

21-2
2008

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHOLD

- **Hysteroskopisk sterilisering s. 6** ■ STAN i forsterovervåking s. 8
- **Bukvegsdefekter s. 10** ■ NUGG-rapporten s. 15 ■



Spør du henne om urogenitale plager?

«Et stort helseproblem som er underbehandlet og underdiagnostisert»¹

Nesten hver annen kvinne over 60 år har ett eller flere symptomer på urogenital atrofi²:

- Tørrhet, svie og kløe i skjeden
- Smerter ved samleie
- Urinveisinfeksjoner, inkontinens og andre symptomer i nedre urinveier

Bare 20 prosent av postmenopausale kvinner med symptomer på vaginal atrofi vil oppsøke lege på grunn av dette³. De kvier seg for å ta opp temaet – også med legen.

✓ **Vagifem[®]** vaginaltablett er et **effektivt⁴**, **renslig⁵** og **fleksibelt** valg for behandling av urogenital atrofi

Benytter du svarslippen, får du tilsendt vår pasientbrosjyre (godkjent av Statens legemiddelverk) og vår illustrerte orientering til leger.

Referanser og FK-tekst er å finne på annen side i bladet.

Svarslipp **Sendes Novo Nordisk på fax 67 13 09 11. Husk: Skriv tydelig!**

- Ja takk, vi ønsker tilsendt eks. av pasientbrosjyren «Underlivet endrer seg med årene – må det bli plagsomt?»
- Ja takk, vi ønsker tilsendt brosjyren «Urogenital atrofi – hvordan angripe problemet?»

Navn: _____

Adresse: _____



Novo Nordisk Scandinavia AS
Postboks 24, 1309 Rud.
Tlf. 67 17 85 00, Faks: 67 13 09 11
kundeservice-norge@novonordisk.com
www.novonordisk.no www.menopause-info.no



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: 415 18 715

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: 474 07 733

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 2008

nr 3; 1. august
nr 4; 1. november

Innhold

Redaktøren	4
Leder	5
Artikkel	
Hysteroskopisk sterilisering	6
STAN i forsterovervåkning	8
Anomalier i gastrointestinaltraktus og bukveggen	10
NUGGrappport april 2008	15
IVF klinikk - privatpraksis	20
Professor Julie Skjæraasen 80 år	21
Debatt	
Helhetlig fødselsomsorg?!	23
Kommentar: Hvorfor forlater gynekologene sykehusene?	24
Forebyggende helse hos mor og barn	25
FUGO	
Hei alle FUGO medlemmer!	27
Høy andel elektiv sectio – mindre obstetikk på vakt	28
Doktoravhandling	
Betraktninger rundt en doktorgrad	31
Overtidig svangerskap	33
Kurs/kongress	
20th European Congress of Obstetrics and Gynaecology	34
NGFs Vår møte: Stor variasjon i praksis	37
Symposium i ultralyddiagnostikk	39
Reisetips	40
Se mot nord	41
Invitasjon til frie foredrag Årsmøte NGF i Bodø 2008	42
Jubileumssymposium NUGG 10 år	44
Kurs i fosterovervåkning	44
Program NGF Årsmøte	45
Kongresskalender	46



21-2
2008



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2008-2009

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

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

Hjertelig takk!



Redaksjonen takker for de positive tilbakemeldingene vi har fått på Gynekologens nye lay-out. Vi setter stor pris på den entusiasmen vi blir møtt med når vi ber om bidrag fra medlemmene. Det gir oss inspirasjon til å jobbe med videre utgaver. Fortsett med å gi oss tips og innspill slik at vi sammen kan skape et "levende" medlemsblad.

For de som har kunnet slippe fri fra en travel arbeidsplass har det i løpet av våren vært rikelig muligheter for deltagelse på kurs og kongresser. Vår forening var representert med en relativt stor gruppe på den "20th European Congress of Obstetrics and Gynaecology" i Lisboa i mars.

Det var et omfattende faglig program, og vi gratulerer Ole-Erik Iversen med prisen for beste foredrag!

Kongressen organiseres av EBCOG, - European Board & College of Obstetrics and Gynaecology, som igjen er en del av Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). Formålet med organisasjonen er å fremme kvinner og barns helse ved å sikre høyest mulig kvalitet på helsetjenester i alle europeiske land. Spesialistutdanningen har spesiell fokus, noe assistentlegenes utvekslingsprogram er et eksempel på. Det foregår en harmonisering på alle plan innen EU, og vårt fag er ikke noe unntak. Derfor er det viktig at vi, som et av 33 medlemsland, har mulighet til å påvirke gjennom vår deltagelse i "Council". Norsk gynekologisk forening er heldig å ha en leder, som med sin mangeårige erfaring fra legeföreningsarbeid både nasjonalt og internasjonalt, evner å sette Norge på kartet. Godt hjulpet av sine eminente språkkunnskaper bidrar han, på vegne av oss, til konstruktive innspill i den europeiske sammenheng.

Det som synes å ha gjort størst inntrykk på deltagerne på Vårkurs er beskrivelsen av travle fødevakter. Diskusjonen rundt risiko og sikkerhet er viktig og nødvendig. I tråd med samfunnsutviklingen er kravene til våre prestasjoner økende, toleransen for

feil minkende. Selv om det de senere årene er satt fokus på sikkerhet og kvalitetssikring innen helsevesenet, har vi nok enda en del å lære av andre høyriskobransjer. De systemer og den tankegang som der gjør seg gjeldene kan også ha stor overføringsverdi til vårt fagfelt. Som yrkesgruppe har vi, i likhet med de fleste, et genuint ønske om å gjøre det riktige. Vi er nødt til å leve med en viss risiko for at ting kan gå galt, men vi må sørge for å skape arbeidsforhold som reduserer risikoen mest mulig. Dette handler om god ressursutnyttelse, ledelse med klare holdninger, fokus på alle ledd i systemkjeden og ikke minst åpenhet rundt situasjoner som har ført til feil og eventuelt påfølgende skader. Utfordringen når feil oppstår er å fokusere på årsaksforhold og system, ikke ensidig personfokusering.

Gratulasjoner til NUGG som har 10-årsjubileum i 2008. I tilslutning til, men for øvrig uavhengig av årsmøtet i Bodø arrangerer NUGG jubileumssymposium og FUGO kurs i fosterovervåkning.

Vi ser frem til et flott årsmøte, både faglig og sosialt. Kjerringøy står på programmet, -vi er lovet omvisning, bespisning og strålende vær. Hva er vel da mer naturlig enn å velge Hamsun som ferielektyre?

God sommer!

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

STAN-GRUPPEN: Tore Henriksen (leder), Branislava (Branka) MYli, Torunn Eikeland, Jørg Kessler, Lisbeth Brech (Den norske jordmorforening), Berit Lunden Hustad (Jordmorforbundet Norsk Sykepleierforbund)

LAPAROSKOPIUTVALGET: Jardar Oma (leder), Ingeborg B. Engelsen, Jostein Tjugum, Anton Langebrekke, Marit Lieng, Eilef Hellem

NETTREDAKSJONEN: Pooja Parashar

GYNEKOLOGEN: Redaktør Runa S. Aabø, medredaktør Tom Seeberg

KVALITETSUTVALGET: Line Bjørge (leder), Sverre Sand, Bjørn Hagen, Jan Martin Maltau

FUGO: Solhild Stridsklev, Ane Gerda Zahl Eriksson, Stig Hill, Sissel Oversand, Erik Andreas Torkilsen, Vilde Rasdal Lehland

NPE-KOMITEEN: Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

Revisjonskomite – prosedyrekoder i spesialistpraksis: Hilde Sundhagen, Oskar Johan Skår

SPECIALITETSKOMITEEN: Tone Skeie Jensen, Kjell Å. Salvesen, Klaus Oddenes, Benet 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: Rolf Kirschner, Runa S. Aabø (leder og PSL representant i NGF Styret utgjør den norske delegasjonen), Erik A Torkildsen (PWG representant)

NFOG'S NEMNDER: Tone Skeie Jensen (etterutdanning), Knut Hordnes (vitenskapelig komite)

Kjære medlemmer



Dere holder nå nummer 2 av Gynekologen for 2008 i hendene. Det er allerede kjent at vi har mottatt mange gode tilbakemeldinger om bladets nye utforming. Styret har behørig gratulert redaktør Runa og hennes medhjelpere med resultatet av innsatsen og de ekstra midlene vi fikk tildelt fra Legeforeningen. Vi ventet spent på fortsettelsen, for alle våre redaktører har satt sine egne preg på bladet gjennom årene, og nå er vi spent på om fortsettelsen blir like bra. Våre annonsører har vært svært positive også, noe som gir oss ytterligere midler til å satse. For det er klart at vi har måttet sette inn ekstra midler på dette prosjektet, noe vi tror medlemmen er enige i.

Fra denne plassen vil vi også gratulere yngstemedlem Ane Gerda med fødselen 14. april, og tilkjennegir at hun derfor er unnskyldt for styrearbeid i noen tid framover, slik at varamedlem Erik Torkildsen vil være Fugo'er noen tid i hennes sted.

I medlemsbulletinen meddelte vi at det første NGF- Vårkurs var meget vellykket. Anne Eskild og Marie Ellstrøm Engh som kursansvarlige hadde satt sammen et veldig interessant program, der særlig siste dag med eksponering av fødselshjelpens hektiske dager og netter, avvik og hendelser, meldinger og media- samt rettslige følger, ble belyst. Representanten for offentligheten fikk seg en øyeåpner, men også representanter for avdelingsledelsene bør se på hva og hvordan ting går for seg på natten i disse innsparingstider. Er bemanningen optimal på vakttid??

Siden nye Ahus ikke ble ferdig gikk kurset å Rikshospitalet, og med god assistanse fra Koordinatorkontoret og styret var det 40 deltagere som var kjempefornøyd.

Foredragene er lagt ut på nettsiden. Neste års kurs planlegges etter samme opplegg og på omtrent samme tid. Kollegene ved Stavanger Universitetssjukehus har sagt seg villige til å være arrangører. Vi skal prøve ikke å kollidere med noen neste år, men det er sannelig ikke lett når kursene kommer så tett som de gjør.

NFOG-kongressen i Reykjavik nærmer seg og vi håper at mange av medlemmene våre er påmeldt. Styret har jobbet for at NGF skal være godt representert på programmet og er tilfreds med resultatet, nå er det opp til medlemmene å være representert. Island er en stor opplevelse, gå inn på nettsiden vår og meld dere på! Som vanlig håper vi på at avdelingsledelsene har vært solidariske og latt så mange som mulig reise, det er bare hvert annet år og dessuten der det snart Norges tur å arrangere igjen (2012), og hvis vi vil ha gjester hit så må vi ta turen ut.

Styret ser gjerne at nettsiden brukes til debatter om aktuelle emner. Gynekologen kommer ikke regelmessig nok til at det kan bli et levende debttorgan, men det kan nettsiden. I tillegg er redaktør Pooja flink til å fange opp nyheter og meldinger som dere kan dra nytte av---derfor: bruk nettsiden!

En av dagens debatter gjelder HPV, vaksiner og ikke minst fremtidig screening. Nå når Nasjonalt Råd har anbefalt vaksiner og saken også har vært oppe i Stortinget regner vi med at vaksiner snart er en realitet, og det er mange som spør etter retningslinjer. Ikke minst gjelder det almenne, som ser til oss for råd. Styret har bedt våre egne eksperter lage retningslinjer som kan iverksettes, men å hensynta alle er ikke lett. Etterhvert må jo screeningprogrammene også legges om, og derom er det flere meninger. Vi kan anbefale nettsidene www.e-oncologia.org for "distant learning", og www.who.int/hpvcentre for informasjon om den internasjonale situasjonen.

Som nevnt i Medlemsbulletinen forrige måned var vi på besøk i Helsetilsynet sammen med Jordmødrene. Besøket var lenge planlagt for å ta opp Tilsynsmeldingen fra 2007 som behandlet tilsynene ved fødeavdelingene mellom 2004-2006. Vi hadde gitt tilbakemeldinger særlig på den måten meldingen ble presentert på i media i sin tid. Vi la vekt på at Tilsynet ikke måtte bruke "krigsoverskrifter" for å markere seg

i "helseterrengnet. Vi ba tilsynet å legge mer vekt på det positive i fødselsomsorgen og å la vær å gå ut i media på en måte som gir grunn til bekymring både for almenheten og fagutøverne. Krisemaksimering gir lite rom for kvalitetsforbedring. Vi tok også opp nylige saker som eksempel på mediomtale vi godt kan unngå. Valg av sakkyndige ble også tatt opp, særlig ønsket vi at sakkyndige ikke bare måtte være aktive i faget men at de måtte representere samme type avdeling som den fagutøver de ble bedt å vurdere. Det er stor forskjell i aktivitetsnivået på ulike typer avdelinger, og særlig gjelder det frekvensen av "samtidighetsproblematikk".

Noe av denne problematikken er satt på dagsorden på årsmøtet i Bodø. Vi etterlyser også saker til dagsorden fra medlemmene i dette nummeret av Gynekologen. Så dersom medlemmene ønsker saker tatt opp på årsmøtet, bes dette meldt inn snarlig, slik at dagsorden kan bli fyldig og offisiell. Det faglige og sosiale programmet er ferdig og vi tror at det på alle måter blir et knallarrangement, der så mange som mulig bør være med. Dere finner ytterligere detaljer og annonser for priser og fond som kan søkes i tillegg til påmeldingsskjemaer annet sted i bladet. Styret har som ifjor valgt å bruke endel av forventede inntekter på å subsidiere billettprisene. I Bodø skal nytt kvalitetsutvalg og valgkomite oppnevnes, så kom gjerne med forslag.

Vi er forøvrig blitt meddelt at Tone Skeie Jensen gikk av som leder for spesialitetskomiteen 1. mai og ble erstattet av Kjell "Pepe" Salvesen. Tone har gjort en kjempejobb, og hun fortsetter i komiteen ut funksjonsperioden.

Gjennom Legeforeningen har styret innstilt medlemmer og mandat til det nye nasjonale rådet for fødselsomsorg som Tore Henriksen er blitt personlig oppnevnt av Helseministeren som leder for. Den 27. mai arrangerte HOD en konferanse om emnet der rådet debuterte, og etterhvert vil vi kommentere resultatene herfra.

Styret har nok å gjøre, jobber bra sammen, oppgavene er mange og varierte, men vi tar gjerne imot innspill fra dere-----

Kos dere med bladet, meld dere på til Bodø, ha en god ferie og så hør vi i august og ses i september.

- Anette Berg
- Overlege Kvinneklinikken Ullevål Universitetssykehus
- anette.berg@uus.no

Hysteroskopisk sterilisering

Majoriteten av alle steriliseringer som gjøres i den vestlige verden gjøres laparoskopisk under generell anestesi, i en dagkirurgisk setting.

Laparoskopisk sterilisering anses for å være en sikker og effektiv operativ prosedyre, men alvorlige komplikasjoner som f. eks tarmskade kan føre til et større kirurgisk inngrep og transfusjonsbehov. I tillegg kan anafylaksi eller postoperative komplikasjoner som infeksjon og febrilia oppstå. I litteraturen oppstår slike komplikasjoner i ca. 2 % av tilfellene.

10 års cumulativ risiko for graviditet etter laparoskopisk sterilisering varierer i litteraturen mellom 3 og 5 pr 1000 avhengig av hvilke teknikk som er benyttet.

I mange år har man forsøkt å utvikle en sikker og effektiv hysteroskopisk steriliserings metode som alternativ til laparoskopisk sterilisering. Dette har vært vanskelig, og

man har forsøkt både termiske, kjemiske og mekaniske metoder for å okkludere tubene. Ingen av metodene har inntil nå vært vellykket pga for liten sikkerhet og for dårlige resultater pga infeksjoner, perforasjoner, skade på andre nærliggende organer og for høye antall ektopiske og intrauterine graviditeter.

ESSURE® (Conceptus Inc) er en forholdsvis ny transcervikal metode for permanent sterilisering. Metoden ble godkjent av The European Health Office (CE) i november 2001, og av US Food and Drug Administration (FDA) i november 2002.

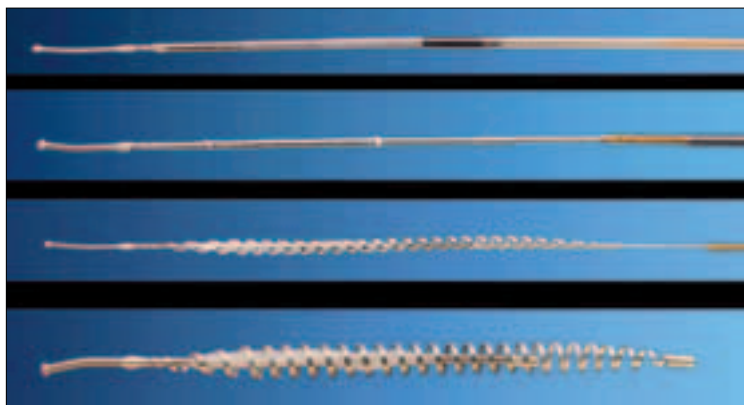
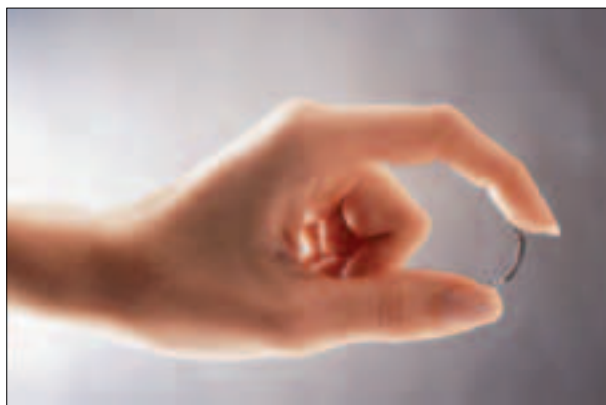
Metoden

Metoden innebærer at man plasserer dynamisk ekspanderende "mikroinnlegg" i

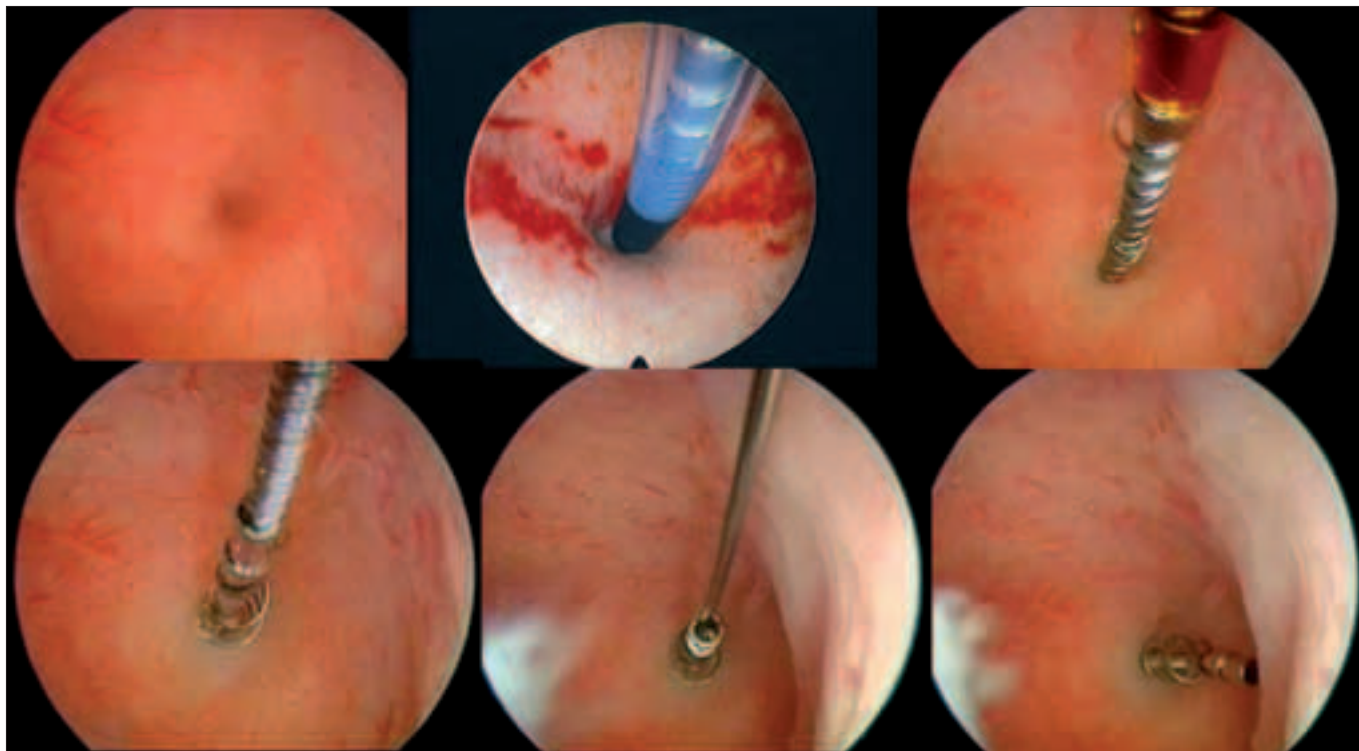
den transmurale/proximale del av tubene. Dette gjøres hysteroskopisk gjennom en 5 French arbeidskanal i et diagnostisk stivt hysteroskop. Hvert mikroinnlegg er 4 cm langt og ekspanderer fra 0,5mm til 1,5-2mm ved plassering. Det består av titan, rustfritt stål, nikkel og Dacron fibre. Dacron fibrene initierer en inflammatorisk reaksjon som resulterer i vevsinnvekst, og okklusjon av tubene, med mikroinnleggene på plass. Denne prosessen tar 3 mnd. Mikroinnleggene inneholder ikke hormoner og er laget av materialer som i mange år har vært brukt i bl.a hjerteklaffer og stenter uten kjent risiko på lang sikt.

Anestesi/smertelindring

Generell anestesi behøves ikke. Prosedyren gjøres vanligvis i paracervikal blokkade



Mikroinnlegget i relasjon til kjente størrelser og mikroinnlegget før og etter ekspansjon (0,5mm til 1,5-2mm)



Prosedyren steg for steg slik det ser ut i hysteroskopet. Tubeostiene visualiseres, innføringskateteret føres inn i tuben, mikroinnlegget ekspanderes og kateteret trekkes tilbake.

(PCB) med eller uten sedasjon. Inngrepet kan også utføres helt uten anestesi. Premedisinering med Paracetamol og et NSAID preparat anbefales. Dilatasjon av cervix er sjeldent nødvendig. Tidligere tubekirurgi og gjennomgått salpingitt kan vanskeliggjøre inngrepet. Likeledes kan patologi som polypper og myomer være et hinder for visualiseringen av tubeostiene og bør behandles først.

Oppfølging/kontroll

Kvinnen regnes ikke som steril før det er gått 3 mnd, hun må derfor bruke alternativ prevensjon i denne perioden. Initialt ble det anbefalt å gjøre rtg-HSG etter 3 mnd, senere rtg-bekken for å verifisere at mikroinnleggene lå på plass, og at tubene var tette.

Mikroinnleggene er godt synlige ved transvaginal ultralyd og det er nå akseptert at man verifiserer mikroinnleggenes beliggenhet etter 3 mnd på denne måten. Dette forutsetter ukomplisert prosedyre. Har inngrepet vært besværlig og/el det er besværlig å visualisere mikroinnleggene ved transvaginal ultralyd, anbefales rtg-HSG.

Vår erfaring

På Kvinneklivnikken Ullevål Universitets Sykehus startet vi opp med hysteroskopisk sterilisering i begynnelsen av 2004. Vi har behandlet 108 pasienter og prosedyren har vært vellykket hos 84 %. Det vil si bilateral plassering ved første forsøk. Hvis ikke bilateral plassering har vært mulig, informeres pasienten umiddelbart, og settes opp til laparoskopisk sterilisering. Alle prosedyrene har vært utført av samme operatør (Anette Berg).

Vi startet opp med å gjøre prosedyren i generell anestesi, men gjør den nå i PCB med eller uten sedasjon.

Hyppigste årsak til mislykket prosedyre har vært at et eller begge tubeostier ikke lar seg visualisere. Annen årsak har vært spasme og/el okkludert tube.

I begynnelsen gjorde vi rtg-bekken 3mnd etter ukomplisert prosedyre, rtg-HSG ved komplisert prosedyre. Nå gjør vi transvaginal ultralyd etter ukomplisert prosedyre og rtg-HSG hvis komplisert.



Mikroinnlegget korrekt plassert i tuben. Dacron-fibrene initierer vevsinnvekst og etter 3 mnd vil mikroinnlegget være forankret i fibrotisk vev.

Alle pasienter har svart på spørreskjema ved 3 mnd kontrollen. De er godt fornøyde, opplevde smertene som akseptable og over 95 % sier de vil anbefale denne form for sterilisering til andre.

Konklusjon

Ved vår avdeling har prosedyren vært vellykket etter første forsøk i 84 % av tilfellene. Vi tror dette vil øke i fremtiden pga økende erfaring med prosedyren. Vi vurderer prosedyren som lite invasiv, sikker og akseptabel for pasientene.

- Jørg Kessler
- Overlege Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus
- Jorg.Kessler@kk.uib.no

STAN i fosterovervåkning

Ikke sjeldent erkjenner man hele dimensjonen av en oppgave først når man er kommet et godt stykke på vei. Når vi høsten 2003 begynte med undervisningen for leger og jordmødre kunne jeg faktisk ikke forestille meg hvor interessant, lærerikt OG arbeidskrevende det skulle bli å innføre STAN på landets nest største fødeavdeling.



Kvinneklubben Bergen.

Alle leger og jordmødre var sertifisert innen utgangen av 2003 og vi startet å bruke STAN som rutineovervåkning for risikofødsler i januar 2004. Siden har vi overvåket mellom 1000 og 1300 kvinner med STAN hvert år, som tilsvarer omtrent en fjerdedel av vår fødepopulasjon. Vi begynte med 3 apparater av typen S 21 og disponerer i dag 8 maskiner av typen S 31, hvorav 3 er veggfestet inne på fødestuen på en bevegelig arm. Siden 2006 er alle maskiner tilkoblet sykehusets nettverk og når en STAN registrering er avsluttet lagres den automatisk på en server på nettverket

og kan derfra hentes frem for eksempel til diktering av operasjonsbeskrivelse eller visning på morgenmøtet. Ved alle fødsler som overvåkes med STAN fyller jordmor ut et registreringsskjema med nøkkelopplysninger om fødselen.

Kvalitetssikring

Når nærmere 40 leger fra forskjellige seksjoner og langt flere jordmødre bruker en ny metode ble vi veldig fort klar over nødvendigheten av et kvalitetssikringssystem. Dette styres siden våren 2004 av en gruppe bestående av 5 leger og 3 jordmødre.

Kontinuerlig opplæring, undervisning og ikke minst en god oversikt over hvordan metoden brukes i hverdagen er etter min oppfatning helt uunnværlig skal man lykkes med STAN i klinisk praksis.

Vår kvalitetssikring skjer på fire plan:

- 1) Også etter 4 års bruk bestreber vi oss på at vakthavende lege på morgenmøtet demonstrerer alle STAN registreringer som ender med operativ forløsning på indikasjon asfyksi og hvor håndtering av fødselen diskuteres.
- 2) Én gang ukentlig har legene på obstetrisk seksjon et fellesmøte med jordmødrene. Her tar vi frem to eller tre STAN registreringer. Vi diskuterer fremfor alt CTG tolkning, men gjør også betraktninger rundt håndtering av fødselen og fysiologisk bakgrunn for CTG og ST forandringer.
- 3) Én gang annenhver uke har vi møte med neonatologene og belyser forhold før, under og etter fødsel hos barn som overflyttes barneavdelingen. For å øke gjensidig forståelse har vi i det siste også begynt å vise STAN registreringer for neonatologene.
- 4) Ovenfor nevnte gruppe av superbrukere avholder et evalueringsmøte én gang

i måneden. Vi gjennomgår systematisk alle STAN registreringer og vier spesiell oppmerksomhet kasus

- med metabolsk acidose eller påvirket barn ved fødselen
- hvor STAN protokoll ikke har vært fulgt

Finner vi forhold vedrørende fosterovervåking, som kunne ha vært håndtert på en annen måte gir vi tilbakemelding til den enkelte kollega.

Resertifisering

For å tydeliggjøre at solid kunnskap om metoden er viktig for forsvarlig bruk har vi i år gjennomført en resertifisering. Vi la opp til et kveldsseminar på 2,5 timer bestående av korte forelesninger om studier og forskningsresultater rundt STAN, våre egne resultater og forbedringspotensial. Prøven bestod i oppgaver som grupper på 5-6 (gjærne en lege og flere jordmødre) skulle løse i felleskap. Seminaret ble avsluttet med gjennomgang av gruppeoppgaven og vi fikk mye positiv tilbakemelding fra deltakerne etterpå.

Skalp pH: Vår avdeling hadde før innføring av STAN brukt pH måling i fosterblod (skalp pH) som tilleggsundersøkelse ved CTG forandringer. Vi mangler dessverre nøyaktig statistikk på antall skalp blodprøver, men kan ut fra innkjøpt engangsutstyr stipulere at det ble utført anslagsvis 500 prøvetakinger per år. Dette antallet har sunket dramatisk med innføring av STAN og i hele 2007 ble det tatt 32 skalp blodprøver. Dette er hovedsakelig fødsler hvor STAN tilkobles ved patologisk CTG og usikker ressursstatus hos fosteret.

Syre/Base analyse i navlesnoren: Dette er rutine ved alle fødsler, som overvåkes med STAN. Likevel er andelen på 80% vellykkede prøver fra navlesnorarterie noe lavt sammenlignet med publiserte tall fra andre avdelinger. Gjennomsnittlig frekvens av metabolsk acidose i STAN populasjonen ligger på 0,8 %

Resymé

Vi har med suksess innført STAN som overvåkningsmetode for risikofødsler. Frekvens av metabolsk acidose i vår risikopopulasjon er på høyde med data fra randomiserte studier. Fokus på systematisk CTG tolkning har vært et stort løft i samarbeidet mellom jordmor og lege på fødestuen. Riktig metodebruk krever erfaring og kontinuerlig opplæring blant involvert personale.

C Yasminelle Bayer Schering Pharma AG

Antikonseptjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A12

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver tablett innh.: Drospirenon 3 mg, etinylostradiol (som betadexclathrat) 0,02 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). I pakningen med 28 tabletter er de hvite tablettene placebo-tabletter. **Indikasjoner:** Antikonseptjon. **Dosering: 21 tabletter:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningsens første dag. Det skal tas 1 tablett daglig i 21 etterfølgende dager. Etter 7 tablettfrie dager startes et nytt brett. I løpet av de tablettfrie dagene inntreer vanligvis en bortfallsblødning. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. **28 tabletter:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningsens første dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Den første tablett tas fra fellet merket start på riktig ukedag. Etiketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Deretter tas 1 tablett daglig uten opphold. De hvite tablettene på slutten av brettet er placebo og mens pasienten tar disse, kommer en menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning). Yasminelle 28 tabletter tas kontinuerlig. En går direkte over på neste brett uten opphold. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromal-tilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Ved eksisterende cerebrovaskulær hendelse eller med en slik hendelse i sykehistorien. Tilstedeværelse av en alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose. Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Alvorlig eller ervervet predisposisjon for venøs eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Eksisterende pankreatitt eller pankreatitt i sykehistorien når det er forbundet med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nyreinsuffisiens eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistanke om maligne tilstander i genitale organer eller brystene, hvis disse er påvirkelige av seksuallisteroider. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migræne med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet overfor noen av virkestoffene eller hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venøs blodpropp (VTE). Tilleggsrisikoen for VTE er høyest det første året med bruk av kombinasjons-p-pille. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. For behandling institueres, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtrykkmåling og en gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Senere kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Risiko for venøse tromboembolier øker ved positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), økt alder, fedme, langvarig immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i beina eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruken av p-piller avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før) og at den ikke gjenoppas for 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboembolier øker ved økt alder, migræne, røyking, dyslipoproteinemi, hypertensjon, valvulær hjertesykdom, atrieflimmer. Kvinner over 35 år rådes til ikke å røyke. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med komplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom og kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigdcelleanemi. Økning i hvor ofte migræneanfall inntreffer og hvor kraftige anfallene er (kan være prodromalstadiet for en cerebrovaskulær hendelse), kan være en grunn til å seponere preparatet umiddelbart. Hos kvinner med arvelig angioødem kan eksogene østrogen- og diabetikere må stå under streng legekontroll. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tablettene. Oppkast eller diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Hvis tablettene tas mer enn 12 timer for sent, kan dette redusere antikonseptjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemte tabletter, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tabletter og deretter ikke har noen bortfallsblødning i den første normale tablettfrie perioden, må muligheten for graviditet vurderes. Utsettelse av menstruasjons- 21 tabletter: Nytt brett påbegynnes direkte uten opphold. 28 tabletter: Menstruasjons- 21 tabletter tas utsettelsesvis ved først å ta de hvite tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett. **Interaksjoner:** Perorale kombinasjonspreparater kan påvirke metabolismen av bestemte andre virkestoffer. Dermed kan plasma- og vevskonsentrasjonen enten øke (f.eks. ciklosporin) eller gå ned (f.eks. lamotrigin). Hos pasienter uten nedsatt nyrefunksjon viste ikke samtidig bruk av drospirenon og ACE-hemmere eller NSAIDs noen signifikant effekt på serumkalium. Men samtidig bruk av aldosteronantagonister eller kaliumsparende diuretika er ikke undersøkt. I slike tilfeller bør serumkalium kontrolleres i den første behandlingscyklusen. (I: G03A A/AB p-piller) **Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden av og andre sammensetningen på morsmelk. Små mengder med antikonseptjonssteroider og/eller metabolitter kan utskilles med melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke anvendes under amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Endokrine: Brystmerter, forstørrede bryst. Gastrointestinale: Abdominal smerte. Hud: Akne. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Emosjonell labilitet. Urogenitale: Dysmenoré, metroragi. Øvrige: Vektøkning. Mindre hyppige: Endokrine: Brystneoplasma, fibrocystisk brystsykdom, galaktoré, hetetokter. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, gastroenteritt, diaré, konstipasjon, gastrointestinale lidelser. Hud: Angioødem, alopeci, pruritus, utslett, tørr hud, seboré, hudlidelser. Luftveier: Faryngitt. Neurologiske: Parestesi, vertigo. Psykiske: Depresjoner, nervositet, søvnproblemer, nedsatt libido. Sirkulatoriske: Ekstrasystoler, takykardi, lungeemboli, hypertensjon, migræne, varikøse vener. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Ovariecyster, menstruasjonsforstyrrelser, amenoré, menoragi, vaginal candidiasis, vaginit, utflod, vulvovaginal sykdom, vaginal tørrhet, bekkenmerter, mistenkelig Papanicolaou-utstryk, cystitt. Øvrige: Candidiasis, Herpes simplex, allergisk reaksjon, økt appetitt, nakkesmerter, smerte i ekstremiteter, muskelkramper, ødem, asteni, smerter, ekstrem tørste, økt svetting, vekttap. Egenskaper: Klassifisering: Østrogen-gestagen monofasisk kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen og forandringer i endometriet. Absorpsjon: Maks. serum-konsentrasjon etter 1-2 timer. Absolutt biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Etinylostradiol: Ca. 60%. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Etinylostradiol: Ca. 99,5%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Etinylostradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: 31 timer. Plasmaclearance for drospirenon er 1,3-1,7 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen via urin og fæces er på ca. 40 timer. Etinylostradiol: Plasmaclearance for etinylostradiol er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er på rundt 1 dag. Metabolisme: Mesteparten av drospirenon omdannes i lever. Etinylostradiol omdannes fullstendig, mesteparten i tynntarmens mucosa og i leveren. Utskillelse: Drospirenon: Via urin og fæces. Etinylostradiol: Via urin og galle.

Pakninger og priser:

3 x 21 stk. kr 237,80.

3 x 28 stk. kr 229,70.

Sist endret: 05.11.2007



Bayer HealthCare

Bayer Schering Pharma

- Ann Brantberg
- Overlege, Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital
- Anne.Brantberg@ntnu.no

Føtale og perinatale implikasjoner av

Anomalier i gastrointestinaltraktus og bukveggen

Prenatal diagnose kan optimalisere den pre-, peri- og postnatale omsorgen av nyfødte med utviklingsavvik. Ann Brantbergs avhandlingen inkluderer studier av foster med gastroschisis, omfalocelle, imperforert anus/analatresi, øsofagus- og duodenalobstruksjon¹⁻⁵. Nyfødte med disse tilstandene trenger snarlig kirurgisk behandling. Historisk har den kliniske praksisen vært basert på postnatalt diagnostiserte kasus, og man har manglet kunnskap om intrauterin utvikling og den betydningen ulike utviklingsavvik har for fosteret – både i løpet av svangerskapet og i tiden rundt fødselen.



Ann Brantberg

Målene med studiene

Målene med studiene var å beskrive resultatene fra tidspunktet for prenatal

diagnose samt å identifisere risikofaktorer og bestemme hvorvidt overvåking kan være fordelaktig^{1, 2, 3}. Et annet mål var å beskrive raten for prenatal diagnose og å kartlegge mulige strategier for forbedret diagnostisering^{4, 5}.

Alle studiene var basert på en selektert populasjon som bestod av henviste pasienter i tillegg til vår egen ikke-selekterte populasjon. Fostrene med gastroschisis, omfalocelle og duodenalobstruksjon ble i den selekterte populasjonen fulgt fra tidspunktet for prenatal diagnose gjennom svangerskap og fødsel og inn i den postnatale perioden. Diagnosene øsofagusobstruksjon og imperforert anus i den selekterte populasjonen ble stilt enten før eller etter fødselen og populasjonen inkluderte alle som hadde gjennomgått minst én ultralydundersøkelse ved Nasjonalt senter for fostermedisin i Trondheim. Den ikke-selekterte populasjonen ble dessuten undersøkt separat for å beskrive insidens,

prenatal deteksjonsrate og nøyaktighet av diagnostikk.

Duodenalobstruksjon

Studien av duodenalobstruksjon¹ (Fig 1)

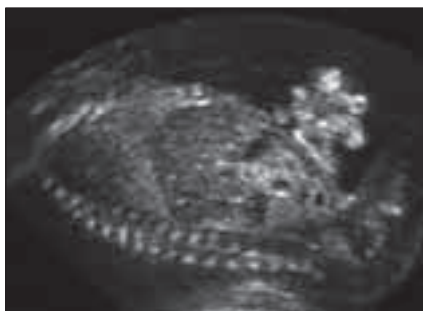


Figur 1 Eksempel på duodenalobstruksjon. Ultralydbilde med typisk "double-bubble".

inkluderte 29 prenatalt diagnostiserte fostre som ble fulgt gjennom svangerskapet, fødselen og postnatalt. Gjennomsnittlig diagnosetidspunkt var 29+2 uker. Polyhydramnion forekom i 83% (24/29) og i 12 svangerskap var det behov for amniotrenasje, iblant flere ganger, på grunn av uttalt polyhydramnion. Trisomi 21 forekom hos 21%. Totalt hadde 62% assosierte anomalier. Isolert duodenalobstruksjon, med et forventet godt resultat, forekom hos 11/29 (38%) fostre. Av disse døde 5/11 (45%) intrauterint eller hadde vesentlig svekket neurologisk utvikling. Vår hypotese er at vagal overaktivitet på grunn av utvidelse av nedre del av øsofagus kan føre til bradykardi, asfyksi og i noen tilfeller asystoli og død. Fostre med duodenalobstruksjon, også de med isolert duodenalobstruksjon, har således en øket risiko for dårlig utfall. Siden fosterdød synes å inntreffe akutt, kan det være vanskelig å overvåke disse fostrene, men de bør følges nøye mot slutten av svangerskapet og en bør vurdere forløsning før termin. Vår behandlingsprosedyre er å forløse/indusere ved 34 fullgatte uker

Gastroschisis

Sekstifire fostre med prenatal diagnose var inkludert i studien av gastroschisis² (Fig 2). De ble fulgt fra diagnosetidspunktet, som i gjennomsnitt var i uke 19+2. Alle hadde normal karyotype. Assosierte anomalier forekom hos 4/64 (6%); 2 med hjertefeil og 2 med arthrogrypose. Foster med gastroschisis er ofte små for alderen (SGA). Dette er sannsynligvis på grunn av lekkasje av næringsstoffer gjennom tarmen. I studien var 13 (22%) av barna SGA. Gestasjonsalder ved forløsning var i gjennomsnitt 36+1 uker og middelvekt var 2590 gram. Prenatal intra-abdominal dilatasjon av tarmen var assosiert med tarmobstruksjon. I tidligere studier er det beskrevet fosterdød hos ca 10-15% av fostre med gastroschisis, men i denne studien var det bare ett foster som døde. Patologisk CTG som indikerte føtal distress allerede før forløsning, og som førte til akutt sectio, ble notert i 13 tilfeller (22%). Intensiv monitorering med CTG av fostre med gastroschisis kan redusere risikoen for føtal distress og intrauterin fosterdød. Vår behandlingsprosedyre er å følge fostre med gastroschisis med daglige CTG-kontroller fra og med uke 33+0 i ukompliserte tilfeller.



Figur 2 Eksempel på gastroschisis. Ultralydbilde og postnatalt foto.



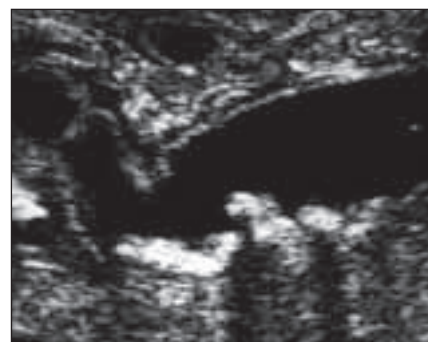
Figur 3 Eksempel på epigastrisk omfalocel. Ultralydbilde og postnatalt foto.

Omfalocel

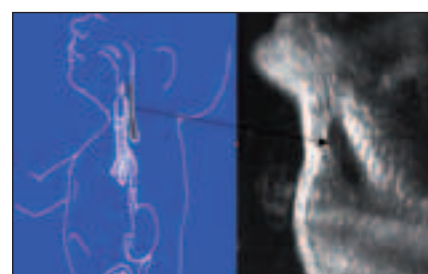
90 fostre med omfalocel³ ble fulgt fra diagnosetidspunktet som i gjennomsnitt var svangerskapsuke 18+4. Omfalocelene ble delt inn i ulike typer basert på plasseringen: epigastriske (Fig 3), sentrale og hypogastriske. Kromosomfeil (oftest trisomi 18) forekom hos 69% av fostrene med sentralt omfalocel, sammenlignet med 13% hos de med epigastrisk omfalocel. Dette kan tyde på at sentrale og epigastriske omfaloceler er to helt forskjellige tilstander. Av 90 føtale tilfeller med omfalocel hadde 80 (89%) assosierte til dels dødelige avvik, noe som førte til dårlige resultater. Totalt overlevde 21 av 90 (23%) foster med omfalocel men bare 8/90 (9%) overlevde og var friske. Det var mulig å identifisere en undergruppe med dødelig/dårlig prognose. Overvåking bør fokuseres på de tilfellene hvor prognosen kan tenkes å være god.

Imperforert anus

Studien av imperforert anus/analatresi⁴ (Fig 4) inkluderte 69 tilfeller. Den prenatalt deteksjonsraten var bare 16%. Totalt hadde 86% assosierte anomalier, og analatresi var ofte en del av ulike syndromer. Unormal karyotype forekom i 13%. Overlevelsen var 35%; overlevelse for tilfeller med isolert imperforert anus/analatresi eller kun en



Figur 4 Eksempel på imperforert anus/analatresi. Ultralydbilde av dilatasjon av rectum og nedre del av tarm.



Figur 5 Eksempel på øsofagusatresi med tracheo-øsofageal fistel. Skjematisk illustrasjon og ultralydbilde.

ekstra anomali var 94% sammenlignet med bare 14% for tilfeller med flere enn en ekstra anomali. Den fremtidige deteksjonsraten kan forbedres ved en økt bevissthet om tilstandens utseende ved ultralyd og ved

kunnskap om vanlige assosierte anomalier. Enkelte tilfeller med imperforert anus har imidlertid ingen funn ved ultralyd og ingen kliniske symptomer og vil neppe kunne diagnostiseres før fødsel.

Øsofagusobstruksjon

Førtiåtte tilfeller med øsofagusobstruksjon⁵ (Fig 5) ble undersøkt. Den prenatale deteksjonsraten var 44%. Polyhydramnion og de kliniske symptomer som følge av polyhydramnion var viktigst for mistanken. Dermed ble diagnosen stilt sent; i gjennomsnitt ved 32 uker. I alle de prenatalt diagnostiserte tilfellene var magesekken liten eller ikke synlig. En øsofageal øvre "pouch" ble visualisert i 43%. Unormal karyotype forekom i 23%. Totalt hadde 79% assosierte anomalier. En økt bevissthet om muligheten for øsofagusobstruksjon som fører til målrettede undersøkelser kan forbedre den prenatale deteksjonsraten og dermed resultatet.

Deteksjonsrate

For alle de undersøkte diagnosene¹⁻⁵ var nøyaktigheten av de prenatale diagnosene

høy. Den prenatale deteksjonsraten i den ikke-selekterte populasjonen var høy for tilfeller med gastroschisis (100%) og omfaloccele (95%). Dette var forventet fordi disse tilstandene kan ses ved tidspunktet for rutineultralyd i Norge (ca 18 uker). Den prenatale deteksjonsraten var høy også for tilfeller med duodenalobstruksjon (82%) til tross for at denne diagnosen sjelden kan stilles ved rutinetidspunktet. Deteksjonsraten for øsofagusobstruksjon var relativt lav (43%) og for analatresi svært lav (11%), men deteksjonsraten var høyere enn i de fleste internasjonale studier.

Fosterpopulasjoner er ulik nyfødtpopulasjoner. En føtal diagnose reflekterer en alvorligere tilstand med en høyere risiko for unormal karyotype og assosierte anomalier enn for nyfødte med samme diagnose. Det er viktig å utelukke tilfeller med dødelige og svært alvorlige assosierte anomalier. Adekvat overvåkning av de resterende tilfellene gir mulighet for å forbedre resultatet. Som en direkte konsekvens av disse studiene har overvåkingen blitt endret for tilfeller med

duodenalobstruksjon og gastroschisis ved vårt senter. Kunnskap om den intrauterine utviklingen må ytterligere forbedres slik at man kan optimalisere overvåkingen og omsorgen for fostre med ulike anomalier.

Avhandlingen kan lastes ned fra www.diva-portal.org/ntnu/theses/

Referanser:

1. Brantberg A, Blaas H-GK, Salvesen KA, Haugen SE, Møllerlækken G, Eik-Nes SH. Fetal duodenal obstructions: increased risk of prenatal sudden death. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002 Nov;20(5):439-446.
2. Brantberg A, Blaas H-GK, Salvesen KA, Haugen SE, Eik-Nes SH. Surveillance and outcome of fetuses with gastroschisis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004 Jan;23(1):4-13.
3. Brantberg A, Blaas H-GK, Haugen SE, Eik-Nes SH. Characteristics and outcome of 90 cases of fetal omphalocele. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005 Oct;26(5):527-537.
4. Brantberg A, Blaas H-GK, Haugen SE, Isaksen CV, Eik-Nes SH. Imperforate anus: A relatively common anomaly rarely diagnosed prenatally. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006 Dec;28(7):904-910.
5. Brantberg A, Blaas H-GK, Haugen SE, Eik-Nes SH. Esophageal obstruction – prenatal detection rate and outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007 Aug;30:180-187.

Wyeth

LOETTE®



LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

www.wyeth.no



FIGO 2009

cic
Gruppe & Spesialreiser

XIX World Congress of Gynecology and Obstetrics

SØR-AFRIKA 3. – 10. oktober 2009



Sør-Afrika er et svært variert land – med store sletter, ørkener, et rikt fugle- og dyreliv, storbyer, vindistrikter, sandstrender med mer.

Livet i Cape Town minner om en europeisk middelhavsby – vakre bygninger, grønne parker, palmer og pinjer, et yrende kaféliv og livlige markeder.

XIX FIGO World Congress of Obstetrics and Gynecology vil ta plass i Cape Town, Sør Afrika høsten 2009. Kongressen starter med registrering og åpningsseremoni søndag den 4. oktober og avsluttes på ettermiddag fredag den 9. oktober.

For informasjon og påmelding til selve kongressen, se web side: www.figo2009.org.za

CIC har laget program for fellestur med fly, transport og hotell til FIGO kongressen

Vi har satt opp flyavgang med KLM Oslo – Cape Town tur/retur med ankomst lørdag kveld, dagen før kongressen, slik at du får mulighet til å se litt av denne spennende byen. Retur fredag kveld med ankomst Oslo lørdag ettermiddag. Flytider vil bli bekreftet ved påmelding.

Innkvartering 3. – 9. oktober (6 netter inkl. frokost)

Commodore – Victoria & Alfred Waterfront ****

Førsteklassehotell med sentral beliggenhet i selve Victoria and Alfred Waterfront gaten og ca. 15 minutter gange til kongress senteret. Rom: 236 rom med bad/dusj, wc, radio, TV, telefon, safe, minibar, te/kaffe koker og aircondition. Fasiliteter: Restaurant Clipper, bar, 24-hour romservice, svømmebasseng og konferanserom.

Adr.: Portswood Road, Portswood Square V&A Waterfront –Cape Town

Turpris per person i enkeltrom: kr. 19.350,-*

Ledsagerpris i delt dobbelrom: kr. 11.660,-*

*flyskatt kr 690,- kommer i tillegg. Forbehold om endringer. Ved behov for annen løsning, ta kontakt.

Påmeldingsfrist innen 1. mars 2009

(begrenset plasser, "første mann til mølla" prinsippet)

VENNLIGST FYLL UT OG RETURNER SVARSLIPP TIL:

CIC Gruppe & Spesialreiser as v/Mireia Rosell
Postboks 5123 Majorstuen, 0302 Oslo

Fax: 22 59 19 81
E-mail: Mireia@cic.as

- JA – jeg ønsker å delta på kongressen 3-9/10
 JA – jeg ønsker å motta tilbud på **posttur til Pilansberg National Park/safari**
 Jeg vurderer å ta med ledsager

Jeg vurderer følgende romtype: Enkeltrom Dobbeltrom

Navn:..... Tlf:.....
Firma/institusjon:..... Fax:.....
Avdeling:..... E-post:.....
Adresse:..... Postnr/sted:.....

Cervarix[®]



Utviklet for å beskytte
mot livmorhalskreft¹



NUGGrappport april 2008

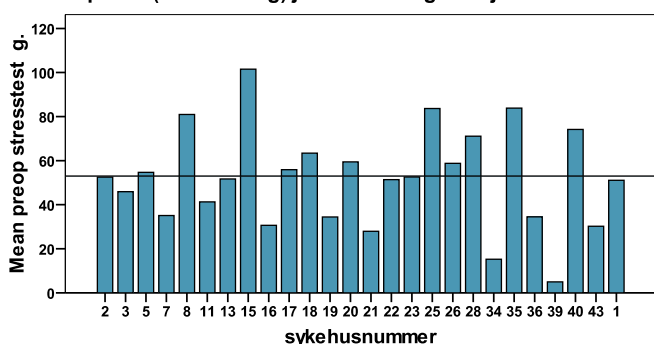
Norsk urogynekologisk gruppe NUGG ble stiftet for 10 år siden for å bidra til økt kunnskap om utredning og behandling av urogynekologisk sykdom. For å kvalitetssikre urininkontinens operasjoner benyttes et validert spørreskjema. Subjektive og objektive urininkontinens variabler registreres og overføres til en Accessdatabase før og etter operasjon.

29 norske gynekologiske avdelinger eksporterer 2 ganger årlig sine data til Norsk kvinnelig inkontinensregister. Data fra alle avdelinger samles i en data base og en rapport produseres som viser alle avdelingenes gjennomsnittsverdier for subjektive og objektive variabler, prosent veldig fornøyde pasienter og antall

komplikasjoner. I Figurene 1 til 8 og 16 og 17 angir den horisontale linje gjennomsnittet for alle avdelingene. Nummeret under hver søyle viser hvilket sykehus dataene kommer fra. Den avdeling som mottar rapporten får vite sitt nummer, men ikke de andre avdelingenes numre.

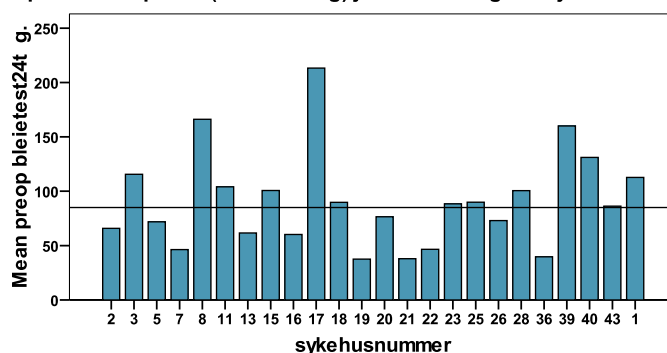
Ligger avdelingens søyle under linjen er resultatet bedre enn gjennomsnittet. Når det gjelder prosent antall pasienter veldig fornøyd, representerer søyleverdier over linjen at resultatet er bedre enn gjennomsnittet. Meningen er at en skal få et inntrykk av hvordan avdelingen ligger an sammenlignet med de andre.

Preoperativ mean lekkasje i gram ved STRESSTEST pasienter operert (ikke bulking) juni 2006 til og med juni 2007



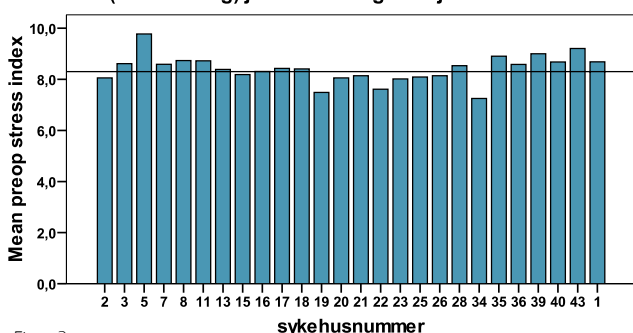
Figur 1

Preoperativ mean LEKKASJE i gram ved 24 T BLEIETEST pasienter operert (ikke bulking) juni 2006 til og med juni 2007



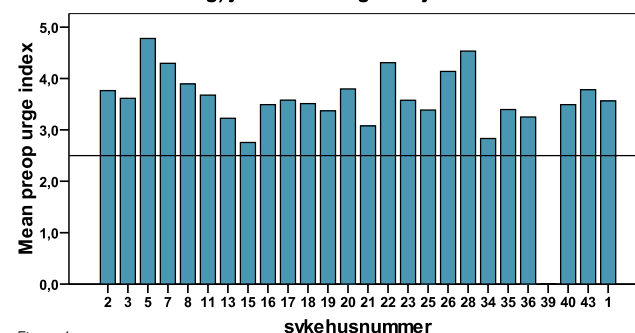
Figur 2

Preoperativ STRESSINKONTINENSINDEKS pasienter operert (ikke bulking) juni 2006 til og med juni 2007



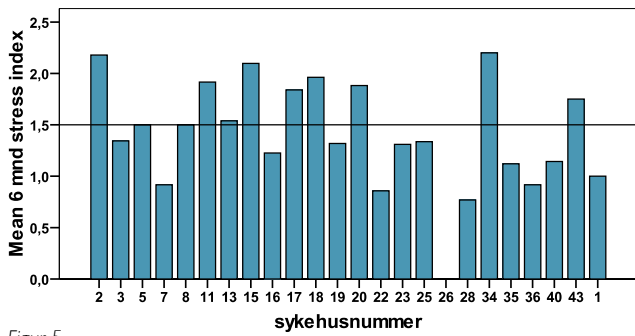
Figur 3

Preoperativ URGEINKONTINENSINDEKS pasienter operert (ikke bulking) juni 2006 til og med juni 2007



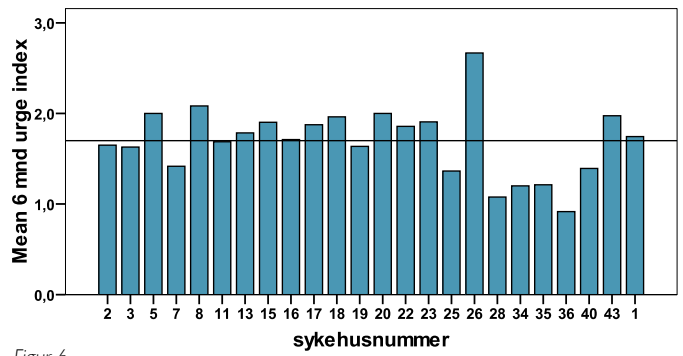
Figur 4

STRESSINKONTINENSINDEKS 6 - 12 mnd. pasienter operert (ikke bulking) juni 2006 til og med juni 2007



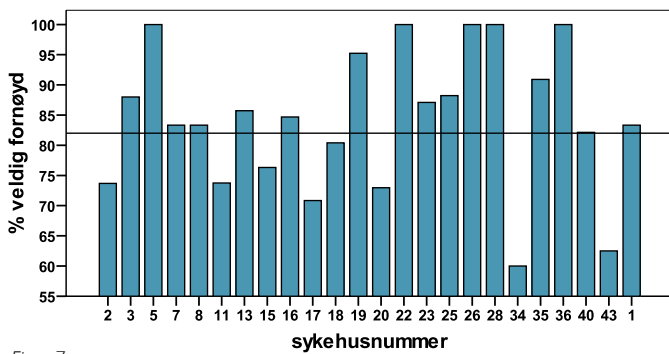
Figur 5

URGEINKONTINENSINDEKS 6 - 12 mnd. pasienter operert (ikke bulking) juni 2006 til og med juni 2007



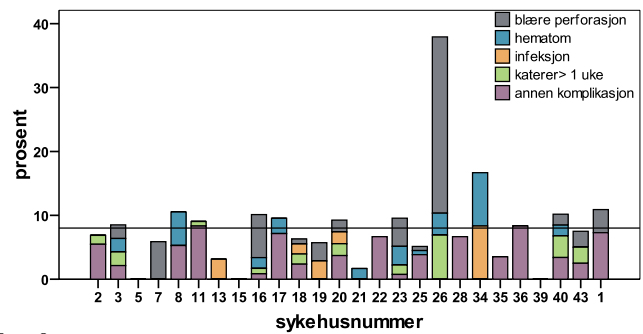
Figur 6

% pas. inkontinensoperert (ikke bulking) VELDIG FORNØYD 6-12 mnd. pasienter operert juni 2006 til og med juni 2007



Figur 7

% antall KOMPLIKASJONER hos pasienter operert (ikke bulking) juni 2006 til og med juni 2007



Figur 8

		preoperativt registrert	6 mnd kontroll
		Antall	Antall
operasjon	TVT	1159	751
	bulking	48	29
	inside out	403	280
	outside in	171	113

Tabell 9. Antall pasienter registrert PREOPERATIVT og 6-12 MND POSTOPERATIVT forskjellige OPERASJONER juni 2006 til og med juni 2007

		Preoperativt P	Postoperativt P
TVT/INNSIDE OUT	stresstest	ikke signifikant	<0,001
TVT/INNSIDE OUT	24 t bleietest	ikke signifikant	<0,001
TVT/INNSIDE OUT	stress indeks	ikke signifikant	<0,001
TVT/INNSIDE OUT	urge indeks	0,01	<0,001
TVT/INNSIDE OUT	Veldig fornøyd		<0,001
TVT/OUTSIDE INN	stresstest	0,05	ikke signifikant
TVT/OUTSIDE INN	24 t bleietest	ikke signifikant	ikke signifikant
TVT/OUTSIDE INN	stress indeks	ikke signifikant	ikke signifikant
TVT/OUTSIDE INN	urge indeks	ikke signifikant	ikke signifikant
TVT/OUTSIDE INN	Veldig fornøyd		<0,001

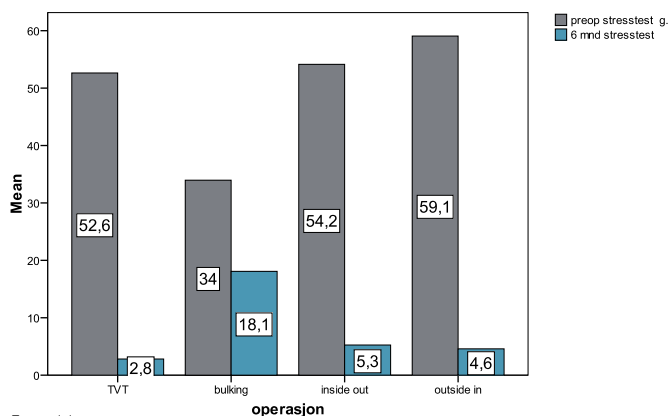
Tabell 10

Figur 1 og 2 viser gjennomsnitt lekkasje ved stress test og 24 timers bleietest før operasjon. En ser at noen avdelinger opererer pasienter med mindre lekkasje enn andre.

Figurene 3, 4, 5 og 6 viser gjennomsnittlig stress- og urge- inkontinensindeks før og etter operasjon. Stress og urgeinkontinensindeksene gir uttrykk for subjektiv grad av stresslekkasje og lekkasje i forbindelse med urgency. Maksimal stressinkontinensindeks er 12 og maksimal urgeinkontinensindeks er 8. En pasient som har urgeinkontinensindeks 8 lekker mange ganger per dag, slik at hun blir gjennomvåt og urin renner ned langs bena. Gjennomsnittlig stressinkontinens indeks er før operasjon 8,4, mens den reduseres til 1,5 etter inngrepet. Gjennomsnittlig urgeinkontinensindeks er 3,5 før og 1,7 etter inngrepet. Pasientene blir altså betydelig mindre plaget etter inngrepet, men subjektivt er de ikke helt kvitt sine symptomer.

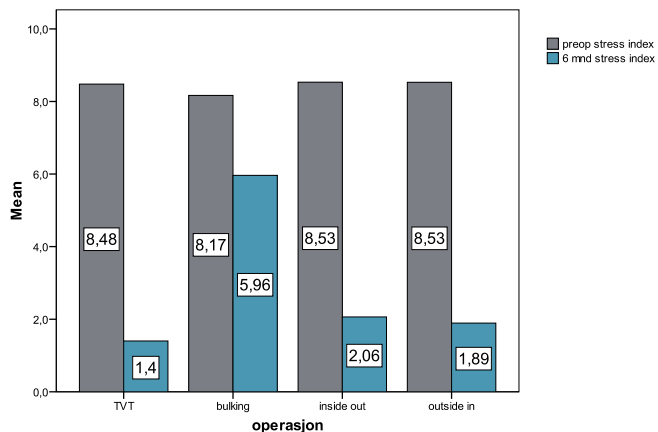
Figur 7 viser prosent veldig fornøyde pasienter per avdeling. En ser at noen avdelinger har veldig fornøyde pasienter, men andre har et forbedringspotensial. Figur 8 viser prosent antall komplikasjoner per avdeling. Når en regner med blåre-perforasjoner er det gjennomsnittlig 8% komplikasjoner. Blære perforasjoner gir svært sjelden varige problemer. Om

Mean lekkasje ved STRESSTEST preoperativt og 6 -12 MND etter operasjon for TVT, BULKING, OUTSIDE INN og INNSIDE OUT pasienter operert jan 2004 til juli 2007



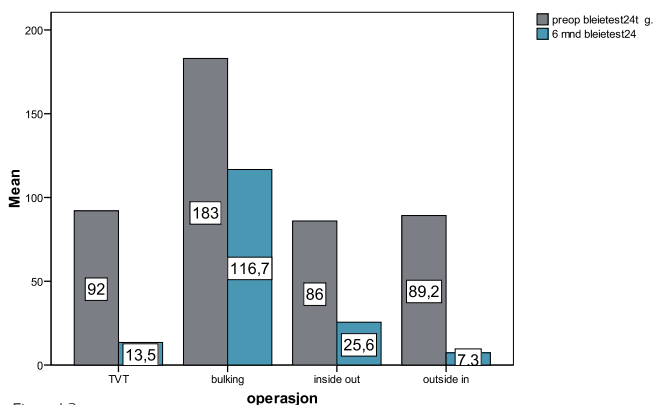
Figur 11

Mean STRESS INKONTINENS INDEKS preoperativt og 6 -12 MND etter operasjon for TVT, BULKING, OUTSIDE INN og INNSIDE OUT pasienter operert jan 2004 til juli 2007



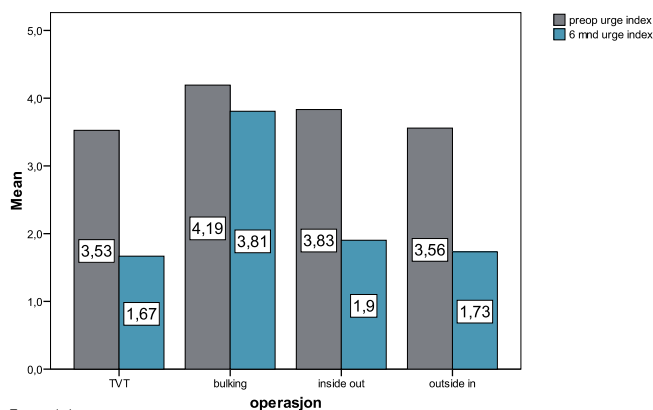
Figur 12

Mean lekkasje ved 24 T BLEIETEST preoperativt og 6 -12 MND etter operasjon for TVT, BULKING, OUTSIDE INN og INNSIDE OUT pasienter operert jan 2004 til juli 2007



Figur 13

Mean lekkasje ved URGE INKONTINENS INDEKS preoperativt og 6 -12 MND etter operasjon for TVT, BULKING, OUTSIDE INN og INNSIDE OUT pasienter operert jan 2004 til juli 2007



Figur 14

en ikke teller med blæreperforasjonene er det 4,2% komplikasjoner.

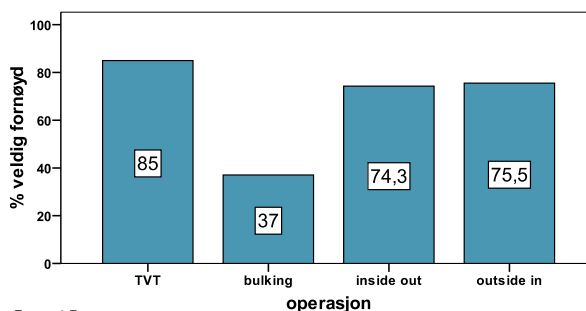
Tabell 9 viser antall pasienter som er operert og hvor mange av dem som har vært til 6-12 mnd kontroll.

Tabell 10 viser statistisk signifikant forskjell eller ikke mellom TVT og inside out operasjon og TVT og outside inn operasjon før og etter operasjon.

TVT pasientene er signifikant mer fornøyd, lekker mindre og har mindre stressinkontinens symptomer postoperativt enn pasienter som har hatt inside out operasjon. TVT pasientene er også signifikant mer fornøyd enn pasienter som har hatt outside inn operasjon, men de er ikke signifikant mer plaget av lekkasje eller urge- og stress-inkontinens.

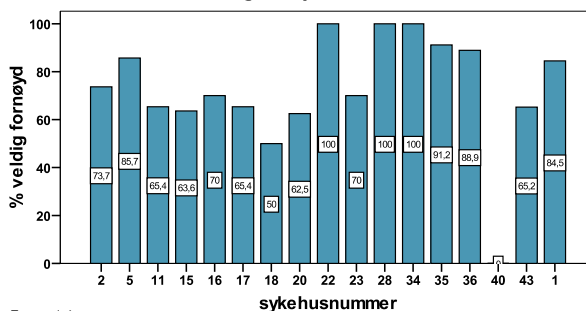
Figurene 11, 12, 13 og 14 viser gjennomsnittlig lekkasje ved stress og 24 timers bleietest og gjennomsnittlig stress- og urge-inkontinensindekser pre og postoperativt. For alle postoperative verdier har bulking (periurethral injeksjon) signifikant dårligere resultater enn TVT. For forskjeller mellom TVT og inside out og TVT og outside inn se Tabell 10.

PROSENT VELDIG FORNØYD, 6mnd KONTROLL TVT, INNSIDE OUT, OUTSIDE INN og BULKING, pasienter operert juni 2006 til juli 2007



Figur 15

% innenfra ut pasienter VELDIG FORNØYD 6-12 mnd. juni 2006 til og med juni 2007



Figur 16

Figur 15 viser prosent veldig fornøyde pasienter etter forskjellige operasjoner. TVT pasientene er signifikant mer fornøyd enn pasientene som har hatt de andre operasjonene.

Figurene 16 og 17 viser prosent veldig fornøyde pasienter ved de avdelingene som utfører outside inn og inside out operasjonene.

Figur 18 viser antall pasienter operert fra januar 2004 til juli 2007 som har fått utført operasjon med forskjellige produsenters proteser og hvor mange av disse som er kontrollert.

Figurene 19 og 20 viser pre og postoperativ gjennomsnittlig stresstest lekkasje og stressinkontinensindeks og Figur 21 viser prosent veldig fornøyde pasienter for de forskjellige produsenters proteser

Figur 22 viser hvor mange prosent av de opererte pasientene som har vært til kontroll ved de forskjellige avdelingene.

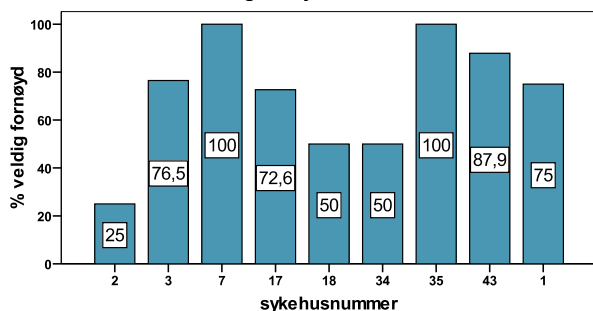
I tillegg til denne generelle rapport får avdelingene en rapport hvor avdelingens resultater sammenlignes med NUGG gjennomsnittet og der resultatet til den enkelte operatør listes ut.

Ultimo 2007 Sendte Urogyndata AS ut en ny versjon av NUGGAccess databasen. Den nye versjon har betydelig økte muligheter for kvalitetssikring av data på avdelingsnivå og det er laget en brevmodul som gjør det enklere å sende ut innkallingsbrev til pasientene.

Konklusjon

Mange avdelinger oppnår gode resultater, noen avdelinger har et forbedringspotensiale. Pasientene er signifikant mer fornøyd med TVT operasjon enn med inside out og outside inn operasjoner. TVT opererte pasienter lekker signifikant mindre postoperativt ved stress og 24 t bleietest enn pasienter som har fått en inside out operasjon.

% utenfra inn pasienter VELDIG FORNØYD 6-12 mnd. juni 2006 til og med juni 2007

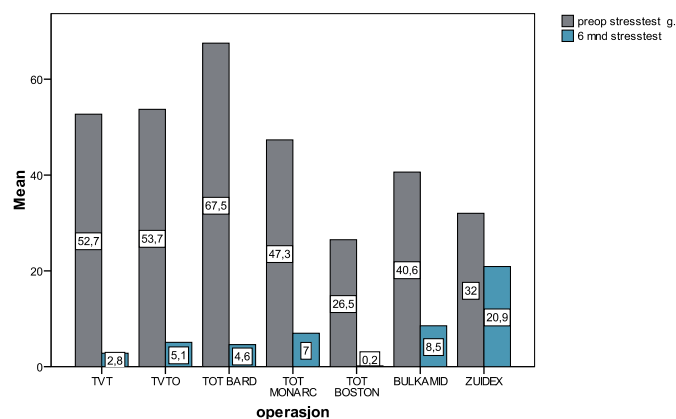


Figur 17

operasjon	pre operativt		6 mnd kontroll	
	antall	antall	antall	antall
TVT	4 493	3 898		
TVTO	686	493		
TOT BARD	214	159		
TOT MONARC	139	80		
TOT BOSTON	17	17		
BULKAMID	29	21		
ZUIDEX	140	110		

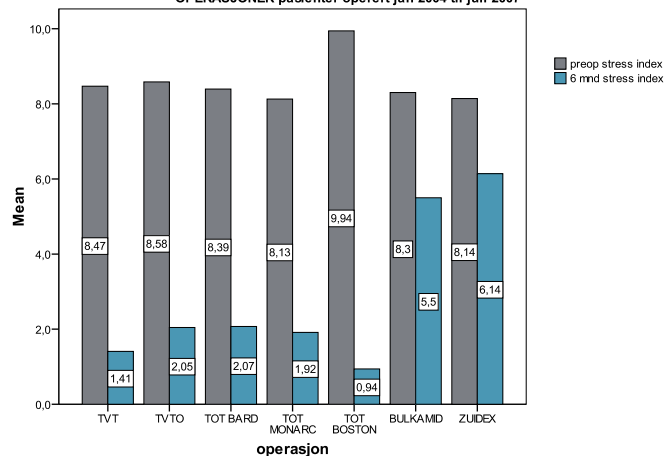
Tabell 18. Antall pasienter PRE OG 6 MND POSTOPERATIVT, OPERERT JAN 2004 til JULI 2007

Mean lekkasje ved STRESSTEST preoperativt og 6 -12 MND etter operasjon for FORSKJELLIGE OPERASJONER pasienter operert jan 2004 til juli 2007



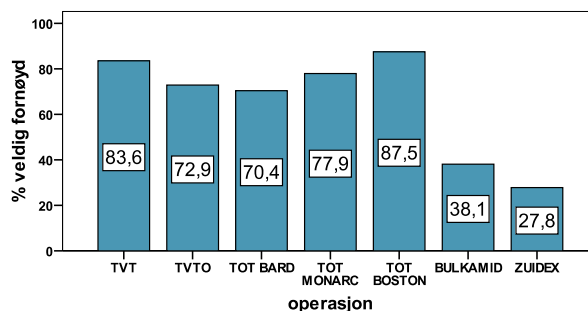
Figur 19

Mean STRESS INKONTINENS INDEKS preoperativt og 6 -12 MND etter operasjon for FORSKJELLIGE OPERASJONER pasienter operert jan 2004 til juli 2007



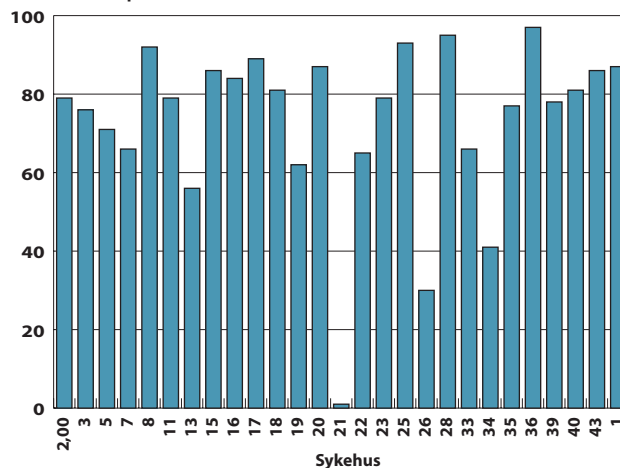
Figur 20

PROSENT VELDIG FORNØYD, 6mnd KONTROLL FORSKJELLIGE OPERASJONER pasienter OPERERT JAN 2004 til juli 2007



Figur 21

Prosent pasienter kontrollert etter 6-12 måneder



Figur 22

EMSELEX® - EFFEKTIV¹ OG M₃ SELEKTIV

Effektiv¹

VEIEN TIL BEHANDLING AV OVERAKTIV BLÆRE

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

NYE REFUSJONSKODER 3. MARS:

ICPC: U04

ICD: N39.4

REFUSJONSBERETTIGET FOR MOTORISK
NEVROGEN HYPERAKTIV BLÆRE MED
LEKKASJE (URGE-INKONTINENS)

 **Emselex**[®]
(darifenacin) 7,5mg og 15mg
DEPOTTABLETT
Effektiv¹ og M₃ selektiv

Id-kode: 4326/02.2008

Referanser:

1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M₃ selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;95:993-1001.
2. FK-tekst 12.04.2007

- Johan Bergh
- Privatpraktiserende gynekolog, Stavanger
- johan.bergh@lyse.net

Samarbeid

IVF klinikk - privatpraksis

I Rogaland har det i mange år vært et godt samarbeid mellom privatpraktiserende gynekologer og fertilitetsavdelingen i Haugesund. På initiativ av daværende overlege Jon Hausken kom det for 5 år siden i stand et mer formalisert samarbeid mellom fertilitetsavdelingen og 4 gynekologer i sør-fylket.

Vi 4 gynekologene i Stavanger/Sandnes monitorerer kvinner som skal til IVF fra sør-fylket på rundgang hver 4.fredag. Dette gjør vi på timehonorar. Hver enkelt av oss har således i snitt ca. 6 – 8 pasienter hver 4. fredag. Det settes av 2 timer til dette arbeidet.

Utover dette henviser fertilitetsavdelingen kvinner til forundersøkelse, kvinner som skal sette inn tinte embryo, kvinner som gonadotropinstimuleres, kvinner med spesielle problemstillinger før eller under hormonbehandlingen, og ikke minst 7 ukers kontroll av gravide. For disse skriver fertilitetsavdelingen vanlig henvisning og vi får refusjon fra trygden og eventuelt egenbetaling av pasienten. Personlig har jeg i snitt 2 slike pasienter henvist daglig.

Dette er et samarbeid til alles tilfredshet. Klinikken i Haugesund får avlastning og kan optimalisere sin spesialkompetanse. Flere pasienter behandles og ventetiden kortes ned.

Vi praktiserende gynekologer føler at vi får en spennende og utfordrende oppgave. Vi får også tidlig tatt tak i en del tvillingsvangerskap og andre høyrisikosvangerskap som krever spesialistoppfølging.



Haugesund by.

Kvinnene sparer lang reisetid og ventetid. Helseforetaket sparer reiseutgifter. Samfunnet som helhet tjener på at kvinnene bare er borte fra jobb et par timer i stedet for en hel dag. Dette blir således en "vinn-vinn-vinn" situasjon.

Det finnes sikkert flere gode samarbeidsmodeller mellom IVF-klinikker og perifere gynekologer ellers i landet. Men jeg tror dette samarbeidet vårt er bedre strukturert enn de fleste andre steder. Jeg tror dette kan være et eksempel til

etterfølgelse mange steder hvor der sitter gynekologer relativt langt borte fra IVF-klinikkene.

Dette kan også være eksempler til ettertanke utover fertilitetsbehandlinger.

Pasientstrømmen har generelt en tendens til å gå fra allmennlege til spesialist og eventuelt videre til sykehus. I tider med sprenge poliklinikker og lange ventelister på sykehus kan nok pasienter i større grad enn i dag sendes fra poliklinikker til avtalespesialist.

Professor Julie Skjæraasen 80 år

Norges første kvinnelige professor i fødselshjelp og kvinnesykdommer og fagets ”grand old lady” runder 80 den 23 mai. En kortfattet oppsummering av hennes curriculum vitae forteller oss at hun ble cand.med. ved Universitetet i Oslo i 1965. I 1979 ble hun kreert dr.med. ved samme Universitet. Et halvårs vikariat ved Oslo Kommunale Kvinneklinikk markerte etter eget utsagn hennes inntreden i faget.

Etter et år som såkalt kvalifikasjonskandidat ved Kvinneklinikken, Rikshospitalet dro hun til Porsgrunn der hun var nesten tre år ved den kirurgiske avdelingen. Etter dette har hun arbeidet i hovedstaden. I 1981 ble hun utnevnt til professor og arbeidet ved Rikshospitalet inntil pensjonering.

Julie Skjæraasen har utført pionérarbeid på forskjellige områder innen vårt fag, kanskje særlig innenfor Rh-immunisering. I 1968 utførte hun, som den første i landet intrauterin blodtransfusjon til et immuniseringstruet foster. Et 10-årsmateriale herfra ble presentert i hennes prøveforelesning for den medisinske doktorgrad. Selve avhandlingen omhandlet imidlertid lungemodning hos særlig truede fostre. Materialet besto av gravide diabetikere, kvinner med pre-eclampsii og kvinner med vekstretarderte fostre.

Norge fikk som det førsteland i Europa i 1987 en lov om kunstig befruktning. I tråd med dette dukket det opp en rekke problemer

som ble vanskelige for politikerne. Etter at en komité hadde gjort et visst forarbeid ble den første Bioteknologinemnda opprettet i 1991, to år senere med vår jublant som leder. Hun arbeidet i flere år med AID, og beklager at anonymitetsprinsippet ble forlatt, for derved forsvant også sæd-donorene.

Fra alle hennes år som kliniker med utallige episoder og erfaringer trekker hun frem en spesiell opplevelse: Hennes tvillinggravide datter ble innlagt med polyhydramnion og blødning, en akutt oppstått og truende situasjon. Mormor var imidlertid på avdelingen som vakthavende, situasjonen ble raskt og rutinert taklet og hun sectioforløste selv datteren for to fine gutter!

Hun har arbeidet i privatpraksis like til for et år siden. Jubilanten er nylagt leder for Eldre Legers Forening. Hun sies å være en mester i forskjellige slags håndarbeider. Vi har som man kan forstå å gjøre med en meget aktiv jublant. Hun lever dessuten et godt liv med sin ektefelle Egil gjennom 40 år.



Professor Julie Skjæraasen

Professoren er litt bekymret for kvaliteten av spesialistutdannelsen innen faget, idet hun mener den etter hvert er blitt for fragmentarisk. I et fag som vårt er det å følge pasienten fra innleggelse til utskrivelse svært vesentlig. Med det nåværende system mister man for en stor del denne viktige kontinuiteten, uttaler Julie Skjæraasen avslutningsvis.



- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavest østrogendose³
- Best blødningskontroll^{1,2}

NUVARING® 
etonogestrel/etinylostradiol

C NuvaRing «Organon»

Antikonsepsjonsmiddel.

VAGINALRING 120µg/15µg: Hver vaginalring inneh.: Etonogestrel 11,7 mg, etinylostradiol 2,7 mg, hjelpestoffer. 1. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner mellom 18 og 40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den første dagen i menstruasjonssyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Starti på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp vnetrombose, 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. Hyppigheten av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøse og arterielle tromboser. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tillegg til planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette for 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefeil, hjertefflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerus colit). 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 cholestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap. 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 ulcerus colit 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. **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 oxkarbazepin, 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 etinylostradiol. 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:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Mavesmerter, kvalme. Hud: Akne. Neurologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, emosjonell labilitet, nedsatt libido. Urogenitale: Underlivssmerter, brystsmertner, dysmenoré, leukoré, vaginalt ubehag, vaginitt. Øvrige: Vektøkning, ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage. Hud: Utslett. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske: Angst. Urogenitale: Cervicitt, cystitt, urinveisinfeksjon, genital pruritus. Øvrige: Fibroadenomer i brystene, ryggsmertner, tretthet. **Sjeldne (<1/1000):** Hud: Urticaria. Øvrige: Hypersensitivitet. Oppbevaring og holdbarhet: Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Værelsestemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. Pakninger og priser per februar 2007: 1 stk. kr 121,30, 3 stk. kr 309,80. **Siste dato:** 01.02.007.

Organon

Schering-Plough

REFERANSER:

- 1.: Oddsson K. et al. Superior cycle control with a contraceptive vaginal ring compared with an oral contraceptive containing 30 g ethinylestradiol and 150 g levonorgestrel: a randomized trial. Human Reproduction; 2004;20:557-62
- 2.: Milsom I. et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 g ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone. Hum Reprod 2006;21:2304-11
- 3.: Heuvel M.W. et al. Comparison of ethinylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. Contraception; 2005;72:168-74

Organon AS,
en del av Schering-Plough
Corporation
Postboks 324, 1372 ASKER
Telefon: 66 76 44 00,
Telefaks: 66 76 44 01
www.organon.no

Helhetlig fødselsomsorg?!

Så har helseministeren oppnevnt nytt "Nasjonalt Råd for fødselsomsorg" etter at det gamle rådet la ned seg sjøl under full mediadekning høsten 2007.

Det nye rådet er bredt sammensatt både faglig og geografisk, og spennende er det at brukerne også har fått sine representanter. Rådet skal bistå regjeringa i utarbeidelse av Stortingsmelding om fødselsomsorgen som planlegges framlagt før utgangen av 2008. Det betyr at det må jobbes målbevisst og raskt.

Faget vårt er under konstant press, og er det ikke kritiske blikk fra presse og publikum, klarer vi ofte å lage konflikter sjøl. Få tema er så følsomt som fødselsomsorg, og det virker som om enkelte kolleger nærmest har direktelinje inn til NRK og toneangivende programmer som "Dagsnytt 18" og "Ukeslutt". I vinter fikk Pål Øian - etter at Nasjonalt Råd var gått av – stor dekning av sine påstander om nærmest livsfarlig forhold på norske fødeinstitusjoner i utkantsnorge. Den alltid flittige Høyrerepresentant og jordmor Sonja Sjølie kastet seg etter i debatten, og vips måtte de av oss som jobber på disse avdelingene ut for å drive brannslukking. Engstelige pasienter og lokale medier ville vite hva som EGENTLIG foregikk bak veggene våre, og igjen følte det som om venner og kolleger er våre egne verste fiender.

Hva er det som får kolleger til å gå ut med krigstyper når det gjelder å angripe deler av norsk fødselsomsorg? Når gikk en

avdelingsoverlege fra et mindre sted offentlig ut og kritiserte aktiviteten på de store klinikkene, sjøl om det kanskje ville være berettiget i enkelte tilfeller? Hva er det med oss leger som gjør at vanlige kollegialitet og høflighet nå nærmest er borte?

Er det så enkelt som det bibelske uttrykket om at det er lettere å se splinten i sin brors øye enn bjelken i sitt eget?

I omstillingenes tidsalder og i effektivitetens navn har mange av de største kvinneklinikkene nå svært høge fødselstall. Fødekvinne opplever stor travelhet hos personalet, og mangel på kontinuitet er mer regel enn unntaket. Kort liggetid i barsel, helst på sykehotell, er av en eller annen grunn definert som en indikator på god kvalitet, sjøl om det er heller sjelden at melkeproduksjonen er kommet godt i gang allerede etter de definerte 2 liggedøgnene. Hvorfor er det ingen som sier noe om dette?

Det er åpenbart at vi skal holde et skarpt søkelys på vår egen aktivitet, men vi må også være såpass ydmyke at vi erkjenner at det kanskje ikke fins noe entydig svar på hvordan fødselsomsorgen – og egentlig helsevesenet generelt – skal organiseres. Det som passer for Drammen, er ikke nødvendigvis direkte overførbart til Arendal, A-hus eller Stokmarknes.

Vi kan alle bli bedre, men den arrogansen som enkelte kolleger har overfor deler av miljøet er ødeleggende. Det blir lett

en skyttergravskrig når man hele tida må forsvare seg, og spesielt destruktivt er angrep fra sine egne. Det er ikke lett å argumentere mot kolleger med professortittel, og er først en påstand gjentatt mange nok ganger, blir det lett oppfattet som en sannhet.

Mitt ønske for det nye Nasjonalt Råd for fødselsomsorg er derfor et bedre klima for fordomsfri meningsutveksling, kollegial lojalitet og respekt for hverandres faglighet! Og ikke minst; at vi greier å bevare et av verdens beste helsevesen for både mor og barn! For det har vi! Det er bare så lett å glemme det i kampens hete!

DELTA I DEBATTEN!

Logg deg inn på
legeforeningen.no/ngf
eller skriv til
redaksjonen!

- Hilde Sundhagen
- Privatpraktiserende gynekolog, Lillestrøm.
- lehsund@online.no

Kommentar

Hvorfor forlater gynekologene sykehusene?

Her satses friskt- både med Gynekologen i ny og kledelig ham og med et innhold som stimulerer til debatt og engasjement. Dette tegner bra!

Kristin Skogøy har i sitt innlegg invitert til debatt om hvorfor gynekologene forlater sykehusene.

Problemstillingen som reises er også helt i tråd med det arbeidet det forrige styret i NGF startet idet de nedsatte en arbeidsgruppe som har som mandat "å utarbeide en oversikt over situasjonen for spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer i Norge med hensyn til spesialistproduksjon, stillingsmarked og videre utvikling. Innvandring fra andre land, privat spesialistpraksis og vaktbelastning som negativ rekrutteringsfaktor er underemner som gruppen skal vurdere."

Vi imøteser gruppens arbeid med stor forventning og ser også av denne grunn frem til årsmøtet i Bodø i september 2008 der gruppa skal fremlegge sitt arbeid.

Spørsmålet som reises i innlegget har sikkert mange svar, som Skogøy også er inne på; -som at faget er blitt for stort og spesialisert ? større deler av arbeidsdagen går med til oppgaver man blir pålagt å forholde seg til uten egentlig å ha trodd det var dette man opprinnelig utdannet seg til som lege; produksjonstall, budsjetter og økonomistyring, diagnosekoding,

prosedyrekodeing, ventelister, vaktbelastning, pasientklager, o.s.v.

Nye holdninger og krav fra pasientgrupper, medias fokusering på leger generelt og fødselsleger spesielt, kunnskapssamfunnet i sin helhet med økende grad av spesialisering og faktabasert virkelighetsorientering, økende urbanisering, - alt dette påvirker oss som individer og som utøvere av vår profesjon.

En doktorgrad nylig utgående fra Institutt for helseledelse og helseøkonomi viser at det var en positiv sammenheng mellom legers verdsetting av autonomi i jobbsituasjon og sannsynligheten for å jobbe i privat praksis- noe jeg slutter meg til fra egen erfaring og fra meddeleler fra andre kolleger i privat praksis.

Fra Legekårsundersøkelsen vet man at sannsynligheten er størst for å bli i den spesialiteten du først begynner å jobbe innen når du er ferdig utdannet lege.

Gynekologi er en spesialitet som kan utøves i privat praksis.

Undersøkelser har vist at 35% av polikliniske konsultasjoner gjøres i privat praksis.

Det er heller ikke noe som tyder på at lekkasje til privat praksis innen vår spesialitet i fremtiden vil bli faretruende stor all den tid RHF'ene ikke oppretter nye hjemmler som skulle være med på å aksellerere denne prosessen.

Tall fra Den Norske legeforenings legeregister viser at antall privatpraktiserende

gynekologer har vært tilnærmet likt fra oktober 1995 og til mars 2008.

At noen velger å utøve sin del av yrket innen privat praksis bør ikke, etter min mening, ansees som et "svik", men som endel av det yrketilbudet noen kolleger innen spesialiteten finner mer tiltalende.

Den egentlig grunnen til hvorfor kolleger går ut i praksis har vi vel ikke nok kunnskap til å si så mye om, men etter å ha vært på NGF's vårmøte og hørt overlege Thaulow fortelle om en martaonvakt på føden av heroisk karakter,(der alt heldigvis gikk bra) kan jo enhver forstå at dette sliter på i det lange løp.

En bevisst utvelgelsepolitikk for hvem man slipper til i faget, en bevisst holdning til hvordan man beholder flinke medarbeidere, inklusive bedre beskyttelse av de som har tøffe opplevelser innen obstetrikken og en bevisst og god seniorpolitikk for de som blir værende på sykehus, bør være viktige satsningsområder for Legeforeningens fremtidige arbeid!

La oss ikke sette fagmiljøet opp mot hverandre ved å lage fiendebilder av "de på sykehus" og "oss der ute"!

La oss heller gå i oss selv og fokusere konstruktivt på de utfordringene de forskjellige delene av faget vårt vi står overfor.

Forebyggende helse hos mor og barn

Gynekologer og obstetrikere har en unik posisjon i å påvirke tilbøyelighet til god helse eller sykdom. Vi ser kvinner fra de er 16 år gamle til menopause.

Å forebygge fedme allerede før/ i svangerskapet vil gi målbare gevinster i behandling av infertilitet, PCOS, og til dels svangerskapskomplikasjoner. Ikke minst oppnår man samtidig forbygging av senere hjerte- og kar sykdom, samt diabetes.

En balansert diett som er anbefalt av Rådet for Ernæring og Fysisk Aktivitet til hele den norske befolkningen med henblikk på å fremme helse og redusere forekomst av hjerte- og karsykdommer kan brukes av alle aldre, også i svangerskapet (1).

Å sette kvinnen i riktige spor kan ha ringvirkninger for hele familien og senere generasjoner. Det er økende evidens for at tilbøyeligheten til god helse eller sykdom, som aterosklerotisk sykdom, diabetes eller fedme starter i føtallivet (2,3). Interaksjonen mellom faktorene i fosterlivet, gener, og faktorene senere i livet har betydningen for utvikling av aterosklerotisk sykdom og for så vidt sykdom generelt.

Obduksjonsstudier har vist at tidlige stadier av aterosklerotisk sykdom, såkalte 'foam cells' og fatty streaks, kan starte i føtallivet og er forbundet til høyt kolesterol hos mor i svangerskapet. Videre har obduksjonsstudier påvist at høyt kolesterol hos mor i svangerskapet kan påvirke

progresjon av slike lesjoner i barne og ungdoms år.

Fatty streaks synes å gå tilbake etter fødselen, men øker igjen etter 2 års alderen. Progresjon til mer kompliserte lesjoner ser ut til å øke fra 8 års alderen, og ved 30 års alderen finnes slike lesjoner hos ca. 50 % av denne alders gruppe (4). Dette er tankevekkende når gjennomsnittsalderen for førstegangs fødende i Norge er rundt denne alderen. Dessuten har flere observasjonelle studier vist at ugunstig svangerskapsutfall kan være en indikator for økt risk av metabolsk og kardiovaskulær sykdom senere i livet både for mødre og barna. Med en økende BMI i befolkningen og de ledsagende følger av dette for mor og barn blir bildet enda mer komplisert.

Norsk Gynekologisk Forening har på det kommende årsmøtet satt opp et seminar som omhandler fedme i obstetrik. Dette er veldig bra, men i etterkant trenger vi en engasjert ekspertgruppe til å ta fatt i gynekologisk og obstetrisk fedme med fokus på forebyggende helse hos kvinner i alle aldre spesielt hos vordene mødre og deres barn.

Undertegnede oppfordrer til debatt for å sondere interessen for å danne en slik gruppe. Jeg er klar over at avdelinger/privat praktiserende er allerede overbelastet med klinikk slik at forebygging virker fjernt. Allikevel føler jeg at tiden er inne for å tenke i disse baner. Som gruppe kan vi fremme mer forskning. I tillegg vil en slik gruppe kunne gi mulighet til påvirkning på samfunnspolitiske beslutninger.

Referanser

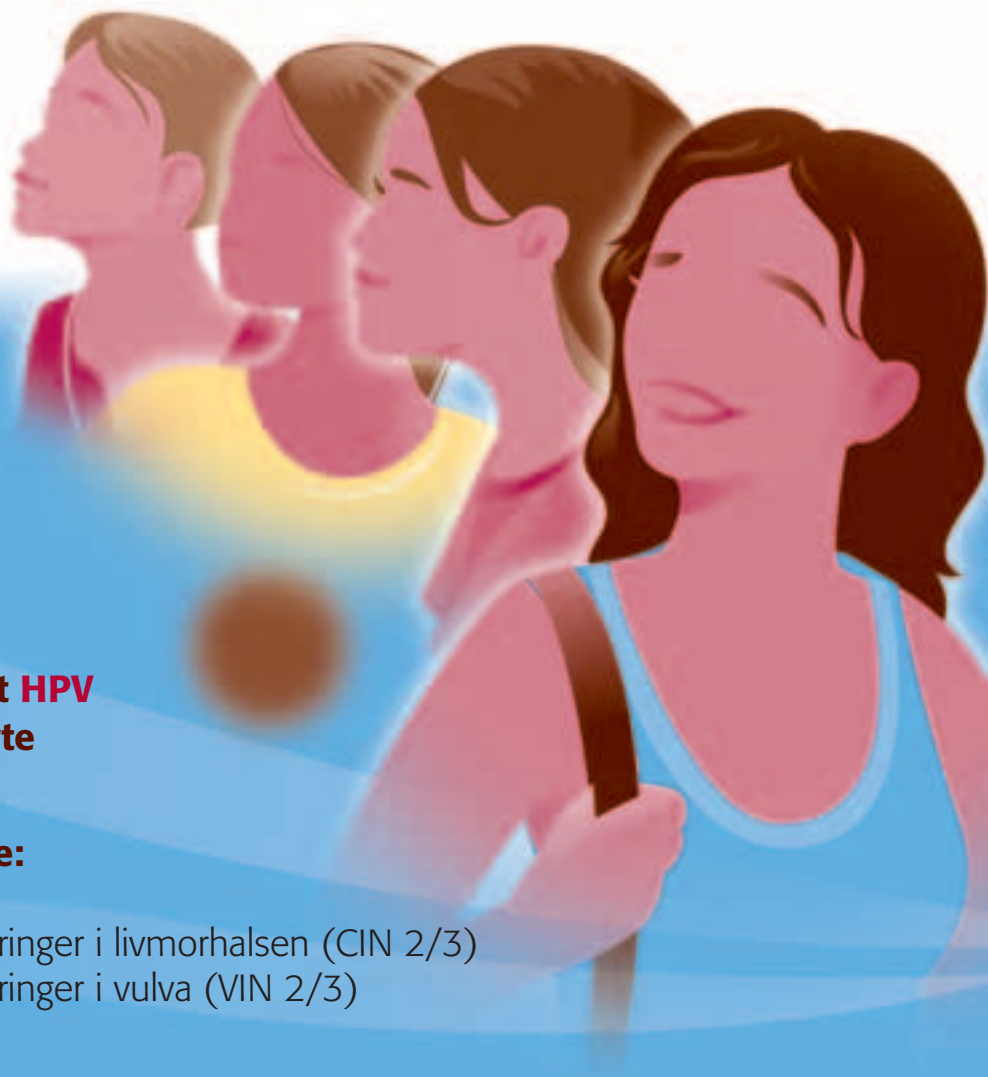
1. Janette Khoury, Tore Henriksen, Bjørn Christophersen, Serena Tonstad. Effect of a cholesterol lowering diet on maternal, cord, neonatal lipids and pregnancy outcome. A randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005;193:1292-30.
2. Osmond C, Barker DJ. Fetal, infant, and childhood growth are predictors of coronary heart disease, diabetes, and hypertension in adult men and women. *Environ Health Perspect* 2000 Jun;108 Suppl 3:545-53.
3. Boney CM, Verma A, Tucker R, Vohr BR. Metabolic Syndrome in Childhood: Association With Birth Weight, Maternal Obesity, and Gestational Diabetes Mellitus. *Pediatrics* 2005 Mar 1;115(3):e290-e296.
4. Stary HC. Lipid and macrophage accumulations in arteries of children and the development of atherosclerosis. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000 Nov 1;72(5):1297S-1306.



GARDASIL®

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

Vaksinen som beskytter mot
4 papillomavirustyper og som
skal forebygge **livmorhalskreft****



**Dokumentert effekt mot HPV
6, 11, 16 eller 18-relaterte
genitale sykdommer**

Gardasil® skal forebygge:

- Livmorhalskreft
- Høygradige celleforandringer i livmorhalsen (CIN 2/3)
- Høygradige celleforandringer i vulva (VIN 2/3)
- Kjønnsvorter

For bred beskyttelse* og tidlig nytte**

* Livmorhalskreft, celleforandringer i livmorhalsen, celleforandringer i vulva og kjønnsvorter relatert til HPV 6, 11, 16 og 18.

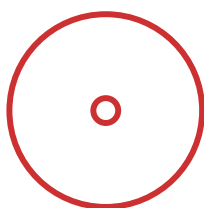
** Norsk SPC



sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21
info@spmsd.com

Hei alle FUGO medlemmer!



FUGO

Det går mot nytt årsmøte både for NGF og FUGO. I år som tidligere blir det i den forbindelse valg, og vi ønsker oss engasjerte kolleger inn i styret. Som medlem av FUGO styret får du innblikk i hva som foregår i NGF, men også hos våre søsterorganisasjoner i Europa og USA. Ass.leger i obs/gyn er ganske aktive i sine nasjonale foreninger rundt om i Europa, og vi treffes jevnlig for å utveksle erfaringer og ideer.

FUGO synes det er viktig at ass.leger kommer til NGF sitt årsmøte, hvor også vårt årsmøte og generalforsamling finner sted. Dersom du er interessert i å stille til valg i FUGO kan du enten bare møte opp og rekke opp hånden, eller skriv gjerne en mail på forhånd. Vi ønsker oss kandidater fra alle landsdeler, store og små sykehus og i alle "aldre" (fra helt fersk ass.lege til nesten ferdig spesialist)

Nyttige websider

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

FUGO-styret 2008

Solhild Stridsklev	solhild.stridsklev@stolav.no	Leder	Representant ENTOG og kursansvarlig	KK St. Olavs hospital
Ane Gerda Zahl Eriksson	anegerda@hotmail.com	Nestleder	Representant til NGF-styret	KK Ringerike sykehus
Stig Alexander Rekkedal Hill	stighill@gmail.com	Sekretær	Representant til NFYOG	KK Haukeland Uni.sjukehus (pt: kirurgisk avd, HUS)
Sissel Oversand	sisseloversand@hotmail.com	Kasserer	Nettmedarbeider	KK Ullevål Uni.sykehus
Vilde Rasdal Lehland	vrleland@yahoo.no	Styremedlem	Representant til NFYOG	KK Sørlandet Sykehus, avd. Arendal
Erik Andreas Torkildsen	toea@sus.no	Styremedlem	Representant til PWG, nettansvarlig og vara til NGF-styret	KK Stavanger Uni. sjukehus (pt: kirurgisk avd, Voss Sjukehus)

- Ingrid Volløyhaug
- Assistentlege, Kvinneklinikken, St.Olavs hospital
- ingridvolloyhaug@hotmail.com

ENTOG- utveksling Portugal 2008

Høy andel elektiv sectio – mindre obstetrikk på vakt

Jeg har tidligere vært utvekslingsstudent på videregående skole i Portugal og fikk derfor lyst til å delta på ENTOGutvekslingen som skulle være i Portugal i år. Selv om jeg har vært på besøk i landet flere ganger i mellomtiden, hadde jeg liten kjennskap til helsevesenet og til utdanningen av spesialister i gynekologi og obstetrikk. Jeg fikk anledning til å bli utplassert i Evora, den byen jeg tidligere har bodd i. Det bidro til at jeg fikk en litt annerledes erfaring enn de andre som var på utveksling i Lisboa eller andre større byer. Innbyggerne i Alentejo er kjent for å være litt saktmodige og bedagelige, og det ser ut til at det gjenspeiler seg i et rolig tempo også på sykehuset. Stemningen på sykehuset er mer hyggelig enn travel.

UNESCOs verdensarvliste

Evora er en liten universitetsby med ca 60.000 innbyggere. Den er "hovedstaden" i landbruksprovinnsen Alentejo og ligger 13 mil sørøst for Lisboa. Evora er en spesiell og vakker by som står på UNESCOs verdensarvliste. Den er omgitt av en verneverdig bymur. Innenfor bymuren ligger den eldste delen av sykehuset, og utenfor ligger den nye delen.

Jeg har med Vera på 7 mnd, og mannen min som passer henne mens jeg er på sykehuset på dagtid. Før utvekslingen starter, innlosjerer vi hos min gamle vertsfamilie. Neste morgen blir jeg hentet av Hugo Gaspar, som skal ha ansvaret for meg under utvekslingen. Han er assistentlege på Madeira og kommer i ens ærend til Evora for å være med meg på utvekslingen. Hugo kjenner sykehuset fra han var der i turnus, og han forteller at det for tiden ikke er assistentleger på gyn.obst avdelingen i Evora. Sykehuset har ansvaret for ca 1500 fødsler/år. Avdelingen har 20 legestillinger, men bare 9 er besatte. Antall

stillinger er avhengig av sykehusets nivå, ikke av antall fødsler. Legene i avdelingen er alle passert 50 år, og de ønsker å få ansatt yngre assistentleger. Vaktberedskapen er to leger til stede på sykehuset og en bakvakt som er hjemme og kan tilkalles ved behov, altså like mange som vi er i Trondheim med dobbelt så mange fødsler! Samtidig har de bare to jordmødre på vakt.

Fleksibilitet i sengeavdelingen

Sykehusavdelingen ligger i tredje etasje i den gamle bygningen og består av en lang korridor med operasjonsstue i enden av gangen. Avdelingen har ca 30 senger. Det er fleksibelt skille mellom rom som tilhører gyn og rom som tilhører fødedelen avhengig av behovet til enhver tid. Sengeposten tar av og til imot postoperative pasienter fra kirurgisk avdeling, dersom det er overbelegg der. Alle infeksjoner sender gynekologene over til kirurgisk sengepost, slik at gyn.obst. avdelingen forblir "ren". Det virker som denne fleksibiliteten gjør at de får utnyttet sengekapasiteten bra.

Det er to fødestuer som ligger nærmest operasjonsavdelingen. I åpningsfasen er det vanlig at to fødende ligger på samme rom, men i utdrivningsfasen blir de flyttet til fødeseng som ligger inne på operasjonsavdelingen. Begrunnelsen er at da er det raskere å konvertere til sectio hvis det skulle bli nødvendig. Det er jordmødrene som har ansvaret for de vanlige fødslene. Det virker som om de har omtrent samme arbeidsoppgaver som jordmødre i Norge. Lege blir bare tilkalt ved behov. Barselkvinnene ligger i to dager i avdelingen etter en normal fødsel.

Avdelingen har én operasjonsstue der det utføres både sectio og gyn.operasjoner. Sectiofrekvensen er høy, med stor andel elektive sectio. I Evora er sectiofrekvensen på over 30%, mens i resten av Portugal drøyt 20%. Begrunnelsen er at mange kvinner selv ønsker det, og legene er redde for rettssaker. Flere av gynekologene mener selv også det er bedre med sectio enn

vaginalforløsning. "Bare tenk på risikoen for prolaps og inkontinens!", sier de.

Mange privatpasienter

Alle legene på avdelingen jobber i tillegg privat. Dette er vanlig pga lave lønninger i det offentlige. Legene har spesiell omsorg for "sine" pasienter som er innlagt i avdelingen, og de sørger alltid for å operere sine egne. Bare sjefen har eget kontor. De andre har ikke kontorplasser, men deler et felles oppholdsrom, som også fungerer som garderobe for begge kjønn.

Lørdag skal jeg være med vaktteamet på avdelingen. Da avdelingen er underbemannet, har de faste vikarer som kommer fra Lisboa. Vikarene ler av meg når jeg møter opp på morgenen: "Ja her skjer det ingen ting! Hvorfor tror du egentlig vi kommer hit og arbeider ekstra i helga? Evora er Alentejo og her tar man det med ro. Vi kan bruke tid på å lese artikler og se TV. Kom deg heller ut i sola!" Jeg insisterer nå likevel på å bli værende, men de har virkelig rett i at det skjer lite på vakt. Årsaken forstår jeg er den at pasientene kontakter sine privatgynekologer, som enten ser på dem i sin privatpraksis, eller lager avtale med dem på sine poliklinikkdager på sykehuset. Slik er det bare de som virkelig trenger øyeblikkelig hjelp som kommer til sykehuset i helgene. Dersom avdelingens egne leger har vakt, er det større aktivitet, da de setter opp sine egne pasienter til kontroll. Høy andel elektiv sectio bidrar også til mindre obstetrikke på vaktene.

I løpet av hele dagen får jeg med meg en tangforløsning. Vacuum blir brukt mer enn tang i Portugal. Når det gjelder seteforløsninger, får jeg inntrykk av at det er ulik praksis fra sykehus til sykehus, men de fleste foretar nok sectio på denne indikasjonen, og i allefall i Evora. Hugo mener det er færre og færre som er gode til seteforløsning og tangforløsning, ikke så ulikt slik det er i Norge?

Tre ultralydundørsøkelser av gravide

En av formiddagene tilbringes på poliklinikken. Det er vanlig å komme for en tidlig ultralydundørsøkelse for å fastsette svangerskapets varighet. Siden er det til bud om trippeldiagnostikk i uke 12, organundersøkelse uke 22 og ny undersøkelse mot slutten av svangerskapet

i uke 34-36. Årsaken til at dette er innført, er at primærhelsetjenesten er dårlig på oppfølging av de gravide. Det er vanlig at alle svangerskapskontroller foregår hos spesialist.

Søndag er det fridag, og jeg får besøk av to kolleger fra Trondheim, Gunvor Eikeland og Solhild Stridsklev, som begge skal være med på EBCOGkongressen i Lisboa. De blir vitne til at jeg også på mandag får beskjed om at det er liten aktivitet på avdelingen på ettermiddagen, og lunsjpausen strekker seg ut over flere timer... Vi blir sittende på cafe i vårsola og utveksle erfaringer med Hugo, som arbeider på Madeira. Han forteller at det er store forskjeller på hvor mye en slipper til som utdanningskandidat på ulike sykehus i landet. I Lisboa er det flere store sykehus, men mange assistentleger som konkurrerer om inngrepene. På Madeira er de underbemannet, og Hugo har derfor allerede etter to år i spesialiteten mye erfaring, særlig innen obstetrikke. Det er vanlig for spesialistkandidater å ta mange ekstravakter, da grunnlønnen på sykehusene er lav.

EBCOGkongress i Lisboa

På tirsdags ettermiddag tok vi buss til Lisboa der EBCOGkongressen finner sted. Samme kveld var det møte i ENTOG for styret og alle som hadde deltatt på utveksling. Flere holdt innlegg om sine erfaringer fra utvekslingen, og det ble trukket frem ulikheter i utdanningssystemet i ulike land. Siden fulgte fire dager med kongress. Jeg hadde fremdeles med meg Vera, men pappa'n måtte reise hjem. Takket være Solhild og Gunvor fikk også jeg med meg mange interessante foredrag på kongressen. Det ble i tillegg tid til noen turer inn til sentrum av Lisboa.

Jeg er godt fornøyd med utvekslingen. Jeg hadde nok sett for meg at det var litt større aktivitet på sykehuset i forhold til antall fødsler, men stort innslag av private tjenester tar unna en stor andel av pasientene.

Det fungerte bra å reise med baby. Det er selvfølgelig en forutsetning å ha med barnevakt som kommer innom sykehuset for strategiske amme pauser, da det er lagt opp til hele arbeidsdager på sykehuset. Barnevakten var også fornøyd med turen, og for han var det en fin ferietur.

Takk for at jeg fikk reise på utvekslingen!



Hospital do Espírito Santo. (foto: Privat.)

Påfugler i parken i Evora. (foto: Privat.)

Hugo Gaspar, Fernando Moital, Gunvor Eikeland og Solhild Stridsklev diskuterer helsevesenet i Norge og Portugal. (foto: Privat.)

Ingrid Volløysen med Vera og Gunvor Eikeland med utsikt fra borgen i Lisboa. (foto: Privat.)

Slapp av – nå er det du som har kontrollen



Astellas Pharma, Solbråveien 47, N-1383 Asker.
Tel: +47 66764600. Fax: +47 66903520.
E-mail: kontakt@no.astellas.com, www.astellas.no



Vesicare[®]
solifenacin

Betraktninger rundt en doktorgrad

Etter å ha fordypet meg i klinisk gynekologisk onkologi på Radiumhospitalet i 6 år var tiden inne for å gjøre et forskningsprosjekt. Jeg ville bidra med kunnskap om diagnostikk og behandling av ovarialcancer i et epidemiologisk og samfunnsmedisinsk perspektiv.

Graden har ført til mange oppslag i pressen som Aftenspostens førsteside oppslag februar 2006: "Flere dør av kreft på lokale sykehus". Dette var ikke et oppslag slik jeg ønsket det. I et langstrakt land med få innbyggere er det viktig å opprettholde lokale sykehus. Dette oppslaget bidro kanskje ikke til bevaring av lokale sykehus. Jeg fant riktignok i min doktorgrad at pasienter med ovarialcancer hadde bedre korttidsoverlevelse hvis de ble behandlet ved regionsykehus. Det jeg imidlertid ikke har vist er at sentralisering av behandlingen vil bedre overlevelsen. Først når sentraliseringen er gjennomført får vi vite om denne strategien er til det beste for pasientene.

En av drivkreftene bak de fleste doktorgrader er søken etter kunnskap. Jeg tror at leger og andre helsearbeidere gjør en bedre jobb for pasientene hvis kunnskap og erfaring er ledetråden i behandlingen. Doktorgraden avdekket at erfaring gjør mester. Gynekologer som opererer flere enn 10 avanserte ovarialcancer i året hadde 8 % høyere overlevelse hos sine pasienter etter 3 år. Pasienter som ikke hadde synlig resttumor hadde 28 % høyere overlevelse enn pasienter med synlig resttumor. Hva er ikke mer fornuftig for å sikre våre kolleger økte kunnskaper i gynekologisk onkologi enn å opprette en subspecialitet!

En stor del av pasientene med ovarialcancer legges inn ved ikke-gynekologiske avdelinger sannsynligvis fordi symptomene mistolkes som medisinske eller kirurgiske lidelser. Dette førte til lengre utredning og forsinket

behandlingsstart. Imidlertid tilbakeviser funnene i doktorgraden at ovarialcancer er en "silent killer". Hele 94 % av alle pasientene i 2002 hadde symptomer. Lærebøker som beskriver ovarialcancer som "silent killer" bør skrives om.

Imidt ser det ut til at tiden fra operasjonen til den første cellegiftkuren blir gitt har liten prognostisk betydning. Pasienter som fikk sin første cellegift kur mer enn 6 uker etter operasjonen hadde ikke kortere overlevelse. Pasienter som har nedsatt allmenntilstand etter operasjonen kan trygt vente med å få sin første cellegiftkur. Den viktigste prognostiske faktoren var operatørens evne til å redusere resttumor til et minimum. Operatørene ved de store sykehusene lykkes oftere med dette.

I et av arbeidene identifiserte vi antistoffet MMP-2. Dette kan si noe om prognosen til en mer godartet form for eggstokkreft, borderline svulstene. Denne oppdagelsen kan føre til at man i framtiden kan identifisere pasienter som ikke trenger utvidet operasjon. En del av disse kvinnene kan bevare uterus og et ovarium og senere få barn.

Til slutt har jeg noen betraktninger rundt videre klinisk epidemiologisk forskning i Norge. Gullstandard i klinisk forskning regnes å være randomiserte studier. I disse studiene etterstreber man å få mest mulige like grupper med hensyn på prognose og andre faktorer, slik at man lettere kan sammenlikne gruppene etter at behandlingen er gitt. Det settes ofte opp strenge inklusjons- og eksklusjonskriterier for at pasientene kan randomiseres. Dette fører til at en stor andel av pasientene faller utenfor studiene. Mange pasienter ønsker heller ikke å delta i studiene. Det er derfor en liten andel av pasientene som inkluderes i randomiserte studier.

Funnene i studiene gjøres imidlertid gyldige også for pasienter som ble ekskludert fra studiene.

For å unngå dette problemet kan man i tillegg til randomiserte studier utføre prospektive, populasjonsbaserte kliniske studier hvor man korrigerer for kjente prognostiske faktorer. På denne måten nærmer man seg en randomisering.

Mange kliniske problemstillinger kan ikke belyses ved randomiserte studier. Innføringen av nye operasjonsteknikker (eks. laparoskopi) skjer ofte uten forutgående randomiserte studier. Her vil populasjonsbaserte kliniske studier være et viktig verktøy for å avgjøre om teknikkene er "gode" nok.

Dr. grads tittel: "Epithelial Ovarian Cancer. A Clinical Epidemiological Approach on Diagnosis and Treatment". Arbeidet går ut fra Det norske Radiumhospital og Kreftregisteret.

Referanser

1. Paulsen T, Kaern J, Kjaerheim K, Tropé C, Tretli S: Symptoms and referral of women with epithelial ovarian tumors. *Int J Gynaecol Obstet* 2005 88: 31–37
2. Paulsen T, Kjaerheim K, Kaern J, Tretli S, Tropé C: Improved short-term survival for advanced ovarian, tubal and peritoneal cancer patients operated at teaching hospitals. *Int J Gynecol Cancer* 2006 16 (Suppl. 1): 11–17
3. Paulsen T, Kaern J, Kjaerheim K, Haldorsen T, Tropé C. Influence on short-term survival of interval between primary surgery and chemotherapy in advanced ovarian, tubal and peritoneal cancer patients. *Gynecol Oncol* 2006 102 (3): 447–452. Epub 2006 March 3
4. Paulsen T, Ree AH, Kaern J, Kjaerheim K, Bassarova A, Berner A, Haldorsen T, Tropé C, Nesland JM. Expression of matrix metalloproteinase-2 in serous borderline ovarian tumors is associated with noninvasive implant formation. *Eur J Gynaecol Oncol* 2007 XXVIII, 5: 356-363

C Cervarix «GlaxoSmithKline»

Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M02

INJEKSJONS/ÆSKE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 16 L1-protein 20 µg, humant papillomavirus type 18 L1-protein 20 µg, natriumklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, AS04 adjuvans som inneholder 3-O-desacetyl-4-monofosforyl lipid A (MPL) 50 µg adsorbent til aluminiumhydroksid, hydrert tilsv. 0,5 mg Al₃₊, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med humant papillomavirus av typene 16 og 18. Indikasjonen er basert på påvist effekt etter vaksinasjon av kvinner i alderen 15-25 år og påvist immunogenisitet hos unge jenter og kvinner i aldersgruppen 10-25 år. Skal brukes i overensstemmelse med offentlige anbefalinger.

Dosering: Primæraksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 1 og 6. Behovet for boosterdose er ikke avklart. Det anbefales at personer som får første dose med Cervarix fullfører hele vaksinasjonsskjemaet på 3 doser med samme vaksine. Gis i.m. i deltoide regionen. Må ikke injiseres i.v. eller intradermalt. S.c. administrering er ikke undersøkt. **Jenter <10 år:** Anbefales ikke da sikkerhets- og immunogenisitetsdata ikke foreligger.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Vaksinerings bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon som en forkjølelse, er ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.

Forsiktighetsregler: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være lett tilgjengelig i tilfelle det oppstår en sjelden anafylaktisk reaksjon. Vaksinen bør gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser, da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon. Vaksinerings er ikke en erstatning for regelmessig screening-undersøkelse av livmorhalsen, eller erstatning for å ta nødvendige forholdsregler mot eksponering av HPV og andre seksuelt overførbare sykdommer. Det er mulig at ikke alle vaksinerte oppnår en beskyttende immunrespons. Det er ikke vist at vaksinen har en terapeutisk effekt og den er derfor ikke indisert til behandling av livmorhalskreft, cervical in-

traepitelial neoplasia (CIN) eller andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons (HIV-infeksjon eller ved immunosuppressiv behandling) som kan ha en redusert respons på vaksinen. Varigheten av beskyttelse er ikke endelig avklart, men beskyttelse og fortsatt høye titernivåer er vist opptil 5,5 år etter fullført primæraksinasjon på 3 doser.

Interaksjoner: Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å ha noen innvirkning på effekten av vaksinen. Immunosuppressiv behandling kan føre til redusert immunrespons. Det foreligger ikke data på samtidig administrering med andre vaksiner. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen skadelige effekter, men det anbefales å utsette vaksinerings til etter endt svangerskap. Overgang i morsmelk: Skal bare brukes ved amming når mulige fordeler oppveier mulige risikoer.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: GI-symptomer inkl. kvalme, oppkast, diaré, mavesmerter. Hud: Kløe/pruritus, utslett, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet, inkl. smerte, rødhet og hevelse, utmattelse, feber. Mindre hyppige: Luftveier: Øvre luftveisinfeksjoner. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet som indurasjon, lokal parestesi.

Egenskaper: Klassifisering: Ikke-infeksiøs rekombinant vaksine fremstilt av høyrensede viruslignende partikler (VLP), som består av hovedkapsidprotein L1 fra de onkogene HPV-typene 16 og 18. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan derfor ikke infisere celler, reproduseres eller forårsake sykdom. Virkningsmekanisme: Effekten skyldes trolig hovedsakelig, utvikling av humoral immunrespons. Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Det er vist 100 % effekt mot 12-måneders vedvarende infeksjon forårsaket av HPV16/18 blant kvinner i alderen 15-25 år som i utgangspunktet var naive mot onkogene HPV-typer. Det er vist 90,4 % effekt mot CIN2+ blant kvinner naive mot HPV 16 og/eller HPV 18 etter 15 måneders oppfølgingsstid (effekten er imidlertid 100 % dersom en ekskluderer lesjoner hvor HPV 16 og HPV 18 ikke er den direkte årsak). 1 måned etter 3. dose har 99,9 % av de som i ut-

gangspunktet er seronegative, antistofftitre mot både HPV 16 og HPV 18. Antistoffresponsen i aldersgruppen 15-25 år holder seg på et forhøyet nivå gjennom hele oppfølgingsperioden på 64 måneder etter 1. dose, og er ved endt oppfølgingsstid minst 11 ganger høyere enn etter naturlig infeksjon. Kvinner i alderen 26-55 år oppnår titernivåer som er lavere enn i aldersgruppen 15-25 år. Antistoffnivået holder seg imidlertid på et nivå betydelig høyere enn etter naturlig infeksjon gjennom hele oppfølgingsperioden på 18 måneder. Jenter i alderen 10-14 år oppnår titernivåer som er minst dobbelt så høye som hos kvinner i aldersgruppen 15-25 år. På bakgrunn av disse immunogenisitetsdata kan en anta at vaksinen også har effekt i alderen 10-14 år.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

Andre opplysninger: Ved lagring kan et hvitt bunnfall og en klar supernatant observeres i den ferdigfylte sprøyten. Før vaksinen gis, må innholdet i sprøyten undersøkes visuelt for ev. fremmede partikler og/eller fysikalske forandringer. Dersom slike forandringer oppdages skal vaksinen destrueres. Skal ikke blandes med andre legemidler. Vaksinen bør ristes godt for bruk for å oppnå en homogen suspensjon. Ikke anvendt vaksine samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.

Pakninger og priser: Ferdigfylt sprøyte med kanyle: 0,5 ml kr 1259,40. 10 x 0,5 ml kr 12 285,10.

Referanse: 1. Summary of Products Characteristics. Cervarix. GlaxoSmithKline, 2007.



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.
Tlf.: 22 70 20 00. Faks: 22 70 20 05. www.gsk.no

Vesicare®. Kompetitiv, spesifikk koliner reseptorantagonist. **ATC-kode:** G04B D08. **TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder: Solifenacin-suksinat 5 mg, resp. 10 mg tilsv. solifenacin 3,8 mg, resp. 7,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjon:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Kontraindikasjoner:** Urinretensjon, alvorlige gastrointestinale sykdommer (inkl. toksisk megacolon), myasthenia gravis eller trangvinklet glaukom og hos pasienter som står i fare for å utvikle disse sykdommene. Overfølsomhet for virkestoffet eller et eller flere av hjelpestoffene. Hemodialysebehandling. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller moderat nedsatt leverfunksjon som behandles med en potent CYP 3A4-hemmer, f.eks. ketokonazol. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. Overgang i morsmelk: Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Klasespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørhet er sett hos 11% behandlet med 5 mg 1 gang daglig og hos 22% behandlet med 10 mg 1 gang daglig. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. Syn: Tåkesyn. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Gastroesofageale reflukssykdommer, tørr hals. Hud: Tørr hud. Luftveier: Nasal tørrhet. Neurologiske: Somnolens, dysgeusi. Syn: Tørr øyne. Urogenitale: Urinveisinfeksjon, vannlatingbesvær, urinretensjon, cystitt. Øvrige: Tretthet, perifere ødemer. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Obstruksjon i colon, fekal impaksjon. Det er ikke sett allergiske reaksjoner under den kliniske utviklingen, men at allergiske reaksjoner kan oppstå kan aldri utelukkes. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Høyeste solifenacin-suksinatdose administrert er 100 mg som engangsdose. De mest vanlige bivirkningene ved denne dosen er hodepine (mild), munntørhet (moderat), svimmelhet (moderat), døsighet (mild) og tåkesyn (moderat). Det er ikke rapportert tilfeller av akutt overdosering. **Behandling:** Ved overdosering bør pasienten behandles med aktivt kull. Ventrikelskylling 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, arytmier, kongestiv hjertesvikt). **Forsiktighetsregler:** Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes før behandling med Vesicare innledes. Ved urinveisinfeksjon bør egnet antibakteriell behandling innledes. Brukes med forsiktighet av pasienter med klinisk betydelig blæreobstruksjon med risiko for urinretensjon, gastrointestinale obstruktive sykdommer, risiko for nedsatt gastrointestinal motilitet, alvorlig nedsatt nyrefunksjon, moderat nedsatt leverfunksjon, hiatushernie/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 heredittær 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. Solifenacin 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. solifenacin-dose 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 ≤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 : 427,60. 5 mg, 90 stk : 1.159,70. 10 mg, 30 stk : 533,20. 10 mg, 90 stk : 1.448,90. **Refusjon:** §2, ICPC-2, U04-Urininkontinens. Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 05.01.2006. Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma.

 **Vesicare®**
solifenacin

Overtidig svangerskap



Runa Heimstad. (Foto: Privat)

Overtidig svangerskap er å betrakte som et risikosvangerskap. Studier har vist at det ved overtid er økt risiko for død i mors mage og i nyfødtperioden. I mange land settes derfor fødselen i gang en uke etter at terminen er passert, men i Skandinavia er det tradisjon for å la svangerskapet fortsette 2-3 uker etter at terminen er passert. Studier har vist at det å sette fødselen i gang også er forbundet med komplikasjoner for mor og barn. Behandlingen av det ellers ukompliserte overtidige svangerskap er kontroversiell.

Avhandlingen består av 4 delstudier.

I den første studien undersøkte vi hvordan det gikk med mor og barn i forhold til hvilken svangerskapsuke fødselen skjedde. Vi undersøkte også om det var forskjellige resultater for mor og barn om fødselen startet av seg selv eller ble igangsatt. Alle

kvinner som fødte etter 37. svangerskapsuke ved St. Olavs Hospital i perioden 1990-2001 ble inkludert. Resultatene viste at komplikasjoner hos mor varierte med svangerskapslengden, og var lavest en uke før termin og høyest når svangerskapet var overtidig. Komplikasjoner for barnet varierte med svangerskapslengde bare hvis fødselen startet av seg selv. Igangsetting av fødsel var en risiko for komplikasjoner uavhengig av svangerskapslengde.

Den andre studien sammenlignet sykkelighet hos barna og komplikasjoner hos mor hvis fødselen ble satt i gang en uke over termin eller svangerskapet ble kontrollert hver 3. dag til hun var nesten 3 uker over terminen. Kvinnene trakk lodd om hvilken gruppe de skulle komme i, og til sammen deltok 508 kvinner. Sykkeligheten hos barna var

den samme i begge grupper. Det var flere raske fødsler i gruppen som fikk fødselen igangsatt, men det var det ingen forskjell på forekomsten av komplikasjoner mellom gruppene. Keisersnittfrekvensen var lav.

Kvinnene som deltok i den andre studien ble intervjuet om sitt syn på overtidig svangerskap når de ble inkludert. Dette ble gjort 6-8 måneder etter fødselen, og de ble da også spurt om hvilke erfaringer de hadde gjort seg og hvordan de ønsket å bli fulgt opp i et evt. fremtidig overtidig svangerskap. En uke over termin svarte 74% at de ønsket å få fødselen igangsatt. De fleste (84%) som fikk fødselen igangsatt rapporterte at dette var en positiv opplevelse, og 74% ønsket å bli igangsatt hvis de skulle bli overtidige i et fremtidig svangerskap. Bare 38% av de som kom i ventegruppen ønsket å vente. I gruppen som ble igangsatt var det flere raske fødsler, og kvinnene anga at riene var mer intense og hyppige i denne gruppen sammenlignet med ventegruppen.

I den siste studien så vi på data fra Medisinsk Fødselsregister for alle fødsler etter 41 uker i Norge i perioden 1999-2005. Vi ønsket å studere forekomsten av fosterdød i mors mage og død i tidlig nyfødtperiode og regne ut hvor mange fødsler man måtte sette i gang for eventuelt å unngå 1 dødsfall. Forekomsten av dødsfall var lav, men økte med svangerskapslengden. Ved uke 41 må man sette i gang > 500 fødsler for å unngå 1 dødsfall, ved uke 43 < 200. Hvis vi i Norge skal sette alle fødsler i gang ved 41 uker, vil dette medføre > 14.000 igangsettinger i året.

- Kathe Aase
- Privatpraktiserende gynekolog, Bergen
- kathe.aase@sensewave.com

Referat EBCOG Lisboa, Portugal

20th European Congress of Obstetrics and Gynaecology

Det er alltid spennende og hyggelig å reise på kongresser der en alltid treffer kolleger, fint å treffe igjen de vi kjenner, og bli bedre kjent med dem vi ikke kjenner så godt. Faglig og menneskelig sett er det nok aller viktigst å kunne se oss i sammenheng med resten av verden; alle er ikke like privilegert som oss!

Vi reiste sammen en god blanding fra øst og vest, flott arrangert av Kristina Johannesen, og vi fikk samtidig gleden av å feire Tor Løvset sin 70 års dag! Lisboa var en svært åpen og fin by med mange muligheter for kulturelle og historiske opplevelser! Opplevelsene ble kanskje desto større og flere, da vi etter hvert oppdaget at en del av forelesningene ble holdt på portugisisk, et komplett uforståelig språk for meg, selv om jeg innbiller meg jeg kan litt spansk! En sen ettermiddag møtte vi opp på en forelesning under tittelen "Womens health and wine". Der fikk vi "dokumentert" en del av alkoholens fortreffelige fordeler, som økning av HDL kolesterol, reduksjon i blodviskositet, økt vasodilatasjon, stimulering av antioksydanter osv. "The Mediterranean diet" inneholdende grønnsaker, frukt, tid, olivenolje, 1 glass vin og vann skal være svært så helsebringende! Kvinner skulle kunne drikke maks 400ml, menn 550ml vin per dag, så gikk de over på portugisisk, eller var det litt før? Dessverre ingen vinsmaking!

Bayer Schering arrangerte symposium om PMS; I følge **N. Panay** (UK) skal PMS

skal interferere med liv og jobb, og PMS skal forsvinne når menstruasjonen begynner . 30 % angir affisert livskvalitet og 3-8 % har såkalt PMDD der livskvaliteten er redusert både fysisk, psykisk og intellektuelt. Dette omfatter bl. a. depresjon, angst, ødeme, "breasttenderness". Etiologien er fortsatt ukjent, mulig sammenheng triaden PMS, postnatal og klimakterisk depresjon???

Behandlingsmulighetene er vidtspennende og omfatter trening, diett, stressreduksjon, SSRI, diuretica, ev p-piller- Vitaminer (??), GnRhanalog med addback (??). Progesteron liten effekt, men studier mangler.

T. Backstöm (SE) poengterte viktigheten av å gi diagnosen PMS/PMDD på bakgrunn av en dagbok der grad av symptomer og tid nøye skrives ned; viktig for riktig diagnose og for å øke compliance ved behandling. SSRI har vist seg å være svært effektive, men de skal brukes intermitterende, starte ved symptomstart . Deprimerte pasienter er ofte suicidale, og skal ikke ha intermitterende behandling! Spironolactone i doser på 50-100 mg når symptomer har også vist seg å fungere.

D. Dell (US) viste til erfaringer med Yasmin/ Yasminelle/Yass.

Population development in European and role of art

I. Belohorska, MEP(SK) poengterer at det er et politisk ansvar å stimulere unge til å få barn tidlig! Fødselsraten går drastisk ned i Europa!

I følge **W. Ledger** (UK) har det å behandle flere barnløse liten effekt på befolkningsraten, men behandling, ART, er billig!!

J. L. Simpson (USA) stiller seg tvilende til at PGD kan hjelpe noe særlig i å få redusert antall spontane aborter. Fra 1990 har antall spontane aborter med ART blitt betydelig redusert, 50-60 % av de som aborterer har unormale kromosomer! Hvis graviditetsraten øker fra 30-35 %, vil andel spontanaborter øke tilsvarende!

Ved habituelle aborter vil 60-70 % få levende barn, god prognose. . Behandling har ofte liten mening. Det foreligger 1% risk for trisomi . Ved kun en abort har 67 % har normale kromosomer. Mulig at PGD kan bidra noe i forhold til habituelle aborter,



Lisboa. (Foto: Knut Hordnes)

men det gjenstår å vise, og er under alle omstendigheter svært ressurskrevende.

PCOS

B. Fauser(NL): De diagnostiske kriterier for diagnosen har vært ulik opp gjennom årene: I 1935 ble diagnosen satt ut fra morfologiske kriterier, i 1963 fra symptomer, i 1980 endokrinologi, i 1988 ut fra ultralyd, i 1990 metabolsk, hyperandrogenemi og kronisk anovulasjon.

Prevalens har vært ganske lik, 6-7%

2003, konsensus:

- Hyperandrogenemi; acne/hirsutisme
- PCO (ultralyddiagnose)
- Oligo/amenore

Biokjemi: LH/FSH ratio, testosteron, fri androgen index, Androstendion, DEAS, kombinasjoner. (LH- pulsilitet, upålitelig som diagnostisk kriterium)

PCO ved ultralyd, fins få kontrollerte studier, lik/flere enn 12 follikler, ovariet større enn 10cm³

PCOS kompleks, genetisk kombinert med fedme, vil øke incidensen.

Fedme

Insulinresistens

Metabolsk syndrom/type II diabetes

Interessant betraktning om kostnader: disse er i større grad knyttet til **irregulære blødninger og diabetes** - enn infertilitet!

P. G. Corsignani (IT)

Fedme og reproduksjon

Fedme øker antall infertile og abortrisk øker, dårligere resultat av behandling. FSH stimulering er vanskeligere, IVF problemer med modning, - totals sett blir det dårligere resultat.

Sentral fedme påvirker fertilitet mer enn overvekt per se.

Mer enn 50% av PCOS er overvektige

Overvekt: livsstilsendring/medisiner/kirurgi

- Vektreduksjon får i gang ovulasjon

- Diettens innhold mindre betydning

- Fysisk aktivitet øker sjansen for graviditet

Metformin gir significant reduksjon i BMI

Overvekt øker risk for fetale misdannelser, ex spina bifida/anencephali

Store nyfødte risikerer å bli født med insulinresistens!

B. C. Tarlatzis

Behandlingsstrategier:

Livstilsendring: Vekttap gir signifikant økning av spontane graviditeter. ART reduserer spontanabort. Type diett diskuteres. 5 % vekttap trolig betydning.

Ovariell stimulering:

- A) Klomifen fra 2. -5. dag, 50 mg startdose. 5 studier viser at 70 % oppnår ovulasjon, kun 30 % graviditet. Statistisk bedre enn placebo. Klomifen er 1. valg, seleksjon, 50 mg startdose, max 150mg. Konsepsjonsrate 22 % i mange studier. 20-30 % er klomifenresistente, 2-3 sykler max dose uten effekt; meningsløst

å fortsette.

B) Aromatasehemmere, Letrozold, økt antall misdannelser? Flere studier behøves.

C) FSH. 37. 5- 75 IE startdose, step up. Alternativ er det motsatte nemlig step down protokoll, og start med høyere dose -farligere, naturlig nok, og lettere å få utvikling av en folikkel med lav startdose altså step up.

FSH kan kombineres med GnRh agonist, lite å hente med antagonist så langt, få studier.

Max 6 ovulasjonssyklus, følges med ultralyd, ev kansellering.

D) Metformin; studier sml med klomifen, siste bedre, ev i kombinasjon. Metformin i svangerskap diskuteres.

E) Elektrokoagulering effektivt, brukes kun ved infertilitet og klomifenresistens. IVF gir god kontroll over multiple svangerskap, ved økt single embryo transfer.

Den helt STORE forelesningen var N. Patel (UK) i "Rich help poor".

Våre problemer blir svært så små i denne sammenheng. Med bilder og intervjuer og en empatisk fremføring viser han forhold fra flere steder i Afrika; budskapet er klart: **Obstetriske fistler er et svært problem, det er en tragedie for kvinnene som rammes – og det kan forebygges!**

2 millioner unge kvinner med fistler etter



Lisboa. (Foto: Knut Hordnes)



Lisboa. (Foto: Knut Hordnes)

langvarige fødsler blir støtt ut. De giftes borte unge blir gravide kanskje knapt 14 år gamle! Ofte mister de barnet under fødselen, og de selv blir inkontinente for urin og avføring; urinrør, vagina og anus kan i verste fall bli en "kloakk". Han viste oss bilder der disse unge kvinnene ble liggende skjult og alene, medførende kontrakturer i armer og bein som tilleggstraume. For ikke snakke om skammen og fordømmelsen!

"**Communication skills**", er et viktig tema, vanskelig å formidle, vi mangler egentlig et språk, ikke bare ord.

I følge **J. Bitzer** (CH) skal pasienten oppmuntres til å fortelle sin historie, og må få tid og rom til å svare. Spørsmål skal være åpne. Pasient skal oppmuntres til **refleksjon**, vi skal gi tilbakemelding til pasient, parafrasere, speile tanker og følelser. Det skal gis **respons** til følelsene; forsøk å verbalisere! Tillate spørsmål, små mengder informasjon, finne ut om pasient har forstått/misforstått!

"**Decision making**". Effektive avgjørelser. "Hva vet vi"? Evidenced based medicine; fordeler/ulempes. Få pasient til å reflektere over sine verdier.

Det har skjedd en utvikling fra **1960** da pasient ikke skulle vite noe om sin tilstand, fra **1970-1980** kom krav til informasjon og pasientrettigheter; i **1990** krav til autonomi og fra **2000 THE EXPERT, dialogen**.

Legge: diagnose-behandling. Profesjonell lytting, kommunisere

Pasient: takle tap, sykdom, endre planer.

Lower genital tract infections and sexually transmitted disease.

Chairs: B. Stray Pedersen (NO), P.A. Mardh (SE)

G. Donders (BE)

Infeksiøs vaginit Tradisjonelt "Trinity of vaginitis":

- 1) **Trichomonas**
- 2) **Candidiasis**
- 3) **Vaginosis**, "granulær floccules" mikroskopisk

I dag nye diagnoser:

- 4) Aerob vaginit/diverse typer
- 5) Cytolytic vaginosis, For lav pH, laktobasillene jobber for godt!
- 6) Mixed noninfectiv vaginitis)

Vaginose. Behandle hvis symptomer

Vaginitis: Abnorme bakterier til stede, skal behandle

Cochrane 2007: Ikke behandle vaginose i svangerskapet.

Ad 4: **Aerob vaginit:** Leukocytose, ingen laktobasiller. Små kokker i kjeder. Interleukiner stiger, skjer ikke ved vaginose. Endring av vaginal flora øker risk for preterm labour. Behandle med clindamycin, aldri metronidazol

S. Guaschino (IT)

Recurrent vaginal infections. "Genetisk feil, bundet til kromosom 10, reduserer MBL, øker risiko for infeksjon. .

MBL (Munnans Binding Lecitin) er bactericid,

deaktiverer komplement, starter ved en tidlig tidlig infeksjon .

Candida: Korrelasjon mellom lav MBL og økt risk for candida? En studie viser ingen smh med candida og BV???

VVC/RVVC, (Candidavulvovaginit/ recurrent) sammenholder VVC med recurrent vulvovaginal candidiasis

P. M. Mardh

"not a success story" triggerfaktor hovedsakelig ukjent, ikke dokumentasjon for etiologien. No cure, 50 % dyrker negativ for candida, diagnostic dilemma.

Etiologi?

OC, HRT, tamponger, bind, klær. For mye karbohydrater. Overvekt. Røyking. STD. Anal/oral sex. RVVC markør for udiagnostisert DM type II?? Stress? Calcitonin mangel? Hyppig samleie? Allergisk disposisjon? Kolonialisering andre steder? (f eks munn??) Progesteron øker risk? Genotyping c.albicans viser ingen forskjell single VVC/RVVC, ulik genotype avhengig av lokalisasjon

Behandling, Fluconazol ved RVVC, 150mg ukentlig gjennom 3 sykler. Ev deretter hver 2. uke, hver måned. Gynofilus 4-5 dager etter behandling

Ibuprofen??? Er bactericid, synergistic med fluconazol

Globalt: VVC/RVVC øker spredning av **HIV!!**

NGFs Vår møte

Stor variasjon i praksis

Så var det enda et kurs. Hva er det som gjør at man, 60+, fortsatt går på kurs? Kunnskapstørst og ikke minst å få ”gamle” tema belyst av nye foredragsholdere og satt under debatt. NGF hadde laget et flott kurs med ca 10 tema og vel forberedte forelesere, alle med ”hands-out”. Bra variasjon i tema. Det eneste som ikke var perfekt var ”tiden” dvs at der var altfor lite tid til diskusjon. 39 deltakere, vel 20% fra praksis, kanskje litt få av ”de unge”- ang. kollisjon med annet kurs. Noen tema skal refereres.

Det som kanskje var mest sensasjonelt var å høre Folke Flam fra Stockholm snakke om hvordan man kan effektivisere operasjoner på en privat klinikk i Stockholm med ”vårdavtal” dvs at de opererer fra den offentlige ventelisten. 4 leger opererer, 1400 inngrep pr år, hovedsaklig descens og inkontinens. Alt opereres i lokalanestesi og nesten alle pasienter går hjem samme dag. Rutiner bl.a.: pasienten går selv til og fra operasjonssalen, ingen vaginalvask, fri mobilisering etter 2 timer, sykemeldt 0-3 uker, ”inga gode råd” postoperativt. Mange operasjoner med Prolift. Det fungerer!

Senere viste Pernille Schjønsby resultatene av sin spørreundersøkelse bland norske gynekologer ”Variasjon i praksis”. Eksempler: 46% brukt tamponade etter vaginalplastikk, sykemeldingstid 3-4 uker etter abd.kir. og 5-6 uker etter vaginalplastikk, NB noen hadde 7-9 uker som rutine, 87 % mente at pasientene bør få råd om løfting men ikke mer konkret, kaffekopp -273 g eller trekkspill - 9,7 kg. Der var og stor variasjon om når man kunne ha samleie, sykle, bade, støvsuge osv. postoperativt. Konklusjonen, eller heller spørsmålet, var: Hva baserer vi rådene på, hvorfor har vi så forskjellige praksis? Den høye residivfrekvensen har kanskje verken med operatøren, løft eller sykemeldingstiden å gjøre, men mer med



Anna Marie Ellstrøm Engh (t.v) Rolf Kirschner og Pernille Schjønsby. (Foto: Cecilie Bakken)

genetikk. Nyttig og interessant innlegg. Anne Naalsund snakket informativt om Astma og graviditet. Budskapet var at astma skal behandles adekvat og at man ikke behøver være redd for medikamenter. Spirometri bør utføres månedlig, det tror jeg ikke blir gjort rutinemessig.

Anne Dørum tok for seg temaet Hormonsubstitusjon og ovarialcancer, på utdelt skjema sto det ikke og men etter. Konklusjon: de som er operert for cancer ovarii premenopausal skal substitueres

inkl. BRCA-pasienter. Det ble mye tabeller og tall og kanskje ikke så matnyttig. Androgensubstitusjon burde kanskje vært diskutert.

Ole-Erik Iversen snakket engasjert om Hormonsubstitusjon etter endometrie- og mammacancer- og profylaktisk ooforektomi. Endometrie cancer rammer mest postmenopausale kvinner - sannsynlig er det trygt å gi østrogener hvis radikaloperert og behov. Østrogener etter mammacancer er alltid et ”hett tema”. Der er eg. ikke

noe som taler mot østrogen iflg. Iversen. At kvinner som har fått fjernet ovariene premenopausal profylaktisk bør få østrogen er man vel enig i. De fleste erfaring er at disse pasientene trenger meget god tid og skikkelig informasjon for å forstå fordelene med østrogenbehandling. Det er et paradoks at vi eg. ikke skal gi lokal østrogenbeh. Til kvinner opr. for cancer mam. (?)

PMS - her Premenstrual dysphoric disorder - PMDD ble omtalt av Inger Sundström Poromaa fra Uppsala. Vi som har vært med en stund kjenner jo Torbjørn Bäckström som den store PMS-mannen i Sverige, men hans navn ble ikke nevnt (?). Han snakket om samme tema på EBCOG i Lisboa i mars. Fortsatt er SSRI-beh. det som hjelper best og at syklisk behandling 14-29 sd. er bedre enn kontinuerlig behandling. Alle SSRI-prep- hjelper, bruk det du kjenner best! 60-100%

blir helt bra. GnRh + lav dose østrogen er siste utvei! Yasmin har bedre effekt enn placebo men det ble ikke sagt noe om Yasmin kontra SSRI.

Lars Vatten NTNU snakket saklig om Langvarig hormonbehandling. Refererte store metanalyser. P-piller, risiko for brystkreft, current use RR 1,24, 10 år etter seponering RR 1.01. Hormonterapi etter menopausen, risiko for brystkreft RR 1.35 for 5 års behandling eller mer, 2,8% risikøkning pr år med hormoner, 5 år etter seponering ingen økt risiko. Effekt på hjerte-kar varierer i forskjellige studier. Mulig positiv effekt hvis tidlig start av hormonbehandling.

Siste dagens ettermiddag var viet Fødselskader. Bente Johansen innledet, Fødselskader-person- eller systemsvikt? Uheldige hendelser på fødeavdelinger.

Tilsynssaker i Helsetilsynet. Konklusjonen var: Systemsvikt i minst 2/3 av tilfellene. Stopp jakten på syndebukker!

To overleger fra A-hus resp. Kvinneklinikken i Bergen redegjorde på en engasjert måte for arbeid på en vakt. Nokså travelt og krevende kan man si.

Prof. Jan Hovden NTNU snakket om risiko og sikkerhetsanalyse i industrisektoren - det forsto jeg ikke mye av.

En kort debatt ledet av Per E. Børdahl: Er det mulig å forbedre pasientens sikkerhet på fødeavdelingen? Konklusjonen var nok: flere stillinger.

All ære til arrangørene ffa. Anne Eskild og Marie Ellstrøm-Engb.



Symposium i ultralyddiagnostikk

NFUD hadde sitt 32. årsmøte fra 4-6 april. Møtet hadde en helt ny ramme denne gangen. I stedet for å være på et kongresshotell i en by, dro vi på tur med hurtigruta Finnmarken. Vi reiste fra Trondheim til Tromsø og passerte kanskje den aller vakreste natur som finnes langs den norske kysten.

Dessverre trakk møteleder ned gardinene i forelesningssalen slik at deltakerne ikke skulle bli distraheret av den fine naturen. Været var det mest spennende for arrangørene. Selv om foreningen er aldri så glad i bølger (les: lydbølger) kunne havbølger fort ødelegge mye av det faglige utbyttet ved dette symposiet. Men værgudene var stort sett snille med oss. Vi fikk nordaust kuling over Vestfjorden og vår tidligere leder Odd Helge Gilja måtte holde seg godt fast i talerstolen under generalforsamlingen.

Noen hadde stor glede av å besøke badebassenget på dekket. Der fikk de oppleve et virkelig bølgebasseng.

NFUD har medlemmer fra ulike fagfelt. Vi hadde derfor mange fellessesjoner med varierte emner. Den første dagen var viet til basalkunnskap. Dette er plattformen i vår kunnskap om ultralyd. Det er viktig for alle ultralydbrukere å ha en grunnleggende forståelse av hvordan ultralydbilder oppstår og av begrensningene med tekologien.

Tre utenlandske forelesere var med. Lil Valentin fra Malmø viste ved en praktisk demonstrasjon hvordan vi kan innstille ultralydapparatet på en best mulig måte.

Hun hadde også et foredrag om ulike typer av adnexoppfyllninger. Spesielt la hun vekt på mulighetene og begrensningene i å skille maligne og benigne tumores. Christian Nolsøe fra København foreleste om grunnlaget for doppler teknikken. I tillegg hadde han en forelesning om bruk av ultralyd innenfor gastro-enterologien. Ann Thuring fra Lund fortalte oss hvordan dopplertechnikken kan brukes til å overvåke risiko graviditeter.

Den største enkeltgruppa i foreningen er jordmødrene. De deltok aktivt på symposiet både med forelesninger, praktiske demonstrasjoner og diskusjoner. Årets generalforsamling var den første der alle hadde like demokratiske rettigheter. NFUD er blitt en selvstendig forening og er uavhengig av legeföreningen. Dette har også vært viktig for teknikerne. De deltok aktivt med ei stor gruppe fra NTNU.

Thor Andreas Tangen fra NTNU fikk abstraktprisen for et foredrag om avbildning av mikro-kalsifiseringer i kreftdiagnostikken. Han arbeider med en helt ny teknikk kallet SURF. Dette kan kanskje forbedre ultralydbildene betydelig i framtida. Cathrine Ebbing fra ultralydlaboratoriet



Solnedgang over Vestfjorden

Kvinneklubben ved Haukeland Universitetssjukehus fikk forskningsstipend for sitt arbeid om sirkulasjonen i fosterets lever.

Den sosiale rammen rundt arrangementet fungerte fint. Vi kom alle tett på hverandre fordi vi var samlet i samme båt.

Neste symposium blir på Soria Moria kurscenter i Oslo. Vi vil forsøke å få til et tettere samarbeid med våre søskenforeninger i Sverige og Danmark, og vi vil invitere medlemmene der til å delta. Vi håper at mange av Gynekologens lesere vil delta også neste år. Ultralyd er blitt vårt viktigste diagnostiske hjelpemiddel. Det er viktig at vi fortsetter arbeidet med å utvikle og kvalitetssikre våre undersøkelser.

- Anne Cecilie Hallquist
- Privatpraktiserende gynekolog, Oslo
- Anne.cecilie.hallquist@vikenfiber.no

Reisetips

Hvis du kan reise bare ett sted i år: dra til London!

Royal College of Obstetrics and Gynecology (RBOG) holder fantastiske kurs for oss gynekologer. Mange kjenner til dem og mange har vært der – dette er bare en påminnelse om muligheten.

Kongresser er vel og bra, men RBOGs kurs er uovertrufne hva gjelder faglig utbytte. Det er mange kurstitler å velge mellom. Stoffet blir presentert grundig, systematisk og med de beste forelesere internasjonalt. Og det er deilig bare å nyte språket!

I fjor var jeg på et kurs om HRT og et om PCO. Begge anbefales på det varmeste og

jeg gleder meg allerede til å ta de om igjen om noen år. I høst har jeg valgt meg et kurs i vaginal ultralyd.

Påmeldingen er enkel. På NGFs hjemmeside er det en link til RBOG og derfra klikker du deg lett inn på kurs og påmelding. Flybillettene er billige og hotellene mange. Hvis du ikke har brukt opp reisekassen, kan du søke Legeforeningen om dekning av reise- og oppholdsutgifter.

I. Meld deg på i god tid. Kursene kan bli fulltegnet! Er du sent ute

og kurset er nesten fullt, kan du bli tilbudt å sitte i et siderom – men det er ikke helt det samme.

2. Reis med en kollega hvis du ikke liker å være alene i London om kvelden. Det er ingen fellesarrangementer etter kurstid og sosialiseringen er så som så.
3. Har du planer om å se noe i London: beregn en ekstra dag eller to. Regn ikke med at du får lyst til å skulke noen foredrag ilt dagen. Jeg kan love deg at du vil føle deg inspirert, løftet og godt orientert etter noen dager i London.



London. (Illustrasjonsfoto: Per P. Bredmose)

REFUSJON ETTER §9 PUNKT 40

Emselex Novartis

Urologisk spasmolytikum.

ATC-nr.: G04B D10

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

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingsfrekvens og urgency som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Bør tas 1 gang daglig med væske. Kan tas med eller uten mat. **Svelges hele. Skal ikke tygges, deles eller knuses. Voksne ≥18 år inkl. eldre ≥65 år:** Anbefalt startdose er 7,5 mg daglig. Effekt og sikkerhet bør vurderes på nytt 2 uker etter behandlingsstart. For pasienter som har en akseptabel bivirkningsprofil, men som krever ytterligere symptomlindring, kan dosen økes til 15 mg daglig, basert på individuell respons. Nedsatt nyrefunksjon: Forsiktighet bør utvises. Dosejustering er nødvendig. Nedsatt leverfunksjon: Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A), men dosejustering er nødvendig. Ved moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad B) bør behandling kun gis dersom 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 neuropati, hiatushernie, klinisk signifikant obstruksjon ved blæretømming, risiko for urinretensjon, alvorlig konstipasjon eller gastrointestinale obstruktive lidelser (f.eks. pylorusstenose). Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som behandles for trangvinkelglaukom. Andre årsaker til økt vannlatingsfrekvens (hjertesvikt eller nyresykdom) bør utredes i forkant av behandlingen. Ved urinveisinfeksjon bør adekvat antibakteriell behandling igangsettes. Forsiktighet bør utvises ved risiko for redusert gastrointestinal motilitet, gastroesofageal refluks og/eller samtidig bruk av medisiner som kan forårsake/forverre øsofagitt (f.eks. perorale bisfosfonater). Sikkerhet og effekt ved neurogen 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 med legemidler som hovedsakelig metaboliseres via CYP 2D6, og som har et smalt terapeutisk vindu (f.eks. flekainid, tioridazin, trisykliske antidepressiva som imipramin). Standard terapeutisk monitorering av protrombintid for warfarin bør opprettholdes. Terapeutisk legemiddelmonitorering av digoksin bør utføres ved oppstart og avslutning av darifenacinbehandling, samt ved endring av dosen. Samtidig bruk med potente hemmere av P-glykoprotein (f.eks. verapamil,

ciklosporin) bør unngås. Samtidig behandling med andre legemidler med antimuskarinne egenskaper (f.eks. oksybutynin, tolterodin, flavoksat) kan gi mer uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. Potensering av antikolinerge effekter av antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva kan også forekomme. **Graviditet/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. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, konstipasjon. Syn: Tørre øyne. Øvrige: Hodepine, abdominalsmerter, munntørhet. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, flatulens, ulcerøs stomatitt. Hud: Tørr hud, utslett, pruritus, svetting. Luftveier: Rhinitt, økt hoste, dyspné. Neurologiske: Svimmelhet, insomnia, somnolens, unormal tankevirksomhet. Sirkulatoriske: Hypertensjon, ødem, inkl. perifere. Syn: Unormalt syn. Urogenitale: Urinveisforstyrrelser, impotens, urinveisinfeksjon, vaginitt, blæresmerter. Øvrige: Asteni, påført skade, ansiktsødem, smaksforstyrrelser. **Laboratorieverdier:** Forhøyet ALAT og ASAT. Behandling med darifenacin kan muligens maskere symptomer assosiert med galleblæresykdom. **Overdosering/Forgiftning:** Urologisk spasmolytikum. **Virkningsmekanisme:** Selektiv muskarinreseptorantagonist (M₃ SRA). M₃-reseptoren er den viktigste subtypen som kontrollerer muskelkontraksjon i urinblæren. **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet: 15% og 19% etter daglige doser på hhv. 7,5 mg og 15 mg ved «steady state». Maks. plasmanivå nås ca. 7 timer etter administrering og «steady state» nås den 6. dagen. Eksponeringen er 23% lavere hos menn enn hos kvinner. **Proteinbinding:** 98%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 163 liter. **Metabolisme:** Betydelig metabolisme via CYP 3A4 og CYP 2D6 i lever, og via CYP 3A4 i tarmveggen. **Utskillelse:** Ca. 60% i urin, ca. 40% i fæces. Kun 3% utskilles uforandret.

Pakninger og priser: 7,5 mg: Enpac: 28 stk. kr 438,50. 98 stk. kr 1447,90. **15 mg:** Enpac: 28 stk. kr 438,50. 98 stk. kr 1447,90. ~~kr 400,-~~

Refusjon: Refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje.

Sist endret: 12.04.2007

ID-kode: 4326/02.2008

NYE REFUSJONSKODER 3. MARS:

ICPC: U04

ICD: N39.4

REFUSJONSBERETTIGET FOR MOTORISK NEUROGEN HYPERAKTIV BLÆRE MED LEKKASJE (URGE-INKONTINENS)

Se mot nord

Luft og vann er viktige elementer som er med på å forme Bodø, Nordlands hovedstad. Hvor ellers kan du se havørna gli lydløst forbi stuevinduet i det ene øyeblikket for så å høre luften bli flerret av jagerflyene i det neste?

Her kan du oppleve rasende bølger som kaster seg inn mot byens molo på ettermiddagen for så å vandre langs småbåthavna badende i blikkstillta noen timer senere....

Byen med sine 44.000 innbyggere ligger storslått til, og er et knutepunkt i fylket både administrativt og kommunikasjonsmessig. Vi ved Kvinneklinikken i Bodø er derfor stolte over å kunne invitere til Årsmøte 4.-

6.september.Vi satser på et spennende faglig program, høy sosial faktor og muligheten til å presentere Bodø med sine vakre omgivelser...Sett av datoen!



Foto: Magne Rasch

Alle medlemmer av NFOG får gratis online tilgang til alle artikler i Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. Log inn på www.nfog.org

Invitasjon til frie foredrag

Årsmøte NGF i Bodø 2008

Praktiske opplysninger

Abstrakt sendes som vedlegg til e-post til Knut Hordnes, adresse knut.hordnes@uib.no, senest 150608.

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

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

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

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

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

Støtte til LIS (Lege i spesialisering) og stipendiater

LISer og stipendiater som holder foredrag får kr 2000 i støtte, som utbetales etter årsmøte. Utbetaling forutsetter at foredraget er avholdt, og at deltakeravgift er betalt.

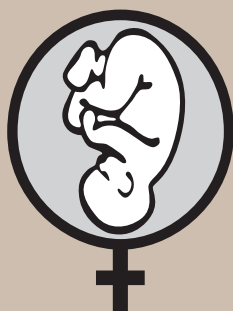
Priser

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

Vel møtt i Bodø!

Knut Hordnes

Vitenskapelig sekretær NGF



Årsmøtet i Norsk gynekologisk forening 2008

Medlemmer som ønsker saker satt på dagsorden til **GENERALFORSAMLINGEN** fredag 05.09.08 bes melde disse til styret så snart som mulig og senest innen fire uker før årsmøtet.

NORSK GYNEKOLOGISK FORENINGS HEDERSPRIS

STATUTTER

1. Prisen "Norsk Gynekologisk Forenings Hederspris" utgjør i 2008 40 000 kr.
2. Prisen er en direkte videreføring av Scheringprisen som ble etablert og utdelt første gang i 1986
3. Prisen utdeles ved Norsk Gynekologisk Forenings årsmøte av NGFs formann og en representant fra Bayer Schering Pharma
4. Prisen utdeles for beste forskningsinnsats eller fortjenestefullt arbeid i gynekologi/obstetrikk
5. Alle medlemmer av NGF kan gi begrunnet forslag på kandidater
6. Prisen utdeles fortrinnsvis til medlemmer av NGF, men kan tildeles ikke-medlemmer for forskning eller fortjenestefullt arbeide innen eller i nær tilknytning til faget gynekologi/obstetrikk
7. Ved mangel på tilfredsstillende kandidater et år, kan evt. utdeling utsettes slik at man et annet år kan gi to priser
8. Utvelgelse til prisen skjer ved et utvalg som består av sittende styreformann og de to sist avgåtte formenn i Norsk Gynekologisk Forening



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

FORSKNINGSSTIPEND GYNEKOLOGI OG OBSTETRIKK

NOK 100.000

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

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

Tildelingen av stipendet vil foregå på NGFs årsmøte i Bodø i september 2008. Den eller de som har mottatt forskningsstipendet må være villig til å presentere forskningsresultatene i et egnet forum, samt gi en skriftlig orientering til Organon AS.

Søknaden stiles til Organon AS, Postboks 324, 1372 Asker, og skal inneholde en kortfattet forskningsplan, curriculum vitae og et budsjett for prosjektet. Søknadsfristen er 1. august 2008.

Eventuelle spørsmål kan rettes til sveinung.bakke@organon.no eller telefon 66 76 44 00.



Schering-Plough

NGFs FORSKNINGSPRISER

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

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



Jubileumssymposium NUGG 10 år

Bodø 3. september 2008

Påmelding til CIC via www.legeforeningen.no/ngf Kursavgift kr 150,- Påmeldingsfrist 15.juni 2008

11.00-11.20	Hvorfor NUGG og NUGGdatabasen	Sigurd Kulseng-Hanssen
11.20-11.40	Når er det indikasjon for invasive urodynamiske undersøkelser?	Kari Western
11.40-12.00	Hva vet vi om inkontinensmekanismer?	Ellen Borstad
	Kaffepause	
12.20-12.40	10 års erfaring med TVT	Sigurd Kulseng-Hanssen
12.40-13.00	Nye slyngetyper. Er det et fremskritt?	Rune Svenningsen
	Lunsj	
14.00-14.20	Komplikasjoner etter kunststoffslynger.	Hjalmar Schiøtz
14.20-14.40	Periurethral injeksjonsbehandling. Hvilken plass i inkontinensbehandlingen	Jan Maltau
14.40-15.00	Botox behandling av idiopatisk overaktiv detrusor	Kristin Sollid
	Kaffepause	
15.20-15.40	Stamcellebehandling. Er det fremtiden?	Annetine Staff
15.40-16.00	Vitenskapelige, juridiske og etiske aspekter ved innføring av nye operasjonsteknikker	Astrid Rygh
16.00-17.00	Frie innlegg a 7 minutter med påfølgende 3 minutters diskusjon.	
	Meld ønske om innlegg til Ellen Borstad.	
	Paneldebatt	

Kurs i fosterovervåkning

Bodø 3. september 2008

Påmelding på www.legeforeningen.no, link kurskatalogen. Påmeldingsfrist 15.juni 2008

11.30-12.00	Registrering/kaffe	
12.00	Velkommen/praktiske opplysninger ved Solhild Stridsklev	
12.10	Grunnleggende fosterfysiologi. Indikasjoner for CTG og STAN	Branka M.Yli
13.40	Kaffe	
14.00	CTG fysiologi og tolking	Branka M.Yli
15.30	Kaffe/snack	
16.00	Foster EKG fysiologi	Branka M.Yli
16.45	Kaffe	
17.00	Foster EKG tolking	Branka M.Yli
17.45	Gruppearbeid - Vurdering av CTG/STAN	Branka M.Yli og Torunn Eikeland
18.15	Diskusjon	
19.15	Slutt	
20.00	Felles middag arrangert av kurskomiteen. Deltagerne betaler selv.	

Program NGF Årsmøte Bodø 4-6. september 2008

Radisson SAS Hotel Bodø

Påmelding til CIC via www.legeforeningen.no/ngf

Onsdag 3/9

To arrangement tilsluttet i tid men forøvrig uavhengig av Årsmøtet:

Kurs i fosterovervåking (FUGO) – se s. 44

Jubileumssymposium NUGG 10 år (NUGG) – se s. 44

Torsdag 4/9

	Formøter:
09.00-11.00	NUGG
09.00-11.00	FUGO
10.15-12.00	PSL (NB: Grand Hotell)
10.15-12.00	NFGO (Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi)
12.30-13.30	Lunsj (vanlig)
	Lunsj-symposium: Bulkamid injeksjon for SUI- erfaringer fra Skandinavia (Maltau, Axelsen, Larsson, Johnson & Johnson)
	Årsmøte 2008
14.00-14.30	Leder i NGF, Rolf Kirschner
	Ordfører i Bodø ønsker velkommen
14.30-15.30	Foetomaternal trafficking - its importance for non-invasive prenatal diagnosis and prediction of preeclampsia (Wolfgang Holzgreve)
16.00-17.30	Utfordringer i fagets struktur
	Stikkord: Faget på randen, utdanning, hovedstadsprosessen, nytt nasjonalt råd.
18.00-	Get together Kjerringøy gamle handelssted

Fredag 5/9

08.30-10.00	Infertilitet: kirurgi og annen behandling av strukturelle defekter Tuber og ovarier: kirurgiens plass (Knut Hordnes) Endometriose (Tom Tanbo) Endometriose: hva bør fjernes og hvordan? (Anton Langebrekke) Myoma uteri : hva bør fjernes og hvordan? (Kirsten Hald)
10.30-12.00	Frie foredrag sesjon 1
12.00-13.00	Lunsj
13.00-14.30	Frie foredrag sesjon 2
15.00-16.00	Frie foredrag sesjon 3
16.30-18.00	Generalforsamling
19.30	Bankett Radisson SAS Hotell Bodø

Lørdag 6/9

08.30-10.30	Fedmeepidemien: mor og barns helse Fedme som risikofaktor i obstetrikken – for hva og hvorfor (Tore Henriksen) Impaired glucose metabolism (Ricardo Laurini) Klinisk håndtering av fedme (Janette Khoury)
11.00-12.00	Frie foredrag sesjon 4
12.00-13.00	Lunsj
13.00-14.30	Frie foredrag sesjon 5 Avslutning

Kongresskalender

	Dato	Kurs	Sted
2008	14.-17. juni	36th NFOG Congress	Reykjavik, Iceland
	6.-9. juli	24th Annual Meeting ESHRE	Barcelona, Spain
	24.-28. august	18th World Congress on Ultrasound in Obstetrics & Gynecology	Chicago, USA
	3.-7. september	IUGA Annual meeting	Taipei, Taiwan
	4.-6. september	NGF - Årsmøte	Bodø
	10.-13. september	12th EPG Conference. Placenta - Established hypotheses and current concepts	Seggau Castle, Austria
	17.-20. september	RCOG 7th International Scientific Meeting	Montreal, Canada
	9.-11. oktober	European Society of Gynecological Endoscopy: 19th Annual Congress	Amsterdam, The Netherlands
	18.-20. september	PAX Society: VIIIth PAX meeting-The peritoneum is alive during surgery: from pathophysiology to the operative theater	Clermont-Ferrand, France
	9.-11. oktober	European Society of Gynecological Endoscopy: 19th Annual Congress	Amsterdam, The Netherlands
	20.-24. oktober	ICS Annual meeting	Cairo, Egypt
	28. okt-1. nov	37th Global Congress of Minimally Invasive Gynecology	Las Vegas, USA
	4.-6. november	Bekkenbunnskirurgi. Teori og virkelighet	Oslo
	5.-7. november	2008 International Stillbirth Conference	Oslo, Norway
	5.-7. november	Management of Labour. Kurs på National Maternity Hospital	Dublin, Ireland
	12.-15. november	EUROGIN 2008: Joining forces for Cervical Cancer Prevention	Nice, France
27.-30. november	11th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility	Paris, France	
2009	8-10. mai	3rd Nordic Endometriosis Conference	Trondheim
	14.-15. mai	Berzelius Symposium 20: Assisting fertility	Stockholm, Sweden
	14.-16. mai	3rd IVI International Congress	Madrid, Spain
	16.-20. mai	8th European Congress on Menopause (EMAS)	London, UK
	16.-19. juni	IUGA 2009 Annual meeting	Villa Erba, Italy
	21.-25. juni	XIX World Congress of sexual Health	Göteborg, Sweden
	30. sept - 4. okt	ICS Annual meeting	San Francisco, USA
	4.-9. oktober	XIX FIGO World Congress og Gynecology & Obstetrics	Cape Town, South Africa
12.-16. oktober	16th ESGO International Meeting	Belgrade, Serbia	

For mer informasjon: www.legeforeningen.no/ngf Klikk på "kongress og møter"



GARDASIL®

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

C1

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 amorf aluminiumhydroksyfosfat) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvudysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

DOSERING: Primær vaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn:** Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

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-typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med 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 en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primær vaksinasjon på 3 doser.

INTERAKSJONER: Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥ 10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdi var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

GRAVIDITET/AMMING: Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke.

Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.

BIVIRKNINGER: Hyppige (>1/100): Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. Sjeldne (<1/1000): Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk arttritt.

OVERDOSERING/FORGFITNING: Symptomer: Ved høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt-doser.

EGENSKAPER: Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antityper at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9 % antistofftiter mot HPV 6, 99,8 % mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6 % mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), for vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi, 1 måned etter den 3. dosen i primær vaksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 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 uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt. Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinator har injisert vaksinen og sluppet stempelet. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

PAKNINGER OG PRISER: Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10 Sist endret: 28.02.2008

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvudysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.



sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21
info@spmsd.com

C Vagifem «Novo Nordisk»

Østrogen

ATC-nr.: G03C A03

VAGINALTABLETTER 25 µg: Hver vaginaltablett inneh.: Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 25 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel. Aτροφisk vaginitt, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset. **Dosering:** Føres dypt inn i skjeden vha. applikator. Startdose: 1 vaginaltablett daglig i 2 uker. Vedlikeholdsdose: 1 vaginaltablett 2 ganger i uken. Behandlingen kan startes når som helst. Hvis en dose glemmes, skal den tas så snart pasienten husker det. Dobbel dose bør unngås. Ved oppstart og ved behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose og korteste varighet brukes. Preparatet kan brukes av kvinner med eller uten intakt uterus. Under behandling, spesielt de første 2 ukene, kan det sees en svak absorpsjon, men da plasmaøstradiolnivåene etter de første 2 ukene vanligvis ikke overskrider postmenopausale nivåer anbefales ikke tillegg av gestagen. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkt østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venos tromboemboli (dyp venetrombose, lungeemboli). Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Nytte/risikoforholdet bør vurderes grundig minst en gang årlig, og HRT (hormonell substitusjonsterapi) bør bare fortsettes så lenge nytten oppveier risikoen. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og en ny generell klinisk undersøkelse (inkl. bekken og bryst) skal foretas for behandlingen initieres eller gjeninsettes. 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 i.h.t. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. Systemiske effekter kan ikke utelukkes. 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, hypertensjon, lever-sykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkompikasjoner, kolelitiasis, migrène eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Pga. lokal administrering og små doser, er forekomsten og alvorligheten av forholdene nevnt over mindre sannsynlige enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller nedsatt leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk, nye anfall av migrene lignende hodepine og graviditet. **Endometriehyperplasi og endometriekreft:** Kvinner med intakt uterus med unormale blødninger av ukjent etiologi eller kvinner med intakt uterus som tidligere er behandlet med østrogen alene, bør undersøkes nøye for å utelukke mulig hyperstimulering/malignitet av endometriet for oppstart av behandling. Risikoen for endometriekreft avhenger av både varighet og dose østrogen. Preparatet synes ikke å være forbundet med økt risiko for endometriehyperplasi eller uterus cancer. Østrogen substitusjonsbehandling bør ikke forsikres i mer enn 1 år uten at generell legeundersøkelse foretas, inkl. gynekologisk undersøkelse. **Brystkreft:** Systemisk østrogen terapi kan øke risikoen for brystkreft. Relativ risiko for brystkreft er større når et gestagen er tillagt enten sekvensielt eller kontinuerlig og uavhengig av type gestagen. **Venos tromboemboli:** Systemisk HRT er forbundet med en høyere relativ risiko (2-3 ganger høyere risiko) for å utvikle venos tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Forekomsten 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 må immobiliseres i lengre tid etter elektiv kirurgi, bør det vurderes om det er mulig å avslutte HRT-behandlingen midlertidig i 4-6 uker før inngrepet. Behandling bør ikke gjenopptas for kvinnen er fullstendig mobil igjen. Slag: Det er vist økt risiko for ischemisk slag hos friske kvinner ved behandling med kontinuerlig kombinerte konjugerte østrogener og medroxyprogesteronacetat, men det er ukjent hvorvidt dette 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 ved langvarig kombinasjonsbehandling. Østrogener kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon bør derfor overvåkes nøye i de første ukene av behandlingen. Pasienter med terminal nyreinsuffisens bør overvåkes nøye, da det må forventes at sirkulerende nivåer av de aktive stoffer vil øke. Det foreligger indikasjoner på økt risiko for mulig demens hos kvinner ved start av kontinuerlig kombinasjonsbehandling med konjugert equinøstrogen og medroxyprogesteronacetat etter fylte 65 år. **Graviditet/Amning:** Skal ikke brukes ved graviditet eller amning. **Bivirkninger:** Vanligst forekommende er utflod og vaginalt ubehag. Østrogenrelaterte bivirkninger som brystmerter, perifert ødem og postmenopausale blødninger forekommer fortrinnsvis i begynnelsen av behandlingen. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, mavesmerter, utspilt mave eller mavebesvær, dyspepsi, oppkast, flatulens. Neurologiske: Hodepine. Urogenitale: Genital candidiasis eller vaginitt, vaginal blødning, utflod, vaginalt ubehag. Øvrige: Brystødem eller brystforstørrelse, brystmerter eller brystømhet, perifert ødem. Svært sjeldne: Brystkreft, endometriekreft, hypersensitivitet NOS, væskeretensjon, insomnia, depresjon, forverret migrène, dyp venetrombose, diaré, urticaria, erytematøst utslett, ikke spesifikt utslett NOS, utslett med kløe, genital pruritus, endometriehyperplasi, vaginal irritasjon, vaginal smerte, vaginal sårhet, manglende effekt, vektøkning, økt østrogenivå i blod. Bivirkninger i forbindelse med andre østrogenbehandling: Hjerteinfarkt, kongestiv hjertesykdom, galleblæresykdom, chloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura, pruritus, vaginal candidiasis, risiko for å utvikle endometriekreft, endometriehyperplasi eller økt størrelse av uterine fibroider, epilepsi, lidoforsytrelser, forverring av astma og muligens demens. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller av overdosering er rapportert. **Behandling:** Symptomatisk. **Egenskaper:** Klassifisering: Syntetisk 17-β-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol til lokal bruk i vagina. Vaginaltablett er en filmdrasjert hydrofil matrikstabelt som adhereres til vaginalslimhinnen. Ved hydrering dannes en gel og det skjer en langsom frigivelse av østradiol. **Virkningsmekanisme:** Substituerer redusert østrogenproduksjon. Steroidreseptorkompleks bindes til cellenes DNA og inducerer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er avhengig av østrogen. Østrogen øker antallet overflateceller og intermedieære celler sammenlignet med basalceller. Østrogen opprettholder skjeden pH på ca. 4,5. Dette fremmer normal bakteriefloora, hovedsakelig Lactobacillus Döderlein. **Absorpsjon:** Absorberes godt gjennom hud, slimhinner og mavearmkanal. Ved vaginal administrering unngås «first pass»-metabolisme. Maks. nivåer etter enkelt-dose er ca. 175 pmol/liter (47-51 pg/ml). Etter 14 dagers behandling detekteres bare marginal absorpsjon av 17-β-østradiol med gjennomsnittlig nivå innenfor det postmenopausale området. Gjennomsnittlig konsentrasjon av 17-β-østradiol ved hvert målingstidspunkt lå i det normale postmenopausale området. Ingen akkumulering av østrogen over en 12 ukers periode med administrering. **Metabolisme:** Metaboliseres til sulfat- og glukuronidkonjugater. **Utskillelse:** Via urin.

Pakninger og priser: (pr. 06.11.2007): Enpac: 15 stk. 144,70. Sist endret: 26.10.2005

Referanser: 1. Eriksen BC. Klimakteriehboken: Rud T, Moen MH, Seeberg T, red. Det Urogenitale østrogenmangelsyndrom. Gyldendal Norsk Forlag AS 2003; 54-60. 2. Stenberg A, Heimer G, Ulmsten U et al. Prevalence of genitourinary and other climacteric symptoms in 61-year-old women. Maturitas 1996; 24: 31-6. 3. Pandit L, Ouslander JG. Postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. Am J Med Sci 1997; 314: 228-31. 4. Mettler L, Olsen P.G. Long-term treatment of atrophic vaginitis with low-dose oestradiol vaginal tablets. Maturitas 1991; 14:23-31. 5. Dugal R, Hesla K, Sordal T, Aase K.H. Comparison of usefulness of estradiol vaginal tablets and estradiol vaginories for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:293-7.

Et lett valg



En lavdosert p-pille med høy preventiv sikkerhet¹

- Ingen andre kombinasjonspiller har lavere østrogendose²
- God blødningskontroll¹
- Samme pris som Yasmin²

Gestagenet drospirenon:

- Ligner naturlig progesteron³
- Motvirker væskeretensjon (antimineralkortikoid effekt)⁴
- Blokkerer androgenreseptorer, noe som reduserer talgkjertelproduksjonen (antiandrogen effekt)⁵



Yasminelle
etinylestradiol 20 µg + drospirenon 3 mg