet til sine egne gynekologer, og går heller privat for å "ta en sjekk" enn å havne hos en annen på poliklinikken. En privat konsultasjon koster mellom 300-500 norske kroner, avhengig av hvilke undersøkelser som blir gjennomført. Gynekologene opererer egne pasienter på sykehuset de jobber ved og går også ofte ekstra visitt på sine private pasienter på sykehuset hvis de blir innlagt.

En ferdig utdannet gynekolog i Ungarn tjener ca. 10-20 000 kroner i måneden; lønnen fra sykehuset utgjør 3-5000 kroner med vakttillegg, resten er fra privatpraksis.

Kecskemet

Under utvekslingen hospiterte jeg ved Fylkessykehuset i Kecskemet, en by i Midt-Ungarn med ca 110.000 innbyggere. I denne delen av Ungarn er folk noe fattigere enn gjennomsnittsbefolkningen, mange driver med jordbruk. Gynekologisk avdeling har opptaksområde på ca 100.000 og har 8000 innleggelse i året. Det jobber for tiden 19 leger på avdelingen, alle er spesialister.

Arbeidsfordeling

Vi begynte hver dag med morgenmøte klokken 8. Etter at vaktteamet hadde referert vekten, refererte barnelegen de barna som var på neonatalavdelingen. Etterpå gikk man gjennom dagens operasjonsprogram og fordelte operasjonene; ofte var det forskjellige lege for hver operasjon. Avdelingsoverlegen fordelte poliklinikkene, visittene og dagens vakt.

Ultralydpoliklinikk

Ultralydrutiner er veldig annerledes i Ungarn sammenlignet med Norge. Alle får tilbud om første ultralyd mellom uke 8-12, men de fleste får en såkalt "nullultralyd" med en gang gravitesten er positiv. På tidlig ultralyd sjekkes om det er vital intrauterin graviditet, antall fostre, man måler nakkefold, setter termin fra CRL og beskriver adnexa. Alle går gjennom AFP måling i uke 17, og deltar i screening i uke 19 når resultatet foreligger. Det er mulig å ta flere biokjemiske



Jeg er tredje assistent ved keisersnitt



På vakt. På bordet ligger ekstern pelvimetrimål og skrivemaskinen som legen bruker til å skrive journalnotater

markører mot ekstra betaling. 19 ukers ultralyd er det samme som rutineultralyd i Norge, bortsett fra terminbestemmelse. Ved ultralydundersøkelsen ved uke 28-32 måles tilvekst, placenta og fostervannsmengde beskrives. Siste ultralydkontroll er i uke 38 med kontroll av tilvekst, leie, fostervannsmengde og biofysisk profil.

50-100 pasienter gjennomgår ultralydundersøkelse per dag pr lege. Jeg var litt skeptisk til hvordan dette skulle la seg gjennomføre mellom klokken 09-15:00, men fant fort ut at de jobbet utrolig fort og effektivt, og at de virkelig klarte å se på så mange pasienter i løpet av dagen. Mens jeg var der, oppdaget de hjertefeil, spina bifida, ovarialcyste, nyrepatologi, osv – jeg fikk med meg for første gang lemon-sign under

oppholdet.

De fleste gravide tar privat 4-5 ekstra ultralydundersøkelser i løpet av svangerskapet i tillegg til de obligatoriske. Det er veldig populært med 4D ultralyd, men denne har foreløpig kun "underholdende" hensyn (kalles for "bebikino").

Operasjonsstuen

Det utføres ca 6000 operasjoner hvert år ved denne avdelingen. Det er tre stuer, to for operasjoner som også brukes i tilfelle ø-hjelp, og en skiftestue. Også her var turnoveren høy: på skiftestue utførtes 15-20 dagkirurgiske inngrep - revisio, kirurgisk abort, fraksjonert abrasio. I Ungarn er aborten legal opp til 12. uke, men man må være i en spesielt vanskelig livssituasjon for

å få den innvilget. Det utføres kun kirurgiske aborter t.o.m uke 12, da medikamentene som brukes i Norge ved medisinsk abort ikke er registrert og godkjent i Ungarn for dette formålet. Det er lovlig å utføre abort opp til 20, unntaksvis 24 uker, hvis utviklingsfeil oppdages på rutineultralyd, ved hvilket tilfelle man benytter seg av prostaglandiner.

Liggetid på avdelingen etter operasjon er lengre enn i Norge: en dag etter diagnostisk laparoskopi, tre dager etter laparoskopisk inngrep og fem dager etter laparotomi.

Fødeavdelingen

Avdelingen har 2100 fødsler i året. Rutiner i obstetrikken er meget forskjellige fra Norge. Pasientene overvåkes nøye, med ukentlig NST fra uke 35, ultralydundersøkelse uke 38 og NST fra uke 39 hver tredje dag. Ved ankomst til fødeavdelingen, gjennomføres CTG og amnioskopi hvis vannet ikke er gått. Ved mekonium utføres amniotomi. Vannavgang uten rier til termin induseres med en gang. Ved innkost brukes ekstern pelvimetri, som har noe varierende konsekvenser, men noen steder kan "trange mål" føre til lav terskel for å utføre keisersnitt. Seteleie forløses som regel med sectio. Forutsetning for å forløse seteleie er tilstedeværelse av gynekolog som har erfaring med å forløse seteleie, men erfaringen blir vanskeligere og vanskeligere å skaffe seg ettersom de fleste seteleiene blir snittet.

Lege er tilstede ved hver fødsel og tar imot barnet. Det legges episiotomi ved alle premature fødsler og ellers ganske så liberalt, spesielt hos førstegangsfødende. Legene mener at de ser grad tre og fire rifter meget sjelden på grunn av dette og da som oftest etter vakuumforløsning eller ved forløsning av store barn. Episiotomi syes av lege, jordmor assisterer. Det finnes ingen barnepleier på fødeavdelingen, denne oppgaven utføres av jordmor.

Man er generelt tilbakeholden med å legge vakuum ved fødsel og det ansees ikke for å være god praksis. Mange steder legger man ikke tang og anser dette for å være utdatert. Selv om det ikke er nevnt i den ungarske

nasjonale veileder, bruker man gjerne eksprimering (riesynkront fundustrykk) fremfor å legge vakuum. Legene mener at dette er et godt alternativ til vakuum, man kommer ofte i mål, og har ikke observert komplikasjoner knyttet til metoden.

Sectiofrekvens

Keisersnittsfrekvensen er 30-40 % på landsbasis - ved Sykehuset i Kecschemet var tallet 34 %. De fleste som snittes ved første fødsel blir forløst med elektiv sectio ved neste graviditet.

Det er tre leger på vakt, en gynekologisk og en obstetrisk forvakt og en bakvakt som involveres i alle større beslutninger. Både assistentleger og overleger går forvakt, mens bakvakten er en mer erfaren overlege. I tilfelle keisersnitt, opererer alle 3, såfremt det er mulig. Pårørende er ikke tillatt på operasjonsstua.

Dokumentasjon utføres av legen etter hver fødsel og det er legen selv som står for skrivingen - på skrivemaskin. Partogrammet under fødselen føres av jordmor.

Poliklinikken

Den polikliniske virksomheten var veldig lik det vi har i Norge, men er mer spesialisert. Det fantes egen poliklinikk for infertilitet,

BLI MED PÅ ENTOG UTVEKSLING til Belgia 3.-8.mai!

ENTOG (European Network of trainees in Obstetrics and Gynaecology) arrangerer årlige utvekslinger hvor 2 deltagere fra hvert av medlemslandene kan delta. Årets utveksling går til Belgia, og avsluttes med samling og ENTOG seminar i Antwerpen. Selve utvekslingen, hvor man vil bli plassert på forskjellige sykehus rundt om i landet, kommer til å foregå fra mandag til torsdag. Vertslandet sørger for innkvartering i disse dagene. ENTOG-seminaret blir på fredag. Du kan lese mer om programmet på ENTOGs nettsider, www.entog.org.

1-2 netter på hotell og seminaravgift dekkes av FUGO.

Søknad må være FUGO i hende innen 1.april, og sendes på mail til: kristine.kleivdal@gmail.com.

generell gynekologi, endokrin gynekologi, klimakterium, barn- og tenåringsgynekologi, obsterikk, osv. Avdelingen på Kecschemet sykehus hadde 80.000 polikliniske konsultasjoner pr år.

ENTOG-konferansen

Den femte dagen av utvekslingen deltok jeg på ENTOG konferansen i Budapest hvor bla EU's arbeidstidsdirektiv diskutert. Vi avsluttet dagen med en hyggelig middag ombord i båt på Donau.

Lærerikt

Dette har vært en utrolig lærerikt. Å se ulik praksis innenfor samme fag gjør at man

reflekterer mer over egne rutiner, og tenker over hva man kunne gjort annerledes hjemme. Samtidig setter man pris på ting man mener man gjør bedre.

Jeg vil gjerne takke avdelingsoverlege dr. Balazs Biro på Sykehuset i Kecschemet og hele staben, spesielt overlege Andras Tanko og Andras Tanko jr, som tok veldig godt imot meg og sørget for at jeg fikk mest mulig ut av utvekslingen. Sist, men ikke minst, vil jeg takke kollega dr Zoltan Tomosvary fra II Universitetsklinikk i Budapest som hjalp meg med å få oversikt over spesialistutdanningen og de faglige rutineene i Ungarn.



The Norwegian
Continence and Pelvic Floor Centre
UNIVERSITY HOSPITAL OF NORTHERN NORWAY



Arctic Pelvic Floor Meeting 2010

14-15 June – Sommarøy, Norway. www.apfm2010.no





- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (ethinyløstradiol) enn kombinasjons p-piller¹
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller (med 30 µg etinyløstradiol og levonorgestrel² eller drospirenon³)



C NuvaRing "Organon"

Antikonsepsjonsmiddel

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneh.: Etonogestrel 11,7 mg, etinyløstradiol 2,7 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonssyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migrene med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtryksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøs og arterielle tromboser. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefeil,

hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumorer må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiva. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs colitt har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut. Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsiktet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symp-

tomer på cystitt. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjonshormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. *Overgang i morsmelk:* Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Urogenitale: Smerter i bekkenet, ømme bryster, vaginit, genital kløe, vaginal utflod. Øvrige: Vekttøknning, ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hud: Alopeci, eksem, kløe, utslutt. Metabolske: Økt appetitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Svimmelhet, hystepesi. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Sirkulatoriske: Høretøker. Syn: Synsforstyrrelse. Urogenitale: Cervicitt, cystitt, urinveisinfeksjon, genital pruritus, amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystsprenge, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektopi, fibrocystisk brystsykdom, genital utflod, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, kramper i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginalt ubehag, vulvovaginal tørrhet, dysuri, sykelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Øvrige: Fibroadenomer i brystene, ryggsmarter, tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødeme, følelse av fremmedlegeme. *Sjeldne (<1/1000):* Hud: Urticaria. Øvrige: Hypersensitivitet. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 117,40. 3 stk. kr 297,10.

Sist endret: 27.02.2009

Referanser:

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

Tryggere bruk av p-piller

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

Statens legemiddelverk





Mette Moen med nytt forum i endokrinologi

”Endokrinologi for gynekologer” på MIN SIDE

Mette er vel kjent i det gynekologiske miljø, la meg allikevel gi en kort introduksjon: Hun er førsteamanuensis ved Kvinneklinikken i Trondheim, hun disputerte i sin tid over emnet endometriose og hun er av NAMS (North American Menopause Society) som den eneste i Norden godkjent som såkalt ”Menopause Practitioner”.

Endokrinologi er for gynekologer et svært sentralt fagområde. Dette forum ber om at kollegene sender spørsmål om hormonanalyser og tolkning av dem. Det vil bli presentert kasuistikker, det vil være rom for diskusjoner samt for innsendelse av nye problemstillinger. Erfaringen er nemlig den at en del kolleger ikke er særlig flinke til å rekvirere relevante prøver. Mette Moen som kjent endometrioseforsker tar også gjerne imot spørsmål innen dette fagområdet.

Foreningen retter stor takk til Mette Moen for initiativet og håper medlemmene vil ta siden i flittig bruk.



Mette Moen.

Tom Seeberg

Logg deg inn på www.legeforeningen.no/minside

Kom i gang og bruk MIN SIDE

Min side er medlemmene i Legeforeningen sin egen nettportal. Bruk den til å holde deg oppdatert, diskutere fag, gjøre deg tilgjengelig for kolleger og skreddersy din egen nettside.

Husk å registrere din e-postadresse i Min profil eller send den til register@legeforeningen.no.

Min side

Min side er Legeforeningens lukkede medlemsportal på Internett. Alle medlemmer i Legeforeningen har tilgang til portalen.

Innholdet i Min side kommer fra flere kilder:

Fra Legeforeningens medlemsregister

Under din egen profil eller andres åpne profil finner du i all hovedsak den informasjonen Legeforeningen har registrert i medlemsregisteret.

Innhold publisert kun i Min side av redaksjonen

I Min side finner du innhold som er forbeholdt medlemmer av Legeforeningen. Dette er innhold som ikke ligger på noen av foreningens åpne nettsider, og som derfor er å anse som intern informasjon og medlemservice.

Medlemsbrev

Både organisasjonsledd og sekretariatet publiserer brev til alle eller grupper av medlemmer i Min side.

Innhold fra Tidsskriftet

Gjennom søk og temasider finner du korte omtaler og lenker til artikler publisert i Tidsskriftet.

Innhold fra brukerne selv

I diskusjonsforaene finner du innhold brukerne selv har publisert i løsning i hovedsak i diskusjonsfora.

Profil

Under Min profil finner du i all hovedsak den informasjonen Legeforeningen har registrert om deg i medlemsregisteret. Ved å velge endre profil kan du selv oppdatere denne informasjonen både i Min side og i Medlemsregisteret. Fanen Annet under Min profil/endre profil kan du benytte til å legge inn informasjon om deg selv som du vil dele med andre medlemmer, men som ikke skal inn i Legeforeningens medlemsregister.

• Komme i gang

I menyen øverst på legeforeningen.no ligger Min side som et menyvalg eller gå direkte til www.legeforeningen.no/minside. Du logger deg inn ved å taste inn ditt medlemsnummer og passord.

• Mangler brukernavn eller passord

Har du ikke brukernavn og passord, klikk på: *Glemt eller manglende brukernavn eller passord?* Skriv inn mobilnummer eller e-postadresse. Hvis nummeret og/eller adresse er registrert hos Legeforeningen får du brukernavn og nytt passord tilsendt umiddelbart.

- **Epost eller mobil ikke gjenkjent**

Hvis du får meldingen: *Mobilnummeret (E-postadressen) ble ikke gjenkjent*, betyr det at du er registrert med et annet mobilnummer (e-postadresse) i medlemsregisteret? skyldes det at Legeforeningen ikke har oppdaterte opplysninger om deg.

Hvis du sender en e-post til register@legeforeningen.no med riktig e-postadresse og mobilnummer vil det bli rettet. Min side oppdateres opp mot medlemsregisteret hver natt på virkedager.

Hvis du likevel ikke får logget deg inn, eller det oppstår andre problemer - hjelper vi gjerne. Du kan sende e-post til minside@legeforeningen.no eller du kan ringe 23109050 i vanlig arbeidstid.

- **Endre passord**

Når du er inne i Min side kan du selv endre passordet ditt ved å klikke på endre passord oppe i høyre hjørne.

- **Mer informasjon**

Lurer du på noe mens du er inne i Min side kan du klikke på *Ofte stilte spørsmål*. Ønsker du å vite mer klikker du på *Om Min side*. Begge disse linkene ligger helt nederst på siden.

Det er kun medlemmer i Legeforeningen som får tilgang til Min side.

EBCOG - European Board and College of Obstetrics and Gynaecology President's Newsletter

Dear Colleague,

Following our recent Council meeting in Brussels last month, it is clear that EBCOG is continuing to develop in many exciting and challenging directions.

One of the many important issues which arose during the discussions in Council in both Brussels and in June in Budapest was that of communication between EBCOG and its member national societies. This newsletter is part of our effort to increase the two-way flow of information. EBCOG and the Section are members of the UEMS family; UEMS is the organisation that officially represents all medical specialties within the EU system and therefore EBCOG is the official representative of obstetrics and gynaecology at EU level. EBCOG's members are national societies and EBCOG therefore has a vital role to play in acting as a channel of communication, not only between the national societies themselves but also between the national societies and the European Union Institutions.

The 21st European Congress will take place in that diamond of a city, Antwerp, on 5-8 May 2010 with our Vice-President Johan Van Wiemeersch as Congress Co-President and Secretary-General Professor Chiara Benedetto as Chair of the Scientific Committee. As we have seen over the years, communication is also at the heart of the success of the European Congress and so I would urge you to promote the Congress as widely as possible in your own countries. An electronic advert is available and, of course, information is available on the Congress web site: www.ebcog2010.be Planning for the 2012 Congress in Tallinn has now begun in earnest, so don't forget to put the 9th - 12th May 2012 in your diary!

The 20th European Congress was held in Lisboa and was a great success, attracting approximately 1,500 people. I would like to take this opportunity to congratulate the Congress President and Chair of the Congress Management Committee, Professor Bill Dunlop and Congress

President Professor Carlos Freire de Oliveira and the Chair of the Scientific Committee, Professor Wolfgang Holzgreve for all their enormous efforts on behalf of EBCOG.

One of the most successful features of the Lisboa Congress was the sessions involving our affiliated European subspecialty societies, ESGO (the European Society of Gynaecological Oncology), ESHRE (the European Society for Human Reproduction and Embryology), EAPM (the European Association of Perinatal Medicine) and EUGA (the European Urogynaecology Association). These sister societies will also be running sessions in Antwerp, which we are sure will prove to be just as successful. Among the most popular sessions in Lisboa were the hands-on training courses, and these will be continued in 2010. A new feature of the Lisboa Congress was the live surgery session which was organised in conjunction with ESGE (European Society for Gynaecological Endoscopy). This was

so well-received that a live surgery session will be run again in Antwerp and there will also be an Anatomy Laboratory. EBCOG needs to take a very clear position on the surgical aspect of training and we hope that the Congress in Antwerp will also provide a forum to enable us to do just that.

Please bear in mind that we still need reviewers for abstracts. Delegates in Brussels were willing to volunteer, so may I please remind you to send your name and field of interest to Charlotte Mercer.

Whilst EBCOG remains committed to its core activities such as training, hospital visiting and accreditation, we are looking hard at ways to broaden the impact and range of those activities. To this end, one of EBCOG's pressing aims is to develop closer links with EU institutions and politicians, both directly and via UEMS. As became clear during the discussions on the strategy paper over the last year, it will be important for EBCOG to eventually have a presence in Brussels, in the heart of the EU decision making capital. In the meantime, we are seeking to identify people within the EU institutions with whom we can develop close and fruitful relationships and contacts.

At the last Council meeting, the new Chair of the SCTA, Professor Klaus Vetter, reported that a lot of EBCOG Training the Trainers (TTT) courses had been run and that these had been based on the RCOG TTT blueprint. The SCTA is keen for EBCOG to provide a model which could be used by countries wishing to run TTT courses at national level so that there can be further harmonisation of training programmes and methods of assessment. By doing this, we hope to move closer towards a recognised Europe-wide standard of specialist certification. This process is greatly facilitated by the extremely successful hospital visiting programme which is rapidly expanding throughout Europe. This is largely due to the tireless work of Professor Juriy Wladimiroff, the EBCOG Hospital Visiting Coordinator. These are important mechanisms for the establishment of common clinical standards

throughout Europe. I would also like to take this opportunity to thank Professor Ziva Novak and Professor Jacques Lansac for all their great work as Past-Chairs of the SCTA over the years.

At present, the development of common European guidelines is not feasible. The conditions under which care is being delivered throughout Europe still vary greatly, and common European guidelines are still simply unattainable. On the other hand, common European Standards of Care are within reach, and EBCOG wishes to develop such standards for both obstetrics and gynaecology. Standards of Care do not regulate the actual medical treatment of our patients, but they will set up a framework that can help all European obstetricians and gynaecologists to understand what issues we need to address and how we need to address them. One example of a Standard that was agreed by Council in Brussels is that all pregnant women in Europe must have access to a well-described programme of antenatal care, and that a specified number of particular issues will be addressed during this programme. Another is that our patients should expect to be treated with respect and be kept thoroughly informed. These Standards should be available to patients so that patients will know what they should expect from us. The developments of Standards would be facilitated if we could succeed in engaging EU momentum.

Recruitment into medical specialties differs widely from country to country. Some countries have an abundance of obstetricians and gynaecologists whilst others do not. It is, however, common to most countries that the vast majority of the doctors now entering the specialty are female. This gender imbalance is so pronounced that EBCOG, together with ENTOG, has established a working group to analyse the situation and try to find remedies.

The EBCOG web site is now in the process of being revitalised. We want the web site to be constantly updated and even more informative and interactive than before. In order to achieve this goal, we have appointed

Dr Erica Werner as web master. To keep the site current and topical, Erica Werner needs you to keep her up to date with news and events from your own national societies. Please don't forget to keep in touch with her and give her all your news, ideas and input.

Financially, EBCOG is still healthy, with regular budgets and accounts prepared by our Treasurer, Professor Wolfgang Holzgreve, who oversees our income and expenditure so efficiently.

We are happy to say that EBCOG and ENTOG remain close and mutually supportive. No specialist visits now take place without the involvement of an ENTOG trainee and Council agreed to give ENTOG additional financial support to attend the ACOG trainees meeting in the USA in January 2010. ENTOG's European Training Project is going from strength to strength, as is the annual ENTOG Exchange programme. Trainees are the future of our specialty and it is wonderful to see their enthusiasm and commitment to our discipline.

EBCOG and FIGO continue to work well together. EBCOG is one of the regional organisations of O&G in the World and together with the others – Latin American FLASOG and Asia-Oceanic AFOG – we meet regularly with FIGO and can assist FIGO to transmit information to and from FIGO's local member societies. Furthermore, EBCOG and the other regional federations might be able to help FIGO establish a regional federation in Africa, an activity which is a focus point for FIGO.

Finally, I would like to thank you all - the Officers, Executive Committee, Council delegates and Working Party members - for giving your valuable time, effort and contributions to EBCOG so willingly.

Kind regards,

Professor Peter Hornnes
President of EBCOG
December 2009



Refleksjoner fra hornet på veggen

Kjære venner,

Så er en lederperiode over, og med aktivitetene i FaMe og Oslo Universitetssykehus er det ikke tid til abstinens for meg. Med NGF i trygge hender hos Bjørn Backe er det heller ikke behov for engstelse for framtida.

Jeg har vært så heldig å få fortsette med foreningsarbeidet som leder av gruppen av de fagmedisinske foreningene i Landsstyret, dvs. 20 i tallet, og det er IKKE en betalt stilling i legeforeningens sekretariat, som flere av kollegene synes å tro, men en like UBETALT tillitsvalgtposisjon som de andre jeg har hatt. Men forhåpentlig til nytte for samarbeidet i foreningen.

Nok om det, i etterkant noen refleksjoner nettopp vedrørende det å være FAGMEDISINER- altså i vårt tilfelle spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Styret i NGF opplever i økende grad at de offentlige myndighetene (som det synes å bli flere og flere av) nedsetter et økende(!!!!) antall komiteer og utvalg, og deri oppnevner fagpersoner som DERE! Det kan være HOD, HDir, Tilsynsetatene, Folkehelsa, og i særlig grad Helseforetakene, som ber om at noen i linjen skal oppnevne fagpersoner til å vurdere dette, granske noe annet, løse noe tredje etc. etc. ...

I den forbindelse opplever styret dels å møte deg/dere i andre roller og representasjoner, dels å få vite at "nei, representasjonen innen faget er dekket av NN", når vi eller Dnlf ønsker representasjon osv. Noen ganger skaper det kinkige situasjoner, både for NGF/ Dnlf, og kanskje for dere, for vi ønsker jo å se sakene så mye som mulig fra den "samme siden", dvs. med et fagmedisinsk gyn/obs- tilsnitt- og det er ikke alltid like lett å forene alle disse hensynene.

Derfor har vi en ønskedrøm: at alle medlemmer som oppnevnes i offentlige utvalg, det være seg lokalt, regionalt eller nasjonalt, informerer styret slik at vi

- a) kan få registrert dere og vite hva som pågår av faglig interesse,
- b) har mulighet til å informere dere om foreningens standpunkt i ulike saker, og
- c) evt. assistere dere med bakgrunn i de interesser, kunnskaper og ressurser foreningen tross alt innehar-

Vi tror at alle parter vil tjene på dette, foreningen vil bli sterkere, muligens vil dere føle støtten som en styrke, og taket er selvsagt så høyt at det ikke er snakk om noen form for "sensur".....

Altså, ta gjerne kontakt.....

Rolf Kirschner

Nytt styre i NGF



Fra høyre: Erik Andreas Torkildsen, Vara FUGO, Kevin Sunde Oppegaard, vit.sekretær, Bjørn Backe, leder, Toril Kolås, kasserer, Knut Hordnes, nestleder, Runa S Aabø, redaktør Gynekologen, Pooja Parashar, nettredaktør

NFOG-kurs København 2009: **Vulvasykdommer - en utfordring**

Det er tydeligvis flere enn meg som synes at sykdommer i vulva og pasienter med smerter i vulva, kløe og svie er en vanskelig gruppe å hankses med. NFOG's første spesialistkurs ble overtegnet og mange ble avvist. Sluttresultatet ble 142 deltagere deriblant 38 fra Norge! Kurskomiteen hadde fått tak i svært kompetente foredragsholdere fra Norden, England, Nederland og Frankrike, og problemet ble belyst fra mange sider.

Biopsiering

Første dag var viet sykdommer i vulva. M. Moyal-Barracco fra Frankrike tok oss igjennom normal-anatomien med nyttig presisering av fysiologiske variasjoner. Hun snakket også om lichen planus, mens S.Neill fra England tok for seg lichen sclerosus og senere andre dermatoser og lokalbehandling. Begge la vekt på at gynekologer i stor grad må ta biopsier fra lesjoner- mange og gjentatte- da histologien ikke alltid gav svaret – både fordi biopsien ikke var tatt på rett sted og fordi ikke alle patologer har gode kunnskaper om sykdommer i vulva. Nytt for meg var at man i stor grad anbefalte salve fremfor krem. Nettstedet DermNetNZ ble anbefalt som et godt nettsted for dermatologer.

Pigmentforandring

Etter lunch tok Karin Edgardh, Sverige oss gjennom "Vulvar ulcers" med infeksjoner (seksuelt overførte og andre), dermatoser, vulva-manifestasjon av systemiske

sykdommer, tumores og traumatiske ulcera. S.Velangi fra England tok for seg pigmenterte lesjoner i vulvae. Hun understreket at arrforandringer etter tidligere infeksjoner eller lesjoner ofte blir pigmenterte i vulva. Deretter tok hun oss igjennom ABCDEF for maligne melanomer. En nyttig påminnelse for oss gynekologer.

Residiverende Candidainfeksjoner

S.Ehrstein snakket om Reccurent VulvoVaginal Candidadiasis – RVVC(ny

forkortelse for meg) definert som >4 infeksjoner pr. år. Hun understreket at dette kan ikke helbredes, og at målet må være mindre symptomer og færre tilbakefall. Behandling: Langvarig behandling(pr.os eller lokalt) og livstilsforandringer.

S.Christau fra Danmark snakket om Desquamatory Inflammatory Vaginitis – DIV – en tilstand det fortsatt hersker en viss uenighet om. Er det en infeksjon(str.k. A, anaerobe bakterier?) eller er det en



Bildet er kopiert fra Google

autoimmun sykdom? Behandlingsforslag: Dalacin vag. krem i lang tid(også fordi den påvirker immunologiske forhold). Ved manglende effekt: Colifoam vaginalt. Lokale østrogener hvis post-menopausal. Stor risiko for tilbakefall.

Paget's

M.van Beurden fra Nederland snakket om VIN, VAIN og Paget's disease. VAIN er sjelden – kun 0,5 % av genital cancer. Men 1-7% av dem som ble hysterectomert for CIN III, risikerer å få VAIN! 90 % opptrer i øvre 1/3 av vagina og 50 % er multifocale. VIN- skvammøs (som oftest HPV pos hos unge og HPV neg. hos eldre) og non-skvammøs dvs. Paget's disease og maligne melanomer. Viktig å ta biopsier! Aldra nå I.valg ved behandling av Paget's disease. Evt. vid og dyp excisjon + plastisk kirurgi. Ved skvammøs VIN var det risiko for rask utvikling til invasiv cancer og umulig å forutsi hvilke lesjoner som hadde slik risiko.. Det var ingen vesentlig gevinst ved fullstendig

reseksjon av lesjon, men likegod prognose ved lokal excisjon(50% risiko for recidiv uansett!). Utprøving av vaksine (HPV 16, 13 peptider) pågår – 40-60% helbredelse.

G.Jemec fra Danmark snakket om Hidranitis suppurative – en plagsom tilstand som rammer ca. 1% av befolkningen fra puberteten til ca. 60 års alder. Svært negativ effekt på livskvalitet og forholdsvis lite hjelp å få. Behandling – medikamentell : antibiotika, antimycotica desinfeksjon, kjemisk peeling, cytostatika, hormoner, antihormoner etc. I nødsfall: Kirurgi. Anbefalt nettsted: hs-foundation.org.

Vulvodyni

2.dag var viet Vulvodyni – aktuelle synspunkter på årsak og behandling.

N.Bohm-Starke snakket om medisinske og fysiske disponerende faktorer for vulvodyni Kan være forårsakt av infeksjon, inflammasjon, neoplasi eller neurologisk utløst.

Men vi har også vulvodyni der årsaken ikke er kjent.. Denne formen for smerte ble delt inn i:

1. Generalisert og provosert
2. Generalisert og uprovosert- som oftest eldre, brennende smerter, varierer gjennom dagen, neurologisk – forsøk Amitryptilin eller Gabapentin
3. En blanding av 1 og 2.

I tillegg kan vi ha lokalisert og provosert(=vestibulitt) Forekomst usikker, forekommer i alle etniske grupper – sannsynligvis ca. 4-5 % i alderen 20-29 år. Multifaktoriell etiologi. Kan trigges av psykologiske, seksuelle og fysiologiske faktorer. Flere teorier om årsak: Defekt regulering av pro-inflammatorisk respons? Neurogen inflammasjon(bipsi viser økt antall epitheliale nerveender)? Perifer sensitisering? Økt uttrykk av vanilloidreceptorer(som trigges av capsin). Det ser ut til at hormoner(for eksempel P-piller) spiller en rolle.

Zidoval gel

metronidazol 0,75%

Til vaginal behandling av
bakteriell vaginose

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

Behandling: Multidisiplinær – en psykologisk, fysisk og seksuell tilnærming.

Kirurgisk behandling

Paavonen fra Finland snakket om kirurgisk behandling. Det er siste utvei(ingen bedring i løpet av 12-18 mndrs konservativ behandling). Han brukte ”skinning-teknik. Den vaginale slimhinnen ble trukket ned til Hart’linje. Primær sutur. 20 % postoperative komplikasjoner. Sykemelding 2 uker. Full tilheling i løpet av 5 uker.

Resultat: Ca. 80 % betydelig bedre. 12 % ikke bedre.

Bekkenmuskulatur

Fysioterapeut B. Bonde fra Danmark gav oss en nyttig repetisjon av bekkenanatomien med vekt på hvor nerver kan komme i klem. Hun la vekt på:

1. Økt tensjon i bekkenbunns-muskulaturen
2. Venøs stase i bekkenet
3. Lavt innhold av fett i bekkenet
4. Nerver i klem som årsak til smertene.

Hun nevnte at disse pasientene også ofte hadde problemer med vannlating og avf.

Behandling: Massasje av levator ani og perineum. Vibrasjonsbehandling og bekkenbunns strekkøvelser.. Hun la vekt på at pas. måtte bli kjent med sitt reaksjonsmønster og dermed bli i stand til å forandre mønsteret. Hun gav oss detaljert praktisk innføring i behandlingen og angav en helbredelsesprosent på 75. Vi fikk vite at den populære treningsformen Pilates ikke var bra(å trekke inn maven og trekke setet innunder seg forverrer situasjonen). Sykling over lengre tid var heller ikke bra –en spinningtime burde ikke vare mer enn 30 min.!

Multidisiplinær tilnærming

C. Damstedt Pedersen fra Danmark snakket om psykoseksuell behandling av vulvodyni. Seksualterapi: Individuell, par eller gruppe. Terapien var støttende. Cognitive or Behavioral Therapy
Kontroll av smerte. Trening hjemme.

Gå inn i frykten for å miste kontroll. Kontrollere aggressive tanker og motstand mot forandring.

N. Bohm-Starke snakket til slutt om den svenske erfaringen med multidisiplinær tilnærming. De har en meget aktiv enhet på Karolinska som leverer doktorgrader på løpende bånd. Involverer gynekolog, seksolog, jordmor og fysioterapeut. Understreket at behandlingen er tidkrevende og kostbar. Det er mange behandlingsforslag, men vanskelig å evaluere og sammenligne resultatene.

Kurset ble avsluttet med spørsmål til og diskusjon med panelet. Og så drog vi alle hjem – noe mer opplyste, men vi føler vel fortsatt at vi ofte kommer til kort overfor denne gruppen pasienter. Formannen i NFOG’s kurskomite Kjell Salvesen kunne love at vi i fremtiden får flere emnekurs – det ble uttrykt ønske om et kurs 2. hvert år.

Zidoval gel

metronidazol 0,75%

Til vaginal behandling av **bakteriell vaginose**

c Zidoval «Meda»

Kjemoterapeutikum.

ATC-nr.: G01A F01

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

Indikasjoner: Voksne: Bakteriell vaginose.

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

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

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

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

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

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

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

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

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares < 25° C.

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

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

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

MEDA

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

37TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY



© Axel Bolvig

15-18 JUNE 2010 · COPENHAGEN, DENMARK

IMPORTANT DATES

Congress Dates:

15-18 June 2010

Deadline for Abstract Submission:

15 February 2010

Deadline for low registration fee:

1 March 2010

ORGANISING COMMITTEE

Peter Hornnes, President

Søren Brostrøm

Thue Bryndorf

Erik Ernst

Helle Meinertz

Marie Søgård

Kim Toftager-Larsen

Velkommen til Årsmøte i Arendal

2-4september 2010



**"Vet du hvor mange gleder som finns, i en herlig Sørlandsk sommer.
Og alle dem som jeg ikke minns, kan du selv se når du kommer.
Sparke sand med nakne tær, sole seg foruten klær,
gå hånd i hånd under kirsebærtrær,
Spise reker i båt mellom holmer og skjær, i en herlig sørlandsk sommer"
.....og sensommer med bl.a seiltur med skoleskipet Sørlandet**



Påmeldingsfrist og abstraktfrist 15. juni 2010

Abstrakt til fri foredrag og plakat sendes som vedlegg til e-post til Knut Hordnes, adresse knut.hordnes@uib.no, altså senest 150610.

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 innsendelse av abstraktet om presentasjonen er Mac- eller Windows-formatet.

Støtte til LIS (Lege i spesialisering) og stipendiater

LISer og stipendiater 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 taes ut som reisestøtte innen ett år.

Vel møtt i Arendal!

Knut Hordnes
Nestleder NGF

Kevin Sunde Oppegaard
Vitenskapelig sekretær NGF

EMSELEX®

- EFFEKTIV¹ OG M₃ SELEKTIV



L

M

N

O

- 84% reduksjon av antall episoder med urgeinkontinens¹
- Godt tolerert¹
- En dose - 7,5 mg eller 15 mg daglig²



Emselex Novartis Urologisk spasmolytikum. ATC-nr.: G04B D10
DEPOTTABLETTER 7,5 mg og 15 mg: Hver deppottablett inneh.: Darifenacin 7,5 mg, resp. 15 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 7,5 mg: Titandioksid (E 171), 15 mg: Paraoransje (E 110), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingsfrekvens og «urgency» som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Bør tas 1 gang daglig med væske. Kan tas med eller uten mat. Svelges hele. Skal ikke tygges, deles eller knuses. Voksne ≥18 år inkl. eldre ≥65 år: Anbefalt startdose er 7,5 mg daglig. Effekt og sikkerhet bør vurderes på nytt 2 uker etter behandlingsstart. For pasienter som har en akseptabel bivirkningsprofil, men som krever ytterligere symptomlindring, kan dosen økes til 15 mg daglig, basert på individuell respons. Barn: Ikke anbefalt pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. Nedsatt nyrefunksjon: Forsiktighet bør utvises. Dosejustering er nødvendig. Nedsatt leverfunksjon: Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A), men dosejustering er nødvendig. Ved moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad B) bør behandling kun gis dersom fordelen oppveier risikoen. Daglig dose bør begrenses til 7,5 mg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. Urinretensjon, ventrikelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad C), alvorlig ulceros kolitt, toksisk megacolon, samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. proteasehemmere, ketokonazol, itrakonazol). **Forsiktighetsregler:** Bør administreres med forsiktighet til pasienter med autonom nevropati, hiatushernie, klinisk signifikant obstruksjon ved blæretømming, risiko for urinretensjon, alvorlig konstipasjon eller gastrointestinale obstruktive lidelser (f.eks. pylorusstenose). Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som behandles for trangvinkelglaukom. Andre årsaker til økt vannlatingsfrekvens (hjertesvikt eller nyresykdom) bør utredes i forkant av behandlingen. Ved urinveisinfeksjon bør adekvat antibakteriell behandling igangsettes. Forsiktighet bør utvises ved risiko for redusert gastrointestinal motilitet, gastroesofageal refluks og/eller samtidig bruk av medisiner som kan forårsake/forverre øsofagitt (f.eks. perorale bisfosfonater). Sikkerhet og effekt ved nevrogen årsak til overaktivitet i detrusor er ukjent. Pasienter som opplever svimmelhet, tåkesyn, søvnløshet og søvnløshet under behandlingen, bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Darifenacin metaboliseres primært av CYP 2D6 og CYP 3A4. CYP 2D6- og CYP 3A4-hemmere kan øke eksponeringen av darifenacin. Ved samtidig administrering med moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. erytromycin, klaritromycin, telitromycin, flukonazol, grapefruktjuice) eller potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. paroksetin, terbinafin, cimetidin, kinidin) bør anbefalt startdose være 7,5 mg daglig. Kan titreres til 15 mg daglig for å oppnå forbedret klinisk respons forutsatt at dosen er godt tolerert. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av substanser som hovedsakelig metaboliseres via CYP 2D6, og som har et smalt terapeutisk vindu (f.eks. flekainid, tiordiazin, trisykliske antidepressiva som imipramin). Standard terapeutisk monitorering av protrombintid for warfarin bør opprettholdes. Terapeutisk legemiddelmonitorering av digoksin bør utføres ved oppstart og avslutning av darifenacinbehandling, samt ved endring av dosen. Samtidig bruk av potente hemmere av P-glykoprotein (f.eks. verapamil, ciklosporin) bør unngås. Samtidig bruk av andre legemidler med antimuskarine egenskaper (f.eks. oksybutynin, tolterodin, flavoksat) kan gi mer uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. Potensering av antikolinerge effekter av antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva kan også forekomme. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Dyrestudier har vist toksisitet for fødsel, peri- og postnatal utvikling. Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Ukjent. Utskilles i morsmelk hos rotter. Forsiktighet bør utvises ved bruk under amning. **Bivirkninger:** Antikolinerge effekter er generelt doseavhengige. Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Munntørhet, forstoppelse. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, abdominalsmerter. Nevrologiske: Hodepine. Øye: Tørre øyne. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, flatulens, sår i munnen. Hjerte/kar: Hypertensjon. Hud: Tørr hud, utslett, pruritus, svetting. Infeksiose: Urinveisinfeksjon. Kjønnsganer/bryst: Impotens, vaginitt. Luftveier: Rhinitt, hoste, dyspné. Nevrologiske: Svimmelhet, smaksforstyrrelser, sømnløshet. Nyre/urinveier: Urinretensjon, urinveisforstyrrelser, blæresmerter. Psykiske: Insomnia, unormal tankevirksomhet. Undersøkelser: Økt ASAT og ALAT. Øye: Synsforstyrrelser, inkl. sløret syn. Øvrige: Asteni, skade, ødem, inkl. ansiktsødem og perifer ødem. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Hud: Angioødem. Tilfeller av generelle hypersensitivitetsreaksjoner inkl. angioødem. Behandling med darifenacin kan muligens maskere symptomer assosiert med galleblæresykdom. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Doser på 75 mg har gitt munntørhet, konstipasjon, hodepine, dyspepsi og tørrihet i nesen. Behandling: Bør rettes mot å reversere antikolinerge symptomer under nøye medisinsk overvåkning. Fysostigmin kan bidra til å reversere slike symptomer. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D10. **Egenskaper:** Klassifisering: Urologisk spasmolytikum. Virkningsmekanisme: Selektiv muskarineseptorantagonist (M3 SRA). M3-reseptoren er den viktigste subtype som kontrollerer muskelkontraksjon i urinblæren. Absorpsjon: Biotilgjengelighet: 15% og 19% etter daglige doser på hhv. 7,5 mg og 15 mg ved «steady state». Maks. plasmanivå nås ca. 7 timer etter administrering og «steady state» nås den 6. dagen. Eksponeringen er 23% lavere hos menn enn hos kvinner. Proteinbinding: 98%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 163 liter. Metabolisme: Betydelig metabolisme via CYP 3A4 og CYP 2D6 i lever, og via CYP 3A4 i tarmveggen. Utskillelse: Ca. 60% i urin, ca. 40% i feces. Kun 3% utskilles uforandret. **Pakninger og priser:** 7,5 mg: 28 stk. (blister) kr 377,70. 98 stk. (blister) kr 1234,50. 15 mg: 28 stk. (blister) kr 395,70. 98 stk. (blister) kr 1297,60. **Refusjon:** Se Refusjonslisten. **G04B D10 Darifenacin Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
U04	Urininkontinens	N39.4	Annen spesifisert urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 16.10.2008

Referanser:

1. Haab F, et al. Long-term treatment with darifenacin for overactive bladder: Results of a 2-year, open-label extension study. BJU Intl. 2006;98:1025-1032.
2. Emselex SPC 2005.

EFFEKTIV¹

Novartis Norge AS • Postboks 937 Økern • 0510 Oslo
Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 01 • www.novartis.no

NOVARTIS

ID-kode: 5653/11.2009

NGF's Vårkurs 2010

Trondheim, 15.04 - 16.04.2010

Kurssted: Øya Helsehus Trondheim

Påmelding til: Kontor for legers videre- og etterutd (Trondheim), Den norske legeförening, kurs.trondheim@legeforeningen.no

Torsdag 15. april 2010

- 10.00 Registrering og kaffe.
- 10.30 Velkommen + info/praktiske opplysninger. Backe.
- 11.00 Infertilitet, IVF-behandling og svangerskapsutfall. Liv Bente Romundstad, St. Olavs Hospital HF, Gynekologisk avdeling.
- 11.45 Anti-Mueller-Hormon - a new biological bodywatch. Sigrun Kjotrød, St. Olavs Hospital HF, Gynekologisk avdeling.
- 12.30 Lunsj.
- 13.30 Kirurgisk behandling ved ovarialcancer: Er det noen vits i ekstremkirurgi?
Bjørn Hagen, St. Olavs Hospital HF, Gynekologisk avdeling.
- 14.15 Embolisering av myoma uteri - Er intervensjonsradiologene bedre enn kirurgi?
Kirsten Hald, Oslo universitetssykehus, Ullevål, Kvinneklinikken.
- 15.00 Pause.
- 15.15 Laparoskopiregisteret: Et kvalitetsregister med potensialer.
Ivar Jostein Tjugum, Førde Sentralsykehus, Kvinneklinikken.
- 15.30 Endoskopisk kirurgi - er det noen grenser for hva vi kan gjøre? Hvor går utviklingen?
Ronald Mårvik, St. Olavs Hospital HF, Nasjonalt senter for minimal invasiv kirurgi.
- 16.15 Pause.
- 16.45 Misoprostol: Medikamentet med suksess som produsenten ikke vil vi skal bruke, som omsettes illegalt og som er forbudt i en rekke land.
Kevin S. Oppegaard, Klinikk Hammerfest, Føde- og gynekologisk avdeling.
- 17.30 Bruk av graft til behandling ved urogenital descens - korttids- og langtidsresultater.
Runar Eraker, Bekkensenteret, Akershus universitetssykehus.
- 18.15 Slutt for dagen.

Fredag 16. april 2010

- 09.00 MC twins: an obstetric challenge.
Birgitte Kahrs, St. Olavs hospital HF, Kvinne- Barn Senteret.
- 09.15 TTTs (twin-twin transfusion syndrome): Pathophysiology, diagnosis, laser-treatment and results.
Kurt Hecher, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- 10.15 Pause.
- 10.30 Ny forståelse av preeklampsi.
Elisabeth B. Magnussen, St. Olavs Hospital HF, Kvinneklinikken og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Institutt for samfunnsmedisin.
- 11.15 Genetikk og preeklampsi: Status presens, og hva er vitsen med å lete etter gener som kan gi preeklampsi.
Rigmor Austgulen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin.
- 12.00 Lunsj.
- 13.00 Dopplerscreening for preeklampsi.
Pepe Salvesen, St. Olavs Hospital HF, Nasjonalt Senter for Fostermedisin, Kvinneklinikken.
- 13.30 Økt forståelse av fosterfysiologi - hvor vil dette føre oss? Fremtidsperspektiver.
Jörg Kessler, Haukeland universitetssykehus, Kvinneklinikken.
- 14.30 Diskusjon, evaluering og avslutning.
Bjørn Backe, St. Olavs hospital HF, Kvinne- Barn Senteret.
- 15.00 Slutt

ANTWERPEN

EBCOG
2010

21st European Congress of Obstetrics and Gynaecology

Antwerpen – Belgium, 5 to 8 May 2010

Organized by the

European Board & College of
Obstetrics and Gynaecology

Invitation

Europe's foremost international congress for obstetricians and gynaecologists will be held in Antwerpen in 2010.

All of the major European specialist societies will contribute to the programme and there will be lectures from some of Europe's greatest authorities. There will be opportunities to learn of the latest advances in the specialty as well as to acquire new practical skills. You will meet old friends and make new ones from all over Europe.

Peter Hornnes
President EBCOG



Website: www.EBCOG2010.be

Scandinavian Society of Genitourinary Medicine, SSGM

Oslo May 6-8th 2010

Preliminary Program

In addition to free communications there will be symposia on HPV, gonorrhoea, non-gonococcal urethritis/cervicitis and HIV.

Thursday May 6

- 14.00 Opening
- 14.20 **HPV symposium** Chairpersons: Arne Wikström and Anne Olaug Olsen
 HPV vaccines
 Major issues regarding HPV testing in primary screening, triage and follow-up after treatment. *Kathrine A. Lie*
 Longterm follow-up of HPV-vaccine trials in the Nordic countries. *Mari Nygård*
- 15.50 Refreshment. Poster view.
- 16.20-16.35 Quality of life in patients with condyloma acuminatum. *Helle Kielberg Larsen*
- 16.35-16.50 Free comm
- 16.50-17.05 Free comm
- 17.05-17.20 Free comm
- 19.00 Get together party in Olafiaklinikken, Grensen 5-7.
- 20.30 Walking trip to the Opera roof.

Friday May 7

- 09.30-11.00 **Symposium: Chlamydia and Mycoplasma genitalium** Chairpersons: Jørgen Skov Jensen and Finn Egil Skjeldestad
 Screening of Chlamydia.
 Chlamydia infection – consequences for future infertility. *Finn Egil Skjeldestad*
 Treatment of non-gonococcal urethritis/cervicitis: Azithromycin or Doxycycline – pro and contra. *Carin Anagrius*
 Misuse of antibiotics. Resistance problems. *Dag Berild*
 Spread of NvCT in four counties in Sweden *Marcus Klint*
- 11.00-11.30 Refreshment. Poster view.
- 11.30-13.00 **Symposium: Gonorrhoea in Scandinavia and internationally** Chairpersons: Magnus Unemo and Amir Moghaddam
 Clinical aspects. Which tests should be taken in MSM? *Harald Moi*
 Epidemiology of gonorrhoea *Hans Fredlund*
 Diagnostics of gonorrhoea – microscopy, culture or NAATs? *Stig Ove Hjelmvoll*
 Emerging resistance in gonorrhoea globally - how to treat the infection and need of quality assured surveillance of the resistance?
Magnus Unemo
- 13.00-14.00 Lunch
- 14.00-14.30 Partner notification in Europe
- 14.30-15.30 Free communications
- 15.30-16.00 Refreshment
- 16.00-17.30 **STI in Eastern Europe** Chairperson Marius Domeika
- 19.00 Dinner

Saturday May 8

- 09.00-10.30 Symposium HIV
- 10.30-11.00 Free communications
- 11.00-11.30 Refreshment
- 11.30-13.00 Free communications

Påmelding: www.ssgm2010.no

The Lillehammer Scholarship

Trainees in obstetrics and gynecology from the Nordic countries who are members of their national societies are eligible to apply for this scholarship. Two scholarships amounting to 20.000 DKK each will be allocated in 2010.

Purpose The aim of the scholarship is to enable a colleague to extend her/his training by visiting a department or an institution in a foreign country to learn diagnostic, therapeutic or organisational methods. The grant can be used for expenses in connection with travel, board and lodging.

Applications must include Short CV of the visitor, Location and length of the visit, Budget of the visit

Deadline for applications April 1st 2010

The decision regarding the allocation of the scholarships will be announced at the NFOG congress which will be held in Copenhagen 16-18th June 2010.

Applications should be sent to Secretary General of NFOG, Ragnheidur I. Bjarnadóttir, Department of Obstetrics and Gynaecology, Landspítali University Hospital, 101 Reykjavik, Iceland - e-mail: lagholt@simnet.is

Report A written report should be sent within 3 months after the visit.

Further information Ragnheidur I. Bjarnadóttir, Secretary General of NFOG, e-mail: lagholt@simnet.is or Alexander Kr Smáráson, Chairman of the Scientific Committee, e-mail: smarason@simnet.is

Masterclass laparoskopisk kirurgi level 4

28. Januar 2010

18. Mars 2010

Kvinnekliviken, Oslo Universitetssykehus - Ullevål

Ved hver kursdag vil man undervise i og utføre 3 TLH (total laparoskopisk hysterectomi) på blant annet indikasjonen endometriose og endometrie cancer. Antall kursdeltagere: maksimum 8. Pris kr 1 000,-.

Påmelding: Påmelding og innbetaling til Bente Standnes på e-mail: bente.standnes@olympus.no.

Kursledelse: Anton Langebrekke, Erik Qvigstad, Edin Alagic



Kongresskalender

	Dato	Kurs	Sted
2010	25.-28.mars	International Scientific meeting of ISUOG	Cairo, Egypt
	9.-11. april	3rd Congress of the Asia Pacific Initiative on Reproduction	Bangkok
	15.-16.april	NGF Vårkurs - påmeldingsfrist 10.mars	Trondheim
	22.-25. april	Controversies in Cryopreservation of Stem cells, Reproductive cells, Tissues & Cells	Valencia, Spain
	5.-8. mai	EBCOG 2010	Antwerp, Belgium
	6.-8. mai	Scandinavian Society for Genitourinary Medicine	Oslo
	16.-20.mai	17th International Congress of Cytology	Edinburgh, Scotland
	19.-22.mai	11th ESC Congress	Hague, Nederland
	26.-29. mai	XXII European Congress Perinatal Medicine	Granada, Spain
	31.mai-4.juni	11.Nordisk workshop i kunnskapshåndtering	Holmsbu
	3.-6. juni	Vekstkontroll og Doppler-ultral lyd i svangerskapet	Bergen
	14.-15. juni	Arctic Pelvic Floor Meeting	Sommerøy, Norway
	16.-18. juni	37th NFOG Congress	Copenhagen, Denmark
	27.-30.juni	ESHRE 26th Annual Meeting	Roma, Italia
	12.-15.aug	Comprehensive Colposcopy	San Francisco, USA
	23.-27. aug	Joint Annual meeting og International Continenace Society & International Urogynecological Association	Toronto, Canada
	2.- 4. sept	NGF Årsmøte 2010	Arendal
	12.-16. sept	20th World Congress on Fertility and Sterility	Munich, Germany
	16.-18. sept	8th Congress & Postgraduate Course of the European College for the study of Vulval disease	Munich, Germany
10.-14.okt	20th World Congress on Ultrasound in Obstetrics & Gynecology	Praha, Tjekkia	
23.-26. okt	IGSC Meeting - International Gynecologic Cancer Society	Praha, Tjekkia	
28.-30. okt	16th International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology	Venice, Italy	



Tilby et prevensjonsmiddel som er like sikker som sterilisering, men som er reversibel^{1,2)}



NUSTAD & PARTNERS AS, OSLO

04-09-0154 NO

 **Mirena**[®]
levonorgestrel 20 µg/24 timer

Referanser: 1) K.Andersson et al. Contraception 1994;49:56-72. 2) WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 2004

C Mirena Bayer Schering Pharma Oy Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G02B A03

INTRAUTERINT INNLEGG 20 µg/24 timer: Hvert intrauterint innlegg inneholder: Levonorgestrel 52 mg, jernoksid (E 172), hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. Idiopatisk menoragi. Beskyttelse mot endometriehyperplasi under substitusjonsbehandling med østrogen. **Dosering:** Settes inn innen 7 dager etter påbegynt menstruasjon. Bytte til nytt innlegg kan gjøres under hele syklus. Kan også innsettes i forbindelse med abortingrep i 1. trimester. Etter fødsel ventes minst 6 uker før innsetting. Dersom preparatet brukes til beskyttelse av endometriet under substitusjonsbehandling med østrogen, kan innsettingen skje når som helst hvis kvinnen er blødningsfri, i andre tilfeller i løpet av de siste dagene av menstruasjonen eller bortfallsblødningen. Livmorinnlegget skal fjernes/byttes etter 5 år. **Kontraindikasjoner:** Kjent eller mistenkt graviditet. Nåværende eller tilbakevendende bekkeninfeksjon. Infeksjon i nedre urinveier. Postpartum endometritt. Septisk abort i løpet av 3 siste månedene. Cervicitt. Cervikal dysplasi. Cancer i uterus eller cervix. Udiagnostisert unormal uterin blødning. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer dersom de påvirker livmorhulen. Tilstander som øker infeksjonsfaren. Akutt leversykdom eller levertumorer. Overfølsomhet for noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** For innsetting foretas en generell og gynekologisk undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, cervixutstryk samt grundig familieanamnese. Graviditet, seksuelt overførbare sykdommer og genital infeksjon må utelukkes. Ny legekontroll bør skje 4-12 uker etter innsetting, og deretter 1 gang hvert år. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Livmorinnlegget må fjernes ved tilbakevendende endometritt eller underlivsinfeksjoner eller dersom en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle innen få dager. Livmorinnlegget bør vurderes tatt ut eller brukes med forsiktighet, hvis en eller flere av følgende tilstander foreligger eller oppstår for første gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer som tyder på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markant blodtrykkstøkning, påvist eller mistenkt hormonavhengig neoplasia, inkl. brystkreft, alvorlig hjerte-karsykdom, som slag eller myokardinfarkt. Mirena kan brukes med forsiktighet ved medfødt hjertesykdom eller hjerte-klauffsykdom med risiko for infeksjons endokarditt. Antibiotikaprotokolle bør gis til disse pasientene når innlegget settes inn eller fjernes. Innlegget må også fjernes dersom livmorveggen perforeres (f.eks. ved innsetting). Menstruasjonsforstyrrelser som oligomenoré og amenoré bør utredes. Spesielt viktig er det å være klar over at blødningsforstyrrelser, særlig ved samtidige underlivssmerter, kan bety ekstrauterin graviditet. Ved ev. graviditet skal livmorinnlegget fjernes umiddelbart. Livmorinnlegget kan støttes ut uten at kvinnen merker det. Symptomer på delvis eller fullstendig utstøtning kan være økt blødning eller smerte. Delvis utstøtning reduserer den antikonsepsjonelle effekten. **Interaksjoner:** Metaboliseringen av progestagener kan øke ved samtidig bruk av enzyminduserende legemidler, slik som krampedempende midler (fenobarbital, fenytoin, karbamazepin) og antiinfektiva (rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz). Innvirkningen på den antikonsepsjonelle effekten av Mirena er ukjent, men er sannsynligvis av liten betydning pga. livmorinnleggets hovedsakelige lokale virkning. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Livmorinnlegget skal ikke brukes ved kjent eller mistenkt graviditet. Innlegget bør tas ut ved graviditet, ettersom intrauterine antikonsepsjonsmidler som blir sittende in situ øker risikoen for spontanabort eller prematur fødsel. Uttaking av innlegget eller sondering av livmoren kan resultere i spontanabort. Dersom kvinnen ønsker å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør hun informeres om risikoene og ev. konsekvenser for barnet i tilfelle prematur fødsel. En slik graviditet må følges nøye opp. Ektopisk graviditet bør utelukkes. Alle symptomer på komplikasjoner i graviditeten må rapporteres, f.eks. krampe og smerte i abdomen med feber. Pga. lokal hormoneksponering, kan teratogenitet (spesielt virilisering) ikke utelukkes helt. Klinisk erfaring er begrenset. Ingen tegn på fosterskader, som anses å ha sammenheng med Mirena, er hittil registrert i de tilfeller graviditeten er fullført med livmorinnlegget på plass. Overgang i morsmelk: Levonorgestrel går over, men risiko for påvirkning av barnet synes usannsynlig med den dosen som frigis fra livmorinnlegget. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Endokrine: Ødem. Gastrointestinale: Buksmerter, underlivssmerter, kvalme. Hud: Akne. Sentralnervesystemet: Hodepine, nedstemthet, humørforandringer, nervositet. Urogenitale: Blødningsforstyrrelser, reversible ovarialcyster, dysmenoré, vaginal utflod, cervicitt. Øvrige: Vektøkning, brystspenning, mastalgi, ryggsmertor, utstøtning. Mindre hyppige: Hud: Hirsutisme, hårvall, kløe. Urogenitale: Infeksjoner i underlivet. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Oppblåsthet. Hud: Utsettelse, urticaria, eksem. Sentralnervesystemet: Migrene, redusert libido. Øvrige: Perforasjon av livmoren. **Egenskaper:** Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigjør levonorgestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Består av et polyetylenskjelett med en hormonnjerne bestående av en blanding av polydimetylsiloksan og levonorgestrel rundt den vertikale armen. Hormonnjernen er dekket med en polydimetylsiloksanmembran som regulerer frigjøringen av levonorgestrel. Livmorinnleggets skjelett er impregneret med bariumsulfat for å gjøre den synlig ved røntgen. God antikonsepsjonell sikkerhet. Total graviditetsfrekvens: 0,16 pr. 100 kvinner. Ektopiske graviditeter er anslått til 0,06 pr. 100 kvinner. Virkningsmekanisme: Frigjør gjennomsnittlig 14 µg pr. døgn over en periode på 5 år. Initialet frigjøres ca. 20 µg pr. døgn. Hovedsakelig lokale gestagene effekter i livmorhulen. De høye levonorgestrelkonsentrasjonene i endometriet hemmer den endometriske syntesen av østrogen- og gestagene reseptorene. Dette minsker endometriets følsomhet for sirkulerende østadiol, og en uttalt antiproliferativ effekt kan sees. Morfologiske forandringer i endometriet og svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermene i å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i livmor og eggledere hemmer spermimobiliteten og -funksjonen og forhindrer befruktning. Ovulasjonen hemmes hos en del kvinner. Ved hormonell substitusjonsterapi brukes innlegget i kombinasjon med orale eller transdermale østrogenpreparater uten gestagener. Absorpsjon: Stabile plasmakonsentrasjoner på 0,4-0,6 nmol/liter hos kvinner i fertil alder og ca. 1 nmol/liter hos kvinner som står på østrogenbehandling, oppnås etter de første ukene etter innsettingen. Metabolisme: I leveren. Utskillelse: Via urin og fæces. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 1110,30. **Sist endret:** 26.03.2008.



Tilby et prevensjonsmiddel som er like sikker som sterilisering, men som er reversibel^{1,2)}



NUSTAD & PARTNERS AS, OSLO

04-09-0154 NO

 **Mirena**[®]
levonorgestrel 20 µg/24 timer

Referanser: 1) K. Andersson et al. Contraception 1994;49:56-72. 2) WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 2004

C Mirena Bayer Schering Pharma Oy Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G02B A03

INTRAUTERINT INNLEGG 20 µg/24 timer: Hvert intrauterint innlegg inneh.: Levonorgestrel 52 mg, jernoksid (E 172), hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. Idiopatisk menoragi. Beskyttelse mot endometriehyperplasi under substitusjonsbehandling med østrogen. **Dosering:** Settes inn innen 7 dager etter påbegynt menstruasjon. Bytte til nytt innlegg kan gjøres under hele syklus. Kan også innsettes i forbindelse med abortingrep i 1. trimester. Etter fødsel ventes minst 6 uker før innsetting. Dersom preparatet brukes til beskyttelse av endometriet under substitusjonsbehandling med østrogen, kan innsettingen skje når som helst hvis kvinnen er blødningsfri, i andre tilfeller i løpet av de siste dagene av menstruasjonen eller bortfallsblødningen. Livmorinnet skal fjernes/byttes etter 5 år. **Kontraindikasjoner:** Kjent eller mistenkt graviditet. Nåværende eller tilbakevendende bekkeninfeksjon. Infeksjon i nedre urinveier. Postpartum endometritt. Septisk abort i løpet av 3 siste månedene. Cervicitt. Cervikal dysplasi. Cancer i uterus eller cervix. Udiagnostisert unormal uterin blødning. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer dersom de påvirker livmorhulen. Tilstander som øker infeksjonsfaren. Akutt leversykdom eller levertumorer. Overfølsomhet for noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før innsetting foretas en generell og gynekologisk undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, cervixutstryk samt grundig familieanamnese. Graviditet, seksuelt overførbare sykdommer og genital infeksjon må utelukkes. Ny legekontroll bør skje 4-12 uker etter innsetting, og deretter 1 gang hvert år. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Livmorinnet må fjernes ved tilbakevendende endometritt eller underlivsinfeksjoner eller dersom en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle innen få dager. Livmorinnet bør vurderes tatt ut eller brukes med forsiktighet, hvis en eller flere av følgende tilstander foreligger eller oppstår for første gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer som tyder på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markant blodtrykkssøkning, påvist eller mistenkt hormonavhengig neoplasi, inkl. brystkreft, alvorlig hjerte-karsykdom, som slag eller myokardinfarkt. Mirena kan brukes med forsiktighet ved medfødt hjertesykdom eller hjerteklaffsykdom med risiko for infeksjos endokarditt. Antibiotikaproylase bør gis til disse pasientene når innlegget settes inn eller fjernes. Innlegget må også fjernes dersom livmorveggen perforeres (f.eks. ved innsetting). Menstruasjonsforstyrrelser som oligomenoré og amenoré bør utredes. Spesielt viktig er det å være klar over at blødningsforstyrrelser, særlig ved samtidige underlivssmerter, kan bety ekstrauterin graviditet. Ved ev. graviditet skal livmorinnet fjernes umiddelbart. Livmorinnet kan støtes ut uten at kvinnen merker det. Symptomer på delvis eller fullstendig utstøtning kan være økt blødning eller smerte. Delvis utstøtning reduserer den antikonsepsjonelle effekten. **Interaksjoner:** Metaboliseringen av progesteragener kan øke ved samtidig bruk av enzyminduserende legemidler, slik som krampedempende midler (fenobarbital, fenytoin, karbamazepin) og antiinfektiva (rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz). Innvirkningen på den antikonsepsjonelle effekten av Mirena er ukjent, men er sannsynligvis av liten betydning pga. livmorinnetts hovedsakelige lokale virkning. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta. Livmorinnet skal ikke brukes ved kjent eller mistenkt graviditet. Innlegget bør tas ut ved graviditet, ettersom intrauterine antikonsepsjonsmidler som blir sittende in situ øker risikoen for spontanabort eller prematur fødsel. Uttaking av innlegget eller sondering av livmoren kan resultere i spontanabort. Dersom kvinnen ønsker å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør hun informeres om risikoene og ev. konsekvenser for barnet i tilfelle prematur fødsel. En slik graviditet må følges nøye opp. Ektopisk graviditet bør utelukkes. Alle symptomer på komplikasjoner i graviditeten må rapporteres, f.eks. krampe og smerte i abdomen med feber. Pga. lokal hormonkonsentrasjon, kan teratogenitet (spesielt virilisering) ikke utelukkes helt. Klinisk erfaring er begrenset. Ingen tegn på fosterskader, som anses å ha sammenheng med Mirena, er hittil registrert i de tilfeller graviditeten er fullført med livmorinnet på plass. Overgang i morsmelk: Levonorgestrel går over, men risiko for påvirkning av barnet synes usannsynlig med den dosen som frigis fra livmorinnet. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Endokrine: Ødem, Gastrointestinale: Buksmerter, underlivssmerter, kvalme. Hud: Akne. Sentralnervesystemet: Hodepine, nedstemthet, humørforandringer, nervøstet. Urogenitale: Blødningsforstyrrelser, reversibel ovarialcyster, dysmenoré, vaginal utflod, cervicitt. Øvrige: Vektøkning, brystspenninger, mastalgi, ryggsmarter, utstøtning. Mindre hyppige: Hud: Hirsutisme, hårfall, kløe. Urogenitale: Infeksjoner i underlivet. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Oppblåsthet. Hud: Utslett, urticaria, eksem. Sentralnervesystemet: Migrene, redusert libido. Øvrige: Perforasjon av livmoren. **Egenskaper:** Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigjør levonorgestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Består av et polyetylenskjelett med en hormonerne bestående av en blanding av polydimetylsiloksan og levonorgestrel rundt den vertikale armen. Hormonkjernen er dekket med en polydimetylsiloksanmembran som regulerer frigjøringen av levonorgestrel. Livmorinnetts skjelett er impregnert med bariumsulfat for å gjøre den synlig ved røntgen. God antikonsepsjonell sikkerhet. Total graviditetsfrekvens: 0,16 pr. 100 kvinneår. Ektopiske graviditeter er anslått til 0,06 pr. 100 kvinneår. Virkningsmekanisme: Frigjør gjennomsnittlig 14 µg pr. døgn over en periode på 5 år. Initialt frigjøres ca. 20 µg pr. døgn. Hovedsakelig lokale gestagene effekter i livmorhulen. De høye levonorgestrelkonsentrasjonene i endometriet hemmer den endometriske syntesen av østrogen- og gestagenresptorerne. Dette minsker endometriets følsomhet for sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt kan sees. Morfologiske forandringer i endometriet og svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermene i å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i livmor og eggledere hemmer spermie mobiliteten og -funksjonen og forhindrer befruktning. Ovulasjonen hemmes hos en del kvinner. Ved hormonell substitusjonsterapi brukes innlegget i kombinasjon med orale eller transdermale østrogenpreparater uten gestagener. Absorpsjon: Stabile plasmakonsentrasjoner på 0,4-0,6 nmol/liter hos kvinner i fertil alder og ca. 1 nmol/liter hos kvinner som står på østrogenbehandling, oppnås etter de første ukene etter innsettingen. Metabolisme: I leveren. Utskillelse: Via urin og fæces. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 1110,30. **Sist endret:** 26.03.2008.