

23-3
2010

GYNEKOLOGEN

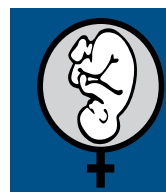
Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



ÅRSMØTEUTGAVEN 2010

Arendal 2.-4. september

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



Hiprex

(metenaminhippurat)



Profylakse med Hiprex®

- gir signifikant redusert forekomst av postoperativ bakteriuri og urinveisinfeksjon¹

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

Langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner²

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

c Hiprex "Meda" Urineisantiseptikum.

T DOSEPULVER 1 g: Hver pose inneholder: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Sitronsmak. **ATC-nr.:** J01X X05

TABLETTER 1 g: Hver tablett inneholder: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Med delestrek. **Indika-sjoner:** Langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner etter initialbehandling med kjemoterapeutika eller antibiotika. Profylaktisk ved kort-/langtids kateterdrenasje og ved transuretrale operasjoner. Bør overveies også ved enkelt-kateteriseringer, cystoskopier og ved urodynamiske målinger i urinveiene. **Dosering: Voksne:** 1 tablett/doseringspose 2 ganger daglig. Fortrinnsvis etter morgen- og kveldsuriner. **Barn: 6-12 år:** ½ tablett 2 ganger daglig. **Tabletten** kan knuses og gis sammen med f.eks. syltetøy. **Innholdet i 1 doseringspose** rores ut i ¼-½ glass vann. **Kontraindikasjoner:** Alvorlig lever og nyreinsuffisiens, alvorlig dehydrering og metabolsk acidose, samtidig sulfonamidterapi (pga. fare for krystalluri). **Interaksjoner:** Se Kontraindikasjoner. Alkaliske stoffer hemmer metenaminets virkning. Samtidig bruk med acetazolamid bør unngås da effekten av metenamin vil reduseres. **Laboratorieverdier:** Avhengig av analysemetoden kan metenamin interferere med bestemmelse av steroider og katekolaminer i urinen og derved gi feilaktig resultat. (I: J01X X05 metenamin) **Graviditet/Amning:** **Overgang i placenta:** Risiko ved bruk under graviditet vurderes som liten. **Overgang i morsmelk:** Går over, men risiko for å påvirke barnet er liten. Preparatet kan derfor brukes under amning. **Bivirkninger:** **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Brekninger, irritasjon av mavesekk, kvalme, urolig mage. Hud: Utslett. Urogenitale: Irritasjon av urinblære. **Sjeldne (<1/1000):** Urogenitale: Hematuri. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger J01X X05. **Virkningsmekanisme:** Utskilles i nyrene og spaltes til metenamin og hippursyre. Metenamin hydrolyseres i sur urin og danner formaldehyd som virker baktericid gjennom å reagere med funksjonelle grupper i bakterienes enzymer, som derved blir denaturert og uten funksjon. En sur pH i urinen opprettholdes i de fleste tilfeller med hippursyren som i seg selv har bakteriostatisk effekt. Hos pasienter med kronisk bakteriuri, som pasienter med kontinuerlig kateterdrenasje og hvor bakteriuri skyldes Proteus og Pseudomonas, bør pH i blæreurin følges. Proteus og Pseudomonas spalter urinbestanddelene til basiske stoffer. Det kan derfor være aktuelt å tilføre surgjørende substanser. **Absorpsjon:** Hurtig. Formaldehyd kan påvises i urinen 30 minutter etter administrering. **Halveringstid:** 8 timer. **Utskillelse:** Ca. 85% skilles ut i urinen i løpet av 24 timer. 32 timer etter siste dose er alt utskilt. **Pakninger og priser: Dosepulver:** 100 stk. kr 342,20. **Tabletter:** 20 stk. kr 72,20. 100 stk. kr 198,90. **T: 19b) 2, 38a) 2. Refusjon:** I hht. refusjonslisten: **J01X X05 Metenamin Refusjonsberettiget bruk:** Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyre/urinveier og langtids kateterdrenasje. Infeksjonsprofylakse urinveier ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets slutfase. **Refusjonskode: ICPC -90,** Palliativ behandling i livets slutfase. A89, Urinveiskateter problemer, vilkår nr.: 68. B99. Immunsvikt INA, vilkår nr.: 31. **ICD-90,** Palliativ behandling i livets slutfase- Vilkår nr.31: D80 Immunsvikt med overveiende antistoffmangel, D81 Kombinert immunsvikt, D82 Immunsvikt forbundet med andre større defekter, D83 Vanlig variabel immunsvikt, D84 Annen immunsvikt. Vilkår nr. 68,141: N10 Akutt tubulo-interstiell nefritt. **ICPC** vilkår nr. 68,141: U70 Nyrebekkenbetennelse, U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA, U72 Uretritt, **ICD** vilkår nr. 68,141: N11 Kronisk tubulointerstiell nefritt, N12 Tubulointerstiell nefritt, ikke spes. som ak. eller kr., N15 Andre tubulointerstitielle nyresykdommer, N30 Cystitt, N34 Uretritt og uretrasyndrom, N39.0 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon. Vilkår: 31: Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på blå resept. 68: Når et legemiddel ikke lenger er virksomt, må det foretas bakteriologisk undersøkelse med resistensbestemmelse for man skifter til et annet middel som kan godtgjøres. 141: Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: 1. Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyre/urinveier. 2. Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyre/urinveier. 3. Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyre/urinveier. Sist endret: 13.06.2007.

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

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 Sigrud 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

Region Arendal Tourist Office

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2010

nr 4; 1. oktober

Innhold

■ Redaktøren	4
■ Leder	5
■ Årsmøte	
NGFs representanter 2009	6
Årsrapport NGF	8
Årsrapport Kvalitetsutvalget	12
Årsrapport NPE/NGF	13
Årsrapport Laparoscopiutvalget	13
Årsrapport STAN	14
Årsrapport Spesialitetskomiteen	15
Årsrapport NFOG's Educational Board	15
Årsrapport NFOG	16
Årsrapport NGF økonomi 2009	19
Årsrapport FUGO	20
Årsrapport EBCOG	23
Årsrapport NFOG	24
Generalforsamling NGF 2010	28
Program NGF Årsmøte	30
■ FUGO	
Generalforsamling, FUGO 2010	28
Kjære FUGO medlemmer!	29
■ Abstrakt	
Abstakt-samling	34
■ Kurs/kongress	
Kongresskalender	50

23-3
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	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



Krav til kvalitet



problematikken har det så langt vært vanskelig å få forståelse for blant politikere, sykehuseiere og helsemyndigheter.

I den nye rapporten vektlegges kvalitetskrav i forhold til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse samt krav til etablering av et system for oppfølging av kravene. Skal dette være gjennomførbart, må kvalitetsindikatorer utarbeides i tett samarbeid med fagmiljøet, og kvalitetsarbeidet må være sterkt forankret i ledelsen.

Kollegene i Arendal ønsker i år velkommen til NGF's årsmøte. Byen ligger i hjertet av Sørlandet og har en stolt seilskutetradisjon. LOK legger opp til et maritimt preg og inviterer med ut i den sørlandske skjærgård. Det kommer til å bli en stor opplevelse!

Årsmøtet er arena for faglige og fagpolitiske diskusjoner. Aktuelt i år er den nylig fremlagte rapporten fra Helsedirektoratet "Et trygt fødetilbud - forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner". Dette er et omfattende dokument som vil få stor betydning for den videre utvikling av perinatalomsorgen.

Norge har vi en sykehusstruktur som er foreldet og som byr på store utfordringer. Vi har flere fødeinstitusjoner enn noe annet land i verden sett i forhold til fødselstallet. Sammenlignet med Sverige og Finland har vi nesten dobbel så mange.

En slik struktur er krevende organisasjonsmessig, ressursmessig og ikke minst medisinskfaglig. Denne

Vi ønsker å levere helsetjenester av god kvalitet. Det forutsetter en arbeidssituasjon som er oversiktlig og ikke så hardt presset som den ofte er ved de største avdelingene. Dette gjelder spesielt innen fagområdet obstetrik, hvor faglige avgjørelser ofte tas under stort tidspress, og valget som gjøres kan få vidtrekkende konsekvenser.

Ordnete arbeidsforhold er i dag en selvfølge for norske arbeidstgere. At majoriteten av våre utdanningskandidater fremdeles opplever utstrakt bruk av midlertidige stillinger er uakseptabelt. Usikkerhet i forhold til arbeidssituasjonen skaper utrygghet hos den enkelte og kan føre til at man ikke melder fra om forhold som er klanderverdige. Ønsker man kvalitet i helsevesenet må man tilrettelegge for et forutsigbart utdanningsforløp. Innen det enkelte regionale helseforetak må det være mulig å organisere, om man bruker ressursene fornuftig.

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), Knut Hoff Kierulf (vara), Elisabeth Berge Nilsen.

NFGO

Helga Salvesen (leder), Bjørn Hagen, Mark M. Baeklandt, 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

Jakob Nakling (etterutdanning), Knut Hordnes (vitenskapelig komité)



Tallrike og suksessfulle fjeldaber i Danmark i juni!

Et av mine første internasjonale kongressminner var fra en NFOG kongress i Gøteborg på 80-tallet. Vi fra Trondheim ble voldsomt imponert over alle de flinke unge svenskene på vår egen alder. I motsetning til oss var de rutinerte foredragsholdere, med flotte lysbilder (!). Vi forsto med en vis misunnelse at de jobbet i inspirerende fagmiljøer hvor man stimulerte til forskning og publisering. - Dette skjedde på den tid da Sturla kom til Trondheim fra Ålesund, allerede et internasjonalt navn og en stor entusiast. Hans motto var "Me lyt forske gutar!" (sitert etter hukommelsen) og etter en kort visitt i bartebyen dro han til Malmø for å fordype seg i en gris for å sjekke om fetale blodstrømsmålinger med Doppler (Sturlas oppfinnelse!) ga korrekt resultat. - Så i fornstora dar' var svenskene store inspiratorer, men nå kan man lure på om det skjer noe i broderlandet eller om det har skjedd noe i Norge. Den norske oppslutningen i København var faktisk 4 ganger større enn den svenske i forhold til antall gynekologer i de to landene, og dette gjelder både antall deltakere og antall foredrag. Lignende situasjon var det også forrige gang, i Reykjavik i 2008.

NFOG 2010 i København ble en ny vellykket nordisk kongress. Det var 635 deltakere fra 27 land, og av de 479 ordinære betalende deltakerne var 147 fra Norge. Det var flest dansker med 283 deltakere, 13 var fra Island og 52 fra Finland mens det bare var 73 svenske deltakere. Ser man antall frie foredrag i relasjon til antall deltakere imponerte Island, de 13 islendingene sto for 6 frie foredrag. Denne rekorden blir det krevende å slå! Fra de andre landene var det rundt 1/5 av deltakerne som hadde innlegg.

Den sviktende svenske deltagelsen fører til diskusjon. Lederen i SFOG har skrevet en selvransakende lederkommentar i deres tidsskrift. Svenskene er absolutt ikke alene om å ha trangere tider i helsesektoren, så dårlig økonomi kan ikke være hele forklaringen. Reiser de til andre kongresser, og i så fall hvor, eller betyr dette rett og slett at det svenske hegemoniet i det nordiske samarbeidet er ved å ta slutt?

København var det mange gode innlegg fra Norge, både inviterte og frie foredrag. Så det var en fryd å representere NGF i NFOGs styre! Som norsk fjeldabe er det alltid godt å være i Danmark og København, men denne gang var det ekstra gøy.

Festmiddagen ble faktisk også en opplevelse, først og fremst på grunn av innslaget fra Bergen som presenterte seg som neste kongressarrangør. Forsamlingen var fjetret, og i åndeløs spenning da en prosisjon skred inn. I spissen skred kongresspresident Hordnes, med verdig mine. Etter ham fulgte to billedskjønne unge blonde bunadskledte kvinner (den ene i svensk bunad men pytt pytt). Flankert av de to skjønnhetene ønsket Knut velkommen til Bergen 2012. Innslaget kuliminerte med at den ene av de to (Mette Løkeland) framførte den bergenske nasjonalsangen, den om den nystemte. Dette var kongressens definitive kunstneriske høydepunkt! Jeg ser fram til NFOG i Bergen 2012. Alene hennes sang vil være verdt turen til Bergen!

Midlertid står Arendal først for tur, med årsmøtet straks etter sommerferien. I en alder av 64 år er nok NGF mindre rølpete enn den mer ungdommelige Hove festivalen som preger byen i skrivende stund, men vi skal nok også prege byen. Påmeldingene kommer jevnt inn og deltagelsen ser ut til å bli god. Abstractene viser at det virkelig er mange gode frie foredrag, og den sosiale delen av programmet er i LOKs trygge hender, anført av Astrid Liavaag.

Vel møtt i Arendal!

Sommerhilsen Bjørn Backe

NGFs representanter 2009

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITÉER

STAN-GRUPPEN

Styret (består av tre faste leger):

Tore Henriksen (Rikshospitalet, leder)
Branislava(Branka) MYli (Rikshospitalet)
Torunn Eikeland (Helse-Fonna HF, Haugesund)
Medlemmer (1 lege og 2 jordmødre) som byttes ut etter 2 år (2007-2009):

Jørg Kessler (Haukeland Universitetssykehus)
Kristin Lie (Stavanger Universitetssykehus, Den norske jordmorforening)

Berit Lunden Hustad (Sørlandet sykehus HF Kristiansand, Jordmorforbundet Norsk Sykepleierforbund)

Sist oppnevnt: 2007

Funksjonstid: til 2010

Mandat: 1) Være ansvarlig for kapitlene om fosterovervåking i den reviderte "Veileder i fødselshjelp 2005".
2) Bidra til kollegial læring og forbedring mht bruk av STAN metoden nasjonalt. Dette innebærer at kolleger kan sende STAN registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og kommentarer.
3) Være med på planleggingen det årlige erfaringsmøte som er for alle som bruker STAN overvåking.
Gruppen er ikke et sakkyndig organ, men en læringsinstans. Vurderinger og kommentarer er således ikke en del av pasientens journal.

LAPAROSKOPIUTVALGET

Medlemmer:

Jostein Tjugum (Sentralsykehuset i Førde)
Ingeborg B. Engelsen (Haukeland Universitetssykehus)
Anton Langebrekke (Ullevål Universitetssykehus)
Marit Lieng (Ullevål Universitetssykehus)
Eilef Hellem (Sentralsykehuset i Vestfold)

Funksjonstid: inntil videre

Mandat: Oppdraget til utvalget var å etablere et komplikasjonsregister for laparoskopisk kirurgi, vurdere registerets drift og eie innholdet på vegne av NGF.

NETTREDAKSJONEN

Pooja Parashar
Sist oppnevnt: 2007
Funksjonstid: 4 år
Mandat: Ikke formalisert

GYNEKOLOGEN

Redaktør Runa S.Aabø, Tom Seeberg, Kristin Skogøy, Margit Steinholt, Anne Zandjani.
Sist oppnevnt: 2007

Funksjonstid: 2 år

Mandat: Ikke formalisert

KVALITETSUTVALGET

Kåre Augensen(leder), Pål Øyan, Bjørn Hagen, Jan Martin Maltau

Sist oppnevnt: 2008

Funksjonstid: 4 år.

Mandat: ikke angitt

FUGO

Sissel Oversand, Ane Gerda Zahl Eriksson, Erik Andreas Torkilsen, Marte F. Myhre, Vilde Lehland, Cristian Tappert

Sist oppnevnt: 2008

Funksjonstid: 2 år

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

NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

Sist oppnevnt: 2004

Funksjonstid: ikke begrenset. Utvalget er aktivt.

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

REVISJONSKOMITE – PROSEDYREKODER I

SPESIALISTPRAKSIS

Hilde Sundhagen, Oskar Johan Skår

Sist oppnevnt: 2006

Funksjonstid: 2010

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

VALGKOMITEEN

Grete Riis-Johannessen, Ingard Nilsen, Ole-Erik Iversen,
Sist oppnevnt : 2008

Funksjonstid: 4år

ANDRE RELATERTE INSTANSER:

SPESIALITETSKOMITEEN

Kjell Å. Salvesen (leder), Tone Skeie Jensen, Klaus Oddenes, Bente Hjelseth, Kari Anne Trosterud (vara), Trond Melby Michelsen (Ylf), Elisabeth Magnussen Balstad (vara), Elisabeth Berge Nilsen Ylf (vara)

Sist oppnevnt: 2006

Funksjonstid: 4 år

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

NFGO

Helga Salvesen (leder), Bjørn Hagen, Mark M. Baeklandt, Kurt Sachse, Anne Beate Vereide, Jostein Tjugum, Ingard Nilsen (fra NGF). I tillegg 6 vararepresentanter

Sist oppnevnt: Opprettet 2008

Funksjonstid: ikke begrenset

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

EBCOG

Rolf Kirschner, Runa Sigrid Aabø (leder og PSL representant i NGF Styret utgjør den norske delegasjonen), Erik A Torkildsen (PWG representant)
Sist oppnevnt/funksjonstid/**mandat:** se EBCOG <http://www.ebcog.org/>

NFOG'S NEMNDER

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

Sist oppnevnt: 2005

Funksjonstid: 2009

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

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 og/eller «reseptblokker»: 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

Årsrapport

Norsk Gynekologisk Forening

Styret har i 2009 bestått av

Rolf Kirschner, Rikshospitalet, leder
Bjørn Backe, St.Olavs Hospital, nestleder
Knut Hordnes, Haukeland Sykehus, vitenskapelig sekretær
Toril Kolås, Sykehuset Innlandet Lillehammer, kasserer.
Runa S.Aabø, Sandvika Spesialistsenter, PSL-repr. redaktør "Gynekologen".
Ane Gerda Erikson Zahl, Gyn.avd., Ringerike, FUGO- repr., sekretær

Varamedlemmer:

Kristin Skogøy, Nordlanssykehuset, Bodø
Catarina Falck, Dybwadsgt legesenter
Erik Andreas Torkildsen, Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssykehus.

Nettredaktør Pooja Parashar, Bergen

Medredaktør "Gynekologen": Tom Seeberg, Tønsberg

Det har vært avholdt 6 styremøter. I tillegg til de faste orienteringssakene fra NFOG/ EBCOG/ FIGO/ Legeforeningen og "andre", har styret behandlet 126 nye saker, i tillegg til saker som har trengt behandling fra tidligere år. I samband med styremøtet som ble avholdt samtidig med vårkursen i Stavanger hadde styret et tenke/strategimøte, der en del punkter ble vektlagt, i tillegg til å konsentrere seg om å følge opp og innfri saker som ble er tatt opp på årsmøtet 2008:

- Grenspesialitet gynekologisk onkologi
- NGFs veiledere: Kvalitetsutvalget, fremtidig eierskap
- NGF og etiske problemstillinger
- Norsk Gynekologisk Laparoskopiregister
- HPV-vaksinering/retningslinjer
- FaMe/Faglig profil/påvirkning innad Dnlf
- Gynekologen; format, hyppighet/profil
- Nettsiden; debatt, profil, Min Side
- Svangerskapsomsorgen/jordmorpolitikk
- Årsmøtet 2010

Medredaktør Tom Seeberg og nettredaktøren Pooja Parashar har møtt på en rekke styremøter og varamedlem Erik Andreas Torkildsen har møtt i samband med LIS- kurset ved årsmøtet. Avdelingsoverlege Hilde Hoel fra Fredrikstad har vært tilstede i flere møter i egenskap av leder av den lokale arrangementskomiteen for årsmøtet. Monica Hagberg fra CIC har vært koordinator for det tekniske arrangementet av årsmøtet.

Varamedlemmene har blitt tilsendt alle innkallinger, referater og øvrige sakspapirer som styret har mottatt.

2009 har vært et nytt travelt år for styret, preget av aktiv deltagelse i Legeforeningens arbeid og det pågående arbeidet med flere reorganiseringsprosesser i helsevesenet, samhandling, fokus på graviditet og fødsler og vaksinasjonsspørsmålet mot HPV.

MEDLEMSTALL

01.01.2009: 792 medlemmer + 8 assosierte medlemmer
31.12.2009: 839 medlemmer + 10 assosierte medlemmer

OPPNEVNINGER/ REPRESENTASJON

For fast representasjon i styret, råd og utvalg henvises det til "Gynekologen", foreningen nettside og "Min Side".

Øvrige:

- Marianne Iden, Haukeland og Eszter Vanky, St. Olav, representanter til Nordisk Forum for tenåringsgynekologi
- Toril Kolås i arbeidsgruppen for ELIN-prosjektet
- Erik Andreas Torkildsen som representant ved konferanse om likestilling
- Jostein Tjugum til å overta NGLR etter Jardar Omas bortgang

- Rolf Kirschner med Bjørn Backe som varamedlem og Christian Tappert, St.Olav, til FaMe
- Babill Stray-Pedersen til arbeidsgruppe om gravide/barn med HIV
- Tore Henriksen til rådgivende gruppe influensa H1N1
- Ingard Nilsen, Ingebjørg Bøe Engelsen, Christian Tappert, Hilde Sundhagen, Marie Ellstrøm Engh som medlemmer/ varamedlemmer til spesialitetskomiteen
- Kjell Salvesen som medlem av Legeforeningens spesialitetsråd
- Margit Steinholt som medlem Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter
- Knut Hordnes som medlem av rådgivningsgruppen/ HPVutvalget
- Ane Gerda Zahl Eriksen og Rolf Kirschner representanter i møter omringkonferanse vedr "Tusenårsålet"
- Ane Gerda Zahl Eriksen i Norsk Helsenetverk for Utvikling-
- Ane Gerda Zahl Eriksen og Mathias Onsrud til Legeforeningens utvalg for internasjonal helse
- Stian Westad som representant ved oppfølging St.Meld 12/(08-09)"En gledelig begivenhet"
- Bjørn Backe ved flere møter om fødselsomsorgen, og Medisinsk fødselsregister

I tillegg har de ulike styremedlemmene deltatt i og vært innledere og foredragsholdere ved en rekke konferanser og høringer både innad i Legeforeningen, i FaMe, i HDir, i HOD og på Stortinget.

VEDTAK

Bl. a:

Det bør arrangeres et kurs i fødselshjelp for jurister i samarbeid med NPE
Ultral lydkompetanse/ autorisasjon/ refusjon for allmennleger bør reguleres

Vårsmøtet 2010 arrangeres ved St.Olavs Hospital

Vedtatt om ikke å støtte YLFs krav til representasjon i FaMe

Støtte opprettelse av NASH- Nordisk gruppe for seksuell og reproduktiv helse hos ungdom og unge voksne

Gå videre med prosjektering av Gjennombruddsprosjekt "Keisersnitt II"

Prosjektere webkurset: "Praktisk gynekologisk endokrinologi", som er utarbeidet av Mette Moen

Søknad om ekstramidler fra Dnlf til hhv. STAN- gruppen, veiledere, NASH og FUGO Dekket utgifter til seremoni ifb. med St. Olavs orden til Julie Skjæraasen

Vedtatt en ny mal for føring av regnskap

ÅRSMØTET

Det henvises til tidligere publisert referat i Gynekologen og Nettsiden.

Valg:

Leder: Bjørn Backe.

Styremedlemmer

Toril Kolås (gjenvalg)

Runa Aabø (gjenvalg)

Knut Hordnes (gjenvalg)

Marte Myhre FUGO

Kevin Sunde Oppegaard

Varamedlemmer til styret

Erik Andreas Torkildsen FUGO (gjenvalg)

Jørn Hugo Karlsen PSL

Synnøve Lian Johnsen

Redaktør og redaksjonskomite til

"Gynekologen"

Runa Aabø (gjenvalg)

Tom Seeberg (gjenvalg)

Kristin Skogøy (gjenvalg)

Margit Steinholt (gjenvalg)

Anne Zandjani (gjenvalg)

Valg av årsmøtearrangør 2011

Forslag fra styret; 8-10 september 2011 i Ålesund.

VIKTIGE SAKER

Oppretting av Internasjonal Arbeidsgruppe

Styret ønsket å opprette en internasjonal arbeidsgruppe for bl.a å søke å nå Tusenårsålet 4 og 5. En orientering om gruppen ble gitt på årsmøtet og interesserte

medlemmer ble bedt om å henvende seg til sekretær AGZE.

NPE rekruttering av sakkyndige

NPE trengte flere sakkyndige innen vårt fagfelt. Styret foreslo et samarbeid mellom mindre og mer erfarne kolleger for å lære opp yngre kolleger i dette arbeidet, da det er en meget viktig oppgave.

Norsk Laparoskopiregister

Leder i Laparoskopiregisteret gikk bort og Jostein Tjugum ble spurt om å videreføre dette arbeidet. NGF støtter Laparoskopiregisteret videre i håp om at det får en oppsving.

LFH/LMI

Styret fikk henvendelse i 2008 fra LMI (Forening for legemiddelindustrien) vedr deltagelse ved arrangement i regi av grupper i DNLF for LMI sine medlemmer, henvendelsen ble tatt til orientering. LFH (Forening for leverandører av teknisk etc utstyr) kontaktet foreningen om det samme. NGF opprettholdt sine satser og ser at industrien er mer opptatt av hvordan det de betaler i leie benyttes av foreningen og andre forhold rundt plassering mm av stands. Styret har også hatt samtaler med styret i LFH som etter hvert har oppjustert sine satser, de er nå nær det NGF tar i standtleie.

Delvis frikjøp av leder

Pga det økende antallet saker i foreningen er det et stort arbeidspress på styret, og særlig leder. Det sittende styret foreslo derfor at foreningen burde utrede og diskutere om man skal frikjøpe leder 10-20 % i fremtiden. Styret skulle arbeide med dette og legge det frem som sak på neste års GF.

Tidspunkt for årsmøtet

Tidspunktet er tidligere "diktert av jakta" og dette er ikke lengre så viktig. Spørsmålet er om årsmøtet burde vært sammenfallende med kirurgenes og anestesilegenes høstmøtet i uke 43. Styret skal jobbe med dette og legge saken frem på neste års GF.

Gynekologen:

Nyutviklingen manifesterte seg ytterligere som en suksess ila 2009, og tilførte NGF i tillegg et overskudd.

Afrika-prosjektet:

Samarbeidet med Haydom- sykehuset ble bekreftet ved at det inkom enkeltsøknader om reisestøtte. Prosjektene i FIGO- regi viste ingen progresjon. NGF har indirekte kontakt med prosjektet som de norske sykehusene har med Malawi.

Grenspesialitet Gynekologisk onkologi:

Det kom et endelig avslag mht grenspesialisering, og styret rådet NFGO til å stimulere de norske avdelingene til å søke europeisk EBCOG/ ESGO-akkreditering, slik at "spesialister med spesial kompetanse" ble utdannet ihht. den europeiske grenspesialist-protokollen

Årsmøtet i Fredrikstad

Arbeidet med årsmøtet 2009 i Fredrikstad er et årelangt prosjekt og ble en suksess på alle måter. Det har blitt en god tradisjon med en invitert utenlandsk plenumsforeleser, og professor Ron Jones fra Auckland imponerte stort med sine to foredrag. FUGO arrangerte et glimrende kolposkopikurs i forbindelse med årsmøtet, og formøtene gikk sin gang, se ellers referat i Gynekologen. Styrets punkter på dagsorden er kommentert tidligere i spalten.

Vårkursen:

Vårkursen 2009 gikk av stabelen i Stavanger ved avdelingen ved SUS assistert av styret og koordineringskontoret. Kursen viste at beslutningen hadde vært riktig, det er viktig tilvekst til NGFs miljø, med 80+ deltagere som bivante gode og relevante foredrag. 2010- kurset ble besluttet lagt til St.Olav.

Svangerskap, fødsel og barselomsorg:

Som nevnt tidligere opptok dette emnet også styrets kapasitet i stor grad i 2009. Det var endringer i Nasjonalt Råd, nyoppnevninger og konferanser, og presentasjon av en ny St.melding: St.Meld 12/(08-09)"En gledelig begivenhet". Det er snakk om nye elektroniske journaler og samhandling, i tillegg kom formalisering av allmennleger som ultralydutøvere. Vi har inviterte til et nærmere samarbeid med jordmorforeningene. Styret var representert på flere konferanser i sakens anledning, ved leder, nestleder Bjørn Backe, kasserer Toril Kolås og Stian Westad fra Lillehammer.

Strukturdebatten om faget:

Styret har arbeidet videre etter årsmøtet med en strategi for profilering av faget med start helt fra studietiden, med det mål å få til en økt og jevnere rekruttering

FaMe:

NGF har helt fra begynnelsen i den nye søylen i foreningen vært aktive i utformingen av arbeidet idet en håper og tror at den kan får stor betydning i arbeidet opp mot myndighetene. På valgsmøtet i FaMe ble Rolf Kirschner valgt som leder, med allmennlege Gisle Roksund som nestleder og Christian Tappert fra St.Olav som LIS-representant.

FIGO:

Bjørn Backe og Rolf Kirschner representerte NGF på FIGO- Council (medlemsmøtet) i Cape Town. Hele organisasjonsplanen og

resultatmålene ble gjennomgått. Ved valgene hadde NFOG promovert Seija Grenman fra Åbo, som en lyktes å velge inn i styret. På forslag fra NGF har NFOG senere vedtatt at den nordiske representanten bør ha møterett ved NFOG- styremøtene og at utgiftene ved den fellesnordiske FIGO-representasjonen bør dekkes av NFOG.

HPV- saken.

På tross av vårt standpunkter vant fram i Nasjonalt Råd og det ble vedtatt å starte vaksinerings av 12-år gamle jenter, har det vært mye debatt om saken som styret har vært nødt til å ta stilling til.

Medikamentell abort i privatpraksis:

Styret for har fulgt opp denne saken mot myndighetene med regelmessige purringer, men da det trengs en lovendring skrider arbeidet langsomt fram.

Gjennombruddsprosjekt "Keisersnitt II":

Det er arbeidet videre med en prosjektsøknad opp mot legeföreningens Kvalitetsfond. Hoveddelen av arbeidet er utført av Toril Kolås assistert av Pål Øian og Bjørn Backe. Dnlf har meddelt at det ikke vil bli aktuelt i 2011, da emnet vil være kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, men NGF satser på 2012, mye over samme lest som i 1999

HØRINGER

Styret har gjennomgått og avgitt uttalelser på 26 høringer omkring ulike emner internt i Dnlf og for eksterne formål.

Styret NGF 2009 v/leder Rolf Kirschner

C

Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»
Vaksine mot humant papillomavirus

ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primær- og booster- og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Ved alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn:** <9 år: Ingen erfaring. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradig cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virustyper i vaksinen som kvinnen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Ved bruk hos voksne kvinner må variasjonen i prevalens for HPV-typer i ulike geografiske områder tas med i vurderingen. Ved beslutning om å vaksinere en kvinne i alderen 27-45 år, må risiko for tidligere HPV-eksponering veies opp mot potensiell nytte av vaksinasjon. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseseffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primær- og booster- og påvist immunogenisitet. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. **Overgang i morsmelk:** Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Muskel-skjelettsystemet: Smarter i ekstremitetene. Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Hud: Urticaria. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Blod/lymf: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati, artralgi, myalgi. Neurologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, utmattelse, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt doser. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å induere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseseffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseseffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertypene. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primær- og booster- og påvist immunogenisitet med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinerings. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometriske middelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseseffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseseffekt er ikke evaluert hos menn. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Pas-sende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. **Pakninger og priser:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte med to kanyler) 098722. Kr 1170,80

Godkient SPC: 02.09.2009



SPRE KUNNSKAP OM HPV OG FOREBYGGING

«Det er særdeles viktig at informasjon om HPV og forebygging gis til jenter og foreldre også utover 7. klassetrinn - på lik linje med informasjon om andre seksuelt overførbare sykdommer»

Gynekolog Kari Anne Trosterud, Helsesøstre - nr 2-2009 - «Hva kan helsesøstre gjøre i kampen mot livmorhalskreft»

«Ungdom har krav på å vite om viruset for å kunne beskytte seg»

Professor, overlege KK A-Hus Anne Eskild, Gynekologen 21-4, 2008

Gynekologer har en uvurderlig funksjon som profesjonelle formidlere og viktige helsearbeidere i forebyggende helsearbeid. Vær med og formidle et viktig budskap for kvinnehelsen.

Informasjonsbrosjyren – Dette bør du vite om Humant Papillomavirus (HPV) – (forfattet av gynekolog Kari Anne Trosterud) for jenter og foresatte, er et av flere viktige hjelpemiddel for å øke kunnskapsnivået på et område mange har lite kunnskap om.

Bestill et eksemplar til alle jenter også utenfor vaksinasjonsprogrammet.

Brosjyren kan bestilles hos:

Sanofi Pasteur MSD

Adresse: Hamangskogen 60, 1338 Sandvika

e-mail: rjensen@spmsd.com



www.gardasil.no

Årsrapport Kvalitetsutvalget

Sammensetning

Leder

Kåre Augensen, Haukeland universitetssykehus
Redaktør for veilederen i gynekologisk onkologi
Bjørn Hagen, St. Olavs hospital

Redaktør for veilederen i fødselshjelp

Pål Øian, Universitetssykehuset Nord-Norge
Redaktør for veilederen i gynekologi

Jan Martin Maltau, Universitetssykehuset Nord-Norge

Kvalitetsutvalgets hovedarbeid er utarbeidelse og oppdatering av de ulike veilederne. Disse er Norsk gynekologisk forenings eiendom og finnes alle siden våren 2005 i nettbaserte versjon; nye papirversjoner blir ikke utgitt. Revisjonen av veilederne i gynekologisk onkologi og i generell gynekologi ble sluttført i 2009. Nettsidene hvor veilederne er å finne er godt besøkte.

Nykunnskap krever fortløpende oppdatering av kapitlene i veilederne. Det er etablert en lenke fra Norsk gynekologisk forenings hjemmeside. Via lenken kan man sende e-post til lederen av kvalitetsutvalget. Slik kan medlemmer av foreningen komme med forslag til endringer av kapitlene og forslag til nye kapitler. Kvalitetsutvalget ønsker flere henvendelser. Dersom man er uenig i innholdet i et kapittel, er det langt å foretrekke at man foreslår en endring i stedet for ikke å følge veilederen. Flere kapitler er allerede reviderte, de fleste etter

initiativ fra kvalitetsutvalgets medlemmer.

Det er etablert et system for slike oppdateringer og revisjoner av veilederkapitlene:

- Leder for kvalitetsutvalget og redaktøren for den enkelte veileder godkjenner sammen en ny versjon av et kapittel.
- Leder sender kapitlet til legeföreningens informasjonsavdeling med kopi til NGFs nettredaktør og til vitenskapelig sekretær i NGFs styre.
- Det reviderte kapitlet blir lagt ut på nett som erstatning for det utdaterte kapitlet. Dato for siste endring står i det reviderte kapitlet. Tidligere (utdaterte) versjoner av kapitlene er lagret på eget sted i arkivet. Lenke fra det nye til det gamle kapitlet ligger i hvert oppdatert kapittel.
- NGFs nettredaktør legger ut en melding om reviderte og nye kapitler både på NGFs hjemmeside og på inngangssiden til veilederne.
- Nye og reviderte kapitler kan leses og lastes ned i både word- og pdf-format og slik tilpasses lokale forhold på det enkelte sykehus.
- Tekst som er endret er markert i word- og pdf-versjonen.

Helsedirektoratet ønsker å utarbeide et nasjonalt handlingsprogram for gynekologisk kreft. Slike handlingsprogrammer finnes allerede for flere kreftformer. De gynekologiske kreftformene som er aktuelle

er "de tre store": cervix-, corpus- og ovarialcancer.

Kvalitetsutvalget er positivt til et samarbeid med Helsedirektoratet om utarbeidelse av nasjonale retningslinjer under forutsetning av at retningslinjene bygger på tilsvarende kapitler i Norsk gynekologisk forenings veiledere. 30. september 2009 deltok Bjørn Hagen, Kåre Augensen og de tre nevnte kapitlenes hovedforfattere i et møte i Helsedirektoratet. Det var på møtet full enighet om at det faglige innholdet i de nasjonale retningslinjene skal være det samme som i veilederkapitlene. Kapitlene blir nå revidert av de respektive forfatterne.

Senere revisjoner av nasjonale retningslinjer for gynekologisk kreft skal foregå slik:

- Kvalitetsutvalget i Norsk gynekologisk forening melder fra til Helsedirektoratet når et kapittel er endret og oversender det reviderte kapitlet til Helsedirektoratet.
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av cervix- endometrie- og ovarialcancer oppdateres ved et samarbeid mellom Norsk gynekologisk forenings kvalitetsutvalg, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester og Helsedirektoratet.
- De oppdaterte retningslinjene skal ligge på www.helsebiblioteket.no.

Bergen 27. mai 2010, Kåre Augensen

Årsrapport NPE/NGF

Erstatningssaker i fødselshjelp og gynekologi: Hva kan vi lære i et kvalitets- og skadeforebyggende perspektiv?

Samarbeidet startet høsten 2005 da NGF tok kontakt med NPE for å drøfte et samarbeid med tanke på læring av skadesakene i NPEs materiale. Etter at det ble klart at man i første omgang ønsket å prioritere forskning på data fra saker innen fødselshjelp-området, har arbeidet vært videreført i nært og direkte samarbeid med professor Pål Øian, som i 2007 også bisto NPE med å søke de prosjektmidler (NOK 300.000) som Legeföreningens Kvalitetssikringsfond II innvilget. Sammen med NPEs eget bidrag (NOK 100.000) finansierer dette den studien som er i gang med å analysere ca. 300 medholdssaker fra fødselsskadeområdet.

Prosjektet har vært forsinket fordi det gikk med uforutsett mye tid til avklaring av formalia og fordi innhentning av samtykke fra pasientene var svært tidkrevende. I den innledende fasen måtte vi også gjennom en prosess med ansettelse av ny stipendiat.

Stipendiat (40 % stilling) er assistentlege Stine Andreasen (Kvinneklivnikken, Nordlandssykehuset Bodø). Professor dr. med. Pål Øian har påtatt seg det faglige ansvaret for prosjektet og Universitetssykehuset Nord-Norge HF er behandlingsansvarlig. Medisinsk fagsjef Mads Morten Nøyd representerer NPE som "eier" av prosjektet.

Vi ser på NGF som initiativtaker til og samarbeidspartner i prosjektet, og vil referere til prosjektet som et samarbeidsprosjekt med NGF. NGFs styre ble senest orientert om status for prosjektet i mai 2009 og er invitert til å komme med eventuelle innspill på kontakt- og samarbeidsform under prosjektets videre gang.

Dataregistreringen ble fullført i 2009 og analysen av dataene er i gang. Det arbeides nå med en generell artikkel om materialet. Prosjektet er forlenget i ytterligere et halvt år innenfor samme, allerede bevilgede finansieringsramme og vil bli avsluttet ved utgangen av desember 2010. Det er søkt om midler for et nytt prosjekt i forlengelsen

av det pågående – fortsatt begrenset til det samme datagrunnlaget (fødselshjelpsaker). Utgangspunktet for samarbeidet mellom Norsk gynekologisk forening og NPE var at man ønsket å få fram relevant og viktig kunnskap fra NPEs data innen hele spesialistområdet Fødselshjelp og kvinnesykdommer (både innen fødselshjelp og gynekologi). NPE er fortsatt interessert i og innstilt på å bidra til tilsvarende studier/ forskning også når det gjelder gynekologiske saker. Organisering og tilknytningsform til slike prosjekter vil måtte vurderes i lys av NPEs tilgjengelige ressurser til enhver tid. Uansett er det grunn til å anta at erfaringene fra arbeidet med fødselsskadeprosjektet vil komme til nytte i det videre arbeidet med forskning på NPEs data – både innen fødselshjelp- og gynekologi, og også på andre områder.

Oslo, 31. mai 2010

Norsk pasientskadeerstatning

Rolf Gunnar Jørstad

Mads Morten Nøyd

Årsrapport Laparoskopitvalget

Generalforsamlinga til Norsk gynekologisk forening (NGF) vedtok i 2009 at arbeidet med Norsk gynekologisk laparoskopiregister (NGLR) skulle videreføres etter Jardar Oma sin død. Jostein Tjugum fekk oppgåva å leie utvalet med desse medlemmane:

Jostein Tjugum leiar
Marit Lieng
Anton Langebrekke
Ingeborg Boe Engelsen
Eilif Hellem

Eilif Hellem og Ingeborg Bø Engelsen har trekt seg frå utvalet. I frå Tønsberg har Knut Urdal, Andreas Putz og Ellen Folkestad vorte med. Frå april 2010 er desse med i utvalet:

Jostein Tjugum leiar
Marit Lieng
Anton Langebrekke
Knut Urdal
Andreas Putz
Ellen Folkestad

Det har vorte halde 6 telefonmøter og 2 vanlege møter. (oppstartmøter)

Mykje av arbeidet først var å få tak i / hand om arbeidet etter Jardar. Dette har medlemmene i Tønsberg fått orden

på . Dette i tillegg til at Sykehuset i Tønsberg også i framtida både ønskjer og er tiltenkt registeransvar og dessutan har registerinteresserte/ - arbeidande legar forklarar at fleire utvalsmedlemmar er frå Tønsberg

Laparoskopitvalet er sameina i å tilrå at NGLR skal vidareutviklast til å få status som eit nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Vi har hatt to oppstartsmøte der SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering) www.skde.no har vore med

Planen er å gjera registeret identifiserbart. Målsetjing og statuettar må utarbeidast, nødvendige løyve må på plass. . Sykehuset Tønsberg får tilbod å vera registeransvarleg. Kvinneklivnikken der har medarbeidarar som både ønskjer og kan arbeida vidare med registeret. NGF skal ha sentral plass i statuettane vedrørande vidareutvikling og bruk av registeret.

Her er mykje arbeid som må gjerast og innan slik godkjenning er klar vil det ta nokre år.

Parallelt med ovannemnde vidareutvikling er innsamling av data til eksisterande NGLR

i gang igjen (juni 2010). Sju sjukehus er med, like mange seier dei vil starte. Å få flest sjukehus med no er viktig prioritering for utvalet. I tråd med dette hadde utvalet presentasjon/innlegg på NGF sitt vårmøte i Trondheim.

Styret i NGF har gitt oss fullmakt til å arbeide vidare med skisserte planar. Arbeidet som skal gjerast, krev også økonomiske tiltak. Til no har utvalet fått kr 30 000.- frå NGF, av dette er ca halvparten brukt. Meir pengar trengst, korleis dette skal løyast er ikkje avklara.

Å bli med i NGLR er viktig for alle gynavdelingar. Krav om kvalitetsindikatorar vil truleg bli meir vanleg i framtida. Eit nasjonalt medisinsk register kan vere ein slik indikator. Dette er også i tråd med Rapport nr 26 – 2009 frå Kunnskapssenteret ("Kikkehullskirurgi ved godartede gynekologiske lidelser")

Juni 2010-06-07

J Tjugum

Årsrapport STAN

Mandatet til nasjonal STAN referansegruppe har i år, som tidligere år, vært:

- 1 Være ansvarlig for kapitlene om fosterovervåking i den reviderte "Veileder i fødselshjelp 2005". Oppdatering av kapittel 41. april 2008.
- 2 Bidra til kollegial læring og forbedring mht bruk av STAN metoden nasjonalt. Dette innebærer at kolleger kan sende STAN registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og kommentarer.
- 3 Være med på planleggingen det årlige erfaringsmøte som er for alle som bruker STAN eller CTG overvåking under fødsel.

Styre (som består av tre faste leger):

Tore Henriksen, prof. Seksjonsleder ved OUS Rikshospitalet, leder
Branka M. Yli, Universitetslektor OUS Rikshospitalet, Det medisinske fakultet, UIO Torunn Eikeland, Seksjonsoverlege ved Haugesund fødeavdeling

Medlemmer (1 lege og 2 jordmødre) (2007-2010):

Jørg Kessler, overlege ved Haukeland Kvinneklinikk
Kristin Lie, Jordmor ved Stavanger US (Den norske jordmorforening), trakk seg 2010 p.g.a. svangerskaps permisjon. Winnie Dragenes fra AHUS er foreslått nytt medlem.
Berit Lunden Hustad, Fagutviklingsjordmor ved Sørlandet sykehus Kristiansand (Jordmorforbundet Norsk Sykepleierforbund)

1. Vår mandat går ut i 2010. Vi sender derfor brev til leder i Norsk gynekologisk forening Bjørn Backe hvor vi belyser vår funksjon og anbefaler vår videre eksistens.

2. Muligheten for utvikling av Web basert laring om fødselsovervåking i Norge. Gruppen har fått svar på vår henvendelse fra NGF, hvor de stiller seg positive til saken, men har ikke økonomiske midler til disposisjon. De ønsker imidlertid å være referanse ved et søknad om økonomiske midler fra offentlige eller andre etater. Videre gjøres det tilsvarende henvendelser til Jm.f.NSF og DNJ.

Sverige har fått websider med kun CTG. Danmark og USA er snart ute på nett både med CTG og STAN. Besluttes å søke midler for å kunne på sikt tilby web basert nasjonal fødselsovervåking læring.

3. STAN Erfaringsmøte 22. oktober 2009 på Akershus Universitet sykehus.

Møtet var meget bra organisert av lokal STAN komiteen, det var ca 130 deltagere.

Som vanlig bestod programmet av en blanding av kasuistikker og foredrag. Branka M. Yli hadde et innlegg om fødselsovervåking ved diabetes, der hun også presenterte egne forskningsresultater om diabetiske svangerskap og overvåking med CTG og ST analyse.

Jørg Kessler ga en oppsummering av de siste års konflikter om STAN i Sverige og gransking av den svenske multisenter studien.

Årets inviterte foredragsholder, Prof. Ingemar Kjellmer fra Göteborg, har en fantastisk evne å formidle vanskelige emner

på en enkel og tydelig måte. Han foreleste om fosterets reaksjoner og hjerneskader ved asfyksi

Torgrim Sørnes fra arrangør sykehuset presenterte et klinisk materiale om STAN som viste en gradvis nedgang i antall asfyktiske barn.

Marte Jettestad fra Tønsberg hadde et innlegg om setefødsler overvåket med STAN.

Referanse gruppen hadde møte 21.10 gjennomgikk programmet for erfaringsmøtet samt alle de 8 registreringer som skulle demonstreres.

4. I regi av referanse gruppen det ble organisert STAN superbrukerkurs den 03. og 4.12.2009 på Rikshospitalet i Oslo. Det var stort behov for et slikt kurs og dermed ble det organisert 2 kurs, 2 dager på rad. Foredragsholdere var Branka M.Yli og Jørg Kessler. Vi planlegger et STAN superbrukerkurs en gang årlig. Neste kurs 2.12.2010. på Rikshospitalet.

5. Vi minner at om web-sider knyttet opp til Norsk Gynekologisk forenings sider. På STAN web-sider presenterer vi gruppens sammensetning, mandat og arbeid, samt oppdaterte publikasjoner vedrørende fødsels overvåking. Videre beskrives hvordan sykehusene kan sende kasus elektronisk og hvilke kliniske opplysninger vi ønsker med.

14.06.10 Branka M.Yli

Årsrapport Spesialitetskomiteen

Spesialitetskomiteen er oppnevnt som sakkyndig og rådgivende organ for Sentralstyret i saker relatert til spesialistutdanningen. Komiteens mandat er omfattende, fordi man "skal ha oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for videre- og etterutdanning". Våre primær oppgaver består i å vurdere spesialistutdanningens innhold og kvalitet, og utdanningsinstitusjonenes tilrettelegging av utdanningen. I tillegg vurderes kursvirksomheten, med spesielt ansvar for de obligatoriske kursene.

I 2009 bestod komiteen av følgende medlemmer:

Kjell Å. Salvesen (leder)
Klaus Oddenes (sekretær)
Bente Hjelseth
Tone Skeie Jensen
Trond M. Michelsen (YLF)
Elisabeth Berge Nilsen (vara YLF)
Jeanne Mette Goderstad (vara)
Kari Anne Trosterud (vara)

Vi har hatt 2 fysiske møter og 3 telefonmøter. I 2009 hadde komiteen spesielt fokus på to områder i spesialistutdanningen: de obligatoriske kursene og prosedyrelistene.

De obligatoriske kursene i spesialiteten har blitt arrangert som planlagt, og evalueringsrapporter fra kursarrangørene er mottatt og vurdert. I september 2009 inviterte komiteen to representanter fra alle kurskomiteene til et felles møte for erfaringsutveksling. Kursprogrammene ble gjennomgått og samkjørt. Det ble foretatt noen endringer som vil bli gjort gjeldende for kursene fra 2010.

Vi har også hatt spesielt fokus på prosedyrekrav og operasjonslister med tanke på flaskehals i utdanningsløpet. Komiteen gjennomførte en spørreundersøkelse blant deltakerne på NGFs årsmøte i 2009. Vi mottok 156 svarskjema. Det var fire spørsmål i undersøkelsen, og svarene var entydige. 75 % ønsket å opprettholde kravet om 12 måneders kirurgitjeneste. 77 % ønsket å opprettholde kravet om minst 10 setefødsler. 72 % ønsket å fjerne kravet om 3 overgrepsundersøkelser. 82 % ønsket at det skulle være krav om rutineundersøkelser med ultralyd, men halvparten mente at kravet burde være 100 (uendret) og halvparten ønsket 50 (reduert). På bakgrunn av undersøkelsen og egne vurderinger har komiteen sendt inn forslag til Sentralstyret om å endre prosedyrelisten på ett punkt. Vi ønsker å

fjerne kravet om 3 seksuelle overgrepssaker. Dette er til behandling i DNLF.

Komiteen har de siste par år fokusert på gruppe I avdelingene, fordi vi gjennom årsrapportene har fått inntrykk av at forskning og fagutvikling ikke er en godt nok integrert del av spesialistutdanningen ved alle utdanningsavdelinger. Spesialitetskomiteen må ha fokus på dette problemområdet videre framover.

Sentralstyret i legeföreningen har utnevnt ny spesialitetskomitee for perioden 2010-2013. Det er ikke til å legge skjul på at dette ble en smertefull prosess for styret i NGF og den avgående spesialitetskomiteen. På grunn av det som sannsynligvis var en kommunikasjonssvikt, ble noen medlemmer som ønsket å være med videre i perioden 2010-13, ikke utnevnt av Sentralstyret. Lederen trakk seg fra videre arbeid i den nye komiteen. Den nye spesialitetskomiteen har derfor ikke samme grad av kontinuitet som det har vært vanlig ved tidligere oppnevninger. Den gamle spesialitetskomiteen ønsker den nye komiteen lykke til med det videre arbeidet.

På vegne av spesialitetskomiteen i 2009, Pepe Salvesen

Årsrapport NFOG's Educational Board

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

Hovedoppgaven er å arrangere et møte som alternerer med NFOG kongressen,

slik at det hvert år arrangeres faglige møter i NFOG regi. Årets møte ble holdt i København i november 2009. Møtet var om "Vulvasykdommer" og ble en stor suksess. På grunn av møtelokalene ble deltakerantallet begrenset til 150. Kurset ble

overbooket, og flere stod på venteliste uten å komme med. Styret i NFOG har bestemt at kursene heretter skal arrangeres årlig. Neste kurs blir om "PCOS" og arrangeres i København i november 2010.

Årsrapport NFGO

Styret har hatt følgende sammensetning i 2009:

Leder, Helga B. Salvesen, Haukeland Universitetssykehus (ikke på valg)

Nestleder, Bjørn Hagen, St. Olavs Hospital (på valg)

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

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

Kurt Sachse, Ullevål Universitetssykehus (på valg)

Mark Bækeland, Radium/Rikshospitalet (på valg)

Representant fra NGF (ikke på valg)

6 Vararepresentanter:

Harald Helland, Haukeland Universitetssykehus (ikke valg)

Solveig Tingelstad, St. Olavs Hospital (på valg)

Bent Fiane, Stavanger Universitetssykehus (på valg)

Anne Ørbo, Regionssykehuset i Tromsø (ikke på valg)

Elin Ødegård, Ullevål Universitetssykehus (på valg)

Anne Dørum, Radium/Rikshospitalet (på valg)

Nytt styre f.o.m 19 november 2009:

Nytt styre:

Leder, Helga B. Salvesen, Haukeland universitetssykehus

Solveig Tingelstad, St. Olavs Hospital

Sekretær, Jostein Tjugum, Førde sentralsykehus

Kasserer, Anne Beate Vereide, Universitetssykehuset Nord Norge

Kurt Sachse, Oslo universitetssykehus, Ullevål

Anne Dørum, Oslo Un. sykehus, Radiumhospitalet

Representant fra NGF

6 Vararepresentanter:

Harald Helland, Haukeland universitetssykehus

Ingrid Baasland, St. Olavs Hospital

Bent Fiane, Stavanger universitetssykehus

Anne Ørbo, Universitetssykehuset Nord Norge

Elin Ødegård, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet

Gunn Fallås Dahl Oslo universitetssykehus, Ullevål

Det har vært avholdt fire styremøter (hvorav 2 ved telefon) og to medlemsmøter (onkologisk forum, formøte i forbindelse med årsmøte i NGF).

- Kreftforeningen har etter søknad fortsatt sin økonomiske støtte til forumet.

- HOD har også gitt økonomisk støtte til forumets drift.

- Det ble arrangert Formøte i Gynekologisk Onkologi under årsmøte NGF september 2009. Møtet var forberedt av Jostein Tjugum, tema var kontroll etter behandling for gynekologisk kreft. Møtet var godt besøkt og fikk svært god omtale. Forberedelse til nasjonal multisenterstudie for å se på kontrollopplegg etter behandling for gynekologisk kreft er initiert (Ingvild

Vistad).

- Arbeidet med revisjon av Nasjonal Veileder i gynekologisk onkologi er slutført, ledet av Bjørn Hagen.

- Arbeidet med Nasjonale handlingsplaner i regi av HOD for ovarial, endometrie og cervix cancer er videreført og planlagt slutført i løpet av de kommende måneder.

- Nasjonal godkjenning av grenspesialitet i gynekologisk onkologi er lagt på is. Bergen har søkt om og fått akkreditering som utdannings institusjon gjennom ESGO.

- Det har blitt utarbeidet en høringsuttalelse til Helsedirektoratet vedrørende PET behov ved gynekologisk kreft.

- Forberedende arbeid til arbeidsgruppemøte/strategiseminar for nytt styre med varamedlemmer.

- Forskerinitiert, norsk koordinert internasjonal multisenterstudie (v/ Salvesen), MoMaTEC, inkluderer godt fra 8 norske sykehus, og studien har inkludert >1000 pasienter per desember 2009.

- Inklusjon av norske pasienter i studier for medikamentutprøving skjer ellers gjennom NSGO.

Bergen 030610

Helga Salvesen, Leder NFGO

Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på 3 dager¹

Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10

VAGINALKREM 2%: 1 g inneh.: Clindamycin, phosph. aeqv. clindamycin, 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearylic., cetyl-palm., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.

VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clindamycin, phosph. aeqv. clindamycin, 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

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

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

Forsiktighetsregler: Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner.

Bruk av klindamycin

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

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

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

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

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

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

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned) Ref. 1) Paavonen J. et al. Obstet Gynecol 2000;96:256-60 E2009-1256



Årsrapport NGF økonomi 2009



Det er et problem å stadig være redd for å tisse på seg. Hva ville du ha gjort?

Vesicare (solifenacin) reduserer symptomene på overaktiv blære (akutt behov for å tømme blæren, med eller uten lekkasje) og gjør at pasienten klarer å holde seg lenger når urgency oppstår.¹



Referanse: 1. Karam et al. urology, volume 73, number 1, January 2009, p. 14-18. **Vesicare**®. Kompetitiv, spesifikk kolinerge reseptorantagonist. **ATC-kode:** G04B D08. **TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg:** hver tablett inneholder: solifenacinsuksinat 5 mg, resp. 10 mg tilsv. solifenacin 3,8 mg, resp. 7,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg: rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjon:** symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Kontraindikasjoner:** urinretensjon, alvorlige gastrointestinale sykdommer (inkl. toksisk megacolon), myasthenia gravis eller trangvinklet glaukom og hos pasienter som står i fare for å utvikle disse sykdommene. Overfølsomhet for virkestoffet eller et eller flere av hjelpestoffene. Hemodialysebehandling. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller moderat nedsatt leverfunksjon som behandles med en potent CYP 3A4-hemmer, f.eks. ketokonazol. **Graviditet/Amning: overgang i placenta:** forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. **Overgang i morsmelk:** bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** klasespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørhet er sett hos 11 % behandlet med 5 mg 1 gang daglig og hos 22 % behandlet med 10 mg 1 gang daglig. **Hyppige (> 1/100):** gastrointestinale: forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. Syn: tåkesyn. **Mindre hyppige:** gastrointestinale: gastroøsofageale refluksykdommer, tørr hals. Hud: tørr hud. Luftveier: nasal tørrhet. Neurologiske: somnolens, dysgeusi. Syn: tørre øyne. Urogenitale: urinveisinfeksjon, vannlatingsbesvær, urinretensjon, cystitt. Øvrige: tretthet, perifer ødemer. **Sjeldne (< 1/1000):** gastrointestinale: obstruksjon i colon, fekal impaksjon. Det er ikke sett allergiske reaksjoner under den kliniske utviklingen, men at allergiske reaksjoner kan oppstå kan aldri utelukkes. **Overdosering/forgiftning: symptomer:** høyeste solifenacinsuksinatdose administrert er 100 mg som engangsdose. De mest vanlige bivirkningene ved denne dosen er hodepine (mild), munntørhet (moderat), svimmelhet (moderat), døsighet (mild) og tåkesyn (moderat). Det er ikke rapportert tilfeller av akutt overdosering. **Behandling:** ved overdosering bør pasienten behandles med aktivt kull. Ventrikkelskylling kan foretas, men det bør ikke fremkalles brekninger. Symptomatisk behandling. En bør ved overdosering være spesielt oppmerksom på pasienter med kjent risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for å forlenge QT-intervall) og relevante eksisterende hjertesykdommer (f.eks. myokardischemi, arytmi, kongestiv hjertesvikt). **Forsiktighetsregler:** andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes før behandling med Vesicare innledes. Ved urinveisinfeksjon bør egnet antibakteriell behandling innledes. Brukes med forsiktighet av pasienter med klinisk betydelig blæreobstruksjon med risiko for urinretensjon, gastrointestinale obstruktive sykdommer, risiko for nedsatt gastrointestinal motilitet, alvorlig nedsatt nyrefunksjon, moderat nedsatt leverfunksjon, hiatushernie/gastroøsofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av øsofagitt, autonom neuropati. Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av en potent CYP 3A4-hemmer. Sikkerhet og effekt er ennå ikke undersøkt hos pasienter med en neurogen årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, somnolens og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt. **Interaksjoner:** samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, nelfinavir, itraconazol). **Dosering: voksne inkl. eldre:** 5 mg 1 gang daglig. Dosen kan økes til 10 mg 1 gang daglig etter behov. **Barn og unge:** sikkerhet og effekt er foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert. Bør derfor ikke brukes til barn. **Nedsatt nyrefunksjon:** pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance ≤ 30 ml/minutt) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **Nedsatt leverfunksjon:** pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. Tablettene kan tas uavhengig av mat og bør svelges hele med vann. **Pakninger og priser:** 5 mg: 30 stk. (blister) kr 406,50. 90 stk. (blister) kr 1149,40. 10 mg: 30 stk. (blister) kr 499,10. 90 stk. (blister) kr 1427,30. **T. re-fusjonsberettiget bruk:** motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode: ICPC: U04. Urininkontinens ICD: N39.4. Annen spesifisert urininkontinens. Vilkår:** Ingen spesifisert. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 05.01.2006. Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret: 01.09.2009. Astellas Pharma, Solbråveien 47, N-1383 Asker. Tlf: +47 66 76 46 00. Faks: +47 66 90 35 20. kontakt@no.astellas.com. www.astellas.no.

Virksomhetens art og hvor den drives

Foreningen er per 1.1.2007 godkjent som fagmedisinsk forening for spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer. Foreningens formål er å fremme utviklingen av faget gynekologi og obstetikk i Norge, samt medvirke i nordisk og internasjonalt samarbeid. Dette er en forening for hele Norge, som har kontoradresse i Lillehammer.

Forsknings- og utviklingsaktiviteter

Foreningen har for tiden ingen pågående forsknings- eller utviklingsaktiviteter.

Fortsatt drift

I samsvar med regnskapsloven § 3-3 bekreftes det at forutsetningen om fortsatt drift er lagt til grunn ved utarbeidelsen av regnskapet for 2009.

Arbeidsmiljø

Foreningen har ingen ansatte.

Likestilling

Styret består av tre menn og tre kvinner. Styret i foreningen har ikke funnet det nødvendig å iverksette tiltak med hensyntil likestilling.

Ytre miljø

Foreningen forurenser ikke det ytre miljøet.

Resultat, investeringer, finansiering og likviditet

Det foreligger etter styrets oppfatning ikke spesielle forhold vedrørende resultat, investeringer, finansiering eller likviditet som ikke fremgår av årsregnskap og noter.

Etter styrets oppfatning er det gitt rettvise oversikt over utviklingen og resultatet av virksomheten og dens stilling.

Balanse

	Noter 31-desember	
	2009	2008
Eiendeler		
Anleggsmidler		
kontormaskiner pc	6	11.395
Sum anleggsmidler	11.395	16.275
Omløpsmidler		
Fordringer		
Kundefordringer	46.350	15.100
Påløpte inntekter	0	64.000
Andre fordringer	46.360	
Sum fordringer	92.710	79.100
Kontanter og bankinnskudd	2.564.195	2.298.002
Sum omløpsmidler	2.656.905	2.377.102
Sum eiendeler	2.668.300	2.393.377

Formålskapital og gjeld

Formålskapital		
Fri formålskapital	2.198.421	2.040.549
Årets resultat	145.806	157.871
Sum opptjent formålkapital	7	2.344.227

Gjeld

Kortsiktig gjeld		
Levuaendørgjeld	73.689	67.068
Merverdiavgift	167.589	77.807
Påløpte kostnader	9	82.795
Sum kortsiktig gjeld	324.073	194.957
Sum formålkapital og gjeld	2.668.300	2.393.377

Årsrapport FUGO

Etter et aktivt år for FUGO i 2008, fulgte 2009 med et minst like høyt aktivitetsnivå.. Vi valgte å følge opp suksessen med å holde et kurs for LIS i forkant av årsmøtet, nå med temaet "Kolposkopi". Med fjorårets erfaringer ble oppgavefordeling og planlegging enklere å gjennomføre. Christian Tappert gjorde en fantastisk innsats som kursleder.

Styret 2009 har bestått av:

- Sissel Oversand, leder og ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology)-representant
- Ane Gerda Zahl Eriksson, nest-leder og NGF-representant
- Erik Andreas Torkildsen, varamedlem til NGF, nettansvarlig og PWG (Permanent Working Group)-representant.
- Vilde Rasdal Lehland, NFYOG (Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynecologists)-representant
- Christian Tappert, kursansvarlig og kasserer.
- Marte Myhre, sekretær og NFYOG representant.

Styret deltok på NGFs vårmøte i Stavanger 16-17. april, og hadde i den forbindelsen et styremøte.

ENTOG-utvekslingen i juni 2009 gikk til Ungarn, og som norsk deltaker reiste LiS Daniela Rozca fra Sykehuset Innlandet, Elverum. På det påfølgende ENTOG-møtet i Budapest deltok Ane Gerda Zahl Eriksson og Sissel Oversand. Erik Andreas Torkildsen var PWG-representant ved EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology)-møtet i Budapest samme helg.

Da NFYOGs seminar om "Third World Challenges in Obstetrics and Gynaecology" i København dessverre sammenfalt med ENTOGs aktiviteter, kunne bare Marte Myhre og Christian Tappert delta fra oss. I sammenheng med seminaret, ble det avholdt styremøte i NFYOG.

Så kom Kolposkopikurset i Fredrikstad den 2. September. Oppmøtet var svært godt og interessen stor. Tilbakemeldingene etter kurset var veldig gode, takket være kjempeinnsats fra foredragsholderne, professor Bjørn Hagen fra St. Olav hospital og overlege Caroline Ravndal fra Stavanger

Universitetssjukehus. Lokalkomiteen sto på og hjalp oss med organisering av lokaler og servering. Da vi denne gang hadde sikret oss støtte fra legeföreningens Fond I i forkant av kurset, gjorde dette at gjennomføringen av kurset ble mye smidigere enn året før.

Påfølgende dag var det generalforsamling i FUGO. Kristine Kleivdal (A-hus) og Pawel Wilkosz (Ringerike) ble valgt inn i styret som styremedlemmer, fra 1.1 2010. Hege Gjessing fra YLF holdt innlegg om LIS og rettigheter, samt at spesialitetskomiteen var til stede og gav en orientering om saker komiteen arbeider med.

I oktober hadde vi vårt siste styremøte, hovedsakelig for oppsummering og idéutveksling ang. nytt kurs, samt presentasjon av nye medlemmer. Etter forslag fra generalforsamlingen valgte vi Infertilitet som kurstema i 2010.

Til sammen har vi hatt 5 styremøter. Utgiftene har vært på 40.201 kr, og med et nylig utvidet budsjett på 50.000 kr, gikk vi 9799 kr i overskudd.

01.06.10 Sissel Oversand

En effektiv behandling ved overaktiv blære ^{1,2}

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

Urinveisspasmolytikum. 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 døsigheit, søvnhighet eller uklart syn. Alkohol kan forsterke døsigheit. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av andre antikolinerge legemidler eller midler som konkurrerer om CYP 3A4-metabolismen, kan øke hyppigheten eller alvorlighetsgraden av munntørrhet, forstoppelse og døsigheit. Andre antikolinerge legemidler er f. eks. amantadin og antiparkinsonmidler (biperiden, levodopa), antihistaminer, antipsykotika (fentiaziner, butyrofenoner, klozapin), kinidin, trisykliske antidepressiva, atropin og relaterte forbindelser som atropinspasmolytika og dipyridamol. 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, søvnhighet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, abdominalt ubehag. Hud: Elveblest, sopp. Luftveier: Øvre luftveisinfeksjon, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter. Sirkulatoriske: Hetetokter, palpitasjoner. Urogenitale: Urinretensjon, dysuria. Øvrige: Påført skade. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Antikolinerge effekter, som stimulering av sentralnervesystemet, rødme, feber, dehydrering, hjertearytmi, oppkast og urinretensjon. Behandling: Symptomatisk. Plasmakonsentrasjonen reduseres 1-2 timer etter fjerning av plasteret. **Egenskaper:** Klassifisering: Urinveisspasmolytikum. Virkningsmekanisme: Kompetitiv, selektiv muskarinreseptorantagonist. Relaksere glatt muskulatur i blæren, øker den maksimale blærekapasiteten og volumet for første detrusorisk kontraksjon. Dermed reduseres trang og hyppigheten av inkontinensepisoder og frivillig vannlating. Oksybutynin er racemisk. Antimuskarinaktiviteten er hovedsakelig i R-isomeren som viser større selektivitet for

muskarinsubtypene 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 (urgenkontinens).

Refusjonskode:

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

Vilkår: Ingen spesifisert

Mai 2010

Årsrapport EBCOG

I 2009 har det vært avholdt to Councilmøter. Det første i Budapest 13. og 14. juni i forbindelse med ENTOG-utvekslingen, det andre i Brussel 27.og 28.november. NGF var representert med to delegater, Rolf Kirchner og Runa S.Aabø, på begge møter. Erik Andreas Torkildsen møtte som PWG-representant på begge møtene.

EBCOG, - European Board & College of Obstetrics and Gynaecology, er en "Board and Section" dvs en arbeidsgruppe under Union Européenne des Médecins Spécialistes(UEMS). Formålet med EBCOG er å fremme kvinner og barns helse ved å sikre høyest mulig kvalitet på helsetjenester i alle europeiske land, særlig ved "harmonisering" av spesialistutdanningen. Dette er et svært viktig satsningsområde, og gjøres særlig ved 1) Inspeksjon (visitation) av utdanningsavdelinger, og 2) ved arbeidet i "Standing Committee on Training and Assessment" med utdanningsprotokoller

og log-bøker for å høyne kvaliteten på utdanningen i medlemslandene. Samarbeidet med ENTOG(European Network of Trainees in ObGyn) ansees som svært viktig. ENTOG har stemmerett i Council, og alle visitasjonene skal inkludere en utdanningskandidat.

Gjennom akkreditering og visitasjonsprogrammet ønsker man å stimulere de medlemslandene som enda ikke har et nasjonalt utdannings-og visitasjonsprogram innen generell gynekologi og obstetrik, til å utvikle et slikt program. Samarbeidet med de fire europeiske foreningene for subspecialitetene, ESGO (gyn-onkologi), EUGA(Urogynekologi), EAPM(perinatalmedisin)og ESHRE (reproduksjon) muliggjør akkreditering av utdanningsentra for subspecialisering. Høsten 2009 ble gynekologisk seksjon ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus, godkjent av ESGO

som den første utdanningsinstitusjonen for gynekologisk kreft i Norge.

Hvert annet år arrangerer EBCOG, i samarbeid med ESGO, EUGA, EAPM og ESHRE en bred, faglig kongress. Her vektlegges særlig sesjoner med "hands-on training". I 2009 ble det gjort evaluering av kongressen i Lisboa 2008 samt forberedelser til kongressen i Antwerpen mai 2010.

Styret i EBCOG 2009:

President: Prof Peter Hornnes, Danmark
 Visepresident: Prof Johan Van Wiemeersch
 Sekretær: Prof Chiara Benedetto, Italia
 Kasserer: Prof Wolfgang Holzgreve, Tyskland
 Styremedlem: Dr Rolf Kirschner, Norge
 Styremedlem: Prof Allan Templeton, UK

For info om EBCOG se www.EBCOG.org

22.06.10 Runa S.Aabø

En effektiv behandling med lav residivfrekvens¹

Aldara krem (imiquimod) stimulerer det medfødte og det ervervete immunsystemet som er vesentlig for å fjerne de HPV-infiserte cellene. En nyere studie viser at behandling med Aldara alene, eller i kombinasjon med ablasjon, gir vesentlig mindre residiv enn behandling med ablasjonsteknikk alene².

Referanse 1 og 2: Se preparatomtalen



Stimulerer immunsystemet lokalt



ATC-nr.: D06B B10

Aldara «Meda»

C Immunstimulerende middel.

T KREM 5%: 1 g inneh.: Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, stearylalkohol, hvitt myk parafin, polysorbat 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylpara-hydroksibenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, rensat vann.

Indikasjoner: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflattisk basalellekreft (sBCC) hos voksne. Klinisk karakteristisk, ikke-hyperkeratotisk, ikke-hypertrofisk aktinisk keratose (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/ eller akseptbarheten av kryoterapi og når andre lokale behandlingsalternativer er kontraindisert eller uaktuelle.

Dosering: Påføringshyppigheten og behandlingsvarigheten er forskjellig for hver indikasjon. Pasienten bør vaske behandlingsområdet med mild såpe og vann og tørke seg godt før påføring av kremen. Kremen skal gnis inn i behandlingsområdet til kremen forsvinner. Kremen bør være på i ca. 8 timer. Unngå dusj og bading etter påføring. Kremen fjernes med mild såpe og vann. Påføring av for mye krem eller forlenget kontakt med huden, kan medføre uttalte lokale reaksjoner. En engangspose er nok til å dekke et område på 20 cm². Etter påføring bør en åpen pose ikke brukes på nytt. Hendene må vaskes før og etter applikasjon. Ved glemt dose kan kremen påføres så snart pasienten husker det og så fortsette med den regelmessige planen. Ikke påfør krem mer enn 1 gang i døgnet. *Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:* Bør appliseres 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag eller tirsdag, torsdag og lørdag) for sengetid. Behandlingen bør fortsette til synlige genitale eller perianale kondylomer er forsvunnet, eller i maks. 16 uker ved hvert utbrudd. Median tid til tilheling hos menn og kvinner er hhv. 12 og 8 uker. *Overflattisk basalellekreft hos voksne:* Påfør kremen i 6 uker, 5 ganger pr. uke (f.eks. mandag til fredag) for sengetid. Behandlingseffekten skal bedømmes 12 uker etter avsluttet behandling. Ved ufullstendig tilheling, bør en annen terapiform benyttes. Unngå påsmøring av innvendige områder. Menn uten omskjæring, som behandler vorter under forhuden, må trekke forhuden tilbake og vaske området daglig. *Aktinisk keratose hos voksne:* Behandlingen skal startes og følges opp av lege. Påføres for sengetid 3 ganger ukentlig (f.eks. mandag, onsdag og fredag) i 4 uker. Etter 4 uker uten behandling bør legen vurdere det behandlede området for å bestemme om AK er fjernet, ev. gjentas behandlingen i ytterligere 4 uker. Maks. enkeltdose er 1 pose. Maks. anbefalt behandlingstid er 8 uker. Ved intense lokale inflammatoriske reaksjoner eller infeksjon i behandlingsområdet, bør det vurderes å avbryte behandlingen. I sistnevnte tilfelle skal adekvate tiltak iverksettes. Hver behandlingsperiode skal ikke overstige 4 uker, inkl. ev. glemte doser eller hvileperioder. Dersom behandlede lesjon(er) viser ufullstendig respons ved oppfølgingen 4-8 uker etter 2. behandlingsperiode, skal alternativ behandling benyttes.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet mot imiquimod eller andre innholdstoffer i kremen.

Forsiktighetsregler: *Veneriske vorter:* Det er begrenset erfaring ved behandling av vorter under forhuden hos ikkeomskårne menn. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosis, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjæring. God forhudshygiene bør derfor anbefales. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. erosjon, sårdannelse, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet med å trekke forhuden tilbake. Opptrer disse symptomene skal behandlingen stoppes umiddelbart. Imiquimod er ikke blitt testet for behandling av interne genitale vorter og er ikke anbefalt til behandling av kondylomer i urethra, vagina, cervix eller rectum. Behandling skal ikke startes i områder med åpne sår. Skulle det oppstå en ikke-tolerbar hudreaksjon, bør kremen vaskes av med mild såpe og vann. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har avtatt. Risikoen for utvikling av uttalte hudreaksjoner kan øke når det benyttes høyere doser enn de anbefalte. I sjeldne tilfeller er det observert uttalte lokale reaksjoner som har krevd behandling eller vært forbigående funksjonshemmende, hos pasienter som har benyttet den anbefalte dosering. Hos kvinner, hvor slike reaksjoner er oppstått ved urinrørsåpningen, har reaksjonene hos enkelte medført vanskeligheter med vannlating og i enkelte tilfeller har kateeterisering vært nødvendig. Det foreligger ikke klinisk erfaring med bruk umiddelbart etter annen lokal farmakologisk behandling av kondylomer. Okklusiv behandling av kondylomer anbefales ikke. Bruk av imiquimod bør ikke skje før det har vært tilheling etter annen kirurgisk eller farmakologisk behandling. Kremen bør vaskes av før seksuell aktivitet. Kan svekke kondomer eller pessarer. Samtidig bruk bør derfor unngås. Kan gi oppblussing av, eller forverre inflammasjonsstilstander i huden. Erfaringer hos pasienter over 65 år er begrenset. Hos immunsupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrensede data har vist en økt vortetilheling hos HIV-positive pasienter, men ikke i samme grad som hos HIV-negative. *Basalellekreft:* Imiquimod er ikke undersøkt ved behandling av basalellekreft innenfor et område på 1 cm fra øyelokkene, nese, lepper eller hårfestet. Under behandlingen og til fullstendig tilheling, vil det behandlede hudområdet trolig fremstå tydelig forskjellig fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse avtar vanligvis i intensitet ved behandlingen eller forsvinner når behandlingen er avsluttet. Det er en sammenheng mellom fullstendig tilheling og intensiteten av lokale hudreaksjoner (f.eks. erytem). Lokale hudreaksjoner kan være relatert til stimuleringen av den lokale immunresponsen. Dersom pasientens ubehag eller alvorlighetsgraden av den lokale hudreaksjonen er uttalt, kan en ta en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas når hudreaksjonen har avtatt. Hjelpestoffene cetylalkohol, stearylalkohol, metyl- og propylparahydroksibenzoat, kan gi allergiske reaksjoner. Skal benyttes med forsiktighet hos pasienter med reduserte hematologiske reserver. *Aktinisk keratose:* Lesjoner som er klinisk atypiske eller som gir mistanke om kreft, bør undersøkes med vesprøve for å bestemme egnethet for imiquimod eller ikke evaluert for behandling av AK på øyelokkene, inne i neseborene eller ørene eller leppeområdet innenfor vermilliongrensen. Det finnes svært begrensede data vedrørende markert overdosering av imiquimod ved behandling av AK på andre anatomiske områder enn ansiktet og hodebunnen. Tilgjengelige data vedrørende imiquimodbehandling av AK på underarmene og hendene gir ikke grunnlag for anbefaling av slik bruk. Imiquimodbehandling anbefales ikke ved AK-lesjoner som ikke trekkes på dette grunnlaget. Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. *Overgang i morsmelk:* Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) av imiquimod er detektert i serum eller enkelte eller multiple lokalt appliserte doser. Spesifikke anbefalinger vedrørende amming kan ikke gis.

Graviditet/Amning: *Overgang i placenta:* Opplysninger mangler. Data fra et begrenset antall graviditeter foreligger, men generelle konklusjoner kan ikke trekkes på dette grunnlaget. Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. *Overgang i morsmelk:* Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) av imiquimod er detektert i serum eller enkelte eller multiple lokalt appliserte doser. Spesifikke anbefalinger vedrørende amming kan ikke gis.

Bivirkninger: Vanlige bivirkninger er lokale reaksjoner som erytem, erosjon, avskalling og ødem. Indurasjon, sårdannelse, skorpedannelse og vesikler er mindre vanlig. Hudreaksjoner på nær-liggende områder, hovedsakelig erytem, forekommer også. Lokale hudreaksjoner som erytem er sannsynligvis en konsekvens av den farmakologiske effekten av imiquimod. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. Ved behandling av basalellekreft er det en direkte sammenheng mellom intensitet av lokale reaksjoner og tumor tilheling. De fleste hudreaksjoner er milde til moderate i alvorlighetsgrad, og blir borte innen 2 uker etter avslutning av behandlingen. I sjeldne tilfeller har reaksjonene vært kraftige og nødvendiggjort behandling og/eller medført nedsatt funksjonsevne. I svært sjeldne tilfeller har uttalte reaksjoner i urinrørsåpningen medført dysuri hos kvinner. *Hyppige (>1/100):* Hud: Erytem, kløe, svie, smerte på applikasjonsstedet, infeksjon, pustula. *Mindre hyppige:* Øvrige: Hodepine, influensalignende symptomer. Lokal hypo- og hyperpigmentering etter bruk av imiquimod er rapportert. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. den minimale percutane absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan resultere i alvorlige lokale hudreaksjoner. Etter utslippet oralt inntak kan det opptre symptomer som kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber etter en enkel dose på 200 mg imiquimod. Den alvorligste kliniske bivirkning rapportert etter oralt inntak av >200 mg imiquimod er hypotensjon. Blodtrykket kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjonens anbefalinger D06B B10. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Immunstimulerende middel. **Virkningsmekanisme:** Imiquimod modifiserer immunresponsen. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor for imiquimod på responderende immunceller. Imiquimod har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er imiquimod effektiv mot virusinfeksjoner og virker som et anti-tumorstoff prinsipielt ved å induisere alfainterferon og andre cytokiner. Dette er også vist i kliniske studier. Økning i systemiske nivåer av alfa-interferon og andre cytokiner som følge av lokal påføring av imiquimod er påvist i en farmakokinetisk studie. *Absorpsjon:* <0.9%. *Utskillelse:* Hurtig via urin ca. 66% og feces ca. 33%.

Pakninger og priser: 12 x 0,25 g kr 719,70.

Refusjon: Se refusjonslisten: D06B B10 Refusjonsberettiget bruk: Lokalbehandling av mindre overflattisk basalellekreft (sBCCs) hos voksne. Ved immunsvikt: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata). Palliativ behandling i livets sluttfase. Refusjonskode: ICPC B99 Immunsvikt INA. ICPC S77 Basalellelekarisom. ICD C44 Andre ondartede svulster i hud. ICD D80 Immunsvikt med overveidende antistoffmangel. ICD D81 Kombineret immunsvikt. ICD D82 Immunsvikt forbundet med andre større defekter. ICD D83 Vanlig variabel immunsvikt. ICD D84 Annen immunsvikt. Vilkår 31: Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemiddel til seg selv på blå resept. Vilkår 167: Refusjon ytes kun i tilfeller der eksisjonkirurgi er vurdert som uegnet eller ønsket av særlige kosmetiske hensyn.

Referanser:

- Edwards et al. Arch Dermatol 1998;25-30
- Schöfer H. et al. Eur J Dermatol. 2006;16(6):642-648



Årsrapport NFOG

The Board of Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG)

President: Seija Grénman, Finland

Secretary General: Ragnheidur I. Bjarnadottir, Iceland

Treasurer: Thea Lousen, Denmark

National representatives: Morten Lebech (DSOG), Juha Tappanainen (SGY), Arnar Hauksson (FIFK), Rolf Kirschner (NFG), Ulf Högberg (SFOG).

Other members of the board: Reynir T. Geirsson, Iceland (Acta), Alexander K. Smarason (Chairman of Scientific Committee), Anders Atke, Denmark (Chairman of Educational Committee), Stig Hill, Norway (Chairman of NFYOG), Peter Secher, Denmark (Webmaster), Peter Hornnes, Denmark, Congress President of NFOG 2010.

Internal Auditors: Ditte Trolle (Denmark) and Nils-Erik Backas (Finland).

External Auditor: Bo Hendriksen, Aaen & Co

Board meetings

During 2009 the Board of NFOG had 2 meetings.

Economy, budget, accounts

The economy of NFOG was in good balance in 2009 under the surveillance of the treasurer Thea Lousen. According to the preliminary accounts, the total income was 2.403,112 DKK compared with the budget for the year 2008 which was 2.210.000 DKK. The income consisted of membership and subscription fees in addition to an extraordinary income (royalties) of 108.112 DKK. The total costs were less than budgeted: - 2.043.746 DKK vs. -2.150.100 DKK. The cost of the NFOG Board meetings has been slightly less than budgeted (-397.694 DKK vs. -400.000 DKK). The editorial expenses of Acta are currently higher than budgeted (-1.260.646 vs. -1.219.000 DKK). Less has been used for the Committees (-174.237 vs. -240.000

DKK), including the Visitor program and for the Special Initiatives; which includes the Collaborative and Twinning programs (-83.655 vs. -150.000 DKK). However, not all Special Initiatives have been claimed for yet. The Educational Course on Vulva Disease had a small deficit of 35.920 DKK. The operating result was: 359.366 DKK (budget 60.000 DKK). The financial income was 2.403.112 DKK (budget 2.210.000). The preliminary result for the year 2009 was 605.799 DKK (budget 210.000 DKK), which is a higher surplus than in previous years.

Acta

Reynir Geirsson was the chief editor of Acta in 2009 and worked together with the Editorial Board to improve the journal. More resources were given to Acta, and a special Review Editor was nominated from among the existing editors (Niels. Uldbjerg). The publisher of Acta in 2009 was Informa Healthcare. Eva Christina Sterner continued as the Editorial Manager with the Chief Editor. A slightly increasing impact factor of Acta and an even higher 5-year impact factor (1.699) reflected a good scientific profile. The rejection rate increased and was around 67-70 %. Acta changed wholly to electronic submission system in 2009. The economy of Acta was favorable.

Support to education and co-operation

The board of NFOG started the NFOG Visitor Program in 2003 and altogether 29 specialists have visited another Nordic country within this program. In 2009, 5 applications were approved for the Visitor Program. In addition, seven applications for the Visitor Program for 2010 were reviewed by the Scientific Committee and five of them approved. The feedback on the program has been very positive. A new opportunity for scientific collaboration has been announced during 2008, "the NFOG Collaborative Program". The aim of this program is to

encourage scientific collaboration between at least two Nordic countries. Four applications for the Collaborative Program were approved in and three applications have been reviewed and approved for the year 2010.

Website (www.nfog.org)

The NFOG website was established in 2001. Peter Secher is the webmaster of www.nfog.org.

Since the beginning, the website has gained an increasing number of visitors. The number of daily visitors has increased steadily from an average of 20 in 2004 to about 40 in 2008.

In 2008 the activities consists of:

- The publication of the board meeting minutes was introduced.
- The thesis registry has been updated regularly
- The thesis registry lottery was introduced, in order to attract authors to submit new theses.
- An introduction to the members of how to get free internet access to ACTA.
- Various courses of interest to Nordic colleagues have been made available to visitors and frequently updated.

Committees

Alexander K. Smarason was the chairman of the Scientific Committee in 2009. The Scientific Committee assessed the applications to the Visitor and Collaborative programs.

Anders Atke was the chairman of the Educational Committee in 2008. The Educational Committee developed a new model for educational courses in 2008 to replace the Hot Topics meetings. The first NFOG Specialist course was held in Copenhagen 18-19th of November 2009. The topic was Vulvar disease and the course was "sold out" with 147 participants and

considered to be a success. The aim is to have yearly NFOG Educational courses in the future.

NFYOG

NFYOG has been represented by Stig Hill. The support from NFOG to NFYOG in 2009 was 100 000 DKK. NFYOG held their symposium, "Third world challenges in obstetrics and gynecology: issues, facts and personal experiences" in Copenhagen 12th-13th of June 2009.

EBCOG

Peter Hornnes was elected president of EBCOG in November 2008. He had previously been treasurer of EBCOG. Rolf Kirschner was elected executive member.

FIGO and Twinning program

Seija Grenman was elected member of the executive board of FIGO in 2009. She will attend Board meetings at least once a year to keep the NFOG board informed about the activities of FIGO. The twinning project, which FIGO has organized to 12 developing countries to strengthen their National Societies of Obstetricians and Gynecologists was ongoing in 2009. Pakistan was twinned to Sweden and Nigeria was twinned with Denmark but NGF has offered to assist DSOG in twinning with Nigeria.

General

The aim of the present NFOG board is to enhance clinical and scientific collaboration between the Obstetricians and Gynecologists in the Nordic countries. The

NFOG Visitor program has been conducted since 2003 and in 2008 NFOG introduced a grant to promote Nordic collaboration research, diagnosis and management of rare diseases within the field of Obstetrics and Gynecology. The president of NFOG and the chairman of the scientific committee have written columns and news letters to the bulletins of the National Societies. Reports on both EBCOG's and FIGO's activities have been included in the agenda of each NFOG board meeting.

On behalf of the board of NFOG,
March 30th, 2010

Seija Grénman Ragnheidur I. Bjarnadottir
President Secretary General
NFOG NFOG

NFOG Awards and prizes 2010

To encourage scientific work in the Nordic countries NFOG gave scholarships, award and prizes at the NFOG congress in Copenhagen in June.

- **Young scientist award**, 20.000 DKK: Anna Kanerva Finland.
- **Acta prize**, 20.000 DKK: **Nanneli Pallasmaa Finland.**
- **Lillehammer scholarships**, 20.000 DKK each: **Barbara Geppert Sweden and Jeanett Østergaard Denmark.**
- **NFOG thesis registry lotto 2008 and 2009**, 2.500 DKK each: **Tine Dalsgaard Clausen Denmark, Marja Sarkola Finland, Karolina Partheen Sweden and Jouko Järvenpää Finland.**
- **Prizes for poster at the congress**, 10.000 DKK, each: **Sigrún Perla Böövarsdóttir Iceland, Sys Nikolajsen Denmark and Outi Uimari Finland.**
- **Prizes for free communication presentation at the congress**, 10.000 DKK each: **Anna Möller Sweden, Christina Damsted Petersen Denmark and Nils-Halvdan Morken Norway.**

Knut Hordnes
NFOG Scientific Committee

Loette 28

Antikonseptjonsmiddel ATC-nr: G03A A07
TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneh.: Levonorgestrel 100 µg, etinylostradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneh.: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

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

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

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

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

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

med aura) som bruker kombinasjons-p-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatrighyleridemi kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendig-gjøre seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tabletene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tabletene. Start deretter direkte på et nytt brett. **INTERAKSJONER:** Nedsatt serumkonsentrasjon av etinylostradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinylostradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinylostradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermdepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinylostradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinylostradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinylostradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramid, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinylostradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinylostradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f. eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinylostradiol. Konsentrasjonen av etinylostradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyclin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinylostradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å indusere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-p-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

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

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

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

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

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

Sist endret: 19.08.2009
(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Pfizer AS - Postboks 3 - 1324 Lysaker
Telefon 67526100 - Telefax 67526192 - www.pfizer.no

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLOSTRADIOL 20µg

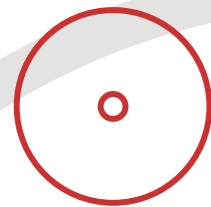
...en lavdosert p-pille¹

Trygg bruk av p-piller

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

Ref.: Statens legemiddelverk

Kjære FUGO medlemmer!



FUGO

Da er endelig Årsmøtet i Arendal snart her, og i den forbindelse benytter jeg min siste mulighet til å reklamere for årets FUGO –arrangerte kurs. Temaet er Infertilitet, og kurset holdes på Sørlandet sykehus, Arendal, onsdag 1/9 (dagen før årsmøtet) fra kl.12.00. Vi gleder oss til å høre Romundstad, Tanbo og Kahn forelese i dette temaet, noe vi håper vil bli oppklarende for alle LIS som føler seg usikre i møtet med denne type pasienter. Dette er jo også bakgrunnen for at vi valgte infertilitet som tema, da det dekkes dårlig av de obligatoriske kursene i faget.

Påfølgende dag håper vi å se mange av dere på FUGOs formøte (FUGO årsmøte og generalforsamling). Det er behov for en del utskiftninger i styret, og vi trenger nye, engasjerte styremedlemmer. Styrearbeid i FUGO gir en unik erfaring og bidrar til en bredere forståelse i utdanningsøyemed.



I tillegg får vi besøk av en representant fra ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynecology) som vil holde et innlegg om utdanning i et europeisk perspektiv. Det er enorme forskjeller i arbeidsforhold, vaktbelastning og ikke minst lønsvilkår mellom landene, og ENTOG arbeider for å bedre karene i de landene der det står dårligst til. Visjonen er også å få til større muligheter for jobbing på tvers av landegrensene. Det vil bli rom for diskusjon og spørsmål.

VI SEES I ARENDAL!

Mvh, Sissel H. Oversand, 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	

Generalforsamling og Årsmøte FUGO 2010

Sted Arendal kulturhus, Arendal

Tid Torsdag 2. september 2010 kl 10:00 – 12:00

Program for FUGO årsmøte:

10:00 – 10:30	Generalforsamling v/ leder Sissel Oversand og FUGO-styret
10:30 - 10:45	Spesialitetskomiteen v/leder Jakob Nakling
10:45 – 12:00	ENTOG/utdanning i Europa v/president Nuno Martins

Saksliste generalforsamling 10:00:

1. Valg av ordfører og referent.
2. Godkjenning av innkalling.
3. Presentasjon av FUGO styret 2010.
4. Årsrapport FUGO.
5. Økonomi FUGO.
6. Rapport fra NGF.
7. Rapport fra internasjonalt arbeid: 1. NFYOG. 2. ENTOG.
8. Saker fra medlemmene
9. Valg av nytt FUGO styre.
10. Utveksling 2010
11. FUGO videre; Evaluering av pre-årsmøte kurset. Forslag til nye emner?
12. Eventuelt.

Vi gjør oppmerksom på at saker fra medlemmene til dagsorden må sendes til FUGOs sekretær Kristine Kleivdal senest 4 uker før generalforsamlingen (kristine.kleivdal@gmail.com)

Kjære kollega!

Norsk gynekologisk forening skal ha årsmøte i Arendal 2. - 4. september 2010 og vi som arbeider på avdelingen i Arendal gleder oss til å møte kollegaer og venner her nede på Sørlandet. Det er et spennende og engasjerende program med muligheter for gode faglige og fagpolitiske diskusjoner.

Arendal var en tradisjonell seilskuteby i seilskipenes storhetstid på 1700- og 1800-tallet. Vi har derfor gleden av å invitere dere om bord og på tur med Skoleskipet «Sørlandet» ut mellom holmer og skjær, og tilbake til et hyggelig arrangement i Arendal Havn. Byen har dessuten mye mer å by på så vi skal gjøre vårt beste for at dere skal få innholdsrike og hyggelige dager i Arendal

Velkommen til Arendal!

Lars Jul Hansen, Magne Halvorsen, Arild Kloster-Jensen, Ole-Georg Torjusen, Viktor Hoverud, Christina Persson, Elsbeth Frivoll, Fride Efstad Austad, Vilde Rasdal Leiland, Tove Andreassen, Trond Melbye Michelsen, Hildur Ljosland, Astrid H Liavaag



© Region Arendal Tourist Office

Generalforsamling NGF 2010

Program generalforsamlingen NGFs årsmøte 2010, Arendal, fredag 3. september kl 16.30-18.00

- Valg av dirigent og referent
 - Minnestund
 - Årsmelding 2009
 - Regnskap 2009
 - Revidert budsjett 2010
 - Budsjett 2011
 - Rapport fra diverse utvalg og komiteer
- Saker fremlagt av medlemmene**

Saker fremlagt av styret:

- **Flytting av årsmøtetidspunkt til uke 43.**
Jfr. diskusjon på forrige årsmøte. Styret foreslår å legge årsmøtene til samme uke som årsmøtene til de fagmedisinske foreningene i andre store kirurgiske fag.
Forslag til vedtak: Fra 2012 avholdes NGFs årsmøte i uke 43.
- **Frikjøp av NGFs leder.**
Jfr. diskusjon på forrige årsmøte. Styret foreslår at det gis adgang til frikjøp av leder
Forslag til vedtak: Styrets leder kan frikjøpes med inntil 20 %.
- **Valg av årsmøtearrangør 2012**
Forslag til vedtak:

Orienteringssaker:

- Internasjonal arbeidsgruppe
- Nytt gjennombruddsprosjekt om keisersnitt
- Overtidssaken
- Rekruttering av ny redaktør for NGFs hjemmesider
- Kvalitetsutvalget
- NGFs vårmøte (vårkurs) 2011

Eventuelt:

Program NGF Årsmøte

Arendal 2.-4.september 2010

Arendal Kulturhus/Clarion Hotel Tyholmen - Thon Hotel Arendal - Park Inn
Alle symposier og foredrag pågår i Plenumsalen i Kulturhuset - Lunsj foregår i 2. etasje
www.legeforeningen.no/ngf

Onsdag 1/9

Arrangement tilsluttet i tid men forøvrig uavhengig av Årsmøtet:
FUGO: Kurs i Infertilitet Se program på s. 47

Torsdag 2/9

Formøter

10.00-12.00 Egen sal: Norsk Urogynkologisk Gruppe: NUGG Se program på s. 32
10.00-12.00 Egen sal: Forening for Utdanningskandidater i Gynekologi og Obstetrikk: FUGO
10.00-12.00 Egen sal: Praktiserende Spesialisters Landsforening: PSL Se program på s. 32
10.00-12.00 Egen sal: Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi: NFGO Se program på s. 33

12.15-13.45 "Gynekologien mot 2020" - Lunsjsymposium i regi av Nycomed. Se program s. 33

12.00-14.00 Lunsj

Årsmøte 2010

14.00-14.30 Ordfører i Arendal Torill Rolstad Larsen ønsker velkommen
Åpning av Årsmøtet: Leder i NGF, Bjørn Backe
Kulturelt innslag med Espen Larsen med venner
14.30-15.30 History of Intrapartum Fetal Assessment. Gary Dildy III, Maternal Fetal Medicine Center at St. Mark's Hospital, Salt Lake City, Utah

15.30-16.00 Pause

Fagpolitisk debatt

1) Et trygt fødetilbud? Konsekvenser av Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner
2) Faste stillinger for LIS'er? Torunn Janbu, Arne Laudal Refsum og Ole Jakob Nakling.

18.30 - 24.00 "Get Together" i Skoleskipet Sørlandet med matservicing og dans med Andreas band.

Fredag 3/9

Obstetrikk:

08.30-10.00 Predicting Spontaneous Preterm Birth. Gary Dildy III
08.30-09.00 Fosterovervåking med STAN. Hva skjer? Jørg Kessler.
09.00-09.30 Variasjoner i fødselshjelp i Norge: institusjonsbasert statistikk. Stein Emil Vollset
10.00-10.30 Pause

Frie foredrag sesjon 1: Obstetrikk

- VAGINA OG PERINEUM UNDER SVANGERSKAP OG ETTER FØDSEL
Olsen IP, Wilsgaard T, Kiserud T
- BLIR RETNINGSLINJENE FOR SVANGERSKAPSOMSORGEN FULGT BLANT INNVANDRERKVINNER I NORD-LAND?
Skogøy K, Rakovan M, Claudi T, Blix E
- ULTRALYD VED LANGSOM FRAMGANG I FØDSELEN
Torkildsen EA, Salvesen KÅ og Eggebø TM
- MORS ALDER OG RISIKO FOR FOSTERDØD: HAR GESTASJONSLENGDE EN BETYDNING?
Haavaldsen C, Sarfraz AA, Samuelsen SO, Eskild A
- HVOR INTENST KAN TOPPIDRETTSKVINNER TRENE I ANDRE TRIMESTER UTEN FARE FOR FOSTERET?
Salvesen KÅ
- EFFEKT AV PREGESTASJONELL MATERNELL SYKDOM, OBSTETRISKE OG PERINATALE UTFALL PÅ EKSTREMT FOR TIDLIG FØDSEL
Wang Y, Tanbo T, Ellingsen L, Åbyholm T, Henriksen T
- UTREDNING VED INTRAUTERIN FOSTERDØD – SCREENING ELLER MÅLRETTET UNDERSØKELSE?
Berge LN, Løkvik B, Jacobsen AF
- B-FLOW. EN NY DOPPLER-UAVHENGIG TEKNIKK FOR AVBILDNING AV BLODSTRØM OG KARDIO-VASKULÆR PATOLOGI VED FOSTERUNDERSØKELSER.
von Brandis P
- AGE AT MENARCHE AND PELVIC GIRDLE PAIN IN PREGNANCY

Bjelland EK, Eberhard-Gran M, Nielsen CS, Eskild A

12.00-13.00 Lunsj

Frie foredrag sesjon 2: Obstetrikk

- MATERNELL VEKTØKNING OG FOSTERETS ABDOMINAL OMKRETS I ANDRE TRIMESTER
Hellebust H, Johnsen SL, Rasmussen S, Kiserud T
- EFFEKT AV AMMING PÅ BEIN MICRO-STRUKTUR
Bjørnerem Å, Ghasem-Zadeh A, Vu T, Seeman E
- KLASSIFISERING AV PREEKLAMPTISKE SVANGERSKAP I HELSEREGISTRE.
EN EVALUERING AV INKLUSJONSKRITERIER OG SVANGERSKAPSREGISTRERING I MEDISINSK FØDSELSREGISTER.
Vestheim LC, Austgulen R, Melve KK, Roten LT, Tappert C, Araya E, Tollaksen K, Bærheim G, Leuchsner H, Fenstad MH, Macsali F, Bjørge L.
- OVERLAPP- ELLER ENDE-TIL-ENDE-REPARASJON VED SFINKTERSKADE? EN RANDOMISERT UNDERSØKELSE.
Rygh AB, Körner H
- PLOMMESEKKEN: PÅVIRKES DEN AV MORS VEKT OG KROPPSSAMMENSETNING?
Tveit HM, Johnsen SL, Kiserud T
- PÅVIRKER DEN GRAVIDES VEKT OG KROPPSSAMMENSETNING FOSTERETS BUKOMFANG FØR UKE 14?
Trae G, Johnsen SL, Kiserud T
- FEMURLENGDE-MÅL AFFISERES AV STRÅLEBREDDEN I ULTRALYDMASKINENE OG FORANDRES OVER TID
Økland I, Bjåstad TG, Johansen TF, Gjessing HK, Grøttum P, Eik-Nes SH
- STRESSFUL PREGNANCIES AND OFFSPRING SEX RATIO: EFFECTS OF MATERNAL AGE
Rueness J, Haavaldsen C, Vatten L, Eskild A
- INNPUST DET ER TINGEN! UNDER FOSTERETS INSPIRASJON AVKLEMMES LAVT OKSYGENERT BLOD I VENA CAVA INFERIOR TIL FORDEL FOR MORKAKEBLOD TIL HJERTET
Nyberg MK, Johnsen SL, Kiserud T

14.30-15.00 Pause

Frie foredrag sesjon 3: Gynekologi

- MÅ KVINNER I NORGE HA LØNNSINNTÆKT FOR Å FÅ BARN?
Eskild A, Grutle N, Grytten J
- BEHANDLING AV ENDOMETRIE POLYPPER. EN SYSTEMATISK GJENNOMGANG AV LITTERATUREN.
Lieng M, Istre O, Qvigstad E
- BEINETS STRUKTURELLE DESIGN BIDRAR TIL BEINTAP VED MENOPAUSE
Bjørnerem Å, Ghasem-Zadeh A, Bui M, Wang X, Rantzaü C, Nguyen TV, Hopper JL, Seeman E
- VAGINAL HYSTEREKTOMI SOM DAGBEHANDLING
Hauso W, Ellstrøm-Engh M
- FREMRE KOLPORRHAFI VERSUS TRANSVAGINALT NETT. EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE. I ÅRS RESULTATER
Kinne I, Altman D, Vairynen T, Axelsen S, Ellstrøm-Engh M, Falconer C
METFORMINBEHANDLING AV GRAVIDE PCOS KVINNER – EN PROSPEKTIV, RANDOMISERT, NORSK MULTISENTER STUDIE
Vanky E, Stridsklev S, Heimstad R, Romundstad PR, Skogøy K, Kleggetveit O, Hjelle S, Brandis v P, Eikeland T, Flo K, Berg KF, Bunford G, Lund A, Bjerke C, Almås I, Berg AH, Danielsson A, Lahmami G og Carlsen SM

16.00-16.30 Pause

Generalforsamling i Plenumsalen

19.30 Appetittvekker, deretter bankett i Plenumsalen i Arendal kulturhus. "Gynekologballetten": Hva feiler deg Rosa? Arendal Big Band spiller til dans.

Lørdag 4/9

Gynekologi:

09.00-10.30 Vaginal hysterektomi – historikk og metodevalg. Trond Melbye Michelsen
09.00-09.30 Kontroll etter gynekologisk kreftbehandling – når og hvor? Ingvild Vistad
09.30-10.00 HPV-testing i primærskanning – hva er status? Bjørn Hagen

10.30-11.00 Pause

Frie foredrag sesjon 4: Obstetrikk

- FØDSELSINDUKSJON I KRISTIANSAND
Lomheim MS, Vistad I
- ALVORLIG POSTPARTUM BLØDNING OG OBSTETRISKE INTERVENSJONER – ER TENDENSEN ØKENDE?
Rossen J, Økland I, Nilsen OB, Eggebø TM
- PLACENTAL WEIGHT AND THE RISK OF EXCESS POSTPARTUM BLEEDING: A POPULATION STUDY OF 308 717 SINGLETON PREGNANCIES
Eskild A, Vatten L

28	NORWEGIAN OBSTETRICIAN'S OPINIONS ABOUT CESAREAN SECTION ON MATERNAL REQUEST: SHOULD WOMEN PAY THEMSELVES? Fuglenes D, Øian P, Gyrd-Hansen D, Olsen JA, Kristiansen IS
29	OVERTIDIGE SVANGERSKAP – ER DET FARLIG MED SELEKTIV EKSPEKTANSE? Kessler J, Augensen K, Albrechtsen S
30	VENØS LEVERBLODSTRØM OG REGULERING AV FOSTERVEKST: EVIDENS FRA MAKROSOME FOSTRE Kessler J, Rasmussen S, Godfrey K, Hanson M, Kiserud T
12.00-13.00	Lunsj
13.00-13.50	Frie foredrag sesjon 5: Obstetrikk/Gynekologi
31	EPIDURALBEDØVELSE UNDER FØDSEL FØRER TIL MATERNELL OG NEONATAL HYPERTERMI Staude MA, Backe B
32	RUTINEKONTROLLER ETTER GYNEKOLOGISK CANCERBEHANDLING: EN NASJONAL KARTLEGGINGSS-TUDIE Moy BW, Liavaag AH, Michelsen TM, Salvesen HB, Vistad I
33	VAGINAL HYSTEREKTOMI I ARENDAL 2007 – 2009 Austad FE, Liavaag AH, Vistad I, Leikanger K, Kloster-Jensen A, Lehmann S, Michelsen TM
34	SEKSUALFUNKSJON ETTER RISIKO-REDUSERENDE SALPINGO-OOFORREKTOMI Michelsen TM, Dahl AA, Dørum A
35	ANTERIOR COMPARTMENT BUT NOT POSTERIOR COMPARTMENT PROLAPSE IS ASSOCIATED WITH LEVA-TOR HIATUS AREA. A 3D/4D TRANSPERINEAL ULTRASOUND STUDY Majida M, Brækken IB, Bø K, Ellstrøm Engh M
13.50-14.00	Avslutning. Priser for beste foredrag.

Program for formøtet NUGG, 2. september 2010

10.00-10.05	Åpning. <i>Ingard Nilsen, overlege UNN Tromsø</i>
10.05-10.25	3D endoanal UL bedømming og 3D vaginal ultralyd av analkanalen – sammenligning av metoder. <i>Ingrid Petrikke Olsen, overlege Hammerfest sykehus</i>
10.25-10.30	Diskusjon
10.30-10.50	Preliminære resultat av bekkenbunnsuskelfunksjon ved bruk av vaginal vibratorprobe. <i>Ingard Nilsen, overlege UNN Tromsø</i>
10.50-10.55	Diskusjon
10.55-11.00	Pause
11.00-11.20	Urodynamikk, hva med mindre sykehus? <i>Hans Krogstad overlege UNN Harstad</i>
11.20-11.25	Diskusjon
11.25-11.45	Ett års resultater av inkontinensoperasjon med Ajust slynge ved AHUS. <i>Memon Majida, overlege KK A-hus</i>
11.45-12.00	Komplikasjonskvarter

Program for formøtet PSL (Praktiserende Spesialisters Landsforening), 2. september 2010

10.00-10.15	Velkommen <i>Praktiserende spes. Runa S. Aabø</i>
10.15-10.45	"Har du orden i eget hus?" Kvalitetssikring i praksis <i>Spesialrådgiver Mette Myhrhaug, Sykehuset Asker og Bærum</i>
10.45-11.00	ISO-sertifisering i praksis- hvilke erfaringer har vi gjort oss? <i>Praktiserende spes. Oskar Johan Skår</i>
11.00-11.15	Kort orientering: krav om Bedriftshelsetjeneste og HMS i praksis <i>Praktiserende spes. Kari Anne Trosterud</i>
11.15-11.45	Prosedyre for inkomplett abort, missed abortion og blighted ovum i praksis <i>Praktiserende spes. Runa S. Aabø</i>

Program for formøtet til Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO), 2. september 2010

Møteleiar:	Ingrid Baasland, styremedlem NFGO
10.00 – 10.20	Aloxi® - Moderne kvalmebehandling ved kjemoterapi Bjørn Augdal, Key Account Manager Swedish Orphan Biovitrum 223
10.25 – 11.45	Sarkom i uterus a. Histopatologisk klassifisering/- undersøking. Betyding b. Diagnostikk, behandling og kontrollar Overlege dr med Vera Maria Abeler, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet, Patologiklinikken Overlege dr med Gunnar Kristensen, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet, Avd for gynekologisk kreft



Velkommen til TachoSil® lunsjsymposium

Sted: Bystyresalen i Arendal kulturhus
Dato: Torsdag 2. September
Tid: 12:15 – 13:45
Servering: Lunsj

Program:
"GYNEKOLOGIEN MOT 2020"

12:15 Hvordan bevare fruktbarhet hos unge kvinner med kreft?
v/ seksjonsleder Tom Gunnar Tanbo, Oslo Universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse.

12:40 Endometriose – hvilke feller bør en unngå.
v/seksjonsoverlege Anton Langebrekke, Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål, Kvinne- og barndivisjon, Kvinneklinikken

12:55 Gynekologisk kreftkirurgi: laparoskopi, med og uten robot
v/ seksjonsoverlege Kurt Sachse, Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål, Kvinne- og barndivisjon, Kvinneklinikken

13:10 Utvikling av endoskopisk kirurgi i gynekologien
v/ klinikkisjef Bjørn Busund, Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål, Kvinne- og barndivisjon, Kvinneklinikken

13:35 Produktinformasjon TachoSil®
v/prod.spesialist Aina Nordhaug og salgssjef Gry Molvær, Nycomed

Symposiet er sponset av 

Påmelding via påmeldingslinken til CIC Gruppe & Spesialreiser as
Begrenset kapasitet i møtelokalet. Påmelding etter først til mølla prinsippet.

I. VAGINA OG PERINEUM UNDER SVANGERSKAP OG ETTER FØDSEL

[Olsen JP](#)¹, [Wilsgaard T](#)², [Kiserud T](#)³

¹Gyn/Obst. avd. Hammerfest Sykehus; ²Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø; ³Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen.

Bakgrunn Vaginas rolle i svangerskap og fødsel er lite diskutert i klinisk praksis og i faglitteraturen. Perineum er gjerne affisert ved fødsel.Vi har undersøkt lengden av vagina og perineum hos 2 grupper kvinner.

Metode 20 0-gravida og 23 friske førstegangsgravide ble rekruttert etter styrkeberegning, protokoll og samtykke godkjent av REK. Alder, BMI og fødselsrift ble registrert.Vaginas høyre side ble visualisert ved hjelp av vaginalt spekel og lengden avmerket på en trespatel. Et måleband ble lagt mot perineum og dets høyde avmerket. Perineum ble definert som avstanden fra bakre vaginale fourchette til midt på anus. De gravide kvinnene ble fulgt longitudinelt i svangerskapsuke 18, 28, 36 og 3 måneder etter fødsel. Lineare miksedede modeller ble brukt for å studere forskjeller mellom måletidspunktene, og t-test mellom de to gruppene av kvinner. Signifikansnivå på 5 % ble benyttet.

Resultater I 0-gravida-gruppen var gjennomsnittlig alder 26 år (20-32), BMI 24 (SD 4.1).Vaginas lengde var 7.16 (1.1) cm og perineum 2.31 (0.14) cm. De gravide var gjennomsnittlig 27 år (19-37), BMI var henholdsvis 27, 27, 29 og 3 måneder etter fødsel 25.Vaginas lengde var henholdsvis 7.64 (0.9), 8.82 (2.5), 10.3 (1.5) og etter fødselen 8.78 (1.4) cm med påvisbar forskjell mellom målingene i svangerskapet og mellom første og siste måling, alle p < 0.05. Perineum var henholdsvis 3.13 (0.58), 3.22 (0.57), 3.32 (0.67), 3.11 (0.57) cm og hypotesen om likhet mellom tidspunktene kunne ikke forkastes, p = 0.56. 10 av kvinnene fikk perinealrift grad I eller 2, 1 kvinne grad 3a rift og 1 kvinne grad 3b rift. Sammenlignet med 0-gravida var vagina lengre både ved første måling i svangerskapet og 3 måneder etter fødselen (p = 0.002 og 0.000).

Konklusjon Vagina blir lengre i løpet av svangerskapet, blir kortere etter fødsel, men fortsatt lengre enn før påbegynte første svangerskap. Vi tolker funnene dit hen at øket lengde øker compliance i vagina, noe som kan være en fysiologisk adaptasjon før fødselen. Perineum forble uendret.

2. BLIR RETNINGSLINJENE FOR SVANGERSKAPSOMSORGEN FULGT BLANT INNVANDRERKVINNER I NORDLAND?

[Skogøy K](#)¹, [Rakovan M](#), [Claudi T](#)², [Blix E](#)³

¹Kvinneklivnikken, Nordlandssykehuset, Bodø; ²Medisinsk avdeling, Nordlandssykehuset, Bodø; ³Helsefaglig forskningsleder, Universitetssykehuset, Tromsø.

Bakgrunn Norge er et flerkulturelt samfunn der 8,3 % av befolkningen er førstegenerasjons innvandrere. Enkelte innvandrergrupper har høyere risiko for perinatal død og økt forekomst av keisersnitt.Type 2 diabetes og svangerskapsdiabetes er vanligere i visse etniske grupper, særlig fra Asia og Afrika selv om insidensen ser ut til å øke blant etniske norske kvinner parallelt med økende forekomst av overvekt og fedme. I Retningslinjene for svangerskapsomsorgen, anbefales glukosetoleransetest (OGTT) til alle gravide kvinner fra utviklingsland i svangerskapsuke uke 28.

Formålet med studien var å kartlegge nasjonaliteten til fødende ved Nordlandssykehuset Bodø, undersøke om retningslinjene for svangerskapsomsorgen ble fulgt hos innvandrerkvinnene, samt beskrive forekomst av operative forløsninger hos kvinner av ulike nasjonaliteter.

Metode Kvinner som fødte ved Nordlandssykehuset Bodø i perioden 1.1.2006-1.7.2009 med "utenlandsklydende" for- eller etternavn, ble identifisert ut fra elektronisk journal (DIPS) og

Helsekort for gravide, og klassifisert ut ifra fødested og kontinent. Forløsningsmetode og fødselsvekt framkom i DIPS, mens opplysninger om alder, paritet, KMI, røykevaner, antall svangerskapskontroller, glukosuri og glukosebelastningstest ble hentet fra Helsekort for gravide.

Resultater Til sammen 3756 kvinner fødte i avdelingen i studieperioden, og av disse var 326 (8,8 %) 1.generasjons innvandrere. Fra Asia kom de største gruppene fra Thailand, Afghanistan og Irak, mens over halvparten av afrikanerne kom fra Somalia.

Gjennomsnittlig hadde kvinnene 10,8 svangerskapskontroller; Jordmor/lege hadde registrert røykevaner hos 92 %, målt KMI hos 83 %, tatt 1. gangs blodprøver hos 96 %, hepatittstatus hos 94 %, målt hb. i 1. trimester hos 82 % og 87 % hadde vært til ultralydscreening. Imidlertid var glukosetoleransetest kun utført hos 9,6 % av alle innvandrerkvinnene til tross for flere tilleggsindikasjoner utover etnisitet som KMI >27, glukosuri og alder over 38 år. Kvinner fra Afrika ble oftere keisersnittsførløst (39,2 %) enn etnisk norske med en frekvens på 14,5 %.

Konklusjon Retningslinjene for svangerskapsomsorgen blir i stor grad fulgt for innvandrerkvinnene, men færre enn 10 % var blitt glukosebelastet til tross for en eller flere indikasjoner. Keisersnittsfrekvensen er betydelig høyere blant kvinner fra Afrika enn fra andre kontinent.

3. ULTRALYD VED LANGSOM FRAMGANG I FØDSELEN

[Torkildsen EA](#)¹, [Salvesen KÅ](#)² og [Eggebø TM](#)¹

¹Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssjukehus; ² Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs Hospital. Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer;

Det medisinske fakultet, NTNU, Trondheim.

Bakgrunn Fødselsforløpet har tradisjonelt blitt evaluert med klinisk undersøkelse. Dette er en subjektiv metode som har stor interobserver variasjon. Fosterhodets nivå i fødselskanalen kan vurderes ved å måle vinkelen mellom symfyen og fosterhodet med en transperineal ultralydundersøkelse i likevidden. Studier har vist at metoden kan predikere sannsynligheten for en vellykket operativ vaginal forløsning. Skygge fra symfyen begrenser bruken av metoden hvis hodet står høyt.Vi foreslår å evaluere nivå i fødselskanalen ved å måle avstanden mellom fosterhodet og perineum med en transperineal ultralydundersøkelse i tverrviddene.

Mål. Å undersøke om avstanden mellom fosterhodet og perineum kan predikere fødselsutfallet hos kvinner med forlenget fødselsforløp i første stadium, og å sammenligne to ultralydmetoder med klinisk undersøkelse (palpasjon).

Metode Prospektiv observasjonsstudie med 110 førstegangsfødende med enkeltsvangerskap og hodeleie etter 37 uker. Den korteste avstanden mellom perineum og ytre skalleben av fosterhodet måles med ultralydproben i tverrviddene. Vinkelen mellom symfyen og fosterets hode måles med ultralydproben i likevidden. Metodene sammenlignes i 2D og 3D. Effektmålet er vaginal fødsel.

Resultater Preliminære data fra de første 21 kvinner blir presentert. Palpasjon kunne ikke predikere fødselsutfallet. Keisersnittsfrekvensen hos kvinner med lang avstand fra fosterhodet til perineum (>40 mm) var 80 % sammenlignet med 27 % hos kvinner med kortere avstand. Sensitiviteten for prediksjon av keisersnitt var 0,73, spesifisiteten 0,80, positivt prediktivt verdi 0,8 og negativt prediktivt verdi 0,73. ROC-kurve analyse diskriminerte mellom vaginal fødsel og keisersnitt med 77 % under kurven for ultralyd i tverrviddene og 73 % for ultralyd i likevidden.

Konklusjon Ultralyd predikerte fødselsutfallet bedre enn klinisk undersøkelse. Ultralyd målt avstand og vinkel ser ut til å være omtrent like gode, men ultralyd målt avstand er enklere å utføre.

4. MORS ALDER OG RISIKO FOR FOSTERDØD: HAR GESTASJONSLENGDE EN BETYDNING?

[Haavaldsen C](#)¹, [Sarfranz AA](#)¹, [Samuelsen SO](#)^{2,3}, [Eskild A](#)^{1,4}

¹Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus; ²Matematisk institutt, Universitetet i Oslo; ³Divisjon for epidemiologi, Nasjonalt folkehelseinstitutt; ⁴Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Bakgrunn Det er velkjent at mors alder har betydning for fosterdødsrisiko.Vi ønsket å studere hvorvidt sammenhengen mellom mors alder og risiko for fosterdød endrer seg ved ulike svangerskapslengder.

Metode Data fra Medisinsk fødselsregister ble brukt i denne populasjonsstudien. Alle fødsler i Norge etter 16. svangerskapsuke i perioden 1967-2006 ble inkludert i studien (n=2 337 392).

Resultater Risikoen for fosterdød i andre trimester var 1,4 ganger høyere hos kvinner i alderen 40-44 år; sammenliknet med kvinner som var 20-24 år gamle. Ved termin var risikoen 2,8 ganger høyere blant de eldre kvinnene. Den relative betydningen av mors alder økte for hver svangerskapsuke etter termin, og i svangerskapsuke 42-43 var den ujusterte risikoen 5,1 ganger høyere hos kvinner 40 år eller eldre. Den økte risikoen for fosterdød til termin blant eldre mødre avtok i perioden 1987-2006.

Konklusjon Kvinner eldre enn 40 år hadde høyere risiko for fosterdød gjennom hele svangerskapet, sammenliknet med kvinner i alderen 20-24 år. Risikoen var imidlertid høyest ved termin og etter termin. Innføringen av CTG og ultralyd kan være en årsak til risikoreduksjonen i nyere tid.

5. HVOR INTENST KAN TOPPIDRETTSKVINNER TRENE I ANDRE TRIMESTER UTEN FARE FOR FOSTERET?

[Salvesen KÅ](#)

Nasjonalt Senter for fostermedisin, St. Olavs Hospital.

Bakgrunn Undersøke uteroplacentær blodstrøm under intervalltrening i andre trimester for å finne en mulig sikkerhetssone for treningsintensitet. **Metode** Seks gravide toppidrettskvinner med til sammen 21 medaljer fra OL og VM i utholdenhetsidretter ble undersøkt en gang i svangerskapsuke 23-29. Kvinnene løp 3-5 submaksimale intervalløkter på en tredemølle med ca. 60-90 % av VO2 max. Uteroplacentær blodstrøm ble undersøkt med Doppler ultralyd av arteria uterina og arteria umbilicalis før, under og etter løping.

Resultater Gjennomsnittlig blodvolumstrøm i arteria uterina ble redusert med 20-40 % etter oppvarming og holdt seg deretter på 40-75 % av startverdien gjennom treningsøkten. Fosterets hjerterefrekvens var innenfor normalområdet så lenge kvinner trente med lavere intensitet enn 90 % av maksimal hjerterefrekvens. Fosterbradykardi og høy PI i navlearterien oppstod når kvinner trente med intensitet over 90 % samtidig som blodvolumstrøm i arteria uterina var under 50 % av utgangsverdien. Høy laktatverdi i mors blod hadde ikke samme prediktive verdi for fosterbradykardi og høy PI.

Konklusjon Løping med intensitet opp til 90 % av maksimal hjerterefrekvens hos toppidrettskvinner ser ut til å tolereres av fostre i andre trimester.

6. EFFEKT AV PREGESTASJONELL MATERNELL SYKDOM, OBSTETRISKE OG PERINATALE UTFALL PÅ EKSTREMT FOR TIDLIG FØDSEL

[Wang Y](#), [Tanbo T](#), [Ellingsen L](#), [Åbyholm T](#), [Henriksen T](#)

Fødeavdeling, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet, Oslo

Bakgrunn Til tross for innsatsen rettet mot forebygging av for tidlig fødsel, har forekomsten økt både på verdensbasis og landsbasis. Fremskritt i perinatal og neonatal omsorg de siste årene, sammen med økt forståelse om neonatal fysiologi, har kraftig forbedret sjansene for overlevelse av ekstremt premature nyfødte, men de fleste overlevende opplever betydelige alvorlige morbiditet og med fare for sekvele som kan påvirke deres livskvalitet og utgjør store økonomiske konsekvenser både for familie og samfunn. Målet med denne studien var å identifisere pregestasjonell maternale, obstetriske og perinatal faktorer som påvirker neonatal overlevelse og overlevelse med alvorlige morbiditet (AM) hos barn født mellom 24+0-27+6 svangerskapsuke.

Metode Retrospektiv studie av fødsler fra Rikshospitalets database. Alle kvinner med en levende foster ved innkomst som fødte ved 24+0-27+6 svangerskapsuke fra januar 2004 til mai 2007 ble inkludert. AM er definert som intraventrikulær blødning (grad 3-4), periventrikulær leukomalaci, bronkopulmonær dysplasi eller nekrotisk enterokolitt. Obstetriske-/maternelle- /perinatale variabler ble først sammenlignet for total overlevelse og overlevelse med AM ved 24- timers, 7-dagers og 30-dagers postpartum /utreise i univariate analyse. Deretter ble en multilogistisk regresjonsanalyse utført for å kunne fastslå uavhengige faktorer assosiert med total overlevelse og overlevelse med AM.

Resultater Totalt 109 barn ble født av 92 kvinner; som representerer 1,3 % av total fødsler. Keisersnitt ble utført i 60,9 % av de 92 pasientene. Overlevelse var 93,6 %, 84,4 % og 80,7 %, med en forekomst av AV blant overlevende 43,1 %, 38 % og 36,4 % 24-timers, 7-dagers, og 30-dagers postpartum / utreise henholdsvis. Etter justering med multilogistisk regresjon, hadde kun 5 minutters Apgar score \leq 3 og nyfødte med minst én AM signifikant selvstendig negativ effekt på 24-timers, 7-dagers og 30-dagers overlevelse/utreise. Multiple graviditet og gestasjonsalder <26 uker var de eneste uavhengige risikofaktorer for overlevelse med AM ved 24-timers, 7-dagers og 30-dagers overlevelse/utreise.

Konklusjon Neonatal overlevelse påvirkes betydelig av 5 minutter Apgar score og neonatal sykелighet, med lavere overlevelse blant nyfødte med alvorlig føtal hypoksi og AM, uavhengig av kronisk pregestasjonell mors sykdom, obstetriske komplikasjon, fødselsmetode, gestasjonsalder og fødselsvekt ved ekstremt for tidlige fødsler. Økt morbiditet finnes blant multipler og nyfødte som ble født

7. UTREDNING VED INTRAUTERIN FOSTERDØD – SCREENING ELLER MÅLRETTET UNDERSØKELSE?

Berge LN, Løkvik B, Jacobsen AF.
Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus Ullevål.

Bakgrunn Veileder i fødselshjelp gir anbefalinger om prøvetaking og utredning ved intrauterin fosterdød.Ved vår avdeling har vi utarbeidet prosedyrer på bakgrunn av Veilederen.Ved årlig gjennomgang av intrauterine dødsfall har vi ønsket å se om prosedyrene er fulgt, og hvordan utredningen bidrar til å klarlegge dødsårsak.

Metode 58 tilfeller av intrauterin fosterdød i perioden 2008-9. Pasientene er registrert av en sekretær som oppbevarer papirjournal inntil obduksjonsrapport foreligger, og pasienten har vært til post partum-samtale. Supplerende informasjon hentes fra elektronisk journal. Hvert tilfelle er vurdert av to erfarne spesialister. Oppsummering av vurderingene overlates den regionale perinatalkomite for om mulig å dekke systemfeil.Vi har forsøkt å klarlegge årsaker til at utredningsprogrammet ikke er gjennomført hos alle.

Resultater I to-års-perioden var det 14127 fødsler ved avdelingen. Blant disse forekom 58 tilfeller av intrauterin fosterdød (4.1 ‰).

69 % av mødrene var av norsk/vestlig etnisitet, 31 % "annen". Obduksjon ble foretatt i 77.5 % av tilfellene der mor var av norsk/vestlig etnisitet, 44.4 % der mor var av "annen" etnisitet. Placenta ble undersøkt i 91.4 % av alle tilfellene.Trombofiutredning ble utført hos 75.9 %, med funn hos 7 kvinner (15.9 %). Bare to kvinner hadde fått informasjon om funnet. Føtale erytrocytter var undersøkt hos 51.7 %. Glukosebelastning post partum ble utført hos 34.4 %, ingen unormale funn ble avdekket. 77.6 % av mødrene/foreldrene hadde vært til post partum-samtale.

Konklusjon Bedømt ut fra den informasjonen som finnes dokumentert i journalene, følges utredningsprosedyrene i varierende grad. Det fremgår ikke alltid av journalen hvorvidt prøver og undersøkelser er glemt, eller bevisst valgt bort ved kjent problemstilling. I noen tilfeller er det dokumentert at post partum-samtale er utelatt pga manglende behov, samtale på hjemstedet, eller at mor er flyttet utenlands.Vi bør arbeide for at gjeldende prosedyrer følges og at unntak dokumenteres. Prosedyrene må jevnlig oppdateres for å oppnå best mulig diagnostikk.

8. B-FLOW. EN NY DOPPLER-UAVHENGIG TEKNIKK FOR AVBILDNING AV BLODSTRØM OG KARDIOVASKULÆR PATOLOGI VED FOSTERUNDERSØKELSER.

von Brandis P
Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssjukehus, Stavanger

Bakgrunn En rivende utvikling innen datateknologi og bedre ultralydprober fører stadig til bedre billedframstilling ved ultralydundersøkelser. Utviklingen fører også med seg nye applikasjoner. I klinikken blir vi utfordret til å ta i bruk den nye teknologien og hele tiden søke å forbedre vår diagnostikk.

Både ved tradisjonell B-mode og ved fargedoppler balanserer behovet for penetrasjon med behovet for god aksial oppløsning. Ultralydbølgenes evne til å penetrere vev er avhengig av bl.a. innsendt energi. Den innsendte energien kan økes ved å sende inn lengre pulser:

Lange pulser gir dårligere axial oppløsning fordi refleksjon fra to punkter like bak hverandre i vevet overlapper ved mottak og avbildes som et punkt.

Metode B-mode:Ved vanlig B-mode brukes korte pulser for å få en god oppløsning. Da avbildes blodstrøm dårlig ettersom det svake ekkosignalet fra blodlegemene forsvinner pga støy/utilstrekkelig dynamic range. Fargedoppler: Doppler signalet bruker lange pulser for å øke innsendt energi og dermed følsomhet. Dermed får man imidlertid redusert aksial oppløsning.Ved mottak filtreres signal med lav hastighet bort. Nedsatt aksial oppsløsning samt unøyaktig filtrering og overlaging av fargesignal på B-mode bildet fører til at detaljer i karveggen forsvinner: Behovet for filtrering av mottatt signal fører også til nedsatt "framerate". B-flow: Med B-flow avbildes både vev og blodstrøm på grunnlag av et og samme ultralydsignal. Følsomheten for blodstrømmen økes ved å sende lange pulser. For å unngå nedsatt aksial oppløsning brukes "coded exitation til å skille impulsene ved mottak.Avbildning av blodstrøm med B-flow er ikke basert på dopplerskift. Blodstrøm vises ved at en datamaskin sammenligner mottatt signal fra de enkelte pulsene og vurderer "likheten"/korrelasjonen mellom dem. Jo høyere hastighet i blodstrømmen jo raskere "dekorrelerer" signalene i forhold til hverandre og B-flow signalet øker.En stor fordel ved dette er at undersøkelsen blir uavhengig av insonasjonsvinkel. Man får også framstilt blodstrøm som går 90 grader på tvers av insonasjonen.

Resultater Ved fødepoliklinikken ved Stavanger Universitets Sykehus har vi brukt B-flow til framstilling av kardiiovaskulær anatomi/patologi.

Konklusjon Teknikken gir interessante nye muligheter til visualisering og diagnostikk av bl.a. føtale hjertemisdannelser

9. AGE AT MENARCHE AND PELVIC GIRDLE PAIN IN PREGNANCY

Bjelland EK¹, Eberhard-Gran M^{1,2}, Nielsen CS¹, Eskild A^{1,3}
¹Division of Mental Health, Norwegian Institute of Public Health, Oslo; ²Health Services Research Centre, Akershus University Hospital, Lørenskog; ³Department of Gynecology and Obstetrics and Medical Faculty Division, Akershus University Hospital, Lørenskog.

Background High levels of estrogens have been suggested as a risk factor for pelvic girdle pain in pregnancy, but clear evidence for such relationship is lacking. Early menarche is a marker of high estrogen levels in women and studies have found associations between early menarche and increased risk of estrogen dependent cancers and musculoskeletal pain. In the present study, we hypothesize that early menarche, as a marker of high levels of estrogens, is associated with pelvic girdle pain.

Methods A total of 74,973 pregnant women from the Norwegian Mother and Child Cohort Study were included.The outcome in pregnancy week 30 was pelvic girdle syndrome (PGS; pain in anterior and bilateral posterior pelvis) and pain intensity was categorized as mild or severe. Age at menarche was coded <11 years, 11 years, 12 years, 13 years, 14 years, and >14 years. Increased risk of PGS was estimated as crude and adjusted odds ratios (OR) with 95 % confidence intervals (CI) using logistic regression analyses.

Results PGS was reported by 15.1 % of the women by pregnancy week 30, and 2.5 % reported PGS with severe pain.A total of 20.6 % of women with menarche before age 11 reported PGS, as compared with 12.7 % of women with menarche after age 14 (crude OR 1.8; 95 % CI:1.6-2.0 with menarche after age 14 as the reference). PGS with severe pain was present in 4.8 % of women with menarche before age 11, as compared with 1.9 % of women with menarche after age 14 (crude OR 2.6; 95 % CI: 2.0-3.4). Adjustment for BMI, maternal age, parity, educational level, previous low back pain, physically demanding work, and emotional distress did not significantly alter the associations of age at menarche with PGS.

Conclusions Women with early menarche are at increased risk of developing PGS in pregnancy. Our findings suggest factors associated with early menarche, such as high levels of estrogens, to be on the causal pathway for pelvic girdle pain. More research on hormonal factors, including estrogens, as potential causes to pelvic girdle pain is therefore warranted.

10. MATERNELL VEKTØKNING OG FOSTERETS ABDOMINAL OMKRETS I ANDRE TRIMESTER.

Hellebust H¹, Johnsen SL¹, Rasmussen S^{1,2}, Kiserud T^{1,2,3}
¹Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; ²Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen; ³Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen.

Bakgrunn Mors vektøkning i svangerskapet er assosiert til fostervekst og fosterstørrelse ved fødsel. Mekanismene bak denne sammenhengen er ikke fullstendig klarlagt. Det er tidligere vist at hos tynne kvinner med lave fettlager og hos kvinner med lav vektøkning i svangerskapet, prioriteres placentablodstrømmen til venstre del av fosterleveren, noe som påvirker leverens fysiologi og proliferasjon. Fosterets abdominalomkrets (AC) representerer i stor grad leverstørrelsen. Tidligere studier har ikke kunnet vise noen assosiasjon mellom mors vektøkning og fosterets AC før uke 25. Med denne studien ville vi teste hypotesen at mors vektøkning i svangerskapet påvirker positivt fosterets AC i andre trimester.

Metode 650 kvinner med lavrisiko-svangerskap ble rekruttert i forbindelse med at de ble henvist til rutine ultralyd. Kun kvinner med regelmessig menstruasjon (28 ± 4 dager) og sikker siste menstruasjon ble inkludert. Diskrepans >14 dager mellom ultralydbasert termin og termin Naegele førte til eksklusjon. Mors vektøkning i svangerskapet ble beregnet ut fra opplysninger i helsekort for gravide. Vektøkning per uke frem til siste svangerskapskontroll ble registrert. En AC måling mellom svangerskapsuke 15-25 ble registrert, og på grunn av variasjon i svangerskapsalder både ved AC måling og siste kontroll, ble det beregnet z-score for begge parametere.

Resultater Komplette data for 515 kvinner var tilgjengelig.Ved bruk av lineær regresjonsanalyse ble det funnet en assosiasjon mellom mors vektøkning og fosterets abdominalomkrets i andre trimester (p=0.001).

Konklusjon Denne studien viser en positiv assosiasjon mellom mors vektøkning i svangerskapet og fosterets abdominal omkrets i svangerskapsuke 15-25.

11. EFFEKT AV AMMING PÅ BEIN MICRO-STRUKTUR

Bjørnerem Å^{1,2}, Ghasem-Zadeh A¹, Vu T¹, Seeman E¹
¹Endocrine Centre, Austin Health, University of Melbourne, Australia; ²Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Bakgrunn Ved amming mobiliseres kalsium fra mors skjelett for å bygge skjelettet til den nyfødte og medfører et beintap hos mødre. Det vi ikke vet er om dette beintapet gjenoppbygges når ammingen avsluttes eller er det en langtidseffekt som bidrar til at kvinner har høyere risiko for beinskjørhet og brudd enn menn.Vi testet hypotesen at amming forårsaker et beintap som i sin helhet gjenoppbygges etter amming, uten å medføre noen uheldig langtidseffekt på bein.

Metode Vi utførte en prospektiv studie i Melbourne, Australia av 82 ammende 20-42 år gamle kvinner og målte total, kortikal og trabekulær volumetriske beintetthet (vBMD), tverrsnittsareal (CSA), kortikal og trabekulær tykkelse og antall trabekler distalt i tibia med 3- D perifer kvantitative CT (pQCT XtremeCT; Scanco Medical, Switzerland) tre ganger: 1) 0-3 uker etter fødsel, 2) etter 4-6 måneders fullamming, og 3) etter mer enn 6 måneder etter avsluttet amming.

Resultater Under fullamming hadde 32 % av kvinnene et kortikalt beintap som var større enn den minste signifikante forskjell. Det totale og kortikale beintapet var henholdsvis 0,6 and

0,3 % (p < 0,05), mens det ikke var noe signifikant trabekulært beintap. Kortikalt CSA var redusert med 1,8 %, kortikal tykkelse var redusert med 1,8 %, mens trabekulær CSA økte med 0,2 %, trabekular tykkelse økte med 5,9 % og antall trabekulær var redusert med 4,4 % (alle p < 0,05). Etter avsluttet amming, var kortikal vBMD 0,7 % lavere enn ved baseline postpartum, mens trabekulær vBMD var 3,1 % høyere enn ved baseline.

Konklusjon Intrakortikalt og endokortikalt beintap oppstår under amming, siden kortikal vBMD var lavere og kortex var tynnere, kanskje på grunn av trabekularisering av den innerste delen av kortex. Manglende trabekulært beintap kan skyldes at et reelt trabekulært beintap under-estimeres fordi den innerste delen av kortex som trabekulariseres, blir feiltolket av pQCT-maskinen til å være trabekulært bein. Så amming kan medføre en langtidseffekt på bein mikrostruktur og et kortikalt beintap som ikke fullt gjenoppbygget etter amming.

12. KLASSIFISERING AV PREEKLAMPTISKE SVANGERSKAP I HELSEREGISTRE. EN EVALUERING AV INKLUSJONSKRITERIER OG SVANGERSKAPSREGISTRERING I MEDISINSK FØDSELSREGISTER.

Vestheim LC¹, Austgulen R², Melve KK^{3,4}, Roten LT ², Tappert C^{5,7}, Araya E⁵, Tollaksen K⁶, Bærheim G⁶, Leuchsner H⁸, Fenstad MH², Macsali F¹, Bjørge L¹. ¹Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ² Institutt for Kreftforskning og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet, Trondheim; ³Medisinsk Fødselsregister, Nasjonalt folkehelseinstitutt; ⁴ Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen; ⁵Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital HF, Trondheim; ⁶Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssjukehus, Stavanger; ⁷Gynekologisk avdeling, Sykehuset Levanger, Levanger; ⁸Gynekologisk avdeling, Sykehuset Namsos, Namsos.

Bakgrunn Helseregistre av høy kvalitet gir regionale og nasjonale myndigheter viktig informasjon for overvåking av helsetilstanden i en befolkning. I tillegg samles og oppbevares verdifulle data som kan brukes i forskningssammenheng. Medisinsk Fødselsregister (MFR) ble opprettet for å overvåke maternell og perinatal helse i Norge, og har siden 1967 mottatt lovpålagt informasjon om alle svangerskap og fødsler, inkludert aborter etter 16.svangerskapsuke. Målet med studien var å validere preeklampsi (PE)-diagnosen i MFR ved å undersøke om kvinner som får diagnosen PE ved sin fødeinstitusjon oppfyller de diagnostiske kriteriene gitt av MFR. I tillegg har vi evaluert om nåtidens mer restriktive kriterier for syndromet oppfylles hos kvinner registrert i MFR med diagnosen PE.

Metode Informasjon fra sykehusjournalene ble brukt som gullstandard. Pasientjournaler ble undersøkt i henhold til om (A) de diagnostiske kriterier satt av registeret (n = 992) og (B) de strengere PE kriterier brukt i dag nasjonalt og internasjonalt i obstetriske miljø (n = 1178) var oppfylt. Begge sett av kriterier inkluderer hypertensjon (blodtrykk ≥ 140/90) og proteinuri (≥ 0.3 g/24 t, eller ≥ +1 på dip-stick). For (A) er en måling av hypertensjon og proteinuri tilfredsstillende, mens for (B) er kravet 2 målesett med minimum 4 timers mellomrom.

Resultater Diagnosen ble bekreftet hos 86 % (853/992) av kvinnene evaluert etter MFRs kriterier. Da mer restriktive kriterier ble anvendt ble andelen kvinner som oppfylte kriteriene redusert til 63.4 % (747/1178), hovedsakelig grunnet manglende dokumentasjon av mer enn én måling av proteinuri.

Konklusjon Gjennom validering av diagnosen preeklampsi i MFR finner vi at klassifikasjonen av kvinner med preeklamptiske svangerskap holder relativt høy standard. Diagnostiske kriterier for fenotypisk komplekse syndromer endres ofte over tid, her illustrert ved diagnosen preeklampsi. Dette fremmer spørsmålet om holdbarheten av data i helseregistre kan styrkes ved å inkludere eksakte målinger fremfor tidsavhengige diagnostiske kriterier.

13. OVERLAPP- ELLER ENDE-TIL-ENDE-REPARASJON VED SFINKTERSKADE? EN RANDOMISERT UNDERSØKELSE.

Rygh AB^{1,2}, Körner H^{3,4}

¹Kvinneklubben, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger; ²Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen, Bergen; ³Kirurgisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger; ⁴Institutt for klinisk kirurgi, Universitetet i Bergen, Bergen.

Bakgrunn Sfinkterruptur er en betydelig årsak til maternell morbiditet ved fødsel. Tradisjonelt har obstetrikere reparert skade på den eksterne analsfinkter ved å suturere endene mot hverandre. Sultan benyttet overlappingsteknikk, kjent fra sekundær reparasjon av sfinkterskade, med godt resultat. En Cochrane review fra 2006 over 3 RCT har sammenliknet metodene, men var ikke konklusiv. Vi ville sammenlikne teknikkene mhp analinkontinens, analultralylfunn og analmanometriske funn i en RCT i en vanlig klinisk setting.

Metode Kvinner som fødte ved Kvinneklubben Stavanger universitetssjukehus og fikk diagnostisert perinealrift grad 3b, 3c og 4 ble etter å ha gitt samtykke randomisert 1:1 til ende- til-ende eller overlappsreparasjon av ekstem sfinkter. Operatører hadde fått praktisk opplæring i begge metoder. Inngrepet ble utført på operasjonsstua av det vakthavende obstetriske teamet. Avdelingens rutiner ble forøvrig fulgt. Evaluering fant sted etter 12 måneder. Poweranalyse viste at man ville trenge 100 pasienter. Studien var godkjent av REK vest.

Resultater I 2005 til 2007 ble 128 av 167 kvinner med sfinkterskade randomisert, og 119 mottok allokert behandling. 101 ble evaluert etter 12 måneder med spørreskjema, 87 med anal ultralyd og 85 med analmanometri. Gruppene var like mht kliniske og demografiske variabler. Lekkasje av fast avføring ukentlig eller oftere forekom hos én pasient i ende-til-ende gruppa og ingen i overlappgruppa. Det var ikke signifikante forskjeller i Wexner score, forekomst av defekt ekstem sfinkter ved ultralyd eller analmanometriske funn. Flatusinkontinens forekom hos ca 1/5 i begge grupper.

Konklusjon Man påviste ikke forskjell mellom overlappsteknikk og ende-til-ende teknikk ved reparasjon av perinealrift grad 3b, 3c og 4 mht fekal inkontinens, analinkontinensscore (Wexner), analultralylfunn eller analmanometri. Med gode rutiner og opplæring kan man oppnå bedre resultater enn tidligere rapportert i litteraturen.

14. PLOMMESEKKEN: PÅVIRKES DEN AV MORS VEKT OG KROPPSSAMMENSETNING?

Tveit HM^{1,2}, Johnsen SL¹, Kiserud T^{1,3}

¹Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Institutt for indremedisin, UiB, Bergen; ³Institutt for klinisk medisin, UiB, Bergen.

Bakgrunn I biologien er plommesekken oppfattet som en viktig struktur for embryonal vekst og utvikling. Diffusjon av næringsstoffer og produksjon av stamceller er sannsynligvis viktige elementer også for den humane utviklingen. I denne studien tester vi hypotesen at mor med høy vekt og BMI påvirker positivt plommesekkens størrelse som et uttrykk for mer ressurstilgang.

Metode 45 lavrisiko-gravide ble rekruttert, som en del av en WHO vekststudie, til denne delstudien etter skriftlig samtykke og etisk godkjenning. Inklusjonskriterier var: regelmessig og sikker siste menstruasjon og BMI mellom 17 og 34. Fosterets sittehøyde (CRL) ble brukt til aldersbestemmelse. Maternell høyde og vekt ble målt og notert. CRL og plommesekkens diameter (ytre-ytre) ble målt med ultralydteknikk (Voluson E8 Expert (GE Healthcare, WI, USA) og gjennomsnittet av tre målinger inkludert i statistikken (Pearsons korrelasjonstest, ANOVA og multipel regresjon) i programvaren STATA 11.

Resultater Mødrene var median 29 år (omfang 19-34), hadde gjennomsnittlig vekt 64,9 kg (omfang 43-89,3), BMI 23,1 (omfang 17,2-32,4) og svangerskapsuke var 11,1 (omfang 8+3 – 13+0). Plommesekkdiameter var 6 mm (omfang 3-9). Plommesekken var ikke relatert til svangerskapets lengde. Vekt var negativt korrelert (R -0,383) til plommesekkdiameteren (p=0,012), mens BMI ikke påvirket plommesekken (p=0,130).

Konklusjon I motsetning til hypotesen fant vi at det er en signifikans tendens til at lavere maternell vekt er assosiert med større diameter på fosterets plommesekk. Dette vil kunne underbygge en hypotese om at lav vekt hos mor kan avspeile en lavere ernæringstilstand som utløser en kompensatorisk økt plommesekkstørrelse. Dette vil kunne øke diffusjon og næringstransport. Tallene er små og krever mer ingående studier, men gir likevel en pekepinn om mulige mekanismer i embryonal ernæring.

15. PÅVIRKER DEN GRAVIDES VEKT OG KROPPSSAMMENSETNING FOSTERETS BUKOMFANG FØR UKE 14?

Trae G^{1,2}, Johnsen SL¹, Kiserud T^{1,3}

¹Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Institutt for indremedisin, UiB, Bergen; ³Institutt for klinisk medisin, UiB, Bergen.

Bakgrunn Det er økende forståelse for at mors ernæring, aktivitet og kroppssammensetning påvirker fosterutviklingen og senere helse. Effektene har særlig vært studert i siste halvdel av svangerskapet, mens lite er kjent om virkningene på tidlig fosterutvikling. I denne studien tester vi hypotesen at mors vekt, kroppsproporsjoner og sammensetning påvirker fosterets proporsjoner allerede før uke 14.

Metode Som en del av en WHO-studie ble 45 lavrisiko-gravide rekruttert til denne tversnittstudien etter skriftlig samtykke og etisk godkjenning. Det forutsattes regelmessig og sikker siste menstruasjon og BMI mellom 17 og 34. Svangerskapsalder ble fastsatt på grunnlag av fosterets sittehøyde (CRL). Maternell høyde, vekt og fettmasse ble målt med Tanita BC-418 (IL, USA), mens fosterets CRL og bukomfang (AC) ble målt med ultralydteknikk (Voluson E8 Expert (GE Healthcare, WI, USA)). Gjennomsnittet av tre målinger ble brukt i den statistiske analysen (Pearsons korrelasjonstest, ANOVA og multipel regresjon) i PASW 17.0 programmet (SPSS, IL, USA).

Resultater Mødrene hadde gjennomsnittlig vekt 64,9±10,8 kg, BMI 23,1±3,6 og fettmasse 28,1±7,4 %, og svangerskapsuke var 11,2±1,0. Ved å kontrollerte for svangerskapsalder finner vi at mors vekt er positivt relatert til fosterets AC/CRL-ratio (p=0,037), mens BMI og fettmasse ikke har signifikant effekt på denne ratioen (p=0,096 og p=0,085).

Konklusjon Vi har funnet at mors vekt påvirker fosterutviklingen allerede i tidlig svangerskap. Tallmaterialet vårt er enda lite og derfor beheftet med noe usikkerhet. Vi forventer at mer robuste sammenhenger vil komme frem når tallmaterialet øker.

16. FEMURLENGDE-MÅL AFFISERES AV STRÅLEBREDDEN I ULTRALYDMASKINENE OG FORANDRES OVER TID

Økland I^{1,2}, Bjåstad TG³, Johansen TF³, Gjessing HK¹, Grøttum P⁵, Eik-Nes SH²

¹Kvinneklubben, Stavanger Universitetssjukehus (SUS); ²Nasjonalt senter for fostermedisin (NSFM), St Olavs Hospital, NTNU, Trondheim; ³Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU, Trondheim; ⁴Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo; ⁵Seksjon for medisinsk informatikk, Universitetet i Oslo.

Bakgrunn Fosterbiometri er en viktig del av den obstetriske ultralydundersøkelsen. Vi måler ulike strukturer i forskjellige plan; BPD i aksialplan, og HC, FL og CRL i vekslende grader av lateral- og/eller diagonalplan. Oppløsningen i aksialplan er dominert av ultralydfrekvensen, og den er bedre enn den laterale oppløsningen, som påvirkes direkte av strålebredden fra krystallene i lydhodet. Nyere maskiner har smalere strålebredde enn eldre, med forbedret bildekvalitet og oppløsning som resultat. Smalere strålebredde affiserer lengdemål i lateralplanet. Vi har sammenliknet målinger av strålebredde i nye og gamle ultralydmaskiner. Dessuten analyserte vi om femurlengde (FL)-målet over tid kan ha blitt påvirket, og vi undersøkte også eventuelle endringer av målinger gjort i aksial retning.

Metode Vi foretok 25 serier med blindede målinger på et målefantom (CIRS model 40), der vi målte med 5 MHz-probe på dybder fra 3 til 8 cm, på 3 gamle maskiner fra tidlig 1990-tall og 3 nyere fra 2007. Fantommålingene ble analysert med lineær mixed-effects regresjon. Den kliniske databasen ved NSFM inneholder målinger fra rutineundersøkelser etter 1988, og vi evaluerte 39989 FL-mål og 38266 BPD-mål fra 36982 svangerskap fra årene 1988–2004, med måletidspunkt som kovariat.

Resultater Strålebredden var 1,08 mm kortere når den ble målt med de nye maskinene, i forhold til med de gamle (95 % KI 0,50 – 1,65; p <0,01). For alle maskinene økte strålebredden med økende dybde. FL ble målt 0,95 mm kortere (95 % KI 0,86 – 1,04, p <0,01) i siste tidsperiode (1999–2004) enn i den første (1988–92). For samme BPD ble FL også målt signifikant kortere (0,81 mm).

Konklusjon Teknologiske framskritt som reduserer strålebredde fra moderne ultralydhoder affiserer visse ultralydmål. Vi har funnet at målinger i aksialplan ikke viser samme variasjon over tid som målinger i lateralplan. Dette kan ha kliniske konsekvenser både ved datering og vekstmålinger i svangerskap. Ved terminbestemmelse kan svangerskapslengden underestimeres med 3-4 dager ved bruk av gamle kurver og nye maskiner. Det er viktig at prediksjonskurver for alder og vekst oppdateres i takt med ultralydmaskinene.

17. STRESSFUL PREGNANCIES AND OFFSPRING SEX RATIO: EFFECTS OF MATERNAL AGE

Ruiness J¹, Haavaldsen C¹, Vatten L², Eskild A^{1,3}

¹Kvinneklubben, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; ²Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim; ³Seksjon for epidemiologi, Statens institutt for Folkehelse, Oslo.

Bakgrunn Previous studies suggest that stressful pregnancies may be associated with a lower proportion of male relative to female offspring. Our objective was to study the association of maternal age on the sex ratio (male versus female offspring) in pregnancies characterised by preeclampsia, fetal death, preterm deliveries and Small for Gestational Age (SGA) offspring.

Metode Data from delivering mothers from all births after 16 weeks of gestation in Norway from 1967 to 2006 were used to estimate sex ratios by maternal age and time periods, and we compared the sex ratios in pregnancies with preeclampsia, fetal death, preterm delivery and SGA offspring with pregnancies without these characteristics.

Resultater Overall, maternal age was not associated with the sex ratio, but in pregnancies with preeclampsia, the sex ratio declined with increasing maternal age. The odds ratio of the offspring being male was 0.90 (95 % CI 0.87-0.98) for mothers aged 35-39 years, compared to mothers aged 20-24 (reference group). In pregnancies with SGA offspring, the odds ratios of the offspring being male were 0.97 (0.94-0.99) in the 25-29 year group and 0.95 (0.93-0.98) in mothers aged 30-34 years. After adjustments for the pregnancy complications preeclampsia, fetal death and preterm birth, the odds ratio of having a male SGA offspring was 0.87 (0.85-0.89), regardless of maternal age.

Konklusjon In preeclampsia pregnancies and in pregnancies with SGA offspring there is a greater tendency to deliver female than male offspring, compared to pregnancies without known characteristics of stress. The main limitation of our findings is lack of statistical power due to small study populations.

18. INNPUST DET ER TINGEN! UNDER FOSTERETS INSPIRASJON AVKLEMMES LAVT OKSYGENERT BLOD I VENA CAVA INFERIOR TIL FORDEL FOR MORKAKEBLOD TIL HJERTET

Nyberg MK¹, Johnsen SL², Kiserud T^{1,2}

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

Bakgrunn Fosterets pustebevegelser er ansett som et normalt fenomen i den intrauterine utviklingen. Vi antar i denne studien at fosterets pustebevegelser ikke bare er en øvelse til livet etter fødselen, men kanskje mest en fysiologisk respons: å bedre gass utveksling. Vi har tidligere vist at respirasjon er forbundet med økt umbilikal sirkulasjon. Nå testet vi hypotesen at pustebevegelsene endrer sentral sirkulasjon til fordel for gasstransport.

Metode 110 kvinner med lavrisikosvangerskap ble rekruttert etter skriftlig samtykke. Ved hjelp av ultralyd billedannelse og Doppler-teknikk ble kardiameter og blodstrøms hastighet målt i vena cava inferior (VCI) i nivået under levervenekonfluens, både under hvile og respirasjon, i løpet av det siste trimesteret. Bernoulli likningen ble brukt for å kalkulere trykkgradienten. T-test og 95 % konfidens intervallet (KI) for gjennomsnittet ble brukt for å dokumentere forskjeller.

Resultater Ved svangerskapsuke 36 (omfang 32-38) var VCI smalere under pustebevegelser enn i hvile, henholdsvis 4,7 mm (95 %KI 4,4-4,9) og 5,3 mm (5,1-5,5). Ved maksimal respirasjon var VCI betydelig komprimert og hadde diameter 1,7 (1,4-1,8). Tilsvarende økte blodstrøms hastigheten fra 41 cm/s (38-47) i hvile til 130 (121-140) under maksimal inspirasjon. Dette tilsvarer en økning i trykkgradient fra 0,7 til 6,8 mmHg mellom VCI og atriene.

Konklusjon Under maksimal fosterinspirasjon er VCI med sitt lavt oksygenerte blod tilnærmet komplett avstengt. Denne inspirasjonsbevegelsen fører også til et undertrykk i brystkassen (trykkgradienten øker med en faktor på 10) og dermed suges fortrinnsvis inn blod fra andre kilder (vena cava superior, lever vener og ductus venosus). Dette øker blodrennningen fra hodet, hvor kjemoreseptorene er plassert, og øker tilførselen av oksygenert blod til hjertet fra ductus venosus og lever. På denne måten kan fosteret øke borttransport av CO₂ og øke oksygentilførsel til hjerte og hjerne ved hjelp av responsiv respirasjonssystemet.

19. MÅ KVINNER I NORGE HA LØNNSINNTEKT FOR Å FÅ BARN?

Eskild A^{1,2}, Grutle N¹, Grytten J³

¹Kvinneklinikken, Fakultetsdivisjonen Akershus universitetssykehus, Universitetet i Oslo ¹⁴⁷⁸ Lørenskog; ² Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt, 0³⁰⁴ Oslo; ³ Institutt for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo, 00²⁷ Rikshospitalet.

Bakgrunn Å sammenlikne andelen ikke-yrkesaktive blant kvinner som føder barn, kvinner som tar abort og alle kvinner i reproduktiv alder i Norge. **Metode** Vi studerte alle kvinner i reproduktiv alder i Norge i perioden 1999-2008. Opplysning om andelen som var ikke yrkesaktive blant kvinner som fødte barn, ble hentet ved kopling mellom Medisinsks fødselsregister og Det sentrale personregisteret. Blant alle kvinner 16-54 år ble informasjon om yrkesaktivitet hentet fra Statistisk sentralbyrå, og blant kvinner som tok abort, fra Abortregisteret.

Resultater I 2005 var 12,1 % av de fødende, 25,4 % av alle kvinner 16-54 år, og 48,0 % av kvinner som tok abort ikke yrkesaktive. Diskusjon. Kvinner som ikke er yrkesaktive, er betydelig overrepresentert blant de abortsøkende. Manglende rett til foreldrepenger ved fødsel for kvinner som ikke er yrkesaktive, kan være en medvirkende årsak.

20. BEHANDLING AV ENDOMETRIEPOLYPPER. EN SYSTEMATISK GJENNOMGANG AV LITTERATUREN.

Lieng M¹, Istre O¹, Qvigstad E¹

¹Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Bakgrunn Endometriepolypper forekommer relativt ofte hos både pre- og postmenopausale kvinner. Endometriepolypper er en vanlig årsak til blødningsforstyrrelser, men diagnostiseres også tilfeldig hos asymptomatiske kvinner. Transcervical reseksjon er anbefalte metode ved behandling av kvinner med endometriepolypper. Endometriepolypper fjernes som regel for å utelukke premaligne/maligne forandringer, som behandling for blødningsforstyrrelser eller for å bedre fertiliteten hos infertile kvinner.

Hovedmålet med denne litteraturgjennomgangen var å systematisk undersøke forkomsten av premaligne/maligne endometriepolypper, og effekten av polypektomi i form av symptomlindring og bedret fertilitet. Videre ønsket vi å gi kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling av kvinner med endometriepolypper.

Metode Det ble utført systematiske litteratursøk i følgende elektroniske databaser: MEDLINE, EMBASE og The Cochrane Library. Orginale studier som rapporterte prevalens av premalignitet og/eller malignitet i endometriepolypper og effekt av polypektomi i form av symptomlindring og effekt på infertilitet ble inkludert.

Resultater 46 studier tilfredstilte inklusjonskriteriene. 20 studier (9266 inkluderte kvinner) rapporterte prevalens av premalignitet og/eller malignitet i endometriepolypper. 15 studier (1034 inkluderte kvinner) rapporterte effekt av polypektomi på symptomer, mens 11 studier (935 inkluderte kvinner) rapporterte effekt av polypektomi på infertilitet. De fleste studiene var ukontrollerte retrospektive observasjonstudier. Bare to randomiserte studier ble funnet. Prevalensen av premaligne og maligne vevsforandringer i endometriepolypper varierte i de forskjellige studiene mellom henholdsvis 0,2 – 23,8 % og 0 – 12,9 %. Kvinner med postmenopausal blødning hadde høyest risiko for premaligne og maligne vevsforandringer. Effekten av polypektomi på blødningsmengde varierte betydelig i studier med objektive måleparametre, mens alle studier som målte symptomeffekt med generelle subjektive parametre som bedre/ikke bedre rapporterte god effekt av behandlingen (75 -100 % success rate). Behandling av endometriepolypper ser ut til å ha en fordelaktig effekt hos infertile kvinner.

Konklusjon Rationalet for å behandle endometriepolypper på grunn av malignitetsrisiko, blødnings symptomer eller infertilitet er sparsomt underbygget i litteraturen. Det er derfor behov for flere prospektive kliniske studier som evaluerer effekten av denne vanlige prosedyren. Basert på tilgjengelig kunnskap gis generelle retningslinjer for behandling av kvinner med endometriepolypper.

21. BEINETS STRUKTURELLE DESIGN BIDRAR TIL BEINTAP VED MENOPAUSE

Bjørnerem Å^{1,2}, Ghasem-Zadeh A¹, Bui M³, Wang X¹, Rantzau C¹, Nguyen TV⁴, Hopper JL³, Seeman E¹

¹Endocrine Centre, Austin Health; ³Centre for MEGA Epidemiology, University of Melbourne; ⁴Garvan Institute, Sydney, Australia; ²Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Bakgrunn Til tross for at menopause er en av de viktigste årsakene til kjønnsforskjellen i beintap og risiko for brudd, foreligger lite kunnskap om mekanismene bak menopause relatert beintap. Noen kvinner har høy beinomssetning av deres skelett, har mye beintap og brudd etter menopause mens andre ikke har det. Siden beinomsetningsprosessen trenger en beinoverflate for at den skal bli initiert, så testet vi hypotesen at en beinstruktur designet med lav volumetrisk beintetthet (vBMD) og med større beinoverflate vil eksponere beinet for høyere beinomssetning.

Metode Vi utførte en tverrsnittstudie av 182 kvinnelige tvillingpar i alderen 40-60 år (113 monozygotiske og 69 dizygotiske par) i Melbourne i 2008-2009. Vi målte 3D beinstruktur distalt i tibia med perifer kvantitative CT (pQCT XtremeCT; Scanco Medical, Switzerland) og biokjemiske beinomsetningsmarkører i serum; Osteocalcin, CTX og P1NP (Elecys, Roche).

Resultater Sammenlignet med premenopausale kvinner, så hadde de postmenopausale kvinnene høyere beinomsetningsmarkører, mer intrakortikal porøsitet, større intrakortikal og endokortikal beinoverflate og derfor lavere kortikal vBMD, færre trabeklær og mindre trabekulær beinoverflate og derfor lavere trabekulær vBMD (alle p < 0,05). Per standardavvik (SD) større intrakortikal beinoverflate var beinomsetningsmarkører 0,22-0,29 SD høyere; og dette var omtrent halvparten av effekten av menopause som gav 0,34-0,60 SD høyere beinomsetningsmarkører (p < 0,01). Per SD lavere trabekulær beinoverflate var CTX 0,14 SD høyere (p < 0,05). Av totalvariasjonen i beinomsetningsmarkører; forklarte intrakortikal overflate 3-13 %, trabekulær overflate < 5 % og menopause 20-27 %.

Konklusjon Design i beinstruktur i seg selv, bestemmer beinomsetningen og det påfølgende beintap. Menopause er assosiert med et signifikant kortikalt beintap, som skyldes økt intrakortikal porøsitet, med økt intrakortikal beinoverflate som er assosiert med høyere beinomssetning, som gir mer overflate og ytterligere mer beinomsetning. Mens den inverse relasjonen mellom beinomsetning og trabekulære overflate foreslår at denne beinomsetningen fjerner trabekler med deres overflater slik at mindre beinomssetning vil skje i dette området. Vi forventer at mer robuste sammenhenger vil komme frem når tallmaterialet øker.

22. VAGINAL HYSTEREKTOMI SOM DAGBEHANDLING

Hauso W¹, Engh ME²

¹Gyn/obst.avd, SIHF – Gjøvik; ²Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog.

Bakgrunn Vi har siden 2004 arbeidet etter fast track prinsippet. Dette har halvert liggetiden på pasienter som opereres elektivt. Vi har siste året hatt et prøve-prosjekt der vaginale hysterectomier reiser hjem operasjonsdagen. Målet med prosjektet er å finne ut om det er mulig med fortsatt tilfredsstillende pleiekvalitet å sende denne pasientgruppen hjem operasjonsdagen.

Metode Pasienter i ASA gruppe I-II med mulighet for tilsyn hjemme første natten mottok et skriv med peri- og postoperativ informasjon. Pasientene ble behandlet etter fast track prinsippet. Pasientdata som indikasjon for inngrepet, alder, BMI, blødningsmengde, komplikasjoner; uterus vekt, behov og årsak for innleggelse, VAS score for smerte og kvalme preoperativt, ved ankomst postoperativ avdeling, 1 og 3 timer postoperativt samt ved hjemreise ble registrert. Dagen etter inngrepet ble pasienten kontakten per telefon med spørsmål om kvalme og smerte i løpet av natten, grad av fornøydhhet, bruk av smertestillende og om pasienten ville anbefale behandlingen til en venn

Resultater Det er samlet inn data for 131 pasienter behandlet i perioden 17.02.09 – 16.02.10. 36 av pasientene fikk i tillegg til vaginal hysterectomi utført en plastikk. Data er oppgitt i median range og prosent. Alder var 45 år (32 – 76). BMI 25,3 (18,4 – 37,8). Hyppigste indikasjon genitalt prolaps (39 pas). Operasjonslengde: 56 min (25 – 286). Postoperativ blødning 100 ml (10 – 700). Tid på postoperativ avdeling 270 min (90 – 540). Preparatvekt 122 g (28 – 596). 23 (17,6 %) pasienter ble innlagt gynekologisk avdeling, 2 ble reoperet samme dag pga blødning fra a. uterina, en pas hadde Hb fall og ble observert. Kvalme var et lite problem. VAS score mtp smerte: Ved ankomst postop 1 (0 – 10), 1 time postoperativt 3 (0 – 10), 3 timer postoperativt 2 (0 – 7), ved hjemreise 2 (0 – 7) og første natt hjemme 5 (0 – 10). Grad av fornøydhhet vurdert med VAS score var 9 (3- 10). 94,7 % av pasientene kunne anbefale behandlingen til en venn.

Konklusjon Undersøkelsen viser fortsatt at vaginal hysterectomi kan gjennomføres som dagbehandling og at de fleste pasientene er svært fornøyde.

23. FREMRE KOLPORRHAFI VERSUS TRANSVAGINALT NETT. EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE. I ÅRS RESULTATER

Kinne I¹, Altman D^{2,3}, Vairynen T⁴, Axelsen S⁵, Ellstrøm –Engh M¹, Falconer C²

¹Kvinneklinikken Akershus universitetssykehus, Lørenskog, Norge, Kvinneklinikkens forskning; ²Karolinske Instituttt, Danderyds sykehus, Stockholm, Sverige; ³Avdeling for epidemiologi og biostatistikk, Karolinske Instituttt, Stockholm, Sverige.; ⁴Helsinki Universitet Central sykehus, Kvinneklinikken, Jorvi Hospital Espoo, Finland; ⁵Kvinneklinikken Aarhus universitetssykehus, Skejby, Danmark.

Bakgrunn Å sammenligne resultatene ved bruk av transvaginalt nett og fremre kolporrafi, ved genital descens.

Metode En randomisert, kontrollert multisenter studie gjennomført ved klinikker fra Sverige, Finland, Danmark og Norge. Det var evaluering preoperativt, etter to måneder og etter ett år. En registrerte POP-Q (Pelvic Organ Prolaps Quantification System). Det subjektive resultatet ble målt ved å bruke Urinary Distress Inventory (UDI-6), Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) og Pelvic Organ Prolaps/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12).

Resultater 412 pasienter ble inkludert i studien. 200 ble operert med Prolift og 189 med fremre kolporrafi. 93 % av de som fikk Prolift og 96 % av de som fikk gjort fremre kolporrhafi kom til 1 års kontroll. En fant anatomisk tilfredsstillende resultat hos 84 % i Prolift gruppen og hos 61 % i kolporrhafi gruppen, ved 2 måneders kontrollen. Ved 1 års kontrollen var tallene 80 % i Prolift gruppen og 47 % i kolporrhafi gruppen. Når det gjaldt de subjektive symptomene, var det også bedre resultat i Prolift gruppen. Ved 1 års kontrollen opplevde 12,1 % i kolporrafi gruppen og 3,9 % i Prolift gruppen tyngdefølelse. Og 17,8 % i kolporrhafi gruppen var plaget med kulfølelse ved 1 års kontrollen. Mens tilsvarende tall i Prolift gruppen var 5,0 %. Det var flere i Prolift gruppen enn i kolporrafi gruppen, som hadde problemer med stressinkontinens ved 1 års kontrollen. Hos 15 pasienter i Prolift gruppen, og hos 7 pasienter i kolporrhafi gruppen var det planlagt inkontinensoperasjon etter 1 års kontrollen.

Konklusjon Prolift gir bedre resultater enn fremre kolporrhafi, både når det gjelder anatomisk resultat og når det gjelder prolaps symptomer. Stressinkontinens postoperativt var vanligere i Prolift gruppen.

24. METFORMINBEHANDLING AV GRAVIDE PCOS KVINNER – EN PROSPEKTIV, RANDOMISERT, NORSK MULTISENTER STUDIE.

Yanky E^{1,2}, Stridsklev S², Heimstad R^{1,2}, Romundstad PR³, Skogøy K⁴, Kleggetveit O⁵, Hjelle S⁶, Brandis v P⁷, Eikeland T⁸, Flo K⁹, M.D., Berg KF¹⁰, Bunford G¹¹, Lund A¹², Bjerke C¹³, Almås I¹⁰, Berg AH¹³, Danielsson A¹³, Lahmami G¹² og Carlsen SM^{14,15}

¹Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim; ²Institutt for Laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU, Trondheim; ³Institutt for allmennmedisin, NTNU, Trondheim, ⁴Sentralsykehuset i Nord-Norge, Bodø; ⁵Elvebredden Gynekologpraksis, Kristiansand, ⁶Ålesund Sykehus, Ålesund; ⁷Stavanger Universitetssykehus, Stavanger; ⁸Haugesund Sykehus, Haugesund; ⁹Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø; ¹⁰Buskerud Sykehus, Drammen, ¹¹Ringerike Sykehus, Hønefoss; ¹²Universitetssykehuset i Bergen, Bergen; ¹³Lillehammer Sykehus, Lillehammer; ¹⁴Enhet for anvendt klinisk forskning, Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin, NTNU, Trondheim og ¹⁵Avd. for Endokrinologi, St. Olavs Hospital, Trondheim.

Bakgrunn Kvinner med polycystisk ovariesyndrom (PCOS) har økt forekomst av svangerskapskomplikasjoner. Retrospektive og ikke-randomiserte studier har vist positiv effekt av metformin på svangerskapskomplikasjoner. Vi ønsket å studere om metformin reduserer forekomsten av preeklampsi, preterm fødsel og/eller svangerskapsdiabetes hos PCOS kvinner.

Metode Prospektiv, randomisert, multisenterstudie, der 2000mg metformin daglig ble sammenlignet med placebo, fra første trimester til fødsel. Inklusjonskriterier: PCOS diagnostisert etter Rotterdam kriteriene, alder 18-45 år, svangerskapslengde <13 uker. Eksklusjonskriterier: ALAT > 90 IU/L, kreatinin > 130 µmol/L, alkohol-misbruk, tidligere diagnostisert diabetes, fastende s-glukose > 7.0 mmol/L ved inklusjon og bruk av glukokortikoider.

Studien inkluderte 257 PCOS kvinner med 273 graviditeter. Primære endepunkter var forekomst av preeklampsi, preterm fødsel, svangerskapsdiabetes og samlet forekomst av disse komplikasjonene. Sekundære endepunkter var vekt- og blodtrykksutvikling i graviditet, fødselsmåte, fødselsvarighet og data fra den nyfødte.

Resultater Vi fant ingen forskjell i forekomsten av preeklampsi, preterm fødsel, svangerskapsdiabetes eller ”samlede komplikasjoner” mellom metformin og placebogruppen.

Metforminbehandling ga redusert vektoppgang i graviditeten. Vi fant ingen andre forskjeller i sekundære endepunkter mellom gruppene.

Konklusjon Metforminbehandling av gravide PCOS kvinner påvirker ikke forekomsten av svangerskapskomplikasjoner.

25. FØDSELSINDUKSJON I KRISTIANSAND

Lomheim MS, Vistad I
Kvinneklinikken, Sørlandet Sykehus Kristiansand

Bakgrunn Fødselsinduksjon er et mye debattert tema i litteraturen. Vi ønsket å se nærmere på våre fødselsinduksjoner ved kvinneklinikken, Sørlandet Sykehus Kristiansand (SSK) som et ledd i avdelingens kvalitetssikring.
Metode Induserte fødsler ble prospektivt registrert av jordmor og lege i tidsrommet 01.11.08-31.10.09. Resultater fra de induserte fødslene ble sammenlignet med resultatene fra ikke-induserte fødsler hentet fra journalprogrammet Partus. Vi presenterer tallene for levendefødte barn etter svangerskapsuke 34, og har korrigert for elektive keisersnitt, seteleier, og tvillingsvangerskap.
Resultater Av totalt 2086 fødsler ved SSK i dette tidsrommet fylte 1802 fødsler ovennevnte kriterier, og av disse ble 281 (15,6 %) fødsler ble indusert. Av de induserte svangerskapene var 76 % av fødslene til termin (svangerskapsuke 37.0-42.2), 19 % overtidige og 5 % før termin, 48 % av kvinnene var førstegangs fødende. Åttitre prosent ble indusert med Dinoprostion 3mg vagitorier. De hyppigste indikasjonene for induksjon var overtidig svangerskap (27 %), vannavgang uten rier (26 %) og preeklampsi (16 %). Tretti prosent av induksjonene til termin endte med operativ forløsning (22 % med akutt keisersnitt), mens 10 % av de spontant fødende ble forløst operativt (5 % med akutt keisersnitt). Av førstegangs fødende kvinner var det høyere keisersnittfrekvens hos de induserte versus de ikke-induserte (henholdsvis 35 % og 8 %). Tidligere keisersnitt ga også signifikant høyere risiko ($p=0,03$) for nytt keisersnitt hos de induserte. De som ble indusert før uke 37 hadde høyere risiko for å bli operativt forløst med keisersnitt (60 %) enn å føde spontant. For induserte overtidige svangerskap var risikoen for operativ forløsning 26 %, hvorav 16 % ble forløst med keisersnitt. De hyppigste årsakene til akutt keisersnitt ved fødselsinduksjon var truende fosterasfyksi (35 %), langsom fremgang (27 %) og mislykket induksjon (25 %). Av de mislykkede induksjonene hadde 94 % Bishop score under 5 og 65 % var førstegangs fødende.
Konklusjon Ved kvinneklinikken SSK var fødselsinduksjon assosiert med økt risiko for operativ forløsning sammenlignet med de som gikk spontant i fødsel. Selv om gruppen er ulike fordi det er en årsak til ønsket igangsettelse av fødselen, viser resultatene at i tillegg til indikasjon, er paritet, Bishop score og graviditetslengde viktige faktorer når man vurderer fødselsinduksjon.

26. ALVORLIG POSTPARTUM BLØDNING OG OBSTETRISKE INTERVENSJONER – ER TENDENSEN ØKENDE?

Rossen J^{1,2}, Økland I¹, Nilsen OB³, Eggebø TM¹
¹Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssjukehus, ²Kvinneklinikken, Sørlandet sykehus, Kristiansand, ³Institutt for industriell økonomi, Universitetet i Stavanger

Bakgrunn Alvorlig postpartum blødning gir økt morbiditet og mortalitet. Flere studier beskriver en økende forekomst. Vi ønsket å analysere endringer i postpartum blødninger over en 10 års periode fra 1998 til 2007, og å undersøke faktorer assosiert med alvorlig blødning.
Metode Retrospektiv kohort studie, der informasjonen ble prospektivt samlet ved Stavanger Universitetssjukehus. Populasjonen var uselektert og inkluderte 41365 kvinner som fødte på sykehuset f.o.m uke 23.0 t.o.m uke 43.0.
Vi analyserte endringer over tid i gjennomsnittlig postpartum blødning, alvorlig postpartum blødning og assosierte faktorer: Estimert blodtap >1000 ml ble definert som alvorlig blødning. Dataene ble hentet fra Kvinneklinikken sin egen database.
Resultater Vi observerte en økning av alvorlige blødninger gjennom 10 års perioden. Etter keisersnitt var risikoen for alvorlig blødning dobbelt så stor som risikoen etter vaginal fødsel (5,9 %; 95 % CI 5.3–6.6 vs. 2,8 %; 95 % CI 2.6–2.9). De viktigste risikofaktorene for alvorlig blødning etter vaginal fødsel var tvillingfødsler (OR 6,8), fastsittende placenta (OR 3,9) og induksjoner (OR 2,2). Ved keisersnitt hadde tvillingforløsninger størst assosiasjon til alvorlig blødning (OR 3,7), etterfulgt av generell anestesi (OR 3,0). Obstetriske intervensjoner ble hyppigere i perioden; elektive keisersnitt økte fra 2,4 til 4,9 %, akutte keisersnitt fra 5,5 til 8,9 %, operative vaginale forløsninger fra 9,3 til 12,5 %, induksjoner fra 14,3 til 15,8 % og stimulering under fødsel fra 5,8 til 29,3 %.
Konklusjon Den økende bruken av keisersnitt, fødselsinduksjon og stimulering under fødsel bør bevisstgjøres. Vi observerte økende forekomst av alvorlige postpartum blødninger i studieperioden, og dette kan ha sammenheng med økt bruk av obstetriske intervensjoner. Resultatene våre illustrerer viktigheten av å opprettholde en medisinsk indikasjon for intervensjon under svangerskap og fødsel.

27. PLACENTAL WEIGHT AND THE RISK OF EXCESS POSTPARTUM BLEEDING: A POPULATION STUDY OF 308 717 SINGLETON PREGNANCIES

Eskild A^{1,2}, Vatten LJ³
¹Department of Obstetrics and Gynecology and Medical Faculty Division, Akershus University Hospital, Lørenskog; ²Division of Mental Health, Norwegian Institute of Public Health, Norway; ³Department of Public Health, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim.

Objective: Large placentas have large surface areas, but it is not known if placental weight is positively associated with the prevalence of excess postpartum bleeding. Study design: Among 308,717 singleton pregnancies in Norway excess postpartum bleeding was defined as a volume of 500 mL or more within two hours of delivery. Results: There was a gradual increase in excess postpartum bleeding with increasing placental weight (p for trend <0.001). Having a placenta of 1100 grams or more was associated with 2.5 times (odds ratio, 2.54, 95 % CI, 2.31-2.79) higher prevalence than a placenta of 300-499 grams, after adjustment for birth weight, parity, caesarean section, and placenta-related complications in pregnancy. A large placenta relative to birth weight was also associated with higher prevalence of excess postpartum bleeding. Conclusion: A large placental surface area may explain the higher prevalence of postpartum bleeding with increasing placental weight.

28. NORWEGIAN OBSTETRICIAN'S OPINIONS ABOUT CESAREAN SECTION ON MATERNAL REQUEST: SHOULD WOMEN PAY THEMSELVES?

Eugenes D¹, Øian P^{2,3}, Gyrd-Hansen D^{4,5}, Olsen JA^{1,6}, Kristiansen IS^{1,7}
¹Department of Health Management and Health Economics, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway; ²Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital of North Norway, Tromsø, Norway; ³Institute of Clinical Medicine, University of Tromsø, Norway; ⁴Danish Institute for Health Services Research (DSI), Copenhagen, Denmark; ⁵Institute of Public Health, Health Economics Unit, University of Southern Denmark, Odense, Denmark; ⁶Department of Community Medicine, University of Tromsø, Norway; ⁷Institute of Public Health, The Research Unit of General Practice, University of Southern Denmark, Odense, Denmark.

Objective To explore obstetricians' opinions on cesarean section on maternal request in the absence of a medical indication, and the potential to regulate cesarean section (CS) on maternal request through financial incentives such as patient co-payment.
Methods Cross-sectional study, based on a postal questionnaire covering socio-demographic variables, professional experience, and attitudes about CS on maternal request (e.g. willingness to perform, and views on how CS on maternal request should be financed). 507 obstetricians participated (response rate 71 %). A main outcome measure was obstetricians' opinions about CS on maternal request including its funding and use of patient co-payments.
Results Clinical encounters with CS on maternal request were considered problematic from a clinical viewpoint by 62 % of the respondents. While 35 % considered the costs of CS on maternal request to be a public responsibility, 40 % suggested use of co-payments ranging from NOK 1500- NOK 60 000 (€188- € 7 500). Male obstetricians less frequently considered CS on maternal request problematic and were more likely to favor public funding than females. Female obstetricians favored use of co-payments more often than male (64 % female versus 37 % male obstetricians, $\geq 2=23.94$, $p<0.001$), and suggested higher co-payments. (Median co-payment of NOK 15000 (€1875) for female and NOK 10 000 (€1250) for male obstetricians ($p<0.001$)).
Conclusion This study supports the existence of a gender difference concerning obstetricians' responses to issues of patient requested cesarean. The results indicate that a substantial proportion of obstetricians welcome some form of constraint concerning cesarean requested in the absence of a medical indication.

29. OVERTIDIGE SVANGERSKAP – ER DET FARLIG MED SELEKTIV EKSPERTANSE?

Kessler J¹, Augensen K¹, Albrechtsen S¹
¹Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

Bakgrunn Mens epidemiologiske studier indikerer en sterk økning i perinatal mortalitet etter terminen har induksjon ved 41 fullgatte uker i randomiserte studier ikke resultert i en sikker reduksjon av perinatale dødsfall. Vi ønsket derfor å evaluere håndteringen av overtidige svangerskap på vår avdeling.
Metode Retrospektiv sykehus basert studie for perioden 010104 til 311208. Inklusjon: enlinge svangerskap med gestasjonsalder ved fødsel $\geq 36+0$ uker. Eksklusjon: tvillinger. Det ble benyttet data fra Medisinsk fødselsregister, elektronisk fødejournal og avdelingens kvalitetssikring. For statistisk analyse ble programvaren SPSS benyttet. Overtid ble definert som gestasjonsalder $\geq 42+0$ uker. Klinisk håndtering fulgte gjeldende veileder i fødselshjelp.
Resultater Av totalt 23218 svangerskap var 2045 (8,8 %) overtidig. Av disse hadde 1134 (55,4 %) en spontan fødselsstart, 911 (44,6 %) ble indusert. Fødselsinduksjon var forbundet med en økt risiko for akutt sectio (OR 2,94; 95 %CI 2,60-3,32) og lav 5 min Apgar skåre (OR 3,10; 95 %CI 2,34-4,11). Det var 3 perinatale dødsfall $\geq 42+0$ uker; tilsvarende 1,5 per 1000 levende fødte og 1,4 per 1000 fortsatt uforløste graviditeter. Det var ett intrauterint dødsfall ved 42+0 uker og to tidlige neonatale dødsfall (én skulderdystoci og ett malformasjonsyndrom). Det var ytterlige 5 perinatale dødsfall mellom 41 og 42 fullgatte uker. Med termin som referanse hadde nyfødte på overtid en økt risiko for cerebral irritabilitet (OR 2,97; 95 %CI: 1,45-6,09). Det var videre en tendens til økt forekomst av 5 min Apgar score <7 (OR 1,45; 95 %CI 0,94-2,23) og mekoniumaspiasjon (OR 2,90; 95 %CI 0,97-8,64). Risiko for acidose (arteriell $pH < 7,15$), metabolsk acidose (arteriell $pH < 7,05$ og base deficit >12 mmol/l) og neonatale kramper var uendret.
Konklusjon Perinatal mortalitet var lavere enn rapportert i epidemiologiske studier. Neonatal morbiditet økte gradvis etter termin. Det er uavklart om det er induksjonen i seg selv eller tilgrunnliggende svangerskapspatologi som betinger økt neonatal morbiditet.

30. VENØS LEVERBLØDSTRØM OG REGULERING AV FOSTERVEKST: EVIDENS FRA MAKROSOME FOSTRE

Kessler J^{1,2}, Rasmussen S^{1,2}, Godfrey K³, Hanson M³, Kiserud T^{1,2}
¹Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Institutt for Klinisk Medisin, Universitetet i Bergen, ³Institute of Developmental Sciences, University of Southampton.

Bakgrunn Dyreeksperimenter har vist at tilførsel av navlevenerblod til fostertes lever påvirker produksjonen av vekstfaktorer og dermed spiller en viktig rolle i regulering av fostervekst. Kunnskapen om tilsvarende prosesser hos menneske foster er begrenset til intrauterin veksthemming, som er assosiert med venøs hypoperfusjon i leveren. Imidlertid finnes ingen data om venøs leverperfusjon hos makrosome fostre.
Metode Etter skriftlig samtykke og i henhold til en etisk godkjent protokoll ble 25 makrosome fostre (fødselsvekt ≥ 4200 g) av ikke-diabetiske mødre undersøkt med ultralyd i en longitudinell studie i andre halvdel av svangerskapet. Volumblodstrøm ble beregnet etter måling av kardiameter og blodstrøms hastighet i navleaven, ductus venosus, venstre portvenegren og i portvenens hovedstamme. Resultatene ble sammenholdt med referanseverdier basert på 160 lavrisikogravide.
Resultater Sammenlignet med referansepopulasjonen hadde makrosome fostre økt volumblodstrøm i alle undersøkte blodkar, spesielt i tredje trimester. Makrosome fostre sendte en større andel umbilikalvene blod til leveren, særlig til høyre leverlapp. Tilsvarende utgjorde portvenebudet en mindre andel. Mens total venøs blodstrøm til leveren i referansepopulasjonen stagnerte de siste ukene før termin, økte den hos de makrosome fostrene gjennom hele svangerskapet. Parallelt økte fosterets vekt, slik at den total venøse tilførselen normalisert for vekt holdt seg konstant. Dette i motsetning til referansepopulasjonen der venøs leverblodstrøm normalisert for vekt falt i tredje trimester.
Konklusjon Den tydelige assosiasjonen mellom venøs leverblodstrøm og makrosomi støtter hypotesen om at fostervekst er relatert til volum og fordelingsmønster av venøs leverperfusjon.

31. EPIDURALBEDØVELSE UNDER FØDSEL FØRER TIL MATERNELL OG NEONATAL HYPERTERMI

Staude MA¹, Backe B^{1,2}

¹Institutt for laboratoriemedisin, barne og kvinnesykdommer; NTNU, Trondheim; ²Fødeavdelingen, KK, St. Olavs Hospital, Trondheim

Bakgrunn Det er dokumentert at epiduralbedøvelse ved vaginal fødsel fører til maternell hypertermi. Det mangler imidlertid studier av den nyfødtes kroppstemperatur etter epiduralbedøvelse. Dyreforsøk tyder på at hypertermi hos fostre kan føre til hjerneskade, spesielt i kombinasjon med asfyksi. Profylakse og behandling av maternell epiduralfeber representerer uløste kliniske utfordringer. Fordi epiduralbedøvelse er så populært er det viktig å få avklart om epiduralfeber kan være skadelig, og om dette kan være en risikofaktor for cerebral parese. Hensikten med studien var å undersøke 1) om det er praktisk gjennomførbart å registrere nyfødt kroppstemperatur umiddelbart etter fødsel, og 2) sammenligne kroppstemperaturen hos mødre ved fødselen og hos nyfødte umiddelbart etter fødselen, i to grupper friske fødende med og uten epidural bedøvelse.

Metode Materialet består av 21 kvinner/barn, 11 kvinner som fikk vanlig epiduralbedøvelse (epiduralgruppe) og som 10 fødte uten slik bedøvelse (kontrollgruppe). Nyfødttemperatur ble målt rektalt så raskt som mulig etter fødselen. Maternell temperatur ble målt oralt hver time fra inklusjon til fødsel. Alle kvinnene var friske og fødslene var spontane vaginale terminfødsler, etter spontan start av rier. Ingen hadde intrapartum infeksjon. Alle barna hadde normal Apgar score og navlesnors pH. **Resultater** Hos alle barna lyktes vi å måle rektal temperatur innen tre minutter etter fødsel (gjennomsnitt 1 min 41"). I gjennomsnitt var barnets kroppstemperatur 1.6 °C høyere enn mødrenes oral temperatur; forskjellen mor-barn var uavhengig av epidural bedøvelse. Gjennomsnittlig maternell kroppstemperatur før fødsel var 36,9 °C i epiduralgruppen mot 35,8 °C i kontrollgruppen, forskjellen mellom gruppene (1,1 °C) var signifikant (p<0.005). Gjennomsnittlig rektal temperatur hos de nyfødte etter epidural var 38,4 °C mot 37,6 °C i kontrollgruppen (p<0,001).

Konklusjon 1) Rektal temperaturmåling av nyfødte kort etter fødsel er gjennomførbart. Prosedyren innebærer lave kostnader, den er ikke-invasiv og enkel å utføre uten å forstyrre mor-barn relasjonen. 2) Epiduralbedøvelse fører til fetal hypertermi. Vi foreslår at fremtidige studier om neonatale følger av epiduralfeber bør baseres på måling av barnets kroppstemperatur straks etter fødselen, og vi foreslår temperaturmåling av den nyfødte kort etter fødselen tas opp som en standard prosedyre.

32. RUTINEKONTROLLER ETTER GYNEKOLOGISK CANCERBEHANDLING: EN NASJONAL KARTLEGGINGSSTUDIE

Moy BW¹, Liavaag AH², Michelsen TM^{2,3}, Salvesen HB⁴, Vistad I¹

¹Kvinneklivnikken, Sørlandet Sykehus, avd. Kristiansand; ² Gynekologisk avdeling, Sørlandet Sykehus, avd. Arendal; ³Kvinne- og barneklivnikken, Oslo universitetssykehus; ⁴ Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus,

Bakgrunn De første norske retningslinjer for oppfølging av gynekologisk cancer kom i 1997, og har senere blitt revidert to ganger. I 2001 kartla Professor Helga B. Salvesen, Haukeland Universitetssykehus, den nasjonale praksis for rutinekontroller og fant stor variasjon mellom sykehusene. Vi ønsket å kartlegge dagens praksis i forhold til funnene i 2001 og retningslinjene i Norsk gynekologisk forenings veileder for gynekologisk onkologi (veilederen).

Metode Vi sendte et elektronisk spørreskjema basert på Salvesens skjema fra 2001 til alle gynekologiske avdelinger i Norge. Etter purringer fikk vi svar fra alle 31 avdelinger.

Resultater De fleste sykehus følger pasientene på gynekologisk poliklinikk, men ved to av 31 avdelinger foregår kontrollene hos privatpraktiserende spesialist. Som i 2001, varierte antall kontroller fra 8 til 16 de første fem årene etter primærbehandling. Omtrent halvparten fulgte veilederens anbefalinger for kontrollhyppighet. Likevel var median antall kontroller i tråd med veilederens retningslinjer. Ni av 31 avdelinger fulgte tilnærmet samme kontrollrutine for alle pasientene uavhengig av primærdiagnose. Alle avdelingene tok CA-125 hos pasienter behandlet for ovarialcancer. Flertallet av avdelingene (>80 %) tok rutinemessig cytologisk prøve ved corpus- og cervixcancer. Omtrent halvparten tok rutinemessig cytologisk prøve ved vulvacancer. Lungerøntgen ble tatt rutinemessig ved mindre enn en fjerdedel av avdelingene ved corpus- og cervixcancer.

Konklusjon Det er fortsatt stor variasjon i oppfølgingen av gynekologisk cancer i Norge, til tross for at man har hatt en nasjonal veileder for dette i mer enn 10 år. Dette kan gjenspeile at evidensgrunnlaget for nytten av slike kontroller er usikkert. En prospektiv studie for å vurdere sikkerhet, ressursbruk og pasientopplevelse ved ulike kontrollopplegg vil kunne gi nyttig ny kunnskap.

33. VAGINAL HYSTEREKTOMI I ARENDAL 2007 – 2009

Austad FE¹, Liavaag AH¹, Vistad I², Leikanger K¹, Kloster-Jensen A¹, Lehmann S³, Michelsen TM^{1,4}

¹Gyn./obst. Avdeling, Sørlandet sykehus, Arendal; ²Kvinneklivnikken, Sørlandet sykehus Kristiansand; ³Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus; ⁴Kvinne- og barneklivnikken, Oslo universitetssykehus.

Bakgrunn En Cochrane metaanalyse fra 2009 konkluderte med at vaginal hysterektomi er den foretrukne operasjonsmetoden for benigne lidelser i uterus. Sammenliknet med abdominal hysterektomi gir vaginal hysterektomi kortere rekonvalesenstid, tidligere utskrivelse fra sykehus og mindre smerter. I forhold til laparoskopisk metode har vaginal metode kortere operasjonstid, mindre bruk av smertestillende postoperativt og færre ureterskader. Ved Sørlandet Sykehus HF Arendal har man i mange år arrangert årlige nasjonale kurs i vaginal hysterektomi. Metoden blir benyttet av alle legene og det er regelmessig opplæring av leger i spesialisering. Som kvalitetssikring ønsket vi å gjennomgå resultatene etter vaginal hysterektomi i Arendal systematisk.

Metode Gjennomgangen omfatter hysterektomier utført i Arendal mellom 1/1-2007 og 31/12-2009. Pasientmaterialet er innhentet fra operasjonsprotokoller, og opplysningene er basert på operasjonsbeskrivelser og journalgjennomgang. Notat fra etterkontroll er innhentet der denne ble gjort hos privatpraktiserende gynekolog.

Resultater I perioden ble det utført 334 hysterektomier. Av disse var 235 (70 %) vaginale og 99 (30 %) abdominale hysterektomier. Gjennomsnittsalderen ved inngrepet var 45.3 år (SD 6.7). Ved 177 (75 %) av de vaginale inngrepene var indikasjonen blødningsforstyrrelser med eller uten myomer. De øvrige ble operert for smerter, mistanke om premalign sykdom eller prolaps. Tjuefire pasienter hadde inngrep på ovariene i forbindelse med hysterektomien, de fleste bilaterale ooforektomi. Gjennomsnittlig operasjonstid var 61 minutter (SD 29.5). De lengste operasjonene var de som ble konvertert (N = 5) eller der hvor uterus var over 500 g. Gjennomsnittlig liggetid etter inngrepet var 5.5 døgn (SD 0.89). Uterus var i gjennomsnitt 179 g (SD 131). To av pasientene i materialet hadde uventet malign sykdom. Førtiåtte av 235 (20 %) fikk større eller mindre komplikasjoner de første 6 ukene postoperativt. Av større komplikasjoner hadde 3 pasienter blæreskade, hvorav en utviklet fistel. Det ble ikke registrert tarm- eller ureterskader. Av mindre komplikasjoner hadde 23 blødning (behandlingskrevende hematom eller anemi). Åtte pasienter ble transfundert. Infeksjoner ble registrert hos 25 pasienter, de fleste hadde urinveisinfeksjoner eller vaginitt.

Konklusjon Sytti prosent av alle hysterektomier ble utført vaginalt ved Sørlandet sykehus Arendal i perioden 2007 – 2009. Resultatene viser at vaginal hysterektomi kan brukes ved de fleste inngrep med benign indikasjon og at det forekommer få større komplikasjoner.

34. SEKSUALFUNKSJON ETTER RISIKO-REDUSERENDE SALPINGO- OOFOREKTOMI

Michelsen TM^{1,2}, Dahl AA³, Dørum A⁴

¹Fødeavdelingen og Nasjonalt senter for kvinnehelse, Kvinne- og barneklivnikken, Oslo universitetssykehus, Oslo; ²Gyn/obst avdeling, Sørlandet Sykehus HF Arendal, Arendal; ³Seksjon for langtidsstudier etter kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, Oslo; ⁴Avdeling for gynekologisk kreft, Kvinne- og barneklivnikken, Oslo Universitetssykehus, Oslo.

Bakgrunn Risiko-reduserende salpingo-ooforektomi (RRSO) forebygger eggstokk-kreft hos kvinner med arvelig økt kreftrisiko. RRSO induserer kirurgisk menopause, som kan påvirke seksualfunksjonen. Vi ønsket å undersøke seksuell aktivitet og seksualfunksjon hos kvinner med RRSO sammenlignet med aldersmatchede kontroller.

Metode Vi identifiserte 503 kvinner med RRSO ved gjennomgang av operasjonsprotokoller. 361 (72 %) ønsket å delta og ga skriftlig informert samtykke, og 327 (65 %) fylte ut Sexual Activity Questionnaire. Disse ble sammenlignet med 654 kontroller fra den generelle norske befolkningen.

Resultater Gjennomsnittsalder ved undersøkelsen var 54.4 år. I RRSO-gruppen var 265/327 (81 %) seksuelt aktive mot 465/654 (71 %) i kontrollgruppen (p=0.001). De seksuelt aktive i RRSO-gruppen rapporterte høyere nivåer av seksuell glede (mean score 15.5 vs. 12.8 [p<0.001]), men også høyere nivåer av ubehag (mean score 4.0 vs. 3.0 [p<0.001]) sammenlignet med seksuelt aktive kontroller.

Konklusjon Kvinner med RRSO rapporterte mer seksuell aktivitet, høyere nivåer av seksuell glede, men også mer ubehag sammenlignet med kontroller fra den generelle norske befolkningen. Seksuelt ubehag kan være tilgjengelig for medisinsk intervensjon hos kvinner med RRSO.

35. ANTERIOR COMPARTMENT BUT NOT POSTERIOR COMPARTMENT PROLAPSE IS ASSOCIATED WITH LEVATOR HIATUS AREA. A 3D/4D TRANSPERINEAL ULTRASOUND STUDY

Majida M¹, Brækken IB², Bø K², Ellstrøm Engh M^{1,3}.

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

Objective To examine the association between the size of the levator hiatus measured by three and four dimensional (3D/4D) transperineal ultrasound and a) the degree and b) anatomical site(s) of pelvic organ prolapse Methods. 157 women with pelvic organ prolapse (POP) stage 0-IV with or without symptoms were recruited from community gynaecologists and by advertisement in newspapers. Validated symptom questionnaire were used. All participants underwent clinical examination with grading of the prolapse by pelvic organ quantification (POP-Q) system and a 3D/4D transperineal ultrasound. Linear regression analysis was used for trend analyses of the stage of prolapse and position of the most dependent part as independent variables. The results are given as means with range and 95 % confidence intervals (CI).

Results. There was a significant positive association between the stage of prolapse for the most descending part and the area of the levator hiatus at rest and on Valsalva (both p<0.001), with a stronger association for LHval. Measurements of the point Ba in the anterior compartment were positively associated with LHval (p<0.001). No associations were found for measurements of the apical (C) or posterior (Bp) compartments, and the area of the levator hiatus on Valsalva (p=0.152 and p=0.406, respectively).

Women with clinically significant POP in the anterior compartment only, had a larger hiatal area at rest and on Valsalva, 4.4 cm² (1.8; 7.0 CI 95 %) and 7.4 cm² (3.3; 11.5 CI 95 %) respectively (p<0.001) as compared with women with no clinical prolapse. There were no differences in LHrest and LHval between women with a single anterior compartment prolapse and women with a combination of anterior+posterior, or anterior+apical compartment prolapse.

Conclusions Degree of prolapse has a significant positive association with the area of the levator hiatus measured by 3D/4D transperineal ultrasound both at rest and on Valsalva. In women with significant POP in one or two compartment(s), the anterior but not the posterior compartment is associated with the size of the area of the levator hiatus.

Kurs i infertilitet

Sørlandet sykehus – Arendal, Auditoriet, Onsdag 1.september 2010 kl 12.00 – kl 18.00

Kursprogram:

1. Epidemiologi (30 min)
2. Utredning (60 min)
3. Behandling generelt (60 min)
4. Endometriose og infertilitet og anovulatorisk infertilitet (45 min)
5. Mannlig infertilitet (45 min)
6. Forløp av svangerskapet hos IVF pasienter (30 min)
7. Regelverket (30 min)

Foredragsholdere:

Seksjonsleder, professor **Tom Tanbo** er leder av reproduksjonsmedisinsk seksjon ved Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus. Hans forskningsfelt er først og fremst "ovarian ageing", polycystisk ovariesyndrom, assistert befruktning og endometriose.

Dr. med. **Jarl Kahn** ledet gruppen fra Trondheim som stod bak Norges første prøverørsbarn i 1984. I 2002 åpnet han Fertilitetsklinikken Sør i Porsgrunn der han nå er seksjonsoverlege.

Dr. med. **Liv Bente Romundstad** har i mange år jobbet som overlege ved Fertilitetsseksjonen på St. Olavs Hospital. Hun har undersøkt komplikasjoner i svangerskap hos IVF-gravide og har fått tildelt prisen som beste vitenskapelig artikkel fra St. Olavs Hospital for en publikasjon om temaet i Lancet i 2008. Hun disputerte om "Assisted fertilization in Norway: Safety of the reproductive technology" i 2009 og fikk æren av å representere Norge i seksjonen «best thesis» under NFOG-kongressen i København i 2010.

Sakkyndig spesialist for Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Onsdag 20. oktober 2010

Kurssted: Holbergs Terrasse kurs og konferansesenter, Stensberggata 27, 0170 Oslo

Arrangør: Norsk pasientskadeerstatning

Kursleder: Avdelingsdirektør (medisinsk fagsjef) Mads Morten Nøjd

Målgruppe: Spesialister som tar eller kan tenke seg å ta enkeltoppdrag som sakkyndig spesialist for Norsk pasientskadeerstatning.

Kurset er beregnet på alle kliniske spesialiteter og tar sikte på å kvalifisere og motivere spesialister til sporadiske sakkyndighetsoppdrag for NPE. Det er ingen deltakeravgift. Ved fulltelling vil NPE prioritere deltakelse innen de medisinske områder der behovet for sakkyndige er størst.

PROGRAM

10:00–10:45	Generell orientering om Norsk pasientskadeerstatning og pasientskadeordningen. Assisterende direktør <i>Rolf Gunnar Jørstad</i>
10:45–11:00	Pause
11:00–12:45	Vilkårene for erstatningsansvar Assisterende direktør <i>Rolf Gunnar Jørstad</i> og Avdelingsdirektør <i>Jan Storvik</i> <ul style="list-style-type: none"> • Det alminnelige uaktsomhetsansvaret • Pasientskadelovens ansvarsregler
12:45–13:45	Lunsj
13:45–14:45	Bevis- og årsakslære. Avdelingsdirektør <i>Jan Storvik</i>
14:45–15:00	Pause
15:00–16:45	Rollen som sakkyndig for Norsk pasientskadeerstatning. Sakkyndighetserklæringen og NPEs tilnærming til Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. Seniorrådgiver <i>Sylvi Tennøe</i> og Professor dr. med. <i>Pål Øian</i>
16:45–17:00	Pause
17:00–17:30	Avrundning, diskusjon, spørsmål, tilbakemeldinger. Avdelingsdirektør (medisinsk fagsjef) <i>Mads Morten Nøjd</i>

Kurset er godkjent av Legeforeningen med 7 timer som valgfritt kurs i alle spesialiteter.

Spørsmål om kurset kan rettes til avdelingsdirektør (medisinsk fagsjef) Mads Morten Nøjd i Norsk pasientskadeerstatning, telefon 22994500, epost mads.morten.nojd@npe.no.

Påmelding: Innen 1. oktober 2010 til NPE (aud.karin.hjelle@npe.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)



ATC-nr.: G02B B01

C NuvaRing "Organon"

Antikonsepsjonsmiddel

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneholder 120 µg etinyløstradiol og 15 µg levonorgestrel. 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 menstruasjonsyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadial 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 lever sykdom 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 blodtrykksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøse 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 for 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 normotensiv 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 gallen, 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 utilsikket 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 prevensjons hormoner 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:** *Hypypige (>1/100):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Urogenitale: Smarter i bekkenet, ømme bryster, vaginitt, genital kløe, vaginal utflod. Øvrige: Vektøkning, ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. *Mindre hypypige:* Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hud: Alopesi, eksem, utslett. Metaboliske: Økt appetitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Svimmelhet, hypestesi. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Sirkulatoriske: Hetetokter. Syn: Synsforstyrrelse. Urogenitale: Cervicitt, cystitt, urinveisinfeksjon, genital pruritus, amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystsprenge, cervixpolypyper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektropi, 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, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Øvrige: Fibroadenomer i brystene, ryggsmarter, tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødemer, 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

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

The NFOG FUND,

First call for applications (1st October 2010)

The NFOG General Assembly at the the 37th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology 15-18 June in Copenhagen decided to establish the new NFOG Fund. It will replace the NFOG Visitor and Collaborative Programs and provide support for a wider range of activities.

Purpose

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

Who can apply:

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

The following fields within obstetrics and gynecology can be covered:

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

In case the number of applications exceed the funding, applications regarding activities

within the Nordic countries will have the highest priority.

Grants will not be given for:

- Congresses, symposias, pre and post congress courses.
- Courses arranged by NFOG.
- Training of other professions than gynaecologists/obstetricians.
- Only future activities will be considered for support. Retrospective applications will not be taken into consideration.

The grants will cover:

- Course fee.
- Traveling expenses: Public transport, air fare on economy class, only one return ticket.
- Modest accommodation. For longer visits hotels are not accepted.
- Salary or daily allowance shall not be covered.
- Meeting expenses for the collaborative projects (point 4 above)
- Except from for lecturers at societies annual meetings (point 5), only expenses of NFOG members will be covered by the grants.

Application must include:

- Applicant's motivations and reasons for applying.
- Short Curriculum Vitae (no more than two pages). In collaborative projects, short CV from the principal investigator of each participating Nordic country
- Detailed budget.
- Copy of course announcement (point 3)
- In collaborative projects, short description of the research / clinical project, including information on appropriate approvals. Total length up to five pages.
- Letter of recommendation from head of

department, including comment in relation to the budget of the clinic (points 1-3).

- In case of clinical visit or voluntary work: acceptance letter from head of department at the clinic where the visit is to take place or the organization who is responsible for the program.
- Information on whether or not the applicant has applied for or received other grants for the same purpose, and how much.

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

Deadline for applications

Application dates are March 1st and October 1st each year. Applicants will be notified within two months of the application dates. The first deadline is October 1st 2010:

Applications should be sent to (electronic and signed paper applications)

Alexander Kr Smáráson
Chairman of the Scientific Committee
Department of Obstetrics and Gynaecology
Akureyri Hospital
600 Akureyri
Iceland
e-mail: smarason @simnet.is

Further information

Further instructions can be found at www.nfog.org or can be obtained from members of the NFOG Scientific Committee (see NFOG webpage).

NFOG Specialist Course 2010

Polycystic Ovary Syndrome through Life

November 17th – 18th 2010

Park Inn Airport Hotel, Copenhagen, Denmark

The NFOG Educational Committee hereby invites you to the www.NFOG.org Specialist Course on Polycystic Ovary Syndrome through Life. The course will deal with aspects of PCOS related to different ages and endocrine states of a woman's life. Nordic and international top speakers with active research in this area will participate. The course is the second NFOG Specialist Course, planned to run each year with different topics, and aimed at specialists in Obstetrics and Gynecology, but also trainees. Below you find the final program. The number of participants is limited to 200, due to course facilities. NFOG members (includes all members of the national societies) are welcome to register at the NFOG web-site from now on. Non-members are welcome to register from September 15th. Reservations at different hotels in the area could be made at the same time as the registration. The course will be sponsored according to regulations by the Danish Legal Board of Self-Regulation concerning Pharmaceuticals.

Course fees (including two lunches, refreshments and one dinner at Park Inn):

NFOG member, early registration before September 15th	DKK 1800,-
NFOG member, late registration after September 15th	DKK 2500,-
Non-NFOG members, registration available from September 15th	DKK 3000,-

Course program

Wednesday 17th of November

11.30 – 13.00	REGISTRATION, LUNCH	
13.00 – 13.05	Welcome and introduction	President of NFOG

Session 1 Prenatal and early development and treatment of PCOS

13.05 – 13.30	Intrauterine environment and PCOS	Sven M. Carlsen, MD, Professor (N)
13.30 - 14.00	Early development & pubertal prevention of PCOS	Francis de Zegher, MD, Professor (B)
14.00 – 14.30	Treatment of PCOS in adolescence	Lourdes Ibanez, MD, PhD (E)
14.30 – 14.50	Panel discussion and questions	
14.50 -15.20	COFFEE	

Session 2 PCOS, pregnancy and metformin

15.20 – 15.50	Metformin and ART in PCOS: A RCT	Sigrun Kjærtrød, MD, PhD (N)
15.50 – 16.20	Metformin in early pregnancy and abortions	Laure Morin-Papunen, MD, PhD (SF)
16.20 – 16.50	Metformin and pregnancy outcome in PCOS	Eszter Vanky, MD, PhD (N)
16.50 – 17.20	Panel discussion and questions	
19.30	DINNER	

Thursday 18th of November

Session 3 PCOS in the adult woman

08.30 – 08.50	PCOS, obesity in the young adult	Ditte Trolle, MD, PhD (DK)
08.50 – 09.10	Metformin: When and to whom?	Ditte Trolle, MD, PhD (DK)
09.10 – 09.30	Diet and lifestyle	Angelica Linden-Hirschberg, MD, Professor (S)
09.30 – 09.50	Are there any benefits of PCOS?	Angelica Linden-Hirschberg, MD, Professor (S)
09.50 – 10.10	Panel discussion and questions	
10.10 – 10.40	COFFEE	

Session 4 Quality of life – later in life

10.40 – 11.10	Quality of life in PCOS	Georgina Jones, Psychologist, PhD (UK)
11.10 – 11.40	Cardiovascular risk factors	Harpal Randeva, MD, Professor (UK)
11.40 – 12.00	Diabetes and PCOS	Sven M. Carlsen, MD, Professor (N)
12.00 – 12.30	Premenopausal PCOS – symptoms and consequences	Inger Sundström-Poromaa, MD, Professor (S)
12.30 – 13.00	Panel discussion and questions	
13.00 – 13.05	Concluding remarks	NFOG Educational Committee
13.00	LUNCH	

Qlaira® – den første p-pillen
som gir naturlig østrogen¹

Nyhet!



L.NO.04.2010.0048

Qlaira® inneholder

- østradiolvalerat som gir naturlig østrogen¹
- dienogest som har antiproliferativ og antiandrogen effekt²

Dynamisk dosering - 26 tabletter med hormoner/2 placebotabletter

Qlaira®

- kan gi kortere og lettere menstruasjoner³
- ca 20% opplever blødningsfrie perioder³



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Drammensveien 147 B - N-0212 Oslo
Tlf.: +47 24 11 18 00 - www.bayerscheringpharma.no