

22-4  
2009

# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



## INNHOLD

■ **Medisinstudiet til Bodø s.6** ■ Vellykket sykehussamarbeid s.8 ■ **Årsmøtet 2009 s.24** ■ FIGO Cape Town s.38 ■



**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/Amning:** Overgang i placenta: Dyrestudier har vist små reproduksjonstoksiske effekter. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: En liten mengde utskilles. Bruk under amning frarådes.

**Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: 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, dysuria. Øvrige: Påført skade.

**Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Antikolinerge effekter, som stimulering av sentralnervesystemet, rødme, feber, dehydrering, hjertearytmi, oppkast og urinretensjon. Behandling: Symptomatisk. Plasmakonsentrasjonen reduseres 1-2 timer etter fjerning av plasteret. 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 2010

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

# Innhold

■ <b>Redaktøren</b>	4
■ <b>Leder</b>	5
■ <b>Artikkel</b>	
Medisinstudiet til Bodø	6
Høstlig samtale med Britt-Ingjerd Nesheim	7
Vellykket samarbeidsprosjekt	8
Nordic Working Group For Adolescent Sexual And Reproductive Health (NASH)	9
■ <b>Debatt</b>	
Utdanningsløpet i fødselshjelp og kvinnesykdommer	12
Trygge fødsler – bare for rike kvinner?	13
■ <b>Disputas</b>	
Biologiske markører ved kreft i livmorslimhinnen	15
■ <b>FUGO</b>	
Kjære FUGO medlemmer!	16
Referat fra generalforsamling FUGO	17
Kolposkopikurs i Fredrikstad	21
■ <b>Foreningsnytt</b>	
Internasjonal arbeidsgruppe	22
Likevel meldeplikt til NPE	22
■ <b>Årsmøte</b>	
Årsmøtet Fredrikstad 2009	24
NGF's Hederspris til Sissel Moe Lichtenberg	26
Schering-Plough forskningsstipend	28
Referat Generalforsamling NGF	29
Referat fra fagpolitisk debatt	32
Referat PSL formøte	33
Referat formøtet NFGO	34
Referat fra NUGG møte	36
■ <b>Kurs/kongress</b>	
3rd World Challenges in Obstetrics and Gynaecology	37
FIGO 2009 CAPE TOWN	38
Kongresskalender	46
■ <b>Bokanbefaling</b>	
Bokanbefalinger	44



22-4  
2009



Norsk gynekologisk forening  
DEN NORSKE LEGEFORENING

## Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2008-2009

Leder	Rolf Kirschner	Kvinnekliviken, Rikshospitalet	rolf.kirschner@rikshospitalet.no	Tlf: 911 36 553
Nestleder	Bjørn Backe	NTNU, Kvinnekliviken St.Olavs Hospital	bjorn.backe@ntnu.no	Tlf: 900 35 427
Vitenskapelig sekretær	Knut Hordnes	Kvinnekliviken, 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	Kvinnekliviken, Stavanger Universitetssjykehus	toea@sus.no	Tlf: 926 01 220

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

# Takk for innsatsen!



**V**i har lagt et nytt årsmøte bak oss, denne gang med valg på nytt styre. En stor takk for innsatsen rettes til avtroppende leder. Med sin store arbeidskapasitet, sitt organisasjonstalent og sin utstrakte kontakflate har han evnet å synliggjøre foreningen. Hans retoriske evner og eminente språkkunnskaper har bidratt til at NGF lyttes til også utenfor Norges grenser. Med sin nye posisjon som leder for Fagmedisinsk forening i Legeforeningen (FAME) og som executive i EBCOG, vil foreningen fortsatt nyte godt av hans brede erfaring og hans engasjement.

**S**tor takk også for innsatsen til avtroppende styremedlem, varamedlemmer til styret, komitéledere og komitémedlemmer som på sin fritid har bidratt til den store aktiviteten i foreningen. Nye krefter ønskes velkommen til å gyve løs på gamle og nye oppgaver. De av oss som tok gjenvalg takker for tilliten og gleder oss til to nye år med foreningsarbeid. Gratulasjoner til ny leder som har lang fartstid i foreningssammenheng, har tung faglig ballast og som vi ser frem til et fortsatt godt og fruktbart samarbeid med. Det mangler ikke på arbeidsoppgaver og sammen vil vi fortsatt vise at Norsk gynekologisk forening er en aktiv og seriøs premissleverandør.

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

### STAN-GRUPPEN

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

### LAPAROSKOPIUTVALGET

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

### NETTREDAKSJONEN

Pooja Parashar

### GYNEKOLOGEN

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

### KVALITETSUTVALGET

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

### FUGO

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

### NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

### REVISJONSKOMITE – PROSEDYREKODER I SPESIALISTPRAKSIS

Hilde Sundhagen, Oskar Johan Skår

### ANDRE RELATERTE INSTANSER:

#### SPESIALITETSKOMITEEN

Kjell Å. Salvesen, Klaus Oddenes, Bente Hjelseth, Kari Anne Trosterud (vara), Trond Melby Michelsen (vara), Elisabeth Magnussen Balstad (vara), Elisabeth Wik (YLF)

#### NFGO

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

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

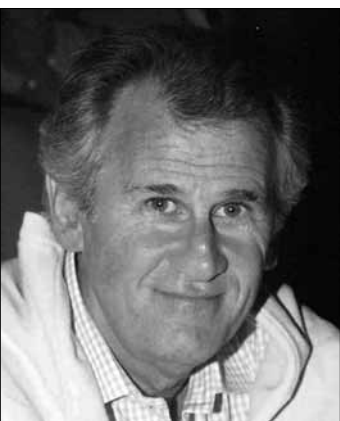
Bjørn Backe, Runa Aabø (PSL/NGF), Rolf Kirschner (EXEC)

#### NFOG'S NEMNDER

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



# Kjære medlemmer



**D**et er med et visst vemod jeg skriver denne siste lederen til Gynekologen. Vel har min periode som leder av foreningen til tider vært såpass arbeidsom at jeg har undret på hva jeg begav meg inn på ved siden av den kliniske og administrative hverdagen, men det har jo vært sabla morsomt også! Vi har hatt to styrever med bare hyggelige mennesker, vi har opplevd mye og hatt mye bra sammen, og jeg føler at vi har fått gjort en bra jobb for foreningen i disse årene. Vi har vel sett en gunstig utvikling, noe som er blitt bekreftet mange ganger fra utenforstående, så det er ikke bare subjektivt selvskrut.

**M**ed det siste årsmøtet i friskt minne ikke minst - som Samaranch sa om Lillehammer: "Ze best ever!". Selv om været prøvde å legge en demper på stemningen ble møtet i Fredrikstad en stor suksess - og takk for det, Hilde & co! Sosialt var det meget bra, fagmessig var det helt topp, med fremragende foredrag, flotte postere og gode seminarer. Her er det mye å bygge på for fremtiden, ikke minst om det økonomiske også gir et bra resultat, - aktivitetene skal jo betales for også. Så takk til alle som var der og bidro på ulike måter til suksessen.

Som årsmeldingene også gir uttrykk for, så føler styret at foreningen har markert seg og gjort en innsats på mange viktige felt i løpet av de siste årene. Det har vært mange anledninger der vi er blitt involvert som viktige beslutningstagere – være det seg mht fødselsomsorgen eller HPV- vaksineringsen, mht. veilederstruktur og -eierskap, i samband med videre- og etterutdanningen, både som høringsinstanser og opinionsbærere. NGF har markert seg mht internasjonalt arbeid både på hjemmeplan og i EBCOG, men vi erkjenner at i det verdensomspennende FIGO- bildet får vi få lov til å være beskjedne. Vi får erkjenne vår størrelse, selv om vi i alle fall er aktive nok i forhold til størrelsen.

**J**eg er glad for at vi har fått til noe mht hjelpearbeid i Afrika, og håper at samarbeidet med Haydomsykehuset, i tillegg til støtten overfor Malawi gjennom universitetssykehusenes internasjonale arbeid, vil resultere i noe reelt. Helt fra vi begynte å sette Afrika på dagsorden, har vi søkt etter noe reelt, ikke noe som "koker bort" i utvalg, komiteer og spormøter— som det jo er nok av!

**S**tortingsvalget er over og resultatet er på mange måter overraskende. Ikke det at Ap befestet stillingen, men at det resulterer i en ny helseminister fra samme parti. Den siste perioden har vært preget av et helsebyråkrati med mange baller i luften uten at de har kommet ned, med mange uforløste ideer og med mange saker som er blitt lagt i skuffen etter lang tids arbeid og mange høringer. Mye energi og masse human og økonomisk kapital er blitt sløst bort i løpet av de siste fire årene, majoritetsmuligheter er blitt forskuslet og resultatene er, i alle fall etter min mening, magre. Hvem som

skal overta statsrådsstolen er i skrivende øyeblikk ikke avgjort, men jeg håper på vegne av foreningen og det vi arbeider for, at det blir en person som gir oss bedre muligheter for å få gjennomført viktige saker i de kommende fire år, for "etter de (7) fete, kommer de (7) magre", og nå må vi lære å utnytte ressursene bedre dersom helsetjenesten i landet fortsatt skal holde mål. Da må det store helsebyråkratiet vårt samhandle bedre, for å snakke "Hansensk"! I det disse linjene skrives, er vi i den siste fasen av "Hovedstadsprosessen". Hele spesialisthelsetjenesten i hovedstadsregionene er i støpeskjeen, og det skjer i rekordfart. Hvem hadde hørt om "Vestre Viken", Storbysykehuset, Områdesykehuset og OUS for noen måneder siden? Ved hjelp av utallige konsulenter, komiteer, arbeidsutvalg og bilaterale møter nesten daglig over flere måneder skapes det nye spesialitetskonstellasjoner og strukturer som i høyeste grad vil prege faget vårt i årene som kommer. Den nye Kvinne-Barnklinikken i Oslo UniversitetsSykehus vil bli landets største på alle måter, og det er et stort ansvar som legges på den fremtidige Klinikledelsen mht pasientadministrasjon, -flyt, behandlingsregimer og -kvalitet, videre og etter- utdanningsmuligheter og ikke minst, samarbeid med AHUS, Vestre Viken, avtalespesialister og allmennhelsetjenesten. Det nye styret i NGF, i samarbeid med Legeforeningen og ikke minst, Spesialitetskomiteen og det fagmedisinske miljøet, vil følge utviklingen lokalt, nasjonalt og internasjonalt også i årene fremover, og jeg takker av med å ønske Bjørn og styremedlemmene lykke til, og med å ønske alle medlemmene en riktig god avslutning på 2009, god jul og godt nytt år (sånn litt i forkant)!

- Kirstin Skogøy
- Overlege KK, NLHF-Bodø
- Kristin.skogoy@nlsh.no

# Medisinstudiet til Bodø

**17 august var offisiell åpning av ”Bodø-pakken” med mottak av første kull med 6.årsstudenter fra UNN. Disse skal nå ta avsluttende studieår ved Nordlandssykehuset(NLSH) i Bodø med teoriundervisning, klinisk praksis og avsluttende eksamener.**

I underkant av 30 nye deltidsstillinger ved de ulike kliniske avdelingene er opprettet i samarbeid med Institutt for Klinisk Medisin ved UNN for å kunne gi teoretisk og praktisk undervisning til de 12 første medisinstudentene som gjennomfører det nye, så langt frivillige, tilbudet.

Deler av universitetsmiljøet i Tromsø og fagmiljøet i Bodø har over en årrekke jobbet for å ta i bruk andre sykehus i landsdelen for at stadig større studiekull skal få større nærhet til pasientene og bedre praktiske ferdigheter. Valget har nå falt på Bodø, som ifølge dekan Inger Njølstad ved UNN, har vist faglig stabilitet og god pasienttilgang over tid.

Helsevitenskapelig Fakultet i Tromsø har nå medisinstudentkull på over 100 samt mer enn 40 tannlegestudenter. Intensjonen er derfor at 25 % av medisinerstudentene ved studiestart kan påberegne seg at de to siste årene skal gjennomføres i Bodø.

Sykehusmiljøet i Bodø vil således bli knyttet sterkere både faglig og forskningsmessig opp mot universitetsmiljøet i Tromsø. De enkelte medisinstudentene vil få mer praksis og undervisning i mindre grupper, og på sikt vil sannsynligvis flere av de ferdigutdannede legene bli værende i de nærliggende fylkene og bidra til stabil legedekning.

Ved kvinneklinikken i Bodø er det opprettet en 40 % lektorstilling som har hovedansvar for gjennomføring og tilretteleggelse av kateterundervisning, avvikling av seminarer i smågrupper og vanlig uketjeneste. En viktig del av arbeidsoppgaven vil være å motivere jordmødre og pasienter slik at medisinerstudentene slipper til på fødestuer og ved polikliniske undersøkelser. Mye tid

er brukt for å unngå at medisinstudentene på 5. og 6. året skal overlappes hverandre og jordmorstudentene i avdelingen, og for at ansatte skal akseptere at fortløpende undervisning og veiledning av studenter er en av de lovpålagte funksjonene ved NLSH. Inntreden av de nye sisteårsstudentene gir oss en gylden mulighet til å markedsføre det allsidige og fascinerende fagfeltet vårt, og forhåpentligvis vil det tennes en liten gnist i noen.



Guro Stokke, ass.lege ved NLSH

Vi har rettet fire spørsmål til assistentlege Guro Stokke ved NLSH:

## Hva synes du om at 5. og 6. års medisinstudenter kan ta siste delen av studiet i Bodø?

1) Det tror jeg er positivt, både for studentene og for sykehuset.

## Hvilken betydning tror du den nye ordningen får for fagmiljøene ved NLSH?

2) Jeg både håper og tror det vil ha en stimulerende virkning. Fagmiljøene må anstrenge seg for hele tiden å være oppdatert, det blir et tettere samarbeid med UNN, Tromsø og dessuten vil det jo bli stilt krav om aktiv forskning på de avdelingene som mottar studenter.

## Tror du studentene får like god undervisning / praksis i Bodø som ved UNN?

3) Absolutt! Jeg tror alle avdelingene vil anstrenge seg hardt. Muligens vil det bli noen innkjøringsvansker, men forholdene burde ligge godt til rette for å lykkes. Vi har god pasienttilgang og er ikke ”lei” studenter. Når det gjelder obstetrikk, har vi mange normale fødsler og all patologi; vi sender nesten ingen fra oss. (Som student i Oslo var jeg på det først prøvekullet når KK på Ahus begynte med studenter. At jeg har valgt gyn/ obst er vel bevis nok for at undervisningen der svarte til forventningene )

## Hva vil tilstedeværelse av medisinstudenter bety for ditt daglige arbeide som assistentlege ved NLSH?

4) Det sier seg jo selv at vi alle stort sett vil ha med oss en student, både på poliklinikken og på avdelingene. Stort sett synes jeg det bare er fint. Det gir en god sjanse til å promotere faget vårt og prøve å overføre noe av min egen entusiasme og fascinasjon. Det negative er kanskje at pasientkontakten noen ganger kan bli litt forstyrret med en tredje person i rommet, og at vi vil bli flere om beinet for oppfølging fra overlegene. Men tross disse ulempene, tror jeg bestemt at de positive effektene vil dominere.

# Høstlig samtale med Britt-Ingjerd Nesheim

Vi har et hyggelig møte med Britt-Ingjerd Nesheim, professor og dekanus ved det medisinske fakultet, UiO, i fakultetskontorene på Blindern. Her har hun etter hvert regjert som dekan i noen tid.

## Hvilke tanker gjør du deg angående kjønnsfordelingen blant studentene og spesielt innen vårt fagfelt?

– Jeg er av den mening at i utgangspunktet trenger ethvert miljø en viss balanse med både kvinnelige og mannlige yrkesutøvere. Vi har en tid nå sett at blant medisinstudenter øker antallet kvinner slik at de i dag utgjør

nesten 60%. Hva gjelder rekrutteringen innen spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer, så er mannlige LIS'er faktisk i ferd med å bli henimot en sjeldenhet.

## Hva er det som skjer?

– Kvinner søker av forskjellige grunner i stor grad til faget. De er netthendte og blir ofte dyktige operatører. Imidlertid er det

jo slik at det er kvinnene som føder barna våre, derved vil kontinuiteten i deres kliniske liv stykkes opp. På den annen side er det gjerne de mannlige kollegene som tenner på og er med og videreutvikle de teknologiske nyvinninger innen faget. Om disse kollegene etter hvert forsvinner fra vårt operative fag ville det være et tap, hevder professor Nesheim.

Oslo Universitetssykehus

(OUS) vokser nå frem etter at Ullevål Universitetssykehus og Rikshospitalet blir slått sammen. Enhetene var engang samlet, de ble i sin tid splittet for nå igjen å bli slått sammen, og enheten heter nå OUS.

En tid har det vært arbeidet for å oppnå godkjenning av visse subspecialiteter innen gyn/obst, tror du på denne bakgrunn at man på sikt klarer å holde faget samlet? Jeg tror på dagens modell, sier prof. Nesheim, selv om det uvegerlig kommer til en slags subspecialisering med mer kirurgisk kvalifiserte og mer obstetrisk kvalifiserte kolleger. Jeg mener at vi fortsatt må utdanne generalister til de mindre sykehus der de jo trenges.

Britt-Ingjerd Nesheim er engasjert på en rekke andre fronter. Et kjært "pustehull" er venninneklubben Vicryl der hun koser seg med fire kvinnelige kolleger.



Britt-Ingjerd Nesheim. Foto: Tom Seeberg.



- Pernille Schjønsby
- Overlege KK, A-HUS
- Pernille.schjonsby@A-HUS.no

# Vellykket samarbeidsprosjekt

**Samarbeidsprosjektet mellom Gyn-fødeavdelingen Sykehuset Innlandet divisjon Hamar-Elverum og Akershus Universitetssykehus har pågått i to år. Prosjektet handler om utlån av ledere og tilgang på spisskompetanse, men også om spesialavtaler mellom sykehusene i forhold til spesialistutdanningen.**

## Sykehuset Innlandet divisjon Hamar-Elverum

Gyn-fødeavdelingen ved Sykehuset innlandet divisjon Hamar-Elverum har ca 1000 fødsler i året og er lokalsykehus for befolkningen i Hedmark bortsett fra områdene i sør, som sogner til divisjon Kongsvinger. Gyn og fødeavdelingen ligger i Elverum og hver dag er det poliklinikk og en gang i uken dagkirurgi på Hamar. Det er 5-delt tilstedevakt for leger i spesialisering og 6-delt hjemmevakt for overlegene.

## Akershus Universitetssykehus

Akershus Universitetssykehus ligger i Lørenskog, nord for Oslo. Det var 4200 fødsler i 2008 og er lokalsykehus for størstedelen av Romerike, Groruddalen og Follo. Det er 9-delt tilstedevakt for leger i spesialisering i primærsjiktet, 9-delt tilstedevakt i sekundærsjiktet og 7-delt tertiærvakt i hjemmevakt. I tillegg er det flere akademiske- og forskerstillinger.

## Samarbeidsprosjekt

Fra høsten 2007 har det pågått et samarbeidsprosjekt mellom gyn-fødeavdelingen på Sykehuset Innlandet

divisjon Hamar-Elverum og Kvinneklinikken på Akershus Universitetssykehus. Utgangspunktet var at Sykehuset på Hamar-Elverum manglet både overleger og ledelse. I bytte mot avdelingssjef og tilgang på legevikarer, fikk KK Ahus låne to overlegehjempler fra Hamar-Elverum.

## Spesialistutdanningen

Som en del av samarbeidsprosjektet ble det også opprettet en avtale der leger i spesialisering fra Hamar-Elverum er sikret gruppe- I- tjeneste på Ahus. Forholdene legges til rette for at legene i spesialisering på Hamar- Elverum skal kunne ta kirurgutdannelsen sin på kirurgisk avdeling på Hamar. Begge sykehus har nytte av samarbeidet og legene i spesialisering får en forutsigbarhet i planleggingen av spesialistutdannelsen sin. Sykehusene har en del felles rutiner og på grunn av utveksling av overleger er det enkelt å skifte fra mindre til stort sykehus. Denne ordningen gjør det mulig å unngå unødvendig ventetid for å få gruppe I stilling og dermed en raskere spesialistutdanning. Avstanden mellom de to sykehusene er heller ikke større

enn at pendling er gjennomførbart, slik at flytting av resten av eventuell familie ikke er nødvendig. For et mindre sykehus, med rekrutteringsproblemer, kan slike ordninger virke positivt inn på muligheten for å beholde leger i spesialisering når de blir ferdige spesialister.

## Spisskompetanse

En gang i måneden serverer KK Ahus Elverum-Hamar med spesialister med særlig stor kompetanse på kompliserte laparoskopiske operasjoner. I tillegg bruker Hamar- Elverum i stor grad Ahus som henvisningssykehus for spesielle gynekologiske problemstillinger, både poliklinisk og operativt.

Samarbeidsprosjektet mellom gyn-fødeavdelingen på Hamar-Elverum og kvinneklinikken på Ahus er spennende fordi et lokalsykehus og et universitetssykehus samarbeider om faglige og administrative forhold, som kommer begge sykehusene til gode. I tillegg har leger i spesialisering den fordel at utdannelsen deres blir strømlinjeformet og forutsigbar.

# Nordic Working Group For Adolescent Sexual And Reproductive Health (NASH)

I dei ulike nordiske landa er det tydelege skilnader i ungdom si reproduktive- og seksuelle helse. Dette kjem til uttrykk i haldningar såvel som praksis vedrørande relaterte tema som til dømes abort, prevensjons-metodar og -bruk. Ein ser i dag trendar der seksuelt overførte sjukdommar som klamydia er på frammarsj i alle dei Nordiske landa medan det er store skilnader i insidens av tenåringsabort i dei ulike landa.

Med bakgrunn i ønske om å betre ungdom si seksuelle helse i dei nordiske land tok Lena Marions ved Karolinska Universitets sjukhus initiativ til eit samarbeid mellom fagpersonar som arbeidar med eller har interesse for denne tematikken. Tanken bak dette var at det kan vere fruktbart å etablere eit tettare Nordisk samarbeid der ein kan utveksle erfaringar og evaluere nye strategiar. Med mål om å kunne danne ei arbeidsgruppe og planlegge vidare aktiviteter saman vart det på denne bakgrunn invitert til eit første møte i Helsinki 5 juni. Arbeidsgruppa vart kalla NASH; Nordic Working Group For Adolescent Sexual And Reproductive Health.

## Opning av møtet

Vert for første møte var Professor Dan Apter ved Klinikk for seksuell helse, Vaestöliitto, Helsinki. Ytterlegare to kolleger frå Finland deltok på møtet; Satu Suhonen og Minna Joki-Erkkilä. Få Sverige deltok initiativtakar Lena Marions og i tillegg Anna Palm. Frå Danmark deltok Charlotte Wilken-Jensen og frå Norge Eszter Vanky og Marianne Iden .

Vi starta møtet med ein rask presentasjonsrunde og gjekk så vidare

med ein gjennomgang av relevante tema og organisasjonar.

## Seksuell helse og prevensjonsbruk blant nordisk ungdom.

Skilnader i seksuell helse og prevensjonsbruk mellom ungdom i dei nordiske landa vart diskutert. Sverige har ein lang tradisjon med lågterskeltilbud for ungdom, i hovudsak driven av jordmødre. Trass i dette ser ein at Sverige har hatt ein jamn auke og har no den høgste abortraten mellom tenåringer i Norden med 24,8 pr 1000 kvinner i alderen 15-19 år. (1) I Noreg har abortraten gått ned i aldersgruppa 15-19 år, frå 18,5 pr 1000 i 1990 til 15,5 i 2005 - dette var den lågaste abortraten mellom tenåringer i Noreg nokon sinne. Nedgangen kom samstundes med innføringa av gratis og lett tilgjengeleg prevensjon for aldersgruppa 16-19 år frå 2002. (2) Frå 2006 - då prevensjon ikkje lenger var gratis men subsidiert med 100 kroner pr 3 månaders forbruk - har abortraten mellom tenåringer i Noreg auka. I 2007 låg den på 16,9.

Stigande forekomst av klamydia er ein trend i alle dei nordiske landa. Island ligg spesielt høgt, medan Sverige har hatt den kraftigste auken. (3)

Verdien av adekvat seksualkunnskap både kvalitativt og kvantitativt vart vektlagt. Sistnemnte også sett i lys av at tenåringsmødre utgjør ei risikogruppe for såvel psykiske og sosiale problem men også obstetriske komplikasjonar.

Utdanning av spesialistar vart diskutert og vektlagt som ein viktig arena. I tillegg diskuterte ein dei ulike rutine for HPV vaksinerings , alder for cervix cytologi og endringa i det kliniske bilete av klamydiainfeksjon.

## Gjennomgang av relevante organisasjonar

Ein gjekk vidare med ein gjennomgang av organisasjonar som arbeidar med relaterte tema.

## FIGIJ; Federation Internationale Gynecologie Infantile et Juvenile

Dette er ein verdsomspennande organisasjon som har som mål å promotere forskning samt å betre utdanning og utveksling av kunnskap innan fagområdet Pediatrisk og Ungdoms Gynekologi. Kvart tredje år er organisasjonen arrangør av ein større internasjonal kongress innan Pediatrisk og Ungdoms Gynekologi.

Interessenter kan besøkje deira heimeside på [www.figij.org](http://www.figij.org).

### EURAPAG; European Association of Paediatric and Adolescent Gynaecology

Denne organisasjonen er relativt nyoppstarte og blei danna i april i 2008. Den har mykje dei samme satsingsområda som FIGIJ. Førebels er berre eit fåtal europeiske land tilknytta EURAPAG, som per i dag har 12 medlemsland. Heimesida kan besøkjast på [www.eurapag.com](http://www.eurapag.com).

### NFOG; Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology

Som namnet seier er dette eit forbund sett saman av dei nasjonale organisasjonane for obstetrikk og gynekologi i dei fem Nordiske landa. Norske representantar i styret er Dr. Rolf Kirschner og Dr. Stig Hill. NFOG organiserer Nordisk kongress for Obstetrikk og Gynekologi annankvart år. Neste kongress blir halden i København 16-18 Juni 2010. Informasjon om kongressen

og om NFOG generelt kan finnast på [www.nfog.org](http://www.nfog.org).

### Korleis organisere NASH?

Det vart diskutert korleis ein mest mogeleg hensiktsmessig kan organisere ei arbeidsgruppe som NASH. Vi konkluderte med at vi ikkje ynskjer å stifte ein ny organisasjon men behalde NASH som ei arbeidsgruppe. Fortrinnsvis er det ynskjeleg med 2 representantar frå kvar av dei nordiske landa og vi ser det som ynskjeleg å samlast til to møter i året. Den mest nærliggjande faglege forankringa vil være til Obstetrikk og Gynekologi. Det vil være fordelaktig å ha ein paraplyorganisasjon og etter gjennomgang av dei relevante organisasjonane beslutta vi i fyrste omgang å søkje NFOG om å være ei arbeidsgruppe som ein del av denne organisasjonen. Dette er ikkje avgjort i skrivande stund.

### Vidare aktiviteter

Det vart avtalt at vi vil prøve å halde to

møte i året, og neste møte i NASH vil finne stad i Stockholm 27 november 2009. I tillegg til deltakarane på fyrste møte vil ein til dette møtet prøve å mobilisere ein eller to interessentar frå Island .

NASH har vidare ynskje om å halde eit innlegg om tenåringsgynekologi ved Nordisk kongress for Obstetrikk og Gynekologi i København i 16-18 Juni 2010. Vi starta med å sjå på relevante tema til dette, noko vi vil jobbe vidare med.

Gruppa vil halde kontakt per e-mail mellom møta. Vi ynskjer interesserte kolleger velkomne til å bli del av vår mailing liste for fagleg utveksling.

### Referanser

1. Gissler M, STAKES 2008 3.Nomesco (2008): Health Statistics for the Nordic Countries
2. Sintef Unimed (2005): 25 år med selvbestemt abort i Norge. Rapport

C

### Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD» Vaksine mot humant papillomavirus

ATC-nr.: J07B M01

**INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon:** Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjon:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Indikasjon:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primærvaksinasjon: Primærvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn:** <9 år: 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. Vaksinerings utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. 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. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primærvaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB t10 mIU/ml ble ikke påvirket, mens anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. **Overgang i morsmelk:** Kan gis til ammende. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** 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, artralgi, myalgi. Nevrologiske: Guillain-Barré syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, utmattelse, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. **Egenskaper: Klassifisering:** Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensende viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinet hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, som dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å inducere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, ValN 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertypene. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinerings. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemiddel skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk en av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav.

Pakninger og priser: Ferdigfylt sprøyte med to kanyler: 0,5 ml 098722. Kr 1181,10

Godkjent SPC: 09.03.2009



I DAG KAN VI GJØRE MER

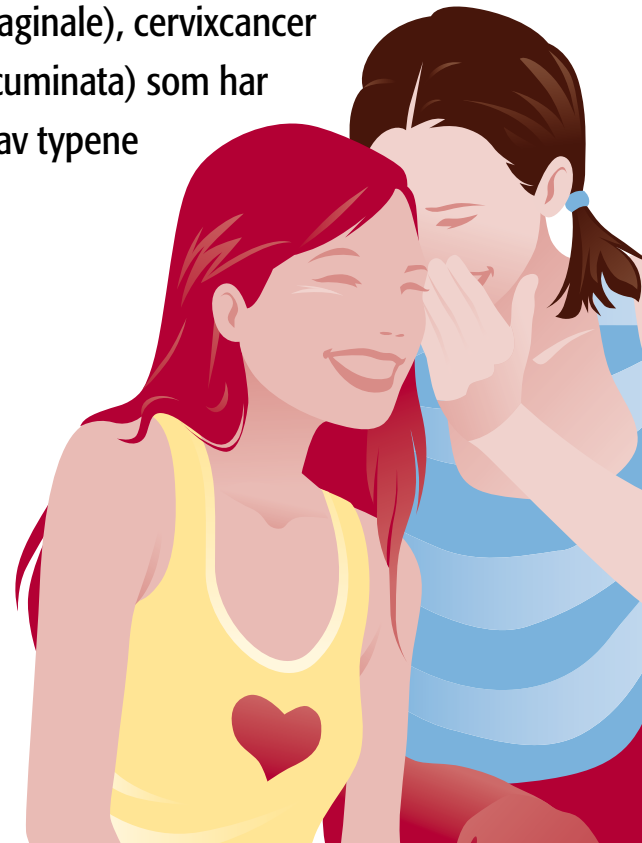
  
**GARDASIL®**  
Vaksine mot humant papillomavirus  
Type 6,11,16,18  
Rekombinant, adsorbent

## NOE DU KANSKJE IKKE VET om humant papillomavirus og **Gardasil®**

- Årlig koniseres det i Norge 3,000 kvinner pga HPV-induserte celleforandringer på livmorhalsen<sup>1</sup>
  - dette inngrepet øker risikoen for premature fødsler og senaborter 4- 5 ganger<sup>2</sup>
- Årlig diagnostiseres det i Norge ca. 300 tilfeller av livmorhalskreft<sup>3</sup>
  - 70-80 kvinner dør
- **Gardasil®** er en vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med HPV av typene 6, 11, 16 og 18<sup>4</sup>

**Gardasil®** kan foreskrives  
til jenter fra 9 til 26 år!

[www.gardasil.no](http://www.gardasil.no)



1. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonalt folkehelseinstitutt for å vurdere bruk av HPV-vaksine i Norge – Vaksine mot humant papillomavirus (HPV), Rapport 2007/9.

2. Albrechtsen S et al, Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study, BMJ 2008;1-5

3. Cancer Registry of Norway, Cancer in Norway 2006 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway, Oslo: Cancer Registry of Norway, 2007.

4. Norwegian SPC 090309

- Kjell Å. Salvesen
- Leder i spesialitetskomiteen

NFGs årsmøte Fredrikstad 3.september 2009.

## Utdanningsløpet i gynekologi og obstetikk: Oppsummering av spørreundersøkelsen

Spesialitetskomiteen spurte årsmøte-deltakerne noen spørsmål om mulige flaskehals for utdanningsløpet i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Årsmøtedeltakerne gav klart svar på flere av spørsmålene.

Antall svar **N = 156**

n = 66 skjema hadde håndskrevne kommentarer i tillegg

Kjønn:

Kvinner 111 (71%)

Menn 45 (29%)

Alder:

Gj. snitt: 47 år (Spredning: 28 – 67 år)

Gj. snitt: Kvinner 46 år, menn 52 år

Stilling:

Overleger 78 (51%)

Sykehusleger: 121 (79%)

LIS 43 (28%)

Privatpraksis, spes. 29 (19%)

Annet 5 ( 3%)

### Skal kravet om obligatorisk kirurgitjeneste opprettholdes?

Klart svar: 117 (75%) ønsker å opprettholde kravet om 12 måneders tjeneste.

28 (18%) ønsket 6 måneder, og 10 (6%) mente at det burde være valgfritt eller hadde andre forslag enn 6 og 12 måneders tjeneste. Mange tilleggskommentarer understreket betydningen av kirurgiske ferdigheter blant norske gynekologer.

Det var ingen forskjeller i svarene på bakgrunn av kjønn, alder eller stilling.

### Skal kravet om antall setefødsler opprettholdes?

Klart svar: 120 (77%) ønsker å opprettholde kravet om minimum 10 setefødsler.

24 (15%) ønsket 5 setefødsler, 6 (4%) ønsket ingen krav, og 6 (4%) ønsket strengere krav (15 setefødsler).

Det var signifikant flere kvinnelige gynekologer som ville beholde kravet på minst 10 setefødsler (kvinner 84%, menn 60%,  $p = 0.005$ ). Det var ingen forskjeller i svarene på bakgrunn av alder eller stilling.

### Skal kravet om minst 3 overgrepssaker opprettholdes?

Klart svar: 112 (72%) ønsker ingen krav om mottak av seksuelle overgrep. Kravet bør fjernes fra operasjons/prosedyrelisten.

30 (19%) ønsket å beholde kravet om 3 overgrepssaker, mens 14 (9%) foreslo andre krav (for det meste kurs eller hospitering). Det var ingen forskjeller i svarene på bakgrunn av kjønn, alder eller stilling.

### Skal kravet om rutineundersøkelser med ultralyd opprettholdes?

Medlemmene var ikke enig om dette:

66 (43%) ønsker å opprettholde kravet om 100 undersøkelser

71 (46%) ønsker at kravet skal være 50 undersøkelser

13 (8%) ønsker ingen krav

6 (4%) svarte ikke eller foreslo andre krav

Ønsker 100 rutineundersøkelser:

Sykehusleger 40% vs privatpraktiserende spes. 57%,  $p = 0.07$

Alder > 50 år 51% vs alder < 50 år 37%,  $p = 0.06$

Kjønn: ingen forskjell

### Konklusjon

Spesialitetskomiteen takker alle medlemmer som svarte på spørreskjemaet under årsmøtet. Vi har fått høre hva en stor andel av medlemmene i NGF mener. Vi vil ta med rådene videre i vår diskusjon av utdanningskravene til norske spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

### KK Haukeland godkjend som utdanningsinstitusjon for gynekologisk onkologi

Etter tre måneder med førebuing kan gynekologisk seksjon ved Kvinneklippen på Haukeland smykke seg som Noreg sin første utdanningsinstitusjon for behandling av gynekologisk kreft. I oktober godkjente styret i ESGO (European Society of Gynaecological Oncology) gynekologisk seksjon som den første utdanningsinstitusjonen i Noreg for behandling av gynekologisk kreft. Organisasjonen er ein viktig bidragsytar i Europa til å fremje forskning, førebygging og behandling av gynekologisk kreft.

Gynekologisk seksjon på Haukeland er den andre spesialavdelinga i Norden, etter Odense universitet, som har klart å kvalifisere seg. Fastsett utdanningsprogram, vitenskapelig produksjon og tverrfaglig samarbeid i pasientbehandlninga er berre nokre av krava som seksjonen har måtte tilfredstille for å kunne bli godkjent som utdanningsinstitusjon.

– Dette er eit tydeleg kvalitetsstempel, som viser at klinikken er på linje med europeisk standard, seier overlege og professor ved KK Helga B. Salvesen.

Kommunikasjonsavdelingen Haukeland universitetssjukehus

# Trygge fødsler – bare for rike kvinner?

En av mine oldemødre var jordmor i en større by i Nordnorge i første halvdel av forrige århundre. På det tidspunktet i vår nasjonale historie var mødredødeligheten like høy som i 3. verden land i dag, og sjøl om nok velstående kvinner hadde større mulighet for adekvat hjelp i forbindelse med fødsler, var det å føde omtrent like farlig for kvinner overalt – uavhengig av sosial klasse og hvor man bodde.

100 år seinere er det ikke lenger slik. Bedre levevilkår for kvinner generelt, og utvikling innafor vårt fag har gjort svangeskap og fødsler til relativt risikofrie områder i livet for oss som lever i velferdssamfunn. Helseundersøkelser i graviditeten er gratis. Det samme gjelder all behandling under fødselen, og dersom mor trenger lengre transport til fødestedet dekkes dette også av fellesskapet.

Vitenskaplig vet vi hva som sikrer god mødrehelse og dermed også bedre sjanser

for at barnet skal fødes friskt og med gode leveutsikter.

Vi vet at dersom unge jenter får gå på skole og ikke giftes bort i tidlige tenår, vil barnefødslene utsettes, og jentene ha blitt til kvinner før de skal føde.

Vi vet at den høyeste mødredødeligheten gjerne rammer land som fra før sliter med store helseproblemer som malaria, TBC og HIV. Vi vet også at krig og konflikter rammer kvinner og barn hardest, og uten infrastruktur som trygge veier, vil det være umulig for fødende å komme seg til hjelp dersom komplikasjoner oppstår. Når transporten i tillegg koster flere dagslønner, blir valget for familiene noen ganger helt umulig. De har rett og slett ikke råd til å sende kvinnen til jordmor eller sykehus sjøl om de vet hva som er det rette.

Det er altså de fattigste kvinnene i verden som rammes hardest av den stille epidemien av døde mødre. I motsetning til tidligere tider

da katastrofene på et vis var ”demokratisk” fordelt på alle, utgjør nå fattige kvinner fra sør 98 % av mødre som dør i fødsel eller i barsel.

Mange av ”Gynekologen” sine lesere er involvert i solidaritetsarbeid internasjonalt. Flere har skrevet sterke beretninger om hverdager i land der kvinner dør mellom hendene på deg fordi de kommer for seint. ...og for hver kvinne som dør på et sykehus eller et helsesenter, er det talløse mødre som omkommer før de rakk å i det hele tatt starte på reisen mot hjelp.

Kampen mot mødredødsfallene er en kamp mot fattigdommens tyranni som holder millioner av kvinner nede. Vi sitter på kunnskapen på hva som forandret livene til våre mødre og bestemødre. Kvinnene i sør har akkurat de samme behovene og rettighetene som vi.





- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavest østrogendose<sup>1</sup>
- Best blødningskontroll<sup>2,3</sup>

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 menstruasjonssyklusnende 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 utilsiktet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symp-

tomer på cystitt. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/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: Hypypige (>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

# Biologiske markører ved kreft i livmorslimhinnen

“Biologic and Prognostic Markers in Endometrial Carcinoma. A study with special focus on tumor markers in curettage specimens”.



Kreft i livmorslimhinnen øker og er i dag en av de vanligste former for underlivskreft i Norge. En rekke risikofaktorer er identifisert, men årsaken er fortsatt ukjent. Sykdommen oppdages ofte i et gunstig stadium fordi blødning etter overgangsalder er et tidlig symptom som raskt leder kvinnen til lege. Hvis svulsten fortsatt er begrenset til selve livmoren fjerner man ved operasjon livmor og eggstokker. I tillegg fjernes lymfeknuter på de fleste pasientene for å finne frem til hvilke pasienter som har en mer aggressiv kreftsykdom. De fleste kvinnene kureres med kirurgi (80-90%),

men til tross for vellykket operasjon, får om lag 20% tilbakefall av sykdommen.

Ved kreft i livmorslimhinnen er svulstene lett tilgjengelig for undersøkelse før operasjon ved at man kan gjøre en utskrapning fra livmorhulen. Materialet kan så undersøkes med ulike biomarkører for aggressiv sykdom, og dette gir oss muligheten til å bedre planlegge en individuelt tilpasset behandling. Økt innsikt i tumorbiologiske mekanismer og prognostiske faktorer ved livmorkreft vil således kunne bidra til bedre behandling gjennom forbedret diagnostikk og bedre seleksjon av pasienter for utprøving av ny målrettet terapi.

Vi har i våre studier undersøkt ulike biologiske egenskaper ved livmorkreft med spesielt fokus på preoperativ undersøkelse av utskrapningsmateriale og dets betydning for sykdomsutvikling og overlevelse (prognose). Slik vil vi også finne frem til de kvinner med lav risiko for tilbakefall og gjennom dette motvirke overbehandling. Vi har studert proteinuttrykket av tumor suppressorgener som hemmer celledeling samt andre proteiner som regulerer cellesyklus. Vi har funnet at økt uttrykk av noen proteiner og bortfall av andre, er forbundet med økt cellevekst, større utbredelse av sykdommen

og dårligere prognose for pasientene. En annen innfallsvinkel vi har brukt for å studere de molekylære forandringer ved livmorkreft har vært å undersøke det genetiske uttrykket av et stort antall gener ved hjelp av mikromatriser. Vi har på denne måten kunne studere sammenhenger mellom genuttrykk og proteinuttrykk i svulstene, og vi har særlig fokusert på forandringer i gener der det er ny målrettet behandling tilgjengelig eller under utvikling.

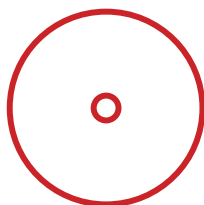
## Personalia

Ingeborg Bøe Engelsen (f.1964) er født i Stavanger og avla medisinsk embetseksamen ved UiB i 1991. I 2000 ble hun godkjent spesialist i Fødselshjelp og Kvinnesykdommer og har siden vært ansatt som overlege ved Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus. Avhandlingen utgår fra Institutt for klinisk medisin, Seksjon for obstetrik og gynekologi og fra Gades institutt, Seksjon for patologi, Universitet i Bergen. I tidsrommet 2003-2007 var hun stipendiat med finansiering fra Helse Vest.

## Tidspunkt og sted for disputasen

10.06.2008, kl. 10:30, Auditorium I, Bygg for Biologiske Basalfag, Jonas Liesvei 91, 5009 Bergen

# Kjære FUGO medlemmer!



**FUGO**

Jeg vil først takke for et særdeles vellykket årsmøte i Fredrikstad, med spennende innhold både faglig og sosialt! Det var hyggelig å se såpass mange LISer i forsamlingen.

Kolposkopikurset i regi av FUGO i forkant av årsmøtet ble en kjempesuksess, ikke minst takket være to særdeles engasjerende forelesere, Bjørn Hagen og Caroline Ravndal. Interessen for kurset var over all forventning, og tilbakemeldingene har vært svært gode. Kristian Tappert var kursansvarlig, og gjorde en kjempejobb med planlegging og organisering.

Med de erfaringene to vel gjennomførte kurs har gitt oss, ønsker FUGO å fortsette å arrangere årlige kurs. Under årsmøtet fikk vi et par innspill med tanke på aktuelle tema, men er takknemlige for flere forslag. Spesielt er vi ute etter tema som er dårlig dekket av de obligatoriske kursene/ andre kurs.

Fra 1. januar 2010 blir det noen endringer i FUGO styret. Ane Gerda Z. Eriksson og Vilde Lehland har begge stått på for oss i 4 år og går nå ut av styret. Tusen takk for en kjempeinnsats, dere vil bli sterkt savnet! På FUGOs generalforsamling i Fredrikstad ble det valgt inn to nye medlemmer, og vi kan derfor ønske Pawel Wilkosz fra Rikshospitalet og Kristine Kleivdal fra A-Hus velkommen inn i styret. Erik Andreas Torkildsen har vært med i FUGOstyret i 2 år, og ble nå gjenvalgt for 2 nye år. Marte Myhre, Christian Tappert og undertegnede fortsetter i styret ett år til (valgperiode 2 år). Oppgavefordeling for neste år vil bli avklart på neste styremøte.



Med ønske om en fin høst og vinter.

Sissel H. Oversand

## Nyttige websider

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

## 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

# Referat fra generalforsamling FUGO

Sissel Oversand ble valgt til ordstyrer og Marte Myhre til referent.

Møteinnkalling ble godkjent.

Man gjennomgikk styrets sammensetning:

Leder: Sissel Oversand

Nestleder: Ane G Z Eriksson

Kasserer: Christian Tappert

Sekretær: Marte Myhre

Nettansvarlig: Erik A Torkildsen

Syremedlem: Vilde Rasdal

Årsrapport for FUGO ble godkjent, slik den ble presentert i Gynekologen, nr 22/3–2009. Man gjennomgikk økonomi for FUGO, inkludert regnskap for 2008 og budsjett for 2009. Det ble bemerket fra styrets side at man har fått økte bevilgninger til FUGO fra NGFs budsjett fra og med 2009, FUGO bevilges nå NOK 50 000 årlig.

Det ble rapportert fra NGFs arbeid fra 2008 og første halvdel av 2009, med vekt på saker som er mest relevante for utdanningskandidater. Blant disse nevnes at det i løpet av året er vedtatt at det ikke vil bli aktuelt med en formell grenspesialitet innen gynekologisk onkologi. Det er kommet ny veileder i gynekologisk onkologi, som nå kun er tilgjengelig i nettversjon, ikke papirversjon. Veileder i obstetikk planlegges revidert.

NGF har innvilget støtte til en LIS årlig for å arbeide frivillig ved Haydom sykehuset i Tanzania, og vil vurdere søknader fortløpende. NGF arrangerer årlig NGFs vårmøte, som i utgangspunktet er tenkt til etterutdanning, men en del LIS er med på disse. Derfor ønsker vi å gjøre oppmerksom på neste års møter som blir:

NGF Vårmøtet 2010, Trondheim 15.-16. april  
NGF Årsmøtet 2010, Arendal 2.-4. september

I etterkant av rapporten om faget på randen, ved gruppen ledet av Tone Skeie-Jensen, ble det arrangert et eget møte på NGF årsmøtet for diskusjon av denne rapporten. Det ble informert om dette møtet, og man oppfordret alle LISer til å være delaktige her. Man rapporterte fra internasjonalt arbeid, i form av EBCOG, ENTOG og NFOG. Det innebar informasjon om den årlige EBCOG kongressen og om EBCOGs arbeid med å standardisere utdanning av gynekologer og obstetrikere i Europa, særlig i land hvor spesialitetskomiteer ikke fungerer optimalt. Det ble informert om hva ENTOG er, hva styret gjør, og om ENTOG utvekslingen. Denne har vi fortsatt få søkere til hvert år, og vi oppfordrer LISer til å sende søknad



YLF-Leder Hege Gjessing.



FUGO årsmøte.



til FUGOs sekretær dersom de ønsker å delta i utvekslingen i Antwerpen våren 2010. Man informerte videre om hva NFYOG er, hvem som sitter i styret, og at NFYOG arrangerer et eget seminar annenhver vår for LISer. Året det ikke arrangeres NFYOG seminar, holder NFYOG formøte foran NFOGs møte. Alle LISer oppfordres igjen til å reise og delta på disse seminarer. Årets seminar fant sted i København og tittelen var "Third world Challenges in Obstetrics and Gynaecology"

Ane G Z Eriksson og Vilde Rasdal Leiland har sittet i FUGO styret i 4 år, stiller derfor ikke til gjenvalg fra januar 2010. Valgkomiteen presenterte tre kandidater til valg inn i FUGO styret for de kommende 2 år, 2010-2011. De to nye kandidater var Pawel Wilcosz og Kristine Kleivdal; Erik A Torkildsen stilte til gjenvalg. Alle tre kandidater ble valgt inn i styret for 2010-2011.

Tilbakemeldinger fra kolposkopikurset var i hovedsak veldig positive. En del ønsker dette kurset som en del av de obligatoriske kursene for utdanningskandidater. Det ble nevnt problemer med å få plass på kurset, og vi anmoder derfor alle LIS som ønsker å delta på kommende årsmøters forkurs arrangert av FUGO til å melde seg på innen fristen angitt i kurskatalogen. FUGO ønsker å prioritere LIS for disse kursene men de må melde seg på innen fristen, da FUGO må prioritere å få fylt kurset. Det ble foreslått følgende temaer til neste års kurs: kirurgisk teknikk, infertilitet og inkontinens.

I anledning FUGOs årsmøte var vi så heldige å få besøk av både spesialitetskomiteen ved Kjell Salvesen, Trond Melbye Michelsen og Elisabeth Berge Nilsen, samt YLF leder Hege Gjessing.

Kjell Salvesen kunne svare på en del generelle spørsmål fra salen, etter at han hadde orientert om følgende temaer spesielt:

Som en påminnelse: kvittering fra arbeidsgiver for betalt kursavgift bør knyttes til den LIS det gjelder. Når det gjelder operasjonslisten er det foreslått at "20 operasjoner på adenex ved laparotomi" og "20 operasjoner på adenex ved laparoskopi" skal endres til totalt "40 inngrep på adenex". Videre foreslås det endring fra krav om 30 sectio til 50. Spesialitetskomiteen ønsker også øket fokus på LISers individuelle planer, og ser at ved tilbakereportering mangler man ofte informasjon om "planer videre" og antall fordypningsdager, som ofte er for få. Spesialitetskomiteen oppfordrer LIS til å sette seg ned med veileder og legge opp en plan for det neste året, samt minner alle om å møte opp på samlingen om "faget på randen" på NGFs årsmøte fredag 4. september.

Hege Gjessing snakket om sitt arbeid i Ylf, og hvilke saker som prioriteres, med spesiell vekt på å få flest mulig LIS inn i faste stillinger. Hun ønsket også innhøste en del holdninger til LIS om hvordan man ser på DNLF og Ylf, samt bekymringer og spørsmål fra oss generelt. Man diskuterte legers rolle i media.

FUGO styret takker alle LIS som deltok på årsmøtet.

# 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/Amning:** *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: Søvnforstyrrelser, irritabilitet, depresjon. Urogenitale: Symptomer på urinveisinfeksjon, mørkere urin. Hevelse, uregelmessige blødninger. Lekkasje av medikament. Øvrige: Krampefølelse.

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

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Nitroimidazolderivat med antibakterielle og amøbedrepende egenskaper. *Virkningsmekanisme:* Virker mot Gardnerella vaginalis og bakteroidesarter. Gir betydelig økning av antall 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<sup>®</sup> gel

metronidazol 0,75%

Til vaginal behandling av  
**bakteriell vaginose**



godt tolerert<sup>1</sup> • vannbasert gel • selektiv lokalbehandling<sup>1,2</sup>

Referanser: Se preparatomtalen.

**MEDA**



Det er et problem å stadig være redd for å tisse på seg. Hva ville du ha gjort? Vesicare (solifenacin) reduserer symptomene på overaktiv blære (akutt behov for å tømme blæren, med eller uten lekkasje) og gjør at pasienten klarer å holde seg lenger når urgency oppstår!<sup>1</sup>

 **Vesicare**<sup>®</sup>  
Solifenacin  
**Legemiddel mot urgency**

Referanse: 1. Karam et al. Urology, Volume 73, number 1, January 2009, p. 14-18. Vesicare<sup>®</sup>. Kompetitiv, spesifikk kolinerge reseptorantagonist. ATC-kode: G04B D08. TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneh.: 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: Klassespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørrehet 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 reflukssykdommer, tørr hals. Hud: Tørr hud. Luftveier: Nasal tørrhet. Neurologiske: Somnolens, dysgeusi. Syn: Tørre øyne. Urogenitale: Urinveisinfeksjon, vannlatingssvær, 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), munntørrehet (moderat), svimmelhet (moderat), døsighet (mild) og tåkesyn (moderat). Det er ikke rapportert tilfeller av akutt overdosering. Behandling: Ved overdosering bør pasienten behandles med aktivt kull. Ventrikkelskylling kan foretas, men det bør ikke fremkalles brekninger. Symptomatisk behandling. En bør ved overdosering være spesielt oppmerksom på pasienter med kjent risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for å forlenge QT-intervall) og relevante eksisterende hjertesykdommer (f.eks. myokardisemi, arytm, kongestiv hjertesvikt). Forsiktighetsregler: Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurdert 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 øsofagitt, autonom neuropati. Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av en potent CYP 3A4-hemmer. Sikkerhet og effekt er ennå ikke undersøkt hos pasienter med en neurogen årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvede laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, somnolens og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt. Interaksjoner: Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med solifenacin før en annen antikolinerg behandling innledes. Solifenacins terapeutiske effekt kan bli redusert ved samtidig administrering av kolinerge reseptoragonister. Solifenacin kan redusere virkningen av midler som stimulerer den gastrointestinale motiliteten, f.eks. metoklopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres av CYP 3A4. Derfor bør maks. solifenacindose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, 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. 406,50. 90 stk. kr. 1149,40. 10 mg: 30 stk. kr. 499,10. 90 stk. kr. 1427,30. T: Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urgeinkontinens). Refusjonskode: ICP: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens Vikår: Ingen spesifisert. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 05.01.2006. Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret 01.09.2009. Astellas Pharma, Solbråveien 47, N-1383 Asker. Tlf: +47 66 76 46 00. Faks: +47 66 90 35 20. kontakt@no.astellas.com. www.astellas.no.



# Kolposkopikurs i Fredrikstad

**For andre år på rad arrangerte FUGO-styret et kurs i forkant av FUGO sitt årsmøte. Dette avholdes hvert år rett før selve årsmøtet til Gynekologisk Forening. I fjor hadde vi stor suksess med temaet «Fosterovervåkning» i Bodø.**

I år valgte vi temaet «Kolposkopi» siden vi mener at det er en undersøkelse som de fleste av oss utfører til daglig ved gynekologisk poliklinikk og tiden som dette temaet får i løpet av obligatorisk kurs om «Gynekologisk onkologi» er nokså kort.

Pga praktiske hensyn måtte vi i løpet av forberedelse til kurset overlate påmeldingen til Koordinatorkontoret i Oslo. Det var over 50 som meldte seg på kurset og vi utvidet derfor antall deltakere på kurset fra 30 som planlagt til rundt 40 og til slutt var vi 45 på kurset. Koordinatorkontoret har brukt sine vanlige rutiner for å velge ut hvem som får plass, dvs. 1.: påmelding må komme innen påmeldingsfrist og 2.: ansiennitet av kursdeltaker. Likevel var det da noen som ikke fikk plass og det virker slik at ikke alle som ikke hadde fått plass var informert av Koordinatorkontoret om dette. Dette beklager vi på det sterkeste. Vi skal prøve å skjerpe oss neste år for å sørge for at påmeldingsprosessen går enda mer smidig. I fjor opplevde vi at det blir veldig hektisk å prøve å forberede kurset med hand-outs etc i løpet av formiddagen rett før kurset og derfor var noen fra FUGO-styret allerede på plass i Fredrikstad dagen før i år. Dette viste seg som en stor fordel, slik at formiddagen før kurset kunne brukes for å kutte opp frukt, ordne kjeks, kaffe og te etc.

Som foredragsholder til kurset var vi så heldig at vi fikk Caroline Ravndal, overlege fra Stavanger, og Bjørn Hagen, professor fra Trondheim. Kombinasjonen av de to viste seg som meget vellykket. Caroline Ravndal har sin bakgrunn som spesialist både i patologi og gynekologi, Bjørn Hagen er i mange år en av de ledende hoder innen gynekologisk onkologi i Norden. Hovedfokus var selve kolposkopi, men selvsagt kom også den teoretiske bakgrunn med anatomi og etiologi av celleforandringer ikke for kort. Det ble vist mange bilder av normale og patologiske kolposkopi-funn.

Tilbakemeldingene av både foredragsholder og deltakere etter kurset var veldig bra

og dette motiverer oss i FUGO selvsagt for å arrangere et kurs også neste år. På generalforsamlingen kom det allerede noen forslag til tema til neste kurs, blant annet infertilitet, inkontinens og basale operasjonsteknikker var forslått og alt høres spennende ut. Så snart vi har bestemt oss for et tema vil vi kunngjøre dette i Gynekologen. Forslag er fremdeles hjertelig velkommen.

Med dette vil vi en gang til takke både foredragsholderne for sine engasjerte forelesninger og lokalkomiteen i Fredrikstad for mye hjelp med den praktiske gjennomføringen av kurset og disponering av fine kurslokaler.



Lunchforeberedelse.



Konsentrerte kursdeltakere.





## Internasjonal arbeidsgruppe

Styret i Norsk Gynekologisk Forening ønsker å opprette en egen internasjonal arbeidsgruppe for å samle den erfaring og kompetanse som mange av våre medlemmer besitter vedrørende internasjonalt arbeid og bistand.

Foreningen var i vinter med på en Work Shop i regi av Norad og UD vedrørende Tusenårs mål 4 og 5. Det ble der poengtert et sterkt behov for å styrke de nasjonale helsepersonellorganisasjonene i utviklingslandene. Utvalg for internasjonal helse, DNLF, ved Hilde Engjom, KK Haukeland, er også engasjert i dette arbeidet. Barnelegeforeningen har en interessegruppe for arbeid i utviklingsland, det er ønskelig å se på om våre foreninger kan samarbeide for å nå disse målene. Andre aktuelle samarbeidspartnere er Norad, UD, International Federation of Gynecologists and Obstetricians (FIGO), Global Health Workforce Alliance (GHWA) og Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH).

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. For øvrig reiser flere av våre medlemmer på bistandsopphold via andre organisasjoner. Bistand ytes på ulike plan. Selv om Tusenårs målene er bakgrunn for initiativet til denne arbeidsgruppen, vil ikke gruppen på noen måte være begrenset til kun å arbeide med dette.

På medlemsmøtet i Fredrikstad la styret frem følgende Mandat:

Gruppen skal:

- samle den erfaring og kompetanse som NGF's medlemmer besitter vedrørende internasjonalt arbeid og bistand.
- samarbeide med nasjonale og internasjonale aktører for å søke å nå tusenårs mål 4 og 5.
- være et forum for medlemmer med internasjonalt engasjement, og å koordinere innsatsen.

Styret henvender seg herved til alle våre medlemmer. Vi håper du melder deg hvis det er av interesse for deg å bidra i denne gruppen, og dens videre arbeid.

Med vennlig hilsen

Norsk gynekologisk forening

Ane Gerda Zahl Eriksson  
Sekretær

Rolf Kirschner  
Leder

## Likevel meldeplikt til NPE

Alle avtalespesialister som arbeider ut over delvis driftsavtale må likevel melde fra til Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Det er tidligere blitt formidlet fra Legeforeningen at de avtalespesialister som har delvis driftstilskudd fra det regionale helseforetak, men som jobber ut over dette, ikke har melde- og tilskuddplikt, så fremt de kun jobber innenfor driftsavtalen (dvs. mottar refusjon fra samtlige pasienter). Her har det imidlertid oppstått en tolkningsuenighet mellom Legeforeningen og NPE, og det er per i dag usikkert hvordan spørsmålet skal løses.

I påvente av en avklaring fra departementet bør samtlige avtalespesialister med delvis driftstilskudd melde den del av virksomheten som går ut over driftstilskuddets størrelse til NPE. NPE har imidlertid garantert at de vil avvente fakturering til spørsmålet er drøftet på sentralt nivå. Det er derfor viktig at samtlige avtalespesialister med delvis driftsavtale, og som de facto arbeider utover denne brøken, melder inn sin virksomhet til NPE umiddelbart.

Dersom man unnlater å melde og det oppstår en skade risikerer legen regresskrav på hele skadeutbetalingen. For utfyllende informasjon, se legeforeningens nettside.

Ved spørsmål kan følgende personer kontaktes:

Frode Solberg 23 10 91 59

Synne Bjørvik Staaen 23 10 92 82

ANTWERPEN

EBCOG  
2010

# 21<sup>st</sup> European Congress of Obstetrics and Gynaecology

Antwerpen – Belgium, 5 to 8 May 2010

Organized by the

European Board & College of  
Obstetrics and Gynaecology

## Invitation

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

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

Peter Hornnes  
President EBCOG



Website: [www.EBCOG2010.be](http://www.EBCOG2010.be)

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

# Årsmøtet Fredrikstad 2009

**Avdelingssjef Hilde Hoel ved Kvinneklinikken ønsket velkommen på vegne av den lokale arrangementskomité. Fredrikstads ordfører Eva Kristin Andersen hilste også årsmøtedelegatene, og ga en fin presentasjon av Fredrikstads mange severdigheter, muligheter for arbeid og rekreasjon. Kulturelt innslag med vakkert samspill mellom fiolinist og pianist fra det lokale musikkmiljøet, ga en fin ramme rundt åpningen.**



NGF's leder Rolf Kirschner hadde gleden av å introdusere årets utenlandske gjesteforeleser, Professor Ron Jones fra Auckland, NZ. Jones er president for den internasjonale forening for vulvasykdommer ("International Society of Vulvar Disease"), og leder for den vitenskapelige, rådgivende komité i det internasjonale forbund for cervixpatologi og kolposkopi. ("International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy"). Professor Jones holdt en svær tankevekkende forelesning med tittelen "The natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Cancer risks exposed by an unethical study". Studien han refererte til, viser at mellom 31-50% av kvinner med ubehandlet CIN3 vil utvikle cervixcancer eller vaginalcancer i løpet av 30 år. Studien viser også at sannsynligheten for å utvikle cervixcancer etter adekvat behandling for CIN 3 er ca 1 %. Tallene fremkommer i en klinisk studie fra National Womens Hospital i Auckland, hvor mange

kvinner diagnostisert med CIN 3 mellom 1965 og 1974, ikke fikk adekvat behandling eller fikk forsinket behandling. Studien ble gjenstand for en nasjonal, rettslig granskning i 1987 ("The Cartwright Inquiry"), og dommeren konkluderte med at studien var uetisk da behandling ble holdt tilbake uten samtykke, monitorering av resultatene var inadekvat og studien ikke ble avsluttet da klinikere kom med bekymringsmeldinger.

Den fagpolitiske debatten tok grunnlag i rapporten om status og utfordringer i faget, fremlagt av Tone Skeie Jensen på Årsmøtet i fjor. Rolf Kirschner fra NGF, Pepe Salvesen fra spesialitetskomiteen, Arne Refsum fra OLF og Hege Gjessing fra YLF hadde alle engasjerte innlegg i forhold til de utfordringer vi står overfor. De mange innspill fra salen viste at dette er noe som engasjerer medlemmene.

Møtested for torsdagens "Get together" var Gamlebyen Gjestegårder. Etter en forfriskende spasertur fra hotellet og liten båtturen over Glomma, fikk vi en fin omvisning i Gamlebyen. Blant de flotteste kulisser en kan tenke seg, ga profesjonelle skuespillere oss mystikk og dramatik fra 1700-tallet. At regnet høljet ned la så visst ingen demper på stemningen, men det var godt å komme inn i et hyggelig gjestehus hvor vi ble traktert med nydelig tapas og ditto vin.

Det faglige programmet var svært tettpakket og bra med mange interessante foredrag. Nytt av året var posterutstillingen som også ble godt besøkt.

Generalforsamlingen valgte ved akklamasjon foreningens nye leder, Bjørn Backe. Han er professor ved NTNU og har allerede lang fartstid i foreningen. Kevin Oppegaard og Marte Myhre blir nye styrerepresentanter, de øvrige tok gjenvalg.

Fredagens bankett, ledet av toastmaster Halvor Rognerud, ble en riktig festaften. Avtroppende leder takket for seg, påtroppende takket avtroppende leder for innsatsen, priser, takksigelser og godord ble utdelt. Neste års arrangementskomité ønsket velkommen til Arendal 2. september 2010, så her er det bare å sette av datoen.

Takk til den lokale komité for et flott arrangement!





# Årsmøtet 2009 i bilder

Foto: Pooja Parashar og Jon Orheim





NFGs årsmøte Fredrikstad 3.september 2009

# NGF`s Hederspris til Sissel Moe Lichtenberg

Direktør for Kvinne/barnklinikken ved Stavanger Universitetsklinikk, Sissel Moe Lichtenberg ble i år tildelt Norsk gynekologisk forenings hederspris.

Sissel er en stor kliniker. Hun har et godt klinisk skjønn, stor medisinsk kunnskap og hun er en dyktig operatør. Sissel har vært en viktig pådriver for utdanning av nye gynekologer. Hun har organisert spesialistutdanningen ved avdelingen og har selv også vært en dyktig veileder for mange spesialistkandidater. Hun har alltid sluppet utdanningskandidatene til på operasjonsstua, samtidig som hun selv har assistert.

Hun har gjennom en lang årrekke som avdelingsoverlege ledet morgenmøtene og her viser hun daglig sin faglige styrke og kompetanse. Sissel er opptatt av fagutvikling og kvalitetssikring og har ivret for utvikling av avdelingens metodebok.

De siste årene har hun selv mest vært opptatt av administrasjon og ledelse. Hun har vært en brobygger mellom ulike yrkesgrupper og er godt likt både blant leger, jordmødre og sykepleiere.

Hun er direktør både for kvinneklinikken, barneavdelingen og for barnerehabiliteringen, og hun klarer å lede avdelinger utenfor sitt eget fagområde.

Sissel har alltid vært talsmann for "avdelingene" og har vært mest opptatt av å se nedover i organisasjonsmodellen. For oss som arbeider på grunnplanet i disse økonomisk innstramningstider er det viktig å ha en talsmann for det medisinsk faglige.

Hun er også en ivrig amatør astronom, og vet derfor alltid å se på ulike problemstillinger i et bredt og fullstendig perspektiv.

Hun er en glimrende representant for vårt fag.



Sissel Moe Lichtenberg.  
Foto Stavanger Universitetssykehus.

Sissel Moe Lichtenberg,  
Direktør for Kvinne/barnklinikken,  
Stavanger Universitetssykehus

I 1974 ble hun ansatt Stavanger Sykehus på gyn/føde avd

1981 tok hun utdanning i administrasjon og ledelse ved Distrikthøgskolen Stavanger

Fra 1990 til 2006 var hun avd. overlege ved Kvinneklinikken i Stavanger.

I 2001 ble hun også Klinikkdirtør KK – da innførte SiR enhetlig ledelse

I 2001 ble hun Klinikkdirtør for Kvinne –Barnklinikken.

Blant andre verv har hun vært styremedlem NGF, medlem i komité for høyspesialisert medisin på nasjonal basis, medlem i regional etisk komité (rek vest) Årets helseleder 2007



Hedersprisen overrekkes av Bertil Andersson fra Bayer Schering Pharma.



Gratulasjoner til årets prisvinner.

# 37TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY



© Axel Bolvig

15-18 JUNE 2010 · COPENHAGEN, DENMARK

## IMPORTANT DATES

Congress Dates:

15-18 June 2010

Deadline for Abstract Submission:

15 February 2010

Deadline for low registration fee:

1 March 2010

## ORGANISING COMMITTEE

Peter Hornnes, President

Søren Brostrøm

Thue Bryndorf

Erik Ernst

Helle Meinertz

Marie Søgård

Kim Toftager-Larsen



NFGs årsmøte Fredrikstad 3.september 2009

# Schering-Plough forskningsstipend

I år kom det inn 8 søknader. Alle søknadene var svært gode og klart støtteverdige. Komiteen hadde derfor en vanskelig jobb med å plukke ut vinnerne. Prisen blir i år delt mellom to søkere:

• **Tina Eilertsen**, ved Sykehuset Namsos med studien: "Endokrin og metabolsk status hos kvinner som har født prematurt".

Studien er en case-control studie hvor kvinner som har født prematurt sammenlignes med kvinner som har født til termin. Man ønsker å se på forekomst av PCOS i de to gruppene og kartlegge endokrin og metabolsk profil. Inklusjon er allerede gjennomført. Studiepengene skal brukes til analyse av endometriebiopsier og analyse av lipid- og hormonprofil. Studien er forankret i forskningsmiljø ved St. Olavs hospital.



Prisvinner Nils-Halvdan Morken. Foto- Parashar.

• **Nils-Halvdan Morken**, Haukeland universitetssykeus med studien: " Maternal obesity and underweight: pregnancy, delivery and neonatal outcome among participants in Norwegian Mother and Child Cohort (MoBa) study".

Studien er en kohortstudie der man benytter data fra den norske Moba-studien. Denne inkluderer 100 000 gravide kvinner som fødte i Norge og som ble rekruttert i perioden 1999-2008.

Overvekt er et økende problem også blant norske gravide, og er kanskje en av de største obstetriske utfordringer i årene som kommer. Vår viten så langt baserer seg i all hovedsak på studier fra USA, men både ulik befolkningssammensetting og ulik fødselsomsorg gjør at vi nok ikke uten videre kan overføre disse resultatene til norske forhold. I tillegg ønsker gruppen å se på undervektige kvinner og deres risiko for uheldige svangerskaps – og fødselsutfall.

Studien vil se på

- 1) Forekomst av undervekt, normalvekt og fedme blant gravide kvinner i Norge
- 2) Estimere risiko for graviditetsrelaterte

komplikasjoner som: Preeclamps, preterm fødsel, intrauterin fosterdød, diabetes, svangerskapsdiabetes, avvik i fødselsvekt, placentaløsning, placenta praevia og overtidige svangerskap hos overvektige og undervektige kvinner.

3) Estimere risiko for fødselsrelaterte komplikasjoner som operative forløsninger, mislykkede vaginale forløsninger, keisersnitt, komplikasjoner relaterte til anesthesiologiske prosedyrer, fastsittende placenta, skulderdystoci, perinealrupturer, protraherete forløp og blødninger.

4) Estimere risiko for uheldig utkomme for den nyfødte som: plexusskader, intracranielle blødninger, neonatale krampes, hypoglycemi, Apgar score < 7 etter 5 min. og innleggelse i neonatalavdeling.

Lignende studier har aldri blitt gjort i Norge, og vil nok derfor gi oss svært nyttig kunnskap. Kunnskap som vil ha betydning for hvordan vi som fødselshjelpere i den kliniske hverdag skal håndtere overvektige, fete og undervektige kvinner for å forebygge uheldige komplikasjoner for mor og barn.



Prisvinner Tina Eilertsen og Rolf Kirschner. Foto: Parashar

NFGs årsmøte Fredrikstad 3.september 2009.

# Referat Generalforsamling NGF

## Valg av dirigent og referent

Forslag: Rolf Kirschner og Ane G Z Eriksson  
Godtas ved akklamasjon.

## Minnestund

Man lyser fred over minnet, og hedrer følgende med et minutt stillhet:  
Rolv Birketvedt, Magne Baltzer Grimstvedt, Hans Kristian Klausen, Ottar Lunde, Berit Kjærran Norling, Jardar Oma.

## Årsmelding 2008

Årsmeldingen er tidligere publisert i Gynekologen. Gjennomgås av Rolf Kirschner. Godkjennes ved akklamasjon.

## Regnskap 2008

Framlegges av kasserer Toril Kolås. Pga ny mal fra Dnlf har alle økonomiske oversikter endret format. Regnskapet ga et overskudd på 157 871 kr.  
Godkjennes ved akklamasjon.

## Revidert budsjett 2009

Framlegges av kasserer Toril Kolås. Det budsjetterer med et underskudd på 116 118 kr for 2009.

Det kommer innspill fra salen med spørsmål om foreningen planlegger å øke aktiviteten? Dette besvares med at så ikke er tilfelle. Videre er det spørsmål om lovligheten at budsjettet ikke balanserer. Det henvises til vedtektene som ikke sier noe om at foreningen må ha et null-budsjett. Videre henvises det til de siste årene der styret har fremlagt et negativt budsjett, men kommet ut med et positivt resultat. Kommentar om at foreningen har tradisjon om ikke å ønske å tjene penger. Spørsmål om hvilke utvalg som skal få mer penger da det er avsatt mer til dette i budsjettet? Svar er Laparoskopitutvalget, Internettbasert STAN-opplæring, mer til FUGO,  
Godkjennes ved akklamasjon.

## Budsjett 2010

Framlegges av kasserer Toril Kolås. Styret legger opp til et underskudd på 177 119 kr

for 2010, idet det også påpekes at en har en kassabeholdning på mer enn tre års drift. Godkjennes ved akklamasjon.

Revisor- og Desisorerklæringer foreligger. Styret bevilges ansvarsfrihet for regnskap og budsjetter.

## Saker fremlagt av medlemmene

Det er ikke kommet inn saker fra medlemmene.

## Saker fremlagt av styret

### \*Oppretting av Internasjonal Arbeidsgruppe

ved Ane G Z Eriksson

Styret ønsker å opprette en internasjonal arbeidsgruppe som skal samle den erfaring og kompetanse som medlemmene innehar vedr internasjonalt arbeid, samt være i kontakt med andre organisasjoner for å søke å nå Millennium Goals 4 og 5. En orienterer om gruppen, og ber om at interesserte medlemmer henvender seg til sekretær AGZE.

### \*NPE rekruttering av sakkyndige

ved Bjørn Backe

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

### \*Norsk Laparoskopiregister

ved Rolf Kirschner

Leder i Laparoskopiregisteret har dessverre gått bort nylig. Styret følte at det var naturlig å spørre Jostein Tjugum om å videreføre dette arbeidet. Leder erkjenner at en kunne ha lagt det frem for medlemmene i registeret, men tidsnød hadde preget arbeidet. NGF støtter Laparoskopiregisteret videre i håp om at det får en oppsving.

### \*LFH/LMI

ved Rolf Kirschner

Styret fikk henvendelse i 2008 fra LMI (Forening for legemiddelindustrien) vedr deltagelse ved arrangement i regi av grupper i DNLF for LMI sine medlemmer, henvendelsen ble tatt til orientering. LFH (Forening for leverandører av teknisk etc utstyr) kontaktet foreningen i 2009 med et noe krast brev vedr NGFs satser i forhold til veiledende i LFHs avtale med Dnlf. NGF har hatt samtaler med Legeforeningen, som erkjenner avtalen, men ikke at prissatsene er bindende. Styret i NGF mener at foreningen har et godt forhold til alle deltagere fra industrien, en har ikke oppfattet noen generell misnøye blant de som har leid stand under dette årsmøtet. NGF opprettholder sine satser, men ser at industrien er mer opptatt av hvordan det de betaler i leie benyttes av foreningen og andre forhold rundt plassering mm av stands. Styret har også hatt samtaler med styret i LFH, og LFH har etter hvert oppjustert sine satser, de er nå nær det NGF tar i standutleie.

### \*Delvis frikjøp

av leder ved Rolf Kirschner.

Pga økende antall saker i foreningen er det et stort arbeidspress på styret, og særlig leder. Det sittende styret foreslår derfor at foreningen må utrede og diskutere om man skal frikjøpe leder 10-20% i fremtiden, slik en har i de andre nordiske land. Samtidig må det presses på at avtaleverket erkjenner Fagmedisinske tillitsvalgte med rett til frikjøp ihht Hovedavtalen. Stig Hill mener det er nødvendig med lønn til leder for å få motivert leder. Kåre Augensen spør om dette er forslag fra styret til denne GF? Svaret er at sittende styret mener det neste styret må arbeide med dette og legge det frem som sak på neste års GF.

### \*Tidspunkt for årsmøtet

ved Rolf Kirschner.

Tidspunktet er tidligere "diktert av jakta" og dette er ikke lengre så viktig. Styret har sett at det tidspunkt vi nå har er en populær helg



for mange andre arrangement, og det er derfor vanskelig å booke lokaler med mindre man er ute minst tre år i forveien. I tillegg er ukedagene vanskelige i og med at retur fra de fleste mellomstore byene i Norge er vanskelig på lørdag ettermiddag. I spørsmål fra salen menes det at Årsmøtet burde vært sammenfallende med kirurgenes og anestesilegenes høstmøtet i uke 43?

Det neste styret skal jobbe med dette og legge saken frem på neste års GF.

### Oppnevning av medlem i Kvalitetsutvalget

Jan M Maltau vil stå i ett år til for å ferdigstille den nye veilederen i Generell Gynekologi.

Kåre Augensen orienterer: Oppfordrer kollegene til å komme med forslag til endringer i veilederne etter hvert som man får nye ideer etter å lese vitenskapelig litteratur og deltakelse ved kongresser, også gjerne forslag til nye kapitler. Det er ønskelig å slippe å ha de store revisjonene av veilederne som man har hatt de siste årene.

### Valg av leder

Styreforslaget presenteres av Grete Riis Johannessen, leder av valgkommittéen.

Forslag til nye leder: Bjørn Backe.

Valgt ved akklamasjon

### Valg av styremedlemmer

Toril Kolås (gjenvalg)

Runa Aabø (gjenvalg)

Knut Hordnes (gjenvalg)

Marte Myre FUGO

Kevin Sunde Oppegaard

Det er ingen andre forslag fra salen. Disse velges ved akklamasjon

### Valg av varamedlemmer til styret

Erik Andreas Torkildsen FUGO (gjenvalg)

Jørn Hugo Karlsen PSL

Synnøve Lian Johnsen

Det er ingen andre forslag fra salen. Disse velges ved akklamasjon.

### Valg av redaktør og redaksjons-komite til "Gynekologen"

Runa Aabø (gjenvalg)

Tom Seeberg (gjenvalg)

Kristin Skogøy (gjenvalg)

Margit Steinholt (gjenvalg)

Anne Zandjani (gjenvalg)

Disse velges ved akklamasjon.

### Valg av årsmøtearrangør 2011

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

Istemmes ved akklamasjon fra salen.

### Eventuelt

Det er ikke innkommet saker til evt.

AGZE/RK 110909

### Østrogen - progestogen kombinasjonspreparat.

**TABLETTER, filmdragsjer:** Hver tablett inneholder: Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 0,5 mg, noretisteronacetat 0,1 mg, laktosemonohydrat 37,5 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Hormonell substitusjonsbehandling (HRT) mot svangerskap 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 som 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 sekvensiell 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 innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitilblødning. 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 leverfunksjonstester 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 nytten 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 karmplikasjoner, cholelithiasis, migræne eller sterk østradiol, 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 migrænelignende 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 equineøstrogen eller østradiol sammen med et gestagen, har en høyere relativ risiko for brystkreft, uavhengig av type gestagen. Det er vist at kontinuerlig kombinasjonsbehandling med equineøstrogen og medroksyprogesteronacetat er assosiert med brystkreft med noe økt tumorstorrelse og hyppigere lokale lymfeknutemetastaser. HRT, spesielt østrogen-gestagen kombinasjonsbehandling, øker tettheten på mammografi bildene, 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 trombofili har en økt risiko for VTE. Hvis pasienten nå er immobilisert i lengre tid etter elektiv kirurgi, bør det vurderes om det er mulig å avslutte HRT-behandlingen midlertidig i 4-6 uker før inngrepet. Behandlingen bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobil igjen. Koronar arteriesykdom: 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 øker forårsake vaskerertensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon 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 økte nivåer av forhøyede plasmatriglyseridnivåer har ført til pankreatitt. Østrogen øker tyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt thyreoideahormon. Opptak 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 hhv. 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 equineøstrogen og medroksyprogesteronacetat etter fylte 65 år. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær 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 induserer legemiddelmetaboliserende enzymer, spesielt cytokrom P-450 slik som antiepileptika (f.eks. fenobarbital, fenytoin, karbamazepin) eller antiinfektiva (f.eks. rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz), Ritonavir og nelfinavir har induserende virkning på steroider. Urtepreparater som inneholder johannesurt (prickperikum) kan indusere metabolismen og medføre nedsatt effekt og forandringer av den uterine blødningsprofil. Legemidler som hemmer aktiviteten til mikrosomale leverenzymene 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: Endometriefortykelse, Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, nakkesmerter, smerte i ekstremiteter. Neurologiske: Hodepine. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Utspilt mage, dyspepsi. Hud: Pruritus eller urticaria, alopesi, acne. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Kjønnsgener/bryst: Brystsmerte, brystubehag. Muskel-skjelettsystemet: Leggkramper. Neurologiske: Migræne, svimmelhet. Psykiske: Depresjon eller forverret depresjon, nervøstet. Stoffskifte/ernæring: Vaskerertensjon. 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/gestagen behandling: 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 equineøstrogen 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 brystkreft er høyere ved østrogen-gestagen kombinasjons-HRT enn ved behandling med østrogen alene. Det er 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» (SHGB), 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.

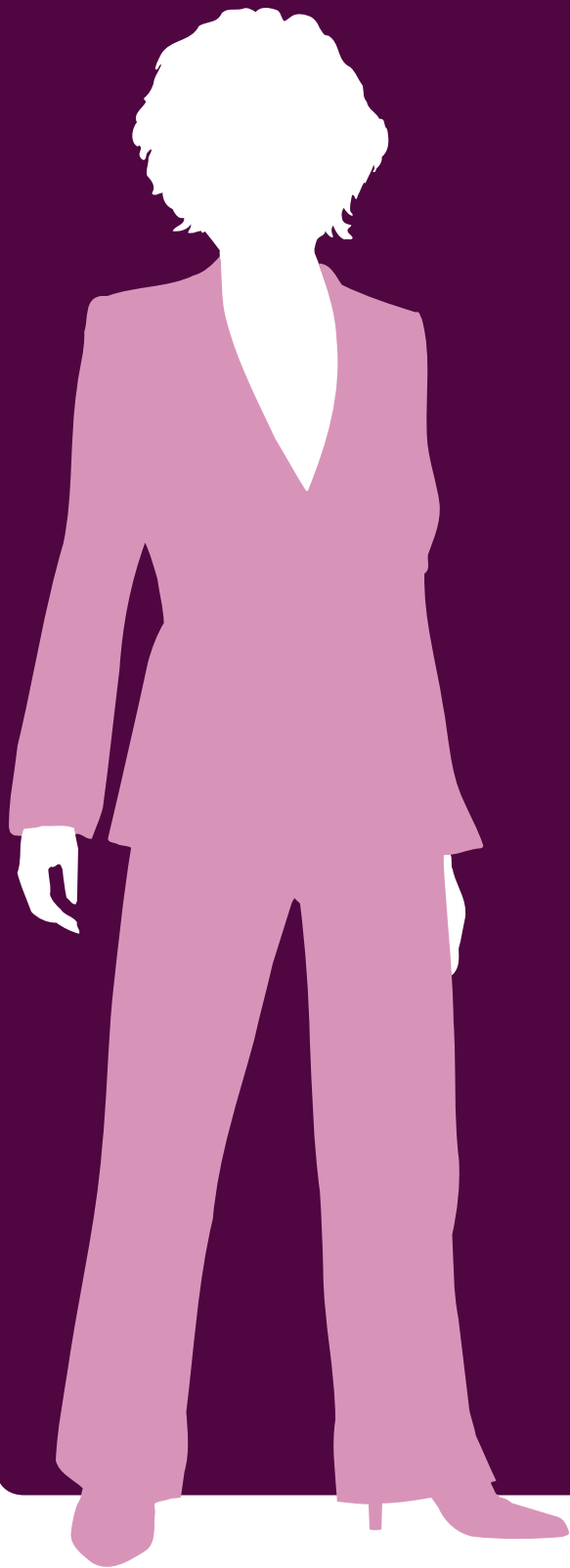
**Pakninger og priser:** Datopakn.: 3 x 28 stk. 530,00

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<sup>®</sup> med markedets laveste dose av kombinasjonen østrogen/gestagen

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

- ✓ Signifikant effekt på symptomer innen 3 uker<sup>1</sup>
- ✓ Ingen endring i brysttetthet<sup>2</sup>
- ✓ 95 % er blødningsfrie fra første måned<sup>3</sup>
- ✓ Høy compliance<sup>3,4</sup>



**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<sup>®</sup>**

0.5mg 17 $\beta$ -estradiol +  
0.1mg norethisterone acetate

*Når ultralavt er nok*

NFGs årsmøte Fredrikstad 3.september 2009

# Referat fra fagpolitisk debatt

På bakgrunn av spesialistkomiteens rapport som ble framlagt under fjorårets årsmøte i Bodø, var det nå satt av tid til å diskutere status og utfordringer i faget gynekologi og obstetikk.

For å belyse ulike vinklinger, var formann i overlegeforeningen (OLF) Arne Refsum, leder av yngre legers forening (YLF) Hege Gjessing, representant for spesialistkomiteen Pepe Salvesen og leder i norsk gynekologiskforening Rolf Kirschner invitert som innledere.

**Rolf Kirschner**(NGF) slo fast at utdannings-kapasiteten må økes fra ca. 20 til 30 utdannede spesialister pr. år for å kunne imøtekomme naturlig avgang de kommende årene i forhold til alderssammensetning, endrede krav til forskningsdeltakelse, etterutdanning og fagutvikling. Faget har tilsig av konverterte utenlandske spesialister, men hvorvidt disse blir værende permanent i Norge over tid, er vanskelig å forutsi.

Utfordringene i faget fra NGFs synspunkt, vil være fortsatt utvikling av den faglige kvaliteten, hvilket kan skje i form av nasjonale treningsprogram, sertifisering av ferdigheter, økt bruk av simulatortrening og eventuelt opprettelse av spesifikke kompetansesenter. For å vedlikeholde dagens kvalitet, er det viktig å gjennomføre spesialistkomiteens inspeksjoner, samarbeid med internasjonale organisasjoner, videreutvikle Norsk Gyn. forenings arbeide og foreningskultur, samt å stille godt med studenter og LISer slik at de velger gyn.faget for fremtiden.

Faget har over 40 ulike utdanningssteder, og det er ytret bekymring over lavt volum på enkelte inngrep. Ut fra spesialistkravene har breddekompetanse blitt vektlagt, men det diskuteres hvorvidt man skal sikte seg inn på kun mikroinvasiv og vaginal kirurgi og overlate åpen kirurgi til kirurgene. Økt selektering og endret funksjonsdeling

mellom ulike avdelinger kan sikre god pasientbehandling samt tilgang på inngrep dersom LIS er villig til å forflytte seg mellom avdelinger.

For øvrig er det viktig med god "seniorpolitikk" med tilrettelegging av arbeidsdagen for de erfarne over seksti slik at de ønsker å fortsette i faget. Utdanningskandidatene må i større grad trekkes inn i forskning med tilrettelegging av deltidsstillinger slik at forskning ikke forventes gjort på fritiden. Deltidsordningen vil også medføre lengre tidsbruk fram til spesialistgodkjenning, noe som må aksepteres av arbeidsgiver.

**Pepe Salvesen** representerte spesialistkomiteen, og samlet inn deltakernes skriftlige syn på obligatorisk kirurgitjeneste, antall seteforløsninger, antall ultralydscreeninger og undersøkelse ved seksuelle overgrep. Spesialistkomiteens anbefalinger er så langt å beholde nåværende prosedyrekrav, bortsett fra obligatorisk undersøkelse ved seksuelle overgrep.

**Hege Gjessing** (YLF) slo fast at noe av det viktigste for leger under spesialisering, er å få faste stillinger, og ikke som i dag der mange i en årrekke går på kortere vikariater. Ferdige spesialister bør rykke opp i faste overlegestillinger. Godt miljø med synlig ledelse og samarbeid mellom overleger virker rekrutterende. Det må fokuseres på kvalitet på opplæringen med krav på veiledning og fortløpende tilbakemelding til LIS. Den enkelte avdeling må ha en bevissthet om hvordan de møter nyansatte, og vektlegge det å "selge" faget sitt til studenter og andre.

**Arne Refsum**(OLF) fastslo at fast jobb etter 6-7 års utdanning er helt essensielt. Der står YLF og OLF helt samlet! Helseministerens foreslåtte samhandlingsreform legger ikke opp til nye

stillinger, og Refsum bekrefter at det kan oppstå legemangel både fordi importert legekraft har vist seg å være uforutsigelig, at vi trolig vil se reduksjon i antall timer pr. arbeidsuke, og fordi legeforeningen ønsker flere delte stillinger som kombineres med forskning, som dermed også vil medføre lengre tid frem mot spesialisering.

Vi må bort fra sannheten om at volum nødvendigvis er et kvalitetsmål, og avdelingene må kjenne sin egen drift og egne tall. Overlegeforeningen ønsker flere leger inn i ledelse, og utlyser derfor på flere hold overlegestipend til videreutdanning. Midler kan søkes både fra legeforeningens sentralstyre, YLF, fond I og overlegeforeningen.

01.10.09

Kristin Skogøy

## Beste foredrag i obstetikk:

FORLØSNING MED KIELLANDS TANG - 4 ÅRS MATERIALE"

Jørg Kessler, S.Albrechtsen, K.Augensen

## Beste foredrag i gen. gynekologi:

"HPV GENOTYPE DISTRIBUTION ACCORDING TO SEVERITY OF CERVICAL NEOPLASIA"

Katrine D Sjøborg, Ameli Tropé, Christine M Jonassen, Martin Steinbakk, Morten B Jacobsen I, Agnes Kathrine Lie, Anne Eskild

## Beste poster

"PREDIKTORER FOR FØDSELSVEKT HOS GUTTER OG JENTER"

Nanna Voldner, Frey Frøslie, Godang K, Bollerslev J, Henriksen T



NFGs årsmøte Fredrikstad 3. september 2009

# Referat PSL formøte

Fremmøte 29 stk. Møtet ble ledet av PSL s representant i styret, Runa S. Aabø.

Runa gjennomgikk kort årets arbeide;

På PSL møte Bodø 2008 var det flertall for at en arbeidsgruppe skulle se på muligheten for medikamentell abort i spesialistpraksis. (Arbeidsgruppen: Ole-Erik Iversen, Kristina Johannessen, Hilde Sundhagen og Runa S. Aabø.)

Gruppen har utarbeidet dokumentet: "Medikamentindusert provosert abort hjemme. Praktiserende spesialisters rolle i initiering og oppfølging." Forslaget er styregodkjendt i Norsk gyn forening og ble oversendt Helsedirektoratet feb. 2009. Etter purring er det kommet svar fra direktoratet om at de ser på dette som en viktig problemstilling, men pga spørsmål vedrørende lovtolkningen, er forslaget oversendt departementet for videre vurdering. I svar fra departementet 01.09.09 fremgår det at slik departementet vurderer saken, er det en viktig problemstilling NGF reiser. Departementet ser at det faglig sett er flere faktorer som taler for at privatpraktiserende avtalespesialister får anledning til å kunne tilby medikamentell behandling hjemme til kvinner som ønsker dette tilbudet, og departementet arbeider nå med saken.

Det var senere kommentarer til takster. Ove Mortensen tok til orde for at man sørget for takster før man går inn på avtaler. I de andre nordiske land har man ordnet separate økonomisk avtaler for abort i praksis.

Frode Solberg, Fagsjef og advokat i legeföreningens Forhandlings- og helseerettsavdeling:

(Øvrige funksjoner: Rådgiver PSL og sekretær i rettskadeavdelingen.) holdt foredrag om "Ulike typer klagesaker-legens ulike roller og legeföreningens mulighet til bistand".

Det er ulike former for klager, f.eks: feil behandling, rett behandling med uheldig utfall, manglende behandling, manglende kommunikasjon. Klagenes rettes forskjellige steder: direkte til legen, arbeidsgiver, RHF,

helsetilsynet, legeföreningen, NPL, advokater. Legens rettigheter sikres gjennom: forvaltningssak, sivil rettsvist eller straffesak. En god regel er ring legeföreningen for juridisk bistand. Enkel juridisk bistand er viktig for å forebygge større saker.

Erstatningsansvar sikres gjennom NPE. Pasientskadeloven som forvaltes av NPE, sikrer pasienten erstatning ved feil behandling og eller svikt i behandling på tilnærmet objektivt grunnlag. Denne loven er bra for både pasient og lege. Legen har plikt til å opplyse pasienten om loven ved behov, husk å nedfelle dette i journalen!! NPE treffer vedtak, dette kan kun ankes av pasient, ikke av legen.

Pasientskadeloven dekker ikke alle oppreisningskrav, derfor foreligger det et "restforsikringsbehov" som nå svarer til den "gamle" ansvarsforsikringen som vi har gjennom legeföreningen. Denne trengs i mindre omfang og blir derfor billigere.

Vedr rettskadeordningen i legeföreningen er det kun leger som er medlemmer som får bistand, saken må ha tilknytning til legeyrket. Alle har rett på vurdering, og hvis legeföreningen skjønner det nødvendig med bistand får man det.

Vanligvis ytes lite eller begrenset bistand for skatterett, saker/ uenighet ml. lege kollegaer. Spørsmål til Solberg: hva med vikar i driftstilskudd- uklart om denne dekkes av NPE.

Pasienter som deltar i legemiddelforskning? Prinsipielt bør dette meldes NPE selv om industri er forsikret. Solberg vil ta opp dette med NPE.

Hilde Sundhagen holdt et glimrende innlegg om sine erfaringer fra Norsk pasientskadeerstatning som hun hadde løftet opp på et forbildelig nivå. Hun snakket om pasientklager som en erfaring med bevisstgjøring av egen virksomhet. Hun minnet oss om hvor viktig det er at vi kvalitetssikrer vår praksis, med gode rutiner og systemer. Som andre steder blir vi avhengig av det svakeste ledd, og der er derfor viktig med god opplæring av alle som

er tilknyttet praksis, slik at alle følger de samme retningslinjer og er inneforstått med dette. Følgende punkter ble nevnt: opplæring av personer tilknyttet praksis -brevrutiner -henvisningsrutiner -journalføring -arkiveringsrutiner -datasystemer -evt bytte av disse, -prioritering av henvisninger -krav til opplysninger i henvisning -krav til ferdighet og etterutdanning.

Hilde viste også et bilde på pasientens opplevelse av møtet med oss: Det er flere faktorer som kan nevnes: Tilgang - kommunikasjon -kompetanse -høflighet -troverdighet -tillit -empati -sikkerhet - forventninger -tidligere erfaringer - utfall/ resultat. Klager er ofte et resultat av flere av disse faktorer.

Hilde avsluttet med ønske om at NGF/PSL arbeider videre med fokus på kvalitetssikring, evt i form av mer formaliserte veiledere for gynekologer i praksis. Allmennlegene har for eksempel en såkaldt strukturhåndbok.

Til slutt var det en del refleksjoner over Solberg og Hildes innlegg. Er det evt grunnlag for støttegrupper i vanskelige situasjoner. Ballintgruppene fungerer stort sett bra. Og det ville muligens være ønskelig med mer formaliserte grupper, slik at alle fikk en plass relativt raskt etter oppstart i praksis.

Monica Alnes reflekterte over henvisningsrutiner både elektroniske og papirversjoner,- det er åpenbart forskjellig hvordan dette praktiseres.

Frode Solberg har bedt om at det gjøres oppmerksom på at det i etterkant av foredraget har oppstått en uklar situasjon bl.a mht meldeplikt for de som har deltids-driftstilskudd og jobber innenfor normaltariffen, men jobber mer enn brøken skulle tilsi. Han anbefaler at alle leser det ekstraordinære medlemsbrevet som ble sendt 1. oktober (elektronisk), og at alle praktiserende spesialister er oppmerksom på ytterligere informasjon som gis i medlemsbrev og på annet vis.

Oslo 16.10.09  
Grete H Berild

NFGs årsmøte Fredrikstad 3.september 2009.

# Referat formøtet NFGO

- Kontroll etter ferdigbehandla endometri- og ovarialkreft.
- Pasienttryggleik og levetid – økonomi og evidens.

## Ny dansk MTV (medicinsk teknologi vurdering) rapport

[http://www.sst.dk/publ/Publ2009/MTV/Ktrlforl\\_gynaek\\_kraeftpat/MTV\\_kontrolforloeb\\_net\\_final.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2009/MTV/Ktrlforl_gynaek_kraeftpat/MTV_kontrolforloeb_net_final.pdf)

Mogensen Ole. Professor Gynækologisk Obstetriske Afdeling D, Odense Universitets-hospital

Mange av våre kreftpasientar vert friske etter behandling. Som regel får desse kvinnene tilbod om rutinekontrollar fleire gonger årleg. Dette tuftar på tradisjon gjennom generasjonar, trass studiar som visar tvilsam nytte av 3.månaderskontrollar. På same tid aukar sjukehuskøen.

I Fredrikstad fekk vi presentert første internasjonale kvalitetsbaserte analyse av kontrollar etter ferdigbehandla ovarial- og endometriecancer. Dette er ein dansk "medicinsk teknologi vurdering" ferdig publisert 2009.

Hovudforfattaren, professor Ole Mogensen frå Odense, foreleste med stort engasjement – om kontrollar som siste del av "kræftrejsen". Utifrå deira vurdering finst det ikkje grunnlag for allmenne 3 -4 månaderskontrollar. Etter ferdigbehandla kreft bør kvar kvinne få kontrakttilbod om kontroll eller ikkje.

Kvifor vert kontrollen gjort ?? – for å oppdage residiv? (vert som oftast oppdaga av kvinnene sjølve utanom rutinekontrollen) For omsorg? (mange er mest redde kontrolldagane)

Kva instrument skal nyttast ved kontrollane – celleprøvar ? - rtg? – CA-125?, alle har lite å tilføre den gode kontrollen.

Er kreftspesialisten best som "kontrollør"? – kanskje ved nokre spesialtilfelle. Best for kvinnene er truleg allmenlegen og sjukepleiar.

Omlag 30 frammøtte fekk ei god innføring i kontrollrutinar ved endometri- og ovarialcancer, rutinar som sikkert kan overførast til dei andre gyncancerar. Mange hadde spørsmål til forelesaren. Denne danske "medicinsk teknologi vurdering" må få betydning for oppdatering av relevante kapittel i Veiledaren for gyn onkologi Les rapporten.

Jostein Tjugum

## Aldara «Meda»

C Immunstimulerende middel.



ATC-nr.: D06B B10

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

**Indikasjonar:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflattisk basalellekreft (sBCC) hos voksne. Klinisk karakteristisk, ikke-hyperkeratisk, 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 behandlingsoalternativer er kontraindisert eller uaktuelle.

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

**Kontraindikasjonar:** Overfølsomhet mot imiquimod eller andre innholdsstoffer i kremen.

**Forsiktighetsregler:** *Veneriske vorter:* Det er begrenset erfaring ved behandling av vorter under forhuden hos ikke-omskårne menn. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosis, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjæring. God forhudshygiene bør derfor anbefales. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. erosjon, sårdannelse, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet med å trekke forhuden tilbake. Opptrer disse symptomene skal behandlingen stoppes umiddelbart. Imiquimod er ikke blitt testet for behandling av interne genitale vorter og er ikke anbefalt til behandling av kondylomer i urethra, vagina, cervix eller rectum. Behandling skal ikke startes i områder med åpne sår. Skulle det oppstå en ikke-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 immunosupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrenset data har vist en økt vortetilhealing hos HIV-positive pasienter, men ikke i samme grad som hos HIV-negative. *Basalellekreft:* Imiquimod er ikke undersøkt ved behandling av basalellekreft innenfor et område på 1 cm fra øyelokkene, nese, lepper eller hårfestet. Under behandlingen og til fullstendig tilheling, vil det behandlede hudområdet trolig fremstå tydelig forskjellig fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse avtar vanligvis i intensitet 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 propylparahydroksibenzoat, kan gi allergiske reaksjoner. Skal benyttes med forsiktighet hos pasienter med reduserte hematologiske reserver. *Aktinisk keratose:* Lesjoner som er klinisk atypiske eller som gir mistanke om kreft, bør undersøkes med vevsprøve for å bestemme egnet behandling. Imiquimod er ikke evaluert for behandling av AK på øyelokkene, inne i neseborene eller ørene eller leppområdet 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 vanlige. Hudreaksjoner på nær-liggende områder, hovedsakelig erytem, forekommer også. Lokale hudreaksjoner som erytem er sannsynligvis en konsekvens av den farmakologiske effekten av imiquimod. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. Ved behandling av basalellekreft er det en direkte sammenheng mellom intensitet av lokale reaksjoner og tumor tilheling. De fleste hudreaksjoner er milde til moderate i alvorlighetsgrad, og blir borte innen 2 uker etter avslutning av behandlingen. I sjeldne tilfeller har reaksjonene vært kraftige og nødvendiggjort behandling og/eller medført nedsatt funksjonsevne. I svært sjeldne tilfeller har uttalte reaksjoner i urinrørsåpningen medført dysuri hos kvinner. *Hypypige (-s/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 percutane absorpsjon. Vedvarende dermatologisk reaksjoner kan resultere i alvorlige lokale hudreaksjoner. Etter utisiktet oral inntak kan det oppetre symptomer som kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber etter en enkel dose på 200 mg imiquimod. Den alvorligste kliniske bivirkning rapportert etter oral inntak av >200 mg imiquimod er hypotensjon. Blodtrykket kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjonens anbefalinger D06B B10. **Egenskaper: Klassifisering:** Immunstimulerende middel. **Virkningsmekanisme:** Imiquimod modifiserer immunresponsen. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor for imiquimod på responderende immunceller. Imiquimod har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeler er imiquimod effektiv mot virusinfeksjoner og virker som et anti-tumorstoff prinsipielt ved å induisere alfainterferon og andre cytokiner. Dette er også vist i kliniske studier. Økning i systemiske nivåer av alfa-interferon og andre cytokiner som følge av lokal påføring av imiquimod er påvist i en farmakokinetisk studie. *Absorpsjon:* <0,9%. *Utskillelse:* Hurtig via urin ca. 66% og feces ca. 33%.

**Pakninger og priser:** 12 x 0,25 g kr 179,70.

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

Sist endret: 20.11.2007

Referanser:

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

**MEDA**

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.

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

**MEDA**

Stimulerer immunsystemet lokalt



# Referat fra NUGG møte

Møteleder: Atrid Rygh

Referent: Kari Western

10.00 Ingrid Petrikke Olsen: Ultralydens rolle i undersøkelsen og forståelsen av bekkenbunnen

30 år siden den første artikkelen om bekkebnns-ultralyd ble presentert (HP Dietz). Endoanal ultralyd er gullstandard. Vi måler volum og lengde av Sphincter Ext. I følge IPO: Dårlig reproduserbarhet. Vaginalprobe: Ser de samme strukturer og i tillegg slimhinnen og vinkelen i overgangen analkanal/Rectum. Har denne vinkelen betydning for inkontinensmekanismen? Analslimhinnen kan brukes som markør: Protruerer når defekt i Sphincter.

**Konklusjon:** Ultralyd av bekkenbunnen har kommet for å bli, men mye vi ikke forstår. Tverrfaglig samarbeid der gynekologen bør være sentral. Systematisk opplæring for LISer? Transvaginal-og perineal ul er dynamiske us. Vi vet foreløpig ikke hvilken probe som er best til hva. Vi oppfordres til å bruke TVUL på Spincter. Fint redskap for gynekologen!

10.30 Memona Majida : Resultater av de første mini- slynge operasjoner ved AHUS. Diskusjon: Hvordan møte nye teknikker?

Ajust slynge sammenliknet med TOT/TVT-O. 107 inkl. 1. jan. til 30. juni 2009. TOT=54, TVT-O=16, Ajust=28. MiniArch=9. Oppringt 28, 21 svarte. NUGG spørreskjema. I av 28 hadde lekkasje postop. 20 pas. veldig fornøyd, I litt misfornøyd. Op.tid: 5-14 min.. Videre plan: Teste objektivt (stresstest/flowmetri). Sammenliknet med andre slyngesedyrer.

**Diskusjon:** Andre minislynger har dårligere resultat. Hvorfor begynne med en ny slynge som ikke er utprøvd? Hvordan etisk begrunne ny metode som ikke har langtidsresultater? Viktig å informere om at dette er eksperimentell kirurgi.

11.00 Ingeborg Hoff Brækken: Effekt av bekkenbunnsøvelser ved genitalt prolaps – en RCT

Kan genitalt prolaps reverseres? 109 pas.>= 1 år etter fødsel. Rand. i 2 grupper: Prolaps til introitus/utenfor og kontrollgruppe. Grad 0 og IV ekskl. En rekke andre ekskl. kriterier. Norskstalende. Validert Symptom-Bother Questionnaire. 3D og 4D Ultralyd/GU. Instruksjon og trening. Treningsdagbok. 79 % nådde oppsatte treningsmål. Resultat i treningsgruppen: 3 mm høyere blærehals, 2 mm økt tykkelse i puboviscelale muskulatur. Redusert hiatus-diameter. Mekaniske symptomer ble redusert hos 74 % i treningsgruppen vs. 31 % i kontrollgr. SUI redusert hos 74 % i treningsgr. og 30 % i kontrollgr.

**Konklusjon:** Bekkenbunnstrening kan redusere grad av genitalt prolaps og heve organer. Gir bedre resultat enn bare livsstilsendring.

11.25 Kort komplikasjonskvarter V/ Kari Western

latrogen urethra-skade ifm. fjerning av prolensbånd etter mislykket TVT. Pas. Fikk en urethravaginal fistel som ble vellykket operert av Trovik/Kiserud KK, Haukeland. Etter dette ny urodynamisk utredning og strålende resultat etter justerbar TVT – slynge (Sigurd Kulseng-Hanssen).

**Konklusjon:** Ikke forsøk å ta bort gammelt prolensbånd og om ulykken er ute, vær på tilbudssiden!

11.40 -1200: Sigurd Kulseng-Hanssen: NUGGregisteret og Norsk Urogyn AS. Orientering om ny organisering og diskusjon.

Historikk: Norsk Kvinnelig Inkontinens Register (NKIR) godkjent av Datatilsynet (DT) i 1999, men persondata må slettes etter 10 år. DT vil ikke lenger godkjenne NUGG-

styret som databehandlings-ansvarlig. Et nytt NUGG-styre, best mulig geografisk fordelt er oppnevnt. HF-Sykehuset Asker og Bærum vil ikke overta databehandlingsansvaret. Urogyndata as fortsetter som før. Mulige løsninger:

1. Ikke personidentifiserbart register.
2. Et annet Helseforetak blir databehandlingsansvarlig.

**Konklusjon:** Sigurd tror et annet helseforetak kan være villig til å være databehandlingsansvarlig og at Datatilsynet vil godkjenne NUGG-registeret. NUGG har en stor utfordring: 40 % av deltakende avdelinger har ikke innhentet pålagt skriftlig pasientsamtykke. Alle avdelingene må få orden på dette! Når NUGG har ny avtale med Datatilsynet vil det sannsynligvis komme et opplegg der sykehus som ikke har skriftlig pasientsamtykke innhenter dette fra tidligere pasienter.

Det ble også diskusjon om NUGG-rapportene skal endres slik at sykehusene blir identifisert. Flertallet av de tilstedeværende går inn for det.

Sigurd spurte om avdelingene kunne være interessert i at en representant for Nuggstyret går gjennom den lokale nuggdatabase med registrerende personell og går gjennom avdelingens resultater med avdelingssjefen og den NUGGansvarlige. Flere kunne tenke seg et slikt opplegg.

PS. Klinikksjef Bjørn Busund, Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus, Ullevål har sagt seg villig til å være databehandlingsansvarlig for Norsk Kvinnelig Inkontinens register som er det offisielle navnet på NUGGregisteret.

Fredrikstad 12.10.09 Kari Western

# NFYOG Seminar København 12.-13. Juni 2009: **3rd World Challenges in Obstetrics and Gynaecology**

**Det ble to givende dager med innholdsrike forelesninger fra klinikere med mye erfaring fra arbeid i utviklingsland. Og ikke minst et hyggelig møte med andre unge skandinaviske kolleger.**

## **Maternell helse**

Vind og dårlige flyforhold gjorde at det tok en god stund før alle kursdeltagere var på plass i Novo Nordisk sine kurslokaler litt utenfor København sentrum fredag formiddag. De med flyskrekk hadde ikke en god dag 12.juni!

Men vi kom omsider i gang, og Stig Hill, president i NFYOG, ønsket alle velkommen, og introduserte første foreleser, Jerker Liljestrand. En mann som egentlig ikke behøver noen introduksjon, han bør nok være kjent for de fleste. Han er FIGO kasserer, og har lang fartstid med arbeid innen obstetikk og gynekologi i utviklingsland. For tiden bor og jobber han i Kambodsja. Han holdt en fengende forelesning om problemer innen u-lands medisin, hvor man de siste 30 år har hatt mye fokus på familieplanlegging, og dette har resultert i lite fokus på maternell helse. Global helse har blitt bedre gjennom årene, hvis man bruker måleparametre som "under 5 års mortalitet" og "forventet levetid". Mødredødelighet (MMR) derimot, har vært uendret over flere år. Etter at Millenium Development Goals ble etablert av FN og flere internasjonale organisasjoner i 2000, mener man at dette har bidratt til en øket prioritering av maternell helse.

Vi har på verdensbasis 536 000 svangerskapsrelaterte dødsfall årlig, mange av disse er pga faktorer som kan endres; feilernæring i barneårene (hemmet vekst av bekkenet), ekteskap i tidlig alder, fattigdom og manglende utdanning (kvinner tar ikke kontakt med helseinstitusjoner på grunn av mangel på både penger og kunnskap).

## **Jordmødre**

Videre snakket han om hva vi kan lære av vestlige land når det gjelder obstetrisk erfaring fra de siste 100 år, bl.a. at fødsler i

hovedsak bør ledes av jordmødre. I mange utviklingsland er jordmødre marginalisert i samfunnet, og jobber helt alene ute i felten, ofte uten tilknytning til sykehusavdelinger og dermed uten faglig støtte. I tillegg presiserte han viktigheten av å opprettholde kunsten å kunne forløse vaginalt instrumentelt, i en tid der sectiofrekvensen øker, både i vestlige og ikke-vestlige land. Dette er spesielt viktig de steder der keisersnitt fortsatt er lite gjennomførbart av mange årsaker. Han oppfordret oss unge obstetrikere og gynekologer til å skaffe oss erfaring fra arbeid i felten, og til å samarbeide med jordmødre. Vi fikk også høre mye om mødre helse og om hvor fokus for HIV/AIDS intervensjon er rettet nå for tiden, samt nyttige praktiske tips, og en del spennende historier om hans personlige erfaringer.

## **Vesicovaginale fistler**

Innen lunsjtider var vi fulltallige, bortsett fra noen av de stakkars finske kursdeltagerne som var blitt syke og derfor ikke kunne komme seg avgårde til Danmark. Vi fortsatte med Martin Rudnickis forelesning om forebygging og behandling av vesicovaginale fistler. Han snakket om sine erfaringer ved Addis Abeba Fistula Hospital. Fistlene er et utbredt problem i Afrika, på grunn av manglende eller suboptimal obstetrisk omsorg, dårlig infrastruktur som hindrer korrekt behandling, og utbredt tro på ikke-skolert helsepersonell. Problemer man støter på i utviklingsland er mangel på utstyr, f eks til cystoskopi, og man ser mange pasienter med vedvarende urininkontinens på grunn av blærefistler nær urethramunningen. Vi fikk en del praktiske råd om forebygging og enkel kirurgisk teknikk. Det er gjort en 18 måneders follow-up studie av fistelopererte kvinner, som publiseres i BJOG i disse dager, hvor man har fulgt opp 84% av opererte kvinner.

## **Svangerskapsavbrudd**

Den siste av de inviterte gjestetalerne fredag var Vibeke Rasch med sin forelesning med tittelen "Unsafe termination of pregnancies in third world countries; the facts", basert på hennes doktorgrad. Det er i utviklingslandene stor variasjon i lovgivning og tilgjengelighet, og i noen land hvor det er lov med svangerskapsavbrudd foregår det fortsatt en stor del illegale aborter. Hun nevnte eksempelvis Zambia, hvor det kreves en psykiatrisk evaluering før aborten godkjennes, men hvor det i praksis er umulig å få time hos psykiater, og det medfører en stor andel illegale aborter. 25% av graviditeter på verdensbasis ender årlig i abort, dette utgjør ca 50 millioner. Av disse antas det at 20 millioner er såkalte "unsafe abortions". En kvinne som gjennomgår abort i Afrika har 700 ganger økt dødelighet sammenlignet med en kvinne i et vestlig land. Det gjenstår også mye arbeid for å forbedre "post-abortion care", inkludert det å fange opp pasienter diagnostisert med spontan abort, men som egentlig er uønsket gravide og behøver prevensjon.

## **Indisk mat**

Fredag kveld fikk vi så vidt snudd oss i døren på hotellrommet på Zleep Hotell, før Stig løset oss inn til København by til middag. Vi fikk en frisk spasertur i skarp vårvind, før vi landet på India Palace Restaurant, hvor de ønsket oss velkommen med het indisk mat og generøse halvlitre med øl.

Lørdag fortalte Siri Skrøppa fra Ullevål sykehus om sitt opphold i Malawi, et foredrag som fenget mange. Denne referenten hadde dessverre ikke mulighet til å delta på dette, men hørte mye skryt om innlegget i etterkant.

- Rolf Kirschner
- Rikshospitalet, Oslo
- Rolf.Kirschner@rikshospitalet.no

# FIGO 2009 CAPE TOWN

**FIGO er stort! Kongressen er vel den største internasjonale allmenngynekologiske kongressen som arrangeres, og det kun hvert tredje år, så det er liksom noe ekstra! I løpet av forhandlingene ble det nevnt at den amerikanske kongressen hadde like mange deltagere, men allikevel! I ACOG vil de fleste deltagerne være amerikanere, her er det folk fra ALLE verdens kanter - altså noe spesielt.**



Norske delegater ved Kapp det gode håp. Foto: Knut Magne Uv

Et minste kunnskap til FIGO er at kongressen altså arrangeres hvert tredje år i de ulike verdensdelene, og at man da fokuserer på den verdensdelen og dets problemer. I tillegg er det slik at medlemmer av de nasjonale foreningene i den verdensdelen også tilgodeses med rabatterte kongressavgifter, hvilket gjorde det mulig for riktig mange afrikanere å delta i år.

## Mange deltakere

Og vi var mange - over 8000 deltok etter hvert. Og det var nok å se og høre på-10 parallele sesjoner før lunsj og 14 etter lunsj, start kl 0800 og avslutning kl 1730. Og hver dag et hundretall postere å inspisere. I tillegg er det lagt inn nasjonale møter med spesielle og generelle emner: RCOG, SIGO, EBCOG etc. Kongress-senteret er rimelig nytt og meget flott- ligger like ved Cape Towns berømte Waterfront slik at de fleste kunne gå fra hotellene der -ellers var det lagt opp til en omfattende buss – shuttle -transport.

Etter hvert oppdaget en at det også var mange NGF'ere til stede, folk kom og gikk og en dumpet inn i hverandre mens en løp fra sal til sal. Og gledelig nok, det var riktig mange norske forelesere og ordstyrere, i ulike emner innen faget, jernmangel,



blødninger i Tanzania, fistler og pasienter uten smertefølelse - bare for å nevne noen. Så får en jo med seg hele abstraktboken på en CD som en kan kose seg med i de mørke høst- og vinterkveldene.

### Omskjæring

En velger seg ofte ut "sine" emner, og litt annet ved siden av. For tre år siden var det fistler som var motto Verdensdelen har jo "sine" problemer å by på- FIGO lanserte i år en kampanje mot "The Cutting Tradition"- dvs. kvinnelig omskjæring, med en film som vi alle fikk med oss- ganske forferdelig å se på. Og det er en alt for omfattende tradisjon fortsatt-f. eks i et "opplyst" land som Egypt. Så har en jo problemet med infeksjoner, dels i forbindelse med alle abortene, dels HPV og HIV, og følgene av disse. Paradoksalt da at en parallelt med kampanjen mot kvinnelig omskjæring har kampanjer som går inn for vitenskapelig utført mannlig omskjæring, noe som viser seg å være et kostnadseffektivt middel nettopp mot disse STD'ene, som direkte og indirekte står for mesteparten av dødsfallene i Afrika ved siden av postpartumblødningene.

### Misoprostol

Mht siste så vedtok FIGO en klar uttalelse for bruk og delegert bruk av Misoprostol, og her fikk alle utdelt en doseringstabell og -hjul. En regner med at dette vil være sterkt medvirkende til å redusere dødsfallene av PPH. Jeg opplevde en stålende debatt for/ mot "valgfri" sectio, med to engelsktalende debattanter, som ikke ga ikke noen løsning, men var en nytelse å følge. Habituelle aborter defineres ulikt på hver side av Atlanteren - vi får holde oss til tre aborter her i Europa, og årsakene kan være mange og varierte, behandlingen likeså -spørsmålet er om vi behandler for mange intra-uterine polypper og myomer av ulike dimensjoner og lokaliteter, mon tro?? Muligens er placebo like bra som kirurgiske inngrep?? Videre er dysfunksjonelle blødninger blitt gjenstand for en helt ny klassifisering og nomenklatur, f.eks er "metrorragi" og "menorragi" ikke-eksisterende lenger. Det har en ekspertgruppe besluttet (uten at vi er blitt invitert), så her er det å sette seg ned med veilederen og gå "back to the drawingboard".



Rikt fugle - og dyreliv. Foto Oskar Johan Skår/Sverre Sand



Safari i Mabula game lodge. Foto Sverre Sand



Drammensgjengen. Foto: Knut Magne Uv

### Medlemsmøte

NGF er medlemsforening i FIGO, og medlemsmøtet med valg holdes jo kun hvert 3 år, selv om styret (officers) og Board har møter oftere. Hovedkontoret blitt flyttet til London til et eget hus, og organisasjonen er blitt registrert i UK som en humanitær organisasjon, tidligere var en registrert i Sveits. Dette har gjort at organisasjonene lettere har kunnet motta midler fra private og offentlige stiftelser og fond til de prosjektene som er i gang for mor- og barnehelsen. Bla. har dette resultert i større midler fra Gates' Foundation og SIDA (svensk u-hjelp). Dette krevde en rekke endringer av vedtektene, allerede skissert i Kuala Lumpur i 2006. Hovedsakene i år



Blomst. Foto: Knut Magne Uv

var et forslag om å innføre to-årsperioder for kongress og forenings- funksjoner, dette mest for å skaffe mer midler, da kongressene er FIGOs hovedinntektskilde. En ønsket også kortere funksjonsperioder, f. eks sitter president - elect først tre år i styret (for å lære), deretter tre år som president, og så tre år som past- president (for å lære fra seg!). En ønsket ikke å fristille funksjonsperioden fra kongressperioden. En annen viktig sak var valg av kongresssted om 6 (5) år, for neste gang er allerede valgt, i 2012 i Roma. Det foreligger virksomhetsrapporter og regnskapsrapporter, og det valg på president, styre og "Board".

### Valg

Møtet går relativt ordnet for seg, da alt materiale er sendt ut på forhånd, men valgene krever mye forberedelse og ikke er helt enkelt fordi FIGO er delt opp i geografiske regioner. Bruduljene truet valgavviklingen så NGF måtte etter hvert inn og rydde opp i saken så vi kom videre. Det ble avgjort at en skal fortsette med tre-års kongress- og valgperioder, således ble kongressen i 2015 lagt til Vancouver. I et meget tett valg ble Sabaratnam Arulkamran (Sir-president i

RCOG) valgt som president - elect foran Louis Cabero-Roura fra Barcelona (begge kjent fra EBCOG). Han tiltrer da i Roma i 2012, for da skal presidenten vær europeisk. Gamal Serour fra Egypt ble valgt i Malaysia i 2006 og tiltro nå i treårs-perioden frem til Roma. Som visepresident ble Takeshi Maruo fra Japan valgt (dette er en relativt betydningsløs posisjon), kasserer i EBCOG, Wolfgang Holzgreve, (kjent fra NGF Bodø) ble valgt til kasserer også her, og Ian Fraser fra Australia ble gjenvalgt som sekretær. FIGO har dessuten en fast ansatt generalsekretær i London. Dorothy Shaw fra Canada ble behørig takket for sin meget fruktbare og aktive treårsperiode som president, og sitter nå i styret som past- president.

Etter god innsats og lobbying og et spennende valg fikk vi innvalgt vår nordiske representant (etter turnusliste) Seija Grenman fra Finland, og pt. har NGF foreslått for NFOG at representativiteten styrkes ved at FIGO - representanten får konsultasjonsrett i NFOG-styremøtene og at kostnadene ved den nordiske representanten dekkes av NFOG.





Omvisning på Robben Island. Foto: Knut Magne Uv



Kapp det gode håp. Foto: Oskar Johan Skår

### Sightseeing i kontrastenes land

Sør Afrika er et kontrastenes land, det er flott natur, mange innbyggere av "rainbow-colour", det er stor rikdom og stor fattigdom. 49 (???) millioner innbyggere har klart en fredelig transisjon etter mange års segregasjon, men er belastet med opptil 3 millioner flyktninger fra Zimbabwe og mange fra både Somalia og andre land i Afrika. Det er inkomplette demokratiske tradisjoner, som naturlig er, og mye åpen og økonomisk kriminalitet. Landets 11 offisielle minoriteter har ikke alltid den fellesskapsfølelsen innbyggerne har behov for. Mange fikk tid til sightseeing på Waterfront og tur ut i Townshipene, til Table Mountain og Robben Island- bare så synd at det er problematisk å spasere rundt alene!

Da er det godt at kongressdagene er så lange at tiden blir så knapp at en ikke får dårlig samvittighet for det en misser!!!



Table mountain. Foto: Knut Magne Uv



Suludans i Lesedi cultural vallage. Foto: Sverre Sand



Underholdning. Foto: Sverre Sand



# St. Olavs orden til Professor emerita Julie Solem Skjæraasen

**H.M. Kongen har utnevnt professor emerita dr. med. Julie Solem Skjæraasen til Ridder I. klasse av Den Kongelige Norske St. Olavs Orden for hennes samfunnsnyttige innsats. H.M. Kongen har i sin vurdering lagt vesentlig vekt på Skjæraasens betydelige innsats innen norsk fødselshjelp og kvinnesykdommer. Dekorasjonen ble overrakt ved et arrangement i Legenes Hus i Oslo fredag 18. september 2009.**

**Vi gratulerer!**



## Emselex «Novartis»

**Urologisk spasmolytikum.** ATC-nr.: G04B D10  
**DEPOTTABLETTER 7,5 mg og 15 mg:** Hver depottablett inneholder: 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 unødvendig. **Nedsatt leverfunksjon:** Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A), men dosejustering er unødvendig. Ved moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad B) bør behandling kun gis dersom fordelene 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 risiko for 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 monitoringering av prolotrombintid 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. oksybutylin, tolterodin, flavoksat) 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 amming.

**Bivirkninger:** Antikolinerge effekter er generelt doseavhengige. **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Munntørrhet, forstoppelse. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, abdominalsmerter. Neurologiske: Hodepine. **Øye:** Tørre øyne. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Diaré, flatulens, sår i munnen. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Tørr hud, utslett, pruritus, svetteing. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Kjønnorganer/bryst: Impotens, vaginitt. Luftveier: Rhinitt, hoste, dyspné. Neurologiske: 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 munntørrhet, 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 Giftinformasjonens anbefalinger G04B D10 side d.

**Egenskaper:** **Klassifisering:** Urologisk spasmolytikum. **Virkningsmekanisme:** Selektiv muskarinreseptorantagonist (M<sub>3</sub> SRA). M<sub>3</sub>-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	-	N39.4	-

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

Sist endret: 16.10.2008 (SPC 25.08.2008)



# EMSELEX® - EFFEKTIV<sup>1</sup> OG M<sub>3</sub> SELEKTIV

Effektiv<sup>1</sup>

## VEIEN TIL BEHANDLING AV OVERAKTIV BLÆRE

- 77% reduksjon av antall episoder med urgeinkontinens<sup>1</sup>
- Godt tolerert<sup>1</sup>
- En dose - 7,5 mg eller 15 mg daglig<sup>2</sup>

 **Emselex**<sup>®</sup>  
(darifenacin) 7,5mg og 15mg  
DEPOTTABLETT  
Effektiv og M<sub>3</sub> 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 M<sub>3</sub> selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;93:993-1001.

2. FK-tekst 12.04.2007

# Bokanbefalinger

av Margit Steinholt

Nå når mørket igjen senker seg over landet, kan det være greit å finne fram litteratur som setter fantasien i sving. Kolleger både skriver bøker og er tema i bøker, og her kommer en klassiker og en nykommer. Begge har tilfeldigvis sitt utgangspunkt i gamle sivilisasjoner nord i Afrika.

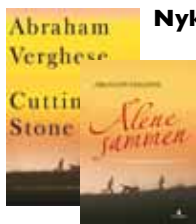


## Klassikeren: "Egypteren Sinuhe" av Mika Waltari

Denne boka er skrevet i 1948, men er like fengslende den dag i dag. Fortellerstemmen er Sinuhe, livlege til egyptiske faraoen Akhnaton. Akhnaton's regjeringstid var ca 1300 år før Kristus, og som gammel mann i landflyktighet ser Sinuhe tilbake på et begivenhetsrikt og eventyrlig liv; fullt av medisinske utfordringer og forlokkende kvinner!

Sjøl leste jeg boka første gang på 80- tallet mens jeg hospiterte på et sykehus i Alexandria i Egypt, noe som satte en ekstra spiss på opplevelsen. Kombinasjonen av gammel kulturhistorie og medisinske problemstillinger gjør fortellingen uovertruffen, og skildringer av kjærlighet viser at menneskenes hjerter er de samme uavhengig av tid og sted.

Anbefales på det sterkeste!



## Nykommeren: "CUTTING for STONE" av Abraham Verghese.

(Chatto and Windus, London)

Forfatteren er sjøl lege, og det merkes på de utførlige beskrivelsene av pasienter og tilstander på flere kontinenter.

Utgangspunktet er hovedpersonens dramatiske fødsel og oppvekst på et misjonshospital i etterkrigstidas Etiopia, men historien beveger seg både i tid og sted og mellom flere personer. Fortellerstilen er morsom, dramatisk og fabulerende, og sjøl greide jeg ikke legge boka fra meg. Det engelske språket er lett og ledig, så nå er sjansen til å friske opp språkkunnskapene mens du lar deg underholde.

Foreligger også i norsk oversettelse med tittelen "Alene sammen"

Olympus  
Academy

OLYMPUS

LESS



ULLEVÅL  
universitetssykehus

## Kurs i gynekologisk LESS teknikk

### Kursusbeskrivelse

Kurset fokuserer på å øke teoretisk og praktisk kunnskap innen for den nye metoden LESS Laparo Endoskopisk Single -Site Surgery. Det vil bli praktiske øvelser med spesialinstrumenter for LESS herav skop, trokarer og håndinstrumenter.

### Målgruppe

Kurset henvender seg til alle Gynekologer som utfører laparoskopisk kirurgi.

### Kursusleder

Anton Langebrekke Ullevål US

### Tid og sted

Kurset holdes fredag 4. desember 2009 på Ullevål Universitetssykehus, Materom 2. Kurstid er 08:30 - 15:30.

### Pris

Kr 1 500,-. Inkluderer undervisningsmaterieil.

### Påmelding

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

### Agenda

08:30-08:45	Velkommen Langebrekke /Busund, Ullevål US
08:45-09:15	LESS historie og bakgrunn for kurset Anton Langebrekke, Ullevål US
09:15-09:30	Utlstyr og tips Sjur Neland, Olympus Norge AS
09:30-10:30	Trening på boks og simulator
10:30-11:30	Live LESS operasjon Anton Langebrekke, Ullevål US
11:30-12:30	Lunsj
12:30-14:30	Trening på boks og simulator
14:30-15:30	Live LESS operasjon Anton Langebrekke, Ullevål US

Kurs i gynekologisk LESS teknikk



## The 37th NFOG Congress, Copenhagen 16-18th June 2010

The NFOG Scientific Committee would like to remind and encourage all NFOG members to attend the congress and enjoy the high quality scientific program as well as meeting colleagues and friends from the other Nordic countries.

The deadline for abstract submission is the 15th of February and deadline for low registration fee the 1st of March.

### The NFOG wants to reward good scientific work:

- a. There will be 3 prizes of 10.000 DKr for best posters and 3 prizes of 10.000 DKr for best oral presentations.
- b. At the congress it will be announced who gets the Young Scientist Award of 20.000 DKr.
- c. There will be a thesis presentation session where one doctor from each country **who has registered** his/her thesis at the NFOG Thesis Registry in 2008 and 2009, will be invited to give a presentation. The NFOG wants to remind new doctors to register their thesis at the NFOG website and that every year one entry will get a prize of 2.500 DKr (thesis lottery). See [www.nfog.org](http://www.nfog.org) and find the Thesis Registry, and how to submit your thesis.

Two successful applicants for the Lillehammer scholarship will be given their rewards at the congress (see separate announcement).

For further information please visit the NFOG website [www.nfog.org](http://www.nfog.org) or the congress website [www.nfog2010.dk](http://www.nfog2010.dk)

For the NFOG Scientific Committee,  
Knut Hordnes

## 6. nasjonale fagkonferanse om kunnskapsbasert smertebehandling

Norsk Smerteforening i Rikshospitalets Store auditorium Torsdag 14. og fredag 15. januar 2010

Konferansen er godkjent som tellende kurs av Den norske legeförening for de fleste spesialiteter; av Norsk sykepleier-forbund; Norsk fysioterapeut forbund; Norsk psykologforening

### Hovedtema

*Kroniske smerter – behandling som virker:* Erfaringer fra Bonicas smertesenter i Seattle i 1975 til Uppsala smertesenter i 2010 (Stephen Butler, Uppsala/Seattle)

*Smerter fra muskler og skjelett.* Tema for Global Year Against Pain 2010

*Nasjonale retningslinjer for smertepasienters rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten* Avdelingsdirektør Hans Petter Aarseth, Helsedirektoratet

*Samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om kronisk smertepasienter.* Bl.a. ved Gisle Roksund, Leder av Norsk forening for allmenntilleggsmedisin og Tor Levin Hofgaard, president i Norsk Psykologforening

*Kognitiv behandling av smerte og andre subjektive helseplager.* Ved bl.a. overlege dr. med. Ingvard Wilhelmsen og norsk Lightning Process-En lynrask smertebehandling

*12 ferske doktoravhandlingar om smerte presenteres med plakattramsyning og lysbilder*

*Frie plakattramsyningar av smerteforskning i Norge (med priser for beste presentasjonar)*

### Parallele sesjoner

*Smerter fra muskler og skjelett / Smerter hos barn/ Smertelindring i palliativ medisin/ Samarbeid mellom akutt smerteteam og kronisk smerte team*

### Parallele diskusjonsmøter for profesjonsgrupper

*Leger/Sykepleiere/Fysioterapeuter/Psykologer/Ergoterapeuter og andre*

**Påmelding:** [www.norsksmerteforening.no](http://www.norsksmerteforening.no) Deltagerpris for NOSF-medlemmer kr 1000 før 1.12-2009, kr 1500 etter 2.12-09. For ikke-medlemmer kr 1.500 før 1.12-09, kr 2000 etter 2.12-09, dette vil også gi medlemskap i NOSF for 2010 (+ 4 nummer av Scand Journal of Pain).

## The Lillehammer Scholarship

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

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

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

**Deadline for applications** April 1st 2010

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

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

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

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

## Masterclass laparoskopisk kirurgi level 4

28. Januar 2010

18. Mars 2010

Kvinneklubben, Oslo Universitetssykehus - Ullevål

Ved hver kursdag vil man undervise i og utføre 3 TLH (total laparoskopisk hysterectomi) på blant annet indikasjonen endometriose og endometrie cancer.

Antall kursdeltagere: maksimum 8.

Pris kr 1 000,-.

### Påmelding:

Påmelding og innbetaling til Bente Standnes på e-mail: [bente.standnes@olympus.no](mailto:bente.standnes@olympus.no).

**Kursledelse:** Anton Langebrekke, Erik Qvigstad, Edin Alagic



# Kongresskalender

	Dato	Kurs	Sted
2010	17.-20.feb	<b>EUROGIN 2010. Cervical cancer prevention: 20 years of progress</b>	Monte-Carlo
	4.-7.mar	<b>14th World Congress of Gynecologic Endocrinology</b>	Firenze, Italy
	5.-8. mai	<b>EBCOG 2010</b>	Antwerp, Belgium
	26.-29. mai	<b>XXII European Congress Perinatal Medicine</b>	Granada, Spain
	16.-20.mai	<b>17th International Congress of Cytology</b>	Edinburgh, Scotland
	16.-18. jun	<b>37th NFOG Congress</b>	Copenhagen, Denmark
	12.-15.aug	<b>Comprehensive Colposcopy</b>	San Francisco, USA
	12.-16. sept	<b>20th World Congress on Fertility and Sterility</b>	Munich, Germany
	23.-26. okt	<b>IGSC Meeting - International Gynecologic Cancer Society</b>	Praha, Tjekkia
	28.-30. okt	<b>16th International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology</b>	Venice, Italy

# C Qlaira «Bayer AS»

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: GO3A B.

**TABLETTER, filmdrasjerte:** Hver mørkegul tablett inneholder: Østradiolvalerat 3 mg, laktose. Hver mellomrød tablett inneholder: Østradiolvalerat 2 mg, dienogest 2 mg, laktose. Hver lysegul tablett inneholder: Østradiolvalerat 2 mg, dienogest 3 mg, laktose. Hver mørkerød tablett inneholder: Østradiolvalerat 1 mg, laktose. Hver hvit tablett (placebo) inneholder: Laktose. Forgestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). En pakning inneholder totalt 28 tabletter: 2 mørkegule, 5 mellomrøde, 17 lysegule, 2 mørkerøde og 2 hvite tabletter (placebo).

**Indikasjoner:** Oral antikonsepsjon.

**Dosering:** 1 tablett daglig tas i 28 etterfølgende dager, til omtrent samme tid hver dag. Neste brett påbegynnes uten pause mellom brettene. Tabletten tas om nødvendig med litt væske og i rekkefølgen som er angitt på brettet. Bortfallsblødning begynner normalt under inntak av de siste tabletten på brettet, men kan også starte etter at de første tabletten på neste brett er tatt. Behandlingen starter på menstruasjonens 1. dag. **Overgang fra andre prevensjonsmetoder:** P-piller: Oppstart dag etter siste virksomme tablett av tidligere preparat. P-ring eller p-plaster: Oppstart dag ring/plaster fjernes. Ved overgang fra preparat som kun inneholder progesteron må tilleggsprevensjon benyttes de første 9 dagene. Minipille: Oppstart hvilken som helst dag. Implantat eller spiral: Oppstart dag implantat/spiral fjernes. Injeksjonspreparat: Oppstart når neste injeksjon skal administreres. **Oppstart etter abort/fødsel:** Abort 1. trimester: Behandlingen kan startes umiddelbart. Fødsel/abort 2. trimester: Oppstart dag 21-28 anbefales. Ved senere oppstart anbefales tilleggsprevensjon de første 9 dagene. Graviditet må ev. utelukkes før behandlingsstart, ellers må oppstart vente til 1. menstruasjon.

**Kontraindikasjoner:** Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromaltilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Nåværende eller tidligere cerebrovaskulær hendelse. En alvorlig eller flere risikofaktorer for venetrombose eller arterietrombose, som diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteiniemi. Arvelig eller ervervet predisponering for vene- eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Pankreatitt eller tidligere pankreatitt assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligniteter i genitale organer eller bryst, hvis disse påvirkes av kjønnshormoner. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migrene med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av hjelpestoffene. Hvis noen av disse tilstandene inntreffer, skal behandlingen seponeres straks.

**Forsiktighetsregler:** Ved forverring eller første forekomst av nedenfor nevnte tilstander/risikofaktorer skal seponering vurderes. Kombinasjons-p-pille er forbundet med økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE), spesielt det første året, men risikoen er lavere enn ved graviditet. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. Risiko for VTE øker med alder, positiv familiehistorie (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>), forlenget immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I slike tilfeller bør bruken avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før), og ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Antitrombotisk behandling bør vurderes hvis p-pillen ikke ble seponert i forkant. Kombinasjons-p-piller er forbundet med økt risiko for arteriell tromboemboli (myokardinfarkt, forbigående iskemisk hjertesykdom), forbigående iskemisk hjertesykdom og cerebrovaskulær skade. Risikoen øker med alder, røyking (kvinner >35 år frarådes å røyke), positiv familiehistorie (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme, dyslipoproteiniemi, hypertensjon, migrene, hjerteklaffsykdom og atrieflimmer. Behandling med antikoagulant må ev. vurderes. Ved mistanke om arvelig predisponering for VTE eller arteriell tromboemboli må spesialist avgjøre ev. bruk. Ved mistenkt eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som er assosiert med komplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus (SLE), hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigmoidcellanemi. Hyppigere og kraftigere migreneanfoll (kan være prodromalt stadium for cerebrovaskulær hendelse) kan være grunn til umiddelbar seponering. Noe økt risiko for brystkreft. Økt risiko forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumorer må vurderes som differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre abdomen, forstørrelse av lever eller tegn på intraabdominal blødning. Kvinner med hypertriglyseridemi eller familier sykehistorie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Ved vedvarende økt blodtrykk bør behandlingen seponeres og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved graviditet eller bruk av kombinasjons-p-piller: Gulsott og/eller pruritus relatert til kolestase, gallesten, porfyri, SLE, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, Herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap. Tilbakevendende kolestatisk gulsott og/eller kolestaserelatert pruritus, som tidligere har forekommet under graviditet eller tidligere bruk av kjønnshormoner, krever at preparatet seponeres. Ved arvelig angioedem kan eksogene østrogeninduserer eller forverre symptomene på angioedem. Ved akutt eller kronisk leverfunksjonsforstyrrelse seponeres preparatet inntil leverfunksjonsverdiene normaliseres. Kan påvirke perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må følges opp nøye, særlig ved behandlingsstart. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er sett. Kvinner med tendens til klostase bør unngå sollys og UV-stråling. Nøye overvåking ved hjerte- eller nyredysfunksjon, da østrogen kan føre til væskeretensjon. Pasienter med terminal nyresvikt må overvåkes nøye, da nivået av sirkulerende østrogen kan være forhøyet etter administrering. Laktosemengden (<50 mg/tablett) bør tas hensyn til ved arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktosemangel eller galaktosegalaktosemalabsorpsjon og ved laktosefritt kosthold. Før behandling foretas grundig medisinsk undersøkelse (inkl. familier sykehistorie og risikofaktorer), blodtrykkmåling og graviditet må utelukkes. Senere

kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasses individuelt. Antikonsepsjonseffekten kan være redusert ved gastrointestinale forstyrrelser (f.eks. oppkast eller diare) og tilleggsprevensjon må benyttes. Hvis tabletten tas mer enn 12 timer for sent, kan antikonsepsjonen være redusert. Avhengig av når i syklusen tabletten glemmes, kan det være behov for tilleggsprevensjon (se pakningsvedlegg). Graviditet må utelukkes ved uteløst bortfallsblødning i 2 påfølgende sykluser, eller når tablett glemmes og neste bortfallsblødning uteblir. Uregelmessige blødninger (sporblødning eller gjennombruddsblødninger) kan forekomme, særlig i løpet av de første månedene. Hvis uregelmessige blødninger vedvarer eller inntreffer etter menstruasjonssyklusen som før var regelmessige, bør ikke-hormonelle faktorer vurderes, og ondartet sykdom eller graviditet må utelukkes, ev. utskraping. Amenoré forekommer i ca. 15% av syklusene.

**Interaksjoner:** Foruten forbindelser angitt i interaksjonskapittelet kan følgende forbindelser gi økt clearance av kjønnshormoner: Primidon, felbamot, griseofulvin og johannesurt (prickperikum). Ved kortvarig behandling med disse og andre enzymindusere bør tilleggsprevensjon brukes i 14 dager etter avsluttet behandling. Ved samtidig rifampicinbruk bør barrieremetode benyttes i tillegg til kombinasjons-p-pille i hele perioden med rifampicinbehandling og i 28 dager etter seponering. Ved kronisk behandling med enzymindusere anbefales annen sikker ikke-hormonell antikonsepsjon. CYP 3A4-hemmere som antimykotika av azoltypen, cimetidin, verapamil, makrolider, diltiazem, antidepressiver og grapefruktjuice kan øke plasmanivået av dienogest. Nedsatt prevensjonseffekt er rapportert ved samtidig bruk av penicilliner eller tetracykliner. (I: GO3A A/AB)

**Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Hvis graviditet oppstår skal behandlingen avsluttes umiddelbart. Overgang i morsmelk: Kan skilles ut i mengder som kan påvirke barnet. Kan gi redusert mengde og endret sammensetning av morsmelken. Anbefales ikke under amming.

**Bivirkninger:** Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Gastrointestinale: Magesmerter inkl. abdominal oppblåsthet. Hud: Akne. Kjønnsgorganer/bryst: Amenoré, brystmerter inkl. plager/smerter i brystvortene, dysmenoré, intrasykliske blødninger (metroragi inkl. uregelmessig menstruasjon). Neurologiske: Hodepine inkl. spenningshodepine. Øvrige: Vektøkning. Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ): Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast. Hjerne/kar: Hypertensjon, migrene med og uten aura. Hud: Alopeci, pruritus inkl. generalisert og utslettspregget, utslett inkl. makulært. Infeksiøse: Soppinfeksjon, vaginal candidiasis, vaginal infeksjon. Kjønnsgorganer/bryst: Forstørrede bryster, brysttumor, cervical dysplasi, dysfunksjonell uterin blødning, dyspareuni, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, menstruasjonssforstyrrelser, ovariecyste, bekkenmerter, premenstruelt syndrom, uterin leiomyom, spasmer i uterus, utflod, vaginal tørrhet. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske: Depresjon/nedsatt stemningsleie, nedsatt libido, psykisk lidelse, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Øvrige: Irritabilitet, ødem, vektnedgang. Sjeldne ( $\geq 1/10000$  til  $< 1/10000$ ): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Konstipasjon, dyspepsi, gastroesofageal refluks. Hjerne/kar: Blødende varicer, hetetokter, hypertensjon, venesmerter. Hud: Allergisk hudreaksjon inkl. allergisk dermatitt og urticaria, klosme, dermatitt, hirsutisme, hypertrikose, nevrodermatitt, pigmentforstyrrelser, seboré, hudlidelser inkl. stram hud. Infeksiøse: Candidiasis, Herpes simplex, antatt okulær histoplasmose, tinea versicolor, urinveisinfeksjon, bakteriell vaginose, vulvovaginal mykose. Kjønnsgorganer/bryst: Godartet brystneoplasme, brystcyste, blødning under samleie, galoktari, genitalblødning, hypomenoré, forsinket menstruasjon, ruptur av ovariecyste, sviende følelse i vagina, uterin/vaginal blødning inkl. spotting, vaginal lukt, ubehag i vagina og vulva. Lever/galle: Forhøyet ALAT, fokal nodulær hyperplasi i lever. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter, muskelspasmer, tungtetsfølelse. Neurologiske: Konsentrasjonsvansker, parestezi, vertigo. Psykiske: Affektabilitet, aggresjon, angst, dysfori, økt libido, nervøsitet, rastløshet, søvnforstyrrelser, stress. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon, hypertriglyseridemi. Øye: Intoleranse for kontaktlinser. Øvrige: Brystmerter, «fatigue», utplasshet. Alvorlige bivirkninger er: Venos og arteriell tromboembolisk sykdom, hypertensjon, levertumorer, klostase, akutt eller kronisk leverfunksjonsforstyrrelse, indusjon eller forverring av symptomene på angioedem ved arvelig angioedem. Forekomst eller forverring av tilstander der årsakssammenheng med kombinasjons-p-piller er usikker: Crohns sykdom, ulcerøs kolitt, epilepsi, migrene, endometriose, uterin myom, porfyri, SLE, Herpes gestationis, Sydenhams chorea, hemolytisk uremisk syndrom, kolestatisk gulsott. I tillegg er det rapportert erythema nodosum, erythema multiforme, brystsekresjon og hypersensitivitet under behandling med andre kombinasjons-p-piller som inneholder etinyløstradiol. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme, oppkast og, hos unge jenter, lett blødning fra skjeden. Behandling: Symptomatisk behandling. Intet spesifikt antidot. Se Giftinformasjonens anbefalinger GO3A side 8.

**Egenskaper: Klassifisering:** Kombinasjons-p-pille med østrogen- og progesteroneffekt. Virkningsmekanisme: Ovasjonshemming, endringer i cervixsekretet og endometriet. Absorpsjon: Dienogest: Raskt og nesten fullstendig. T<sub>max</sub>: 1 time (østradiolvalerat 2 mg, dienogest 3 mg). Absolutt biotilgjengelighet: Ca. 91%. Østradiol: Fullstendig, 3% av dosen er direkte biotilgjengelig i form av østradiol. Østradiol gjennomgår omfattende «first pass»-metabolisme, og en betydelig del metaboliseres i tynntarmens mucosa. Ca. 95% metaboliseres før systemisk sirkulasjon. Maks. serumkonsentrasjon: Ø.6 pg/ml nås 1,5-12 timer etter tablettinntak (3 mg østradiolvalerat dag 1). Proteinbinding: Dienogest: Ca. 90% uspesifikt til albumin. Østradiol: 38% til SHBG, 60% til albumin. Fordeling: Dienogest: Distribusjonsvolum: 46 liter etter i.v. administrering av 85 µg 3H-dienogest. Østradiolvalerat: Distribusjonsvolum ca. 1,2 liter/kg etter i.v. administrering. Halveringstid: Dienogest: Ca. 11 timer. «Steady state» nås etter 3 dager (dienogest 3 mg, østradiolvalerat 2 mg). Total clearance etter i.v. administrering av 3H-dienogest er 5,1 liter/time. Østradiol: Halveringstid: Ca. 90 minutter. Etter oral administrering 13-20 timer. Metabolisme: Dienogest: Nesten fullstendig via hydroksylering og konjugasjon, hovedsakelig via CYP 3A4. Østradiolvalerat: Hovedmetabolittene er estron, østron-sulfat og østronluktanorid. Utskillelse: 86% via urin og feces etter 6 dager. Østradiol: Hovedsakelig via urin, ca. 10% via feces.

**Andre opplysninger:** Kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, inkl. biokjemiske parametre for lever-, skjoldkirtel-, binyre- og nyrefunksjon, plasmakonsentrasjon av (transport-) proteiner, f.eks. kortikosteroidbindende globulin og lipid/lipoprotein-fraksjoner, parametre for karbohydratmetabolisme og parametre for koagulasjon og fibrinolyse.

**Pakninger og priser:** 3 x 28 stk. (blister) kr 351,-. Varenummer: O28371.

**Sist endret:** 17.08.2009, For fullstendig preparatomtale (SPC), se [www.legemiddelverket.no/spc](http://www.legemiddelverket.no/spc)

## Tryggere bruk av p-piller

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

Ref. Statens Legemiddelverk



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma



Qlaira® – den første p-pillen  
som gir naturlig østrogen<sup>1</sup>

Nyhet!

09-09-0363 NO

**Qlaira®** inneholder østradiolvalerat som gir naturlig østrogen<sup>1</sup>  
og dienogest som har antiandrogen og antiproliferativ effekt<sup>2</sup>

- Liten påvirkning på metabolske og hemostatiske parametre<sup>3,4</sup>
- God blødningskontroll - 20% opplever blødningsfrie perioder<sup>5</sup>
- Høy preventiv sikkerhet<sup>5</sup>



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

Referanser: **1)** SPC. **2)** Oettel M et al. Drugs Today 1995;31(7): 517-36. **3)** Parke S et al. Hum  
Reprod 2008; 23 (Suppl 1): 78-9. **4)** Parke S et al. Obstet Gynecol 2008;111(4)(Suppl):12S-3S.  
**5)** Ahrendt HJ. et al. Contraception May 2009

Drammensveien 147 B - N-0212 Oslo  
Tlf.: +47 24 11 18 00 - [www.bayerscheringpharma.no](http://www.bayerscheringpharma.no)