

22-2
2009

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHOLD

■ **Malawi - en annen verden s. 8** ■ **Oksytocindrypp s. 13** ■ **Spesialist-
utdanningen s. 16** ■ **Årsmøteprogram s. 35** ■



Kentera[®]

oxybutynin

Doseres kun to ganger i uken



Referanser:

1. Dmochowski RR, et al. *Urology* 2003;62:237-42.
2. Davila GW, et al. *Urol Clin N Am* 2006;33:455-63.

Kentera Nicobrand Urinveisspasmolytikum. ATC-nr.: G04B D04
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 tørt, 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 innholdstoffene. Urinretensjon, alvorlig gastrointestinal lidelse, myasthenia gravis eller trangvinkelglaukom og hos pasienter som er i risikogruppen for disse lidelsene.

Forsiktighetsregler: Brukes med forsiktighet ved nyre- eller leversvikt. Pasienter med leversvikt skal overvåkes nøye. Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdom) skal undersøkes før behandling. Forsiktighet utvises ved betydelig hemmet blæretømming og ved behandling av eldre. Antikolinerge midler kan føre til døsighet, søvnighet eller uklart syn. Alkohol kan forsterke døsighet.

Interaksjoner: Samtidig bruk av andre antikolinerge legemidler eller midler som konkurrerer om CYP 3A4-metabolismen, kan øke hyppigheten eller alvorlighetsgraden av munntørhet, forstoppelse og døsighet.

Andre antikolinerge legemidler er f. eks. amantadin og antiparkinsonmidler (biperiden, levodopa), antihistaminer, antipsykotika (fentiaziner, butyrofenoner, klozapin), kinidin, trisykliske antidepressiva, atropin og relaterte forbindelser som atropin spasmolytika og dipryridamol. Anti-

kolinerge 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/Amming: 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 amming frarådes.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørhet, forstoppelse, diaré, kvalme, magesmerter. Hud: Kløe, rødhet, reaksjon og utslett på applikasjonsstedet. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinveisinfeksjon. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, søvnighet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, abdominalt ubehag. Hud: Elveblest, sopp. Luftveier: Øvre luftveisinfeksjon, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmertor, sirkulatoriske: Hetetokter, palpitasjoner. Urogenitale: Urinretensjon, dysuria. Øvrige: Påført skade.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Antikolinerge effekter, som stimulering av sentralnervesystemet, rødme, feber, dehydrering, hjerterytmi, oppkast og urinretensjon. Behandling: Symptomatisk. Plasmakonsentrasjonen reduseres 1-2 timer etter fjerning av plasteret. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D04 og G04B D.

Egenskaper: Klassifisering: Urinveisspasmolytikum. Virkningsmekanisme: Kompetitiv, selektiv muskarinreseptorantagonist. Relaksere glatt muskulatur i blæren, øker den maksimale blærekapasiteten og volumet før første detrusor-kontraksjon. Dermed reduseres trang og hyppigheten av inkontinens episoder og frivillig vannlating. Oksybutynin er racemisk. Antimuskarinaktiviteten er hovedsakelig i R-isomeren som viser større

selektivitet for muskarin subtypene M1 og M3 (predominant i detrusor-muskelen 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. kr 483,30. 24 stk. kr 1368,70.

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskode:

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

Vilkår: Ingen spesifisert

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening

GYNEKOLOGEN er et uavhengig tidsskrift. Meninger og holdninger avspeiler ikke nødvendigvis den offisielle holdning til styret i NGF, eller Dnlf. Signerte artikler står for forfatterenes egen regning. Kopiering av artikler kan tillates etter kontakt med ansvarlig redaktør og oppgivelse av kilde.

Ansvarlig redaktør

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

Medredaktør og annonseansvarlig

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

Redaksjonsmedlemmer

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

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

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

Nettredaktør

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

Design/layout

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

Forsidefoto

Oskar Johan Skår

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2009

nr 3; 15. juni
nr 4; 1. oktober

Innhold

■ Redaktøren	4
■ Leder	5
■ Artikkel	
En annen verden	8
Hvem vet best hvor skoen trykker?	12
Følger ikke NGF's Veileder i fødselshjelp	13
Beretning fra et besøk hos Fridtjof og Siren Jerve	15
■ Debatt	
Hva skal norske spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer kunne om 10 år?	16
■ Disputas	
Long-term effects after radiotherapy	20
Eggstokk-kreft	21
■ FUGO	
Kjære FUGO medlemmer!	23
■ Foreningsnytt	
Improving maternal, newborn and child health	24
NGF støtter innføring av HPV-vaksinen	25
Endring av helsepersonelloven	26
NPE trenger oss!	27
■ Kurs/kongress	
Vårtreff for nordnorske gynekologer	28
Vårmøtet - Tar spranget	29
Velkommen til Fredrikstad	32
Årsmøte NGF i Fredrikstad 2009	33
Program NGF Årsmøte	35
Kolposkopi-kurs	36
NFOG Specialist Course 2009	39
Kongresskalender	43



22-1
2009



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2008-2009

Leder	Rolf Kirschner	Kvinneklinikken, Rikshospitalet	rolf.kirschner@rikshospitalet.no	Tlf: 911 36 553
Nestleder	Bjørn Backe	NTNU, Kvinneklinikken St.Olavs Hospital	bjorn.backe@ntnu.no	Tlf: 900 35 427
Vitenskapelig sekretær	Knut Hordnes	Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus	knut.hordnes@uib.no	Tlf: 915 38 874
Kasserer	Torill Kolås	Sykehuset Innlandet Lillehammer	toril.kolaas@c2i.net	Tlf: 906 63 264
Styremedlem og Redaktør Gynekologen (PSL)	Runa S. Aabø	Sandvika Spesialistsenter	raa@sandspes.no	Tlf: 415 18 715
Sekretær (FUGO)	Ane Gerda Zahl Eriksson	Gyn. avdeling, Ringerike Sykehus	anegerda@hotmail.com	Tlf: 482 30 660
Varamedlem	Kristin Skogøy	Nordlandssykehuset HF	kristin.skogoy@nlsh.no	Tlf: 952 75 910
Varamedlem (for PSL)	Catarina Falck	Dybwadsgate Legesenter	catarina.falck@c2i.net	Tlf: 979 79 540
Varamedlem (for FUGO)	Erik Andreas Torkildsen	Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssykehus	toea@sus.no	Tlf: 926 01 220

- Runa Sigríð Aabø
- Sandvika spesialistsenter
- raa@sandspes.no

Søk utdanningsstipend!



Faget vårt er i stadig utvikling. Vi ser en økende internasjonalisering, harmonisering av praksis og vektlegging av gode samarbeidsrelasjoner, både på individ- og institusjonsnivå. Utveksling og studieopphold gir kompetanseheving, erfaring og nettverksbygging. Overlegepermisjonen, og for praktiserende spesialister retten til vikar ved fravær grunnet faglig oppdatering, er en fin anledning til å reise ut for å lære og å hente inspirasjon. Skal vi være i front i forhold til den medisinske utvikling, er det viktig at det fra arbeidsgivers side også legges til rette for at LIS-ene får mulighet til å delta i utvekslingsprogrammer.

Som medlemmer i NGF og NFOG har både ferdige spesialister og LIS-er mulighet til å søke finansiell støtte til ulike former for utdanning, forsknings- og samarbeidsprosjekter gjennom NGF's etterutdanningsfond og "NFOG's Visitor- og Collaborative programs". Informasjon om NGF's etterutdanningsfond er å finne i

dette nummer av Gynekologen, informasjon om NFOG's programmer er tilgjengelig på www.nfog.org.

Vårt fagmiljø er svært aktivt og det foregår en utstrakt kursvirksomhet av høy faglig kvalitet i hele landet. De siste to årene har NGF's Vårsmøte og FUGO's kurs i tilknytning til Årsmøtet etablert seg som nye muligheter for å tilegne seg kunnskap - noe medlemmene i stor grad har benyttet seg av og gitt svært gode tilbakemeldinger på.

Årsmøtet i Fredrikstad nærmer seg. Den viktige debatten rundt status og utfordringer for faget står igjen på agendaen. I den anledning presenterer spesialitetskomiteen i dette nummer av Gynekologen en del tanker rundt spesialistutdanningen. Spesialitetskomiteen ber om råd fra fagmiljøet mht hvilke krav som skal stilles til fremtidens spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Komiteen ønsker at medlemmene tar seg god tid til å tenke gjennom problemstillingene. Og med sommeren for døren, er det å håpe at lyse dager og netter kan gi rom for utstrakt tankevirksomhet rundt utfordringene vi står overfor, og at det på årsmøtet kommer mange fruktbare innspill.

Redaksjonen vil igjen få takke for alle innkommende bidrag. Vi oppfordrer medlemmene til fortsatt å sende inn store og små innslag, og benytter anledningen til å ønske riktig god sommer!

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

STAN-GRUPPEN

Tore Henriksen, Branislava(Branka) MYli, Torunn Eikeland, Jørg Kessler, Lisbeth Brech, Berit Lunden Hustad

LAPAROSKOPIUTVALGET

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

NETTREDAKSJONEN

Pooja Parashar

GYNEKOLOGEN

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

KVALITETSUTVALGET

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

FUGO

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

NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

REVISJONSKOMITE – prose-dyrekoder i spesialistpraksis

Hilde Sundhagen, Oskar Johan Skår

VALGKOMITEEN

Grete Riis-Johannessen, Ingard Nilsen, Ole-Erik Iversen

ANDRE RELATERTE INSTANSER

SPECIALITETSKOMITEEN

Kjell Åsmund Salvesen (leder), Tone Skeie Jensen, Klaus Audun Oddenes, Bente Hjelseth, Kari Anne Trosterud (vara), Trond Michelsen (Ylf), Jeanne Mette Goderstad (vara), Elisabeth Berge Nilsen (Ylf vara)

NFOG

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

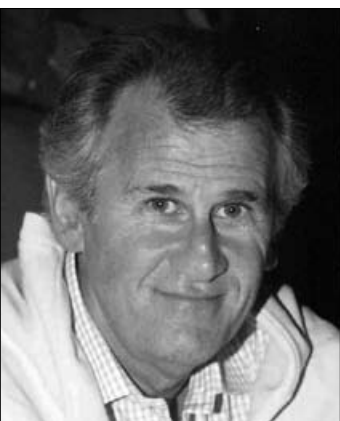
EBCOG

Rolf Kirschner, Runa Sigríð Aabø, Erik A Torkildsen (PVG representant)

NFOG'S NEMNDER

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

Kjære medlemmer



Innledningsvis en hjertelig takk til arrangementskomiteen på KK, Stavanger Universitetssjukehus, med avdelingsoverlege Astri Rygh i spissen, for et flott vårkurs. Et vel sammensatt program, gode foredragsholdere, en aktiv tilhørerskare på ca 80 "blandet drops"-gynekologer, og dertil hyggelige måltider, koselige pauser og fint vær, gjorde at vi i styret nå mener at vårmøtet er en "god tradisjon", og må videreføres. Komiteen ved SUS har sikret seg at alle foredragene vil bli lagt ut på nettet, slik at medlemmene og andre interesserte kan ta en titt og høste av lærdommen.

Styret hadde lagt et styremøte i samband med vårkurset, og et av punktene på dagsorden var selvsagt vårkurset 2010, som KK/St.Olav har sagt seg villige til å arrangere. Det sannsynlige tidspunktet er 15-16 april 2010, men dette må vi komme tilbake til. Ellers var dagsorden fylldig, og i tillegg til de "gynekologiske sakene", preges mye av arbeidet i halvåret før Legeforeningens landsstyremøte av saker og høringer som skal på dagsorden der, dvs. i Bodø i juni. Men det har da vært nok av "egne" saker å gripe fatt i.

Spørsmålet vedrørende gynekologisk onkologi som grenspesialitet har det vært arbeidet med i mange år. Helsedepartementet (HOD) har nå meddelt oss at det ikke blir noen ny behandling av denne saken i Nasjonalt råd, slik at vi har tilrådd onkologene å "go it alone", dvs. at de gyn-onkologiske klinikkene søker "akkreditering" via EBCOG/ ESGO (European Society for Gynecologic Oncology) med visitasjon, og deretter bruker EBCOG/ESGO- programmet for etterutdanning til å sertifisere alle som har fulgt dette opplegget til å bli "European Subspecialists". Responser for dette er god, en har allerede startet i Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi, og forutsetningen for dette er jo at alle landets kvinneklinikker er "akkreditert i bunn" av EBCOG ved våre egne spesialitetskomite- besøk og godkjenning. Noe godt bringer jo det europeiske medlemskapet med seg; hvordan det går når og hvis HOD/ HDir skal overta spesialitetsutdanningen er det vanskelig å si noe om.

Det har vært mye arbeid omkring St.Prp 12, "fødselsmeldingen", som er på vei til behandling i Stortinget før sommeren. NGF har vært med i en Dnlf- delegasjon på høring hos Helse- og sosialkomiteen i forkant, der vi fremla synspunkter om å erstatte de tidligere så problematiske "fødselstallskategoriene" med kvalitetsparametre som struktur-, prosess- og resultatstørrelser. Derved kan en få objektive inntrykk av institusjonens standard som fødselsinstitusjon. Komiteen var interessert i disse synspunktene. Vi regner med at alle interesserte har logget seg inn på relevante nettsider og sett gjennom proposisjonen. Hansens andre reform, samhandlingsreformen, er

etterhvert blitt en almenhelsereform, som sikkert vil påvirke oss som spesialister, men i første omgang er det allmennlegene som "skal til pers" her.

Apropos våre kolleger fastlegene, så sendte styret et brev til Sentralstyret ang ultralydpraksis og – kompetanse. Vi hadde fått flere oppfordringer om å ta tak i dette, da mange av kollegene oversvømmes av "second- opinion" ultralydkonsultasjoner med ulike diagnoser, som for mange pasienter er urovekkende. I forkant av SS-møtet hadde vi konsultert Norsk Forening for Ultralyddiagnostikk og Nasjonalt Senter ved St. Olav, og i et møte med representanter for Allmennlegene ble det lagt opp til at legeforeningen ville få nedsatt en komite med relevante spesialister og representanter for subspesialiteten med det formål å lage en ultralydutdanning for allmennlegene i løpet av spesialistutdanningen deres.

Våre avtalespesialister uttrykte på årsmøtet interesse for å overta en del av de medikamentelle tidligabortene, og dette forslaget ønsket vi å fremlegge for, og diskutere med, myndighetene. Det er tatt et initiativ overfor HDir, som har lovet å utrede den juridiske siden av saken, før vi skal komme tilbake å diskutere de praktiske detaljene. Det går jo på at det skal være "en institusjon" som ivaretar denne tjenesten, slik at dette må oppklares før vi kan gå videre.

Så har jo HPV- vaksinen vært oppe igjen, snart et år etter at saken ble avgjort. Nå var det Bioteknologinemnda som mente at beslutningen var forhastet, på bakgrunn av en Mastergradsoppgave som inneholdt ulike beskrivelser av noen av gynekologene

her til lands. Et stormøte ble avholdt 1 april, og gamle og nye argumenter ble fremlagt av ymse, uten at styret og våre rådgivere mener at viktige nye momenter er brakt til torgs, derav også vår siste uttalelse, som dere har kunnet se på nettsiden og i diverse media.

Vi ser fremover mot Fredrikstad, og mot 2010. Programmet for årsmøtet er ferdig, og dere får presentert det her i bladet og har allerede kunnet se det på nettet. Det vitenskapelige står dere jo tildels selv for, men symposiene som er planlagt er av ypperste merke. Vår inviterte foredragsholder fra New Zealand kommer med informasjon av svært relevant interesse spesielt i disse HPV/ Dysplasi/ Cancer- tider, og vi bruker ham endog flere ganger (det er langt til NZ). Så har vi satt av rikelig tid til å få en dyptpløyende diskusjon om faget og dets potensiale etter at representanter for Spesialitetskomiteen, Yngre legers Forening, Overlegeforeningen og NGFs styre, har lagt frem sine synspunkter. 2 1/2 time bør være nok til at alle får sagt sitt og å komme frem til en konklusjon. Jeg skal ikke snakke mer om programmet enn å si at "plankebyen" er et svært så hyggelig sted å være, og Hilde Hoel og kollegene hennes vil ta seg godt av oss. I tillegg er det ærespriser, reisestipend og vitenskapelige penger og ære å hente, LIS'er er subsidiert og ved å sende inn foredrag blir det nesten gratistur. Så planlegg turnuser og meld dere på, "first come, first served!"

Det er ultimo april, rekordvarme, tidlig vår, svineinfluensa og nedgangstider, men uansett ønsker styret dere en fin mai og juni, ta kontakt med oss via nett eller til redaktøren, og ha en fin vår og forsommer.

Zidoval gel

metronidazol 0,75%

Til vaginal behandling av bakteriell vaginose

c Zidoval «Meda»

Kjemoterapeutikum.

ATC-nr.: G01A F01

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

Indikasjoner: *Voksne:* Bakteriell vaginose.

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

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

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

Interaksjoner: Metronidazol kan gi disulfiramliknende effekt i kombinasjon med alkohol. Akutt psykotisk reaksjon og forvirring har forekommet ved samtidig bruk av disulfiram. Med de lave serum-

konsentrasjonene som oppnås ved bruk av preparatet, er muligheten for slike reaksjoner lite sannsynlig, men kan likevel ikke utelukkes.

Metronidazol øker plasmakonsentrasjonene av warfarin, litium, ciklosporin og 5-fluorouracil. Liknende reaksjoner etter vaginal behandling med metronidazol forventes ikke pga. de lave serumkonsentrasjonene, men kan likevel ikke utelukkes.

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

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale:

Moderate og forbigående symptomer som mavesmerter, kvalme, brekninger. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet. Urogenitale: Lokal irritasjon, utflod, candidose. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse, munntørhet, metallsmak. Hud: Kløe. Neurologiske: Uvanlig følelse i armer/ben. Sentralnervesystemet: Sovnforstyrrelser, irritabilitet, depresjon. Urogenitale: Symptomer på urinveisinfeksjon, mørkere urin. Hevelse, uregelmessige blødninger. Lekkasje av medikament. Øvrige: Krampefølelse.

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

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

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares < 25° C.

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

Pakninger og priser: 40 g med 5 engangsapplikatorer kr 141,20.

Sist endret: 13.06.2007 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Referanser:

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

MEDA

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

Zidoval[®] gel

metronidazol 0,75%

Til vaginal behandling av
bakteriell vaginose



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

Referanser: Se preparatomtalen.

MEDA

- Siri Skrøppa
- LIS, Kvinneklinikken, UUS
- skrs@uus.no

En annen verden

Siri Skrøppa(UUS) var første lege ut i den nyoppstartede stafetten og samarbeidsprosjektet for å redusere barne- og mødredødeligheten i Malawi.



Det er visitt på fødestua, og man trenger seg sammen (to assistentleger, turnusleger, clinical officers og studenter) rundt overlege dr. Meguid og jordmoren som refererer. Med 14 fødende kvinner i ett rom er det ikke lett å konsentrere seg. Mens vi strever med å høre det som blir referert, kommer en bære inn med en bevisstløs, blødende kvinne. Det blir kjapt referert at pasienten fødte hjemme i natt. Da hun

hadde store blødninger bar mannen henne til nærmeste helsesenter hvor det heldigvis var en bil som kunne frakte henne til sykehuset. Ingen respirasjon og en svak puls som forsvinner raskt. Med en overlege og to assistentleger tilstede (meg iberegnet) blir oppgavene raskt delegert. Det startes med hjertekompresjon. Anestesi clinical officer blir hentet fra operasjon, hun intuberer og bagger pasienten. Jeg "tar ansvar" for uterus med bimanuell massasje. Uterus er atonisk og blør. Anne Gro, jordmor fra Norge, er allerede øvet i å ta blodprøver fra fargede kvinner i sjokk, og hun løper til laboratoriet og blodbanken som akkurat er åpnet. Venefloner blir lagt inn; væske, hemocel og Pitocindrypp hengt opp. Jeg har Cytotec tilgjengelig i lommen. Det hentes en revisiosil fra operasjon og det gjøres revisio i seng. Anne Gro kommer tilbake med Hb-svar på 2 og med to poser kaldt blod, de eneste som fantes. Jeg varmer blodet i armhulen mens det går inn. Dr. Meguid organiserer en ambulans og kommuniserer med intensivavdelingen på Kamuzu Central Hospital, fem km unna, hvor kvinnen blir fraktet.

Tre dager senere spaserer kvinnen ut av sykehuset, etter ytterligere blod og revisio, på vei hjem til sin mann og fire barn.

Denne kvinnen var utrolig heldig! Hun kom akkurat tidsnok til sykehuset og i rett tid

med mange tilgjengelige, våkne og ivrige hender tilstede. Det er de færreste som får en slik service på "Bottom"/Bwaila Hospital.

Bwaila og Kamuzu Central Hospital(KCH)

..er administrativt ett lokalsykehus, samt referansesykehus for en befolkning på 4 millioner mennesker. Fødeavdelingen for ikke-betalende ligger på Bwaila som er landets nest største med 12 000 fødsler i året. KCH har en stor gynekologisk avdeling og i tillegg 1 000 fødsler i året, der pasientene betaler. Disse avdelingene betjenes av to overleger/gynekologer (Dr. Grace Chiudzu " head of department" og Dr. Tarek Meguid), en assistentlege, 6-7 turnuskandidater og 3-6 "clinical officers". Det er en katastrofal mangel på leger, jordmødre og sykepleiere, så vel som på medisinsk utstyr og medikamenter. Legene betjener begge sykehusene med en av overlegene ansvarlig på hvert av sykehusene. Vakt har man begge stedene. Turen mellom de to sykehusene tar mellom 15 minutter og to timer, avhengig av trafikken.

Bwaila sykehus er bedre kjent under det gamle navnet "Bottom Hospital", bygget i 1926 nede ved elven for de svarte og fattige. Top Hospital, for de hvite og rike koloniherrene, lå ikke langt unna, men dette sykehuset er erstattet av KCH. Man kom



Korridorpatientene på gynekologisk avdeling KCH ute på verandaen.



Bwaila hospital.

ikke så langt som til å erstatte "Bottom". Bygningene og forholdene er deretter.. – og slettes ikke i stand til å ta mot de 12 000 fødende. I løpet av et døgn er det 30-40 fødsler på en fødestue med 14 senger. Det sier seg selv at kvinnene ikke får mye tilsyn og hjelp underveis. Pårørende må forlates utenfor. De fødende er helt alene, og ofte unge og redde. De må ha med seg eller kjøpe en svart plastduk som de legger på den tynne plastmadrassen slik at det blir minst mulig søl med blod og fostervann. Det er en halv meter mellom sengene, og plastgardinene som henger for å skjerme, er ofte på vask eller fjernet for å ha oversikt. Det er bare 2-3 jordmødre på vakt, og disse må også være med på keisersnitt. Ofte må kvinnene føde på gulvet fordi det er fullt. I gjennomsnitt dør en kvinne i uka og mer enn et barn i døgnet på Bwaila. De aller fleste kvinnene dør av blødninger, infeksjoner og eklampsi, og fordi de kommer for sent til sykehuset. Det forekommer at mødre og barn dør fordi det ikke er kapasitet til å hjelpe og overvåke alle. Keisersnittsfrekvensen på sykehuset er på 13-14%, et gjennomsnitt på 5 keisersnitt pr. dag. Da det finnes bare en operasjonsstue på Bwaila, kan det bli for lenge å vente hvis man har et foster med truende asfyxi eller en mor med placentaløsning eller uterusruptur. Operasjonsstua brukes også til postpartumrevisio,

postpartumsteriliseringer, kompliserte rifter og akutte hysterektomier. Jeg opplevde å ha fem pasienter som trengte sectio samtidig. Mors indikasjon går foran alt og deretter hvor mange døde og levende barn kvinnen har fra før. Uterusruptur står man overfor 1-2 ganger per uke mens eklampsi-pasienter ser man en gang per uke. På et døgn opplevde jeg tre uterusrupturer! De fleste kvinnene med uterusruptur kommer hjemme fra via et helsesenter og har vært lenge i fødsel. Mange er multipara. Fostret er nesten alltid dødt, men kvinnene er overraskende ofte stabile. De fleste med uterusruptur ender med hysterektomi.

Man er aggressiv med hysterektomi ved postpartumbødninger. Dette fordi kvinnene har et helt annet utgangspunkt enn norske kvinner, med utgangshemoglobin på 5-6, underernæring og HIV, og uten de samme mulighetene i behandlingen.

På Bwaila sykehus er det en blodbank og et laboratorium som er åpent til klokka fire på hverdager, men kjøleskapet med blod er som regel tomt.

Malawi

..er et av verdens fattigste land. Mødre dødeligheten er 1800 pr. 100 000 levende fødte (WHO 2004/05), og denne har økt de siste årene. 109 spebarn og

179 barn < 5 år dør for hver 1000 levende fødte (WHO 2004). Dette til tross for at Malawi er hovedsamarbeidsland for norsk helsebistand og at mødre helse har vært høyt prioritert i landet. I hele Malawi, med en befolkning på mellom 11 og 14 millioner, er det bare 14 utdannede gynekologer, og de fleste av disse er tilknyttet det medisinske fakultetet i Blantyre.

HIV prevalensen i befolkningen er 14-15%, mens hos de gravide er den sannsynligvis 20-30%.

Prosjektet

Gynekolog Patji Alnæs-Katjavivi fra Ullevål Universitetssykehus jobbet i 2007 tre måneder som frivillig på Bwaila/Kamuzu Central Hospital. På hans og sykehusledelsens initiativ ble det startet et samarbeidsprosjekt med de tre universitetssykehusene Ullevål, Haukeland og Tromsø. Sammen med Bwaila/Kamuzu Central Hospital og helsemyndighetene i Malawi har man forpliktet seg til å stille en jordmor og en gynekolog i en stafett à 6 måneders varighet, og videre å bidra med utstyr til to nye sykehusbygninger som nå er under bygging. Det første sykehuset skal stå klart til innflytting i april 2009. Prosjektet får økonomisk støtte fra den norske ambassaden i Malawi.



Fødestua.



Kvinne i fødsel.



Kvinne kom inn med fullåpent seteleie og navlesnor-sprolups med svak pulsedet ble gjort utrekning på fot.

Tanken er at man går inn i et allerede eksisterende helsevesen og jobber sammen med de lokale for å bedre systemet innenfra, på de lokales premisser. Anne Gro Nordseth (jordmor fra UUS) og jeg (LIS fra KK, UUS) var de første i stafetten. Vi tilbrakte et

utfordrende og spennende halvår, faglig og personlig, i Lilongwe fra november 2007.

Vi fikk i tillegg mulighet til å oppleve det vakre landet Malawi med sine varme og hyggelige innbyggere. – Det er ikke uten

grunn at landet kalles "the warm heart of Africa"!

Hvis du er interessert i prosjektet kan du kontakte undertegnede, Mons Lie eller Kristin Hanche-Olsen ved kontor for internasjonalt samarbeid, UUS.

C1
Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»
Vaksiner 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, natriumborater, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksiner 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 Vaksinering: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for booster doser er ikke klarlagt. **Barn: <9 år:** Ikke anbefalt pga. utilstrekkelig data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. 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. Vaksinering utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinering 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-typene 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinering 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 Vaksinering på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. 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 vaksinering 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):** Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Hud: Urticaria. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati. Neurologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope. **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 høyrensedde 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, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å induisere 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, ValN 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 vaksinering. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringstidspunktet. **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 Vaksinering med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinering. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter Vaksinering, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har 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 vaksineringen. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sikkerhetsmekanismen vil dekke kanylen etter injeksjon for å forhindre stikkskade. Kontakt med aktiveringstappene på sikkerhetsmekanismen må unngås for å sikre at plasthylsen ikke dekker kanylen for tidlig. 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. Sist endret: 18.11.2008. **Pakninger og priser:** Ferdigfylt sprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10. HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70 % av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause. Godkjent av NOMA: 29.10.08

I DAG KAN VI GJØRE MER



GARDASIL®

Vaksine mot humant papillomavirus
Type 6,11,16,18
Rekombinant, adsorbent

Den firevalente
vaksinen som skal
beskytte mot
livmorhalskreft*
– for bred beskyttelse
og tidlig nytte



Livmorhalskreft*



Premaligne genitale lesjoner

• Livmorhalsen

• Vulva

• Vagina **NY** indikasjon



Eksterne kjønnsvorter

Forårsaket av HPV 6,11,16 og 18**



- Ingvild Vistad
- Overlege PhD, Kvinneklivnikken, Sørlandet sykehus Kristiansand
- Ingvild.Vistad@sshf.no

Pasient-selvrapportering i gynekologisk onkologi

Hvem vet best hvor skoen trykker?

Kreftbehandling har tre mål: Kurasjon, forlenget overlevelse og økt livskvalitet. Nye og effektive behandlingsmetoder gir økt overlevelse hos mange pasienter, men er ofte ledsaget av behandlingsindusert toksisitet med dertil redusert livskvalitet.

Noen behandlingseffekter kan kun pasienten selv vurdere, som for eksempel kvalme, smerte og depresjon, som alle har en påvirkning på livskvaliteten. I løpet av de siste 10-årene har pasient-selvrapportering (patient reported outcomes) blitt stadig mer anerkjent i kreftstudier. Det har vist seg at informasjon om fysiske og psykiske symptomer direkte rapportert fra pasientene via strukturerte spørreskjema gir reproduserbare, meningsfulle og kvantiterbare svar på hvordan pasientene føler seg og hvordan de fungerer.

Slike verktøy kan gi verdifull informasjon om hvordan en behandling virker inn på pasientenes fysiske funksjon og livskvalitet, som i noen tilfeller er viktigere for pasienten enn økt overlevelse. Betydningen av dette gjenspeiles i Amerikanske Food and Drug Administration's krav om at effekten av nye medikamenter også skal vurderes med pasient selvrapportering. Flere og flere kreftmedisiner har nå en "livskvalitet"-merkelapp.

EORTC

European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) ble etablert i Belgia i 1962. Målet til EORTC er via forskning å heve kvaliteten på pasientbehandlingen ved å øke overlevelsen og livskvaliteten. Nye behandlingsmetoder

blir testet gjennom store prospektive, randomiserte multisenterstudier. Alle disipliner innen medisinen er med, og det er til enhver tid minst 50 pågående studier. EORTC har en database på over 150 000 pasienter. Avdeling for livskvalitet (QLD) er en del at EORTC-systemet og ble etablert for 10

år siden. QLD har utviklet et livskvalitetsspørreskjema (EORTC QLQ C-30) som omhandler viktige kjernespmåål på livskvalitet felles for de fleste kreftpasienter (for eksempel kvalme og tretthet). I tillegg er det utviklet en rekke tilleggsmoduler for de ulike kreftsykdommene som skal brukes sammen med QLQ C-30. Ett eller flere av disse skjemaene inkluderes i mange av de nye kreftstudiene i EORTC-regi.

Gynekologigruppen

Kvinner som behandles for gynekologisk kreft med bekkenkirurgi, kjemoterapi og/eller strålebehandling kan oppleve tidlig menopause, endret kroppsbilde, samt endret fertilitet og seksuell funksjon. I tillegg får pasientene ofte plager fra blære og tarm. Gynekologigruppen i QLD har



Sentralsykehuset Kristiansand.

utarbeidet tre tilleggsmoduler innenfor gynekologisk onkologi som søker å avdekke pasientens perspektiv på disse faktorene (eggstokkreft-, livmorhalskreft-, og endometriekreft-moduler). I tillegg har arbeidet med en vulva-modul nettopp begynt. Det er et møysommelig arbeid som starter med litteraturstudier, intervju av pasienter og leger og etterhvert uttesting av spørreskjema på pasienter.

Konklusjon

Å vurdere alle sider ved kreftbehandlingen er en viktig del av det moderne helsevesen. Behandlingens effekt på fysiske og psykiske plager kan kun evalueres av pasientene selv, og velprøvde, validerte spørreskjema bør benyttes. Omsorg for pasienten betyr å ivareta både livskvalitet og -kvalitet!

Norske fødeavdelinger følger ikke NGF's Veileder i fødselshjelp

Oksytocindrypp skal blandes ut i Ringer eller NaCl 0,9%, ikke i 5% Glukose.

Intravenøs oksytocintilførsel er svært vanlig, antakelig får minst 30% av de fødende drypp. Det har vært en tradisjon å blande ut dryppet i 5 % Glukose. Infusjon av oksytocin blandet ut i hypoton væske kan imidlertid ha uheldige konsekvenser. Hensikten med denne studien var å undersøke i hvilken grad norske fødeavdelinger har justert sin praksis.

Materiale og metode.

I januar 2009 kontaktet vi gynekologer ved 10 norske fødeavdelinger ved e-mail og spurte om rutinene for å blande ut oksytocindrypp. Ved utvelgelsen av deltagerne forsøkte vi å få med både store og mindre fødeavdelinger.

Resultater

Fra 9 av 10 avdelinger ble det rapportert at det benyttes 5 % Glukose til oksytocin pitocindrypp. Kun én avdeling brukte Ringers løsning.

Diskusjon

Årsaken til at glukoseløsning har vært populært er nok en forestilling om at man kan unngå ketonuri hos fødende kvinner ved å tilføre kalorier i form av glukose, men dette gir minimal effekt (1 liter glukose 5% tilsvarer 20 cal) . Uheldige konsekvenser er godt dokumentert, som hyponatremi og væskeoverskudd hos mor og det nyfødte barnet. ADH effekten av oksytocin

forsterker den uheldige effekten av hypoton væsketilførsel. I kritiske situasjoner, for eksempel ved uterin atoni og blødning, kan dryppet gå raskt. Pasienten kan da få tilført svært store væskevolum på kort tid, og hyponatremi kan oppstå. Denne iatrogene komplikasjonen kan være svært alvorlig og vanskelig å behandle (1).

I en lignende undersøkelse fra USA i 2001 (2) var det bare 5 av 256 fødeavdelinger (2%) som fortsatt brukte 5% glukose, responsraten var imidlertid meget dårlig (37%) Vårt utvalg representerer nesten 1/4 av alle fødeavdelingene i landet. Etter vår mening viser vår undersøkelse at kunnskapen om at intravenøs tilførsel av 5% glukose er ufylogisk og potensielt farlig, ikke har nådd fram i Norge.

I Veileder i obstetrik 2008 (3) står det i prosedyren om stimulering av rier (kapittel 30) at drypp skal blandes i 0,9% NaCl,

eventuelt glukose. I prosedyren om post partum blødning (kapittel 39) står det - helt korrekt – at drypp skal blandes i NaCl eller Ringer acetat. Kapittel 30 bør korrigeres ved første mulige anledning.

Konklusjon

Intravenøs tilførsel av oksytocin i infusjon bør være basert på isoton væske, det vil si Ringers løsning eller 0,9 % NaCl.

Glukose (5%) til intravenøs bruk bør fjernes fra fødeavdelingene.

Referanser:

1. Bergum D, Lonnée H, Hakli HF. Oxytocin infusion: acute hyponatraemia, seizures and coma. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009 Apr 24 (e-pub ahead of print)
2. Ruchala PL, Metheny N, Essenpreis H, Borcharding K. Current practice in oxytocin dilution and fluid administration for induction of labor. *JOGNN* 2002; 31: 545-550.
3. Veileder i fødselshjelp 2008. Norsk gynekologisk forening. <http://www.legeforeningen.no/id/131068.0>



For pasienter med urgency.

Vesicare® (solifenacin) reduserer antallet episoder med urgency og forlenger varslings tiden.¹



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/Amming:** Overgang i placenta: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. Overgang i morsmelk: Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Klassestøffespesifikke, 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: Gastroesofageale refluksykdommer, tørr hals. Hud: Tørr hud. Luftveier: Nasal tørrhet. Neurologiske: Somnolens, dysgeusi. Syn: Tørre øyne. Urogenitale: Urinveisinfeksjon, vannlatingbesvær, urinretensjon, cystitt. Øvrige: Tretthet, perifere 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), dosighet (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. myokardisjemi, arytmi, kongestiv hjertesvikt). **Forsiktighetsregler:** Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes for behandling med Vesicare innledes. Ved urinveisinfeksjon bør egnet antibakteriell behandling innledes. Brukes med forsiktighet av pasienter med klinisk betydelig blæreobstruksjon med risiko for urinretensjon, gastrointestinale obstruktive sykdommer, risiko for nedsatt gastrointestinal motilitet, alvorlig nedsatt nyrefunksjon, moderat nedsatt leverfunksjon, hiatushernie/gastroesofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av osteoporose, 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 hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, somnolens og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med solifenacin for en annen antikolinerg behandling innledes. Solifenacins terapeutiske effekt kan bli redusert ved samtidig administrering av kolinerge reseptoragonister. Solifenacin kan redusere virkningen av midler som stimulerer den gastrointestinale motiliteten, f.eks. metoklopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres av CYP 3A4. Derfor bør maks. solifenacindose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, nelfinavir, itraconazol). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** 5 mg 1 gang daglig. Dosen kan økes til 10 mg 1 gang daglig etter behov. **Barn og unge:** Sikkerhet og effekt er foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert. Bør derfor ikke brukes til barn. **Nedsatt nyrefunksjon:** Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance \leq 30 ml/minutt) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **Tablettene** kan tas uavhengig av mat og bør svelges hele med vann. **Pakninger og priser:** 5 mg: 30 stk. kr. 399,30, 90 stk. kr. 1119,50. 10 mg: 30 stk. kr. 487,00, 90 stk. kr. 1391,10. T: Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). Refusjonskode: ICPC: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens Vilkår: Ingen spesifisert. Kilde: 1. Karam et al. Urology, Volume 73, number 1, January 2009, p. 14-18.

Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 05.01.2006. Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Teksten sist endret 01.09.08. Astellas Pharma, Solbråveien 47, N-1383 Asker. Tel: +47 66764600. Fax: +47 66903520. E-mail: kontakt@no.astellas.com, www.astellas.no

Beretning fra et besøk hos Fridtjof og Siren Jerve

Halden er en idyllisk småby beliggende ved fjorden, litt avsides fra sydgående motorvei og på en måte i en "lomme" inn i nabolandet. Halden omsynges som "Iddefjordens pryde" i bysangen! Over bykjernen troner mektige Fredriksten festning, kongen blant norske festninger.

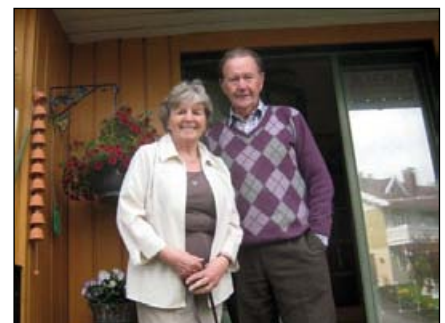
Ikke bare fordi det var her svenskekongen Karl XII endte sine krigertokt, men fordi den er den største og mest ærerike av alle våre festningsanlegg. En fantastisk utsikt fra Fredriksten festning over byen og fjorden – og langt inn i det som engang var fiendeland. I denne byen har vår gode kollega Fridtjof Jerve slått seg ned i sin pensjonist-tilværelse. Noen vil kanskje undres på hvorfor Siren og Fridtjof for noen år siden flyttet fra veletablert tilværelse i Oslo og ut i provinsen.

Fridtjof ble født i Vestnes i Romsdalen for snart 73 år siden. Examen artium ble avlagt ved Katedralskolen i Trondheim og medisinsk embetseksamen i Bergen i 1961. Skjebnen ville at han ble tildelt turnusplass ved Halden sykehus, senere distriktsturnus i Begnadalen og militærtjeneste ved Rygge flystasjon. Deretter takket han ja til en assistentlegestilling ved kirurgisk avdeling i Halden og etterhvert ble han godkjent spesialist i kirurgi. Interessen for vårt fag ble tent i Sverige gjennom et

underlæreopphold i Jönköping. Senere har det gått slag i slag ved forskjellige avdelinger inntil han i 1974 havnet i Kvinneklubben ved Ullevål sykehus. Der ble han inntil han gikk av for aldersgrensen. Fortsatt har han sin faste, ukentlige poliklinikkdag i UUS og karakteriserer seg selv nå etter 35 år ved samme avdeling med en viss rett som "fast inventar".

Mange av oss kjenner Fridtjof som en glimrende fest-taler og har mange ganger latt oss glede og imponere over hans historiekunnskaper. For det er nemlig historie som har vært og som er hans så absolutte hovedinteresse, med en forkjærlighet for Karl XII og tiden rundt ham. I sin iver og interesse har Fridtjof forøvrig latt seg utdanne til guide på Festningen. Fortsatt har han løpeturer og da gjerne med sine to hunder.

I studietiden i Bergen møtte han bioingeniøren Siren, de ble gift og har fem



barn og 9 barnebarn. Paret stortrives i Halden. Det er enkel adkomst til Oslo enten per tog eller bil, trivelig er det at et av barna også bor i Halden. Etterhvert har man også skaffet seg feriebolig på Bohuslänkysten.

- Kjell Å. Salvesen
- Leder i spesialitetskomiteén
- Professor, KK, St.Olavs hospital
- pepe.salvesen@NTNU.no

Hva skal norske spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer kunne om 10 år?

På NGF sitt årsmøte i 2008 la Tone Skeie-Jensen frem rapporten: *Status og utfordringer for faget fødselshjelp og kvinnesykdommer*. Rapporten inneholder mange viktige og interessante problemstillinger. Det kom frem i rapporten at det tar i gjennomsnitt 8,5 år å utdanne en norsk spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Vi utdanner ca. 20 spesialister i Norge hvert år og importerer ca. 20 spesialister fra utlandet (for det meste konvertering av spesialister fra EU/EØS land). Av importerte spesialister er det ca. 25% som blir i Norge. Beregninger viser at det vil bli mangel på spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer i Norge fra 2017 og fremover. Dette skyldes at naturlig avgang blir større enn forventet tilgang ut fra dagens situasjon.

På denne bakgrunn har spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer diskutert om vi kan strømlinjeforme spesialistutdanningen og utdanne flere kandidater på kortere tid. Vi har sett på flaskehalsen i utdanningsløpet. Det vanskeligste spørsmålet er hva norske spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer skal kunne om 10 år. Når vi foreslår endringer av innholdet i utdanningen, tar det vanligvis 5-6 år før nye krav til norske spesialister kan iverksettes. Spesialitetskomiteen trenger innspill fra fagmiljøet for å tilrettelegge utdanningen av fremtidige spesialister. Vi håper på en god diskusjon ved årsmøtet 2009.

Hva er flaskehalsene i

spesialistutdanningen?

Kirurgiåret

Det er krav om ett års kirurgi som ledd i hovedutdanningen i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Inntil 6 måneder av kirurgitjenesten kan erstattes av forskningstjeneste. Det fins en prosedyreliste med krav om ulike typer inngrep.

Det er et økende problem for leger i spesialisering (LIS) å få gjennomført kirurgiåret. Mange går og venter på en stilling fordi stadig flere kirurgiske avdelinger prioriterer egne kandidater. Noen avdelinger bruker "grå" stillinger for å få gjennomført kirurgiåret, men legeföreningen er krystallklar på at dette ikke er tillatt.

Spørsmål:

1. Bør ett års kirurgi være en del av hovedutdanningen i fødselshjelp og kvinnesykdommer?
2. Kan kirurgitjenesten være valgfri og erstattes med annen relevant spesialitet?
3. Kan obligatorisk kirurgitjeneste reduseres til 6 måneder?

Svar:

Spesialitetskomiteen mener at kirurgi bør være en del av hovedutdanningen i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Vurdering av akutt abdomen, håndtering av postoperative komplikasjoner og basiskunnskap i urologi og gastrokirurgi er viktig for spesialiteten. Vi synes kravet om 12 måneders kirurgi bør bestå. Man bruker

ofte noen måneder på å etablere seg i en ny avdeling, og vi tror kvaliteten på tjenesten vanligvis er best mot slutten av kirurgiåret.

Vi anbefaler at det lages samarbeidsavtaler mellom gynekologiske og kirurgiske avdelinger for å sikre en effektiv gjennomføring av kirurgiåret. En løsning kan være at stillinger ved kirurgiske avdelinger finansieres over gynekologiske avdelingens budsjett. Dersom gynekologiske avdelinger bestemmer hvem som skal ha stillingen, vil en få en smidigere gjennomføring av utdanningen. Slike ordninger bør lages på et overordnet nivå, gjerne i det regionale helseforetak.

Setefødsler

Dagens krav er minst 10 vaginale setefødsler. Ved noen avdelinger forløser man ikke seter vaginalt. Leger i spesialisering (LIS) som har mesteparten av sin utdanning ved små gruppe 2 avdelinger, har vansker med å oppfylle dette utdanningskravet selv om de tjenestegjør 1,5 år ved gruppe 1 avdeling.

Spørsmål:

1. Tror vi at norske kvinner vil føde barn i seteleie om 10 år, eller kommer vi til å gjøre som resten av Europa og USA og forløse seteleie ved keisersnitt?
2. Opprettholdes tradisjonen med vaginal seteføreløsning kun for utdanningens skyld?
3. Må et visst antall vaginale setefødsler være et utdanningskrav? Kan vi gjøre som ved inkontinenskirurgi å kreve assistanse/observasjon av et antall fødsler? Kan minimumskravet reduseres til 5? Kan et antall

setefødsler erstattes med trening på fantom, evt. med krav om sertifisering hvert 5. år?

Svar:

Fagmiljøet må diskutere retningslinjer for forløsning av seteleie, og om vi tror vaginale setefødsler vil være allment akseptert praksis om 10 år. Spesialitetskomiteen mener at så lenge norske retningslinjer anbefaler vaginal setefødsel, må LIS kunne dette. Et minimumskrav på 10 setefødsler må opprettholdes. Antallet er lite og spesialitetskomiteen anbefaler at avdelingene legger opp til regelmessig undervisning og trening på fantom i tillegg.

Ultralyd

Dagens krav er minst 100 undersøkelser ved 18 uker (screening). Mange steder har LIS vansker med å få gjennomført dette. Det er også mange kritiske røster til om antallet er nødvendig. Ved de fleste norske avdelinger er det spesialutdannede jordmødre som utfører rutineundersøkelser med ultralyd.

Spørsmål:

1. Skal kravet fjernes?
2. Skal antallet reduseres til 50, eller et annet antall? Skal man i stedet øke kravene til tidlig ultralydundersøkelser og/eller vekstkontroller?

Svar:

Spesialitetskomiteen mener at kravet om 100 undersøkelser ved 18 uker bør bestå. Ultralydundersøkelser av fosteret er en viktig del av vår virksomhet. Et formelt krav om rutineundersøkelser gjør at alle LIS får en systematisk gjennomgang av fosteranatomi og et viktig erfaringsgrunnlag for å vurdere ultralydbilder. Leger må uansett kunne vurdere patologi når jordmødre oppdager dette før slike svangerskap sendes til regionale/nasjonale sentre. Hovedproblemet med dagens ordning er at avdelingene ikke legger godt nok til rette for utdanning av LIS. Arbeidspresset er stort, og mange arbeidsstasjoner skal fylles. Komiteen mener at bedre tilrettelegging av utdanning av LIS er løsningen - ikke å redusere antallet undersøkelser.

Seksuelle overgrep

Dagens krav er undersøkelse og oppfølging av 3 seksuelle overgrep. Det er et problem å få gjennomført dette fordi de fleste

voldtektsmottak i dag ligger utenfor sykehusene. Det viktigste ved slike undersøkelser er ikke en gynekologisk undersøkelse, men en rettsmedisinsk undersøkelse med sporsikring og omsorg for kvinner i en vanskelig situasjon.

Spørsmål:

1. Skal kravet om undersøkelse ved seksuelle overgrep fjernes fra prosedyrelisten?
2. Kan kravet erstattes ved kurs i rettsmedisin eller hospitering ved kommunale voldtektsmottak (uten krav om et antall undersøkelser)?

Svar:

Spesialitetskomiteen foreslår at kravet fjernes fra prosedyrelisten. Mottak av kvinner etter seksuelle overgrep er ikke en oppgave for spesialisthelsetjenesten de fleste steder i landet. Det er ikke nødvendig å være gynekolog for å gjennomføre undersøkelsen.

Andre endringer av prosedyrelistene?

A) Åpen kirurgi

Det har vært en betydelig endring i kirurgisk praksis i vårt fag de siste årene. Stadig færre inngrep gjøres per laparotomi. Likevel må norske spesialister kunne utføre laparotomi dersom det oppstår problemer eller komplikasjoner ved minimal invasiv kirurgi. Vi ønsker å tilpasse utdanningskravene i forhold til fremtidens krav til kirurgiske ferdigheter. Dette er vanskelig pga. den raske utviklingen i faget.

I 2007 foreslo spesialitetskomiteen å slå sammen kravene om laparoskopisk og åpen adenex kirurgi til et krav om 40 adenex operasjoner uavhengig av metode. For å sikre et visst antall laparotomier ble antallet sectio foreslått økt fra 30 til 50. Den nye prosedyrelisten er for tiden til behandling i departementet og vil først kunne innføres om noen år. Vi ønsker innspill fra fagmiljøet om hvordan en ser for seg kirurgisk praksis i fremtiden og eventuelle forslag til nødvendige endringer i prosedyrelisten.

B) Hovedoperatør eller assistent ved operative inngrep?

Spesialitetskomiteen mener at dagens prosedyreliste er minimumskrav som er

nødvendige for å bli en habil operatør. Assistanse er ikke en fullgod erstatning for å utføre prosedyren selv. Spesialitetskomiteen opplever ikke at det er andre prosedyrekrav enn de som er nevnt ovenfor som forsinker utdanningen. Vi foreslår derfor ikke endringer i prosedyrelisten på det nåværende tidspunkt.

Kan man utnytte sykehusenes utdanningskapasitet bedre?

Spesialitetskomiteen har fra flere besøk fått inntrykk av at mange avdelinger har behov for nye stillinger (både LIS og overleger). Tjenesteplaner er endret slik at flere går hjem fra vakt uten at dette er kompensert i form av nye stillinger. Antallet tilgjengelige leger på dagtid er redusert samtidig som produksjonskravene er økt. Dette fører til at avdelingene presses til å nedprioritere utdanning. Det blir stadig mindre mester - svenn læring i hverdagen. Ofte opererer overleger alene fordi LIS er opptatt med andre oppgaver. Ved å øke antallet stillinger vil en trolig kunne få flere kandidater (raskere?) gjennom systemet.

I forbindelse med utarbeiding av rapporten: Status og utfordringer for faget fødselshjelp og kvinnesykdommer, ble norske sykehusavdelinger spurt om antallet nye stillinger de siste 10 årene. Antallet nye overlestillinger ble oppgitt til 40, og antallet nye hjemler for LIS var 24. Det ble i spørreundersøkelsen også bedt om en vurdering av det reelle behovet for legestillinger for å dekke gjeldende arbeidsoppgaver i avdelingen. Behovet ble anslått til 44 nye overlestillinger og 19 stillinger for LIS, dvs. en økning av totalt antall stillinger ved avdelingene med ca. 9 %. Ved flere av avdelingene angis spesielt vaktbelastningen som årsak til stillingsbehovet.

Det er noen små avdelinger som per i dag ikke har LIS. Her ligger det et stort utdanningspotensiale, og slike avdelinger utfordres til å lage utdanningsplaner og knytte til seg LIS.

Oppsummering

Spesialitetskomiteen foreslår få endringer i utdanningskravene til norske spesialister

i fødselshjelp og kvinnesykdommer i 2009. Vi er likevel klar over at vi må tenke nytt og kreativt for å unngå underskudd på spesialister om 10 år. Viktige tiltak som bør gjøres snarlig, er å inngå avtaler med kirurgiske avdelinger om gjennomføring av kirurgitjeneste og å opprette flere LIS stillinger i fødselshjelp og kvinnesykdommer til tross for politiske signaler om at det ikke skal komme flere stillinger i spesialisthelsetjenesten de kommende årene.

Spesialitetskomiteen vil be om råd fra fagmiljøet om hvilke krav som skal stilles til fremtidens spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Under årsmøtet i 2009 vil vi gjøre en spørreundersøkelse om krav og prosedyrelister i utdanningen. Spørreskjemaet er trykt i Gynekologen for at årsmøtedeltakerne skal få anledning til tenke gjennom problemstillingene. Svarene vil bli grundig studert og tatt med i vår vurdering av nødvendige endringer i spesialistutdanningen.

Spørreskjema om utdanningskrav og prosedyrer

Bakgrunnsopplysninger

Alder år

Kjønn

1. Kvinne

2. Mann

Nåværende stilling

1. Overlege

2. Lege i spesialisering

3. Privatpraktiserende spesialist

4. Annet

Spørsmål om utdanningskrav og prosedyrer

Kirurgi

1. 12 måneder

2. 6 måneder

3. Valgfritt (ikke obligatorisk)

4. Annet

Setefødsler

1. Minst 10

2. Minst 5

3. Ingen krav

4. Annet

Ultral lyd (screeninger)

1. Minst 100

2. Minst 50

3. Ingen krav

4. Annet

Seksuelle overgrep

1. Minst 3

2. Ingen krav

3. Annet

Kommentarer og innspill til utdanning av norske spesialister:

Østrogen - progestogen kombinasjonspreparat.

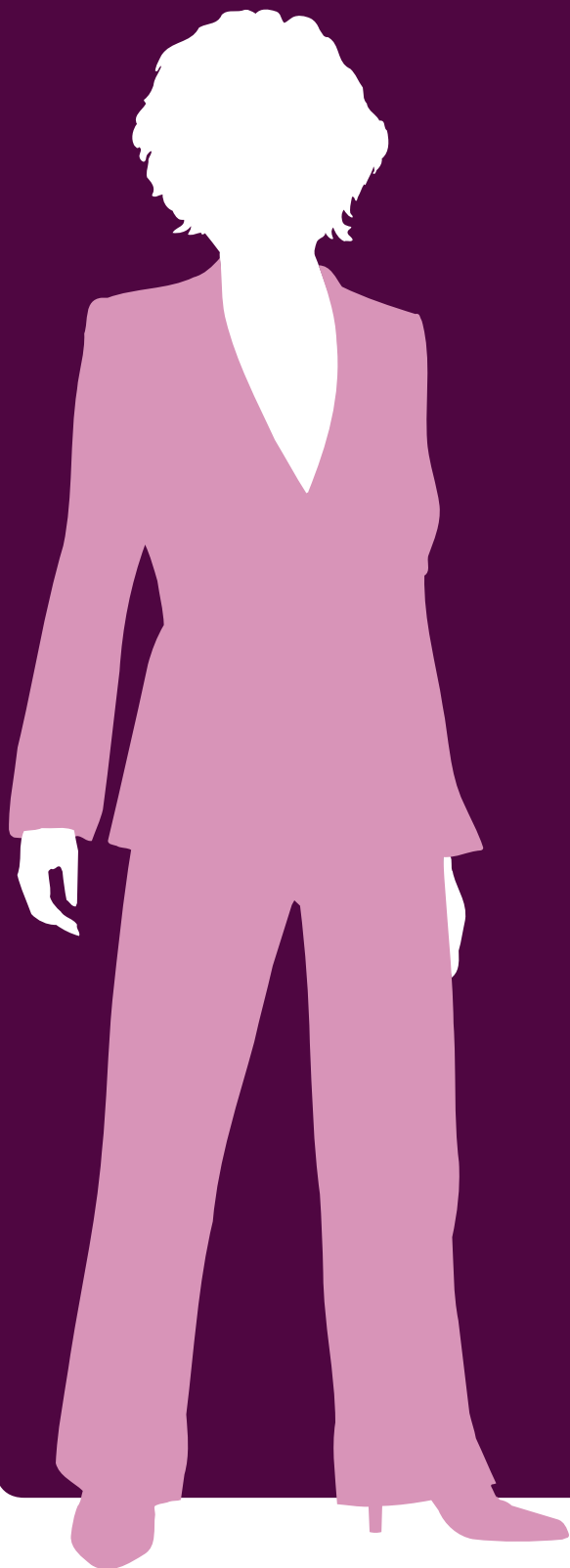
TABLETTER, filmdrasjerte: Hver tablett inneh.: Østradiolhemihydrat tils. østradiol 0,5 mg, noretisteronacetat 0,1 mg, laktosemonohydrat 37,5 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Hormonell substitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos kvinner mer enn et år etter menopausen. Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset. **Dosering:** 1 tablett tas 1 gang daglig uten opphold, fortrinnsvis på samme tid hver dag. Hos kvinner med amenoré og ikke får HRT eller kvinner som går over fra et kontinuerlig kombinasjonsHRT-preparat, kan behandlingen starte på en hvilken som helst passende dag. Kvinner som går over fra seksuell HRT-behandling anbefales å starte behandlingen rett etter at bortfallsblødningen er opphørt. Ved oppstart og ved fortsatt behandling av postmenopausale symptomer bør den laveste effektive dose og den korteste varighet brukes. Overgang til et preparat med høyere dosekombinasjon bør vurderes hvis responsen etter 3 måneder ikke har gitt tilfredsstillende symptomlindring. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboemboli (dyp venetrombose, lungeemboli). Aktiv eller nylig overstått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt eller tidligere leversykdom der leverfunksjonster ikke er normalisert. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Ved behandling av postmenopausale symptomer, bør HRT bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. I alle tilfeller bør risiko kontra nytte vurderes grundig minst én gang pr. år og HRT bør bare fortsettes så lenge netto oppveier risikoen. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og en nøye generell klinisk undersøkelse (inkl. underliv og bryst) skal foretas før behandlingen initieres eller gjeninnsettes. Under behandlingen bør pasienten følges opp regelmessig. Kvinner bør rådes om hva slags forandringer i brystene som bør rapporteres til legen. Undersøkelser, inkl. mammografi bør foretas iht. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller forverret seg under svangerskap eller tidligere hormonbehandling bør pasienten overvåkes nøye: Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, tidligere eller risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer, f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft, hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, cholelithiasis, migrene eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller nedsatt leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk og nye anfall av migrene lignende hodepine. Endometriehyperplasi og endometriekreft: Lengre tids behandling med østrogen alene øker risikoen for endometriehyperplasi og endometriekreft. Tillegg av et gestagen i minst 12 dager pr. syklus hos ikke-hysterektomerte kvinner reduserer sterkt denne risikoen. Gjennombruddsblødninger og spotting kan forekomme i løpet av de første månedene av behandlingen. Hvis det forekommer gjennombruddsblødning eller spotting etter en tid med behandling, eller hvis blødningen vedvarer etter seponering av behandlingen, bør årsaken avklares. Brystkreft: Studier har vist en økt risiko for brystkreft hos kvinner som får østrogen, østrogen-gestagenkombinasjoner eller tibolon som HRT i flere år. En økt risiko blir tydelig innenfor få års bruk, risikoen øker med behandlingens lengde, men går tilbake til samme nivå som før innen få år (maks. 5 år) etter avsluttet behandling. Kvinner som bruker konjugerte østrogen eller østradiol sammen med et gestagen, har en høyere relativ risiko for brystkreft, uavhengig av type gestagen. Det er vist at kontinuerlig kombinasjonsbehandling med østrogen og medroksyprogesteronacetat er assosiert med brystkreft med noe økt tumorstørrelse og hyppigere lokale lymfeknutemetastaser. HRT, spesielt østrogen-gestagen kombinasjonsbehandling, øker tettheten på mammografibildene, noe som kan ha negativ påvirkning på den radiologiske påvisningen av brystkreft. Venøs tromboemboli: HRT er forbundet med en høyere relativ risiko (2-3 ganger høyere risiko) for å utvikle venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Forekomsten av slike tilfeller er mer sannsynlig i det første året av behandlingen. Pasienter som tidligere har hatt VTE eller kjent trombofil har en økt risiko for VTE. Hvis pasienten må immobiliseres i lengre tid etter elektiv kirurgi, bør det vurderes om det er mulig å avslutte HRT-behandlingen midlertidig i 4-6 uker for inngrepet. Behandlingen bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobil igjen. Koronararteriesykdom: Kvinner behandlet med kontinuerlig kombinerte konjugerte østrogen og medroksyprogesteronacetat viste en mulig økt risiko for kardiovaskulær sykdom første behandlingsår og ingen total fordel. Slag: Det er vist økt risiko for iskemisk slag hos friske kvinner ved behandling med kontinuerlig kombinerte konjugerte østrogen og medroksyprogesteronacetat. Det er ikke kjent om den økte risikoen også gjelder andre HRT preparater. Ovariekreft: Langtidsbehandling (minst 5-10 år) med HRT med østrogen alene hos kvinner som har fjernet uterus har i noen studier vært forbundet med økt risiko for ovariekreft. Det er usikkert om dette også gjelder langtidsbehandling med kombinasjons-HRT. Andre tilstander: Østrogen kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal diurese bør derfor overvåkes nøye. Pasienter med terminal nyreinsuffisiens bør overvåkes nøye, da det må forventes at sirkulerende nivåer av de aktive stoffer vil øke. Kvinner med tidligere hypertriglyseridemi bør følges nøye, da sjeldne tilfeller av forhøyet plasmatiske triglyseridnivåer har ført til pankreatitt. Østrogen øker tyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt tyreoidhormon. Oppptak av T3 resin reduseres, noe som reflekterer forhøyet TGB. Konsentrasjonene av T4 og T3 er uforandret. Andre bindende proteiner, som kortikosteroidbindende globulin (CBG) og kjønnshormonbindende globulin (SHBG), kan være forhøyet i serum, og gi økte konsentrasjoner av hiv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnshormoner. Andre plasmaproteiner kan økes (angiotensinogen/renin substrat, alfa-1-antitrypsin, ceruloplasmin). Det foreligger indikasjoner på økt risiko for mulig demens hos kvinner som starter kontinuerlig kombinasjonsbehandling med konjugert østrogen og medroksyprogesteronacetat etter fylte 65 år. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. **Interaksjoner:** Metabolismen av østrogen og gestagener kan økes ved samtidig inntak av substanser som inducerer legemiddelmetaboliserende enzymer, spesielt cytokrom P-450 slik som anti epileptika (f.eks. fenobarbital, fenytoin, karbamazepin) eller antinfektiva (f.eks. rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz), Ritonavir og nelfinavir har induserende virkning på steroider. Urtepreparater som inneholder johannesurt (prickrynkum) kan indukere metabolismen og medføre nedsatt effekt og forandring av den uterine blødningsprofil. Legemidler som hemmer aktiviteten til mikrosomale leverenzymer f.eks. ketokonazol, kan øke de sirkulerende nivåene av de aktive substansene i preparatet. **Graviditet/Amning:** Preparatet er ikke indisert ved graviditet eller amning. Blir kvinnen gravid under behandling med preparatet skal behandlingen avsluttes umiddelbart. **Bivirkninger:** Den vanligst rapporterte bivirkningen (11-15%) er vaginal blødning. Svært vanlige (≥1/10): Kjønnsgener/bryst: **Vaginal blødning, Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Infeksjoner: Vulvovaginal mykotisk infeksjon. Kjønnsgener/bryst: Endometrieforvikelse, Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter, nakkesmerter, smerte i ekstremiteter. Neurologiske: Hodepine. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Utslipp mages, dyspepsi, Hud: Pruritus eller urticaria, alopeci, acne. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Kjønnsgener/bryst: Brystsmerte, brystbeleg, Muskel-skjelettsystemet: Leggkramper. Neurologiske: Migrene, svimmelhet. Psykiske: Depresjon eller forverret depresjon, nervøsitet. Stoffskifte/emærning: Væskeretensjon. Øvrige: Perifer ødem. Andre bivirkninger som er rapportert i svært sjeldne tilfeller med østradiol 1 mg/noretisteronacetat 0,5 mg: Endometriekreft, insomnia, angst, nedsatt/økt libido, svimmelhet, synsforstyrrelser, forverret hypertensjon, dyspepsi, oppkast, galleblæresykdom, cholelithiasis, forverret cholelithiasis, tilbakefall av cholelithiasis, seboré, utslett, angionevrotisk ødem, endometriehyperplasi, vulvovaginal pruritus, vektreduksjon, blodtrykkøkning. Følgende bivirkninger er rapportert i forbindelse med østrogen/gestagenbehandling: Østrogenavhengige godartede og ondartede neoplasmer f.eks. endometriekreft, venøs tromboembolisme, f.eks. dyp venetrombose i legg eller bekken og lungeemboli er vanligere hos HRT-brukere enn hos ikke-brukere, hjerteinfarkt og slag, galleblæresykdom, chloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura og mulig demens. Brystkreft: Risiko for brystkreft øker med stigende behandlingens lengde hos kvinner som bruker eller nylig har brukt HRT. Risikoen for brystkreft er høyere ved østrogen-gestagen kombinasjons-HRT enn ved behandling med østrogen alene. Det er vist at for kvinner som ikke bruker HRT kan ca. 32 av 1000 kvinner forventes å få en brystkreftdiagnose i alderen 50-64 år. Blant 1000 kvinner som bruker eller nylig har brukt østrogen-gestagen kombinasjons-HRT vil antallet ekstra tilfeller av brystkreft være ca. 6 ved 5 års behandling og ca. 19 ved 10 års behandling. Det er vist at blant 1000 kvinner i alderen 50-79 år som brukte kombinerte østrogen og medroksyprogesteronacetat vil antallet ekstra tilfeller være ca. 4 over en periode på 5 år. Antallet ekstra tilfeller av brystkreft hos kvinner som bruker HRT er stort sett det samme uansett alder ved start av HRT-behandlingen (ved alder 45-65 år). **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Kvalme og oppkast. Behandling: Symptomatisk. **Egenskaper:** Klassifisering: Kontinuerlig østrogen-progestogen kombinasjonspreparat til bruk hos kvinner med intakt uterus. Preparatet består av 17-β-østradiol som er kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol og progestogenet noretisteronacetat. Virkningsmekanisme: Substituerer redusert østrogenproduksjon. Tilsetning av noretisteronacetat reduserer sterkt, men fjerner ikke helt risikoen for østrogenindusert endometriehyperplasi. Lindring av menopausale symptomer oppnås i løpet av de første få ukers behandling. Absorpsjon: Fritt mikronisert østradiol absorberes raskt. Maks. plasmakonsentrasjon nås innen 5-8 timer. Noretisteronacetat absorberes raskt. Maks. plasmakonsentrasjon nås etter 1/2-1 1/2 time. Proteinbinding: Ca. 37% bindes til «sex hormone globulinbinding site» (SHBG), 61% til albumin. Halveringstid: Ca. 15 timer for 17-β-østradiol i plasma, terminal halveringstid for noretisteronacetat ca. 9-11 timer. Metabolisme: Hovedsakelig i lever og tarm. Utskillelse: Via urin.

Pakninger og priser: Datopakn.: 3 x 28 stk. 530,00

Sist endret: 19.03.2009
Priser pr. mai 2009

REFERANSER:

1. Panay N et al. Ultra-low-dose estradiol and norethisterone acetate; effective menopausal symptom relief. Climacteric 2007; 10: 120-31
2. Lundström E et al. Neutral effect of ultra-low-dose continuous combined estradiol and norethisterone acetate on mammographic breast density. Climacteric 2007; 10: 249-56
3. Sturdee DW et al. Ultra-low-dose continuous combined estradiol and norethisterone acetate: improved bleeding profile in postmenopausal women. Climacteric 2008; 11: 63-73
4. Samsioe G et al. Ultra-low dose estradiol and norethisterone acetate: Optimising tolerability and safety? Abstract Climacteric 2005; 8 (2): 228



NYHET! ULTRALAV DOSE

EVIANA[®] med markedets laveste dose av kombinasjonen østrogen/gestagen

Til postmenopausale kvinner, med hetetokter, som ikke ønsker månedlige blødninger.

- ✓ Signifikant effekt på symptomer innen 3 uker¹
- ✓ Ingen endring i brysttetthet²
- ✓ 95 % er blødningsfrie fra første måned³
- ✓ Høy compliance^{3,4}



Novo Nordisk Scandinavia AS

Baker Østbys vei 5

1309 RUD

tlf: 67 17 85 00

fax: 67 13 09 11

kundeservice-norge@novonordisk.com

www.novonordisk.no

www.menopause-info.no

eviana[®]

0.5mg 17 β -estradiol +
0.1mg norethisterone acetate

Når ultralavt er nok

- Vistad, Ingvild
- Overlege, KK, Sørlandet sykehus HF
- Ingvild.Vistad@sshf.no

A study of long-term effects after radiotherapy in survivors of locally advanced cervical cancer

Kvinner som har vært strålebehandlet for kreft i livmorhalsen for lang tid siden er mer plaget av kronisk utmattelse, har mer fysiske plager, og høyere forekomst av vitamin B12-mangel enn sammenlignbare kontrollgrupper.



Dette er hovedkonklusjonene i doktorgraden til Ingvild Vistad, der 91 kvinner som ble strålebehandlet for livmorhalskreft ved Radiumhospitalet i tidsrommet 1994 – 1999 har svart på

spørsmål om fysiske og psykiske plager. Vistad og medarbeidere har også gjort en metodestudie for å kartlegge tidligere studier gjort på livskvalitet etter behandling for livmorhalskreft. Forskningsarbeidet ble først støttet av Helse Sør og Sørlandet Sykehus HF, og senere av stiftelsen Helse og rehabilitering.

Metodestudien viste at studier av livskvalitet etter behandling for livmorhalskreft ofte er så mangelfulle at man ikke kan vite sikkert hvordan kvinnene har det. Det var bakgrunnen for spørreskjemastudien. Den viste at 30% av overlevende etter livmorhalskreft hadde kronisk utmattelse. De som hadde kronisk utmattelse hadde også redusert livskvalitet, høyere nivåer av angst og depresjon, samt mer fysiske plager enn de som ikke hadde dette problemet. Studien viste også at pasientene selv rapporterte høyere forekomst av plager

fra tarm, blære og skjede enn det som ble vurdert av legene. Pasientene hadde mer seksuelle problemer, mer diaré og mer kvalme enn kvinner i samme alder fra befolkningen. Vistad og medarbeidere sammenliknet også blodprøver fra 55 av kvinnene med referansedata. Resultatene viste at det var forstyrrelser i flere stoffer som suges opp i tynntarmen, blant annet vitamin B12. Det tyder på at strålebehandling mot bekkenet kan føre til redusert opptak i tarmen av viktige stoffer.

Studien viser at kvinners selvrapporterte helse er viktig i oppfølgingen av kvinner som er langtidsoverlevende etter livmorhalskreft, både når det gjelder fysiske og psykiske senplager. I tillegg bør kvinnene følges med blodprøver fordi strålebehandling kan føre til redusert opptak av stoffer i tarmen.

Disputas: UiO 23. januar 2009

Eggstokk-kreft – molekylære markører og operativ behandling

Eggstokk-kreft diagnostiseres oftest når svulsten har spredning til andre organer. Det finnes i dag ingen god screening-metode som identifiserer kvinner med ondartede eggstokksvulster på et tidlig stadium av sykdommen.



Kvinner med borderlinesvulster i eggstokkene (BOT) har en bedre prognose enn kvinner med invasiv eggstokk-kreft. Avhandlingens hensikt er å få mer kunnskap om molekylære forskjeller som ligger bak kreftutvikling i eggstokkene, mekanismer som er viktige for å oppdage kreft på tidligere stadium, samt å prøve å finne nye behandlingsalternativer rettet mot den spesifikke svulsts molekylære forandringer.

To ulike operasjonsmetoder laparotomi og laparoskopisk kirurgisk behandling av stadium I borderlinesvulster på eggstokkene

(n=107) ble sammenlignet retrospektivt. Preoperative, peroperative og postoperative variabler ble analysert. Når tumor var større enn 10 cm var det signifikant høyere tumorruptur i skopi gruppen (artikkel I). Laparoskopisk synes å være like trygg som åpen kirurgi ved mindre svulster (under 10 cm).

Svulstvev fra kvinner med invasiv ovarialkreft, eller BOT ble undersøkt i et større materiale i samarbeid med patologen på Radiumhospitalet. Transkripsjonsfaktoren AP-2Y er involvert i cancertvekst ved å aktivere promotorområdet på flere viktige kreftgener, blant annet HER2/neu. Vi fant lite uttrykk av AP-2Y i BOT-svulster og i tidlig stadium av invasiv eggstokk-kreft, men høyt uttrykk i langtkomne kreftstadier (artikkel II). Tyrosinkinasereseptoren nervevekstfaktoren p-TrkA ble også undersøkt. Avhandlingen konkluderer med at aktivering av tyrosin kinase-reseptoren skjer først når svulsten har spredt seg til andre organer (artikkel III). I fremtiden kan det bli aktuelt med målrettet behandling mot denne reseptoren.

Siste del av studien er en del av en prospektiv biobankstudie hvor 200 kvinner med eggstokksvulst deltok med kliniske opplysninger, preoperative

blodprøver og vevsprøver fra operasjonen. I doktorarbeidet ble blodprøvene fra denne biobanken analysert for å prøve å finne tumormarkører som skiller eggstokk-kreft fra benigne svulster på eggstokkene. Plasmanivået av inflammasjonsmarkøren calprotectin var betydelig høyere hos kvinner med eggstokk-kreft enn hos kvinner med godartet eggstokk-cyste eller BOT (artikkel IV). Studien fant ingen forskjell i plasmanivået av endoglin (et protein som er aktivert ved kar-nydannelse) i disse gruppene (artikkel V). Calprotectin kan muligens brukes i et panel av multiple biomarkører i fremtiden for å forbedre diagnostisering av eggstokk-kreft.

Disputas 08.05.2008

Divisjon/Institutt:

Kvinneklinikken, Ullevål universitetssykehus, og Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo

Finansieringskilder:

1 års stipend fra VIRJUS (Ullevål universitetssykehus), 2 års stipend fra Helse Sør-Øst.

Veiledere:

Ben Davidson, Annetine Staff og Mathias Onsrud



- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavest østrogendose¹
- Best blødningskontroll^{2,3}

NUVARING® 

C NuvaRing "Organon"

Antikonsepsjonsmiddel

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneh.: Etonogestrel 11,7 mg, etinyløstradiol 2,7 mg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonssyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonssyklende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migrene med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og 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 tromboter. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, mi-

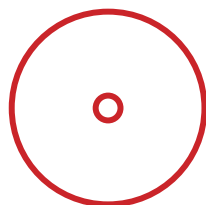
grene, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. 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 tarm sykdom (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. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiva. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt 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 utslisikert 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/Amning: Overgang i placenta:** Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjonshormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. **Overgang i morsmelk:** Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger: Hyp-pige (>1/100):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Urogenitale: Smerter i bekkenet, ømme bryster, vaginitt, genital kløe, vaginal utflod. Øvrige: Vektøkning, ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hud: Alopeci, eksem, kløe, utslett. Metabolske: 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, brystspreg, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektopi, fibrocystisk brystsykdom, genital utflod, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, kramper i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginal 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

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

Kjære FUGO medlemmer!



FUGO

Først og fremst vil jeg takke lokalkomiteen i Stavanger for et spennende og variert vårmøte. Et ytterst vellykket arrangement, hvor det også var veldig hyggelig å se flere LIS både blant foreleserne og deltagerne!

Denne våren er det flere spennende arrangementer som står for tur. Først av alt er det den 12-13.juni NFYOG-kongress i København med tema "Third World Challenges in Obstetrics and Gynaecology", et svært aktuelt og spennende tema. NFYOG er den Nordiske organisasjonen for utdanningskandidater, og arrangerer kongress annenhvert år(alternerende med NFOG-kongressene). I tillegg til faglig input, lærer man også mye om hvordan man jobber og tenker i de andre nordiske landene, noe som gir rom for et spennende diskusjonsforum.

ENTOG(den europeiske foreningen for LIS) arrangerer årlig utveksling av en ukes varighet. I år går utvekslingen til Ungarn, fra 8. til 12. juni. Det har de siste årene vært relativt laber interesse for å delta på dette blant de norske LISene. I de fleste andre medlemsland er det imidlertid stor rift om å plassene.Vi i FUGO ønsker tilbakemeldinger på hva som kan gjøres for å øke interessen for å reise på utveksling, og hva som skal til av tilrettelegging. Kanskje er det er vanskelig å be om fri fra arbeidsgiver, eller man må prioritere obligatoriske kurs?

I tillegg nærmer årsmøtet i Fredrikstad seg med stormskritt, meld dere på!!! Og vi håper på stor interesse for colposkopikurset som arrangeres i forkant av årsmøtet...

Vennlig hilsen Sissel H.Oversand, Leder FUGO



Nyttige websider

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

FUGO-styret 2009

Sissel H. Oversand	Leder	ENTOG-representant	Sisseloversand@hotmail.com	90851474
Ane G. Z. Eriksson	Nestleder	NGF styremedlem, ENTOG vara-representant	anegerda@hotmail.com	48230660
Erik A. Torkildsen	PWG	NGF vara-representant, Nettansvarlig	eatorkildsen@yahoo.no	92601220
Marte F. Myhre	Sekretær	Med-nettansvarlig NFYOG-representant	martemyhre@yahoo.no	99002294
Vilde R. Lehland		NFYOG-representant	vrlehland@yahoo.no	37401458
Christian Tappert	Kasserer	Kursansvarlig	christian.tappert2@stolav.no	41845149



”Tackling the human resource challenges critical for improving maternal, newborn and child health”

6.-8. september 2000 samlet verdens ledere seg i FNs hovedkvarter i New York til “The UN Millennium Summit”. I løpet av disse tre dagene kom de til enighet om “the United Nations Millenium Declaration”. Ut fra denne har man så satt seg åtte mål for å bekjempe verdens fattigdom innen 2015, kjent som Tusenårsmålene, eller “the Millennium Development Goals”.

Norges Statsminister, Jens Stoltenberg, har engasjert seg kraftig i å nå Tusenårs mål 4 og 5; å redusere barnedødelighet, og å bedre mødre helsen. Norad og UD er også sterkt involvert i dette arbeidet. En av de store hindringene på veien mot å nå Tusenårs mål 4 og 5 er ubalansen i fordeling av helsepersonell globalt. Med bakgrunn i dette, ønsket Norad og Helsedirektoratet å involvere de norske helsepersonellorganisasjonene; Norsk Gynekologisk Forening (NGF), Norsk Barnelegeforening (NB), Den norske jordmorforening (DNJ) og Jordmorforbundet, NSF – samt Utvalg for internasjonal helse, DNLf. Ovennevnte foreninger ble i mars 2009 invitert til Work Shop over to dager med tittel ”Tackling the human resource challenges critical for improving maternal, newborn and child health”. Arrangørene hadde også invitert en imponerende internasjonal forsamling; representanter fra International Federation of Gynecologists and Obstetricians (FIGO), International Pediatric Association (IPA), International Confederation of Midwives (ICM), International Council of Nurses (ICN), Global Health Workforce Alliance (GHWA), Treatment Action Group (TAG)/International Health Partnership + (IHP+), Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH) og Tore Godal som spesialrådgiver fra Statsministerens kontor.

Målene for møtet var mange. NGF presenterte sitt nåværende internasjonale engasjement. Gjennom vårt medlemskap i NFOG og FIGO samarbeider NGF med DFOG vedrørende twinning med Nigeria. Vårt engasjement består også i å støtte norske gynekologer som reiser til Haydom for arbeidsopphold, gjerne i forbindelse med overlegepermisjon. For øvrig reiser flere av våre medlemmer på bistandsopphold via andre organisasjoner. Det var lærerikt å høre om de andre norske helsepersonellorganisasjonenes internasjonale arbeide, samt å få et innblikk i det massive internasjonale apparatet som arbeider mot Tusenårsmålene. Mye av work shopen dreide seg om de internasjonale aktørene. Det som var mest relevant for vår forening var å utforske og identifisere områder hvor norske og internasjonale helsepersonellorganisasjoner kan samarbeide for å nå Tusenårsmålene. Det ble poengtert et sterkt behov for å styrke de nasjonale helsepersonellorganisasjonene i utviklingslandene. De frammøtte var også enige i å innlemme Tusenårs mål 6; å bekjempe HIV/AIDS og malaria, i sitt arbeide da disse sykdommene har stor innvirkning på barne- og mødre dødeligheten globalt.

I etterkant av møtet, har styret i NGF besluttet å forsøke å opprette en egen internasjonal gruppe. Styret ønsker å samle den erfaring og kompetanse som mange av våre medlemmer besitter vedrørende internasjonalt arbeid og bistand. Denne gruppen vil kunne spille en viktig rolle i foreningens videre nord-sør engasjement. Styret er i gang med å identifisere nøkkelpersoner til dette arbeidet.

Ane Gerda Zahl Eriksson
Sekretær, NGF



13.04.2009

Norsk gynekologisk forening støtter innføring av HPV-vaksinen

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten anbefalte i 2008 at alle jenter i 7. klasse skal få tilbud om HPV-vaksine, og Stortinget har vedtatt dette gjennomført og bevilget penger. Fra og med skoleåret 2009/2010 vil jenter i 7. klasse få tilbud om gratis HPV-vaksine av helsesøster. Norsk Gynekologisk Forening (NGF) støtter fortsatt sterkt dette tilbudet.

HPV-infeksjon gir celleforandringer eller forstadier som kan lede til kreft, og er en forutsetning for utvikling av livmorhalskreft. Årlig må mer enn 30.000 kvinner følges opp pga. celleforandringer i livmorhalsen påvist i celleprøver, og mer enn 6.000 kvinner henvises til gynekolog for utvidet undersøkelse med vevsprøve for å utelukke høygradige forstadier som må behandles. Hvert år får mer enn 3.000 kvinner kirurgisk behandling for høygradige forstadier. Denne behandlingen kan svekke livmorhalsen og føre til premature fødsler.

Til tross for at det finnes et screeningprogram som anbefaler regelmessige celleprøver påvises årlig ca. 300 nye tilfeller av livmorhalskreft, og hvert år dør ca 100 kvinner av sykdommen.

HPV-infeksjon er den vanligste seksuelt overførbare infeksjon både hos kvinner og menn. Det er anslått at opptil 20 % av den seksuelt aktive befolkningen på et hvert tidspunkt er smittet, og at over 70 % av befolkningen vil få en HPV-infeksjon i løpet av sitt seksuelt aktive liv.

Det finnes en rekke ulike genotyper av HPV-viruset. Begge de godkjente vaksinene som nå er på markedet, Cervarix og Gardasil, virker mot genotypene 16 og 18 som forårsaker ca. 70 % av cervixcancer. Gardasil beskytter i tillegg mot genotypene 6 og 11 som forårsaker over 90 % av kjønnsvorter.

Vaksinen er utprøvd på unge kvinner i alderen 16 til 26 år. Sikkerhet og immunrespons er dessuten utprøvd på barn og unge av begge kjønn i alderen 9-15 år. Mer enn 40 millioner doser er gitt og ingen alvorlige bivirkninger som skyldes vaksinene er så langt registrert.

Vaksinen er forebyggende og bør fortrinnsvis gis før seksuell debut. Det er ikke påvist at vaksinen har terapeutisk effekt. Om vaksine gis etter at en person har pådratt seg infeksjon med én av genotypene som dekkes, har studier vist at vaksinen fortsatt er virksom mot de andre genotypene.

NGF er uforstående til Bioteknologinemnda som foreslår at vaksinerings utsettes ett år og vurderes på nytt. Ett års utsettelse gir ingen nye data, om vi utsetter med henblikk på direkte å se nedgang i antall krefttilfeller, eller vurdere andre langtidseffekter, må vi vente 15-20 år. Bioteknologinemndas utspill var basert på en nylig publisert masteroppgave, som etter vår oppfatning ikke tilfører nye momenter i saken som ikke allerede har vært grundig vurdert. I tillegg svekkes oppgavens troverdighet av flere forhold, også faktafeil. Utspillet kommer dessuten meget sent, og lenge etter at vaksinen har vært til høring. NGF finner utspillet ytterst beklagelig da negativ medieoppmærksomhet gjør foreldre engstelige og kan svekke tilliten til vaksinen, en tillit som er helt nødvendig for å få god oppslutning og dermed god effekt av vaksinasjonsprogrammet.

NGF støtter Helseministeren som avviser utspillet fra Bioteknologinemnda.

Folkehelseinstituttet er i gang med et omfattende informasjonsopplegg til helsepersonell og foreldre/barn. NGF har tillit til vaksinen og støtter dette informasjonsarbeidet: ingen annen vaksine har vært så grundig evaluert før implementering i barnevaksinasjonsprogrammet. Verdens helseorganisasjon har anbefalt HPV-vaksinasjon, og en rekke land som vi kan sammenligne oss med har innført dette i barnevaksinasjonsprogrammet, og for flere årskull enn i Norge.

NGF mener at:

- Alle jenter bør vaksineres før seksuell debut- da er vaksinen mest effektiv. Dette er et gratis tilbud som inngår som en del av det alminnelige vaksinasjonsprogrammet.
- Vaksinerings etter seksuell debut har også effekt om enn mindre, og de beskrevne bivirkningene av vaksinen er såpass minimale at NGF ikke har motforestillinger mot at kvinner som ønsker dette blir vaksinert på frivillig basis. Det eksisterer ingen øvre aldersgrense for slik vaksinerings hos seksuelt aktive kvinner.
- Siden vaksinen bare beskytter mot ca 70 % av de kreftfremkallende HPV-typene, er det svært viktig at også kvinner som lar seg vaksinere, fortsetter å følge det nasjonale screeningprogrammet for livmorhalskreft.

Knut Hordnes
Vitenskapelig sekretær

Rolf Kirschner
Leder



Legeforeningen
Oslo

Høringsvar- forslag om endring av helsepersonellovens §53 om spesialistgodkjenning av helsepersonell

Styret i Norsk Gynekologisk Forening har behandlet høringsnotatet på styremøte 17 februar.

Vi vil først få uttrykke forbauselse over prosessen -eller rettere- den manglende sådanne, som dette notatet er presentert på overfor de tre yrkesorganisasjonene. NGF oppfatter at den manglende dialogen i utarbeidelsen av notatet rimer dårlig med "samhandling", som pr. idag er Departementets mantra.

Videre forbauses NGF over at terminologien "private yrkesorganisasjoner" prinsipielt brukes om de tre aktuelle organisasjonene. Dette er en politisering og kategorisering som man ikke forventer i dagens demokrati.

Innledningsvis påpekes det at lovendringen er kommet i stand for "å tydeliggjøre myndighetsutøvelsen på feltet spesialitetsgodkjenning". Dette er et helt nødvendig steg, da alle leger har både autorisasjonsbevis og et evt. spesialistbevis utstedet av de offentlige myndighetene, ikke av legeforeningen. At legeforeningen, i samarbeide med fagmedisinske organisasjoner, helseforetakene, universitetene og de offentlige myndighetene står for spesialistutdanningen, betyr ikke at en ikke vet hvor den endelige godkjenningen kommer fra.

Det påpekes at det på grunn av endringer i befolkningssammensetning, sykdomsmønstre, medisinteknologiske- og organisatorske endringer er nødvendig å gjennomføre de foreslåtte endringene. Men det er nettopp slike endringer som gjør at det er nødvendig å holde på en fast struktur i utdannelsen, en struktur som ikke endres hele tiden "i populistisk retning". Notatet påpeker jo nettopp det når det peker på den økte internasjonaliseringen som foregår. Den erfaring som legeforeningen og spesialitetsrepresentantene har fått gjennom den europeiske "harmoniseringsprosessen" ved deltagelse i Europeiske fora de siste 20 årene viser nettopp faren ved at "spesialistutdanningen av leger i størst mulig grad bør tilpasses og understøtte ønsket struktur i spesialist- og primærhelsetjenesten". NGF ser nettopp faren i at man parallelt med at det foregår en harmonisering i Europa, som forhindrer skadevirkninger av den økte migrasjonen, utdannes "lokalt tilpassede" spesialister i de norske helseforetakene, som er "tilpasset og understøtter ønsket struktur". Disse vil i så fall bli nærmest "livegne".

Det påpekes at det er mangler på vitenskapelig materiale i spesialistutdanningen. Det som universitetene evt. etterlyser i de eksisterende spesialistutdanningsprogrammene, bør og kan inn- og tilpasses uten at de beskrevne endringene gjennomføres. Spesialistutdanningen gjennomgår et kontinuerlig kvalitetsforbedring, og det er tatt store steg mht innføring av vitenskapelig innhold og krav de siste årene. Dette arbeidet vil fortsette bli ved hjelp av LVS, leger i vitenskapelig stilling. Evt. endringer i utdanningssteder kan behandles etter det klassifikasjonssystemet som allerede eksisterer ved hjelp av evaluering og de regelmessige rapportene og inspeksjonene av utdanningsstedene.

Vi frykter at en komplett tilbaketrekning av delegasjonen vil bety oppbygning av et stort, fordyrende og kvalitetsforvitrende myndighetsapparat (ref NAV-reformen), og når det sammenliknes med de øvrige nordiske systemene, må det påpekes at de er svært ulike i sin oppbygning, og vår kunnskap om de enkelte viser at de også har store svakheter.

Dersom det er viktig for myndighetene å endre delegasjonsmyndigheten, mener NGF at det kan utformes et prosjekt over en viss periode, der status quo i hovedsak beholdes, bortsett fra at den endelige godkjenningen kan utføres av et "Nasjonalt råd" der Legeforeningen og Helsedirektoratet evt. annen av HOD delegert myndighet inngår, og at en evaluering utføres av nøytral instans etter prosjektperiodens utløp.

NGFs råd er følgende: "Don't change a winning team".

Med vennlig hilsen,
Rolf Kirschner
Leder



NPE trenger oss!

I de fleste sakene NPE behandler, brukes det enten interne eller eksterne spesialister. Spesialistens vurderinger av pasientskaden er et sentralt dokument, når NPEs saksbehandler skal beslutte om det skal gis medhold eller avslag i en sak.

NPE har problemer med å få nok spesialister til å skrive erklæringer, noe som fører til at saker hopper seg opp. Noen av oss skriver erklæringer iblant, mens andre ikke gjør det. NGF vil med dette oppfordre våre medlemmer til å takke ja til forespørsler fra NPE, også de som ikke har gjort det før.

NGF har i en årrekke hatt ett godt samarbeid med NPE. For en god del år siden forelå en liste over spesialister NGF i sin tid hadde anbefalt for NPE for å skrive spesialisterklæringer. Nåværende styre ble i 2006 bedt om å revidere denne listen, men fant ingen grunn til å fremheve noen spesielt, og anbefalte i stedet at NPE kunne spørre enhver spesialist i vårt fag. Styret har imidlertid sluttet seg til vår tidligere anbefaling til NPE nemlig at spesialister som blir brukt som sakkyndige bør være yrkesaktive.

NGF nedsatte i 2004 et utvalg for å arbeide med NPE, som har som mandat å fremme samarbeidet og bearbeide det erfaringsmateriale som ligger i NPE slik at det kan komme faget til nytte. På vårt årsmøte i Oslo i 2006 hadde vi et eget NPE-symposium, hvor NPE presenterte seg selv, krav til spesialisterklæringer, og NPEs database.

I april 2007 holdt NPE kurs for sakkyndige innen spesialiteten gynekologi og obstetikk. Kurset var et resultat av et samarbeidsprosjekt mellom Norsk gynekologisk forening og NPE, og var godkjent som etterutdanningskurs for ferdige spesialister. Målet med kurset var å sikre en større felles plattform for de som tar på seg sakkyndigoppdrag innen området gynekologi og fødselshjelp, slik at sakkyndige i NPE-saker arbeider etter samme retningslinjer, og at de har en felles forståelse av hva oppdraget går ut på. Kursets innhold var en kombinasjon av informasjon om pasientskadeordningen, noe juridisk opplæring og fokus på temaer som for eksempel rollen som sakkyndig. NPE erfarte at kurset ble tatt godt i mot, og det er ønskelig at slike kurs burde gjennomføres med jevne mellomrom. Kurset er imidlertid kun en hjelp og ikke en forutsetning for å være sakkyndig.

Styret vil med dette oppfordre kollegene til å ta på seg sakkyndig-oppdrag. Det er ikke bare nødvendig for NPE-ordningen, men å utarbeide spesialist-erklæringer er også nyttig for spesialisten som skriver den: det gir anledning til mest mulig objektivt å vurdere og analysere et forløp, man ser viktigheten av god dokumentasjon, og ikke minst får en anledning til å oppdatere seg på de kliniske retningslinjer og den faglige dokumentasjon som foreligger på feltet. For informasjon om NPE, se <http://www.npe.no/>.

Ta utfordringen -si ja neste gang NPE spør!

Knut Hordnes, vitenskapelig sekretær

- Kristin Skogøy
- Overlege KK, Nordlandssykehuset HF
- kristin.skogoy@nlsh.no

Vårtreff for nordnorske gynekologer

I mer en 20 år har det vært tradisjon at gynekologene i de tre nordligste fylkene har møttes til faglig oppdatering og sosial omgang der man har lagt vekt på å bli godt kjent med andre kolleger i vår vidstrakte landsdel. Møtene har alltid holdt en høy sosial profil, der de ulike avdelingene vekselvis har vært ansvarlig for gjennomføringen og presentasjon av lokale attraksjoner.

I år var Hammerfest ansvarlig for avviklingen, og møtet ble avholdt i Alta av transportmessige årsaker, Lenge så det ut som sykehusenes trange økonomi, og pågående endometriosekongress ved ST.Olavs Hospital skulle hindre påmelding, men gynekologer fra 7 av landsdelens 10 fødeenheter stilte forventningsfullt opp i fint vårvær på Hotell Rica.

Lokalkomiteen hadde satt sammen et faglig spennende program der man første dag vektla rekrutteringssituasjonen i landsdelen. Overlege og stipendiat Ingrid Petrikke Olsen gjennomgikk statusrapportutredningen for gyn./obs fra 2008, som for øvrig ble lagt frem på årsmøtet i Bodø samme høst. Vikarbruk er utbredt i nord, men mange vikarer har faste avtaler og kommer stadig tilbake. 35 % av alle gynekologene i landsdelen er ikke norske, men mer enn 90 % av overlegene mener å inneha breddekompetanse. Keisersnittsfrekvensen for landsdelen som helhet er litt lavere enn landsgjennomsnittet med et samtidig lavt antall sfinkterrupturer.

Avdelingsdirektør i HOD; Kristin Lossius la frem fødselsmeldingen med påfølgende konsekvenser for fødeinstitusjonene i Nordnorge, og ble møtt av politiker Grønlund fra Helse Nord HF. Utredningen konkluderer med at jordmørtjenesten skal styrkes, regionalt helseforetak skal være

ansvarlig for pasienttransporten og at kommunene og RHF sammen må utforme fødetilbudet da lokale forhold spiller inn.

Overlege Kristen Olav Lind skisserte ulike måter å rekruttere dugendes gynekologer fra Europa og Trine Rhode fra Helse Finnmark holde et tankevekkende innlegg om unge legers ønsker for livet og jobben og hvilke konsekvenser disse har for rekrutteringen

Et hvert vår-treff har en lokal severdighet å fremvise, og mange forventingsfulle gynekologer fikk sitt første møte med hellerisninger da vi ble vist rundt på Alta museums hellerisningsfelt som for øvrig står på UNESCOs verdensarv-liste over verneverdige steder. Den lokale omviseren skisserte den 4 200 år lange historien og ideer rundt de ulike figurene...

En bedre middag i hyggelig lag ventet så på hotellet i ei natt som aldri ble mørk ...

Neste dags program vektla inkontinens- og descensproblematikk med flott gjennomgang av metoder og resultater fra Hammerfest. Traumetrening, innvandrerhelse og tvillingkasustikk ble gjennomgått før vi til slutt kunne slå fast at landsdelens gynekologer har en samlet overtidspraksis om å vente til uke 42,0 før induksjon generelt blir igangsatt!



Ingrid Petrikke Olsen og Kevin Sunde foran Alta Museum



Fra hellerisningene i Alta som ble funnet i 1973 og står på UNESCOs verdensarvliste

Vi takker lokalkomiteen fra Hammerfest for et vel gjennomført arrangement, og ser frem til neste møte i Tromsø 2010 og oppfordrer leger under spesialisering å melde seg på, da økonomiske utgifter kan dekkes av innkommede midler.

NGFs Vår møte

- Tar spranget

Etter en lang og kald vinter er det deilig å kjenne at vårsola atter en gang begynner å varme. April har vært omtalt som den varmeste i manns minne, og dette ble en fin ramme rundt NGFs Vår møte som skulle arrangeres for andre gang. Stavanger satte alle kluter til for et vellykket arrangement.

- tar spranget

NGFs Vår møte ble arrangert for første gang i fjor i Oslo. Stavanger overtok "stafettspinnen" og har arbeidet jevnt og trutt for å få til et bra program. Det

manglet ikke ideer, spennende temaer eller villige forelesere. Gynekologi, obstetikk og gynekologisk cancer – noe for enhver smak. Påsken var knapt forbi før dagene var kommet og kursdeltakerne fra fjernt og nært

nærmet seg. Power-point presentasjonene var alle sendt inn før fristen var gått ut, været viste seg fra sin beste side, og god mat og drikke var på plass. Alt lå til rett for 2 flotte og lærerike dager.



Forsamlingen følger spent med.



Rolf Kirschner, Sissel M. Lichtenberg og Astrid Rygh var alle godt fornøyd med arrangementet.

Programmet

Kursleder og avdelingsoverlege Astrid Rygh ønsket alle velkommen. Førstemann ut blant foreleserne var seksjonsoverlege prof. dr. med. Jouko Pirhonen fra Ullevål Universitetssykehus. Sfinkterskader er et problem som Helsetilsynet har satt fokus på og det er ønskelig å finne metoder som kan redusere forekomsten. Han gikk gjennom hvor viktig det er å ta sfinkterskader på alvor og at blant annet god støtteteknikk kan redusere forekomsten betydelig. I en egen studie har han, sammen med sin jordmorkone, drevet planmessig opplæring i forebyggende teknikker ved flere sykehus. Alle prosjektsykehusene har klart å redusere sine sfinkterskader, og Sykehuset Innlandet på Lillehammer har som det første sykehuset klart å redusere forekomsten til under 1 %. Dette er et tall som imponerer! LiS Elisabeth Berge Nilsen fra Stavanger Universitetssjukehus presenterte deretter resultater og erfaringer med medisinsk induserte provoserte aborter i Stavanger. Medisinske aborter gjennomføres nå opp til 12 svangerskapsuke og hjemmeaborter før 9. svangerskapsuke, med få komplikasjoner. Praktiserende spesialist Runa Aabø som

har sittet i en komité for å se på hvordan man kan innføre medisinske aborter hos praktiserende spesialister, holdt et innlegg om dette. Her venter man fortsatt på en endelig tilbakemelding fra helsedirektoratet mht lovtolkning før man kan godkjenne et slikt tilbudet.

Innen for gynekologi har bruken av androgener vært lite kjent og vi ventet derfor i spenning på dette emnet. Gynekolog dr. med Inger Øverlie hadde 2 flotte innlegg om substitusjon av testosteron og DHEAS – kjønnsormoner som blant annet påvirker kvinners seksualitet, samt fysiske og psykiske velvære. Det ble en svært lærerik forelesning om hvordan man kan hjelpe kvinner - yngre kvinner etter ooforektomi, samt kvinner i/ etter overgangsalderen.

Dagen ble avsluttet med diskusjon om ulike praksis for indikasjoner ved keisersnitt i Norge. LiS Mette Tollånes fortalte om sitt doktorgradsarbeide der hun har sett på keisersnitt i Norge og indikasjoner. Hun viser til at det finnes klare tall for økte komplikasjoner etter keisersnitt sammenlignet med vaginal fødsel, og at man

bør ha gode indikasjoner for inngrepet. Keisersnittallet og indikasjonene varierer fra sykehus til sykehus og mellom forskjellige deler av landet, og med rette bør man spørre seg: "Keisersnitt uten medisinsk indikasjon - en dårlig idé?"

Etterpå holdt assisterende direktør i Helsetilsynet Geir Sverre Braut et foredrag om synet på variasjoner i praksis i Norge. Hva er akseptabel variasjon, og hvilke kriterier vurderes det ut fra? Det var mange spørsmål fra salen og det er tydelig at keisersnitt er et emne som opptar mange. Men, klokken 17 var det punktum for første dag. En begivenhetsrik dag med mange interessante emner og diskusjoner.

Senere på kvelden møttes de av kursdeltakerne som ønsket på restauranten Hall Toll. Godt oppmøte, god mat, og høy stemning ble en fin avslutning på en ellers så lærerik dag.

Så var vi kommet til andre dag. Overlege Kristin Offerdal, PhD, fortalte om etiske aspekter ved screening for Mb Down. En interessant vinkling av forskjellige måter å



Bent Fiane og Erik Andreas Torkildsen



Torbjør Eggebø forteller om obstetrikken i Sierra Leone

definere etiske synspunkter og modeller på. Deretter hadde Seniorrådgiver Vibeke Dalen fra Helsedirektoratet et innlegg om forståelsen av lovverket innenfor fosterdiagnostikk. Lovverket er tydelig på at det er kun godkjente sentra som skal drive med avansert fosterdiagnostikk og at man ser tilfeller av uautoriserte undersøkere – det vil bli fulgt opp av tilsynsmyndighetene. Flere fra salen mente at reglene er uklare og at det er veldig vanskelig å avvise pasienter når man i dag sitter inne med både kunnskap og avanserte ultralydapparater for måling av nuchal translucency og anatomiscreening.

Så var det tid for onkologi. Professor Bjørn Hagen fra St. Olavs hospital gikk gjennom diagnostikk og behandling av cervixdysplasier og endringer i retningslinjene når den nye veilederen i onkologi blir publisert i nærmeste fremtid.

NGFs egen leder Rolf Kirschner, som er seksjonsoverlege ved vulvaklinikken på Rikshospitalet, hadde et interessant innlegg om vestibulodynier, som tydeligvis er et vanskelig område. Mange pasienter blir kronisk plaget og det finnes få gode behandlings muligheter.

Postpartumbødninger er et problem som må tas på alvor og som raskt kan medføre alvorlige komplikasjoner. LiS Janne Rossen hadde sett på et tiårsmateriale ved Stavanger Universitetssjukehus og gikk gjennom risikofaktorene. Fødselsinduksjon er et omdiskutert emne i det faglige miljøet i våre dager, og som Rossen viste, er det økt risiko for blødninger etter induksjoner. Keisersnitt drar også opp statistikken her. Deretter viste seksjonsoverlege Erna Skomedal fra intervensjonsradiologisk avdeling i Stavanger at embolisering er en viktig behandlingsmulighet ved alvorlig postpartumbødning. Man kan effektivt stoppe alvorlig blødninger og samtidig senke risikoen for hysterektomi. Embolisering har vist svært gode resultater, og suksessraten er høy. Hun viste også til bruk av aortaballong for å redusere blødning og stabilisere pasienten i en kritisk situasjon.

Tilslutt var det overlege Torbjørn Eggebø som fortalte om sine erfaringer fra Sierra Leone, etter at han hadde jobbet der ca et halvt års tid for Leger Uten Grenser. Spørsmålet var om det er mulig å lære noe av obstetrikken i den 3. verden. Det

var store forskjeller. Han poengterte ut fra sin "nye erfaring" at obstetikk er et praktisk fag og at mange viktige praktiske ferdigheter er dessverre i ferd med å havne i "glemmeboka" i den vestlige verden, som uttrekk på fot av tvilling 2.

- spranget var tatt

Så var kurset over og alle dro hver til sitt. Det var mange gode tilbakemeldinger fra kursdeltakerne etterpå og vi håper at Vår møte har befestet sin posisjon.

Kurskomitéen har bestått av avdelingsoverlege Astrid Rygh, seksjonsoverlege Bent Fiane, overlege/stipendiat Ane Cecilie Munk og LiS Erik Andreas Torkildsen.

Til neste år går stafettspinnen til Trondheim og vi vil si at Vår møtet er kommet for å bli!

Stor takk til alle som deltok, flotte foredragsholdere, og til alle de som bidro til å få arrangementet i havn.

En riktig god sommer til alle!

Hællæ!

Det er gjerne med dette uttrykket vi hilser hverandre i Fredrikstad. Det spiller ingen rolle om du er innfødt, innflytta eller besøkende nordlending eller trønder med bart. Vi prekær på samme måte med alle vi treffer og er stort sett oss sjæl. Fredrikstadfolk er uhøytidlige, trivelige og er lette å preke med.

Plankebyen ved Glommas utløp inviterer til **Norsk Gynekologisk Forenings Årsmøte 3-5 september 2009**. Byen med sine nærmere 80 000 innbyggere ligger idyllisk til ved Hvaler skjærgården. Fredrikstads identitet er helt og fullt knyttet til elva og den romslige skjærgården utenfor med et høyt antall fritidsbåter i forhold til folketallet. Mest kjent er vi for vår fantastiske Gamleby med festningsanlegg og tradisjon

i veggene. Gamlebyen er Nordens best bevarte festningsby med 1700-talls bygninger, festningsverk med voller og vanngraver fra 1600-tallet. Sentralt i Gamlebyen finner du Kongens torv med Fredrikstads grunnlegger Fredrik 2. plassert på sokkel med blikket rettet mot andre siden av elva. Der finner du bryggepromenaden, nye FFK stadion og SAS hotellet.

Vi ved Kvinne Klinikken i Fredrikstad er stolte av å kunne invitere til Årsmøtet 2009. Det faglige programmet er både spennende og inspirerende, rett og slett "ille bra".

Velkommen til Fredrikstad!

Ingvild Hallberg
Katrine Sjøborg
Hilde Hoel



Luftfoto:Erik Hagen

Invitasjon til frie foredrag

Årsmøte NGF i Fredrikstad 2009

Påmeldingsfrist og abstraktfrist 15.06.09

Abstrakt sendes som vedlegg til e-post til Knut Hordnes, adresse knut.hordnes@uib.no, altså senest 150609.

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

Abstrakt filnavn skal være "etternavn foredragsholder"+ "stikkord for emne", f.eks. "Nilsen konisering".

Det er avsatt 8 min + 2 min til diskusjon til hvert foredrag.

Selve foredraget medbringes helst i Powerpoint på minnepinne og leveres under årsmøtet. Foredragets filnavn skal være "etternavn foredragsholder"+ "stikkord for emne"

Dersom det er andre format (Mac, lysbilder i glass og ramme osv), gi beskjed ved innsending av abstraktet.

Støtte til LIS (Lege i spesialisering) og stipendiater

LISer og stipendiater som holder foredrag får kr 2000 i støtte, som utbetales etter årsmøte. Utbetaling forutsetter at foredraget er avholdt, og at deltakeravgift er betalt. Vennligst opplys til undertegnede om du er LIS ved innsending av abstrakt!

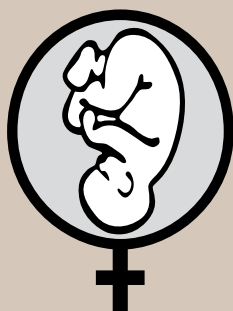
Priser

Det utdeles pris til beste foredrag i obstetikk og beste foredrag i gynekologi, hver på kr 5000. Prisen må taes ut som reisestøtte innen ett år.

Vel møtt i Fredrikstad!

Knut Hordnes

Vitenskapelig sekretær NGF



Årsmøtet i Norsk gynekologisk forening 2009

Medlemmer som ønsker saker satt på dagsorden til **GENERALFORSAMLINGEN**

fredag 04.09.09 bes melde disse til styret så snart som mulig og senest innen fire

uker før årsmøtet. Valgkomiteen oppfordrer medlemmene til å melde sin interesse

for og/eller foreslå kandidater til styreverv.

NORSK GYNEKOLOGISK FORENINGS HEDERSPRIS

STATUTTER

1. Prisen "Norsk Gynekologisk Forenings Hederspris" utgjør i 2009 40 000 kr.
2. Prisen er en direkte videreføring av Scheringprisen som ble etablert og utdelt første gang i 1986
3. Prisen utdeles ved Norsk Gynekologisk Forenings årsmøte av NGFs formann og en representant fra Bayer Schering Pharma
4. Prisen utdeles for beste forskningsinnsats eller fortjenestefullt arbeid i gynekologi/obstetrikk
5. Alle medlemmer av NGF kan gi begrunnet forslag på kandidater
6. Prisen utdeles fortrinnsvis til medlemmer av NGF, men kan tildeles ikke-medlemmer for forskning eller fortjenestefullt arbeide innen eller i nær tilknytning til faget gynekologi/obstetrikk
7. Ved mangel på tilfredsstillende kandidater et år, kan evt. utdeling utsettes slik at man et annet år kan gi to priser
8. Utvelgelse til prisen skjer ved et utvalg som består av sittende styreformann og de to sist avgåtte formenn i Norsk Gynekologisk Forening



FORSKNINGSSTIPEND GYNEKOLOGI OG OBSTETRIKK

NOK 100.000

Schering-Plough Corporation utlyser et forsknings-stipend i gynekologi og obstetrikk pålydende NOK 100.000. Aktuelle forskningsprosjekt kan være klinisk eller basalt rettet med relasjon til human medisin. Forskningsprosjektet skal utføres i Norge. Søkeren må også være bosatt i Norge og skal selv være en aktiv deltager i prosjektet. Stipendet er personlig. Det skal i søknaden gjøres rede for søkerens vitenskapelige erfaring og hvordan midlene er tenkt anvendt. Vi presiserer at stipendet ikke er en pris for allerede utført forskning. Stipendet kan i spesielle tilfeller deles mellom ulike forsknings-prosjekt.

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

Tildelingen av stipendet vil foregå på NGFs årsmøte i Fredrikstad i september 2009. Den eller de som har mottatt forskningsstipendet må være villig til å presentere forskningsresultatene i et egnet forum, samt gi en skriftlig orientering til Schering-Plough AS.

Søknaden stiles til Schering-Plough AS, Postboks 398, 1326 Lysaker, og skal inneholde en kortfattet forskningsplan, curriculum vitae og et budsjett for prosjektet. Søknadsfristen er 1. august 2009.

Eventuelle spørsmål kan rettes til sveinung.bakke@spcorp.com eller telefon 66 76 44 00.



NGFs FORSKNINGSPRISER

1. **PRIS BESTE FOREDRAG:** NGF deler ut to priser à kr 5000 for beste foredrag avholdt under NGFs Årsmøte
2. **ETTERUTDANNELSESFOND FOR SPESIALISTER:** Dette ble opprettet etter NFOG- kongressen i Oslo år 2000 til støtte mht etterutdanning av spesialister i gynekologi og obstetrikk. Grunnkapitalen er på kr 100 000. Søker må bo i Norge og være medlem av NGF.

Det kan søkes midler til ulike former for etterutdanning, f.eks dekning av reiseutgifter mht kurs, kongresser og utveksling, invitasjon av foredragsholdere til kurs for flere gynekologer i samme nærmiljø, innkjøp av bøker eller CD-rom etc. Begrunnet søknad til styret i NGF ved leder Rolf Kirschner. Søknad må inneholde program med budsjett, rapport må avgis etter at aktiviteten er avsluttet.



Program NGF Årsmøte Fredrikstad 3.-5. september 2009

Fredrikstad Kulturhus/Radisson SAS Hotel
Påmelding til CIC via www.legeforeningen.no/ngf

Onsdag 2/9

FUGO: Kolposkopikurs – se eget program (Arrangementet er uavhengig av Årsmøtet)

Torsdag 3/9

10.00-12.00	Formøter NUGG FUGO PSL NFGO (Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi)
12.30-13.30	Lunsj
14.00-14.30	Årsmøte 2009 Leder i NGF, Rolf Kirschner Ordfører i Fredrikstad ønsker velkommen
14.30-15.30	The natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Cancer risks exposed by an unethical study (Ron Jones, NZ)
16.00-18.30	Fagpolitisk debatt Status og utfordringer i faget; utdanningskravene. NGF: Rolf Kirschner, Spes kom: Kjell Å. Salvesen, OF: Arne Laudal Refsum, YLF: Hege Gjessing
19.00-	“Get together” Gamlebyen Gjestegaarder

Fredag 4/9

08.30-10.00	Gynekologi med flere tema Is VIN a cancer Precursor? (Ron Jones, NZ) Genital descens og bruk av nett: langtidsresultater (Heidi Thornhill) Kunnskapssenterets arbeidsmåte eksemplifisert: Embolisering ved myoma uteri og behandlingseffekt på ulike indikasjoner. Systematisk tilnærming (Gro Jamtvedt)
10.30-12.00	Frie foredrag sesjon 1: Generell gynekologi
12.00-13.00	Lunsj
13.00-14.30	Frie foredrag sesjon 2: Obstetrik
14.30-15.00	Pause
15.00-16.00	Frie foredrag sesjon 3: Cancer
16.30-18.00	Generalforsamling
19.30	Bankett Radisson SAS Hotell Fredrikstad

Lørdag 5/9

08.30-10.30	Obstetrik: Fokus på prematuritet Preterm fødsel - et økende problem: Hva gjør vi? (Susanne Albrechtsen) Preterm fødsel og infeksjon: årsaker og behandling (Nils-Halvdan Morken) Preterm fødsel – medisinske og sosiale implikasjoner (Ann-Mari Brubakk)
11.00-12.00	Frie foredrag sesjon 4: Generell gynekologi
12.00-13.00	Lunsj
13.00-14.00	Frie foredrag sesjon 5: Obstetrik
14.00	Avslutning. Priser for beste foredrag

Kolposkopi-kurs

Fredrikstad 2. september 2009

Fredrikstad, Sykehuset Østfold 12:00 - 18:00
Påmelding www.legeforeningen.no - kurskatalogen

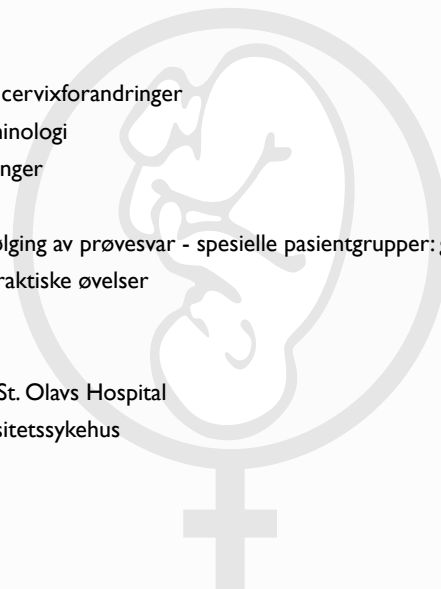
Kursprogram:

6 sesjoner á 45 min

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

Foredragsholder:

Prof. Dr. med Bjørn Hagen, Seksjonsoverlege, St. Olavs Hospital
Caroline Ravndal, Overlege, Stavanger Universitetssykehus



Emselex «Novartis»

Urologisk spasmolytikum.

ATC-nr.: G04B D10

DEPOTTABLETTER 7,5 mg og 15 mg: Hver depottablett inneh.: Darifenacin 7,5 mg, resp. 15 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 7,5 mg: Titandioksid (E 171). 15 mg: Paraoransje (E 110), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingsfrekvens og «urgency» som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære.

Dosering: Bør tas 1 gang daglig med væske. Kan tas med eller uten mat. **Svelges hele. Skal ikke tygges, deles eller knuses.** **Voksne 18 år inkl. eldre 65 år:** Anbefalt startdose er 7,5 mg daglig. Effekt og sikkerhet bør vurderes på nytt 2 uker etter behandlingsstart. For pasienter som har en akseptabel bivirkningsprofil, men som krever ytterligere symptomlindring, kan dosen økes til 15 mg daglig, basert på individuell respons. **Barn:** Ikke anbefalt pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Forsiktighet bør utvises. Dosejustering er uønskelig. **Nedsatt leverfunksjon:** Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A), men dosejustering er uønskelig. Ved moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad B) bør behandling kun gis dersom fordelen oppveier risikoen. Daglig dose bør begrenses til 7,5 mg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Urinretensjon, ventrikelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad C), alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megacolon, samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. proteasehemmere, ketokonazol, itraconazol).

Forsiktighetsregler: Bør administreres med forsiktighet til pasienter med autonom nevropati, hiatushernie, klinisk signifikant obstruksjon ved blæretømming, risiko for urinretensjon, alvorlig konstriksjon eller gastrointestinale obstruktive lidelser (f.eks. pylorusstenose). Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som behandles for trangvinkelglaukom. Andre årsaker til økt vannlatingsfrekvens (hjertesvikt eller nyresykdom) bør utredes i forkant av behandlingen. Ved urinveisinfeksjon bør adekvat antibakteriell behandling igangsettes. Forsiktighet bør utvises ved redusert gastrointestinal motilitet, gastroøsofageal refluks og/eller samtidig bruk av medisiner som kan forårsake/forverre øsofagitt (f.eks. perorale bisfosfonater). Sikkerhet og effekt ved nevrogen årsak til overaktivitet i detrusor er ukjent. Pasienter som opplever svimmelhet, tåkesyn, søvnløshet og søvnløshet under behandlingen, bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner.

Interaksjoner: Darifenacin metaboliseres primært av CYP 2D6 og CYP 3A4. CYP 2D6- og CYP 3A4-hemmere kan øke eksponeringen av darifenacin. Ved samtidig administrering med moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. erytromycin, klaritromycin, telitromycin, flukonazol, grapefruktjuice) eller potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. paroksetin, terbinafin, cimetidin, kinidin) bør anbefalt startdose være 7,5 mg daglig. Kan titreres til 15 mg daglig for å oppnå forbedret klinisk respons forutsatt at dosen er godt tolerert. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av substanser som hovedsakelig metaboliseres via CYP 2D6, og som har et smalt terapeutisk vindu (f.eks. flekainid, tiordazin, trisykliske antidepressiva som imipramin). Standard terapeutisk monitorering av protramintid for warfarin bør opprettholdes. Terapeutisk legemiddelmonitorering av digoksin bør utføres ved oppstart og avslutning av darifenacinbehandling, samt ved endring av dosen. Samtidig bruk av potente hemmere av P-glykoprotein (f.eks. verapamil, ciklosporin) bør unngås. Samtidig bruk av andre legemidler med antimuskarine egenskaper (f.eks. oksybutynin, tolterodin, flavoksant) kan gi mer uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. Potensering av antikolinerge effekter av antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva kan også forekomme.

Graviditet/Amming: **Overgang i placenta:** Dyrestudier har vist toksisitet for fødsel, peri- og postnatal utvikling. Skal ikke brukes under graviditet. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Utskilles i morsmelk hos rotter. Forsiktighet bør utvises ved bruk under amning.

Bivirkninger: Antikolinerge effekter er generelt doseavhengige. **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Munntørhet, forstoppelse. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, abdominalsmerter. **Nevrologiske:** Hodepine. **Øye:** Tørre øyne. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Diaré, flatulens, sår i munnen. **Hjerte/kar:** Hypertensjon. **Hud:** Tørr hud, utslett, pruritus, svetting. **Infeksiøse:** Urinveisinfeksjon. **Kjønnsorganer/bryst:** Impotens, vaginitt. **Luftveier:** Rhinitt, hoste, dyspné. **Nevrologiske:** Svimmelhet, smaksforstyrrelser, somnolens. **Nyre/urinveier:** Urinretensjon, urinveisforstyrrelser, blæresmerter. **Psykiske:** Insomnia, unormal tankevirksomhet. **Undersøkelser:** Økt ASAT og ALAT. **Øye:** Synsforstyrrelser, inkl. sløret syn. **Øvrige:** Asteni, skade, ødem, inkl. ansiktsødem og perifer ødem. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Hud: Angioødem. Tilfeller av generelle hypersensitivitetsreaksjoner inkl. angioødem. Behandling med darifenacin kan muligens maskere symptomer assosiert med galleblæresykdom.

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Doser på 75 mg har gitt munntørhet, konstriksjon, hodepine, dyspepsi og tørrhet i nesen. **Behandling:** Bør rettes mot å reversere antikolinerge symptomer under nøye medisinsk overvåking. Fysostigmin kan bidra til å reversere slike symptomer. Se Giftinformasjonen anbefaling G04B D10 side d.

Egenskaper: **Klassifisering:** Urologisk spasmolytikum. **Virkningsmekanisme:** Selektiv muskarinreseptorantagonist (M3 SRA). M3-reseptoren er den viktigste subtypen som kontrollerer muskelkonstriksjon i urinblæren. **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet: 15% og 19% etter daglige doser på hhv. 7,5 mg og 15 mg ved «steady state». Maks. plasmanivå nås ca. 7 timer etter administrering og «steady state» nås den 6. dagen. Eksponeringen er 23% lavere hos menn enn hos kvinner. **Proteinbinding:** 98%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum: 163 liter. **Metabolisme:** Betydelig metabolisme via CYP 3A4 og CYP 2D6 i lever, og via CYP 3A4 i tarmveggen. **Utskillelse:** Ca. 60% i urin, ca. 40% i feces. Kun 3% utskilles uforandret.

Pakninger og priser: **7,5 mg:** Enpac: 28 stk. kr 435,30. 98 stk. kr 1435,10. **15 mg:** Enpac: 28 stk. kr 435,30. 98 stk. kr 1435,10.

Refusjon: Se G04B D10, side f i Refusjonslisten.

Refusjonskode:

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

Vilkår: Ingen spesifisert.
ID-kode: 5084/02.2009

Sist endret: 16.10.2008 (SPC 25.08.2008)



EMSELEX® - EFFEKTIV¹ OG M₃ SELEKTIV

Effektivt¹

VEIEN TIL BEHANDLING AV OVERAKTIV BLÆRE

- 77% reduksjon av antall episoder med urgeinkontinens¹
- Godt tolerert¹
- En dose - 7,5 mg eller 15 mg daglig²

 **Emselex**[®]
(darifenacin) 7,5mg og 15mg
DEPOTTABLETT
Effektiv og M₃ selektiv

Id-kode: 5084.02.2009

Referanser:

1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M₃ selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Int. 2005;98:993-1001.
2. FK-tekst 12.04.2007

37TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY



© Axel Bolvig

15-18 JUNE 2010 · COPENHAGEN, DENMARK

IMPORTANT DATES

Congress Dates:

15-18 June 2010

Deadline for Abstract Submission:

15 February 2010

Deadline for low registration fee:

1 March 2010

ORGANISING COMMITTEE

Peter Hornnes, President

Søren Brostrøm

Thue Bryndorf

Erik Ernst

Helle Meinertz

Marie Søgaard

Kim Toftager-Larsen

NFOG Specialist Course 2009 on Vulvar Diseases

November 18th – 19th 2009

Hotel ParkInn, Copenhagen



The Educational Committee of NFOG is proud to invite you to the first NFOG Specialist Course this year. The program will deal with many aspects on vulvar diseases, with Nordic as well as international top speakers. The course is the first NFOG Specialist Course, planned to run each year with different topics, and aimed at OBGYN specialists. However, trainees are more than welcome to participate as well. We expect a high level course on today's knowledge on vulvar diseases, and we are looking forward to welcoming you all in Copenhagen. Please make sure already now that you're able to attend. Below you find the preliminary program, with all confirmed speakers. However, changes may apply later.

This first announcement will be followed by a final announcement at the end of April with detailed information on registration, fees, accommodation etc. The final announcement will be available via www.nfog.org as well as via the national societies.

Anders Atke

Chair of the Educational Committee of NFOG

Preliminary program

Wednesday November 18th 2009 Vulvar diseases section

- 10.30 – 10.55 Registration
- 10.55 – 11.00 Introduction NFOG educational committee
- 11.00 – 11.30 The normal vulva Micheline Moyal – Barracco, MD (FR)
- 11.30 – 11.50 Lichen Sclerosus Sallie Neill, MD (UK)
- 11.50 – 12.10 Lichen Planus Micheline Moyal – Barracco, MD (FR)
- 12.10 – 13.00 Other dermatoses, topical treatment Sallie Neill, MD (UK)
- 13.00 – 13.10 Questions to the panel
- 13.10 – 14.10 Lunch break
- 14.10 – 14.40 Vulvar ulcers Karin Edgardh, MD Dr.med. (NO)
- 14.40 – 15.00 Pigmented lesions of the vulva Shireen Velangi, MD (UK)
- 15.00 – 15.15 Histologic diagnostics of vulvar diseases Lecturer to be announced
- 15.15 – 15.35 RVVC Sophia Ehrstoem, MD Ph.D. (S)
- 15.35 – 16.05 Coffee break
- 16.05 – 16.25 DIV Susanne Christau, MD (DK)
- 16.25 – 17.15 VIN, VAIN and Paget's disease, clinical features, treatment Marc van Beurden, MD (NL)
- 17.15 – 18.00 Hidradenitis suppurativa Gregor Jemec, MD Dr.med. (DK)
- 18.00 – 18.30 Questions to the panel
- 19.30 Dinner

Thursday November 19th 2009 Vulvodynia section

- 09.00 – 09.40 Medical and physical predictors of vulvodynia Nina Bohm-Starke, MD Ph.D. (S)
- 09.40 – 10.10 Psychosexual predictors of vulvodynia Christina Damsted Petersen, MD (DK)
- 10.10 – 10.40 Surgical treatment of vulvodynia Jorma Parvoonen, MD (FI)
- 10.40 – 11.10 Coffee break
- 11.10 – 11.40 Physical therapy of vulvodynia Birthe Bonde, Physiotherapist (DK)
- 11.40 – 12.10 Psychosexual treatment of vulvodynia Christina Damsted Petersen, MD (DK)
- 12.10 – 12.30 Swedish experiences with multi disciplinary treatment of vulvodynia Nina Bohm-Starke, MD Ph.D. (S)
- 12.30 – 13.00 Questions to the panel
- 13.00 Closing remarks NFOG Educational Committee

Behandling av eksterne genitale og perianale veneriske vorter

En skånsom behandling med lav residivfrekvens*

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 alene*.

* Referanser: Se preparatomtalen.



Krem, 5%
AldaraTM
Imiquimod

MEDA

Stimulerer immunsystemet lokalt

NFOG - Scholarship report

As a part of my expert education in treatment of endometriosis, I visited the Department of Obstetrics and Gynecology (Kvinnekliviken) at Ullevål University Hospital in Oslo for 3 months.

This department has a large endoscopy section, headed by Doctor Anton Langebrekke, who has a long experience in advanced endometriosis surgery, and patients with severe endometriosis are referred from all parts of Norway for treatment.

I spent four days a week at the operating rooms and participated in a lot of endometriosis surgery, including excision of infiltrating endometriosis, rectosigmoid resection and treatment of extensive pelvic adhesions. Between the endometriosis operations, I had the opportunity of watching other kinds of advanced laparoscopic surgery, including cancer surgery and myomectomies. Laparoscopic surgery is widely used in this department and is the standard procedure in hysterectomies: Even uteri with large fibroids are removed by laparoscopy, and the training of young doctors includes supravaginal laparoscopic hysterectomy. The equipment for laparoscopic surgery is excellent, and new instruments and techniques are frequently tested.

Once a week I joined Doctor Anton Langebrekke at his outpatient clinic and learned about the departments' principles for preoperative investigation and postoperative medical treatment of patients with endometriosis.

Overall, this was an interesting and inspiring visit, and I thank the NFOG board for the financial support, which made it possible.

Christina Kruse,

Dept of Obstetrics and Gynecology, Skejby University Hospital, Denmark



C Aldara «Meda»

Immunstimulerende middel.

ATC-nr.: D06B B10

T KREM 5%: 1 g ineh.: Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, stearylalkohol, hvit myk parafin, polysorbat 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylparahydroksybenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, renset vann.

Indikasjoner: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflattisk basalcellekrefte (sBCC) hos voksne. Klinisk karakteristisk, ikke-hyperkeratotisk, ikke-hypertrofisk aktinisk keratose (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller akseptibiliteten 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 åpent 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 uttrykk. Median tid til tilheling hos menn og kvinner er hhv. 12 og 8 uker. **Overflattisk basalcellekrefte hos voksne:** Påfør kremen i 6 uker, 5 ganger pr. uke (f.eks. mandag til fredag) for sengetid. Behandlingsperioden 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 for huden, må trekke for huden 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. glemt dose eller hvileperiode. Dersom behandlede lesjoner 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 for huden hos ikke-omskårne menn. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosis, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjæring. God forhudshygiene bør derfor anbefales. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. erosjon, sårdannelse, hevelse, indurasjon og økende vanskelighet med å trekke for huden 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 kateterisering vært nødvendig. Det foreligger ikke klinisk erfaring med bruk umiddelbart etter annen lokal farmakologisk behandling av kondylomer. Okklusiv behandling av kondylomer anbefales ikke. Bruk av imiquimod bør ikke skje før det har vært tilheling etter annen kirurgisk eller farmakologisk behandling. Kremen bør vaskes av før seksuell aktivitet. Kan svekke kondomer eller pessarer, samtidig bruk bør derfor unngås. Kan gi oppblussing av, eller forverre inflammasjonstilstander i huden. Erfaringer hos pasienter over 65 år er begrenset. Hos immunsupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrensede data har vist en økt vortetilhelning hos HIV-positive pasienter, men ikke i samme grad som hos HIV-negative. **Basalcellekrefte:** Imiquimod er ikke undersøkt ved behandling av basalcellekrefte innenfor et område på 1 cm fra øyelokkene, nese, lepper eller hårfestet. Under behandlingen og til fullstendig tilheling, vil det behandlede hudområdet trolig

fremstå tydelig forskjellig fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse avtar vanligvis i intensitet under behandlingen eller forsvinner når behandlingen er avsluttet. Det er en sammenheng mellom fullstendig tilheling og intensiteten av lokale hudreaksjoner (f.eks. erytem). Lokale hudreaksjoner kan være relatert til stimuleringen av den lokale immunresponsen. Dersom pasientens ubehag eller alvorlighetsgraden av den lokale hudreaksjonen er uttalt, kan en ta en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas når hudreaksjonen har avtatt. Hjelpstoffene cetylalkohol, stearylalkohol, metyl- og propylparahydroksybenzoat, kan gi allergiske reaksjoner. Skal benyttes med forsiktighet hos pasienter med reduserte hematologiske reserver. **Aktinisk keratose:** Lesjoner som er klinisk atypiske eller som gir mistanke om kreft, bør undersøkes med vevsprøve for å bestemme egnet behandling. Imiquimod er ikke evaluert for behandling av AK på øyelokkene, inne i neseborene eller ørene eller leppeområdet innenfor vermiliongrensen. Det finnes svært begrensede data vedrørende imiquimodbehandling av AK i andre anatomiske områder enn ansiktet og hodebunnen. Tilgjengelige data vedrørende imiquimodbehandling av AK på underarmene og hendene gir ikke grunnlag for anbefaling av slik bruk. Imiquimodbehandling anbefales ikke ved AK-lesjoner med markert hyperkeratose eller hypertrofi, slik en f.eks. ser ved kutanose horn. Under behandling og inntil tilheling vil påvirket hud trolig skille seg merkbart ut fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse reaksjonene avtar generelt i intensitet under behandlingen eller forsvinner etter at behandlingen er over. Intensiteten av de lokale hudreaksjonene (f.eks. erytem) er forbundet med tilhelingshastigheten. Lokale hudreaksjoner kan ha sammenheng med stimulering av lokalimmunrespons. Hvis pasientens ubehag eller intensiteten av lokale hudreaksjoner krever det, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har moderert seg. Klinisk erfaring med bruk ved svekket immunsystem mangler. Data mangler vedrørende gjentatt behandling av AK som er fjernet etter 1-2 behandlingsperioder og deretter dukker opp igjen. Studier tyder på at full fjerning skjer langsommere ved >8 AK-lesjoner, enn ved <8 AK-lesjoner. Hudområdet som behandles må beskyttes mot sollys. **Interaksjoner:** Benyttes med forsiktighet ved samtidig immunosuppressiv behandling. **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Opplysninger mangler. Data fra et begrenset antall graviditeter foreligger, men generelle konklusjoner kan ikke trekkes på dette grunnlaget. Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. *Overgang i morsmelk:* Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) av imiquimod er detektert i serum etter enkle eller multiple lokalt appliserte doser. Spesifikke anbefalinger vedrørende amming kan ikke gis. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er lokale reaksjoner som erytem, erosjon, avskalling og ødem. Indurasjon, sårdannelse, skorpedannelse og vesikler er mindre vanlig. Hudreaksjoner på nærliggende områder, hovedsakelig erytem, forekommer også. Lokale hudreaksjoner som erytem er sannsynligvis en konsekvens av den farmakologiske effekten av imiquimod. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. Ved behandling av basalcellekrefte er det en direkte sammenheng mellom intensitet av lokale reaksjoner og tumor tilheling. De fleste hudreaksjoner er milde til moderate i alvorlighetsgrad, og blir borte innen 2 uker etter avslutning av behandlingen. I sjeldne tilfeller har reaksjonene vært kraftige og nødvendiggjort behandling og/eller medført nedsatt funksjonsevne. I svært sjeldne tilfeller har uttalte reaksjoner i urinrørsåpningen medført dysuri hos kvinner. **Hypypige (>1/100):** Hud: Erytem, kløe, svie, smerte på applikasjonsstedet, infeksjon, pustula. **Mindre hypypige:** Øvrige: Hodepine, influensalignende symptomer. Lokal hypo- og hyperpigmentering etter bruk av imiquimod er rapportert. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. den minimale perkutan absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan resultere i alvorlige lokale hudreaksjoner. Etter utilsiktet oralt inntak kan det opptre symptomer som kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber etter en enkel dose på 200 mg imiquimod. Den alvorligste kliniske bivirkning rapportert etter oralt inntak av >200 mg imiquimod er hypotensjon. Blodtrykket kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. **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 induere alfa-interferon 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. 725,70. **Refusjon:** Se Refusjonslisten, D06B B10

Sist endret: 01.12.2007

Referanser:

* Schöfer H. et al. Eur J Dermatol. 2006;16(6):642-648

Krem, 5%
Aldara[™]
Imiquimod

MEDA

Dear colleague

I am very pleased to inform you that, after many months of hard work, a totally redesigned FIGO website has now been launched.

Over time, we aim to make the website an essential tool in disseminating information to, and interacting with, medical professionals, FIGO member societies and members of the general public.

Some of the new and enhanced features of the FIGO website include:

- A new, **user-friendly** menu system and user interface
- A “**Top News**” section providing news stories on matters relating to maternal and newborn health – updated daily – that we hope will prove a valuable resource to our specialty and to the general public.
- A “**FIGO News**” section providing updated information on FIGO and its activities.
- More detailed information about **FIGO’s work** – including the opportunity for site visitors to donate to support our charitable activities
- Dedicated and easy to use links to information on the **FIGO World Congress of Gynecology & Obstetrics** taking place in Cape Town, South Africa in October 2009.
- The opportunity for individuals to **sign up for newsletters** and information from FIGO
- Information on **FIGO publications** – including the monthly peer-reviewed International journal of Gynecology & Obstetrics. We are working to offer abstracts of Journal articles on the FIGO website very soon.
- A **dedicated page for each of FIGO’s member societies**, which we hope societies will treat as their own “mini-site” within the FIGO platform. We hope that societies – and particularly those with no website of their own – will submit articles on their activities that can be posted on their section of the FIGO site.

Of course, the features of the old site that we know users find useful – such as the “**Calendar**” and “**Career Opportunities & Fellowships**” sections – will continue to feature alongside all of the new elements.

Please do let us know what you think of the new site and how we can improve it to better meet your needs. Our aim is to make the website a truly interactive vehicle and your views on how we can enhance the offering are vitally important.

Please pass on this information to all of your colleagues and anyone else that you feel may be interested.

I am personally very excited by this development and hope that you will visit the website – <http://www.igo.org> – very soon.

Kind regards
Dorothy Shaw
President – FIGO



Kongresskalender

	Dato	Kurs	Sted
2009	16.-19.jun	IUGA 2009 Annual meeting	Villa Erba, Italy
	21.-25.jun	XIX World Congress of sexual Health	Göteborg, Sweden
	22.-26.jun	Workshop: Advanced Vaginal & Pelvic Reconstructive surgery	London, UK
	23.juni	Seminar: Exercise and pregnancy	Oslo
	5.juli	Episiotomy & Second Degree Perineal Tears: Hands-on Workshop	Croydon, UK
	3.-5.sep	NGF Årsmøte	Fredrikstad
	10.-13.sep	8th Congress of the European Society of Gynecology	Rome, Italy
	13.-17.sep	19th World Congress on Ultrasound in Obstetrics & Gynecology	Hamburg, Germany
	30.sep-4.okt	ICS Annual meeting	San Francisco, USA
	4.-9.okt	XIX FIGO World Congress of Gynecology & Obstetrics	Cape Town, South Africa
	12.-16.okt	16th ESGO International Meeting	Belgrade, Serbia
	16.-17.okt	Kurs i Laparoskopisk kirurgi	Ullevål, Oslo
	17.-21.okt	65th Annual meeting: American Society of Reproductive Medicine	Atlanta, USA
	24.-28.okt	9th World Congress of Perinatal Medicine	Berlin, Germany
18.-19.nov	NFOG Educational Course on Vulvar diseases	Copenhagen	
2010	17.-20.feb	EUROGIN 2010. Cervical cancer prevention: 20 years of progress	Monte-Carlo
	4.-7.mar	14th World Congress of Gynecologic Endocrinology	Firenze, Italy
	16.-20.mai	17th International Congress of Cytology	Edinburgh, Scotland
	16.-18.jun	37th NFOG Congress	Copenhagen, Denmark
	12.-15.aug	Comprehensive Colposcopy	San Francisco, USA

eSnurra er tilgjengelig på nett!

Nettsiden med ulike kalkulatorer er tenkt som et verktøy for alle som driver med fosterbiometri. En kan beregne GA i første, TUL i andre og vekst i tredje trimester, og nettkalkulatoren vil i alle situasjoner beregne mer nøyaktig enn plasthjulet eSnurra. Under alle fanene er dagens dato utfyllt som måledato, men denne kan endres. eSnurra blir tilgjengelig på nett og som tradisjonelt plasthjul, og modellen bygges inn i journalsystemer og ultralydapparater.

Gå inn på www.nsfm.no/esnurra/0.php



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



NUSTAD & PARTNERS AS, OSLO

04-09-0154 NO

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

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

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

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