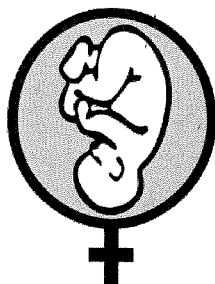


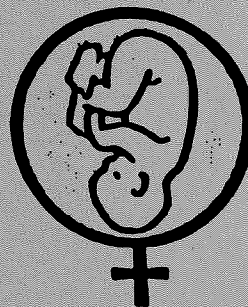
Gynekologen Nr. 4 November 1992 5. årgang



Norsk Gynekologisk Forening

<b>INNHOLD</b>	<b>Side</b>
Norsk Gynekologisk forening: styret, komiteer og utvalg	2
Erik Quigstad og Per E Børdahl: Fra styret og redaksjonen	3
Abstracts fra årsmøtet i Bergen 1992	4
Redaksjonen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Per E Børdahl</li><li>• Fridtjof Jerve</li><li>• Thomas Åbyholm</li><li>• Mette Moen</li></ul>	32

# GYNEKOLOGEN



TIDSSKRIFT FOR NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

NR. 4

NOV 1992

5. ARGANG

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

STYRET:

- Formann:** Avd. overlege Willy Nøstdahl, Nordland Ssh, 8000 Bodø, Tlf 081-34000, Fax 081-34109 priv: 081-82229
- Nestform.:** Overlege Eilef Hellem, Vestfold SSh, 3100 Tønsberg Tlf 033-13 370, Fax 033-13 689, Tlf priv: 033-28 663
- Sekretær:** Overlege Unni Kirste, Bærum Sh, PB 34, 1355 Bærum Tlf 02-88 94 67, Fax 02-519760 Tlf priv: 02-53 21 63
- Vit. sekr.:** Avd. overlege dr. med. Erik Qvigstad, Ullevål sh, 0407 Oslo, Tlf 02-11 98 00, Fax 02-694173, Tlf priv: 83 66 55
- Kasserer:** Prakt. spes. Kristina Johannessen, Nygårds gt 4, 5015 Bergen, Tlf 05-326890, Fax: 326890 priv: 280105

SPESIALITETSKOMITEEN

- Formann:** Overlege Arne Urnes, Gyn/Obst avd, Ssh i Akersh 1474 Nordbyhagen, Tlf 02-82 88 00, priv: 06-97 15 53
- Repr:** Overlege Unni Kirste, Gyn/Obst avd, 1316 Bærum sh Tlf 02-88 94 67, priv: 53 21 63 Fax: 02-519760
- Overlege Rita Kollvik, Gyn/Obst avd, Haugesund sh 5500 Haugesund, tlf 04-72 80 00, priv: 72 21 38
- Overlege dr. med. Per E Børdahl, KK, Rikshospit., 0027 Oslo, tlf 02-867010, priv: 123881 Fax 869235
- **YLF** Ass. lege Bente Mikkelsen, Gyn avd, SØF, 1600 Fredrikstad, Tlf 09-39 30 00, priv: 31 96 66
- Vararepr:** Avd. overlege Knut Urdal, KK, Aker sykehus, 0514 Oslo Tlf 02-89 40 00
- Prakt. spes. Kristina Johannessen, Nygårds gt 4, 5015 Bergen, Tlf 05-326890 Fax 326890 priv: 280105

Nordland Ssh ,8000  
 34109 priv: 081-82229  
 ld SSh, 3100 Tønsberg  
 9, Tlf priv: 033-28 663  
 h, PB 34, 1355 Bærum  
 0 Tlf priv: 02-53 21 63  
 gstad, Ullevål sh,  
 ax 02-694173, Tlf

ssen, Nygårds gt 4,  
 :326890 priv:280105

avd, Ssh i Akersh  
 00, priv:06-97 15 53  
 t avd, 1316 Bærum sh  
 63 Fax: 02-519760  
 st avd, Haugesund sh  
 00, priv: 72 21 38  
 l, KK, Rikshospit.,  
 v:123881 Fax 869235  
 avd, SØF, 1600  
 priv: 31 96 66  
 Aker sykehus, 0514

ssen, Nygårds gt 4,  
 : 326890 priv: 280105  
 ehuset i Trondheim,  
 00

ensen, KK, Aker sh

Gyn/Obst avd,  
 00  
 Obst avd, S.sh i Sogn og

Obst avd, Telemark  
 56 100  
 aukeland sh, 5021

ler Ssh, 4604

S.sh for Østfold,  
 08 (YLF)

## Erik Qvigstad og Per E. Børdahl

### FRA STYRET OG REDAKSJONEN

Dette er et annerledes nummer.

Vi har fra starten i 1988 ønsket at Gynekologen skulle bringe abstracts fra faglige foredrag i Norsk Gynekologisk Forening og lokalforeningene. Vi har brakt endel abstracts etter årsmøtene, men vi har dessverre ikke kunnet gjengi bredden i medlemmenes faglige aktivitet, slik den kommer til uttrykk på årsmøtet. Denne gang kan vi det. Styret i NGF ba før årsmøtet foredragsholderne innsende abstracts.

Frie foredrag har tradisjonelt hatt en sentral plass i det faglige program på årsmøtet. Tidligere har så å si alle foredrag blitt akseptert for muntlig presentasjon. Kvaliteten og kvantiteten har økt betydelig de siste årene, og det er etter hvert blitt vanskelig å få avsatt tid til alle frie foredrag. Foran årsmøtet 1992 hadde vi valget mellom å redusere tiden til andre faglige temaer, avholde parallelle sesjoner, eller å redusere antall frie foredrag. Styret i NGF valgte det siste alternativet.

Deltagerne ble derfor bedt om å sende inn et abstract begrenset til en A-4 ark side. Disse ble vurdert av en komite bestående av Ellen Borstad, Knut Dalaker og Erik Qvigstad. NGF hadde avsatt tid til 14 foredrag for muntlig presentasjon. De 14 abstrakt som ble vurdert som mest interessante og best velegnete ble presentert som foredrag i Bergen. De øvrige fikk tilbud om poster-presentasjon.

I dette særnummer av Gynekologen presenterer vi 27 abstracts alfabetisk. De som ble presentert som poster, er merket i innholdslisten med en asterisk (\*).

Også i 1993 vil det bli et krav om innsendt abstract før årsmøtet. Det vil gjøre det mulig å avveie forholdet mellom frie og inviterte foredrag bedre enn tidligere og det vil gi oss mulig for en presentasjon i et særnummer av Gynekologen.

Det har de siste år vært en gledelig utvikling med økt bredde og kvalitet i de frie foredrag på årsmøtet. Det er mulig at rammene for frie foredrag senere kan utvides, slik at det blir flere frie foredrag enn det var i år. Vi håper at medlemmene var fornøyd med fordelingen på årets møte og at bladets lesere synes ordningen med et spesialnummer er god.

**Hysterektomi i Norge ved inngangen av 90 tallet**  
**- et landsomfattende 3-års materiale.**

**Bjørn Backe, Norsk institutt for sykehusforskning (SINTEF-NIS),**  
**7034 Trondheim**

Den nasjonale datafil for sykehusopphold (SAMDATA-sykehus) inneholder 10167 hysterektomier for 1988, 89 og 90. Kvalitetskontroll er foretatt ved sammenligning med årsmeldinger samt innhenting av opplysninger fra et utvalg gynekologiske avdelinger.

Pasientenes gjennomsnittsalder var 48,8 år (spredning 15 - 98 år). Ved nesten 1/3 av inngrepene forelå en kreft-diagnose eller en kreftrelatert tilstand. 40 % av pasientene hadde myoma uteri mens 12 % hadde blødningsforstyrrelse som hoveddiagnose.

Total hysterektomi var den klart foretrukne metode (80 %). Det var betydelige praksisvariasjoner; ved 6 sykehus mer enn halvparten av hysterektomiene utført som supravaginale uterusamputasjoner. Samtidig appendektomi er en sjeldenhet ved de fleste sykehus, men fra to avdelinger er det oppgitt samtidig appendektomi ved henholdsvis 33 % og 40 % av hysterektomiene.

Totalt sett har en norsk kvinne en kumulativ risiko på rundt 15 % for å gjennomgå hysterektomi i løpet av sitt liv, varierende fra 8-9 % til nesten 20 % etter bostedsfylke. Forskjellene i operasjonsrater mellom fylkene overskrider den statistisk tilfeldige variasjon.

Hysterektomiraten for Norge er 1,6 pr. 1000 kvinner, som er det laveste tall vi kan finne i nyere litteratur. Til sammenligning er det nylig fra Danmark oppgitt en hysterektomirate på 3,6/1000. Dette indikerer at norske gynekologer viser en bemerkelsesverdig restriktiv holdning til hysterektomi.

## SYKEMELDINGSRUTINER VED GYNEKOLOGISKE OPERASJONER. En spørreundersøkelse

Torgeir Bjerknes, KK, Haukeland sykehus, 5021 Bergen  
Jostein Tjugum, KK, Sentralsykehuset i Sogn og  
Fjordane, 6800 Førde

Sykemeldingen er en viktig del av omsorgen for våre pasienter. Offentlige kontrollorganer for sykemeldinger finnes og i den effektiviseringstid som råder, må vi forvente øket "innsats" fra deres side. Like rutiner, som både tar hensyn til den enkelte pasient og samfunnet i helhet, bør da være et godt grunnlag for sykemeldinger.

**Materiale og metode.** Våren 1992 ble spørreundersøkelsen "Sykemeldingsrutiner ved gynekologiske operasjoner" sendt til alle norske sykehus som utfører gynekologiske operasjoner for godartede sykdommer. Det ble spurt om sykemeldingslengde og grunnlag for sykemelding ved komplikasjonsfrie operasjoner. Legene, spesialister og assistentleger (fremtidig gynekologer), skulle svare individuelt. I alt ble det utsendt 298 spørreskjemaer.

**Resultat.** Svarprosenten var 47%, 50% for spesialistene og 41% for assistentlegene. I tillegg svarte legene (29) ved 3 avdelinger kollektivt ved henvisning til avdelingens metodebøker. Sykemeldingstidene var: Fract. abrasio 0-7 dager. Evacuatio cavi uteri/ spontan abort 0-7 dager, legal abort 0-7 dager. Ved konisering varierte sykemeldingen fra 0 dg - 3 uker. (Laserkonisering 0-0 dg til 2 uker, kniv- og /eller elektroslyngekoningering 2 dg - 3 uker). Ved laparoskopi ble det gitt sykemelding fra 0-7 dg og ved laparotomi 3 - 8 uker, 3-8 uker og 2-6 uker, ved henholdsvis hysterectomi, supravaginal uterusamputasjon og adnexkirurgi. Ved incontiens- og prolapsoperasjoner var sykemeldingstidene 4-8 uker og 3-8 uker. Hysteroskopi medførte fra 0-7 sykemeldingsdager. Sykemeldingspraksis var fremforalt basert på tradisjon og få avdelinger hadde klare retningslinjer for sykemeldinger i metodebok.

**Konklusjon:** Undersøkelsen viser at sykemeldingsrutinene ved gynekologiske operasjoner varierer. Noen avdelinger utfører polikliniske gynekologiske operasjoner mot slutten av arbeidsuken, slik at både sykefravær og sykemeldingstid reduseres ved at kvinnen hviler i hjemmet over helgen. Alle avdelinger bør vurdere å organisere de polikliniske operasjoner på lignende måte og samtidig vurdere/diskutere sine sykemeldingsrutiner.



### Barn etter In Vitro Fertilisering

Vidar v. Düring, Jarl Kahn, Arne Sunde, Terje SørDAL, Nils Eriksson og Kåre Molne.  
Kvinneklubben, Regionsykehuset i Trondheim.

**Innledning.** I evaluering av IVF er det vesentlig med oppfølging barna. Det er flere internasjonale, men få norske rapporter om barn etter IVF.

Vi rapporterer her resultater fra 258 fødsler i perioden jan. 1988 til mai 1992. Alle fødsleene er resultat av IVF med innsetting av ferske embryo.

**Resultater.** Av 258 fødsler var 185 singel-, 59 tvilling- og 14 trilling-graviditeter. Dette resulterte i 345 barn. Gjennomsnittsvekt var 2725g (560-4970), gjennomsnittsvekt for single, tvillinger og trillinger var henholdsvis 3241g, 2401g og 1487g.

Tabell 1 viser perinatal mortalitet, misdannelser, lav fødselsvekt og premature fødsler i prosent av fødte IVF-barn.

	Singel	Tvillinger	Trillinger	Totalt IVF	Hele landet 89
Perinatal mortalitet	1,6	3,4	4,8	2,6	0,7
Misdannelser	0	2,5	7,1	1,7	
vekt < 2500g	13	49	100	36	5,2
gest. alder < 37 uker	15	66	100	31	6,9

Perinatal mortalitet er høyere enn i den norske normalpopulasjonen. Årsakene til dette er uklart. Den gruppen kvinner som føder etter IVF-behandling atskiller seg fra normalpopulasjonen på flere punkter. De er blant annet gjennomsnittlig eldre (gjennomsnitt på ca 32 år), ofte førstegangsfødende og de fleste av de har patologiske forandringer i det nedre bekken. For å få et korrekt bilde av en eventuelle sammenheng mellom øket perinatal mortalitet og selve IVF-behandlingen, må en foreta en sammenligning med en relevant kontrollgruppe.

Vi har kombinert tallene fra alle IVF-klinikkene i Norge for 1990, med våre resultater for fødselsvekt. Dette er sammenholdt med tall fra Medisinsk Fødselsregister for 1990. Fra IVF i 1990 er beregnet 302 fødsler med til sammen 407 barn. Det vil si at ca 0,7 prosent av fødte barn er et resultat av IVF.

### Konklusjon.

Barn etter IVF har lavere fødselsvekt og fødes tidligere enn barn i hele landet. Dette gjelder også når en kontrollerer for flerlinger.

Perinatal mortalitet hos IVF-barn synes å være forhøyet. Mye av dette skyldes premature fødsler og flerlinger. Det synes å være flere misdannelser hos flerlinger.

Ca 4-5 % av barn med lav fødselsvekt (< 2500 g) er resultat av IVF. Dette skyldes i stor grad flerlingefødsler.

## RESULTATER ETTER DE FØRSTE 396 LASER-KONSISERINGER VED SENTRALSYSKEHUSET I AKERSHUS.

Runar Eraker og Rolf Kirschner

Ved Sentralsykehuset i Akershus ble det fra høsten 1977 utført konsisering av cervix ved hjelp av laser. Indikasjonen for konsisering ble utvidet til å omfatte også lett dysplasi fra 1990. Resultatene etter de første 396 konsiseringene er gjort opp. Sammenhengen mellom den preoperative histologien og den histologiske vurdering av konus var slik: To med mikroinvasiv plateepitelcancer preoperativt hadde det samme i konus. En med adenocarcinoma in situ hadde også dette i konus. Av 60 med ca. in situ preoperativt hadde 33 lettere forandringer i konus enn preoperativt, 3 hadde invasiv plateepitelcancer. Av 224 med grov dysplasi ble 43 nedgradert og 29 oppgradert ved undersøkelse av konus. Av 65 med moderat dysplasi ble 18 nedgradert og 26 oppgradert ved undersøkelse av konus. Av 13 med lett dysplasi ble hele 8 oppgradert, mens 2 ble nedgradert. Av 10 med condylomer hadde 1 moderat dysplasi, 1 grov dysplasi, 2 ca. in situ, mens 6 bare hadde condylomforandringer i konus. Av 5 som ble konsisert uten at atypiske celler var funnet ved preoperativ histologi, (på bakgrunn av diskrepans mellom cytologi og histologi), hadde 1 adenoca. in situ, 1 ca. in situ, 1 grov dysplasi, 1 condylomforandringer og 1 hadde ingen atypiske celler.

Av 52 svangerskap til nå hos disse pasientene (3 pasienter med to svangerskap), endte 6 med provosert abort. Av de resterende 46, spontanaborterte 3 i 1. trimester og 2 i 2. trimester. 3 hadde ekstrauterine svangerskap. 1 fikk cervix-insuffisiens, 4 fikk prematur vannavgang, 1 fikk intrauterin fosterdød og det var 1 duplexgraviditet. Dette resulterte i 35 fødsler hvorav 2 var dødfødsel, 4 var premature, 2 hadde cervixdystoci, 1 langsom fremgang. 4 ble født i seteleie. Resten var normale fødsler.

ls Eriksson og Kåre Molne.

ølgning barna. Det er flere

1988 til mai 1992. Alle

14 trilling-graviditeter. Dette (1970), gjennomsnittsvekt for 1487g.

isvekt og premature fødsler i

	Totalt IVF	Hele landet 89
	2,6	0,7
	1,7	
	36	5,2
	31	6,9

ulasjonen. Årsakene til dette er ng atskiller seg fra ennomsnittlig eldre fleste av de har patologiske av en eventuelle sammenheng n, må en foreta en

or 1990, med våre resultater for Fødselsregister for 1990. Fra arm. Det vil si at ca 0,7 prosent

n barn i hele landet. Dette

fy av dette skyldes premature hos flerlinger.

ltat av IVF. Dette skyldes i stor



## INNVIRKNING AV GONADOTROPIN BEHANDLING PÅ IMPLANTASJON OG VIDERE FOSTERUTVIKLING HOS MUS.

G.Ertzeid<sup>1</sup>, R.Storeng<sup>1</sup>, P.Kierulf<sup>2</sup> og T.Lyberg<sup>3</sup>,  
KK<sup>1</sup>., Klin.kjem avd<sup>1</sup>., Kir.avd<sup>3</sup>. Ullevål sykehus

Gonadotropin brukes for superovulering og ovulasjonsinduksjon hos mennesker og dyr. Vi har tidligere vist at superovulering av C57BW6JIBom mus med "pregnant mare serum gonadotropin" (PMSG) og humant koriongonadotropin (hCG), hadde negativ innvirkning på både pre- og postimplantasjonsutviklingen. Vi fant økt preimplantasjonstap av embryo, økt postimplantasjonsmortalitet, samt redusert vekt og retardert utvikling av levende fostre. Retardert fosterutvikling kunne være betinget av forsinket implantasjon.

Tidspunktet for spontan fødsel etter hormonbehandling ble først undersøkt. Gonadotropin behandling førte ofte til at svangerskapet ble betydelig forlenget. Antall levende fostre var redusert og fødselsvekten lavere.

Implantasjonen ble undersøkt *in vivo* ved makroskopisk undersøkelse av implantasjonsstedene på dag 7 og 18 under svangerskapet. Forsinket implantasjon forekom etter hormonbehandling, men kunne ikke forklare den reduserte fostervekten.

*In vitro* undersøkelser med henblikk på innvirkningen av GTHbehandling på implantasjonen ble også utført. Implantasjonsraten for blastocyster på dag 7 i svangerskapet var ikke signifikant forskjellig for embryo fra hormonbehandlede mus sammenliknet med kontroll embryo. Etter immunhistokjemisk farging fant vi dog at trofoblasten dekket et mindre areal. Viabiliteten til embryoet kan derfor være påvirket. Antallet celler i preimplantasjonsblastocyster var også lavere etter gonadotropinbehandling.

Urokinase plasminogen aktivator er et proteolytisk enzym som er involvert i implantasjonsprosessen. Enzymaktiviteten på dag 5 i svangerskapet ble målt og funnet høyere i embryo fra hormonbehandlede mus enn hos kontroller.

For å undersøke om DNA syntensen var forskjellig i embryo fra hormonbehandlede mus sammenliknet med kontroller ble <sup>3</sup>H-Thymidin inkorporert i blastocyster på dag 5. Undersøkelsen viste ingen forskjell i DNA syntese.

**Konklusjon:** Behandling med gonadotropiner hadde negativ innvirkning på implantasjon og videre fosterutvikling. Årsaken kan være forandringer i embryokvalitet og/eller forandringer i maternelt miljø.

## OPIN BEHAND- VIDERE

og T. Lyberg<sup>1</sup>,  
Ilevål sykehus

g og ovulasjons-  
tidligere vist at  
pregnant mare serum  
nadotropin (hCG), hadde  
timplantasjonsutvik-  
av embryo, økt postim-  
kt og retardert utvik-  
utvikling kunne være

hormonbehandling ble  
g førte ofte til at  
Antall levende fostre

ved makroskopisk under-  
7 og 18 under svanger-  
etter hormonbehand-  
erte fostervekten.

å innvirkningen av  
å utført. Implanta-  
svangerskapet var ikke  
hormonbehandlede mus  
r immunhistokjemisk  
ket et mindre areal.  
re påvirket. Antallet  
ar også lavere etter

proteolytisk enzym som  
Enzymaktiviteten på  
t høyere i embryo fra

forskjellig i embryo  
ed kontroller ble <sup>3</sup>H-  
dag 5. Undersøkelsen

piner hadde negativ  
orsterutvikling.  
valitet og/eller for-

## Integrert bruk av vaginal ultralyd og CA 125 for preoperativ bedømmelse av pasienter med tumor pelvis.

Bjørn Hagen, Solveig Tingulstad, Mette Moen, Torvid Kiserud og Mathias Onsrud  
Kvinneklubben, Regionsykehuset i Trondheim

Mens kirurgisk behandling av ca. cerv. uteri forlengst er sentralisert til spesialavdelingene for gynekologisk onkologi, foregår primærkirurgien ved avansert ca. ovarii desentralisert ved alle landets gynekologiske avdelinger. Dette er et paradoks fordi moderne kirurgi ved ca. ovarii ofte er mer krevende enn den mer standardiserte kirurgi ved ca. cerv. uteri. Årsaken til dette paradokset er først og fremst at endelig diagnostisk avklaring for pasienter med patologisk oppfylning i bekkenet fortsatt hviler på funn ved eksplorativ laparotomi.

Vår hypotese er at integrert bruk av moderne diagnostiske metoder skal kunne gi et objektivt grunnlag for *preoperativt* å kunne skille mellom malign og benign tilstand hos pasienter med tumor pelvis. Studien som ble igangsatt 1/2-92 går ut på prospektivt å evaluere *Risk Malignancy Index* (RMI) hos pasienter med klinisk mistanke om adnextumor. RMI ble introdusert av Jacobs et al. i 1990 og baseres på menopausal status, ultralydfunn og CA 125 i serum. Ved hjelp av et enkelt scoringsystem framkommer RMI som produktet av menopausal score, ultralyd score og CA 125 verdi. Inklusjonskriterier er kvinner  $\geq 30$  år med klinisk mistanke om adnextumor der det skal gjøres eksplorativ laparotomi. RMI score preoperativt korreleres til operasjonsfunn inkludert histologisk undersøkelse av operasjonspreparat. Pr. 15/7-92 er 36 pasienter inkludert hvorav 10 har vist seg å ha malign sykdom. Studien vil fortsette inntil minst 100 pasienter er inkludert. Preliminære resultater vil bli presentert.

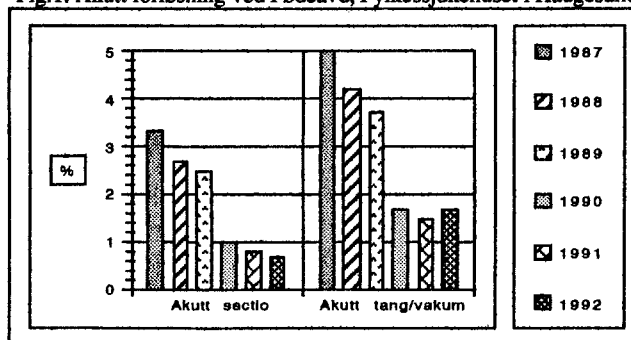
## Overvåking med fetal ST-analyse ved unormal CTG under fødsel

Jon Hausken, Torun Eikeland, Bjarne Chr. Eriksen, Kvinneklubben, Fylkessjukehuset i Haugesund.

Et mikroprosessor system er utviklet for å analysere endringer i ST segmentet i fosterets EKG intrapartum via fetal skalpelektrode (STAN). Forandringer i ST bølgen vil gi kontinuerlig informasjon om metabolismen i fosterets myokard og vil kunne registrere hypoksiutvikling under fødselen mer spesifikt enn den tradisjonelle CTG registrering. ST forandringene kvantiteres som T/QRS ratio som sammenligner høyden på T bølgen med høyden på QRS komplekset. Metoden er antatt å kunne stille diagnosen truende intrauterin asfyxi med større sikkerhet enn med tradisjonell CTG registrering alene.

Vår fødslingen har ca. 1500 fødsler årlig. STAN metoden ble innført i 1989 og har vært i rutinemessig klinisk bruk siden januar 1990 etter en opplæringsfase. I perioden 1990-92 har frekvensen av operative forløsninger på indikasjon truende intrauterin asfyxi gått ned til det halve i forhold til perioden 1987-90 (Fig 1). Skyldes dette bruk av ST-analyse?

Fig. 1. Akutt forløsning ved Fødeavd, Fylkessjukehuset i Haugesund



Siste året har vi systematisk registrert alle forløsninger der STAN har vært benyttet til fødselsovervåking ved unormal CTG (n=68). Materialet er delt i følgende grupper:

- 1) Forbigående eller vedvarende CTG forandringer som ikke indikerte akutt operativ forløsning på indikasjon truende intrauterin asfyksi (n=33).
- 2) CTG forandringer som normalt ville medført akutt operativ forløsning (n=35):
  - a) Normal STAN - (I) normal fødsel (22)  
- (II) operativ forløsning på andre indikasjoner (12)
  - b) Patologisk STAN - akutt operativ forløsning (1)

Alle pasientene i gruppe 2 ville blitt operativt forløst dersom ikke STAN var tilgjengelig. To pasienter i gruppe 2aII hadde normal STAN, men ble forløst vaginalt fordi legen ikke torde stole på registreringen. Totalt ville derfor akutt operativ forløsning vært redusert til 10/35 (29%) av alle CTG baserte forløsninger dersom CTG + STAN ble lagt til grunn.

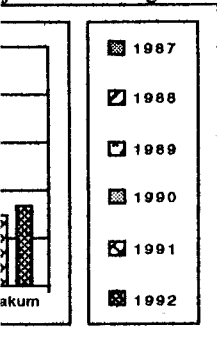
**Konklusjon:** STAN er blitt et nyttig supplement til ordinær CTG registrering ved patologisk CTG og mistanke om truende intrauterin asfyksi. Antall akutte operative forløsninger synes å kunne reduseres betydelig ved hjelp av STAN. Metoden krever grundig skoleing av personalet på fødeavdelingen for å oppnå teknisk gode registreringer som er en forutsetning for pålitelig bruk av metoden.

## Normal CTG under fødsel

neklinikken, Fylkessjukehuset i

nger i ST segmentet i fosterets  
ringer i ST bølgen vil gi  
okard og vil kunne registrere  
isjonelle CTG registrering. ST  
gner høyden på T bølgen med  
lle diagnosen truende intrauterin  
serering alene.  
oden ble innført i 1989 og har vært  
læringsfase. I perioden 1990-92 har  
e intrauterin asfyxi gått ned til det  
bruk av ST-analyse?

jukehuset i Haugesund



STAN har vært benyttet til  
r delt i følgende grupper:  
ke indikerte akutt operativ  
(  
ativ forløsning (n=35):  
ndikasjoner (12)

om ikke STAN var tilgjengelig. To  
st vaginalt fordi legen ikke torde  
rløsning vært redusert til 10/35  
TAN ble lagt til grunn.

ner CTG registrering ved  
si. Antall akutte operative  
av STAN. Metoden krever grundig  
nisk gode registreringer som er en

## MIKROSKOPISK OG MAKROSKOPISK UTSEENDE AV UTERUS CAVITET

## 1 ÅR ETTER ENDOMETRIE OG MYOM RESEKSJON

OLAV ISTRE, GYNEKOLOGISK AVDELING, HAMAR SYKEHUS

**OBJEKTIVT:** Vurdering av uterus utseende og utbredelse av residual endometrium ett år etter trans cervical endometrium/myom reseksjon (TCREF).

**OPPSETT:** 70 konsekutive pasienter som tidligere var behandlet for meno-metroragia med TCREF.

**TEKNIKK:** Hysteroskopiske biopsier fra fundus uteri til istmus kl 12-3-6-9.

**MÅL:** Utbredelse av residual endometrium relatert til blødningsindex (% dager med blødning), histologi, hormonell status og smerter.

**RESULTATER:** Hysterectomy ble utført hos 8 pasienter og hysteroscopi kunne ikke utføres hos 5 stykker av varierende årsaker. Residual endometrium ble funnet hos 44 pasienter. Fibrosis fantes hos 43 pasienter mens markert synechi så man hos 8.

Utbredelsen av endometrium er korrelert til blødningsindex, som var fra 5% (intet endometrium ved hysteroscopi eller i biopsiene) til 15% (endometrium med varierende atrofi i alle biopsier). Inaktivt endometrium fantes hos 18 pasienter, men 26 hadde varierende områder av med funksjonelt endometrium. 24 pasienter klaget over smerter før primær operasjonen, dette ble redusert til 4 ved second look studien. Menopausale FSH-østradiol verdier ble registret hos 21 pasienter.

**KONKLUSJON:** Selv om intensjonen er å fjerne alt endometrium ved TCREF finnes det som regel endometrium tilbake, mengden av dette er relatert til blødningsindex. Selv pasienter med signifikante mengder endometrium har akseptabel effekt av behandlingen. Tilstedeværelse av endometrium må tas i betraktning når hormonell substitusjonsbehandling blir aktuelt.

70  
21  
49

**ÄR KOLPOSKOPIRIKTAD BIOPSI OCH ÖVERVAKNING TILLRÄCKLIG VID  
ATYPISK CYTOLOGI UNDER GRAVIDITET?**

**Fredrik Jonassen och Thomas Rådberg, Kvinnoklinikerna vid Sahlgrenska sjukhuset i  
Göteborg och Centralsjukhuset i Karlstad.**

Rutinmässig vaginalcytologi i första trimestern har stora fördelar men uppfattas ibland som besvärande pga osäkerhet om handläggningen under graviditeten, ffa av lättare avvikelser. Erfarenheterna från Sahlgrenska sjukhusets vårdprogram redovisas.

**Metod.** Mellan 1983-88 utreddes 120 gravida med kolposkopiriktade cervixbiopsier utan cervixabrasio i vecka 14-32 pga atypisk cytologi. Därefter följdes patienterna med kolposkopi och cytologi varannan månad t o m vecka 36. Nya biopsier eller konisering utfördes vid tveksamma PAD och vid misstänkt progress till invasiv cancer.

**Resultat.** Hos 111 kvinnor (93%) var hela transformationszonen (TZ) kolposkopiskt tillgänglig. Avvikande TZ förelåg hos 115 (96%) men klart patologisk TZ endast hos 82 (68%). Invasiv cancer diagnostiserades hos 1 (1%), CIN3 hos 55(46%), CIN2 hos 33(36%), CIN1 hos 20(17%). Normalt PAD eller endast koilocytos förelåg hos 8 (7%) och oklart PAD hos 3 (3%). Ny biopsi/kon erfordrades under graviditeten hos 8 (7%), varav ingen dock utvisade invasiv cancer. Ingen allvarlig komplikation inträffade. Post partum genomgick 93 kvinnor utförligare biopsi och cervixabrasio eller laserkonisering. Ingen invasiv cancer noterades härvid eller senare hos de 97 kvinnor som följts  $\leq 18$  månader efter förlossningen. Inom 1 år recidiverade dock 4 med ny dysplasi.

**Konklusion.** Riktad cervixbiopsi i kombination med kolposkopisk och cytologisk övervakning förefaller vara en tillförlitlig och riskfri metod för utredning av atypisk cytologi under graviditeten. Mera omfattande biopsier och behandling enligt gängse principer kan vänta tills efter förlossningen, men bör utföras rutinmässigt istället för cytologi efter puerperiet.

## NG TILLRÄCKLIG VID

vid Sahlgrenska sjukhuset i

ordelar men uppfattas ibland som

ten, ffa av lättare avvikelser.

ovisas.

kopiriktade cervixbiopsier utan

ljdes patienterna med kolposkopi

eller konisering utfördes vid

er.

zonen (TZ) kolposkopiskt till-

ologisk TZ endast hos 82 (68%).

%), CIN2 hos 33(36%), CIN1 hos

(7%) och oklart PAD hos 3 (3%).

trav ingen dock utvisade invasiv

genomgick 93 kvinnor utförligare

cancer noterades härvid eller senare

en. Inom 1 år recidiverade dock 4

skopisk och cytologisk övervakning

av atypisk cytologi under gravidite-

principer kan vänta tills efter

gi efter puerperiet.

### Hvor stor andel av de par som søker IVF behandling får barn ?

Jarl A. Kahn, Vidar v. Düring, Arne Sunde, Terje SørDAL, Nils Eriksson, Kåre Molne.

Kvinnekliviken, Regionsykehuset i Trondheim

**Innledning.** Det hersker en generell usikkerhet angående resultater etter IVF-behandling. Dette skyldes delvis at behandlingen ennå er i utvikling, at informasjonen har vært holdt innen fagkretser og at resultatene har vært presentert på en uensartet og delvis mangelfull måte.

**Målet for undersøkelsen.** I en kohort av infertile å undersøke:- hvor mange av de par som blir henvist til vår klinikk i en periode får barn.

**Pasienter og metoder.** 485 infertile par, som fra opplysninger i henvisningskrivët var akseptert for IVF-behandling, og som hadde sin første IVF-behandling i perioden 1/1 1989 til 1/3 1991, ble fulgt fram til behandlingsslutt. Pasientgruppen hadde følgende infertilitetsdiagnoser: tubeforandringer 293( 60.4%), endometriose 59(12.2%) uforklarlig infertilitet 17(3.5%) og for 69 (14.2%) nedsatt sædkvalitet i tillegg til en kvinnelig infertilitetsdiagnose. Kvinnens alder ved behandlingsstart var gjennomsnittlig 31,8 år (22-40 år). Flere modeller for ovarieell hyperstimulering ble brukt, og denne kontrollert, fra dag 9 i syklus (vaginal ultralyd, serum østradiol og utskillelse av LH i urin). Egguthenting ble utført ved hjelp av ultralydveiledet follikkelpunksjon. Maksimalt tre embryo ble tilbakeført,( etter 1.10.91 max. 2 embryo) og eventuelle overtallige embryo ble frosset. Vår behandlingspolitikk tilsa at hvert par fikk maksimum tre fullførte sykli.

**Resultater.** 485 par startet 1086 IVF-behandlinger (snitt 2.2 per par), og av disse førte 851 sykler fram til embryo tilbakeføring. Hos 57 kvinner ble behandlingen aldri fullført. Behandlingen resulterte i 244 kliniske graviditeter (22.5% per startet syklus) hvorav 35 (14.3%) aborterte spontant og 20 (8.2%) kvinner hadde ekstrauterint svangerskap. Svangerskapsraten i 1.-3. behandlingssyklus var lik, men signifikant lavere i 4.-6. syklus. 189 kvinner har født eller har et svangerskap i tredje trimester. Dette gir en fødselsrate på 28.8% per fullførte syklus og 22,5% per startet syklus. Det var 131 svangerskap med ett barn, 47 (24.9) med tvillinger og 11(5.8) med trillinger. Av alle par som kom for å bli behandlet har 39.0% fått barn. 193 (40.0%) par fikk overtallige embryo frosset. Nyttan av et program for nedfrysing av overtallige embryo blir diskutert i et eget abstrakt (Kahn et al. Nor. Gyn. For. 1992). Det var ingen forskjell i alder mellom de som ble gravid og de som mislyktes. Det var ingen forskjell mellom infertilitetsdiagnose og svangerskaps rate unntatt for gruppen par hvor også mannlig infertilitet inngikk. De ulike årsaker for å avslutte IVF-behandling vil bli gitt.

**Konklusjon.** 4 av 10 par som søker IVF-behandling vil få barn. Sjansen for å lykkes er størst i de første 3 behandlingssykli. 4 av 10 par får embryo frosset, noe som vil øke fødselsraten. Nedsatt sædkvalitet er den sterkeste negative infertilitetsfaktor for resultatet ved IVF.

### **Hva en nytten av et program for nedfrysning av overtallige embryo ?**

Jarl A. Kahn, Arne Sunde, Vidar v. Düring, Terje Sjørdal, Nils Eriksson, Kåre Molne.

Kvinneklubben, Regionsykehuset i Trondheim

#### **Innledning.**

Ikke alle klinikker som utfører IVF-behandling har tilbud om nedfrysning av overtallige embryo. Vi har hatt et slikt tilbud fra 1987. Den reelle nytte av et program for nedfrysning av overtallige embryo er imidlertid omdiskutert.

#### **Målet for denne undersøkelsen.**

I en kohort av infertile par behandlet med IVF har vi retrospektivt undersøkt:

- hvor mye øker fødselsraten per par som starter IVF-behandling, som følge av tilbakeføring av

frosne/tinte embryo, og hva medfører loven om maksimal nedfrysningstid på 12 måneder.

#### **Pasienter og metoder.**

485 infertile par, som fra opplysninger i henvisningsskrivet var akseptert for IVF-behandling, og som hadde sin første IVF-behandling i perioden 1/1 1989 til 1/3 1991, ble fulgt fram til behandlingsslutt. Dette innebar generelt maksimalt 3 fullførte IVF-sykli, med unntak av de kvinner som aborterte eller hadde ekstrauterint svangerskap. Maksimalt tre embryo ble tilbakeført per IVF-syklus (fra 1/10-91, maksimalt 2 embryo), og eventuelle overtallige embryo ble frosset. Embryonene ble tint og satt tilbake, fortrinnsvis i en naturlig syklus.

#### **Resultater.**

485 par startet 1086 IVF-behandlinger (snitt 2.2 per par), og av disse førte 851 (78.5%) sykler fram til embryo tilbakeføring. 193 (40%) par fikk embryo frosset i minst en IVF-syklus. av disse fikk 124 par (64.3%) tint sine embryo i en FER-syklus (FER: Frozen Embryo Replacement). Hos 65 (33.6%) par måtte vi tine og destruere de frosne embryonene i henhold til norsk lov. 4 par har fremdeles (1/6-1992) embryo nedfrosset. Av de 124 par som startet minst en FER-syklus, fikk 88 par tilbakeført frosne/tinte embryo. Det oppsto 28 graviditeter 2 av disse aborterte spontant, en graviditet var ekstrauterin. 25 kvinner har født eller er gravide i 2. eller 3. trimester.

(21 single, 3 med tvillinger, 1 med trillinger). I den undersøkte pasientkohorten har 189 kvinner har født eller er gravide i tredje trimester som følge av tilbakeføring av embryo i IVF-syklus. (Kahn et al Nor. Gyn. For. 1992). Til sammen har 214 (44.1%) kvinner av de 485 i kohorten nå født eller har en pågående graviditet utover første trimester. Dette representerer totalt 288 barn.

#### **Konklusjon.**

Et program for nedfrysning av overtallige embryo har i dette materialet gitt en 13.2 % økning i antall fødsler/pågående graviditeter. Økningen i fødselsrate per par som startet IVF-behandling var på 5.2%. 33.6% av de par som får frosset embryo, får disse tint og destruert i henhold til norsk lov. Dette er estimert til å representere ca. 12-15 fødsler.



## FLOW CYTOMETRISK DNA PLOIDI MÅLING VED PLATEEPITHEL CARCINOM I VULVA: EN VIKTIG PROGNOSE ANALYSE.

Janne Kærn, Torbjørn Iversen, Claes G Tropé,  
Erik O Pettersen, Jahn M. Nesland, Det Norske Radium-  
hospital.

g av overtallige embryo ?  
rje SørDAL, Nils Eriksson, Kåre

har tilbud om nedfrysning av  
1987. Den reelle nytte av et  
er imidlertid omdiskutert.

ar vi retrospektivt undersøkt:  
IVF-behandling, som følge av

m maksimal nedfrysningstid på

sningsskrivet var akseptert for  
handling i perioden 1/1 1989 til  
te innebar generelt maksimalt 3  
er som aborterte eller hadde  
ble tilbakeført per IVF-syklus  
overtallige embryo ble frosset.  
en naturlig syklus.

per par), og av disse førte 851  
193 (40%) par fikk embryo  
ar (64.3%) tint sine embryo i en  
(. Hos 65 (33.6%) par måtte vi  
hold til norsk lov. 4 par har  
e 124 par som startet minst en  
nte embryo. Det oppsto 28  
graviditet var ekstrauterin. 25  
mester.

den undersøkte pasientkohorten  
tredje trimester som følge av  
t al Nor. Gyn. For. 1992). Til  
kohorten nå født eller har en  
e representerer totalt 288 barn.

o har i dette materialet gitt en  
eter. Økningen i fødselsrate per  
3.6% av de par som får frosset  
norsk lov. Dette er estimert til å

Hos 131 pasienter med plateepitethelcarcinom i vulva ble flow  
cytometrisk DNA ploidi bestemmelser utført på parafin innstøpt  
materiale fra primær tumor. Normalt DNA innhold (diploid)  
fantas hos 66, unormalt (aneuploid) hos 52. Ploiditeten kunne  
ikke bedømmes hos 13. Hos pasienter med diploid tumor var 5  
års total overlevelse 62% mot 23% for aneuploide tumores,  
 $p < 0.0001$ .

Viktigste uavhengige prognostiske faktorer fantes ved multi-  
variate Cox regression analyse å være

- 1) lymfeglandelmetastaser ( $p < 0.0001$ )
- 2) DNA ploiditet ( $p = 0.0001$ )
- 3) tumorstørrelse ( $p = 0.004$ ).

Pasienter med aneuploid tumor uten glandelmetastaser viste  
signifikant dårligere overlevelse enn pasienter med diploid  
tumor og glandelmetastaser, mht. død av sykdom. Høy- og lav-  
risiko pasienter kunne identifiseres ved å kombinere ploiditet  
og lymfeglandelstatus.

Vi mener, at vårt resultat bør lede til et nytt og bedre  
behandlingsopplegg for pasienter med vulvacancer.

## LAPAROSKOPISK BEHANDLING AV TUBAR GRAVIDITET POSTOPERATIV FERTILITET

---

Anton Langebrekke, Torgrim Sørnes, Arne Urnes.  
Kvinneklinikken, Sentralsykehuset i Akershus,  
1474 Nordbyhagen

I perioden fra desember 1988 til oktober 1990 ble 195 kvinner med ektopisk graviditet behandlet ved vår avdeling. 150 av disse ble behandlet med laparoskopiske teknikker. Hemodynamisk ustabil pasient var kontraindikasjon til laparoskopisk kirurgi. 74 pasienter ble konservativt behandlet med operativ laserlaparoskopi (tubotomi) og 76 ikke konservativt (salpingectomi).

Det forelå ingen peroperative komplikasjoner. I den konservativt behandlede gruppe behøvde 4 pasienter (5,4%) reoperasjon på grunn av "persisterende trofoblast".

I løpet av desember 1992 ble de 150 laparoskopisk opererte kvinner kontaktet. Av de konservativt behandlede pasientene hadde 58 kvinner graviditetsønske, og 38 (65%) av disse hadde blitt intrauterint gravide. 6 pasienter (81%) hadde fått ny tubargraviditet.

Blant pasientene som hadde blitt salpingektomert ønsket bare 40 kvinner å bli gravide. 18 (45%) av disse oppnådde intrauterin graviditet og 5 (5,2%) ny tubargraviditet.

## Reliabiliteten av medisinsk fødselsregistrering - hvor pålitelige er opplysningene?

*Randi Aarøy Lundgren, Kvinneklubben, Regionssykehuset i Tromsø, Tromsø.*

Siden Medisinsk fødselsregister (MFR) ble etablert i Norge 1.1.67, er det registrert data fra over en million fødsler. Dataene er samlet inn ved at Fødeavdelingene fyller ut skjemaet "Medisinsk registrering av fødsel" i samsvar med et veiledningshefte som presiserer hva slags opplysninger som skal med i de ulike rubrikkene.

### Hensikt

Vurdere reliabiliteten av registrerte data i MFR.

### Metode

Journaler til 1000 kvinner som hadde født ved Regionssykehuset i Tromsø ble gjennomgått og et nytt skjema for "Medisinsk registrering av fødsel" ble fylt ut blindt, strengt etter retningslinjene i veiledningsheftet. Disse opplysningene ble sammenlignet med de originalt utfylte skjemaene, samt med det kodete materiale fra MFR.

Videre ble det registrert opplysninger fra journalmateriale som i dag ikke etterspørres (f. eks. røyking, medikamentforbruk og svangerskapstermin).

### Funn

5,7 % av skjemaene var originalt fylt ut i samsvar med veiledningsheftet. Det var en underreportering av opplysninger på 648 skjemaer, mens det på 791 skjemaer var oppgitt data utover det som det var spurt om. En rekke uoverensstemmelser var uten medisinsk betydning, mens andre hadde medisinsk betydning som kan influere på de epidemiologiske data.

Kodingen av opplysninger og registreringen ved MFR ble funnet å være beheftet med få feil.

### Konklusjon

Nytteverdien av et sentralt medisinsk fødselsregister synes udiskutabel. Det bør derfor utarbeides en ny veileder for utfylling av skjema etter kritisk gjennomgang av hva man ønsker registrert, samt presise definisjoner av meldepliktige tilstander. Endringer av selve skjema bør også omfatte utformingen. Sannsynligvis bør lukkede svaralternativer brukes i størst mulig grad.

on<sup>®</sup>  
TINYLØSTRADIOL

strel  
net  
g

1. s.  
ontroll.  
4).  
er

at  
r

um eller i  
graviditets-  
ert). Verifisert  
stisert  
s i

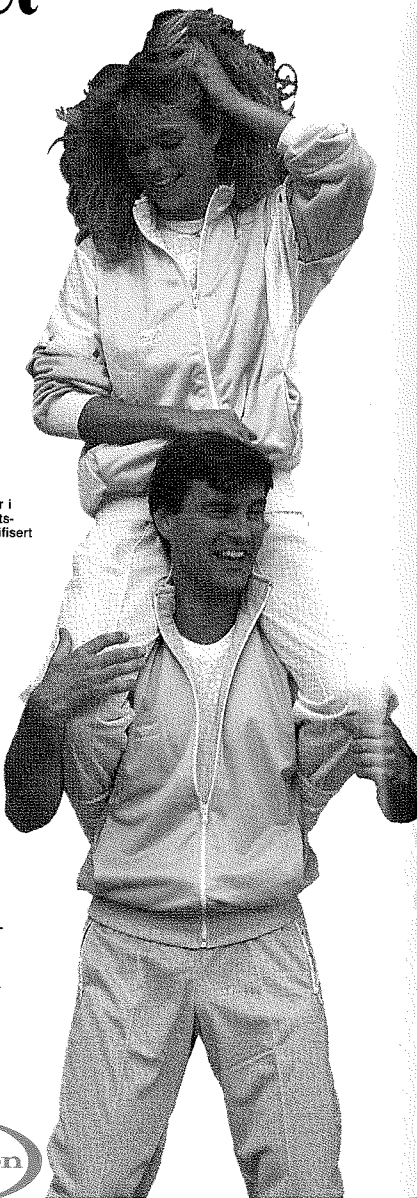
r) fore-  
pine,  
samt  
terus,  
or-  
z.

t  
og

ykose-  
n  
erte  
m for  
Preven-  
for  
slitt bort-  
ket  
blad-  
ffekt  
enyttet.  
into-

per  
1

anon



## IgG chlamydia-antistoffer hos infertile par

Randi Lundgren, \* Gabriel Ånestad, \*\* Ågot Kermit, \* Knut Dalaker, \*  
\*Kvinneklinikken, Regionssykehuset i Tromsø, Tromsø og \*\*Statens  
Institutt for Folkehelse, Oslo

Chlamydia trachomatis (*C. trachomatis*) er en av de vanligste årsaker til seksuelt overført infeksjon - og til de mange komplikasjonene som kan oppstå ved slike infeksjoner.

Flere undersøkelser har påvist sammenheng mellom tubarbetting infertilitet og IgG antistoffer mot *C. trachomatis*, mens chlamydiainfeksjonens rolle i mannlig infertilitet er usikker.

I denne studien er IgG antistoff mot *C. trachomatis* målt i serum hos 50 infertile par. Kontrollgruppen besto av fertile par, hvor kvinnen var gravid eller nylig hadde født.

Gruppene var sammenlignbare med hensyn til alder.

I infertilitetsgruppen ble det i tillegg gjort spermieundersøkelse hos samtlige menn med måling av sædvolum, viskositet, antall spermier (mill/ml), totalt antall spermier, motilitet (%), motilitetsgrad, penetrasjon, aggregasjon, samt undersøkelse av morfologi.

Sammenlignet med kontrollgruppen var geometrisk gjennomsnittstiter i infertilitetsgruppen signifikant høyere både for kvinner ( $p < 0,0001$ ) og menn ( $p < 0,01$ ).

IgG chlamydia-antistofftiter hadde følgende fordeling i de to gruppene:

IgG-titer	Kvinner			Menn		
	Infertile	Kontroll	p-verdi	Infertile	Kontroll	p-verdi
Lavt (0 - 32)	13	28	} $p < 0,001$	23	36	} $p = 0,01$
Middels (64 - 512)	18	17		25	11	
Høyt (>512)	19	5		2	3	

IgG chlamydia-antistofftiter hos kvinner og menn kan ikke uten videre sammenlignes, da titerverdiene generelt er høyere hos kvinner enn hos menn. Det var ingen signifikant sammenheng mellom IgG titer mot *C. trachomatis* og de parametrene som inngikk i spermieanalyse.

## infertile par

Kermit,\* Knut Dalaker,\*  
Ø, Tromsø og \*\*Statens

de vanligste årsaker til  
applikasjonene som kan oppstå

om tubarbetting infertilitet og  
diainfeksjonens rolle i mannlig

is målt i serum hos 50 infertile  
innen var gravid eller nylig

er.  
undersøkelse hos samtlige  
spermier (mill/ml), totalt  
etrasjon, aggregasjon, samt

sk gjennomsnittstiter i  
vinner ( $p < 0,0001$ ) og

deling i de to gruppene:

## Menn

Infertile	Kontroll	p-verdi
23	36	} $p=0,01$
25	11	
2	3	

kan ikke uten videre  
e hos kvinner enn hos menn.  
G titer mot C. trachomatis og

## KONTINUERLIG EVALUERING OG OPPFØLG- NING AV 756 MULTILOADSPIRALER INNSATT I TIDSROMMET 1983-1986

Tor Løvset, Bergen

120 ønsket å bli gravid. 5 LFU/RFS, 3 forandret mening og fikk ny IUD. 3 er ennå ikke blitt gravid, hvorav en er IVF-pas. 109 er blitt gravide.

Dette er en fertil gruppe, da 37% ble gravid i løpet av første måned, 86% i løpet av 6 mndr. 93,5% i løpet av 12 mndr. 3 pasienter gikk over 24 mndr. 5,5% hadde en abort før P.N.

### 122 ønsket spiralen fjernet pga øket blødning/utflod/smerte

Blødning: 76. 50 ble bedre eller bra, 23 uforandret, 3 LFU  
Utflod: 16. 7 ble bedre eller bra, 7 uforandret, 2 hadde Chlamydea

Smerte: 10. 5 ble bra, 5 uforandret

Kombinert: 20. 12 ble bedre eller bra, 6 uforandret, 2 RFS

### 12 fikk IUD fjernet pga. Infeksjon:

Tentativ diagnose: Salpingitt. 10.

1 verifisert, 1 cystopyelitt, 1 tumor pelvis, 1 appendicitt og 6 akutt/OBS abdomen (frisk neste dag)

1 abscess verifisert på ultralyd, 1 endometritt var OBS abdomen.

**Konklusjon:** IKKE fjern IUD før neste dag ved mistanke om infeksjon.

### 13 ble gravide mens de brukte IUD som prevensjon:

3 intrauterin IUD: 1 P.N., 2 ex.u. -3 + 12 + 45  
neste prevensjon: 2 pillen, 1 minipillen

5 IUD cervix: 3 P.N., 2 ab.prov. -12 + 21 + 29 + 30 + 33  
neste prevensjon: 3 valgte IUD igjen, 1 pillen, 1 partner ster.

5 utstøtte IUD: 2 P.N., 2 ab.prov. 1 ex.u. -12 + 15 + 18 + 27 + 45  
neste prevensjon: 1 pillen, 1 kondom, 2 ster. 1 uten prev.

PEARL INDEX: 1 år: 0.56, 2 år: 0.48 (1.04) 3 år: 0.74 (1.78),  
4 år: 0.43 (2.21) - kumulert Pearl index: 2.21 etter 5 års bruk.

HVA SKJEDDE SENERE: 1 ab.prov./pillen, den uten prev. - op.  
ex.u.

## **SERUM CA 125 NIVÅ INDIKERER IDENTIFIKASJON AV NON-RESPONDERS VED INDUKSJONSKJEMOTERAPI**

**Amin Makar, Gunnar B Kristensen, Ole P Børner, Claes G Tropé, Det Norske Radiumhospital.**

**Hensikt:** Evaluere om tidligere forandringer i serum CA 125 verdier hos ovarialcancer pasienter under induksjonskjemoterapi kunne anvendes som prognostisk faktor for behandlingsevne og overlevelse.

**Metode:** Ca 125 verdier måles ved de to første kjemoterapikurer hos 152 pasienter med resttumor etter primær kirurgi. Immunoradiometrisk assay benyttes til måling av serum CA 125 verdier (Abbot CA 125 RIA Diagnostic Kit, Abbot laboratories, North Chicago IL).

**Resultat:** Pasienter med best prognose hadde CA 125 verdier  $\leq 35$  U/ml ved start av behandling eller senest fire uker etter andre kur. Hos pasienter med CA 125  $>35$  ved start av tredje kur fantes overlevelsen best når CA 125 verdien ble  $\leq 50\%$  av verdien før kjemoterapi start. Hos 115 pasienter med klinisk vurderbar resttumor og CA 125 nivå  $>35$  U/ml før start av kjemoterapi, kunne CA 125 verdien tatt fire uker etter andre kur, med 96% sannsynlighet, utpeke de pasienter som ikke oppnådde behandlingseffekt idet CA 125 verdien ikke normaliseres eller viste fall på minst 25%.

## KRER IDENTIFI- RS VED INDUK-

Ole P Børner, Claes  
al.

dringer i serum CA 125  
nder induksjonskjem-  
faktor for behandlings-

to første kjemoterapi-  
etter primær kirurgi.  
måling av serum CA 125  
Kit, Abbot laboratories,

de hadde CA 125 verdier  
er senest fire uker etter  
>35 ved start av tredje  
25 verdien ble  $\leq$  50% av  
15 pasienter med klinisk  
5 U/ml før start av  
t fire uker etter andre  
pasienter som ikke  
5 verdien ikke normalise-

## KAN MR-UNDERSØKELSE BRUKES TIL DIAGNOSTIKK AV ADENOMYOSE?

Mette H Moen<sup>1</sup>, Tore B Halvorsen<sup>2</sup>, Irma Haave<sup>3</sup> og Olaug  
Smevik<sup>3</sup>.  
Kvinneklubben<sup>1</sup>, Avd. for patologi<sup>2</sup> og MR-senteret<sup>3</sup>,  
Regionsykehuset i Trondheim

**Hensikt:** Å undersøke om MR-bedømmelse av uterus kan diagnos-  
tisere adenomyose med tilstrekkelig stor sikkerhet.

**Materiale og metode:** Tjue kvinner fikk utført MR-undersø-  
kelse av uterus for planlagt uterusekstirpasjon. Hos 13 av  
pasientene var det klinisk mistanke om adenomyose, sju pasien-  
ter med annen operasjonsindikasjon tjente som kontroll.  
Hverken MR-diagnostikere eller patolog kjente til den kliniske  
problemstilling, og patologen fikk ikke opplyst MR-funnet.

**Resultat:** I gruppen av de 13 med klinisk mistanke om adeno-  
myose fikk man positiv MR-funn hos 11, histologien bekreftet  
adenomyose hos tre (27%). Dessuten ble det påvist histologisk  
adenomyose hos en med negativ MR-undersøkelse. Blant de sju  
kontroller ble det diagnostisert fire tilfeller av adenomyose  
ved MR, men ingen i kontrollgruppen fikk ved den histologiske  
undersøkelse påvist adenomyose.

**Konklusjon:** MR-undersøkelse av uterus for diagnostikk av  
adenomyose har i denne preliminare undersøkelse vist en sensi-  
tivitet på 73% og en spesifisitet på 25%.

De mange "falske positive" resultater tyder på at MR-undersø-  
kelse ikke er brukbar til å påvise adenomyose.



## **VENTELISTEPASIENTER OPERERT VED ET PRIVAT SYKEHUS**

---

**Ove Andras Mortensen, Anton Lange-  
brekke**

**Klinikk 8, Oslo Private Sykehus A/S  
Hj. Brantingsv 8, 0581 Oslo**

---

I forbindelse med ventelistegarantien er det blitt fokusert mye på å redusere ventetiden for pasienter som trenger operativ behandling. Flere tiltak er satt i verk for å tilfredstille forordningen. Sykehuspersonale ved offentlige sykehus er betalt ekstra for å operere pasienter i sin fritid. Noen fylker har kjøpt tjenester ved sykehus utenfor fylket i samme distrikt.

Oslo kommune har som et prosjekt engasjert et privat sykehus for å få operert 40 pasienter som stod på venteliste for descensus genitalis. I perioden 17. februar til 30. mars 1992 ble pasientene operert. De ble preoperativt vurdert av gynekolog og ved behov av anestesilege.

Det ble utført 29 Manchesterplastikker, 3 fremre og 8 bakre vaginalplastikker. Median alder var 63 år og median liggetid 4 døgn.

Vi ønsker å rapportere våre erfaringer med gjennomføring av prosjektet i lys av dagens debatt om helsekøer og ressursbruk innen helsesektoren.

## ERERT VED ET

Anton Lange-

e Sykehus A/S  
Oslo

er det blitt fokusert  
enter som trenger opera-  
i verk for å tilfred-  
e ved offentlige sykehus  
ter i sin fritid. Noen  
s utenfor fylket i samme

ngasjert et privat sykehus  
d på venteliste for  
februar til 30. mars 1992  
erativt vurdert av gyne-

ker, 3 fremre og 8 bakre  
63 år og median liggetid

ger med gjennomføring av  
helsekøer og ressursbruk

## ECTOPIC PREGNANCY AND CHLAMYDIAL SEROLOGY

Jon Øyvind Odland<sup>1</sup>, Gabriel Ånestad<sup>2</sup>, Svein Rasmussen<sup>1</sup>, Randi Lundgren<sup>1</sup>,  
Knut Dalaker<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital of Tromsø, Tromsø,  
and <sup>2</sup>Department of Virology, National Institute of Public Health, Oslo, Norway.

### Purpose

To compare IgG-Chlamydia antibodies with the gross evidence of contralateral tubal damage and recall of previous pelvic inflammatory disease (PID).

### Methods

The study group consisted of 49 consecutive patients with ectopic pregnancy.

According to the appearance of the contralateral fallopian tube, the patients were divided into three subgroups with normal tube findings, tubal adhesions and tubal occlusion, respectively. A control group consisted of 50 pregnant women without any known infertility problems.

### Results

Among infertile women with abnormal fallopian tube findings, we found significantly higher geometric mean titer (GMT) and prevalence of IgG-titers  $\geq 64$  compared with pregnant women. The recall frequency of previous PID was increased 5 to 6 fold in patients with ectopic pregnancy, compared with the control group, GMT and the prevalence of IgG antibody titer  $\geq 64$  among women with a past history of PID was significantly higher than among women who recalled no history of PID.

### Conclusions

The study indicates a close connection between immune response to Chlamydia trachomatis, ectopic pregnancy and tubal pathology. There is a similar relation between recall of PID, ectopic pregnancy and tubal pathology.

## **BLODSTATUS HOS NORSKE OG RUSSISKE FØDEPASIENTER.**

---

**Jon Øyvind Odland, M.D., Emil Nüssler, M.D.,  
Knut Dalaker, M.D., Elvira Khotova, M.D.**

På bakgrunn av det aukande norsk-russiske medisinske samarbeidet har vi fått tillatelse til å lage ei samanliknande studie av blodprøver hos 50 fødepasientar frå kvar av stadene Nikel i Russland, Kirkenes, Hammerfest og Bergen. Vi har analysert serum kolesterol, HDL, Triglycerider, FT4, TSH, jern, ferritin, ASAT, ALAT, bilirubin og creatinin. I tillegg har vi sett på fødselsvekt og vekt av placenta. Analysene er statistisk bearbeida og vil bli presentert.

### **Stikkord:**

Pasientane i Nikel har størst fødselsvekt, Bergen minst. Kolesterolverdiane er signifikant høgare i Nikel enn i Hammerfest, men det er ingen signifikant forskjell Nikel-Bergen og Nikel-Kirkenes. Hammerfest har signifikant lågare verdiar enn Bergen og Kirkenes.

Nikel har signifikant høgare HDL-verdier enn både Kirkenes og Hammerfest.

TSH-verdiene er signifikant høgare i Nikel enn i Bergen, Kirkenes og Hammerfest. Dei er også signifikant lågare i Kirkenes enn i Hammerfest.

Ferritin-verdiane er signifikant høgare i Nikel enn alle norske referansebyar med lågast verdiar i Bergen.

Dei andre svara viser mindre signifikante forskjeller som vil bli diskutert.

Totalt reiser denne første samalikning av norske og russiske pasientgrupper fleire spørsmål enn svar. Det er ingen parameter som gir haldepunkter for underernæring eller feilernæring på norske eller russiske side, men det er forskjeller mellom dei norske byane og forskjellar Norge/ Russland som gir grunnlag for vidare studier.

## OG RUSSISKE

sler, M.D.,  
va, M.D.

iske medisinske samarbeid  
ei samanliknande studie  
i kvar av stadene Nikel i  
Bergen. Vi har analysert  
FT4, TSH, jern, ferri-  
tin. I tillegg har vi  
nta. Analysene er start.  
rt.

vekt, Bergen minst.  
jare i Nikel enn i Ham-  
forskjell Nikel-Bergen  
ynifikant lågare verdier

rdier enn både Kirkenes

i Nikel enn i Bergen,  
signifikant lågare i

jare i Nikel enn alle  
ar i Bergen.

ikante forskjeller som

y av norske og russiske  
ar. Det er ingen parame-  
tering eller feilernæring  
er forskjeller mellom  
/ Russland som gir grunn-

## TRANSVARIGAL SONOGRAPHY IN LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF TUBAL PREGNANCY

A Sadek, O Istre, HA Sciøtz, Hamar Hospital, Norway.

**AIM:** To evaluate vaginal sonography in the early diagnosis of symptomatic tubal pregnancy while the patient is haemodynamically stable, facilitating conservative laparoscopic management.

**METHODS:** 250 patients referred with abdominal pain, amenorrhoea and a positive urine hCG test have been evaluated with vaginal sonography. Tubal pregnancy was suspected when scanning showed empty uterus/pseudosac, and free pelvic fluid with variable echo density and/or tubal mass. 35 patients suspected of having tubal pregnancy underwent laparoscopic surgery. Ultrasound and laparoscopy findings were compared. All the 35 patients were haemodynamically stable.

**RESULTS:** Vaginal sonography showed empty uterus in 33/35 (94.2%) of patients, pseudosac in 2 (5.7%), free pelvic fluid with variable echo density in 33 (94.2%) and a tubal mass in 28 (80.0%). Laparoscopy showed tubal pregnancy in 34 patients, and ruptured corpus luteum in one patient. All patients with sonographic free pelvic fluid had blood in the cul-de-sac. 2 patients had tubal rupture (5.8%). All the 34 patients with tubal pregnancy were successfully managed by laparoscopic diathermy technique, 31 by salpingostomy and 3 by salpingectomy.

**CONCLUSION:** For the diagnosis of tubal pregnancy, vaginal sonography showing empty uterus/pseudosac and free pelvic fluid had a sensitivity of 94.1% and specificity of 99.5% in patients with pain, amenorrhoea and a positive urinary pregnancy test. The early diagnosis facilitated conservative laparoscopic management.

## **EDB-JOURNAL I GYNEKOLOGISK AVDELING**

**Saltveit T. Kvinneklubben, Fylkessjukehuset i Haugesund.**

Rogaland Fylkeskommune har vedtatt å satse 70 mill. kr på EDB-utvikling i løpet av en 3-års periode. Blant mange tiltak ble det igangsatt et EDB-journal-prosjekt i gynekologisk avdeling ved Fylkessjukehuset i Haugesund. Det ble på forhånd gjort en grundig analyse av papir- og journal-håndteringsrutiner i avdelingen. Det ble også gjort tidsstudier som bl.a. viste at skrivestuens personale brukte tilsammen 2800 minutter i en 2-ukers periode på å hente, bringe, arkivere og lete etter journaler. Legenes tidsforbruk i en tilsvarende 3-ukers periode viste 480 bortkastede minutter pga venting på journaler, leting etter prøvesvar og henting og bringing av journaler og pasientpapirer. Analyse av avdelingens inngrep viste at 10 ulike inngrep utgjorde 80% av samtlige gynekologiske operasjoner.

Gynekologisk sengeavdeling, poliklinikk og skrivestue ble knyttet sammen i nettverk betjent av en server. Pasientjournal blir skrevet og lagret i WordPerfect 5.1 og er tilgjengelig på skjerm eller i laserutskrift i sengeavdeling og poliklinikk. Det er samtidig utviklet ulike maler for journal, operasjonsbeskrivelser og epikriser som enkelt blir tilpasset den enkelte pasient. Tekst blir lagret og papirjournal oppdatert ved utreise.

**Resultat:** Legearbeidet har blitt mere effektivt. skrivestuens personale har fått effektivisert sitt arbeide ved at stadige gjentakelser i teksten ikke lenger skrives på nytt. Hele personalet har fått effektivisert sin arbeidsdag ved at journalen til enhver tid er tilgjengelig slik at unødvendig leting, venting, henting og bringing unngås.

## GYNKLOGISK AVDELING

### Kvinnesykehuset i Hau-

satse 70 mill. kr på EDB-  
a. Blant mange tiltak ble  
i gynekologisk avdeling  
et ble på forhånd gjort en  
håndteringsrutiner i  
studier som bl.a. viste at  
men 2800 minutter i en 2-  
rivere og lete etter  
tilsvarende 3-ukers perio-  
a venting på journaler,  
bringing av journaler og  
s inngrep viste at 10  
ge gynekologiske opera-

nikk og skrivestue ble  
en server. Pasientjour-  
fect 5.1 og er tilgjenge-  
sengeavdeling og poli-  
like maler for journal,  
om enkelt blir tilpasset  
et og papirjournal oppda-

ere effektivt. skrive-  
rt sitt arbeide ved at  
enger skrives på nytt.  
t sin arbeidsdag ved at  
lig slik at unødvenig  
unngås.

### Hvordan utelukke endometriekreft på en enkel og sikker måte?

Sammenligning av diagnostisk treffsikkerhet ved histologisk undersøkelse av vev framskaffet ved en forenklet prøvetakingsprosedyre og ved fraksjonert abrasio.

Berit Schei<sup>1</sup>, Torill Floa Bang<sup>2</sup>, Jostein Halgunset<sup>3</sup>, Olav A. Haugen<sup>3</sup>, Mathias Onsrud<sup>4</sup>, Ivar Haarstad<sup>5</sup>.

*Institutt for samfunnsmedisinske fag/Kvinneklubben<sup>1</sup>, Avdeling for patologi<sup>3</sup> Kvinneklubben<sup>4</sup> Universitetet/Regionsykehuset i Trondheim, Orkdal Sanitetsforenings sykehus<sup>2</sup>, Gynekologisk avdeling, Innherred sykehus<sup>5</sup>.*

**Bakgrunn:** Det er tidligere påpekt at det foretaes et for høyt antall fraksjonert abrasio blant yngre kvinner der forekomsten av endometriekreft er lav. Hensikten med studien var å undersøke om histologisk undersøkelse av endometrievev framskaffet ved en enkel metode, som kan benyttes uten narkose, gir like god diagnostisk treffsikkerhet som fraksjonert abrasio.

**Metode:** Undersøkelsen omfatter alle kvinner som ble utredet med fraksjonert abrasio i undersøkelsesperioden (april 1989-mars 1990) ved de deltagende avdelingene (Kvinneklubben, Regionsykehuset i Trondheim og Gynekologisk avdeling, Innherred sykehus, Levanger). I tilslutning til selve inngrepet ble det forut for sondering av livmoren tatt ut vev fra endometriet ved hjelp av Gynoscann<sup>R</sup>, et engangs prøvetakingsutstyr. Prøven ble lagt i et separat glass med formalin. Deretter ble dilatasjon og abrasio utført på vanlig måte. Histologisk diagnose ble avgitt ut fra en samlet vurdering av de to prøvene. Vev framskaffet med Gynoscann<sup>R</sup> ble deretter vurdert separat av to uavhengige undersøkere uten kjennskap til kliniske opplysninger og tidligere prøvesvar.

**Resultater:** Undersøkelsen omfatter tilsammen 902 inngrep og ved histologisk undersøkelsen basert på abrasio ble det funnet kreft i endometriet i 20 tilfeller (2.2%), fire av disse ble påvist i de 617 prøvesvarene fra kvinner under 50 år (0.6%). Ingen av disse fire krefttilfellene ble avslørt i den Gynoscann<sup>R</sup> framskaffede prøven. Av de 16 krefttilfellene hos kvinner 50 år eller mer, ble 12 klassifisert som malign eller premalign av den ene undersøkeren og 14 som malign av den andre.

**Konklusjon:** Histologisk undersøkelse av material framskaffet ved hjelp av Gynoscann<sup>R</sup> i en rutinesituasjon synes ikke å gi tilstrekkelig diagnostisk sikkerhet til at prøvetakingsmetoden kan anbefales som et alternativ til fraksjonert abrasio for å utelukke malignitet i endometriet. Metoden synes særlig uegnet til å utelukke kreft hos yngre kvinner, noe som kan ha sammenheng med at det hos disse er relativt mer normalt endometrium og at det derfor er mindre sjans for å få med materiale fra eventuelle maligne forandringer.

**VAGINAL HYSTERECTOMI  
BRUK AV AUTOSUTUR PÅ KARSTAMME OG  
LIGAMENTER. Videofilm 10 minutter**

---

**Aage J Steffensen, KK, 8017 Nordland Sentralsykehus**

Ved avdelingen har vi det siste halve året i forbindelse med vaginal hysterectomi brukt autosutur på karstamme og ligamenter. Vi mener dette armamentarium gjør vaginal hysterectomi til et teknisk enklere inngrep enn den vanlige konvensjonelle metode. Man kan i en seanse tillate seg å avsette både karstamme og ligamenter ved å bruke TA 50 og en tre raders autosuturekke med Titanium klips.

Videoen viser vaginal hystectomi spesielt fokusert på bruk av AUTOSUTUR TA LONG 30 V - 3 som har en treradert klipsrekke med Titaniumsuturer. Man oppnår ved hjelp av denne Autosuturen optimal hemostase.

Vi mener metoden medfører at inngrepet kan gjøres raskere og teknisk enklere, og vil kunne være et alternativ til laparoskopisk assistert vaginal hysterectomi i tilfeller hvor man ellers ville ha gjort abdominal hysterectomi.



## KARSTAMME OG 10 minutter

Ullevål Sentralsykehus

de året i forbindelse med  
på karstamme og ligament-  
er vaginal hysterectomi  
en vanlige konvensjonelle  
seg å avsette både kar-  
60 og en tre raders auto-  
sielt fokusert på bruk av  
a treradert klipsrekke med  
p av denne Autosuturen  
epet kan gjøres raskere og  
alternativ til laparo-  
ni i tilfeller hvor man  
rectomi.

## GIR PART-HEX VAGINALSKYLLING EN BEDRE PROFYLAKSE MOT NEONATALE INFEKSJONER ENN HIBITANE EXPLORASJONSKREM?

Leif Svenningsen, Kristi Hjelle, Fødeavdelingen KKV  
Tore Henrichsen, Rolf Lindemann, Barneavd. Ullevål sh.

I nyfødtp perioden er infeksjoner en hyppig årsak til sykdom og død. Eksempelvis har neonatal sepsis en incidens på ca. 0,5% (0.1-0.8%). Smitten kan skje hematogent eller fra bakteriefloraen i den fødendes vagina. Man regner med at ca 10% av gravide kvinner kan ha GBS i vaginalfloraen.

Et tenkelig profylaktisk tiltak vil derfor være å sanere vagina for bakterier i forbindelse med fødselen. Flere publikasjoner i den senere tid har vist at vaginalskylling med klorhexidin hver 6. time under fødselen reduserer morbiditeten hos de nyfødte. Morbiditeten er da målt ved antall overflyttinger til barneavdelingen og tilsyn på barsel/fødeavd.

Ved KKV har man de siste 10 år brukt Hibitane vaginalkrem (chlorhexidin 1%) ved eksplorasjon før og under fødsel, i tillegg brukes det vanlig såpevask ved fødsel. Vi ønsket å undersøke om det var noen forskjell på vår rutine og det nye regimet.

Vi har gjort en randomisert studie i en periode på 70 uker, mellom Part-hex skylling slik den anbefales brukt fra produsent og vårt eget regime med Hibitane eksplorasjonskrem og såpevask. Hver mandag kl. 08.00 ble skiftet foretatt ved at alt som tilhørte et regime ble fjernet fra avdelingen. Det ble også ført på partogrammet hvilket regime som var brukt. Randomiseringen skjedde ved alternerende uker.

Fra alle barn som inngår i materialet og som ble tilsett av barnelege eller overflyttet neonatalavd. i forsøksperioden, ble det tatt bakt.prøver. Resultatet av bakteriologi, serologi og kliniske symptomer i de to gruppene ble så vurdert. Pediatr var ikke orientert om hvilket regime som var brukt.

For at barnet skulle få diagnosen Sepsis måtte følgende 3 parametre være tilstede 1) Klinikk 2) Infeksjonsparametre 3) Mikrobiologi. Dersom bare 2 av parametrene var tilstede (1+2, eller 1+3) ble det vurdert som usikker sepsis.

Materialet består av 2853 fødsler. 1467 ble Part-hex skyllet, 1386 ikke skyllet. 98 barn ble tilsett på føde/barselavd., men ikke overført NICU. Av disse var 60 i Parthex gruppen og 38 i Hibitanegruppen. 203 barn av de barna som var innlagt på barneavdelingen i perioden var med i studien. 101 var vaginalskyllet og 102 var ikke. Vi fant sikker sepsis hos 2 i den vaginalskyllede gruppen (Parthex gruppen) og 6 i Hibitane-gruppen, men det gir ingen sikker signifikans. Tar vi med de usikre (suspekter) infeksjonene får vi henholdsvis 14 og 13 i hver gruppe. I vårt materiale fant vi GBS sepsis hos 1,8/1000 for hele gruppen og dette er i overensstemmelse med andre materialer.

**Konklusjon:** Vi fant ingen forskjell i regimene og finner derfor ingen grunn til å forandre vår rutine.

**STEROIDER OG CANCER CERVICIS UTERI: EFFEKTER PÅ  
SIGNALMOLEKYLENE cAMP og cGMP IN VITRO.**

Anne Ørbo\* og Georg Sager\*\*

\*Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Tromsø, 9038 Tromsø,

\*\*Farmakologisk avdeling, IMB, Universitet i Tromsø, 9037 Tromsø.

Det er gjennomført flere studier med hormonbehandling av cancer cervicis uteri fordi det har vært postulert at kvinnelige kjønnshormoner kunne spille en rolle i patogenesen og sykdomsutviklingen. Imidlertid har man ikke påvist noen sikker behandlingseffekt. Dette kan ha sin årsak i at steroider ofte modulerer effekten av andre biologisk aktive stoffer. Ved bruk av cellekulturer i et kjemisk definert medium har vi undersøkt effekten av østradiol, testosteron og progesteron i fysiologiske konsentrasjoner i relasjon til intracellulære nivåer og cellulær efflux av cAMP og cGMP. Progesteron ga i likhet med kontrollserien økende cAMP nivåer med økende celletetthet, mens cAMP nivåene falt i nærvær av østradiol og testosteron. De intracellulære cGMP nivåene falt såvel i fravær som i nærvær av hormoner. Disse signalmolekylene blir dels eliminert ved intracellulær metabolisme og dels pumpet ut av cellene med energikrevende prosesser. Progesteron hadde ingen effekt på cAMP-pumpen, mens testosteron ga en lett og østradiol en betydelig hemning av denne eliminasjonsmekanismen. Ingen av hormonene hadde noen markert effekt på cGMP-pumpen. Disse resultatene viser at østradiol, testosteron og progesteron har differensierte effekter på signalmolekylene cAMP og cGMP som spiller en sentral rolle i regulering av cellevekst.

**UTERI: EFFEKTER PÅ  
VITRO.**

Tromsø, 9038 Tromsø,  
Tromsø, 9037 Tromsø.  
Hormonbehandling av cancer  
postulert at kvinnelige  
rolle i patogenesen og  
ikke påvist noen sikker  
årsak i at steroider ofte  
aktive stoffer. Ved bruk  
medium har vi undersøkt  
progesteron i fysiologiske  
cellulære nivåer og cellulær  
rolle i likhet med kontroll-  
celletetthet, mens cAMP  
nivå og testosteron. De  
nivåer i fravær som i nærvær av  
nivåer dels eliminert ved  
konkurransen ut av cellene med  
nivåer hadde ingen effekt på  
nivåer lett og østradiol en  
mekanismen. Ingen av  
nivåer på cGMP-pumpen. Disse  
nivåer og progesteron har  
nivåer cAMP og cGMP som  
nivåer av cellevekst.

## INNHold

Erik Qvigstad og Per E. Børdahl: Fra styret og redaksjonen.	3
Backe B. Hysterektomi i Norge ved inngangen av 90 tallet- et landsomfattende 3-års materiale.*	4
Bjerknes T, Tjugum J. Sykemeldingsrutiner ved gynekologiske operasjoner. En spørreundersøkelse.*	5
Düring V v, Kahn J, Sunde A, SørDAL T, Eriksson N, Molne K. Barn etter In Vitro Fertilisering.	6
Eraker R, Kirschner R. Resultater etter de første 396 laserkonsiseringer ved Sentralsykehuset i Akershus.*	7
Ertzeid G, Storeng R, Kierulf P, Lyberg T. Innvirkning av gonadotropin behandling på implantasjon og videre fosterutvikling hos mus.*	8
Hagen B, Tingulstad S, Moen M, Kiserud T, Onsrud M. Integrert bruk av vaginal ultralyd og CA 125 for preoperativ bedømmelse av pasienter med tumor pelvis.	9
Hausken J, Eikeland T, Eriksen BC. Overvåking med fetal ST-analyse ved unormal CTG under fødsel.	10
Istre O. Mikroskopisk og makroskopisk utseende av uterus cavitet 1 år etter endometri- og myomreseksjon.	11
Jonassen F, Rådberg T. Ar kolposkopiriktad biopsi och övervakning tillräcklig vid atypisk cytologi under graviditet ?	12
Kahn JA, Düring V v, Sunde A, SørDAL T, Eriksson N, Molne K. Hvor stor andel av de par som søker IVF behandling får barn ?	13
Kahn JA, Sunde A, Düring V v, SørDAL T, Eriksson N, Molne K. Hva er nytten av et program for nedfrysing av overtallige embryo ?	14
Kærn J, Iversen T, Tropé CG, Pettersen EO, Nesland JM. Flow cytometrisk DNA ploidi måling ved plateepithel- carcinom i vulva: en viktig prognose analyse.	15
Langebrekke A, Sørnes T, Urnes A. Laparoskopisk behandling av tubar graviditet. Postoperativ fertilitet	16
Lundgren RA. Reliabiliteten av medisinsk fødselsregister- hvor pålitelig er opplysningene ?*	17
Lundgren R, Anestad G, Kermit A, Dalaker K. IgG chlamydia-antistoffer hos infertile par.*	18
Løvset T. Kontinuerlig evaluering og oppfølging av 756 Multiloaddspiraler innsatt i tidsrommet 1983-1986.*	19
Makar A, Kristensen GB, Børner OP, Tropé CG. Serum CA 125 nivå indikerer identifikasjon av	20

## INNHold forts.

Moen MH, Halvorsen TB, Haave I, Smevik O. Kan MR-undersøkelse brukes til diagnostikk av adenomyose?	21
Mortensen OA, Langebrekke A. Ventelistepasienter operert ved et privat sykehus.*	22
Odland JØ, Nüssler E, Dalaker K, Khotova E. Blodstatus hos norske og russiske fødepasienter.*	23
Odland JØ, Anestad G, Rasmussen R, Lundgren R, Dalaker K. Ectopic pregnancy and chlamydeal serology.*	24
Sadek A, Istre O, Sciøtz HA. Transvagigal sonography in laparoscopic management of tubal pregnancy.*	25
Saltveit T. EDB-journal i gynekologisk avdeling.*	26
Schei B, Bang TF, Halgunset J, Haugen OA, Onsrud M, Haarstad I. Hvordan utvikle endometriekreft på en enkel og sikker måte ?	27
Steffensen AA. Vaginal hysterectomi. Bruk av autosutur på karstamme og ligamenter. Videofilm 10 minutter	28
Svenningsen L, Hjelle K, Henrichsen T, Lindemann R. Gir Part-Hex vaginalskyling en bedre profylakse mot neonatale infeksjoner enn Hibitane eksplorasjonskrem?	29
Ørbo A, Sager G. Steroider og cancer cervicis uteri: Effekter på signalmolekylene cAMP og cGMP in vitro.*	30
Innhold	31

## REDAKSJONEN

**PER E BØRDAHL** (redaktør), Ramstadåsv 19, 1322 Høvik, 02-12 38  
81 Arbeide: KK, Rikshospitalet, 0027 Oslo, 02-86 70 10  
Fax 02-86 92 35

**FRIDTJOF JERVE**, Olav Nygardsv 215, 0688 Oslo, 02-27 11 12  
Arbeide: KK, Ullevål sykehus, 0407 Oslo, 02-11 80 80

**THOMAS ABYHOLM**, Ostadalsv 63B, 0753 Oslo, 02-50 00 33  
Arbeide: KK, Rikshospitalet, 0027 Oslo, 02-86 70 10  
Fax 02-86 92 35

**METTE MOEN**, Valkendorfgt 19, 7000 Trondheim, 07-51 18 70  
Arbeide: KK, Regionsh i Trondheim, 7002 Trondheim, 07-99 80 00

\*\*\*\*

**DEADLINE FOR NESTE NUMMER: 05.11 92**  
Deadlines for de 4 numrene: