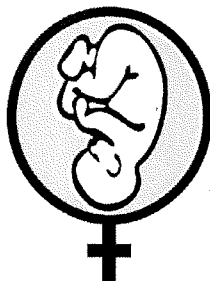


Gynekologen Nr. 3 Okt. 1989 2. årgang



Norsk Gynekologisk Forening

INNHold	Side
Norsk gynekologisk forening	
• Styre og utvalg	2
Mette Moen: Fra styret	3
Einar Johannessen: Presentasjon av gyn/obst avd., Harstad Sykehus	4
Anton Langebrekke: Laser laparoskopier	6
Kjell E Kjørstad: Behandling og kontroll av cervixdysplasier	8
Knut Hoff Kierulf: Gynekologisk CO ₂ laserbehandling. Kursreferat	12
Mette Moen: Second international symposium on endometriosis. Kursreferat	13
Per E Børdahl: Nordisk forening for obst/gyn	15
Disputaser:	
• Johan C Ræder: Premedikasjon og generell anestesi ved poliklinisk gyn. kirurgi	16
• Eiliv Lund: P-piller og brystkreft	17
Abstracts:	
• Tor Løvset: Spiraler i privat praksis	18
• Jone Trovik og Jostein Tjugum: Abortus provocatus-laminar eller cervagem?	20
Kollektiv ansvarsforsikring for medlemmer av DNLF	21
Kurser-møter-kongresser	22
3. Norske perinataldager i Trondheim	27
Redaksjonen:	24
• Per E Børdahl	
• Fridtjof Jerve	
• Thomas Åbyholm	



**NORSK
GYNEKOLOGISK FORENING**

TIL MEDLEMMENE

NR. 3

OKT 1989

2. ÅRGANG

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

STYRET:

Formann: Overlege Mette Moen, Regionsykehuset i Trondheim
Viseformann: Overlege dr.med. Thomas Abyholm, Rikshospitalet
Sekretær: Overlege Fridtjof Jerve, Ullevål sykehus
Kasserer: Avdelingsoverlege Willy Nøst Dahl, Nordland S.sh.
Styremedlem: Prakt.spesialist Brit Nyland, Bergen

SPESIALISTKOMITEEN 1986-1989:

Formann: Overlege dr.med. Torbjørn Iversen, DNR
Repr: Prakt.spesialist Ingvar Haukeland, Kongsberg
- Overlege Lillian Berge, Regionsykehuset i Tromsø
- Avdelingsoverlege Sigurd Døssland, Gjøvik F.sh.
Vararepr: Overlege Gudrun Kvile, Buskerud S.sh.
- Overlege dr.med. Per E. Børudahl, Bærum sh.
- Overlege Unni Kirste, Bærum sh

RÅDGIVENDE UTVALG FOR HELSEDIREKTØREN 1988-89:

Formann: Overlege Eilif Hellem, Vestfold S.sh
Medlem: Overlege dr.med. Odd Harald Jensen, Aker sykehus
Varamedlem: Overlege Bjørg Ladehaug, S.sh i Sogn og Fjordane
- Professor dr.med. Pål Øian, Regionsh i Tromsø
- Overlege Marit Kristoffersen, Bærum sh
- Overlege Truls Servoll, Telemark S.sh

Fra YLF

Medlem: Eva Albert, Vest-Agder S.sh
Varamedlem: Thomas Nordaa, S.sh for Østfold
- Liv Ellingsen, Buskerud S.sh

RÅDGIVENDE GRUPPE FOR SYKEHUSUTBYGGING:

Professor dr.med. Per Bergsjø
Avdelingsoverlege Kjell Skarstein
Avdelingsoverlege Einar Svendsen

NGFs AIDSUTVALG:

Overlege Fridtjof Jerve
Professor dr.med. Kåre Molne
Overlege dr.med. Båbill Stray-Pedersen

NGFs ULTRALYDSUTVALG:

Overlege Hans Andreas Sande
Professor dr.med. Sturla Eik-Nes
Overlege dr.med. Helge Jenssen
Professor dr.med. Narve Moe
Prakt.spesialist Viljar Skåtun
Overlege Arnt Steier
Professor dr.med. Pål Øian

NGFs TAKSTUTVALG:

Prakt.spesialist Kristina Johannessen
----- Tor Løvset
----- Brit Nyland

NGFs REPR. TIL NORSK PASIENTSKADEERSTATNING:

Avdelingsoverlege Arne Christensen
Professor dr.med. Halvard Gjønnes

FORENING

egionsykehuset i Trondheim
s Abyholm, Rikshospitalet
e, Ullevål sykehus
y Næst Dahl, Nordland S.sh.
Nyland, Bergen

ørn Iversen, DNR
r Haukeland, Kongsberg
, Regionsykehuset i Tromsø
rd Døssland, Gjøvik F.sh.
Buskerud S.sh.
. Bør Dahl, Bærum sh.
Bærum sh

1988-89:
Vestfold S.sh
arald Jensen, Aker sykehus
g, S.sh i Sogn og Fjordane
Øian, Regionsh i Tromsø
fersen, Bærum sh
, Telemark S.sh

S.sh
r Østfold
d S.sh

Bi
Bergsjø
l Skarstein
r Svendsen

e
Molne
i Stray-Pedersen

Sande
le Eik-Nes
Jenssen
e Moe
r Skåtun

Øian

ina Johannessen
ovset
Nyland

ATNING:
Christensen
ard Gjønnæs

Mette Moen: FRA STYRET

Årsmøtet i Tromsø er overstått, og det ble på mange måter et stort møte. Det begynte allerede torsdag morgen med et symposium arrangert av CIBA om "Nytte og risiko ved substitusjonsbehandling med østrogen". Ved siden av norske eksperter var invitert internasjonale kapasiteter, og de mest kontroversielle sider ved klimakteriebehandling ble diskutert. Det var tilsynelatende stor interesse for et slikt opp-dateringskurs, så vi kommer sannsynligvis til å gjenta ideen ved neste årsmøte, enten ved egen hjelp eller med støtte fra industrien.

At vi innen vår egen krets kan by på variert og interessant forskning, var de tallrike innsendte foredrag et tydelig bevis på. Spesielt gledelig var at det også var innlegg fra annet enn universitetssykehusene, og at det kom bidrag fra spesialistpraksis. Fortsetter utviklingen som den hittil har gjort, må vi nok begynne med posters eller foreta hård seleksjon. En viktig funksjon ved årsmøtet er imidlertid at man blir kjent med forskning som skjer rundt i landet.

Generalforsamlingen vil bli referert i detaljer i neste utgave av medlemsbladet, men noen større saker ble ikke tatt opp. Det hersker usikkerhet og til dels misnøye med det nye takstsystem for offentlige poliklinikker, så et hurtigarbeidende utvalg vil komme med forslag til endringer innen revisjonen ved nyttårstid. Valg til nytt styre forløp uten dramatikk, Fridtjof Jerve avløser meg som formann, det øvrige styret ble gjenvalgt, og Unni Kirste ble innvalgt som nytt styremedlem.

Det sosiale samværet ved årsmøtet spiller en stor rolle, og her hadde de "loakle krefter" virkelig forstått å lage et program som fikk oss ristet sammen. Første kvelden var det get-together sammenkomst i Ølhallen med svigende ølkrus og spekemat til å fremme en naturlig tørste, og musikk og sang som akkompagnement til den gode stemningen. Andre kvelden var det båtturn med dans og fiskemulighet, for oss mindre spreke rekebuffet på land. Som vanlig ble møtet avsluttet med bankett med festmat, mange taler-inklusive Istres nesten obligatoriske hyldest til kvinnen- og så dans.

For første gangen ble to reisestipendier fra CIBA utdelt til medlemmer av NGF som skal fremlegge egne studier ved internasjonale kongresser. Bjarne Eriksen og Ellen Borstad fikk hver 5.000kr. Scheringprisen for beste forskningsinnsats gikk til Pål Øian. Det var spesielt hyggelig å kunne overrekke ham de 14.000kr da han jo var vert for årsmøtet og hadde en stor del av æren for at det ble så vellykket.

Det skal til slutt nevnes at møtet ble besøkt av ca 130 medlemmer (av 340 mulige), 40 ledsagere, og 34 firmaer utstilt. Vi er blitt en stor familie, men det ser ut til at vi klarer å holde sammen. Årsmøtet var et synlig bevis på dette.

Avdelingsoverlege Einar Johannesen
Gyn Obst Avd
Harstad Sykehus Presentasjon av:

GYN / OBST AVD, HARSTAD SYKEHUS

Harstad by ligger relativt lunt til med relativt mildt klima og lite vind. Sykehuset ligger like utenfor sentrum i gangavstand til bl.a. lysløyper, turløyper etc.

Harstad sykehus er det ene av to sykehus i Troms fylke. Første sykehus i Harstad ble bygd i 1900, dette ble etterhvert påbygd og ombygd. Fødslene foregikk på et fødehjem som i 19 ble administrativt underlagt sykehuset. I 1977 flyttet man inn i helt nytt sykehus og her disponerer vi på gyn.avd. 20 senger og 16 senger på fødeavd. i 6. etasje. Gynekologisk poliklinikk ligger i underetasjen.

Harstad sykehus skal yte medisinsk service til Sør-Troms, deler av Midt-Troms samt Ledingen og Tjeldsund kommune i Nordland. Samlet bor det ca 60 000 mennesker i dette området.

Bemanning: Tidligere var det jo kirurgiske leger som behandlet gyn/obst-pasienter, disse var noen ganger også spesialister i gynekologi. Fra 1973-75 var Siri Lange Gjesdal ansatt som spesiallege på gammelsykehuset. I 1976 kom Sunanda P. Katre. Egen avdeling med felles oversøster med kirurgisk avdeling ble det, når en flyttet inn i det nye sykehuset i 1977. Avdelingen var da satt opp med 2 over- og 2 underordnede leger. Dette er nå omgjort til 4 overordnet leger, noe en helst må ha for å få til en skikkelig vaktturnus.

Følgende legestab er nå: Avd. overlege Einar D. Johansen (-79)
Overlege Sunanda P. Katre (-76)
Overlege Hans Krogstad (-86)
Overlege Kristian F. Raanes (-79)

Vi går 4-delt primærvakt (alle bor svært nær sykehuset).
Utstyr på fødeavdelingen: 2 relativt nye CTG-apparater og et av eldre dato. Vi har et mobilt ultralydapparat og 2 kuvøser, hvorav den ene er helt ny med det tilbehør som kreves. Det er 3 fødestuer, hvorav en også brukes til undersøkelser. På gynekologisk avdeling har vi 2 undersøkelsesrom, det samme på gynekologisk poliklinikk hvor vi i tillegg har et stort rom til ultralydundersøkelser. Til ultralydapparatet har vi også skaffet oss vaginalprobe. Gynekologisk poliklinikk ligger rett ved mottakelsen slik at dårlige pasienter

SYKEHUS

l med relativt mildt klima
nfor sentrum i gangavstand

sykehus i Troms fylke.

0, dette ble etterhvert påbygd

njem som i 19 ble

977 flyttet man inn i helt

n.avd. 20 senger og 16

ogisk poliklinikk ligger i

service til Sør-Troms, deler

i kommune i Nordland. Samlet

adet.

urgiske leger som behandlet

er også spesialister i

Bjesdal ansatt som spesiallege

P. Katre. Egen avdeling

pling ble det, når en

Avdelingen var da satt

Dette er nå omgjort til

for å få til en skikkelig

inar D. Johansen (-79)

da P. Katre (-76)

(Krogstad (-86)

an F. Raanes (-79)

t nær sykehuset).

e CTG-apparater og et av eldre

og 2 kuvæser, hvorav den ene

Det er 3 fødestuer, hvorav

nekologisk avdeling har vi

ogisk poliklinikk hvor vi

undersøkelser. Til ultralydapp-

probe. Gynekologisk

slik at dårlige pasienter

kan bli undersøkt med en gang etter ankomst med ultralyd etc. Vi har tilgang til cysto/flowmetri. På operasjonsavdelingen disponerer vi en operasjonsstue hvor vi har det utstyr vi trenger til bl.a. forskjellige laparoskopiske inngrep, tubeplastikker etc., og vi har også tilgang til operasjonsmikroskop. På ønskelisten står laserutstyr, evt innkjøpt sammen med kirurg og evt hudlege.

Virksomhet: I 1987 behandlet vi på gynekologisk avdeling 853 pasienter med tilsammen 4090 liggedøgn. Det var 162 abortinngrep. På gynekologisk poliklinikk hadde vi 3220 konsultasjoner. Pasienter som skal innlegges blir som oftest undersøkt og vurdert på poliklinikken innleggelsesdagen. De sparer da ofte en reise til sykehuset. På poliklinikken drives også screening av gravide i 17.-20. svangerskapsuke, samt undersøkelse av andre gravide pasienter.

Fødselstallet har steget til 520 i 1987, sectiofrekvensen var 8.5%. Tang/Vakumfrekvensen 5.5%. Vi har muligheter for epiduralbedøvelse på fødestuen. Det finnes barnelege på sykehuset, men ingen barneavdeling/prematuravdeling. Truende premature fødsler sendes derfor til Tromsø hvis mulig.

Legestaben møtes på morgenmøte fra 0800-0830 hver dag, der dagens program drøftes. Hver fredag fra 0830-1000 har vi internt avdelingsmøte hvor aktuelle problemer, tidskriftartikler, kursreferater etc tas opp. Som på andre sykehus deltar vi aktivt i kurs for leger, sykepleiere, jordmødre og andre personalgrupper samt studenter. Vi har også forsøksvis drevet undervisning på gymnaset i prevensjon, kjønns sykdommer etc. Også vi reiser på kurs selv om det jo blir dyrere og dyrere med de ofte lange reisene. Heldigvis får vi en del dekket av sykehuset.

Som nevnt ligger gynekologisk avdeling og fødeavdelingen i 6. etasje og poliklinikken i underetasjen. I 6. etasje skal en del areal omdisponeres og vi arbeider for å få poliklinikken opp dit og få alt samlet i en etasje med de fordeler dette vil ha med hensyn til effektivitet og bedre ressursutnyttelse av bl.a. personalet hvilket vi igjen kan spare penger på. Planen er da å bruke en del av sengene på gynekologisk avdeling til poliklinikk/oppvåking slik at polikliniske inngrep kan skje på beste måte. Vi kan kanskje også drive en økt svangerskapspoliklinikk hvor også jordmødre ønskes involvert. Dessverre har vi nå jordmormangel slik at de vi har, knapt nok dekker virksomheten på fødeavdelingen.

Overlege Anton Langebrekke
Gynekologisk Avdeling
Sentralsykehuset i Akershus

LASERLAPAROSCOPIER VED SENTRALSYKEHUSET I AKERSHUS.

Laserendoscopi har funnet sin indikasjon innen forskjellige spesialiteter fra gastroenterologi, urologi og øre nese hals, og teknikken er under stadig utvikling. Innen gynekologien er CO₂-laser mest brukt, men Nd: YAG er også blitt brukt gjennom laparoscopet. Vi har nå ved vår avdeling gjort 50 laserlaparoscopier.

Bruhat og medarbeider rapporterte i 1979 bruk av CO₂-laser ved hjelp av ett innstikkslaparoscop. Daniell & Brown samt Kelly & Roberts hadde et noe modifisert laparoscop og brukte dette til behandling av endometriose. Til å begynne med møtte man store vanskeligheter med disse instrumenter dels på grunn av liten lysstyrke på helium- neon ledelyset, dels dårlig fokusering av strålen gjennom scopet og akkumulering av røyk i abdominalhulen.

Etter hvert har man klart å løse disse problemene og instrumenter og teknikken er blitt forbedret.

Laserteknikken består i skjæring, vaporisering og koagulering og CO₂-laser er et unikt presisjonsinstrument. Uten berøring eller blødning kan man arbeide intraabdominalt med resultat minimalt traume, rask tilheling og en steriliserende effekt på grunn av laserens fysiske egenskaper. Laserlaparoscopier er kompliserte operative laparoscopier, vi har alltid tre innstikk og her på SiA jobber vi med 12mm Storz laparoscop for å få en større arbeidskanal på 7,5mm og dermed en bedre spotsize. Produsentene har nå standardisert sine scop for tilpassning til CO₂ laser. De to suprapubiske insisjonene består av manipuleringstang og en suge-spyle enhet. Det må hele tiden være et samspill mellom disse tre instrumentene, og det er således behov for assistent under scopien. Det finnes nå utmerkede små videokameraer som tilkobles laparoscopet og vi jobber nå kun i monitor. Behovet for dette sier seg selv og i tillegg har man fordel av å kunne undervise andre, og operasjonssykepleierne har nå fått fornyet interesse for laparoscopier.

Med en fokuseringsenhet som mellomstykke kobles laserarmen til

KEHUSET I AKERSHUS.

nnen forskjellige
i og øre nese hals, og
gynekologien er CO2-
brukt gjennom
ort 50 laserlaparoscopier.

ruk av CO2-laser ved hjelp
samt Kelly & Roberts hadde
te til behandling av en-
re vanskeligheter med disse
rke på helium- neon ledely-
nnom scopet og akkumulering

blemene og instrumenter

ring og koagulering og
..Uten berøring eller
med resultat minimalt
e effekt på grunn av
ppier er kompliserte
innstikk og her på SiA
få en større arbeidskanal
sumentene har nå standardisert
e to suprapubiske
g en suge-spyle enhet. Det
se tre instrumentene, og
scopien. Det finnes nå
laparoscopet og vi
sier seg selv og i
se andre, og
yet interesse for

kobles laserarmen til

scopets ende, og en spotsize på 0,5mm. Vi jobber nå med en Sharplan 1040 som gir 40 watt, og wattstyrken under inngrepene varierer mellom 10 og 40 watt som regel ikke pulset stråle. Et nødvendig hjelpemiddel er en high-flow insuflator og vi har nå en elektronisk trykkregulert insuflator som gir opp til 7 liter/min (Storz), dels for å etterfylle abdomen ved suging dels til kontinuerlig røykevakuering.

Det finnes mange indikasjoner for CO2 laserlaparoscopier og for å nevne de viktigste:

- Vaporisering av endometriose
- Adheranseløsning/Salpingolyse/Ovariolyse/fimbrioplastikk/
- Salpingostomi
- Neurectomi
- Tubotomi ved tubargraviditet
- Punksjon av ovarialkapsel (capsule drilling)
- cystectomi

Vi har nå gjort laserlaparoscopier et drøyt års tid og operert 50 pasienter. Vi føler nå at metoden er etablert og blitt en rutine og utstyret fungerer bra. Indikasjonene bare øker. Vi utfører nå

alle ovenstående nevnte indikasjoner. Endometriosepasientene stadium I, II og III (AFS klassifisering) får nå laserbehandling som første alternativ og ingen hormonbehandling. Distale tubeokklusjoner blir ikke lenger laparotomert. Hemodynamisk stabile tubargraviditeter behandles endoscopisk.

Laserlaparoscopier er kompliserte operative endoscopier og det kreves stor erfaring i tradisjonell laparoscopi. Likeledes kreves stor erfaring i konvensjonell laserbehandling før man setter laser på laparoscopet. Man vil da også kunne arbeide på delikate strukturer som tarm, blære, over store kar, ureter.

Det synes å være mange fordeler med laparoscopisk behandling. Vi har fått reduserte liggetider, betydelig kortere

sykmeldingsperioder, mindre traume for pasientene ved å unngå laparotomier. Alle pasientene som blir "laserlaparoscopert" inngår i en undersøkelse og vi håper å komme tilbake med positive resultater. Erfaringene så langt synes oppløftende.

BEHANDLING OG KONTROLL AV CERVIXDYSPLASIER

KJELL E. KJØRSTAD

AVD FOR GYNEKOLOGISK ONKOLOGI
DET NORSKE RADIUMHOSPITAL

Cervixcancer står i en særstilling når det gjelder maligne sykdommer. Den er relativt vanlig blant yngre kvinner og utvikler seg oftest langsomt og via erkjennbare forstadier. Disse forstadiene har fellesbetegnelsen dysplasier eller med nyere nomenklatur, cervical intraepitelial neoplasi (=CIN).

Kvinner som kommer til gynekolog for utredning av dysplasier vil som regel være i den situasjon at den tentative diagnosen er stillet ved en cytologisk prøve.

Både dysplasibegrepet og CIN er imidlertid histologiske diagnoser, slik at man på grunnlag av en cytologisk prøve ikke kan si annet enn at det foreligger enn viss sannsynlighet for en bestemt diagnose. Også den histologiske diagnose er basert på skjønn, slik at det kan forekomme ulik tolkning av den enkelte vevsprøve. Etter nyere oppfatning setter man likhetstegn mellom grov dysplasi og carcinoma in situ, med hensyn til risiko for videreutvikling til cancer. Dette kommer til uttrykk i CIN nomenklaturen hvor CIN I tilsvarer lett dysplasi, CIN II moderat dysplasi og CIN III grov dysplasi / carcinoma in situ. Når det gjelder CIN I og II tror man at risikoen for senere utvikling av livmorhalskreft er mindre enn for CIN III.

Cytologiske prøvesvar vil falle i en av fire mulige kategorier:

- 1.: Uegnet prøve.
- 2.: Benign tilstand.
- 3.: CIN I-III. (Dysplasi).
- 4.: Invasivt carcinom.

Ad 1. Uegnet prøve. Årsaken til at en prøve karakteriseres som uegnet er at den ikke kan bedømmes med hensyn på epitelforandringer. Dette kan skyldes betennelsesforandringer, blødning eller dårlig prøvetakingsteknikk. I slike tilfeller bør man ta en ny cytologisk prøve, eventuelt etter behandling. En prøve som er tatt riktig skal inneholde cylinderepitel. Dette er fordi transformasjonssonen, hvor eventuell dysplasi utvikler seg, grenser til cylinderepitel. Tilstedeværelsen av slike celler gir en rimelig garanti for at prøvetakeren har tatt prøven fra transformasjonssonen.

Verdien av adekvat utførte prøver er uomtvistelig, men det er ikke slik at prøver som ikke inneholder cylinderepitel er uegnede. De er å anse som "mindre pålitelige". Det er ikke nødvendig å kalle inn

CDYSPLASIER

LOGI
AL

eller maligne sykdommer.
utvikler seg oftest
forstadiene har
nomenklatur, cervical

g av dysplasier vil som
diagnosen er stillet ved

stologiske diagnoser,
e ikke kan si annet enn
en bestemt diagnose. Også
, slik at det kan
øve. Etter nyere
dysplasi og carcinoma in
ng til cancer. Dette
CIN I tilsvarer lett
grov dysplasi / carcinoma
at risikoen for senere
r CIN III.

mulige kategorier:

arakteriseres som uegnet
telforandringer. Dette
eller dårlig
n ta en ny cytologisk
som er tatt riktig skal
sformasjonsjonen, hvor
cylinderepitel.
ig garanti for at
onssonen.

elig, men det er ikke
itel er uegnede. De er å
viktig å kalle inn

kvinne med manglende cylinder- epitel til fornyet prøvetakning. Den enkelte prøvetaker bør tilstrebe en høyest mulig kvalitet på de prøver som tas og forbedre sin prøvetakingsteknikk hvis slike svar forekommer ofte.

Ad 2. Benign tilstand. Med mindre man på klinisk grunnlag mistenker at prøven ikke er representativ, fører disse prøvesvar til at kvinnen får beskjed om at alt er i orden. Det gjøres oppmerksom på at eksofytisk voksende, infiiserte cervixtumores i sjeldne tilfeller kan maskeres som en fulminant infeksjon.

Ad 3. CIN I-III. Nærmere retningslinjer for hva man skal gjøre er gitt nedenfor.

Ad 4. Invasivt carcinom. Videre diagnostikk er ikke nødvendig. Pasienten skal henvises til nærmeste gynekologiske avdeling for videre utredning.

UTREDNING OG BEHANDLING VED POSITIVT PRØVESVAR.

Alle prøver som besvares med CIN I-III eller invasivt carcinom må bli gjenstand for nærmere vurdering. Når det gjelder CIN I og II ("lett og moderat dysplasi") er sansynligheten for spontan regress så stor at det ikke medfører annet enn kontroll, eventuelt etter behandling av den bakenforliggende årsak, som ofte er av inflammatorisk natur. De fleste laboratorier vil angi at kontrollprøve er indisert innen en viss tid. Det er viktig at dette følges opp av legen som er ansvarlig for prøvetakingen. Dersom diagnosen CIN I eller II gjentar seg i kontrollprøve bør pasienten henvises til spesialist. For CIN III bør kvinnen henvises til spesialist direkte.

Formålet med henvisning til spesialist er spesielt å skaffe representativt histologisk materiale. Man anså tidligere at såkalte kvadrant- biopsier, dvs. "blinde" biopsier tatt kl.12,3,6 og 9 var tilstrekkelig for å sikre en histologisk diagnose. Det er imidlertid klart at rettede biopsier, tatt under kolposkopisk veiledning gir større sikkerhet for at biopsiene tas fra adekvat område. I mange tilfeller vil man med kolposkopets hjelp kunne nøye seg med et mindre antall biopsier enn fire. I tillegg vil en som er øvet i kolposkopi kunne fastlegge transformasjonsjonens utbredelse og bedre være i stand til å vurdere egnet behandlingsmetode.

BEHANDLING OG KOMPLIKASJONER.

Kirurgisk fjernelse av hele det affiserte området er den metode som best beskytter mot residiv. Konisasjon må derfor anses som det mest adekvate inngrep. Lette dysplasier går imidlertid så ofte i regress at observasjon eller enkel behandling med lokalt destruerende metoder som kryokirurgi, elektrokoagulasjon eller laservaporisering som regel vil være tilstrekkelig.

Konisasjon kan medføre komplikasjoner og sekveler. Alvorlige

postoperative blødninger forekommer hos 10%. Infeksjoner kan også forekomme med risiko for salpingitt og påfølgende sterilitet. Flere undersøkelser har også vist at funksjonelle forandringer i livmorhalsen etter konisasjon kan forårsake alvorlige graviditetskomplikasjoner med risiko for abort og øket perinatal mortalitet og morbiditet.

Ved alle tilfeller av CIN III er konisasjon indisert, og kun hos nulligravidaer, som planlegger graviditet, bør annen og mindre omfattende behandling overveies. Det er observert en rekke tilfeller av underbehandling av dysplasier de senere år og spesielt synes kryokirurgi å være en behandlings metode som er potensielt farlig.

Konisasjon med laser er en metode som har vunnet adskillig popularitet de senere år. Inngrepet kan gjøres poliklinisk i lokalbedøvelse, og sykemelding utover er par dager er ikke nødvendig. En forutsetning for at dette inngrep skal være rasjonelt er at operatøren behersker kolposkopi og at inngrepet gjøres under kolposkopisk ledning ved hjelp av en mikromanipulator. Man kan da betrakte operasjonen som mikrokirurgi med den hensikt å bevare så meget som mulig av cervix anatomi og fysiologi. Kun transformasjonssonen fjernes. En slik konservativ holdning medfører riktignok en relativt stor sjanse for underbehandling primært, men i de tilfeller man ikke får frie operasjonsrender, kan man som regel uten vanskelighet kompletterer inngrepet sekundært uten at dette innebærer alvorlig traumatisering av cervix/portio. En konsekvens av denne tankegang er at metoden forbeholdes kvinner som ikke anser seg ferdige med sin reproduktive fase. Hos kvinner som ikke ønsker fler barn kan man uten betenklighet benytte seg av kniv på vanlig måte. Laserkonisasjon der man bruker håndstykke og konvensjonell teknikk har ikke vesentlige fordeler fremfor vanlig knivkonisasjon.

Extirpasjon av transformasjonssonen med laser er i regel et beskjedent inngrep og i kyndige hender forbundet med få komplikasjoner. Dette har gjort at enkelte mener det berettiget å utvide indikasjonsområdet til å inkludere også lette og moderate dysplasier. Dette støttes av den noe beklagelige observasjon at det svært ofte er diskrepans mellom histologiske diagnoser stillet i biopsier og i konisasjonspreparat, og at den histologiske diagnosen i en kon ofte er "sterkere" enn i biopsiene.

En ulempe ved laser er at apparatene er svært dyre og at det kreves adskillig erfaring fra operatørens side for å sikre at inngrepene gjøres adekvat og komplikasjonsfritt. I det siste har vi fått ytterligere en metode, nemlig extirpasjon ved hjelp av diatermislyngne der skjæring og koagulasjon kan avstemmes slik at relativt store biter av portio kan fjernes smertefritt og uten blødning. Når transformasjonssonen er begrenset til ectocervix synes denne metoden å være overlegen alle andre. Den er raskere, gir mindre blødning og det nødvendige utstyr koster en tiendedel av et laserapparat.

infeksjoner kan også
ende sterilitet. Flere
endringer i
vorlige graviditets-
perinatal mortalitet og

ndisert, og kun hos
annen og mindre
ert en rekke tilfeller
og spesielt synes
er potensielt farlig.

et adskillig popularitet
i lokalbedøvning, og
dig. En forutsetning for
operatøren behersker
skopisk ledning ved hjelp
operasjonen som
som mulig av cervix
fjernes. En slik
relativt stor sjanse for
an ikke får frie
relighet kompletterer
vorlig traumatisering av
og er at metoden
e med sin reproduktive
an man uten betenklighet
sasjon der man bruker
essentielle fordeler

er i regel et beskjedent
komplikasjoner. Dette har
e indikasjonsområdet til
. Dette støttes av den
er diskrepans mellom
i konisasjonspreparat, og
"sterkere" enn i

dyre og at det kreves
sikre at inngrepene
ste har vi fått
hjelp av diatermislynge
at relativt store biter
ning. Når
vix synes denne metoden å
r mindre blødning og det
aserapparat.

Kvinner i postmenopausal alder har ofte transformasjonssonen langt opp
i cervicalkanalen. Av denne årsak er konisasjon, uansett metode ofte
et inadekvat inngrep med stor risiko for ikke-radikale
operasjonsreder. Man bør derfor overveie primær, konservativ
hysterektomi i slike tilfeller.

KONTROLLER

De aller fleste pasienter med CIN vil i praksis behandles på en av to
måter. Enten utføres konisasjon eller kvinnen behandles med lokalt
destruerende terapi (laser, kryokirurgi, cauterisering). Uansett
behandlingsmetode er det viktig at prøver som tas på slike kvinner er
adekvate/representative. Kvinner som er behandlet for CIN er å
betrakte som en høyrisikogruppe med hensyn til utvikling av
cervixcancer. Ved cancersymptomer må slike pasienter henvises for
biopsi og undersøkelse av spesialist uavhengig av resultatet av
celleprøven.

Det er en innarbeidet praksis i Norge at kvinner som er behandlet for
CIN gjennomgår cytologisk prøvetaking 4 ganger det første året etter
behandling, to ganger pr. år i de neste to år og derefter en gang
årlig til fem år er gått. Ved symptomfrihet bør hun deretter kunne gå
over til 3 årlige prøver.

Kursreferat

**Knut Hoff Kierulf, Ullevål sykehus:
GYNEKOLOGISK CO₂-LASERBEHANDLING, 26-28/4 89.**

I dagene 26.-28.april ble det avholdt kurs i emnet gynekologisk CO₂-laserbehandling. Det er første gang i Norge at kurs om emnet er arrangert, og kurskomiteen ved gyn/obst avd på Sentralsykehuset i Akershus hadde nedlagt et stort og godt forarbeid. Håper denne lille oppsummering kan være av interesse for NGFs medlemsblad.

Første dag var viet en teoretisk gjennomgang av laser og laserteknikk, samt indikasjonsstillinger for kolposkopisk og endoskopisk laserkirurgi. Det tjener arrangørene til ære at forholdene var lagt til rette for praktisk trening. Gjennom samarbeid med aktuelle medisinske firma var det stilt utstyr til rådighet som muliggjorde trening på dertil egnede modeller.

Annen dags hovedtema var kolposkopisk laserbehandling med hovedvekt på dysplasi og HPV-sykdom. Via førsteklases audio-visuelt utstyr kunne forsamlingen følge med på behandlingen som foregikk "live" på operasjonsstuen ved siden av, og de forskjellige behandlingsopplegg ble livlig kommentert/diskutert. En meget instruktiv seanse.

Det samme var tilfelle på kursets siste dag hvor det var innhentet internasjonal ekspertise. Professor J. Donnez fra Belgia demonstrerte laserkirurgi via laparoskopi, og både tubar graviditet og endometriose ble elegant behndlet. Det synes klart at dette er teknikker som i nær fremtid stadig vil få økt utbredelse også ved norske avdelinger.

Alt i alt et meget godt opplagt og gjennomført kurs med spesiell god balanse mellom teori og praktiske demonstrasjoner/øvelser. Kurset var godt besøkt av både yngre og "eldre", mer erfarne kolleger, og med stadig økende indikasjoner for bruk av gynekologisk CO₂-laser synes det naturlig med regelmessig gjentagelse av kurset. En takk til herrene Kirschner, Urnes og Langbrekke for godt opplagt og vel gjennomført kurs.

26-28/4 89.

kurs i emnet gynekologisk
g i Norge at kurs om emnet
obst avd på Sentralsykehuset
odt forarbeid. Håper denne
se for NGFs medlemsblad.

omgang av laser og
er for kolposkopisk og
rrangerene til åre at
tisk trening. Gjennom
a var det stilt utstyr til
rtil egnede modeller.

laserbehandling med hovedvekt
lasses audio-visuelt utstyr
lingen som foregikk "live"
forskjellige
rt/diskutert. En meget

e dag hvor det var innhentet
Donnez fra Belgia demonstrerte
tubar graviditet og
t synes klart at dette er
få økt utbredelse også ved

nnomført kurs med spesiell
demonstrasjoner/øvelser.
g "eldre", mer erfarne
joner for bruk av gynekologisk
messig gjentagelse av kurset.
g Langbrekke for godt opplagt

SECOND INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON ENDOMETRIOSIS, HOUSTON, MAI 89.
Referat ved Mette Moen, Trondheim.

Det første internasjonale endometriosesymposium ble i 1986 avholdt i Frankrike. Denne gangen var en av endometrioseforskningens "grand old men", prof. V Buttram, vert i Houston, Texas. Møtet samlet ca 400 deltakere fra hele verden. Også pasienter deltok med representanter fra engelske og amerikanske "endometriosis-groups".

Blant teorier om patogenesen er idag implantasjonsteorien den dominerende. Retrograd menstruasjon ses hos de fleste kvinner, muligens er nedsatt cellulær immunitet årsaken til at kun enkelte kvinner utvikler endometriose. Endometriose forekommer med stor variasjon, avhengig av den undersøkte populasjon. Tidlig menarke og rikelige blødninger synes å være risikofaktorer, mens røking og fysisk trening synes å beskytte. Det ble i flere innlegg dokumentert at endometriose har flere forskjellige makroskopiske manifestasjoner, små cystiske lesjoner med klart eller hemorragisk innhold er tilsynelatende mer aktive enn de tradisjonelle blåsvarte flekkene. Det ble poengtert at man ved vurdering av behandlingseffekt må undersøke under samme hormonelle forhold, dvs vente med kontroll-laparoskopi til kvinnen igjen er i normal syklus.

Relasjon mellom endometriose og infertilitet er fremdeles uklar. Indusert endometriose hos dyr medfører infertilitet, men det advares mot å ekstrapolere fra dyreforsøk til forhold hos mennesket. Fra Japan kom en interessant undersøkelse hvor man kunne påvise et belegg på fimbriene, det ble borte etter Danazol-behandling.

Non-invasive diagnostiske metoder etterlyses. Antigenmarkøren CA-125 er for uspesifikk for diagnose, men kan brukes til å følge sykdomsutvikling og behandlingseffekt samt til å påvise residiv. Fluoroscens indusert med Argon-laser er en ny diagnostisk metode, spesielt anvendelig til påvisning av atypiske forekomster. Ovariell cystoskopi kan brukes til å differensiere mellom endometriosecyster og cyster med blødning.

Behandlingsmessig skjer den største utviklingen innen Gn-RH-analoger. Sammenlignet med danazol gir denne behandlingen omtrent samme resultat. Bivirkningene med analogene er imidlertid mer

overskuelige. Gestoden er et annet hormonelt behandlingstilbud med omtrent samme virkning og bivirkninger som danazol, men doseringen er enklere.

Ved operative inngrep foretrekker de fleste å gi hormonell forbehandling i 3 mdr. Ved kirurgi, oftest laparoskopisk, tilsikter man å fjerne all synlig endometriose, og hormonell etterbehandling i 2 mdr anbefales. Ved residiv hos eldre kvinner anbefales at man fjerner begge ovarier, ellers er det 25% risiko for residiv som krever ny laparotomi. Det er ikke kontraindisert med estrogensubstitusjon til radikalopererte.

American Fertility Society's reviderte klassifikasjonssystem er det mest aksepterte, men også det må revurderes pga nye behandlingsmetoder og nye observasjoner, så f.eks. kvinnens alder inngår i stadielinndeling (som sier noe om graviditetsmulighet).

Organisering av kongressen var meget god med oversiktsforedrag, mange posters, utbytterike "lunch seminars" hvor man i små grupper kunne diskutere spesielle problemstillinger, og det var en overskuelig og relevant utstilling.

Jeg var eneste norske deltaker på møtet. Det kan varmt anbefales kolleger-både den som forsker i endometriose og den som ønsker sin viten oppdatert- å delta på neste møte som planlegges i Brussels i 1991 eller 1992.

APROPOS ENDOMETRIOSE

Fra Norske Hoechst tilbys en endometriosebok forfattet av tre "grand young men" innen endometrioseforskning, Dmowski, Rolland og Scheppe. Boken gir en pedagogisk og lettlest oversikt over endometrioseforskningens utvikling. Boken kan rekvireres ved å kontakte Knut Kristiansen, Hoechst, som disponerer et begrenset opplag. Tlf. 02-643800.

onelt behandlingstilbud
ger som danazol, men

NORDISK FORENING FOR OBSTETRIKK OG GYNEKOLOGI OG ACTA

e fleste å gi hormonell
est laparoskopisk, tilsikter
g hormonell etterbehandling
e kvinner anbefales at man
% risiko for residiv som
aindisert med

te klassifikasjonssystem
revurderes pga nye
så f.eks. kvinnens alder
n graviditetsmulighet).

t god med oversiktsfore-
seminars" hvor man i små
emstillinger, og det var en

stet. Det kan varmt anbe-
ndometriose og den som
neste møte som planlegges

sebok forfattet av tre
skning, Dmowski, Rolland
lettlest oversikt over
en kan rekvireres ved å
disponerer et begrenset

Ved generalforsamlingen for Nordisk Forening for Gynekologi og Obstetrikk (NFOG) og ved stiftelsen av Nordisk Gynekologiråd (NOGYR, et samrådsorgan mellom de fem nasjonale gynekologiforeningene i Norden) ble det i Trondheim i 88 diskutert et forslag til fornyelse av NFOG. I den svenske foreningens medlemsblad nr 3-89 skriver presidenten i NFOG, Ulf Ulmsten, at "det kommer att bli en kraftig økning vad gäller samarbetet avseende utbildning och fackliga aktiviteter mellan de nordiska länderna."

Foreningen skal stadig avholde nordisk kongress hvert annet år og utgi et vitenskapelig tidsskrift, Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica. Det ble i desember 88 i Stockholm nedsatt en reformkomite som har fremlagt forslag om at NFOG ikke lenger skal ha individuelt medlemskap, men ha kollektivt medlemskap for alle medlemmer i de fem nasjonale foreningene. Det vil gi det "nye" NFOG 2900 medlemmer.

NFOG skal som tidligere eie og utgi Acta. Det er nedsatt en komite med John Phillip fra Danmark og Ingemar Joelsson, Nils-Otto Sjöberg og Berndt Kjessler fra Sverige, som skal diskutere en reform som gjør at Acta publiserer artiklene langt raskere enn tilfelle er i dag. Acta vil få, skriver Ulmsten, en helt ny struktur. Endringen vil også få økonomiske konsekvenser, idet prisen for medlemskap, inklusive Acta, i dag er rundt tusenlappen. I reformkomiteens oppdrag ligger å få prisen ned under 300 kroner.

Det er også nedsatt en Utdannelseskomite bestående av Mette

Moen (Norge), Niels Hahnemann (Danmark), Jon Hallgrímsson (Island), Matti Grönroos (Finland) og Per Olof Janson (Sverige) som skal finne frem til etterutdanningskurs som egner seg for felles nordisk deltagelse. Det stiles mot ca 40 felles kurs i året og i tillegg workshops innen emneområder som krever ferdigheter (mikrokirurgi, kolposkopi, ultralyd mm) i tilknytning til de nordiske kongressene. Det samarbeide som i dag allerede eksisterer med Royal College of Obstetricians and Gynaecologists og American Fertility Society i form av internasjonale engelskspråklige kurs skal intensiveres.

Medlemsbladet håper i et senere nummer å kunne komme med en fyldigere redegjørelse for reformarbeidet.

PEB

Disputas, Universitetet i Trondheim 21.8. 89

Johan C. Røder: Anestesiavd., 1316 Børum Sykehus

Utgår fra: Anestesiavd. og Avd. for Farmakologi og Toksikologi, Regionsykehuset, Trondheim.

PREMEDIKASJON OG GENERELL ANESTESI VED
POLIKLINISK GYNEKOLOGISK KIRURGI

Premedikasjon og generell anestesi ble studert hos 557 pasienter som gjennomgikk poliklinisk gynekologisk kirurgi: provosert abort (A), utskraping (U) og sterilisering v/ laparoskopi (S). Nyutviklede legemidler med rask eliminering ble studert: alfentanil (opioid), atracurium (muskelrelaksantium, curare type), flumazenil (bensodiazepinantagonist), propofol (innsøvningemiddel), midazolam (bensodiazepin). Farmakokinetikk til alfentanil, midazolam og thiopenton ble studert på et utvalg av 55 pasienter. Premedikasjon gitt i.m. til A og U pasienter var enten morfin-scopolamin (MS), Ketogan, midazolam eller placebo. 97% av disse pasientene ønsket anxiolytisk virkende premedikasjon, 80% ønsket i tillegg hypnotisk effekt. MS, K eller midazolam ga likeverdig anxiolytisk effekt, kraftigere enn placebo. MS ga sterkere hypnotisk effekt enn K eller midazolam, som igjen var sterkere enn placebo. Ingen episoder med bradykardi, økt slimsekresjon eller øvrige bivirkninger forekom etter midazolam; tørr munn og kvalme ble observert etter MS eller K, postoperativ kvalme ble observert etter K eller placebo, forlenget oppvåkning etter MS. For sterilisering med thiopenton innledning av anestesi, var kombinasjonen av alfentanil og atracurium bedre enn tradisjonell fentanyl + pancuronium anestesi.

Alfentanil/atracurium pasientene hadde mindre smerte under opioid injeksjon, mindre hoste v/intubering, raskere innsettende og mer uttalt muskelrelaksasjon, mindre kirurgisk stress svar og raskere oppvåkning. For utskraping ble 5 forskjellige anestesiregimer med alfentanil forsøkt: thiopenton (T), methohexitone (MET), propofol (P), isofluran inhalasjon (I) og midazolam, enten med flumazenil reversering (MF) eller placebo reversering (MP). MP og MF pasientene fikk total intravenøs anestesi uten bruk av anestesigasser, de øvrige gruppene ble supplert med 66% lystgass. Ingen pasienter opplevde våkenhet under inngrepet. Midazolam ga hukommelsestap i 30-60 min etter inngrepet. M.h.på rask oppvåkning ble metodene rangert som følger: MF > P > MET > T = I > MP. Midazolam effekter på krevende testprosedyrer ble ikke fullstendig reversert av gitt flumazenil dose (0.5 mg), til tross for meget rask oppvåkning hos disse pasientene uten senere re-sedasjon. T 1/2 beta for midazolam var 3.9 timer, for alfentanil 1.2 timer; ingen tilfelle av patologisk forlenget nedbrytning ble observert. Bruk av flumazenil hadde ingen innflytelse på midazolams farmakokinetikk. Oppsplitting av våre data kan tyde på en mulig depoteffekt av i.m. midazolam, T 1/2 beta var 6.6 timer etter kun i.m. administrering.

Avhandlingen viser at denne type pasienter ønsker premedikasjon og at bruk av midazolam 0.1 mg/kg gir ønsket effekt uten bivirkninger og forlenget oppvåkning. Bruk av alfentanil/atracurium ved laparoskopisk sterilisering gir rask og ukomplisert oppvåkning som muliggjør hjemsendelse av pasientene få timer etter inngrepet. For provosert abort eller utskraping gir kombinasjonen alfentanil, propofol, lystgass best resultater i form av rask recovery. For slike inngrep er det også fullt mulig å frigjøre seg fra anestesigassstyr (anestesismaskin, kolber, sentralgassanlegg, avsugingsutstyr) ved å bruke kun i.v. midler som alfentanil, midazolam og flumazenil reversering.

8. 89
Sykehus
makologi og Tokikologi,

L ANESTESI VED
ISK KIRURGI

studert hos 557 pasienter
k kirurgi: provosert abort
laparoskopi (S). Nyutvik-
e studert: alfentanil
(m, curare type), fluma-
ol (innsovningsmiddel),
ikk til alfentanil, midazolam
av 55 pasienter. Premedikasjon
n morfin-scopolamin (MS),
v disse pasientene ønsket
ønsket i tillegg hypnotisk
rdig anxiolytisk effekt,
hypnotisk effekt enn K
enn placebo. Ingen episoder
øvrige bivirkninger forekom
e observert etter MS eller
ter K eller placebo, forlen-
ing med thiopenton innledning
tanil og atracurium bedre
anestesi.
mindre svie under opioid
askere innsettende og mer
isk stress svar og raskere
ellige anestesiregimer med
hohexitone (MET), propofol
lam, enten med flumazenil
ing (MP). MP og MF pasientene
k av anestesigasser, de øvrige
Ingen pasienter opplevde
hukommelsestap i 30-60 min
ble metodene rangert som
zolan effekter på krevende
ersert av gitt flumazenil
oppvåkning hos disse
/2 beta for midazolam var
gen tilfelle av patologisk
uk av flumazenil hadde
inetikk. Oppsplitting av
ekt av i.m. midazolam, T
ministrering.
ienter ønsker premedikasjon
nsket effekt uten bivirkninger
anil/atracurium ved laparosko-
ert oppvåkning som muliggjør
er inngrepet. For provosert
n alfentanil, propofol, lyst-
covery. For slike inngrep er
anestesigassutstyr (aneste-
sugingsutstyr) ved å bruke
am og flumazenil reversering.

Disputas: Universitetet i Oslo 2.9.89
Eiliv Lund, Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i
Tromsø:

P-PILLER OG PREMENOPAUSAL BRYSTKREFT

Spørsmålet om bruk av p-piller kan gi økt risiko for brystkreft, har opptatt forskere helt fra p-piller ble tatt i bruk som prevensjonsmiddel i stort omfang på midten av 60-tallet. For å studere disse forhold ble det i Norge og Sverige gjennomført en case-control undersøkelse eller sammenliknende undersøkelse av pasienter og kontrollpersoner. Undersøkelsen ble foretatt i Norge og Sverige i 1984/85 ved intervju av 422 brystkreft-pasienter under 45 år (105 i Norge). Som kontroll ble det trukket ut 722 (210 i Norge) tilfeldige kvinner fra befolkningen, født samme måned og år. Ved å sammenlikne bruk av p-piller i de to gruppene og kontrollere for andre risikofaktorer for brystkreft i beregningene, viste det seg at langvarig bruk av p-piller ga økt risiko for brystkreft. Ved 12 års bruk eller mer var det en signifikant økt risiko på 2,2 dvs. mer enn en fordobling. Det hadde ikke betydning for risiko om bruken startet i ung alder, før første fødsel eller gjaldt bruk av spesielle p-piller.

Denne undersøkelse var den første som viste en mulig økt risiko uansett mønster av p-pille bruk. Den har vært utsatt for nye kritikk. Nye analyser for å kunne vurdere mulige feilkilder i undersøkelsen har ikke i vesentlig grad endret konklusjonen. Funnene i den norsk-svenske undersøkelsen er i senere undersøkelser fra andre land delvis bekreftet. Det foreligger ingen enighet om at bruk av p-piller gir økt risiko for brystkreft, men det er en økende bekymring for mulige følger av langvarig bruk hos unge kvinner.

En mulig økt risiko for brystkreft i ung alder ved langvarig bruk av p-piller betyr totalt sett lite for kvinnene fordi brystkreft er en sjelden sykdom hos yngre kvinner. Videre må dette sees i lys av p-pillenes andre effekter. Det er enighet om at p-pille bruk nedsetter risiko for kreft i eggstokker og livmor. Samlet sett vil derfor forskrivningen av p-piller ikke måtte endres foreløpig.

Abstract
Arsmøtet i Tromsø

TOR LØVSET: SPIRALER I EN PRIVAT PRAKSIS

2008 Multiload spiraler innsatt i tidsrommet 1978 - 1986 vurdert med henblikk på dem som fikk spiralen fjernet pga graviditetsønske - og de som ble gravid når de brukte IUD som prevensjon.

Spiralene er satt inn, kontrollert og vurdert av en lege. Via eget skjema føres dataene inn i statistikkpakken MULVARP. Hver pas. vurderes med 46 forskjellige variabler - hver variabel har opp til 20 observasjoner.

378 fikk spiralen fjernet pga. primært graviditetsønske. Liten eller ingen forskjell mellom MULTILOAD 250 (ML250) og MULTILOAD 375 (ML375), så de er slått sammen.

23 pasienter er LFU. 14 forandret mening og ønsket ny prevensjon.

11 har fortsatt graviditetsønske. 330 er da blitt gravid. Spiralene hadde sittet fra 3 - 92 mndr - med en medianverdi på 22 mndr. Knappe 69 % ble gravide i løpet av de første 3 mndr. 91 % var blitt gravide innen 12 mndr., mens 4,5 % gikk over 18 mndr, av dem er 2,7 % senere blitt gravide.

GRAVIDITETSFORLØP: Ingen ble gravid extrauterint. 1 fortsatt normalt gravid i uke 36. 3 komplikasjoner: 1 abruptio, 1 PROM og 1 med misdannelser - alle barna døde.
25 pasienter = 7.6 % aborterte- hvorav 1 senabort.
301 pasienter = 91.2 % normalt svangerskap og fødsel, av de: 2 duplex, 2 barn er døde i krybbedød.

KONKLUSJON: BRUK AV SPIRAL NEDSETTER IKKE FERTILITETSEVNEN - DET BETYR HELLER IKKE NOE HVOR LENGE IUD HAR SITTET INTRAUTERINT. GRAVIDITETEN INNTREFFER ETTER KORT TID. DET ER FA ABORTER ELLER ANDRE KOMPLIKASJONER. OVER 91 % FØDER ET FRISKT BARN ETTER ET NORMALT SVANGERSKAPSFORLØP.

DE SOM BLE UØNSKET GRAVID - TROSS SPIRAL SOM PREVENSJON!!

Det er signifikanst forskjell mellom ML250 og ML375. Av 1254 ML250 spiraler innsatt 1978-84 - er det kun 22 (1,8%) LFU (lost follow up). Observasjonstid pr. IUD 0 - 113 mndr. Median 34 mndr - gjennomsnitt 30 mndr gir en total observasjonstid på vel 37.000 pasientmåneder for MULTILOAD-250 spiralen. 754 ML375 spiraler innsatt fra 1983 - 1986. Observasjonstid pr. spiral fra 0 - 72 måneder, med en median- og gjennomsnittsverdi 34 mndr. Total observasjonstid vel 25.000 pasientmndr. for ML375.

HVOR MANGE BLE SA GRAVID MED IUD SOM PREVENSJON?
Av 1254 ML250 ble 48 gravid, mens av 754 ML375 ble 11 gravid. 40 % av spiralene lå intrauterint for ML 250, kun 9% for ML375.

PRIVAT PRAKSIS

Periode 1978 - 1986 vurdert
gjennom fjernet pga graviditets-
brukte IUD som prevensjon.

gj vurdert av en lege. Via
statistikkpakken MULVARP.
gj variabel - hver variabel

gj graviditetsønske.
MULTILOAD 250 (ML250) og
gj sammen.

gj ønsket ny prevensjon.

gj er da blitt gravid.
gj år - med en medianverdi
gj i løpet av de første 3
gj 2 mndr., mens 4,5 % gikk
gj blitt gravide.

gj extrauterint. i fortsatt
gj soner: 1 abruptio, 1 PROM
gj føde.
gj grav 1 senabort.
gj perskap og fødsel,
gj i krybbedød.

gj IKKE FERTILITETSEVNE -
gj IUD HAR SITTET INTRAUTERINT.
gj ED. DET ER FA ABORTER ELLER
gj R ET FRISKT BARN ETTER ET

gj ERAL SOM PREVENSJON!!

gj ML250 og ML375.
gj 44 - er det kun 22 (1,8%)
gj pr. IUD 0 - 113 mndr.
gj gir en total
gj måneder for MULTILOAD-250

gj 1986. Observasjonstid pr.
gj median- og gjennomsnittsverdi
gj 5.000 pasientmndr. for ML375.

gj PREVENSJON?
gj 754 ML375 ble 11 gravid.
gj ML 250, kun 9% for

IUD i cervix og forsvunnet gir som ventet omtrent samme
forholdstall mellom ML250 og ML375.

Mens for de extrauterine er prosenten 8 for ML250, mens den
er 27% for ML375.!! Det er vanskelig å lese noe ut av statistikk
med et så lavt antall. For kontrollerer en derimot over 100
kvinneår blir det 0.13 ex.u. på ML250 og 0.14 på ML375 -
altså - nesten ingen forskjell.

DET SOM ER HELT SIKKERT I DENNE STUDIEN: LIGGER SPIRALEN
INTRAUTERINT ER MULTILOAD 375 SIGNIFIKANT SIKKERE ENN ML250.

HVOR MANGE MÅNEDER ETTER INNSETTING - INNTREFFER GRAVIDITEN ??

Hos de 14 hvor IUD er forsvunnet - skjer alle i løpet av de
første 24 måneder med jevn stigenede kurve.
De 18 hvor IUD lå i cervix når pas. kontakter lege er kun 3
blitt gravide i løpet av de første 12 måneder - deretter jevn
stigning til 39 måneder.
De 20 hvor spiralen lå intrauterint. Jevn stigning til 39
måneder - med en slenger etter 54 mndr.
4 av 7 extrauterine skjer mer enn 2 år etter innsettingen. 6
av spiralene lå intrauterint, 1 i cervix.

HVA SKJER MED GRAVIDITETEN HOS DEM SOM BLIR GRAVIDE MED IUD.
Det er en spontanabort-rate på ca 10 prosent. Nesten en tredjedel
valgte abortus provocatus, mens vel 45 % fødte normalt.
DET ER PAFALLENDE AT CA. HALVPARTEN VELGER Å GA FREM GRAVIDITETEN
OG AT DET ER SÅ LAV SPONTANABORTRATE.

HVILKEN FORM FOR PREVENSJON VALGTE KVINNEN ETTERPÅ.

1/4 del lot seg sterilisere.
22 % ønsket pillen.
OVER 30 % VALGTE SPIRALEN PÅ NYTT !!!

PEARL INDEX hvor alle graviditetene er medregnet.
For MULTILOAD 250 varierer Pearl index fra 1.30 - 1.83 - med
en totalverdi på 1.54. pr år.
For Multiload 375 er de samme tall varierende fra 0.50 til
0.68 med en totalverdi på 0.51.

DET ER HER SIGNIFIKANT FORSKJELL MELLOM MULTILOAD 250 OG 375.
ØKET MENGDE KOPPER GIR ØKET SIKKERHET MED HENBLIKK PÅ
GRAVIDITETSRSIKO.

Hos kvinner som tidligere har vært gravid og er over 35 år
er det kun registrert 1 uønsket graviditet på vel 16.500
pasientmndr

KONKLUSJONEN BLIR:

BRUK AV SPIRAL VIRKER IKKE NEGATIVT INN PÅ SENERE FERTILITETSEVNE
OG GRAVIDITETEN INNTREFFER RASKT - MED FA ABORTER.
MULTILOAD 375 ER EN MEGET SIKKER SPIRAL. 1 GRAVIDITET PÅ 2500
PASIENTMÅNEDER - UAVHENGIG AV HVOR LENGE SPIRALEN HAR SITTET
INTRAUTERINT.
SPIRAL ER VELEGNET PREVENSJONSMIDDEL FOR KVINNER SOM HAR VÆRT
GRAVID, OG SPESIELT VELEGNET FOR DEM OVER 35 ÅR

Abstract

Arsmetod i Tromsø

**JONE TROVIK* OG JOSTEIN TJUGUM:
ABORTUS PROVOCATUS- LAMINOR ELLER CERVAGEM ?**

*Noverande arbeidstad: Kir. avd., Haukeland Sykehus

Ved provosert abort i 1. trimester, er hovudinngrepet instrumentell tømning av uterinkaviteten. Preoperativ behandling med prostaglandiner vaginalt eller innsetjing av cervixstifter, vil oppmjuka og utvida livmorhalsen, -noko ein meiner minskar talet av abortkomplikasjonar. I denne studien samanliknast Cervagem (1 mg vagitorium gemeprostat- 16.16 dimethyl-trans delta, PG E, methylester) og Laminor (ein norskprodusert Laminarstift).

Materiale og metode: I alt 53 kvinner, 28 i Laminor- og 25 i Cervagemgruppa, vart med i undersøkinga. Gjennomsnittsalder, paritet og gestasjonslengd var jamførande for gruppene. Laminor, 3 eller 4 mm, blei innsett ca. 16 timar preoperativt (av lækjar) og Cervagem ca 4 timar innan operasjon (av sjukepleiar). Det vart registrert pre- og peroperativ blødning, preoperativ smerte og bruk av analgetika, samt peroperativ cervixkonsistens og -dilatasjonsgrad.

Resultat: Tre Laminorinnsetjingar var mislukka. Femten kvinner i Cervagemgruppa oppgav lette/moderate og to kvinner sterke smerter preoperativt. Tala for Laminorbrukarane var høvesvis 8 og 0. Gruppene viste ingen skilnad i bruk av analgetika preoperativt. Begge behandlingsformene var utan pre- eller peroperative blødningskomplikasjonar. Cervixkonsistensen var mjuk hos 10 og middels fast hos 15 med Cervagem, medan Laminorgruppa hadde 15 mjuke og 9 middels faste samt 1 med fast cervixkonsistens.

Cervixdilatasjon (før evt. utviding med Hegarstift) var med Laminor $9,4 \pm 1,39$ (Mean \pm SD) og med Cervagem $7,8 \pm 1,68$.

Konklusjon. Studien tyder på at Laminor, rett applisert gir betre cervixmogning med større cervicåpning enn Cervagem. Andre undersøkingar har vist at det vart færre postoperative infeksjonar med laminarbruk enn utan noko førbehandling. Dessutan koster ein Laminorstift berre 1/10 av eit Cervagemvagitorium (ca 25 kr vs. 300 kr=).

Ut i frå dette tilrår vi bruk av Laminarstift, ved inneliggjande og polikliniske pasientar, til alle 0-para og frå 9.-10. graviditetaveke hjå ein- eller fleirpara ved provosert abort i 1. trimester. Ved uterustømning i 2. trimester, trur vi kombinasjonen Laminor/Cervagem kan nyttast med fordel.

KOLLEKTIV ANSVARSFORSIKRING FOR MEDLEMMER AV DNLF

N TJUGUM:
ELLER CERVAGEM ?

eland Sykehus

r hovudinngrepet
ten. Preoperativ behandling
nsetjing av cervixstifter,
-noko ein meiner minskar
studien samanliknast
16.16 dimethyl-trans
ein norskprodusert

, 28 i Laminor- og 25 i
ga. Gjennomsnittsalder,
ande for gruppane. Laminor,
ar preoperativt (av
operasjon (av sjukepleiar).
iv blødning, preoperativ
operativ cervixkonsistens

mislukka. Femten kvinner
e og to kvinner sterke
rbrukarane var høvesvis
i bruk av analgetika
e var utan pre- eller
Cervixkonsistensen var
d Cervagem, medan
dels faste samt i med

ing med Hegarstift) var
) og med Cervagem 7,8

or, rett applisert gir
Åpning enn Cervagem.
art færre postoperative
noko førbehandling.
e 1/10 av eit
kr=.

narstift, ved inneliggjande
-para og frå 9.-10.
ara ved provosert abort
. trimester, trur vi
ttast med fordel.

Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening melder i nr. 23 at DNLF har inngått en avtale med VESTA HYGEA om en kollektiv obligatorisk ansvarsforsikring for Lægeforeningens medlemmer. Premien blir kr 200.- pr år, og det medfører en besparelse på kr 450.- pr år i forhold til det prishopp en slik forsikring fikk på individuell basis. Premien innkreves sammen med kontigenten, og kun medlemmer av DNLF får denne fordel.

Utenlandske leger som arbeider i Norge en begrenset periode, kan tilsluttes ordningen etter avtale med DNLF.

Pensjonerte leger som opprettholder sin autorisasjon, må betale premien selv om de er fritatt for kontigent til foreningen.

Premien betales sammen med kontigenten for 1990. Kontigenten må betales innen utgangen av januar 1990 for at forsikringen skal gjelde. DNLF er forpliktiget til å sende liste til Sosialdepartementet over de som betaler sin forsikring. De som ikke ordner sin forsikring mister etter Legeloven sin autorisasjon.

De som har forsikringer som forfaller til betaling før 1.3.1990 kan tegne overgangsforsikring i VESTA HYGEA frem til det tidspunkt den kollektive avtale settes i drift. Det er vist i Tidsskriftet nr 23, side 100 hvordan det gjøres praktisk.

PEB

KURSER, MØTER, KONGRESSER

NORGE

**LEGERS VIDERE- OG ETTERUTDANNELSESKURS, GODKJENT I RELASJON
TIL SPESIALISTREGLENE.**

Universitetet i Oslo

- 18.-21.9.89 Kurs 1980: Genetikk i praktisk medisin
Sted: Lille audit, Bygg for preklin. med., Sogn-
svannaveien 9, Oslo 3
Kursleder: Professor Kåre Berg
Kursavgift: Kr 1200.-
Påmelding: 1.8.
- 6.-7.10.89 Kurs 1996: Omsorg for svangre og nyfødte
Sted: Audit, Buskerud sentralsh, Drammen
Kursleder: Overlege Medalen, Gyn avd., Buskerud
sentrsh, 3004 Drammen
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: 1.9. Begrenset til 100
- 9.10.89 Kurs 1997: Gynekologisk endokrinologi
OBLIGATORISK Sted: Audit., Østfløyen, Aker sh
Kursleder: Prof. Gjønnæss, KK, Aker sh, 0514 Oslo
5 Kursavgift: Kr 500.-
Påmelding: 15.9.
- 10.-13.10.89 Kurs 2000: Obstetrisk grunnkurs
OBLIGATORISK Sted: Kir.aud., Aker sh
Påmelding: Overlege Helge Jenssen
Kursavgift: Kr 1200.-
Påmelding: 15.9. Begrenset til 50
- 6.11.89 Kurs 2013: Sponten abort
Sted: Audit, KK, Rikshospitalet
Kursleder: Overlege Sv.Stray-Pedersen,
KK, Rikshospitalet, 0027 Oslo 1
Kursavgift: Kr 500.-
Påmelding: 1.10. Begrenset til 40
- 7.-8.11.89 Kurs 2016: Obstetrisk overvåking
OBLIGATORISK Sted: Audit, KK, Rikshospitalet
Kursleder: Professor Narve Moe, KK,
Rikshospitalet, 0027 Oslo 1
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: 1.9. Begrenset til 40

ER

SKURS, GODKJENT I RELASJON

Praktisk medisin
for preklin. med., Sogn-

ve Berg

Svangre og nyfødte
sentralsh, Drammen
alen, Gyn avd., Buskerud

Begrenset til 100

Endokrinologi
aker sh
s, KK, Aker sh, 0514 Oslo

Grunnkurs

ge Jenssen

Begrenset til 50

Rikshospitalet
Stray-Pedersen,
Oslo 1

Begrenset til 40

Overvåking
spitalet
ve Moe, KK,
Oslo 1

Begrenset til 40

9.11.89 Kurs 2018: Mannlig infertilitet
OBLIGATORISK Sted: Audit, KK, Rikshospitalet
Kursleder: Overlege Abyholm, KK, Rikshospitalet,
0027 Oslo 1
Kursavgift: Kr 500.-
Påmelding 15.9. Begrenset til 20

10.11.89 Kurs 2020: Assistert fertilisering
OBLIGATORISK Sted: Audit, KK, Rikshospitalet
Kursleder: Som kurs 2018
Kursavgift: Kr 500.-
Påmelding 15.9. Begrenset til 30

Universitetet i Bergen

Påmelding til alle kursene: Det medisinske fakultets sekretariat,
Boks 25, 5027 Bergen

2.-4.10.89 Kurs 721: Svangerskapet, fysiologi, patofysiologi
OBLIGATORISK og kontroll
Sted: KK, Haukeland sh
Kursavgift: Kr 900.-
Påmelding: 25.8. Begrenset til 20

5.10.89 Kurs 725: Fosterovervåking
OBLIGATORISK Sted: KK, Haukeland sh
Kursavgift: Kr 500.-
Påmelding: 25.9.

13.-17.11.89 Kurs 745: Grunnkurs i administrasjon
OBLIGATORISK Sted: Store auditorium, Haukeland sh
Kursavgift: Kr 1500.-
Påmelding: 15.10. Begrenset til 50

Universitetet i Trondheim

Påmelding til alle kursene: Kontor for legers vidre- og etterut-
danning, Universitetet i Trondheim, Eirik Jarls gt 10, 7030
Trondheim

Oktober 89 Kurs 478: Reproduksjon og infertilitet
Sted: Røde Kors Audit, RiT
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: august 89 Begrenset til 40

DE GYNEKOLOGISKE LOKALFORENINGER

Vestlandske Gynekologforening
25.11.89 Høstmøte på SAS Royal Hotell, Bergen
Opplysning: Overlege Knut Gjelland, KK Haukeland
Programmet foreligger ikke ennå, det blir variert

Sernorsk Gynekologisk Forening,

Nordenfjeldske Gynekologiske Forening

Oslo Gyn Forening

- To 19.10.89 Fosterovervåking ved hjelp av EKG.
v/ Perinatalgruppen, Gøteborg
Spesielt program sendes ut av firmaet MEDICO
- F 3.11.89 Kasuistikk møte
- L 18.11.89 Møte med Nord-Tysk Gyn Forening. Program ikke
endelig fastlagt
- F 1.12.89 Intraabdominell laserkirurgi.
Etter møtet: julefest !

ANDRE

Norsk Perinatalmedisinsk Forening

- 10.-12.11.1989 Perinataldagene
Trondheim
Påmelding: Administrasjonsservice,
Postboks 6, 6860 Sandane
6860 Sandane Tlf: 057-66211

Norsk Gynekologisk Forening

- 6.-9.9.1990 Årsmøte
Kristiansand
- 5.-10.9.1991 Årsmøte
Fredrikstad

NORDISKE OG INTERNASJONALE KONGRESSER OG MØTER

- 21.-24.9.89 Fellesmøte mellom DSOG og the 5th District of
the American Society of Obstetrics and Gynecology
- 1.-6.10.89 13. World Congress of Fertility and Sterility
Casablanca, Marokko
Contact: Congress Secretariat, Societé Marocaine
de Fertility-Contraception, PO Box 12537 Ain-
Diab, Casablanca, Marokko
- 3.-10.1989 Advanced Course for Obstetricians and
Gynaecologists
Queen Charlotte's & Chelsea Hospital, London
Contact: Symposium Secretary, RPMS Institute of
Obstetrics & Gynaecology, Queen Charlotte's and
Chelsea Hospital, Goldhawk Road, London W6
OXG, England Telefon 01-740 3904
- 15.-17.10.89 The Second Meeting of the Scandinavian Society
for Laser Therapy
Espoo, Finland
Contact: Arja Jumpponen, II Dept of Surgery, 3rd
Floor, Helsinki University Central Hospital,
Haartmaninkatu 4, 00290 Helsinki, Finland

p av EKG.
borg
t av firmaet MEDICO

rening. Program ikke
rgi.

sservice,
7-66211

SSER OG MØTER

the 5th District of
Obstetrics and Gynecology

ility and Sterility

riat, Societé Marocaine
n, PO Box 12537 Ain-

tricians and

ea Hospital, London
ary, RPMS Institute of
Queen Charlotte's and
wk Road, London W6
fon 01-740 3904

Scandinavian Society

II Dept of Surgery, 3rd
Central Hospital,
elsinki, Finland

- 27.-29.10.89 2nd Int. Symposium on Diabetes and Pregnancy
Fiuggi, Italia
Contact: Organising Secretariat, Centro Fiuggi
Via Alessandra Specchi 10, 00186 Rom, Italia
Fax 6784690
- 3.-4.11.1989 Current Status and Future Developments in
Transvaginal Ultrasonography
Rotterdam, Holland
Contact: Hoboken Congress Organization
Erasmus University Rotterdam
PO Box 1738, 3000 DR Rotterdam, Holland
- 6.-7.11.1989 Educational Course: Colposcopy
London, England
Contact: Postgraduate Secretary, RCOG
- 12.-16.11.1989 First World Congress of Infectious Diseases in
Ob/Gyn
Hawaii, USA
Contact: Prof E R Weissenbacher
Ludwig-Maximilians-Universitäts München
Klinikum Grosshadern
Marchionistrasse 15
8000 München 70- Vesttyskland
- 13.-17.11.1989 Reproductive Health Care. Advanced Course in
Health Care in Developing Countries
Contact: ICH, Course Assistant, University
Hospital, entrance 11, S-751 85 Uppsala, Sverige
- 20.-24.11.1989 Perinatal Health Care. Advanced Course in
Health Care in Developing Countries
Contact: Se over
- 2.-3.12.1989 Introduction to Practical Gynaecological Laser
Surgery
Sheffield, England
Contact: Professor F Sharp, Dept of Obst & Gyn
Clinical Sciences Centre, Northern General
Hospital
Herries Road, Sheffield s5 7AU, England
- 13.-17.5.1990 7th World Congress of Cervical Pathology and
Colposcopy
Rom, Italia
Contact: Studio EGA Professional Congress
Organisers, Viale Tiziano 19, 00196 Rom.
Fax 6 39 64 377
- 11.-14.6. 1990 Nordisk förening för obstetrik och gynekologi
XXVII Kongress
Uppsala, Sverige 11-14 juni 1990.
Närmere opplysninger senere.

- 26.6.-1.7.1990 7th World Congress on Human Reproduction
Helsinki, Finland
Contact: Secretariat of the 7th World Congress
of Human Reproduction, Congrex/Tooio Travel Ltd
PO Box 1031, 00101 Helsinki
Fax 175 172
- 2.-6.7.1990 Annual Conference of the Society for the Study
of Fertility
Sheffield, England
Contact: SSF Business Office, 141 Newmarket Rd,
Cambridge, CB5 8HA, England
- 21.-25.8.1990 Randomized Controlled Trials in Neonatology
Neonatal Research & Technology assessment, Inc.
Vermont-Oxford Trial Facilitation Service
Lincoln College, Oxford, England.
Registration limited to 80.
For information contact: Lynn Stillman, Secretary
NRTA, Inc. 52 Overlake Park
Burlington, VT 05401, USA
- 3.-6.10.1990 5th Meeting of the European Association of
Gynaecologists and Obstetricians
Athen, Grekenland
Contact: Decretariat Olga C Dimopoulus
4 Monis Petraki Street, 115 21 Athen
Fax 72 28 001
- 14.-20.10.1990 Third International Symposium on Osteoporosis
and Consensus Development Conference
København, Danmark
Contact: Dept of Clin Chemistry, Glostrup Hospital
DK 2600 Glostrup
- 1.-6.9.1991 Vith World Congress in Ultrasound
København, Danmark
Contact: Spadille Congress Service
Sommervej 3, 3100 Hornbæk
Tlf 02 202496
- 15.-20.9.1991 XIIIth World Congress of Gynaecology and
Obstetrics
Singapore
Contact: Dr. PC Wong, Secretary General, Dept
of Obst & Gyn, National University Hospital, Lower
Kent Ridge Road, Singapore 0511, Republic of
Singapore

Human Reproduction

the 7th World Congress
Congrex/Toolo Travel Ltd
Inki

Society for the Study

Office, 141 Newmarket Rd,
London

Trials in Neonatology

Technology assessment, Inc.
Simulation Service
London, England.
1980.

Lynn Stillman, Secretary
Park
USA

European Association of
Gynecologists

Georgia C Dimopoulos
115 21 Athen

Symposium on Osteoporosis
International Conference

Chemistry, Glostrup Hospital

Ultrasound

Research Service
Oslo

International Society of
Gynecology and

Secretary General, Dept
University Hospital, Lower
Floor 0511, Republic of

NORSK PERINATALMEDISINSK FORENING

3. Norske Perinataldagene i Trondheim 10-12 november 1989

Royal Garden Hotel

Faglig program

1300 Apning
1305 Karin B Nelson, NIH, Bethesda, USA:
Intrapartum events and cerebral palsy
1420 Malcolm Levene, Leeds:
Cerebral hemorrhagia and hypoxi ischemic events
1520 Alf Meberg, Tønsberg:
Cerebral palsy as a parameter in perinatal quality
control
1630 Bertha Berg, Aker:
"Hjemmefødsel på sykehus"
1730 Kari Gloppestad:
Betydning av tidlig kontakt ved prematur fødsel
1800 Utstillerne presenterer seg
2000 FESTMIDDAG

Lørdag 12. november

0900 Gösta Rooth, Uppsala:
Perinatal syre-base balanse
1000 Karin B. Nelson, NIH, Bethesda, USA:
Perinatal asphyxia
1100 Generalforsamling
1200 LUNCH
1330 Gro Nyländer, Rikshospitalet:
Røyking, graviditet og amming
1400 Frie foredrag

AVSLUTNING

Påmelding til:
ADMINISTRASJONSSERVICE
POSTBOKS 6
6860 SANDANE Tlf 057-66211

INNHold

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING styre og utvalg	2
Mette Moen: FRA STYRET	3
Einar Johannesen: PRESENTASJON AV: GYN/OBST AVD, HÅRSTAD SYKEHUS	4
Anton Langebrække: Laserlaparoskopier	6
Kjell E. Kjørstad: Behandling og kontroll av cervixdysplasier.	8
Knut Hoff Kierulf: Gynekologisk CO, laser- behandling. Kursreferat.	12
Mette Moen: Second International Symposium on Endometriosis. Kursreferat	13
Per E. Børdahl: Nordisk Forening for Obst/Gyn	15
Disputaser:	
Johan C Røder: Premedikasjon og generell anestesi ved poliklinisk gyn. kirurgi	16
Eiliv Lund: P-piller og brystkreft	17
Abstracts:	
Tor Løvset: Spiraler i en privat praksis	18
Jone Trovik og Jostein Tjugum: Abortus provocatus- laminar eller cervagem ?	20
Kollektiv ansvarsforsikring for medlemmer av DNLF	21
KURSER, MØTER, KONGRESSER	22
3. Norske Perinataldager i Trondheim	27

I REDAKSJONEN

Per E. Børdahl (redakter) Ramstadåsveien 19, 1322 Høvik, tlf
12 38 81. Arbeide: 1316 Børum Sykehus, tlf 54 28 50

Fridtjof Jerve, Olav Nygardsvei 215, 0688 Oslo 6, tlf 27 11 12
Arbeide: Ullevål Sykehus, tlf 46 18 70

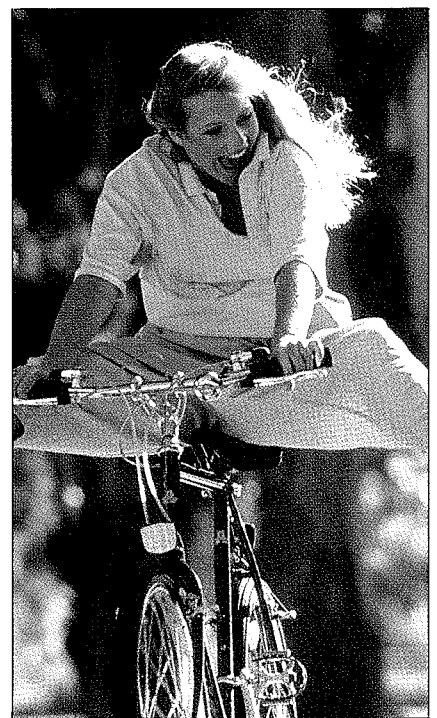
Thomas Abyholm, Østadsalsveien 63B, 0753 Oslo 7, tlf 50 00 33
Arbeide: Rikshospitalet, 0027 Oslo 1, tlf 20 10 50

Alle telefoner: 02-området

Dead-line for neste nummer: 20.11.1989

Trionetta

Etinyløstradiol + Levonorgestrel
Lavdosert trefasisk P-pille



Postboks 180, 1321 Stabekk.
Telefon 02/12 15 96

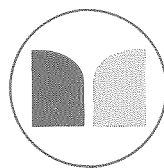
SCHERING

etta

etylørstradiol + Levonorgestrel
dosert trefasisk P-pille



SCHERING



Marvelon®

DESOGESTREL OG ETINYLØSTRADIOL

med desogestrel

- p-pillegestagenet nærmest naturlig progesteron

Marvelon «Organon» Antikonsepsjonsmiddel

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Desogestrel 0,150 mg., etinyløstradiol 0,030 mg. Constil. q.s.

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Monofasisk østrogen/gestagen kombinasjon med god cyklisk kontroll. God antikonsepsjonell sikkerhet. Pearl Index: Metodefall 0,0 (0,0-0,2). Pasientfeil 0,1 (0,0-0,4). Ingen androgen effekt forventes, og bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert. Normalt liten eller ingen vektforandring. Øker plasmakonsentrasjonen av HDL-cholesterol.

Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervikalsekretet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon. *Absorpsjon:* Hurtig. Maksimal plasmakonsentrasjon: Desogestrel: 0,8-1,3 timer.

Etinyløstradiol: Ca. 1 time. *Halveringstid:* Desogestrel: ca. 1,5 time. 3-keto-desogestrel (aktiv metabollitt): 16-21 timer. *Etinyløstradiol:* ca. 25 timer. *Metabolisme:* Både etinyløstradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. *Utskillelse:* Via urin og fæces. *Overgang i morsmelk:* Man har påvist både østrogen og gestagen i morsmelk.

INDIKASJONER: Antikonsepsjon

KONTRAINDIKASJONER: *Absolutte:* Tromboflebitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dublin-Johnsons syndrom, Rotor-syndrom, graviditets-ikterus i anamnesen (gjennomgått hepatitt med normalisert leverfunksjon er ikke kontraindisert). Verifisert eller mistenkt cancer mammae, verifisert eller mistenkt østrogenavhengige tumorer, udiagnostisert genitalblødning, graviditet, arteriell hypertensjon, Sickle-cell anemi, porfyri, herpes gestationes i anamnesen. *Relative:* ikke-etablert menstruasjon.

BIVIRKNINGER: Avtørlige bivirkninger som tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Andre bivirkninger er blødningsforstyrrelser, vannretensjon, mastalgi, kvalme, hodepine, migræne og mentale forstyrrelser (depresjon), samt synsforstyrrelser. Endring av vekt, libido, samt klinisk-kjemisk normalverdier og tester. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Opptrer tegn på ikterus, ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tilfeller av leverforandring (adenom, fokal nodulær hyperplasi) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringene kan arte seg som akutte buksmerter eller tegn på intra-abdominell blødning.

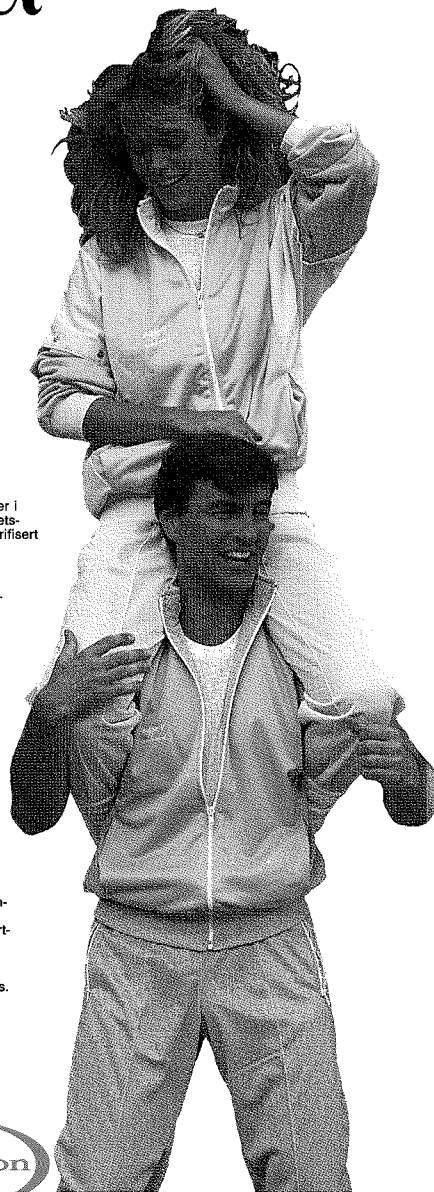
FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling institueres grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammae-undersøkelse, sukker i urinen, blodtrykksmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrolleres hvert halvår. Ved disse undersøkelser bør spesiell oppmerksomhet rettes mot cykluslengde, kroppsvekt, blodtrykk, bryst og bekkenorganer, ben og hud. Cytologiske prøver skal tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-karsykdom. Denne risikoen er ytterligere øket hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer tegn på tromboembolier under behandlingen, skal preparatet umiddelbart seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av prevensjonstabletter må avbrytes 14 dager før kirurgisk inngrep, som kan tenkes å medføre økt tromboseisiko. Prevensjonstabletter kan nedsette glykose-toleransen, og diabetikere bør stå under streng legekonsroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migræne. Unge kvinner med ikke-stabiliserte sykler, samt kvinner med oligomenoré eller sekundær amenoré bør helst anvende annen form for prevensjon. Unge kvinner bør ha etablert bifasiske sykler før prevensjonstabletter forskrives. Prevensjonstabletter kan fremkalle for høyt blodtrykk hos disponerte kvinner, og blodtrykket bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved markant blodtrykksstigning bør preparatet seponeres. Ved utblitt bortfallsblødning bør man undersøke om graviditet foreligger, og ved positiv test skal tablettinntaket avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnen har glemt å ta. Er bortfallsblødning utblitt i 2 på hverandre følgende sykler, skal graviditetstest alltid utføres. Preparatets effekt kan bli redusert ved oppkast og diaré. Andre ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler bør da benyttes.

INTERAKSJONER: Samtidig inntak av andre legemidler som rifampicin, barbiturater og hydantoinderivater minsker preparatets pålitelighet.

DOSERING: 1 tablett daglig i 21 dager fra menstruasjonens første dag. Etter 7 tablettfrie dager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablett av en eller annen årsak ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablett tas som vanlig om kvelden samme dag. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon anvendes i tillegg den første uke.

PAKNINGER OG PRISER: 3 x 21 Kr. 82,30 6 x 21 Kr. 154,00
1.3.1988

ORGANON A/S - POSTBOKS 325 - 1371 ASKER - TLF. (02) 78 43 65





TRINORDIOL®

ethinyløstradiol + levonorgestrel

START Så anvendes Trinordiol:

1. Starte alltid på første blødningsdag med alt to tablett i nærmest startpilen. Skrap bort den gule ringelmerkningen > ved siden av den vekkodag du starter. Denne dag blir också startdag for valje ny tablettkart.
2. Ta en tablett hver dag. Følg stivona i pilans røking.
3. Når tablettkanta er slut går ta et opphald på 7 dagar innan Du starter med påsta kerta.

Kontroll: Startdagen (dag 1) och dag 8 och 15 kommer alltid att infalla på samma vekkodag. Dessa dagar är markerade med røtt tryck och ger Dig ytterligere møyighet att kontrollera att Du tar tablettene på røtt dag.

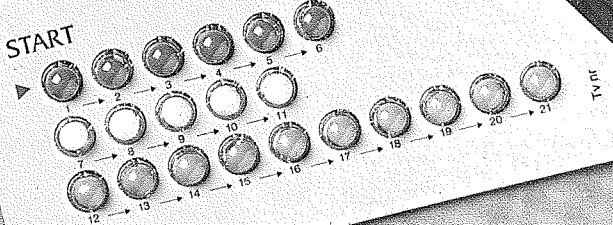
För vidare information se användningsföreskrift. Förvaras påtkomligt för barn.

Hvordan brukes Trinordiol:

1. Start alltid på 1. blødningsdag ved å ta tablett i nærmest startpilen. Skrap bort den gule ringelmerkningen > ved siden av den vekkodagen du starter på. Denne vil også bli startdagen for valje ny tablettkart.
2. Ta en tablett hver dag. Følg tallene i pilens røking.
3. Etter avsluttet brett gjør du et opphold på 7 dager før du starter på nytt brett.

Kontroll: Startdagen (dag 1) og dagene 8 og 15 vil alltid falle på samme vekkodag. Disse dagene er angitt med røtt trykk og gir deg ekstra møyighet til å kontrollere at du tar tablettene på røtt dag.

Les pakningsvedlegget nøye. Oppbevares utilgjengelig for barn.



Trinordiol®

KABI

– med bruksveiledning på brettet

DIOL®

estrel



ng på brettet

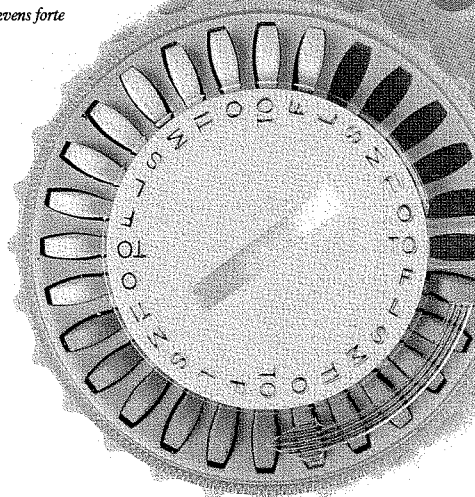
NOVO'S LILLE RØDE

Trisekvens®

Eneste* sekvenspreparat med aktiv behandling i hele syklus.

*Gjelder også Trisekvens forte

Aktive tabletter også i 4. syklusuke gir symptomlindring i hele syklus.



Nøytral lipidprofil^{1,2,3}

1. Fletcher, C D et al, *Maturitas* 1984; 6: 279-83
2. Christiansen, C et al, *Maturitas* 1984; 6: 193-99
3. Munk-Jensen, N (*Pres. Crans Montana* 1988)

C Trisekvens «Novo» C Trisekvens forte «Novo»

Østrogen-progestogen sekvenspreparat. ATC nr.: G03F 806

TABLETTER: Trisekvens: Hver pakning inneholder 12 blå, 10 hvite og 6 røde tabletter. Hver blå tablett inneholder: Østradiol 2 mg, østriol 1 mg. Hver hvit tablett inneholder: Østradiol 2 mg, østriol 1 mg, noretisteronacetat 1 mg. Hver rød tablett inneholder: Østradiol 1 mg, østriol 0,5 mg. Alle tabletterne er filmrasjert. Fargestoff: Indigotin, jernoksyd.

TABLETTER: Trisekvens forte: Hver pakning inneholder 12 gule, 10 hvite og 6 røde tabletter. Hver gul tablett inneholder: Østradiol 4 mg, østriol 2 mg. Hver hvit tablett inneholder: Østradiol 4 mg, østriol 2 mg, noretisteronacetat 1 mg. Hver rød tablett inneholder: Østradiol 1 mg, østriol 0,5 mg. Alle tabletterne er filmrasjert. Fargestoff: Jernoksyd.

Egenskaper: Klassifisering: Trefasiske østrogen-progestogenpreparater bestående av de naturlige humane østrogenene 17 β -østradiol og østriol samt progestogenet noretisteronacetat i behandlingsens annen fase.

Virkningsmekanisme: Substituerer den reduserte østrogenproduksjon, slik at de subjektive østrogenmangelsymptomene forsvinner eller reduseres. Tilsetning av noretisteronacetat i annen fase av behandlingscyklus (hvite tabletter) fører til en sekretorisk transformasjon av endometriet som avsettes og resulterer i en menstrasjonslignende blødning, vanligvis under tredje fase (røde tabletter). Den lave østrogen dosen i tredje fase avbryter ikke blødningen og er i stand til å holde pasientens symptomer. Den objektive effekt kan påvises i vagina, cervix og endometrium samt ved reduksjon av plasma FSH.

Absorpsjon: Noretisteronacetat absorberes hurtig. Fritt mikronisert østradiol og østriol absorberes hurtig etter oral administrasjon, og maksimal serumkonsentrasjon oppnås etter 2-4 timer. Metabolisme: Hurtig delvis perifer og delvis i leveren. **Utskillelse:** Via urin. **Undersøkelser:** med Trisekvens og Trisekvens forte har vist at serumlipidkonsentrasjonene senkes eller forblir uforandret. Ingen signifikante forandringer i leverfunksjonen er observert. **Undersøkelser:** har ikke vist noen forandringer i antitrombin III verdier.

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel. Forebygging av knokkeltetthets tap hos postmenopausale kvinner som er spesielt disponert for osteoporose.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkt trykksår, kjent eller mistenkt østrogenavhengig neoplastisk sykdom eller andre hormonavhengige tumorer skal ikke gis østrogenbehandling. Blodtrykket har ikke stegst under de utførte undersøkelsene.

Forsiktighetsregler: Generelt: Økt risiko for endometrie-cancer må tas med i vurderingen når østrogenbehandling startes eller fortsettes da østrogen har en naturlig proliferasjonsfremmende virkning på endometriet. Sekvensbehandling med østrogen plusse progestogen i annen fase resulterer imidlertid i transformasjon av endometriet som avsettes fullstendig i slutten av hver behandlingscyklus. Nyere

prospektive undersøkelser har vist at slik sekvensbehandling reduserer faren for overstimulering og endometriehyperplasi. Den kliniske betydning av dette er ikke klarlagt, da sammenheng mellom hyperplasi og kreftsjansen i endometriet er usikker. **Anamnese:** Det er holdningspunkter for at overvekt og antagelig hypertensjon og diabetes mellitus er predisponerende faktorer for endometrie-cancer, og det bør utvises særlig forsiktighet i disse tilfellene og der familieredisposisjon for slike tilstander er tilstede. Pasienter med epilepsi, migrene, diabetes, astma eller hjerte-karforstyrrelser bør kontrolleres omhyggelig, da østrogenene evt. kan forverre disse tilstandene. **Forsiktighet:** må også utvises ved myomer/vekst av myomer. **Undersøkelser:** Pasienten undersøkes nøye for å utelukke enhver mulighet for genital- eller mamma-tumorer. Grunnlig gynekologisk undersøkelse bør for sikrings skyld foretas regelmessig hver 6.-12. måned. **Seponering:** Ved tegn på tromboflebit, tromboemboliske lidelser, akutt hepatitt, migrene-lignende hodepine, plutselige synsforstyrrelser eller signifikant økning av blodtrykk. Det anbefales å seponere behandlingen 4-5 uker før operativt inngrep, under lengre tids sengelie eller ved immobiliserende skader. Hvis det opptrer unormal blødning etter de første 2-3 måneders behandling, bør det foretas en undersøkelse for å utelukke evt. maligne tilstander. Behandlingen kan evt. avbrytes med 6-12 måneders intervaller for å klarlegge om fortsatt behandling er nødvendig. Preparatene har ingen kontraseptiv effekt.

Dosering: Anbefalt behandling: 1 tablett pr. dag kontinuerlig. Regelmessige blødninger opptrer vanligvis når de røde tablettene tas, evt. allerede ved de siste hvite tabletter. **Kvinner som framdeles har menstruasjoner,** begynner behandlingen på 5. menstruasjonsdag. **Pasienter som har gjennomgått abbasio,** begynner behandlingen 5 dager etter. Alle andre pasienter kan starte behandlingen når som helst. **Generelt:** bør behandlingen starte med den svake styrke, Trisekvens, og hvis det ikke er oppnådd tilstrekkelig effekt etter 2-3 måneders observasjon, skiftes til Trisekvens forte. **Evt. uregelmessige blødninger** oppstår under behandling med Trisekvens de første 2-3 måneder av behandlingen, elimineres vanligvis ved å skifte til Trisekvens forte. **Hos pasienter med kraftige symptomer** bør behandlingen innledes med Trisekvens forte. **Alternativ behandling:** **Kvinner med inntak av oral kontraceptiv med 21 dager** kan begynne med Trisekvens forte i postmenopausen behandles med Trisekvens henholdsvis Trisekvens forte innskutt etter eks. 1-3 måneders behandling med rene østrogenpreparater. **Et slikt behandlingsregime** inducerer avstopping av endometriet med fortløpende intervaller. **Forglemmelser:** Deres pasienter skulle glemme å ta en eller flere tabletter, fortsettes behandlingen med den første glemte tablett. **Den innerste skiven** på esken dreies tilbake slik at ukedagen hvor behandlingen gjenopptas, står ut for den første glemte tablett. **Pakninger:** Dispenser à 28 stk. og 3 x 28 stk.

NOVO

Novo Industri A.S
Postboks 24
1351 RUD
Tlf. (02)130720

