

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

3 • 2022



ÅRSMØTEUTGAVEN 2022
KRISTIANSAND 26.-28. OKTOBER

Årsmøte i Kristiansand 2022 s. 15

Med Leger uten grenser i Jemen s. 28

«Du har ikke spurt meg om kvalme!»
– Et intervju med Jone Trovik s. 34



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



DEN FØRSTE P-PILLEN SOM INNEHOLDER ESTETROL¹

Virker selektivt på ulike vev²⁻⁷
Østrogeneffekt på endometriet, vaginaen og skjelettet²⁻⁴
Liten østrogeneffekt på leveren og brystvevet²⁻⁷

I kombinasjon med drospirenon får vi en p-pille som gir et forutsigbart blødningsmønster. Den er godt tolerert og har liten påvirkning på humør og libido.⁸

Referanser: 1. SmpC Drovelis 22.04.2022. 2. Abot A, et al. EMBO Mol Med 2014;6(10):1328-1346. 3. Arnal JF, et al. Physiol Rev 2017;1:97(3):1045-1087. 4. Coelingh-Bennink HJ, et al. J Reproduktionsmed Endokrinol_Online 2015; 12(4). 5. Giretti MS, et al. Front Endocrinol (Lausanne) 2014; 5:80-6. Gérard et al. J Endocrinol 2015; 224(1):85-95. 7. Singer CF, et al. Carcinogenesis 2014; 35(11):2447-51. 8. Gemzell-Danielsson K, et al. BJOG. 2022 Jan;129(1):63-71.

▼ Drovelis (estetrol, drospirenon)

Antikonseptjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A18. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. **TABLETTER, filmrasjerte 3 mg/14,2 mg.** **Indikasjoner:** Oral antikonsepsjon. Beslutning om forskrivning bør ta hensyn til den enkelte kvinnes nåværende risikofaktorer, særlig de for venøs tromboembolisme (VTE), og hvordan risikoen for VTE med Drovelis er sammenlignet med andre kombinerte hormonelle antikonseptiva (CHC). **Dosering:** Tablett 1-24 er aktive (rosa), tablett 25-28 er placebo (hvite). Begynn på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsatt med 1 tablett hver dag i 28 dager (som vist på pillebrettet). Gå direkte over til nytt brett uten opphold. **Ved overgang/bytte fra annen prevensjon:** Se pakningsvedlegg/SPC. **Etter abort i 1. trimester:** Behandling kan starte umiddelbart. **Etter fødsel eller abort i 2. trimester:** Det anbefales å begynne mellom dag 21 og 28 etter fødsel eller abort i 2. trimester. **Utsettelse av menstruasjonen:** Menstruasjonen kan utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de hvite placebo-tablettene. For mer informasjon om endring/uttsettelse av menstruasjon, se pakningsvedlegg/SPC. **Glemte tabletter/Gastrointestinale forstyrrelser:** Hvis tabletten tas >24 timer for sent, eller ved oppkast og diaré innen 3-4 timer etter tablettinntak, kan prevensjonseffekten være redusert og forholdsregler anbefalt ved glemte tabletter bør følges, se pakningsvedlegg/SPC. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Kontraindisert ved alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. **Nedsatt nyrefunksjon:** Kontraindisert ved alvorlig nyresykdom. **Barn og ungdom <16 år:** Er kun indisert etter 1. menstruasjonsblødning. **Administrering:** Tas hver dag rundt samme tid, ev. sammen med litt væske. **Kontraindikasjoner:** Behandling skal seponeres straks hvis noen av følgende tilstander oppstår for første gang. **Tilstedeværelse av eller risiko for venøs tromboembolisme (VTE):** Nåværende (på antikoagulanter) eller tidligere (f.eks. dyp venetrombose eller lungeemboli) VTE; kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for VTE, f.eks. APC-resistens (inkl. faktor V Leiden), antitrombin III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel; større kirurgisk inngrep med forlenget immobilisering; høy risiko for VTE pga. tilstedeværelse av flere risikofaktorer. **Tilstedeværelse av eller risiko for arteriell tromboembolisme (ATE):** Nåværende/tidligere ATE (f.eks. hjerteinfarkt) eller prodromal tilstand (f.eks. angina pectoris); cerebrovaskulær sykdom - nåværende/tidligere slag eller prodromal tilstand (f.eks. TIA), kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for ATE, f.eks. hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer; tidligere migræne med lokale neurologiske symptomer; høy risiko for ATE pga. flere risikofaktorer eller pga. tilstedeværelse av 1 alvorlig risikofaktor som: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. **Nåværende/tidligere alvorlig leversykdom,** så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. **Alvorlig nedsatt nyrefunksjon** eller akutt nyresvikt. **Nåværende/tidligere levertumorer** (god- eller ondartede). **Kjente eller mistenkte maligniteter** som påvirkes av kjønnshormoner, f.eks. i genitalier eller bryster. **Udiagnostisert vaginal blødning.** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling startes må en komplett medisinsk historikk innhentes og graviditet utelukkes. **Blodtrykket** bør måles, og en fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og advarsler. **Kvinnen** må gjøres oppmerksom på informasjonen om VTE og ATE, inkl. risiko ved Drovelis sammenlignet med andre CHC, symptomer på VTE og ATE, kjente risikofaktorer og tiltak ved mistanke om trombose. **Kvinnen** bør oppfordres til å lese pakningsvedlegget grundig og følge rådene som gis. **Hypertensjon** og senere undersøkelser bør baseres på etablert praksis og tilpasses individuelt. **Ved mistenkt eller bekreftet trombose** skal bruk av preparatet avbrytes. **Det** må sikres at kvinnen forstår VTE-risikoen, hvordan den påvirkes av nåværende risikofaktorer og at den er høyst 1. året. **Bruk** kan være forbundet med økt risiko for ATE (hjerteinfarkt) eller cerebrovaskulære hendelser (f.eks. TIA, slag), som kan være dødelige. **Risikoen** for komplikasjoner ved ATE eller en cerebrovaskulær hendelse øker ved tillegg av risikofaktorer. **Noe økt risiko** for brystkreft hos kvinner som bruker CHC med etinyløstradiol er sett. **Økt ALAT** er sett når kombinasjonsbehandling mot hepatitt C-virus er gitt samtidig med CHC med etinyløstradiol. **Dette** er ikke vist ved bruk av andre østrogen, men forsiktighet bør likevel utvises ved samtidig bruk. **Drospirenon** er en aldosteronantagonist med kaliumsparende egenskaper. **Økte kaliumnivåer** forventes ikke, men ved nedsatt nyrefunksjon og serumkalium i øvre referansområde for behandlingsstart, anbefales det å sjekke serumkalium i løpet av 1. behandlingssyklus, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende midler. **Kvinner** med hypertriglyseridemi eller en familiehistorikk med dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. **Gulsott** og/eller kløe relatert til kolestase, gallestein, porfyri, SLE, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis og otosklerose relatert hørselstap er sett, eller forverring av dette. **Ved arvelig angioødem** kan eksogene østrogen indukere eller forverre symptomer ved angioødem. **Ved akutte eller kroniske forstyrrelser i leverfunksjonen,** kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markørene for leverfunksjonen normaliseres. **Preparatet** kan endre perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og kvinner med diabetes skal observeres nøye spesielt i startfasen. **Forverring av endogen depresjon,** epilepsi, Crohns sykdom og ulcerøs kolitt er sett ved bruk av CHC. **Depresjon** er en risikofaktor for selvmordsrelatert atferd og selvmord. **Kvinner** skal rådes til å kontakte lege ved humørendringer og depressive symptomer, inkl. kort tid etter behandlingsoppstart. **Kloasma** kan oppstå, spesielt hos kvinner med graviditetskloasma i anamnesen. **Kvinner** med tendens til kloasma skal unngå eksponering for sol eller ultrafiolette stråler. **Uregelmessig blødning** kan oppstå, spesielt de første månedene med bruk. **Hvis blødningsforstyrrelser vedvarer** eller oppstår etter tidligere regelmessige sykkluser, må ikke-hormonelle årsaker vurderes. **Se SPC** for ytterligere informasjon. **Bruk** av prevensjonssteroide kan påvirke resultatene av visse laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre på lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjon, plasmanivået av transportproteiner, parametre på karbohydratmetabolisme og parametre på koagulasjon og fibrinolyse. **Drospirenon** forårsaker en endring i plasmarreninaktivitet og plasmaaldosteron fremkalt av mild antimineralokortikoid aktivitet. **Inneholder** laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no. **Se også** preparatomtalen for legemidler som skal gis samtidig. **Bruk** sammen med enzyminduserende legemidler kan gi gjennombruddsblødninger og/eller nedsatt prevensjonseffekt. **Ved korttidsbehandling** med enzyminduserende legemidler bør en barrieremetode eller annen prevensjon benyttes i tillegg under behandling og i 28 dager etter seponering. **Ved langtidsbehandling** med enzyminduserende legemidler bør annen ikke-hormonell prevensjon benyttes. **Graviditet og amning:** Seponeres hvis graviditet oppstår. **Bør ikke brukes** under amning. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er stemningslidelser og -forstyrrelser, libidoforstyrrelser, hodepine, magesmerter, kvalme, akne, brystmerter, metroragi, vaginal blødning, dysmenoré, menoragi, og vekstfluktuasjoner. **Overdosering:** Det er så langt ingen erfaring med overdosering av Drovelis. **Pakninger, priser og refusjon (pr. 02.11.2021):** 1 x 28 stk, kr. 146,80 3 x 28 stk, kr. 406,90 (priser angitt som ALU). **Refusjon:** Refusjonsvedtak påventes. **Blå resept.** Net. Bytbar. Net. **Basert på SPC godkjent av SLV/JEMA: 22.04.2022. Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21 1103 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, Str. 111 23 Stockholm, Sverige. Telefon: 00 47 21 03 33 90, E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu. **Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no. Sist endret:** 23.04.2022.



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Tale Meinich
LIS Ahus
tmeinich@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Mina Eskeland
LIS OUS
m.eskeland@hotmail.com

Bjørn Holdø
Overlege, Nordlandssykehuset, Bodø
bjorn.holdo@yahoo.no

Nettredaktør

Inga Thorsen Vengen
MD, PhD, LIS Oslo universitetsykehus
inga.vengen@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

Apriil Media AS
www.apriil.no
media@apriil.no

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2022

Nr. 4 4/11

Opplag: 1400



INNHOOLD

REDAKTØR 5

LEDER 7

NGF-STYRET

Nytt fra NGF-styret 8

Styret i Norsk gynekologisk forening 8

Generalforsamling NGF 2022 10

NGFs komiteer og grupper høsten 2022 12

ÅRSMØTET 2022

Velkommen til sørlandsperlen Kristiansand! 15

Program 16

FUGO

Kjære FUGO-folk! 22

Forslag til endring av FUGO sine vedtekter 22

Hva synes LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer om utdanningen sin? 24

SPECIALITETSKOMITÉEN

Siste nytt fra spesialitetskomiteen 26

Spesialitetskomiteen 2022 26

REISER, KURS OG KAMPANJER

Med Leger Uten Grenser i Jemen 28

«Trygge hender» - Strukturert utdanning av LIS i fødselsmekanikk og praktisk obstetikk 32

INTERVJU

«Eit portrettintervju av min helt, Jone Trovik!» 34

NORGE RUNDT

Lokalsykehuset på sommarøya Stord 38

ÅRSMØTE 2022 - ABSTRAKT

Frie foredrag obstetikk 42

Frie foredrag gynekologi 52

ÅRSMØTE 2022 - POSTERE

Posterliste 62

ÅRSRAPPORTER 2021

..... 80

GYNEKOLOGEN

- er et uavhengig tidsskrift.

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



Et lite vagitorie med dobbel effekt

Hovedsakelig
ANDROGENE
effekter

- Tetthet av nervefiber og kollagen
- Elastisitet og kontraktilitet i skjedeveggen
- Vaginal innervasjon

KOMPLETTERENDE
effekter av østrogener
og androgener

- Påvirker epitelet, lamina propria og muscularis
- Vaginal gjenomblødning

Hovedsakelig
ØSTROGENE
effekter

- Vaginal pH



1) Anpassad från Traish AM, et al., 2018, Labrie F. et al., 2017 och Goldstein I. et al., 2013. 2) Intrarosa® SPC, dec 2019.

Intrarosa «Endoceutics»

ATC-nr.: G03XX01

VAGITORIE, 6,5 mg: Hver vagitorie inneholder 6,5 mg prasteron, hardfett.

Indikasjoner: Vulvovaginal atrofi hos postmenopausale kvinner med moderate til kraftige symptomer.

Dosering: 1 vagitorie 1 gang daglig, ved leggetid. **Glemt dose:** Tas kun hvis det er ≥ 8 timer til neste dose. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig. **Barn og ungdom:** Bruk ikke relevant i noen aldersgrupper ved vulvovaginal atrofi grunnet menopause. Eldre: Ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** Føres inn i vagina med finger eller vedlagt applikator, se pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Udiagnostisert genitalblødning. Kjent, tidligere/mistenkt brystkreft. Kjente/mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Ubehandlet endometriehyperplasi. Akutt leversykdom/ tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Tidligere/pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjente trombofiliisjukdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel, antitrombinmangel). Aktiv/nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt), Porfyri.

Forsiktighetsregler: Bør bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. Nytte/risiko bør vurderes grundig minst hver 6. måned. Før behandling bør det optas en komplett sykehistorie. Legeundersøkelse (inkl. undersøkelse av underliv og bryster) bør sammenholdes med sykehistorien, kontraindikasjoner, advarsler og forsiktighetsregler. Individuelt tilpasset rutinemessig kontroll anbefales under behandlingen. Kvinner bør gis råd om brystforandringer som bør rapporteres til lege/sykepleier. Undersøkelser, inkl. Pap-utstryk og blodtryksmåling, bør foretas i henhold til gjeldende screening-praksis. Vaginal infeksjon skal behandles før behandlingsstart. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

Interaksjoner: Samtidig bruk av systemisk HRT (østrogen, østrogen-progestogenkombinasjon eller androgenbehandling) eller vaginale østrogener har ikke blitt undersøkt og er derfor ikke anbefalt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ikke indisert til premenopausale kvinner i fertil alder, inkl. graviditet. Amming: Ikke indisert ved amming. Fertilitet: Ikke indisert til fertile kvinner.

Bivirkninger: Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Kjønnsgorganer/bryst: Unormalt Pap-utstryk (hovedsakelig ASCUS eller LGSIL). Undersøkelser: Vektendringer. Øvrige: Vaginal utflod. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Kjønnsgorganer/bryst: Cervix-/uteruspolypper, kuler i brystet (benigne).

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Vaginalskylning.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Prasteron, dvs. dehydroepiandrosteron (DHEA), er biokjemisk og biologisk identisk med endogent humant DHEA, et forløpersteroid som er inaktivt og omdannes intracellulært i vaginalceller til østrogener og androgener. Effekt på vulvovaginal atrofi via aktivering av vaginale østrogen- og androgenreseptorer. Østrogenmediert økning i antall overflate- og intermediære celler og redusert antall parabasale celler i vaginalslimhinnen. Vaginal pH faller mot normalområdet, noe som bidrar til vekst av normal bakterieflora.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 30°C. Skal ikke fryses.

Pakninger og priser: 28 stk. (blister med appl) nok 219,90, varenr 098502.

Basert på SPC sist endret 12/2019

AVIA PHARMA

Svärdvägen 3B, S-182 33 Danderyd, Sweden
www.aviapharma.se



Godt årsmøte!

Vi er mange som gleder oss til å møte kollegaer fra hele landet i Kristiansand. Jeg håper du husker å pakke med deg årets årsmøteutgave av Gynekologen, før du nyter faglig og sosialt påfyll.

Personlig er jeg også spent på mottakelsen av resultatene fra NGFs spørreundersøkelse om arbeidsbelastning og rekruttering, som vil bli presentert på møtet. Selv har jeg nylig fullført distriktsturnus på Finnmarkskysten, en hverdag bestående av mye ambulansetjeneste, legekoffert og lang vei til nærmeste spesialist. Jobben illustrerte på ganske brutalt vis at rekruttering av helsepersonell i distrikt er et vanskelig tema, ikke bare blant gynekologer.

Hva som kan gjøre at vi trives i jobben vår er individuelt, men dermed ekstra viktig å undersøke før man gjør egne antakelser. Over 40% av NGFs medlemmer svarte på spørreundersøkelsen, så mange av møtets deltakere er nok spente på resultatene selv. Jeg håper det å få disse presentert på et fysisk årsmøte leder til nyttige samtaler om hvordan vi kan trives (enda?) bedre i jobben, og dermed bedre både livskvalitet og rekruttering i hele landet.

Vi sees i Kristiansand!

Tale Meinich
Redaktør

Utrogestan® (mikronisert progesteron)

Nyhet!

– innvilget forhåndsgodkjent refusjon*

Utrogestan® er det første progesteronet med indikasjon å forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarssvangerskap som har kort livmorhals og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel.^{1*}

Behandling med Utrogestan® vil kunne føre til en årlig besparelse på ca. 120 millioner NOK.¹

Tallet er unøyaktig, og kan være forbundet med usikkerhet.



Kontraindikasjoner: Gulstott. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Udiagnostisert vaginalblødning. Karsinom i bryster eller genitaler. Tromboflebitt. Tromboembolilister. Hjerneblødning. Porfyri. «Missed abortion». Preterm vannavgang (PPROM – «premature rupture of membranes»). Allergi mot peanøtter eller soya.

Dosering: 200 mg om natten fra uke 20 til 34 i svangerskapet. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan SPC 200 mg, 01/2022. * **Refusjonsberettiget bruk:** Med hjemmel i legemiddelforskriften § 14–8, er progesteron (Utrogestan) innvilget forhåndsgodkjent refusjon etter blåreseptforskriftens §§ 2, jf. 1b med følgende informasjon: Refusjonsberettiget bruk: For å forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarssvangerskap som har kort livmorhals (livmorhals < 25 mm ved ultralyd i 2. trimester) og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel.

Refusjonskoder:

Kode	Tekst	ICPC	Vilkår	Kode	Tekst	ICD	Vilkår
W84	Svangerskap høyrisiko	–	O34	Omsorg/behandl. mor ved kjent/ mist. tilstand i bk.org.	–		

Referanse: 1. Statens legemiddelverk 24.03.2022, ref 21/11227-5: https://legemiddelverket.no/Documents/Offentlig%20finansiering%20og%20pris/Metodevurderinger/U/Utrogestan_PT2022.pdf

Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 200 mg

Indikasjoner: Som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART). Forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarssvangerskap som har kort livmorhals (livmorhals < 25 mm ved ultralyd i 2. trimester) og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel. **Dosering:** ART: 200 mg om morgenen, 200 mg midt på dagen og 200 mg ved leggetid. Behandlingen starter senest 3. dag etter uthenting av oocytter og fortsetter til minst 7. uke av graviditeten og ikke lenger enn til 12. uke eller til menstruasjonen starter. Forhindre for tidlig fødsel: 200 mg om kvelden ved leggetid fra ca. uke 20 til uke 34 i svangerskapet. Administreres vaginalt. **Utvalgt sikkerhetsinformasjon Advarsler og forsiktighetsregler:** • Fullstendig medisinsk undersøkelse foretas før oppstart og regelmessig under behandling. • Vaginal blødning skal alltid undersøkes. • Ikke egnet som prevensjonsmiddel. • Ikke beregnet for behandling av truende prematur fødsel. • Bruk i graviditets 2. og 3. trimester kan føre til svangerskapskolestase eller hepatocellulær leverskade. • Seponeres ved "missed abortion". • Spesifikke advarsler i forbindelse med støtte i lutealfasen ved ART: Skal kun brukes de første 3 månedene av graviditeten. • Spesifikke advarsler i forbindelse med å forhindre for tidlig fødsel: Før behandlingsoppstart skal risikoer og fordeler ved tilgjengelige behandlingsalternativer diskuteres med pasienten. Legen og pasienten skal sammen ta en beslutning om hvilken behandling som er best egnet. Preterm vannavgang skal utelukkes. Dersom det oppstår vannavgang under behandlingen, skal videre behandling med Utrogestan seponeres. Bivirkninger: Kløe, vaginal blødning og utflod, samt brennende følelse kan forekomme. Forbigående fatigue/ svimmelhet innen 1–3 timer etter bruk. **Pakninger og priser (AUP):** Vaginalkapsler 15 stk. kr 145,70. Reseptgruppe C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan 200 mg, SPC 19.01.2022

2022-09-NO-UTR-055-SEP-2022



Kjære kollegaer!

Endeleg nærmar årsmøtet seg igjen, det andre fysiske møtet etter covidpandemien! Eg håpar og trur alle gler seg like mykje som eg; vitskapeleg sekretær har sett saman eit strålende fagleg program, og den lokale komiteen har lagt seg i selen for å vise byen sin på sitt absolutt beste! Fjordårets møte i Tønsberg vart eit av dei aller best besøkte, det kan sjølvsagt ha vore eit post-covid fenomen; eg vel å gje vitskapeleg sekretærar mesteparten av æra, og håpar årets møte kan bli ein endå større suksess!

Årsmøtet er eit strålende høve til å treffe nye og gamle vener frå andre delar av landet, eg vil særleg anbefale våre yngre kollegaer å reise (og så vil eg oppfordre dei av dykk som sit med leiaransvar til å legge til rette for at særleg legar i spesialisering skal kunne ta del). Vi skal ta godt imot dykk; eg hugsar mitt fyrste årsmøte, eg kjende ingen, heile fyrste dagen gjekk eg og hang i skjørtekantane til Ferenc. Allereie fyrste kvelden kjende eg meg imidlertid svært inkludert, eg kjenner meg sikker på at alle fyrstereisegyneologar i Kristiansand vil kjenne det på same vis.

Gynekologien er eit viktig fag, mange vil seie det aller viktigaste, og dei som arbeider med det kan ikkje vere persilleblad. Det kan slå gnistar når sterke fagfolk står mot kvarandre og diskusjonen

er viktig, eg minnest progesterondebatten i -14, abortdiskusjonen i -19 og tallause meiningsutvekslingar om ultralyd. Når årsmøtemiddagen står på bordet legg vi imidlertid bort all fagleg usemje og alle kjepphestar, og fokuserer på å nyte samværet med gode vener og kollegaer.

Årsmøtet er eit viktig lyspunkt i ei krevande tid for faget, spørsmål kring nedlegging av fødeavdelingar og medfølgande fokus på gynekologmangelen er på dagsorden. Det er fint at vi får merksemd kring faget, synd at vi ikkje har fleire hyggelege saker i nyheitsbildet. Dei fleste helseregionane er i gang med tidleg ultralyd til alle i løpet av hausten. Det er strålende at vi endeleg er på plass med dette tilbudet, over to år etter at det vart vedtatt, sjølv om ein med rette kan uroe seg for konsekvensane dette får for det øvrige tilbudet innan vårt fag.

Vi håpar alle får eit strålende årsmøte, både erfarne deltakarar og noviser, med godt utbytte både fagleg og sosialt!

Ragnar Kvie Sande
Leiar NGF

Kjære medlemmer

Styret i Norsk Gynekologisk Forening arbeider jamnt og trutt for interessene til våre pasientar og medlemmer. Den siste tida har foreninga halde ein høg medieprofil, der gynekologmangel generelt og situasjonen på Nord-Møre spesielt har fått mykje merksemd. NGF har gått aktivt ut for å sette søkelyset på viktige felt for faget, i tillegg til å stille opp for å gjø aktuelle saker ei vinkling som vi opplever er relevant.

Årets store høgdepunkt, årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening, nærmar seg med stormskritt. Møtet i år er lagt til Kristiansand, og mykje av styrearbeidet dei siste månadane har gått med til å førebu møtet og sørge for at møtet blir mellom dei beste i manns minne. Møtet i Tønsberg var mellom dei best besøkte nokonsinne, og stemninga bar preg av at Covidpandemien var over (det synt seg at det var den ikkje, vi hadde det verste igjen, men det var vi lykkeleg uvitande om i oktober). Vi har all grunn til å tru at årets møte vil bli minst like bra, denne gongen MÅ Covid vere over, og vi har fått inn store mengder vitenskapelige abstracts av høg kvalitet.

Vitenskapelig sekretær Solveig Bjellmo har gjort ein fantastisk innsats med programmet. Vi plukkar opp tråden frå Bourne i 2021, vidare tar vi tak i dagsaktuelle faglege problemstillingar og legg opp til ein sprek debatt. Lokal organisasjonskomité har lagt

opp til eit drivande godt sosialt program, forventningane til møtet er sannsynlegvis no så høge at dei er umulege å innfri.

Vidare lanserer Legeforeningen ei eiga løysing for revisortenester for dei fagmedisinske einingane, dette er eit initiativ vi helsar velkommen, då noverande leverandør av slike tenester står noko tilbake å ønske. Kasserar Kristine Amundsen har lagt betydeleg arbeid ned i dette skiftet, vi håpar det på sikt vil spare oss for både tid, pengar og frustrasjon.

FUGO er i gang med sin nye faglege kampanje, som styret har funne å kunne støtte med eit betydeleg beløp, dette har vi diskutert grundig. Vidare har vi uttalt oss om ei rekke høyringar, den viktigaste er kanskje planen for ny jordmorutdanning, der NGF har peika på kor viktig det er å fokusere på jordmødre sin unike kjernekompetanse.

Styret ser fram til å arbeide vidare for å fremme faget på små og store arenaer, og set stor pris på alle tilbakemeldingar frå medlemmene!

Ragnar Kvie Sande
Leiar NGF

Styret i Norsk gynekologisk forening



Ragnar Kvie Sande
Leiar NGF

Ragnar Kvie Sande vart fødd i Trondheim i 1973, oppvaksen på nordvestlandet og utdanna i Bergen. Han vart spesialist i gynekologi og obstetikk i 2009, og tok PhD i ultralyd i 2013. Han arbeider i dag som seksjons-overlege på fostermedisin ved Stavanger Universitets-sjukehus og 1. amanuensis ved Universitetet i Bergen. Han er gift med ein forskande gynekolog, saman med henne har han fire barn, hund, katt og ein dieselbil av eldre modell. På fritida les han bøker og spelar gitar.



Kirsten Hald
Nestleiar NGF

Avdelingsleder gynekologisk avdeling, OUS. Overlege, PhD. Spesialinteresser fag: endoskopi, myomer, misdannelser. Fritid: Seiling, ski, basketball-mamma.



Solveig Bjellmo

Vitenskapelig sekretær
Overlege v/avdeling for fødselshjelp og kvinne-sjukdommar, Ålesund. Doktorgrad om seteforløsning og konsekvenser av sectio fra 2020 og trives nok best på føden. Utenom jobb, mann og to herlige barn, liker hun seg best på toppen av et fjell - helst med ski på beina og pudde i fjellsiden ned!



Kristine Amundsen
Kasserer NGF

Kristine er overlege ved Kvinnekliviken UNN Tromsø og arbeider hovudsakelig med inkontinens og bekkenbunnslidelser. Bidrar faglig i det lokale bekken-senteret og i nystartet tverrfaglig vulvopoliklinikk. Sitter også i NGFs NUGG-gruppe og har en bistilling i kompetansetjenesten NKIB. Hun studerte i Tyskland og har tatt spesialistutdannelsen i Tromsø. På fritiden driver Kristine med strikk, søm, sang & surdeig, har samboer og to gutter og sykler til jobb året rundt.



Yngvild Hannestad
PSL/avtalespesialist.

Doktorgrad om urinlekkasje, men generalist i praksis. Sitter i styret i PSL Hordaland. Ellers: aktiv innenfor basketball og er i styret i Filosofisk poliklinikk i Bergen.



Morten Kvello

FUGO-representant NGF
Morten er opprinnelig trønder fra Namsos, men har forvillet seg til det glade Østland og jobber nå som lege i spesialisering ved OUS. Han har doktorgrad i barnekirurgi, men er nå fast bestemt på å bli gynekolog. Utover jobb er Morten glad i å løpe i skogen, bade og gå på teater, og er over gjennomsnittet opptatt av god kaffe.

Gelisse
Østrogen

ATC-nr.: G03CA04.

VAGINALGEL 50 µg/g; 1 g inneh.: Østriol 50 µg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Lokalbehandling av vaginal tørrhet hos postmenopausale kvinner med vaginalatrofi.

Dosering: En applikatordose gir en dose på 1 g vaginalgel. Behandlingsoppstart: 1 applikatordose daglig i 3 uker. Vedlikeholdsbehandling: 1 applikator-dose 2 ganger i uken. Etter 12 uker bør lege vurdere om behandling skal fortsette.

Administrering: Føres dypt inn i vagina vha. applikator. Følg nøye bruksanvisningen i pakningsvedlegget.

Kontraindikasjoner: Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkt østrogenavhengig ondartet svulst (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeemboli). Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom i anamnesen (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Overfølsomhet for innholdstoffene. Porfyri.

Forsiktighetsregler: Til behandling av postmenopausale symptomer bør lokal østrogenbehandling kun innledes ved symptomer som reduserer livskvaliteten. For alle pasienter bør det foretas en grundig nytte-/risikovurdering minst 1 gang i året, og hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bør kun fortsette så lenge fordelene oppveier risikoen. Skal ikke kombineres med østrogenpreparater til systemisk behandling, da sikkerhet og risiko ved kombinasjonsbehandling ikke er studert. Intravaginal applikator kan gi små lokale skader, spesielt ved alvorlig vaginalatrofi. Medisinsk undersøkelse/oppfølging av behandling: Før innledning eller gjenopptagelse av østriolbehandling bør fullstendig anamnese og familieanamnese foretas. Fysisk undersøkelse, inkl. bekken- og brystundersøkelse, bør foretas. Regelmessige kontroller anbefales. Kvinnen bør gis råd angående hvilke endringer i brystene som skal rapporteres til lege eller sykepleier. Evt. vaginalinfeksjoner skal behandles før behandlingsstart. Ved gjennombrudds- eller småblødninger når som helst under behandlingen, skal årsaken undersøkes. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

Interaksjoner: Ingen interaksjonsstudier er utført. Da preparatet administreres lokalt i en lav dose, forventes ingen klinisk relevante interaksjoner.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Ikke indisert under graviditet. Dersom graviditet inntreffer, skal behandlingen umiddelbart seponeres. Ingen kliniske data fra bruk under graviditet. Epidemiologiske data indikerer ingen teratogene eller føtotoksiske effekter. Amming: Ikke indisert ved amming.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hud: Pruritus. Kjønnorganer/bryst: Genital pruritus. Øvrige: Pruritus på påføringsstedet. Mindre vanlige (≥ 1/1000 til <1/100): Hud: Prurigo. Infeksjoner: Candidiasis. Kjønnorganer/bryst: Bekkensmerter, genitalt utslett. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Irritasjon på påføringsstedet.

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 31.08.2021. Gelisse, VAGINALGEL: Styrke: 50 µg/g. Pakning: 30 g (tube). For aktuell utsalgspris se www.legemiddelsok.no. Refusjon/Byttegruppe: -/- Reseptgruppe C.

Referenser:
1. SPC Gelisse®, 04.2017, www.legemiddelverket.no
2. Cano et al. Menopause, 2012; 19 (10): 1130-9.
3. Caruso S et al. Menopause 2016; 23 (1): 47-54.
4. Delgado et al. Climacteric 2011; 14 (1): 66.

Behandling ved vaginal atrofi

Gelisse® (50 mikrogram østriol/g vaginalgel) er et legemiddel for lokal behandling av vaginal atrofi¹.

EFFEKT
Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹-⁴

SIKKERHET
Ubetydelig systempåvirkning takket være lav dose¹,⁴

VAGINALGEL
Adhesiv, smørende og lindrende¹

RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL

Gelisse®

50 µg østriol/g vaginalgel

CampusPharma AB, Karl Gustavsg. 1A, 411 25 Göteborg, Sverige | Tel: +46 (0)31 20 50 20 | www.campuspharma.se



Generalforsamling NGF 2022

Sakliste generalforsamling NGF 2022:

Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere.

- Minnestund
- Årsmelding 2021
- Regnskap 2021 - Regnskapet skal ligge på nettsida seinast 3 veker før generalforsamlinga.
- Revidert budsjett 2022
- Budsjett 2023
- Søknad til Solidaritetsfondet
- Fastsetting av ekstrakontigent
- Årsrapportar: Kvalitetsutvalget, Endoskopiutvalget, Fosterovervåkingsgruppen, Spesialitetskomiteen, NFGO, FUGO, NPE- utvalget, NFOG vitenskapelig komite, EBCOG m.fl.

- Status for arbeidsgruppa som har sett på NGF's holdning til informert samtykke i akutte situasjonar

Saker fremlagt av styret:

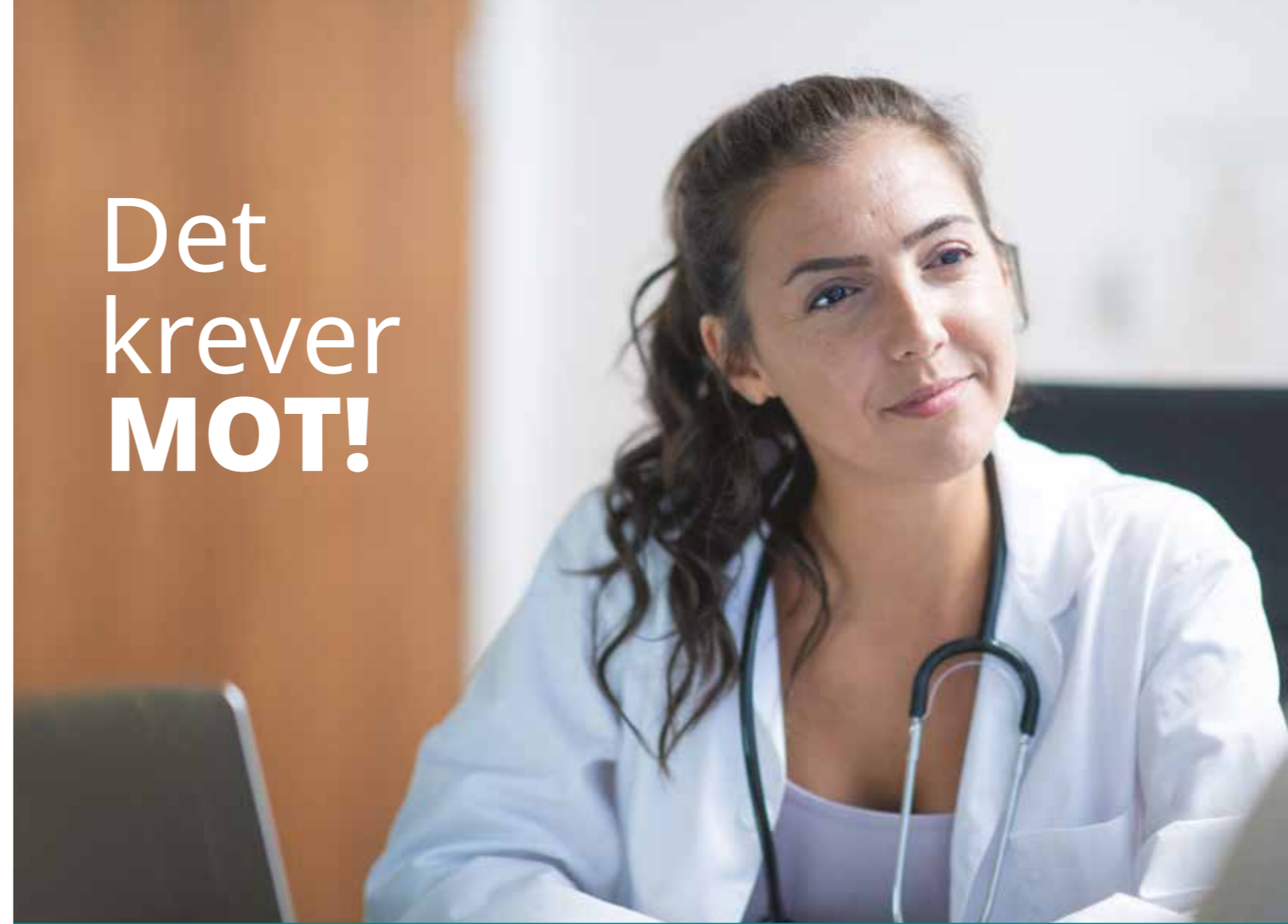
- Evaluering av guidelinemøte i obstetrikk og avgjerd om dette er ei arbeidsform vi vil halde fram med.

Saker fremlagt av medlemmene:

- Ingen

Valg:

- Årsmøtestad 2024



Det krever
MOT!

Ja, det er vanskelig å ta initiativ til å snakke om **OVERVEKT OG FEDME** når pasienten kommer for noe helt annet.

Men burde du ikke ta mot til deg?

På re-start.no finner du hjelpemidler som kan gjøre samtalen og oppfølgingen enklere.

Snakk med pasienten din om overvekt og fedme.



Les mer på
Re-start.no



Gynekologisk Veiledermøte

Pilot arrangeres i Bergen 26-27 januar 2023!

Alle NGF-medlemmer inviteres til å melde seg på møtet der nye og oppdaterte veilederkapitler legges frem og diskuteres.

Sett av tiden, invitasjon med påmelding kommer på NGFs nettside

NGFs komiteer og grupper høsten 2022

NFOG - Norsk forum for gynekologisk onkologi

Tone Skeie-Jensen OUS (leder),
 Vara Anne Dørum
 Ane Gerda Zahl Eriksson OUS (nestleder),
 Vara Torbjørn Paulsen
 Kathrine Woie HUS,
 Vara Line Bjørge
 Marit Sundseth St.Olav,
 Vara Merete Ravlo
 Martin Lindblad UNN (kasserer),
 Vara Elise Sletten
 Ingvild Vistad Sørlandet sykehus HF (sekretær),
 Vara Bent Fiane SUS
 Elisabeth Berge Nilsen SUS (web-ansvarlig)

FUGO-styret

Øystein Bergøy (leder)
 Ann Cecilie Vaadal (nestleder)
 Aslak Vimme Solhoff
 Mina Eskeland
 Morten Kvello
 Siri Juliebø
 Catrine Hjelle Størksen (vara)

Kvalitetsutvalget

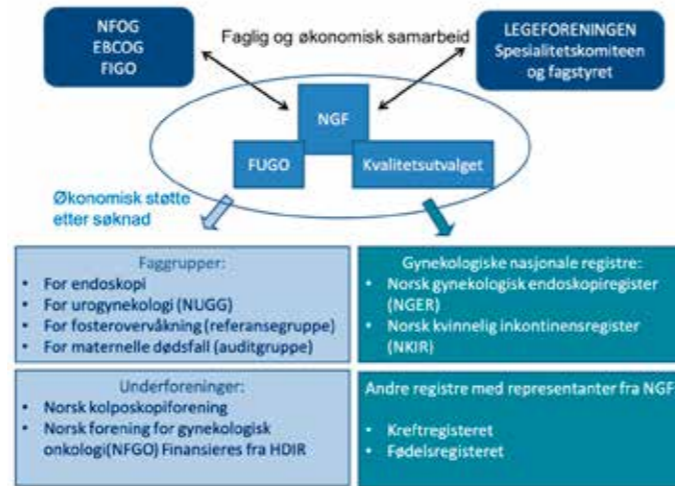
Pernille Schjønsby (leder)
 Tone Skeie Jensen
 Ingrid Volløyhaug
 Trond Michelsen
 Anne Cecilie Hallquist

Spesialitetskomiteen

Christine Hancke (leder)
 Renate Torstensen (nestleder)
 Jette Stær-Jensen
 Nora Johansen
 Ragnhild Lindelien Schwartz
 Alexander Viethær (varamedlem)
 Mari Bunkholt Elstrand (varamedlem)
 Kristine Heien Hansen (LIS-vararepresentant)

EBCOG

Yngvild Hannestad
 Kirsten Hald



NFOG

Ragnar Kvie Sande

NFOG vitenskapelige komite

Theri Piltonen (Finland)
 Inger Sundström Poromaa (Sverige)
 Johanna Gunnarsdottir (Island)
 Niels Klarskov (Danmark)
 Solveig Bjellmo (Norge)

Nettredaksjonen

Inga Thorsen Vengen

Endoskopiutvalget

Anne Veddeng (leder), Haukeland Universitetssykehus
 Guri Majak, Oslo Universitetssykehus
 Jenny Alvirovic, Oslo Universitetssykehus
 Seema Mathew, St. Olavs hospital
 Cathrine Størksen, FUGO-representant, Oslo Universitetssykehus

Referansegruppe for fosterovervåking

Branka M. Yli, lege, PhD, OUS (leder)
 Jørg Kessler, lege, PhD, Haukeland universitetssykehus
 Heidi Overrein, lege, OUS Ullevål universitetssykehus
 Thomas Hahn, lege, Haugesund sykehus
 Lillian Leirvik, jordmor, Ahus, DNJ

Gynekologen

Tale Meinich (redaktør)
 Mina Eskeland (FUGO-ansvarlig)
 Bjørn Holdø

Urogynekologisk faggruppe

Cathrine Reimers, OUS Ullevål (Leder, har PhD)
 Kristine Amundsen, UNN
 Maria Nyhus, St Olav
 Anne Martha Stokke, Haukeland sh (LIS-representant)
 Mariann Eidet, Sørlandet SH
 Siv Svennevik Myhr, SIV
 Kjersti Rimstad, AHUS

Norsk forening for kolposkopi

Leder: Ameli Tropé

Velkommen til vårt lunsjsymposium på NGFs Årsmøte 2022

Sted: Radisson Blu Caledonien Hotel, Kristiansand

Slinda®

DROSPIRENON 4 mg

27. oktober 2022, kl. 12-13



Velkommen
 til å besøke
 vår stand

v/ Pedro-Antonio Regidor, Medical Director Exeltis

v/ Kristina Gemzell, professor, MD, PhD WH, Karolinska institut

Hvorfor 2 hormoner når 1 er nok, en østrogenfri p-pille¹

- Progesteron og VTE risiko
- Effekt og trygghet på kardiovaskulære risikopasienter
- Effekt, toleranse og akseptabilitet

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Aktiv, venøs tromboembolisk forstyrrelse. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive, ondartede sykdommer. Udiagnostisert vaginalblødning.

Forsiktighetsregler: Serumkaliumnivået kontrolleres i første behandlingscyklus ved nedsatt nyrefunksjon og serumkaliumnivå i øvre del av referanseområdet før behandlingen, samt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Ved hypertensjon kan risikoen for slag være noe økt. Behandlingen avbrytes umiddelbart ved symptomer på eller mistanke om arteriell eller venøs trombotisk hendelse. Mulig økt risiko for brystkreft. Ektopisk graviditet bør tas i betraktning ved amenoré eller buksmerter. Levertumor skal vurderes ved sterke smerter i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning. Seponeres ved gulsott eller forhøyede leververdier. Diabetespasienter bør observeres de første behandlingsmånedene. Ved samtidig langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler anbefales en annen og ikke-hormonell prevensjonsmetode. Skal ikke brukes under graviditet.

Bivirkninger: Vanlige; akne, metroragi, hodepine og brystmerter. Andre vanlige bivirkninger er libidoforstyrrelser, humørsvingninger, kvalme, magesmerter, vaginal blødning, dysmenoré, uregelmessig menstruasjon og vektøkning. Hypertensjon og depresjon er rapportert.

Slinda® (drospirenon 4 mg). **Indikasjoner:** Prevensjon. **Dosering:** 1 tablett daglig i 28 sammenhengende dager (24 aktive + 4 inaktive). 1 tablett tas på 1. menstruasjonsdag. Det skal ikke være pause i tablettinntak. For mer informasjon om oppstart av behandling, se SPC. **Pakninger og priser (AUP):** 84 (3x28) stk. (kalenderpakn.): kr 353,40. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Slinda SPC 06.04.2022. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Exeltis Healthcare S.L. **Representant:** Exeltis Sverige AB, Strandvägen 7A, 114 56 Stockholm, Sverige.

Referanse:

1. Slinda preparatomtale 16. april 2022.



NGF
ÅRSMØTE
28. OKTOBER
2022

NORMEDI ØNSKER VELKOMMEN TIL LUNSIJ-SYMPOSIUM

*Poliklinisk endometriæablasjon
– nøkkelfaktorer for effektiv pasient-
seleksjon, behandling og smertelindring*

Tidspunkt
12.00-13.00
28. oktober

Sted
Radisson
Blu Hotel
Caledonien
Kristiansand

Foredragsholdere:

- › **Imke Reinders** – Maxima Medical Center, Veldoven, Nederland
- › **Silje Denstad** – St.Olavs Hospital, Trondheim
- › Paneldiskusjon med spørsmål og svar.
Moderator: Steinar Holmsen, Sykehuset i Vestfold/Faglig leder for Norsk Gynekologisk Endoskopiregister



Kjære kolleger!

Den lokale komitè ved Kvinneklubben, Sørlandet Sykehus Kristiansand, har i år gleden av å ønske dere velkomne til NGF's Årsmøte 2022 i Kristiansand.

Selve årsmøtet og middagen vil finne sted på nyrenovert hotel Caledonien. Med en sentrumsbeliggenhet rett ved sjøen, er dette et perfekt utgangspunkt for også å få sett litt av det byen har å tilby av restauranter og kafeer, kvadraturen, Aquarama med spa, etc. Fine turmuligheter i gangavstand langs strandpromenaden og Otra, samt Baneheia med naturskjønne omgivelser.

Get together vil bli på historiske Haubitz Laave, en forfriskende spasertur på 15 min fra sentrum. Dette festlokalet tjente tidligere som oppbevaringssted for kanoner og skyts under krigen. Laaven ligger på toppen av Odderøya med nydelig utsikt over skjærgården.

Den lokale komitè planlegger også morgenyoga og joggetur med sjøluft i håret, en god start på dagen for de som ønsker det. Vi gleder oss til å se dere, velkommen til sørlandsperlen Kristiansand!

Hilsen den lokale komitè,
Janne Rossen, Mariann Eidet, Ingvild Vistad, Ida McFadzean, Fride Austad, Marte Ween-Velken, Inger Johanne Sirnes, Linda Reme Sagedal og Ane Cecilie Munk



Program for årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening 26.10-28.10 i Kristiansand

Onsdag 26/10

Forkurs:

09:00 – 15:00 **FUGO-kurs**

Formøte:

15:30 – 17:00 **Lederforum**

17:30 – 19:00 **FUGO** (egen påmelding)

17:30 Velkommen

17:40 - 18:15 Generalforsamling

18:15 - 19:00 Foredrag ved Lill Nyfløt om obstetrikk i krigssituasjoner

17:30 – 19:00 **Gyn onkologisk formøte**

Oppdatering på relevant molekylærbiologi innen gynekologisk kreft

Erfaringer og kasuistikker fra seneffekts-poliklinikken i Tromsø

Palliasjon i gynekologisk kreft

17:15 – 19:15 **Obstetrisk formøte**

17:15 - 17:45 Innlegg fra referansegruppen for maternelle dødsfall

17:45 - 18:15 Perinatal helse i Norge over tid (Katariina Laine)

18:15 - 18:45 Innlegg fra referansegruppen for fosterovervåking

18:45 - 19:15 Orientering om guidelinemøte, mottatt evaluering, videre plan (Johanne Kolvik Iversen)

17:30 – 19:00 **Gyn endoskopisk formøte**

17:30 - 18:10 Robot-assisted myomectomy, Gaby Moawad (Video-forelesning)

18:10 - 18:25 Physician burnout, Gaby Moawad (Video-forelesning)

18:25 - 18:50 Stå støtt som gynekolog – hvordan du kan bruke mental trening til å oppleve mer mestring, Marianne Omtvedt, mentaltrener og legespesialist i gynekologi

18:50 - 19:00 Diskusjon

17:30 – 19:00 **Urogynekologisk formøte**

Ansvarlig for program: KK Tønsberg / Siv Svennevik Myhr

17:30 Møtestart. Velkommen, ved Siv Svennevik Myhr

17:30 - 17:40 Informasjon om Norsk Urogynekologisk Faggruppe, utvalg, aktivitet samt sak til avstemning ang gruppens videre sammensetning. Ved gruppens leder, Cathrine Reimers

17:40 - 18:00 Presentasjon av Bekkensenteret/Ahus, ved Kjersti Rimstad, Ahus

18:00 - 18:20 Presentasjon av nettlæringskurs om utredning og behandling av bekkenbunndysfunksjon fra NKIB, ved Kristine Amundsen, UNN

18:20 - 18:35 Bruk av 2D UL for å lokalisere TVT-bånd og vurdere posisjon, ved Maria Nyhus, St Olav.

18:35 - 18:45 Bakre kompartiment, 2d ultralyddiagnostikk og litt om sfinkter, ved Maria Nyhus, St. Olavs.

18:45 - 19:00 Komplikasjonskvarter. Kasustikker.

19:00 Møteslutt.

17:30 - 19:00 **Praktiserende spesialister**

Liv Bente Romundstad

Infertilitet, utredning og oppdatering på nye metoder og lovverk

17:30 - 19:00 **Fostermedisinsk formøte**

17:30 Velkommen

Maria Lysgård Ulriksen, Ragnar Sande

17:40 Implementering av tidlig ultralyd og nipt Status fra hver helseregion Pepe Salvesen, Anne Helbig, Synnøve Lian Johnsen, Bodil Hvingel

18:00 Nipt - erfaringer og utfordringer etter oppstart i 2022 Anne Blomhoff

18.30 Aldersbestemmelse ved tidlig ultralyd, hva ønsker vi? Synnøve Lian Johnsen

20:00 - 23:00 **Get-together**

Torsdag 27/10

07:00 Yoga/jogging

09:00 – 09:30 **Åpning av årsmøtet**

Åpning ved NGF-leder

Velkommen til Kristiansand ved forskningssjef Frode Gallefoss og pianist/fastlege Runar Nørsett.

09:30 – 10:30 **Keynote lecture:**

Prof Marian Knight – Covid-19 and pregnancy: what did we learn and how can we do things better in a future pandemic?

10:30 – 11:00 Pause – besøke utstillere

11:00 – 12:00 **Frie foredrag**

- 01 Hilde Engjom Erfaringer fra overvaking ved Medisinsk Fødselsregister og Norsk Intensiv og Pandemiregister av gravide med covid-19 som vart innlagt på sjukehus i Norge.
- 02 Tiril Tingleff Sammenheng mellom preterm fødsel, mors fødeland og paritet, en populasjonsbasert studie av 1,085,246 kvinner i Norge.
- 03 Johanne Toft Glycated albumin and continuous glucose monitoring metrics across pregnancy in women with pre-gestational diabetes.
- 04 Heidi Fjeldstad Føtale celler i mors sirkulasjon ved normotensive svangerskap til termin: korrelasjon med biomarkører for placentadysfunksjon.
- 05 Marit Larsen Proaktiv fødselshjelp (PAF) versus standard fødselshjelp i latensfasen - en randomisert kontrollert studie.
- 06 Johanne Iversen Konfigurasjon av fosterhodet i fødsel målt med transabdominal ultralyd.

12:00 – 13:00 **Lunsj** – Symposium v/ Exeltis og Campus Pharma.

13:00 – 13:30 Pause – besøke utstillere

13:30 – 15:00 **Paneldebatt: 1. trimester screening for preeklampsi**

Pepe Salvesen: Fordeler med tidlig screening for preeklampsi
Anne Eskild: Ulemper med tidlig screening for preeklampsi
Marit Halonen Christiansen: Kostnader og prioritering

15:00 – 15:30 Pause – besøke utstillere

15:30 – 17:00 **Frie foredrag**

- G1 Ingvild Vistad Symptomatisk eller asymptomatisk tilbakefall av eggstokkreft - har det betydning for overlevelsen?
- G2 Annetine Staff Survival outcomes and recurrence patterns of laparotomy versus minimal invasive surgery in women with intermediate- and high-risk endometrial carcinoma at a tertiary referral center.
- G3 Finn Egil Skjeldestad Treatment CIN: May women with a negative co-test at first follow-up visit return to 3-year screening?
- G4 Silje Denstad Infeksjoner etter laparoskopisk hysterektomi i Norge basert på data fra Norsk Gynekologisk Endoskopiregister.
- G5 Jenny Alvirovic Retropubisk tensjonsfri vaginal tape (TVT) kan fjernes in toto ved kombinert laparoskopisk/vaginal tilgang ved antatt slyngerelatert smerte
- G6 Christin Meltzer-Gunnes Human papillomavirus in vulvar carcinoma patients in Norway: Its prognostic role and changes in prevalence and genotype distribution in two time periods, 1970-75 and 2000-05.
- G7 Ingrid Baasland Long-term risk of progression following cervical intraepithelial neoplasia grade 1 in Norway: A national cohort study.
- G8 Lene Ramberg Final histopathology of patients with pelvic tumor referred to the Norwegian Radiumhospital - Time to revisit referral criteria
- G9 Guri Majak Bevaring av fruktbarhet ved nedfrysning og autolog transplantasjon av eggstokkvev i Norge.

17:00 – 17:30 Pause – besøke utstillere

17:30 – 19:00 **Generalforsamling**

19:30 – 01:00 **Årsmøtemiddag**

Fredag 28/10

09:00 – 10:00 **Frie foredrag**

- G10 Jone Trovik Vaginal descensplastikk; stor grad av pasientrapportert fornøydhet 5 og 15 år etter primæroperasjonen.
- G11 Ingrid Volløyhaug Kan kliniske mål erstatte ultralyd i diagnostikk av levatoravrivning?
- G12 Ha Tuyet Mai Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus (Ahus) internt elektronisk kvalitetsregister for kvinner med underlivs prolaps (descens urogenitalis).
- G13 Maria Nyhus Effekten av descenskirurgi på arealet av levatorhiatus.
- G14 Siri Vangen Menopausal hormone therapy and breast cancer risk: a population -based cohort study in Norway.
- G15 Nora Johansen Forebyggende operasjoner og hormonbruk blant norske BRCA-mutasjonsbærere.

10:00 – 10:30 Pause – besøke utstillere

10:30 – 12:00 **Når noe går galt – Hvem tar vare på doktor'n?**

- Solveig Bjellmo: Hva tenker våre medlemmer?
- Karin Rø: Villa Sana
- Margit Steinholt: Gynekolog/obstetriker

12:00 – 13:00 **Lunsj** – Symposium v/ Gedeon Richter og Normedi.

13:00 – 13:30 Pause – besøke utstillere

13:30 – 15.00 **Frie foredrag**

- O7 Lars Johansen Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice.
- O8 Mia Ersdal Does the duration of first and second stage labour impact 24-hour-outcome of the child?
- O9 Daniella Rozsa Effekt av Zhangs retningslinje vs WHO's partogram på fødselsopplevelsen målt med Childbirth experience questionnaire i Labor Progression Study (LaPS studien): En kluster randomisert studie.

O10 Philip von Brandis Bruk vekta - effekten av kroppsmasseindeksen på trykktida.

O11 Marthe Macedo Prevalence and risk factors for perineal tears using a detailed classification system for second-degree perineal tears.

O12 Anders Einum 1.trimester ultralyd til alle: Vil tidlig datering endre antallet preterme og overtidige fødsler?

O13 Emma Nordtvedt Doppler indices of placental and cerebral vascular impedance in fetuses of mothers with PCOS and the effect of metformin exposure.

O14 Anne Veddeng Laparoskopisk intern cerklage i 2. trimester

G16 Tina Tellum Utvikling av et «core outcome set» og definering av utfallsmål for studier om uterusbevarende behandling av adenomyose (COSAR): en internasjonal konsensusstudie

15:00 – 15:30 Pause – besøke utstillere

15:30 – 17:00 **«Hvorfor synes behandlingsapparatet at endometriose er så smertefullt?» - Brukerorganisasjonens, fastlegens og gynekologens perspektiv.**

- Elisabeth R. Larby, Marianne Natvik og Guri B. Majak
- Hormonelle preparater: Hvilke, hvordan og hva når de ikke virker?
 - Kirurgi: Når, hvordan og hvor?
 - Konsekvens av kronisk inflammasjon og smerter: Hvor skal pasienten videre?

17:00 – 17:15 **Prisutdeling og avslutning**

Kjære FUGO-folk!



Øystein Bergøy
FUGO-leider

Me i styret gler oss veldig til årsmøtveka! På formøtet til FUGO blir det val av fleire nye kandidatar til styret. Dersom det er nokon som har kandidatar eller ønskjer å høyra meir om styrevervet kan dokker ta kontakt med valkomiteen ved Hilde Sellevoll på hilde_sellevoll@hotmail.com.

Sidan me nå skal gjera styreutskiftingar vil eg nytta høvet til å takka den fine gjengen eg har vore så heldig å få jobba saman med. Eg tviler på at mange forstår kor mykje valuta ein får for den vesle delen av legeföreningskontingentpengane som går til oss.

Første takk går til styret sin nestleiar som dessverre gir seg etter sine to år i styret. Ann Cecilie Vaadal har vore fungerande leiar i store delar av året medan underteikna har vore i pappaperm. Ho har gjort ein litt irriterande god jobb med dette. Noko som skapte eit visst press for den som skulle ta over etter nemnde pappaperm.

Morten Kvello var vårt Sørlands-alibi før Ullevål lokka for mykje. Når han har skuffa på den geografiske fronten så har han gjort opp for seg med å vera ein veldig god representant for FUGO i NGF-styret.

Som kjent for mange arrangerer FUGO eit kurs dagen før årsmøtet starter. Dette kan ein få godkjent som valfritt kurs i spesialiseringa. I år er temaet eitt som eg ofte har høyrte kollegaer seia at dei gjerne skulle kunna meir om, nemleg gynekologisk endokrinologi. Vår kursansvarlege, Mina Eskeland, har imponert

oss alle med hennar nesten overmenneskelege effektivitet i planlegginga av dette kurset.

ENTOG-utvekslinga me fekk arrangera i haust har vore noko styret har jobba mykje med. I spissen for dette arbeidet har vore Siri Øvereng Juliebø. Ho skal ha det meste av FUGO si ære for at utvekslinga og det faglege møtet me hadde i Oslo på slutten av veka blei så bra som det blei. Skulle ønska dokker kunne sett logistikkarbeidet som blei utført og innebar alt frå sekker med ved, kilosvis med mat og fleire anatomiske dokker. Eg vil også på vegne av styret seia tusen hjarteleg takk til alle dokker som har hjulpe til med å ta dokker av utvekslarane lokalt. Forhåpentlegvis har dokker hatt glede av utvekslarane og lært noko av dei også. Ein spesielt stor takk går til alle våre lokale kontaktar på deltakarsjukehusa som har organisert utvekslinga lokalt, og til alle som stilte som instruktørar i seteforløyising på scientific meeting i Oslo!

Me gler oss også stort til den komande obstetrikkampanjen «trygge hender». Dette har som ENTOG-utvekslinga vore ein av tinga med har jobba mest med i styret. Arbeidsgruppa til kampanjen har likevel lagd ned endå fleire timar i dette arbeidet. Der har Aslak Vimme Solhoff, Catrine Størksen og Per Kristen Teigen saman med Johanne Iversen laga det eg er sikker på vil bli ein kampanje det vil gå gjetord om etterpå.

Til slutt vil eg gje ein ekstra stor takk til to FUGO-veteranar som har trått til etter dei eigentleg hadde gitt seg som både lis og styremedlemmar. Mathias Sonstad og Mark Barbero har hjulpe styret stort som høvesvis webmaster og med ENTOG-utvekslinga.

Viss du også har lyst til å bli ein del av denne gjengen, så finn epostadressa til Hilde frå starten av denne teksten og gi valkomiteen beskjed!

Øystein Bergøy

Forslag til endring av FUGO sine vedtekter

Vedtektene finnast på FUGO sine nettsider ved å klikka på boksen «vedtekter FUGO».

1. Forslag om å leggja til følgjande setning i vedtektene 4.3: "Valg av leder gjøres på generalforsamlingen. Ledervervet varer til neste generalforsamling. Dersom leder trekker seg mellom to generalforsamlinger kan styret selv oppnevne ny leder som sitter til førstkommande generalforsamling. Kun personer som er innvalgt i styret kan velges til leder." – setning kjem etter avsnitt om valgkomité.
2. Forslag om å leggja til følgjande setning I vedtektene 4.3: "På generalforsamlingen avholdes valg av eventuelt nye styremedlemmer før valg av ny leder". Setningen skal inn etter "Avstemmingen skjer skriftlig, eventuelt ved akklamasjon"
3. Forslag om å endra setningen i vedtektene 4.3 "Avstemmingen skjer skriftlig, eventuelt ved akklamasjon" til "Avstemming skjer skriftlig, eventuelt ved akklamasjon"

4. Forslag om å sletta setningen i vedtektene 4.3 "Avstemmingen er skriftlig". Dette er setningen som kjem før "hvis et medlem fratrer i valgperioden kan styret finne en kandidat blant FUGOs medlemmer inntil nytt valg neste høst."
5. Forslag om å endra følgjande setning i vedtektene 4.3: "Styret konstituerer seg etter generalforsamlingen med en leder, nestleder og kasserer." til "Styret konstituerer seg etter generalforsamlingen foruten leder som velges på generalforsamlingen. Styret skal, i tillegg til leder, ha nestleder og kasserer."
6. Forslag om å endra følgjande setning i vedtektene 4.2 frå "Styret består av 6 medlemmer." til "Styret består av 7 medlemmer."
7. Forslag om å stryka følgjande setning frå vedtektene 4.2: "Det velges ett varamedlem til styret. Vara stiller kun på styremøte dersom det er frafall av et ordinært styremedlem. Vara velges for to år."



4DryField® PH

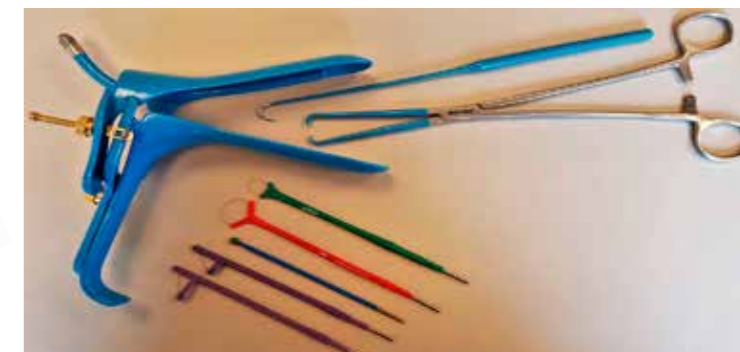
PROVIDES HEMOSTASIS – PREVENTS ADHESIONS

Worldwide unique: CE-certified and clinically proven for

Adhesion prevention & Hemostasis



Neo Safe T CU 380 og CU 380 mini
Kobberspiral, meget prisgunstig!



medero
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no

Hva synes LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer om utdanningen sin?



Mina Eskeland

LIS ved OUS Ullevål, styremedlem i FUGO og redaksjonsmedlem i Gynekologen

Før sommeren sendte vi i FUGO ut et spørreskjema til LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved alle landets sykehus. Målet var å få et inntrykk av hvordan LIS opplever utdanningen ved de ulike avdelingene og kunne kåre en avdeling som vinner av Utdanningsprisen 2022. Vi fikk svar fra totalt 95 LIS fordelt på 26 ulike sykehus. Selve vinneren av prisen vil bli kunngjort på årsmøtet i Kristiansand i oktober, men det er interessant å kaste et blikk på noen av resultatene for det.

Totalt sett fremstår LIS fornøyd med utdanningen og arbeidsplassen sin. Hele 87% oppgir at de ønsker å fortsette på arbeidsplassen, mens enda litt flere (91%), ønsker å fortsette i spesialiteten. Det er noen områder der det synes å være et forbedringspotensial. Det gjelder blant annet introduksjonsperiode, felles kompetansemødel, veiledning, fordypning og progresjon innen gynekologiske inngrep. Undervisning, kurs, arbeidsmiljø og progresjon på fødeavdelingen er på den andre siden områder som utmerker seg positivt.

Introduksjonsperiode

Når det gjelder introduksjonsperiode, oppgir nesten halvparten (45%) at de hadde fra ingen til maksimalt to uker med introduksjon da de var nye i spesialiteten. Tilsvarende mange opplevde introduksjonsperioden som middels til svært dårlig. Flertallet (63%) har ikke en individuell utdanningsplan selv om dette skal fremlegges av helseforetaket ved inngåelse av arbeidsavtale, jmf overenskomsten del A2 §6.1.

Felles kompetansemødel

Tre av fire opplever opplegget rundt felles kompetansemødel som middels til svært dårlig og for nesten like mange (71%) blir det ikke satt av egen tid i timeplanen til dette.

Veiledning

Halvpartene av LISene har to eller færre veiledninger i løpet av et år, mens kun 18% har seks eller flere veiledningssamtaler i året. I hht Helsedirektoratet bør det etterstrebes at individuell veiledning blir avholdt minst hver fjerde uke. Litt over halvparten (52%) angir at de har stort til svært stort utbytte av veiledningen.

Undervisning og kurs

Ni av ti sier at avdelingen har minst én internundervisning per uke og tilsvarende mange svarer at de har stort til svært stort utbytte av undervisningen. Åtte av ti angir at undervisningen følger læringsmålene. Når det gjelder simuleringstrening svarer 72% at de får deltatt på simulering en gang i halvåret eller oftere, mens 28% kun får deltatt en gang i året eller mindre. Åtte av ti får seks eller flere kursdager per år, og tre av fire opplever at det er relativt lett å få dratt på kurs.

Fordypning og overtid

Nesten halvparten (47%) får aldri eller nesten aldri fordypningsdagene sine og over 40% blir ukentlig, på kort varsel, satt til å gjøre en annen arbeidsoppgave enn det som var planlagt. Når det gjelder overtid svarer 55% at de jobber fra ingen til fem timer overtid per måned, mens nesten 10% svarer at de jobber over 10 timer overtid i måneden. Nesten halvparten (43%) angir at det ikke er kultur i avdelingen for å skrive overtid.

Progresjon i utdanningen

Flere opplever progresjon på fødeavdelingen sammenlignet med progresjon innen gynekologiske inngrep. Åtte av ti opplever stor til svært stor grad av progresjon på fødeavdelingen, mens bare fem av ti opplever stor til svært stor grad av progresjon på laparoskopi og andre gynekologiske inngrep. Totalt sett svarer syv av ti at de opplever stor til svært stor grad av progresjon i utdanningen sin.

Arbeidsmiljø

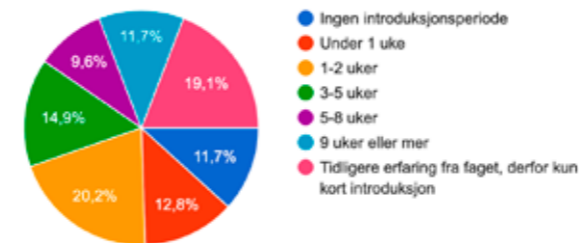
De aller fleste (89%) opplever arbeidsmiljøet som bra til svært bra. Hele 30% gir arbeidsmiljøet toppskår. Ni av ti svarer at de trives i stor til svært stor grad på arbeidsplassen totalt sett, og de fleste trives godt med både de andre LISene og overlegene. Flertallet (84%) svarer at overlegene alltid eller nesten alltid er tilgjengelige for spørsmål. Åtte av ti svarer at de i stor til svært stor grad føler seg satt pris på i avdelingen, og like mange føler seg godt tatt vare på ved uønskede hendelser.

Oppsummert kan vi si at LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer, som har svart på undersøkelsen, jevnt over virker fornøyd, men at det er flere punkter som medlemmene våre mener kan bli bedre. I lys av vanskene med å rekruttere og holde LIS i faget, kan dette kanskje være mål for avdelingene å forbedre.

Vinneren av Utdanningsprisen 2022 kåres på årsmøtet i oktober, så da er det bare å vente i spenning!

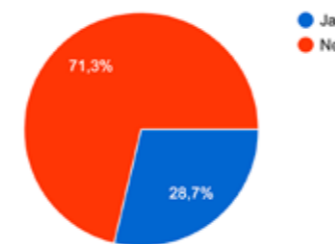
Hvor lang introduksjonsperiode fikk du?

94 svar



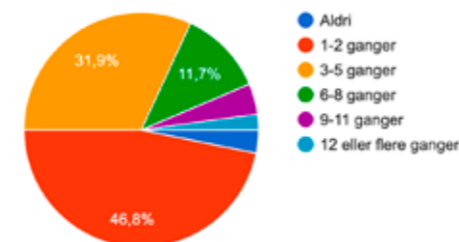
Blir det satt av egen tid til felles kompetansemål i timeplanen?

94 svar



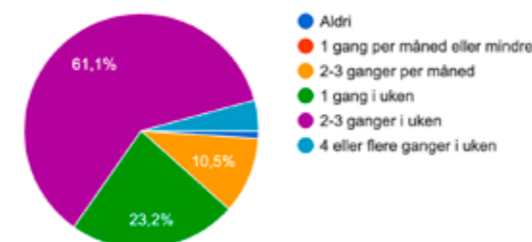
Hvor mange ganger har du individuell veiledning i løpet av et år?

94 svar



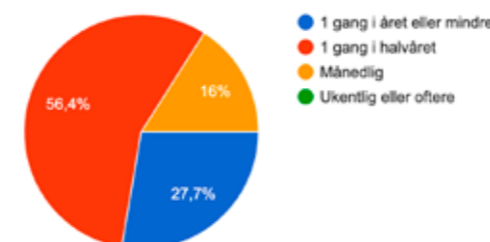
Hvor ofte har avdelingen internundervisning?

95 svar



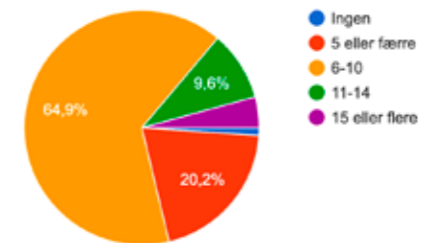
Hvor ofte får du deltatt på simuleringstrening?

94 svar



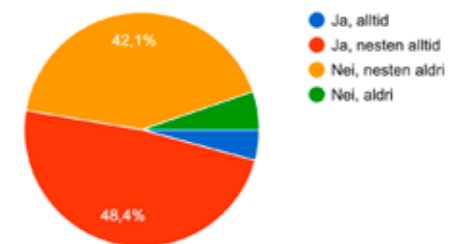
Hvor mange kursdager får du i året?

94 svar



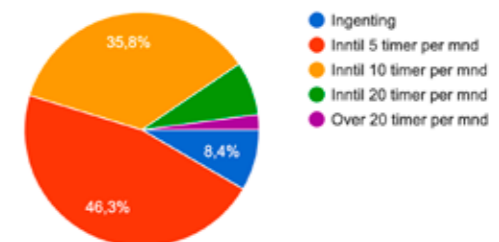
Får du fordypningsdagene dine?

95 svar



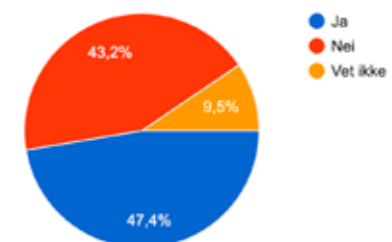
Hvor mye overtid jobber du? (ikke vakanser)

95 svar



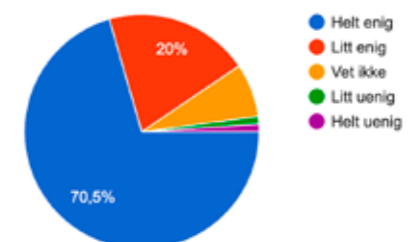
Er det kultur i avdelingen for å skrive overtid?

95 svar



Jeg ønsker å fortsette i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer

95 svar



Siste nytt fra spesialitetskomiteen



Renate Torstensen

Nestleder i Spesialitetskomiteen og overlege ved KK Nordlandssykehuset Bodø

2021 fortsatte der 2020 slapp...

Vi hadde ikke fysisk møte før på årsmøtet i Tønsberg. Veldig etterlengtet! Som året før har fokuset vært jobbing rundt ny spesialistforskrift. Selv om vi nå kun er rådgivende organ ovenfor Hdir, føler vi at vi både blir spurt og hørt ved relevante spørsmål som omhandler utdanningen i vårt fag.

Så har vi vært så heldige og fått reise på besøk igjen, i år til Kvinneklippen i Tromsø, til Lillehammer og til Ålesund. Vi er godt i gang med planleggingen av de neste besøkene og kan avsløre at både østlandet og vestlandet vil få besøk.

Det er ellers gledelig å se at det nå er mye reising til LIS-kurs.

Det er viktig med fysiske møter blant kolleger på tvers og langs av landet, og vi tror fortsatt at det er slik en selv og faget vårt best utvikles. Nettverksbygging er lettere gjennom fysiske møter, og vi er få nok i faget vårt til at vi oftest treffer de samme flere ganger.

Vi ser frem til å møte mange glade gynekologer i Kristiansand i oktober. Vi anbefaler LIS å søke på FUGO-kurset, som i år har gynekologisk endokrinologi som tema. Veldig bra program! Vi vil i år som i fjor dele ut forbildeprisen, en pris som henger svært høyt om som gis til en kollega med stort engasjement rundt LIS-utdanning. Dersom du har forslag til prisvinner, vennligst send til r_enate@hotmail.com med begrunnelse for forslaget. Nytt av året er at prisen til årets utdanningsavdeling er overtatt av FUGO. Dette fordi spesialitetskomiteen ikke lenger har SERUS-rapportene å bygge valget på. FUGO har full kontroll på den nye oppgaven, og vi gleder oss til å høre hvem som vinner i år.

Håper vi ser så mange som mulig av dere i Kristiansand!

Renate Torstensen

Nestleder i Spesialitetskomiteen

Spesialitetskomiteen 2022



Christine Hancke

Leder
Avtalespesialist i Oslo
Faglige interesser: Interessert i generell gynekologi
Utenomfaglige interesser: På fritiden spiller jeg tennis, trener hunden, tilbringer tid med familie og venner.



Ragnhild Lindelien Schwartz

Sekretær og LIS-representant
LIS ved Skien sykehus fra 2017
Faglige interesser: Hjerte for obstetikk.
Utenomfaglige interesser: Aktiv 2 barnsmamma som er glad i trening og langrenn, reise og vin.



Renate Torstensen

Nestleder
Overlege KK Nordlandssykehuset Bodø
Faglige interesser: Endoskopisk kirurgi og akutt obstetikk!
Utenomfaglige interesser: Topptur med og uten ski, kjøre barn til og fra trening, samt medgangssupporter for Bodø/Glimt.



ALEXANDER VIETHEER

Varamedlem
Overlege og PHD stipendiat KK Haukeland Universitetssykehus, Bergen
Faglige interesser: Fostermedisin og ultralyd, DOHaD, obstetikk i low ressurs setting og internasjonalt samarbeid.
Utenomfaglige interesser: Mat, ølbrygging, sykling og reiser i verden til by og fjell.



Jette Stær-Jensen

Overlege, PhD KK Akershus Universitetssykehus
Faglige interesser: Gynekologisk ultralyd
Utenomfaglige interesser: Ut på tur, reiser høyt og lavt, min herlige familie og loppis.



Mari Bunkholt Elstrand

Varamedlem
Overlege, PhD. Avd. for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus.
Faglige interesser: Gynekologisk kreftbehandling generelt, og behandling av eggstokkreft spesielt.
Forskning, undervisning og opplæring.
Utenomfaglige interesser: Gårdsbruk i Telemark, bokklubb, friluftsliv og trening når tiden strekker til.



Nora Johansen

Overlege og postdok, Sørlandet sykehus Arendal
Faglige interesser: Overgangsalder, hormoner generelt, obstetikk, onkologi, undervisning, ja mye forskjellig.
Utenomfaglige interesser: Naturen, utholdenhetsidrett, bøker, orientering



Kristine Heien Hansen

LIS-Vararepresentant
Overlege, Haukeland universitetssykehus, generell gynekologisk avdeling
Faglige interesser: Endoskopisk kirurgi og endokrinologi
Utenomfaglige interesser: Travel 3-barnsmamma som bruker mye tid på transport. Glad i å reise både inn- og utenlands. Liker ellers turer i flott norsk natur.



Zejula (niraparib) er nå rangert som 1. valg i LIS-anbefalingen for ovarialkreftpasienter med tilbakefall, uavhengig av BRCA-status¹

Zejula fikk ja fra Beslutningsforum (30.08.2021) og innføres som monoterapi til vedlikeholdsbehandling av platinasensitive BRCA-muterte ovarialkreftpasienter med tilbakefall (2.linje og senere)². Zejula er fra tidligere godkjent for offentlig finansiering ved behandling av platinasensitiv BRCA-villtype pasienter med tilbakefall (2.linje og senere)³ og fra 01.08.2021 ble Zejula også godkjent for offentlig finansiering av monoterapi til vedlikeholdsbehandling av platinasensitive BRCA-muterte pasienter (1.linje)⁴

Indikasjoner: Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO stadium III eller IV) høygradig ovariekreft, kreft i eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) etter fullføring av førstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, høygradig serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi.

Dosering: Behandling bør igangsettes og overvåkes av lege med erfaring med kreftlegemidler. Anbefalt dosering ved førstelinjebehandling er en startdose på 2 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For pasienter ≥ 77 kg og med trombocytterverdier ved baseline $\geq 150\ 000/\mu\text{l}$, er anbefalt startdose 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For andrelinjebehandling, er startdosen 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. Dosereduksjon er anbefalt ved tilbakevendende bivirkninger. Den vanligste vedlikeholdsdosen ved andrelinjebehandling er 200 mg. Hos pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon (ASAT og/eller total bilirubin $> 1,5 \times - 3 \times$ ULN), er den anbefalte startdosen med Zejula 200 mg én gang daglig.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Kontraindikasjon: Amning. **Forsiktighetsregler:** Hematologiske bivirkninger (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave trombocytterverdier ved baseline kan ha økt risiko for trombocytopeni av grad 3+. Ukentlig overvåkning av komplett blodstatus 1. behandlingsmåned er anbefalt, deretter månedlig i 10 måneder, og deretter regelmessig. Grunnet risikoen for trombocytopeni, bør antikoagulantia og legemidler som er vist å redusere trombocytterverdiene brukes med forsiktighet. Tilfeller av myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML) har blitt observert hos pasienter som ble behandlet med Zejula som monoterapi eller kombinasjonsterapi i kliniske studier og etter markedsføring. Hypertensjon, inkludert hypertensiv krise, er rapportert med bruk av Zejula. Blodtrykket bør overvåkes minst ukentlig i to måneder, etterfulgt av månedlig overvåkning i det første året og deretter regelmessig under behandling med Zejula. **Posterior reversibel encefalopati-syndrom (PRES)** er en sjelden, reversibel neurologisk sykdom som kan oppstå med raskt utviklende symptomer, inkludert hypertensjon. Det anbefales å seponere Zejula ved PRES og behandle spesifikke symptomer. **Bivirkninger:** $\geq 10\%$ av studiepasientene fikk følgende bivirkninger: Kvalme, anemi, trombocytopeni, fatigue, konstipasjon, oppkast, hodepine, insomni, redusert trombocytterverdi, nøytropeni, abdominalsmerter, redusert appetitt, diaré, dyspné, hypertensjon, asteni, svimmelhet, redusert nøytrofilverdi, hoste, artralgi, ryggsmerte, redusert leukocytterverdi og hetetokter. De vanligste alvorlige bivirkningene $> 1\%$ (behandlingsrelaterte frekvenser) var trombocytopeni og anemi.

Se preparatomtalen om bivirkningshåndtering og full informasjon før forskrivning av Zejula. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Pakninger og priser: Maksimalpriser: 56 stk. (blister) kr 71703,20. 84 stk. (blister) kr 107536,70. Rabattert pris er gjeldende i Norge. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. Zejula er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved førstelinjebehandling av BRCA-positive pasienter og andrelinjebehandling av BRCA-negative og BRCA-positive pasienter. Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Referanser: 1. LIS anbefalinger for onkologiske og kolonstimulerende legemidler, effektive fra 01.07.2021. (<https://sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi#anbefalinger-avtaleprodukter>)
2. Beslutningsforum møte, 30.08.2021 (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii-revurdering>)
3. Beslutningsforum møte, 25.05.20. (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iii>)
4. Beslutningsforum møte, 21.06.21. (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iv>)
PM-NO-NRP-JRNA-210001, juli 2022

GlaxoSmithKline AS
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon 22 70 20 00
Org. nr. 930 606 308
gskpro.com/nb-no

Med Leger Uten Grenser i Jemen

Jemen, landet til tusen og én natt...

Og nå, fanget i en krig som har vart i 7 år.



Anca Heyd
Gynekolog

Vi er i Abs, en liten landsby nordvest i Jemen. Sykehuset vårt er det eneste i et område som dekker én million innbyggere. Det drives av både Leger Uten Grenser (MSF) og helsemyndighetene. Kvinneklinikken, som jeg jobber på, har mellom 1200 og 1500 fødsler i måneden. Det er enkle forhold, men vi har det vi trenger; et bærbart ultralydapparat, tre doppler-apparater for å lytte til fosterlyden, en velfungerende blodbank og tilgang til et laboratorium, som utfører basale biokjemiske analyser (elektrolytter, kreatinin, ALAT, ASAT) og diagnostikk på infeksjonssykdommer som malaria, hepatitt, og HIV.

Nyfødt-Intensiv-avdelingen er lokalisert i etasjen over, mens operasjonsavdelingen, med sine to operasjonsstuer og et oppvåkingsrom, befinner seg i et annet bygg. Når pasienten skal opereres, blir de lagt på en bære og transportert av en bærer og en mannlig pårørende over gården til operasjonsavdelingen. I akutte situasjoner krever dette god logistikk og en god føre-var-planlegging.

Det er mye fattigdom i regionen, som har vært og fortsatt er i krig, og hvor frontlinjen er 12 kilometer unna. Helsevesenet er brutt sammen, og primærhelsetilbudet er mer eller mindre fraværende. Svangerskapsomsorg finnes nesten ikke. Det er noen privatklinikker eller privatpraktiserende jordmødre, men de fleste fødende har ikke råd til å betale for dem. Ofte er også kvaliteten på disse tjenestene veldig dårlig fordi det er mangel på helsepersonell.

Å føde hjemme er fremdeles veldig vanlig, likeså å føde mange barn. Veldig mange. Jeg har møtt mange kvinner som har født 12-15 barn eller flere. Ofte er det først når det går galt at kvinnene kommer til oss, og da er de som regel i dårlig tilstand. Fødselen har kanskje stoppet opp, eller de har hatt andre komplikasjoner som har blitt forsøkt behandlet der de bor, noe som bare har gjort ting verre. I tillegg har de reist langt, gjerne i 3-4 timer, for å komme til sykehuset. Flere er underernærte eller har andre underliggende sykdommer som malaria, hepatitt eller sigdcellesykdom.

«Hjertet må knuses helt til det åpner seg»

-Rumi

På kvinneklinikken er vi bare kvinner som jobber, og det er kun tre av oss som er internasjonale, en gynekolog fra Tyskland, meg og ei jordmor fra Nigeria. Alle andre er lokale. Jeg blir fra første dag imponert over engasjementet og dedikasjonen deres. Varmen, som

de mottar oss internasjonale kolleger med, støtten og hjelpen som de alltid deler ut så raust. Deres alltid oppmuntrende «Welcome Dr. Anca» har gitt meg et løft i mange situasjoner, og er noe jeg aldri kommer til å glemme.

Likevel er det noe som ikke stemmer, noe som jeg legger merke til fra første dag. Først skjønner jeg ikke helt hva det er, men så går det opp for meg. Det er noe feil med stemningen her. Alt virker mer «dempet», både glede, sorg og fortvilelse. Og jeg ser nesten ingen smil. Jeg vet ikke hvorfor det er slik, men jeg vet at jeg må prøve å gjøre noe med det. For deres skyld, og for min. Så jeg setter meg et mål: Hver dag skal jeg få hver kvinne til å smile minst én gang. «A smile is the most contagious expression we can use and is almost always reciprocated», sier Jack Morris. Noen ganger er det så enkelt. Andre ganger må jeg jobbe hardt for å få det til. Jeg husker spesielt én kvinne. Hun var kommet inn med prematur vannavgang. Jordmoren oppdaget at det var navlestrengsfremfall. Vi reagerte fort. Jeg holdt babyen oppe, mens vi gjorde alt klart til keisersnitt. Det gikk bra med både mor og barn. En suksesshistorie, spesielt i Jemen. Men uansett hva jeg prøvde fikk jeg henne ikke til å smile. Til slutt spurte jeg «Jeg legger merke til at du ikke smiler. Du virker så trist?» Da fortalte hun at mannen hennes hadde blitt drept i krigen, bare noen få uker før fødselen. Hun visste ikke hva hun skulle gjøre. Hun gikk en usikker fremtid i møte, både for seg selv, den nyfødte og de andre barna som hun hadde hjemme. Hun hadde egentlig ingen grunn til å smile. Men da jeg stilte spørsmålet kom det et likevel et lite smil. Et smil som kom fra hjertet. Det speilet seg i øynene hennes. Og knuste hjertet mitt.

«Another crazy day in paradise»

Bare noen få dager etter min ankomst er bemanningssituasjonen for oss leger prekær. Mine to jemenittiske kolleger, en gynekologspesialist og en allmennlege, er på velfortjent ferie. De har ikke sett familiene sine på seks måneder. Rita, min tyske kollega og meg går todelt vakt, 24 timer på og 24 timer av. Men vi er ikke alene. Fordi alle trår til, og gjør sitt beste for å avlaste oss. Kirurgene tar keisersnittene. Vi stiller indikasjonen og følger opp pasientene, men de utfører operasjonen. Jordmødrene tar hånd om pasientene så langt de kan, de gjør ultralyd, tar imot og behandler kvinnene med spontanabort. Når alt er forberedt eller de er i tvil, diskuterer de planen med oss. Vekterne kommer med en kopp te til meg, når de ser at jeg er sliten. Oversetteren setter frem en stol når jeg går vitsett, mens hun løper av gårde og henter ultralydapparatet.

Det er én av disse dagene. Jeg har vakt. Som regel begynner vi dagen i det eneste kontoret vi har: et lite kott ved siden av fødestua med et bord, to stoler og en pc. Har pleier vi å få en kort rapport om hva som har skjedd i løpet av natta. I dag kommer jeg ikke så langt. I gangen er det stort oppstyr. Vi har fått en ny pasient, Mina. Hun er ved termin, venter sitt 13. barn. Ifølge pårørende hadde hun hatt kraftig hodepine i går. I morges har hun begynt å krampe, et anfall som har vart helt til de ankom til oss, tre timer senere.



Foto: Personal archive / Dr. Anca Heyd



MSF Maternal and Child health care in Abs, Yemen
Foto: Jinane Saad/MSF



Foto: Personal archive / Dr. Anca Heyd



MSF Maternal and Child health care in Abs, Yemen– Foto: Jinane Saad/MSF



MSF Maternal and Child health care in Abs, Yemen– Foto: Jinane Saad/MSF

Your ordinary acts of love and hope point to the extraordinary promise, that every human life is of inestimable value.

Desmond Tutu

Når jeg kommer til, har jordmødrene allerede startet behandling med magnesium og krampen har sluppet taket. Mina er våken, men ikke tilsnakkende. Hun virker forvirret, agitert og vi har problemer med å roe henne ned. Barnet er dessverre dødt. I tillegg har hun anuri. Det er ikke en dråpe urin verken i blære eller urinpose. Jeg rekker så vidt å lage en plan for behandlingen når ei en annen jordmor løpende. På forberedelsesrommet har de en kvinne med prematur vannavgang og det er navlestrengsfremfall. Når jeg kommer inn, ser situasjonen ut til å løse seg. Det er seteleie, foten kommer allerede frem og kroppen følger raskt etter.

Igjen kommer ei jordmor løpende, denne gangen fra fødestua. De har en kraftig postpartum blødning med festsittende placenta. Jeg løper videre, og klarer å hente ut morkaka manuelt. Men nå

trenger de hjelp i triage. De har fått inn en pasient med tverrleie og rier. Dessuten blør en av pasientene med spontanabort kraftig, og akuttmottaket har ringt for tilsyn av ei dame med akutt abdomen og smerter i underlivet. Også på postoperativ sengepost er ei av de nyopererte pasientene fra forrige natt dårlig. Badia, vår oversetter som forteller meg alt dette, ser engstelig på meg. Hvordan vil jeg reagere? Jeg vet ikke om jeg vil gråte, skrike eller begynne å le hysterisk. Det er det siste som kanskje utløser den helt absurde assosiasjonen som jeg plutselig får. Jeg begynner å tenke på en film som jeg hadde sett for lenge siden. Hovedpersonen var fanget i en verden som i grunn bare var en uendelig sløyfe. Men hver morgen ble han vekket med den samme lykkelige stemmen fra radioen: «Welcome to another day in paradise». Det er akkurat denne setningen som hopper inn i hodet



Foto: Personal archive / Dr. Anca Heyd



MSF Maternal and Child health care in Abs, Yemen– Foto: Jinane Saad/MSF



MSF Maternal and Child health care in Abs, Yemen– Foto: Jinane Saad/MSF



MSF Maternal and Child health care in Abs, Yemen– Foto: Jinane Saad/MSF

mitt. Så jeg snur meg mot Badia, trekker på skuldrene og sier «just another day in paradise!» og legger til «another crazy day». Hun flirer, før vi løper videre til triage-området. Dette blir det nye mottoet, og flere adopterer det mens jeg er i Abs. Det hjelper å ta ting med humor når ting blir for vanskelig eller for hektisk.

Klar til avreise?

Plutselig er det bare noen få dager igjen før jeg skal reise hjem. Jeg er veldig klar til å reise. Jeg er sliten, savner en god espresso og en ordentlig dusj. Og mest av alt familien.

Men det er også en side i meg som ikke vil reise. De siste to ukene har jeg i tillegg til den kliniske jobben hatt undervisning med jordmødrene. Det har vært så artig og givende. Jeg startet med seteleie. Jeg hadde sett mange jordmødre her forløse barn i seteleie, og jeg synes de gjør det veldig bra, men det var noen få ting som jeg la merke til som kunne forbedres. Jeg var spent på hvordan de ville

reagere, fordi de hadde selv forløst mange flere barn med seteleie enn meg. Men jeg møtte kun utrolig stort engasjement, lærevilje og nysgjerrighet. Jeg ble utfordret i mange gode diskusjoner. Jeg har lært like mye selv som jeg har lært bort, og jeg skulle ønske jeg hadde tid til mer undervisning.

Jeg har også blitt veldig glad i mine jemenittiske kolleger, og jeg har fått venner for livet – søstre, som de selv sier. Jeg kommer til å savne deres varme, mot og raushet. Gjennom dem har jeg lært hvor mye betydning det har å bringe inn håp og menneskelighet, ved siden av å gi god behandling. Det er dette som knytter oss sammen, som gir oss styrke til å stå på.

Har du spørsmål eller fått lyst å reise selv? Ikke nøl med å ta kontakt med meg. Jeg slår gjerne av en prat. Du når meg på mail: beydam007@gmail.com eller telefon: 472 63 241.

Leger uten grenser har et stort behov for gynekologer

Er du ferdig utdannet og har minst to års arbeidserfaring? Kanskje har du også erfaring innen opplæring eller ledelse. Da vil vi gjerne høre fra deg. Se hvordan du søker på legerutenegrenser.no/job-for-oss/gynekolog



TV-aksjonen NRK 2022 går til Leger Uten Grensers arbeid for å gi livreddende helsehjelp og medisiner til mennesker som trenger det mest. : https://blimed.no/media/b0tnkoir/tvak-hovedbrosjyre-bokma-l_web.pdf



ANGUSTA® (misoprostol)

ANGUSTA® - en hjelpende hånd

**ANGUSTA® 25 µg misoprostol
tablett er indisert til
induksjon av fødsel¹**



Referanse: 1. ANGUSTA® SmPC, 15.09.21.

OBLIGATORISK INFORMASJON

ANGUSTA® Hver tablett inneh.: 25 µg Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Prostaglandin**. ATC-nr.: G02A D06 **Tabletter 25 µg; Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. Sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av ANGUSTA®. Bruk anbefales fra uke 37 i svangerskapet ved tilfeller hvor cervix er umoden (Bishop score <7). **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp, på sykehus der utstyr for kontinuerlig overvåking av foster og uterus er tilgjengelig. Cervix skal undersøkes nøye før bruk av legemidlet. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men Cmax kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/ bevis på at barnets liv er i fare for induksjon (f.eks. unormal nonstresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsestilstand ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arrvev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. uterus bicornis) som forhindrer vaginal fødsel. Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie som forhindrer vaginal fødsel. Nyresvikt (GFR <15 ml/minutt/1,73 m²). **Forsiktighetsregler:** Skal kun brukes dersom fødselsinduksjon er klinisk indisert. Kan føre til overdreven stimulering av uterus. Ved svært kraftige/langvarige uteruskontraksjoner eller ved klinisk bekymring for mor/ barn, skal det ikke gis flere tabletter. Ved vedvarende kraftige uteruskontraksjoner, bør behandling iht. lokale retningslinjer igangsettes. Ved preeklampsi bør bevis på/mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved alvorlig preeklampsi. Korioamnionitt kan det gjøre det nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fosterhinnen >48 timer for administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødsler, Bishops score >6 eller bruk for uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). Inneholder 0,874 mg natrium per tablett, og er så godt som "natriumfritt". **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotonisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes for uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. Fertilitet: fertilitet og embryoutvikling hos rotter har vist at misoprostol kan påvirke implantasjon og resorpsjon, men er ikke relevant for indisert bruk av ANGUSTA® i slutten av svangerskapet. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diare, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger, pyreksi. **Undersøkelser:** Lav Apgarscore (med 50 µg hver 2. time), unormal føtal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): **Undersøkelser:** Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal føtal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale kramppe. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentalosning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av ANGUSTA®. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. Se også www.felleskatalogen.no. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Norgine B.V., Antonio Vivaldistraat 150, 1083HP Amsterdam, Nederland. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 15.09.2021. **Reseptgruppe:** C. **Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1134,40. (Juli 2021). ANGUSTA® er rabbertert i henhold til LIS-avtalen 2201 b. NO-OBS-ANG-2200003



ANGUSTA, NORGINE and the sail logo are registered trademarks of Norgine group of companies.

Norgine AS | norge@norgine.com | www.norgine.com

Because patients inspire us



«Trygge hender» - Strukturert utdanning av LIS i fødselsmekanikk og praktisk obstetrikk.



Aslak Vimme Solhoff
Leder «Trygge hender»-kampanjen



Catrine Størksen
Kasserer «Trygge hender»-kampanjen



Per Kristen Teigen
Sekretær «Trygge hender»-kampanjen

Kjære kollegaer,
FUGOs «Trygge hender» starter 01.11.22, rett etter NGFs årsmøte. I forkant møtes overleger fra Norges fødeavdelinger på «Trygge hender»-instruktørkurs.

«Trygge hender»-instruktørkurs arrangeres 24.09.22 – 25.09.22 på Soria Moria i Oslo. Påmeldingen fra Norges avdelinger har vært en suksess: Kurset er fullbooket. 40 obstetrikere fra 29 fødeavdelinger i Norge møtes for å videreutdannes til «Trygge hender»-instruktører. Overlege Johanne Kolvik Iversen har ansvar for kursets faglige innhold.

Vi i prosjektgruppen er spente på instruktørkurs og gleder oss til kampanjestart i november!

Har du spørsmål om kampanjen? Send mail til fugo.tryggebender@gmail.com, eller snakk med en av oss i prosjektgruppen på NGFs årsmøte i Kristiansand.

Vi sees!

Med vennlig hilsen
Prosjektgruppen for «Trygge hender»
Aslak Vimme Solhoff
Catrine Størksen
Per Kristen Teigen

Samarbeid med Norges største fertilitetsklinikk.

«Vi koordinerer med gynekologer slik at fertilitetspasienten gjør monitorering hos sin lokale gynekolog. Det er en god løsning for alle parter. Kontakt oss for et samarbeid der vi anbefaler våre pasienter å bruke sin nærmeste gynekolog til monitorering og oppfølging.»

– Dr. Jon W. Hausken



Vi har nyåpnet klinikk i Bergen sentrum.

Klinikk i Porsgrunn åpner i oktober.



✓ Samarbeider med gynekologer til fertilitetspasientens beste.

✓ Avdelinger i Oslo, Stavanger, Haugesund, Bergen og Porsgrunn.

✓ Etablér et kundeforhold til nye kunder i ditt område.

✓ Kontakt Jon Hausken direkte: jon@klinikkhausken.no

“Eit portrettintervju av min helt, Jone Trovik!”

I følge redaktør Tale Meinich skal eg visstnok ha sagt at eg svært gjerne ville intervju Jone Trovik for Gynekologen. Eg kan ikkje hugse å ha sagt akkurat det, men det høyrer ut som noko eg godt kunne ha sagt, og dessutan er det ein rasande god idé. Jone har vore mitt forbilde sidan eg trødde mine barnesko på Haukeland for tjue år sidan, hennar engasjement, kompetanse, arbeidskapasitet og velvilje saknar sidestykke (figur 1). Den dag i dag er ho den fyrste eg tenker på når gode råd er dyre, enten det gjeld fagpersonar til covidrettleiaren, råd om laparoskopi eller når universitetet har slått seg heilt vrage. Så her, kjære lesarar: Eit portrettintervju av min helt, Jone Trovik! Vi møter Jone i Risør, der ho nettopp har starta på sin sommarferie:



Figur 1: Jone Trovik: Professor, klinikar og arbeidsjarn.



Ragnar Kvie Sande
NFG-leder og overlege ved SUS

Fortell litt om oppveksten din?

Jeg er eldst av tre søstre, vi er veldig tette i alder. Vi er født i -61, -63 og -64, så mine foreldre sa at -62 var det året de ikke fikk barn (figur 2). Min far drev butikk, det gjorde etter hvert også min mor, så vi var så heldige at vi kunne få sommerjobb i butikk. Det var lett å selge paraplyer i Bergen, litt verre å selge fancy skinnvesker til fine fruer. Jeg drev med svømming, ikke på noe voldsomt høyt nivå, men jeg konkurrerte på krets nivå. Min far kjørte oss til morgentrening tidlig på morgenen, så trente vi en times tid, før vi tok bussen opp til skolen (figur 3). Vi var på svømmeleir om sommeren, det var veldig gøy, vi var på alle disse småstedene, Husnes, Årdal og Odda, hvor det var et svømmebasseng og en skole vi kunne sove på.

Vaks du opp i Bergen Sentrum?

Ikke akkurat i sentrum, jeg vokste opp på Storetveit, det var tidligere en del av Fana kommune. Det var 15-20 minutter med buss fra sentrum.

Kvar gjekk du gymnaset?

Det var også i Bergen, jeg gikk på Katten, katedralskolen i Bergen. Det heter Katten med -en på slutten, ikke Katta som i Oslo. Jeg gikk på naturfaglinjen, vi var veldig jevnt fordelt mellom gutter og jenter. Jeg syntes det gøyeste var biologi, men jeg måtte ha fysikk for å komme inn på medisinstudiet. Jeg søkte bare på medisin i Bergen, jeg hadde ingen plan B.

Kva gjorde at du ville bli lege?

Det var ikke fordi jeg hadde noen leger i familien. Som sagt arbeidet begge mine foreldre i butikk. Egentlig skulle jeg bli veterinær, jeg vokste opp med dyr, bare små husdyr, riktignok; det var skilpadde, undulater og etter hvert hunder som fikk valper. Da jeg leste til fysikkeksamen var det et kull med små mynder som kravlet rundt meg. Jeg tenkte at jeg skulle bli veterinær, for det var jo kjekt å stelle med dyr, men så oppdaget jeg at de fleste veterinærer driver ikke smådyrklubber, de er faktisk ute i landbruket, det er kyr og greier! Svære dyr! Det ble for skummelt, da ville jeg heller bli lege. Så endte jeg ironisk nok opp som gynekolog; når man står med lang hanske og skal gjøre manuell placentautenting føler man seg litt som en veterinær.

Du studerte medisin i Bergen?

Ja, det var i 1979. Jeg hadde egentlig forventet at miljøet skulle være mer homogent enn det jeg opplevde. Jeg hadde kullkamerater med ulik alder, fra ulike samfunnslag og ulike politiske retninger. Jeg hadde trodd det skulle være et mer sann handelskolemiljø. Jeg hadde ikke så veldig mye kontakt med studiekameratene på fritiden, jeg hadde min kjæreste fra gymnasen som jeg giftet meg med veldig fort, så jeg var i grunnen veldig gift og bortsett fra at jeg var «evig kulltiltsvalgt», var jeg lite sosial med kullet i studietiden. Han studerte jus, så det var et helt annet miljø. Vi hadde mest kontakt med vennene fra gymnastiden. Det var først helt på slutten, når vi skulle ha avslutningsfest, at jeg tenkte «Jøss, hvem skal jeg gå med? Blir det noe vorspiel?» Det ble det, det var veldig hyggelig, så jeg ble litt sosial helt på slutten (figur 4).

I studietiden var jeg typisk «flink pike» som alltid satt på første benk, det har jeg i grunnen fortsatt med, jeg sitter stort sett på første benk, enten det er i NGF eller det er i auditoriet på Kvinnekliviken. Jeg satt også på fremste rad da jeg skulle referere mitt første journalopptak som student på kirurgen, men kunne



Figur 2: Jone som barn. Ho har tydelegvis alltid brukt brillar.



Figur 3: Jone var ein flittig brukar av Nordnes Sjøbad som barn. Her tilbake på gamle tomter i ein reportasje i Bergens Tidende. Endeleg ei gladsak frå BT med ein gynekolog i sentrum!

“Jeg husker veldig godt at når noen kom inn på vakt med vondt i magen, hadde du faktisk tid til å snakke med dem, og finne ut at de ikke hadde vondt på grunn av et torkvert adnex, men fordi de vantrivdes på skolen eller far slo eller noe annet bakenforliggende.”

tydelig høre fnisingen fra medstudenter lengre bak da jeg forklarte at «pasienten ble sendt til røntgen tarmMASSASJE...» Og overlegens lakoniske kommentar at det var en prosedyre han ikke kjente til. Det var mange av de jeg studerte med som også ble gynekologer, i farten kommer jeg på Knut Hordnes, Torgeir Bjerknes og Svein Magne Skulstad som alle er i Bergen, Idunn Myklebust i Volda og så hun i Ålesund, Margrethe Sævik Lode.

Kvar hadde du din turnus?

Jeg hadde turnus i Førde, det var veldig kjekt. Jeg hadde ikke så veldig høyt nummer, men jeg valgte Førde fordi jeg visste at der var det en gynekologisk avdeling, og de hadde en barneavdeling. De var store nok til at de kunne ha premature ned til 34 uker. Det var et sted som var lite nok. Det var to bord i kantinen som var legebord, så hvis du trengte et råd, gikk du bare dit i lunsjen, der traff du både kirurgen, barnelegen eller hvem det nå var du skulle snakke med. Det var ikke snakk om å sende henvisninger med røpost. Jeg hadde både sykehusturnus og distriktturnus i Førde, og så fikk jeg assistentlegevikariat på gyn der! Vi hadde fire-delt turnus, og pendling hjem til Bergen hver andre helg for å pleie et skrantende forhold gikk ikke bra. Det var mens jeg var på sykehuset at jeg traff Hansemann (figur 5). Han var anestesilege, og han dumpet inn på turnuskandidatkontoret, ja, vi hadde eget turnuslegekontor den gangen. Han spurte om jeg visste hvordan man kunne sende ut brev til alle turnuskandidatene i landet. Han skulle selvfølgelig gjøre et eller annet prosjekt om turnuskandidaters erfaring med akuttmedisin. Jeg tenkte at dette var sikkert lurt å være med på, så det ble den første

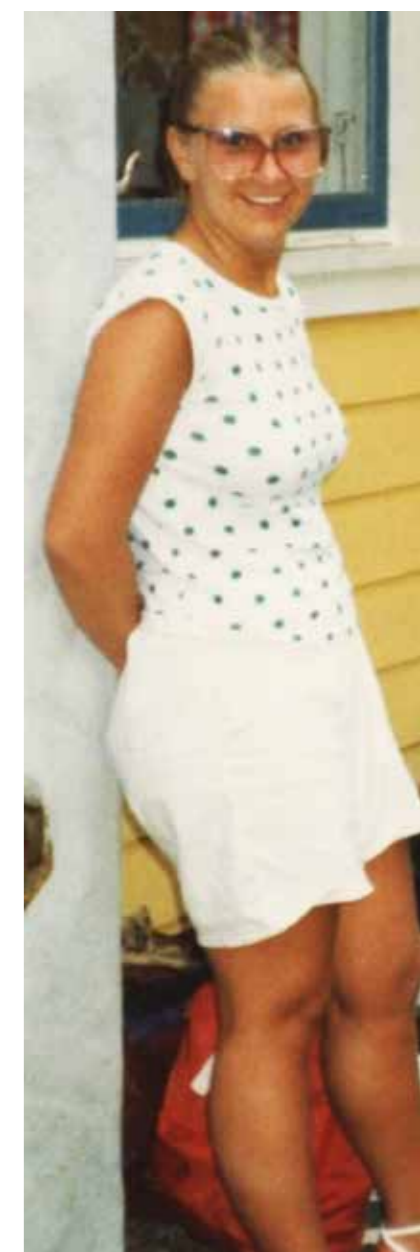
studien jeg var med på. Hans hadde kjøpt en bitteliten Mac (han mener det var første PC blant sykehuslegene i Førde), som ble brukt til studien. Den har vi beholdt som en kuriositet på loftet. Sammen med Hans fikk jeg to flotte jenter på 9 og 12 år «på kjøpet»!

Kva gjorde at du valde gynekologien?

I studietiden ble jeg med i MSO, medisineres seksualopplysning. Jeg tenkte at det var veldig viktig med prevensjonsopplysning, og at det var noe jeg kunne bidra med gjennom MSO. Gynekologien ble veldig nærliggende i forhold til det. Jeg hadde masse boklig kunnskap om prevensjon, men den første gangen jeg tok i et kondom var da jeg skulle drive opplæring på banan i MSO-regi...

Du flytta tilbake til Bergen?

Jeg var så heldig at når jeg skaffet meg en mann i Førde, hadde han allerede en leilighet i Bergen, og det passet meg veldig bra. Så da flyttet vi til Bergen, og jeg tok min sideutdannelse i kirurgi. Jeg hadde allerede to år gynekologi fra Førde. Nesten ferdig med kirurgjåret fikk vi vårt første felles barn (den eneste gutten), så fulgte en jente til etter to år og attpåklatten («gulleget») 9 år etter det. (Og nei, selv med anestesilegemann har jeg ikke fått epidural.) Mest praktisk obstetrisk bruk for ham var det da «minsten» ble den største (tyngste) på 5300g (på tross av negativ glukosebelastning), og hun trengte initial ventilasjon etter en vanskelig skulderforløsning. Hans var forøvrig ansvarlig anestesilege på min første sectio i Førde, jeg brukte så innmari lang tid at spinalbedøvelsen gikk ut og pasienten måtte få narkose...



Figur 4: Jone som medisinstudent på det glade 80-talet.



Figur 5: Jone med sin husemann på tur på hyttetraktene rundt Haugastøl.



Figur 6: Jone sin vitenskapelige karriere tok henne også til Hong Kong som postdok.

Det var veldig kjekt å begynne med gynekologi på et sentral-sykehus og ikke på Haukeland. Det er lite nok til at det ikke er så brennende travelt som vi har det her. Jeg husker veldig godt at når noen kom inn på vakt med vondt i magen, hadde du faktisk tid til å snakke med dem, og finne ut at de ikke hadde vondt på grunn av et torkvert adnex, men fordi de vantrivdes på skolen eller far slo eller noe annet bakenforliggende. Det synes jeg er mye vanskeligere å finne ut av når vi er på en så stor avdeling som Haukeland. Det blir å se om vi finner noe objektivt galt somatisk, og hvis ikke har du gjort en gynekologisk undersøkelse. Du har avkrefte at det er en gynekologisk årsak til smertene og kan sende henne tilbake til kirurgen. Men hun har jo akkurat like vondt i magen, og hvis det er en annen, underliggende årsak så finner ikke kirurgene noe mer ut av det enn vi gjør.

Du har lært fistelkirurgi av Torvid Kiserud?

Ja, han hadde jobbet åtte år i Afrika og lært seg fistelkirurgi der. Da han kom til Bergen hadde han med seg den kunnskapen, han var så vitenskapelig orientert at han fortløpende registrerte utfall for alle pasientene han behandlet for fistler ved Kvinne-klinikken i Bergen helt fra 1995. Torvid konkluderte med at dette var en så spesialisert del av gynekologien at det var nyttig å få etablert som nasjonal behandlingstjeneste, så det ble vi formelt i 2012! Han lærte først opp meg, så lærte vi sammen opp Heidi (Thornhill, red anm), og så har Heidi og jeg sammen lært opp Bettina (Casanova Kråkenes). Jeg har vært på kurs om fistelkirurgi i London, og så har jeg vært i Etiopia, på Fistula hospital i Addis Abeba. Jeg har bare hospitert der, ikke operert, fistelkirurgi i utviklingsland er noe helt annet enn fisterkirurgi i Norge. De har en helt annen hovedårsak. Der er det oftest obstruerte fødsler, mye nekrose og ledsagende komplikasjoner. Fistlene vi ser er oftest etter kirurgi eller inflammatorisk (tarm)sykdom.

Du tok din doktorgrad med Helga Salvesen som veileder?

På biomarkører og endometrie-cancer?

Helga var en veldig god venninne, professor, og vi hadde hytte på samme sted, på Haugastøl. Vi gikk masse på tur sammen på Haugastøl, og hun brukte mange år på å bearbeide meg, om ikke jeg skulle begynne å forske. Jeg hadde ikke tenkt å forske, jeg hadde nok med å være doktor og synes det var kjempesjakk! Til slutt sa hun «Nå har jeg et prosjekt, og jeg tror du vil like det.» Jeg tenkte at jeg kunne jo prøve, og så fikk jeg stipend på det prosjektet om biomarkører. Det var helt enkle immunhistokjemiske biomarkører dette, langt mindre avansert enn det «alle» driver med i dag, med all verdens genetiske markører. Immunohistokjemi er veldig basal farging som ofte kan gjøres rutinemessig på patologisk avdeling. Da jeg

var student tenkte jeg at jeg aldri skulle bli patolog, jeg syntes det var så vanskelig å sitte og se i mikroskop. Men jeg har altså brukt tre år på å farge og mikroskopere patologiske snitt, så man må jo bare spise i seg ting man har sagt at man aldri skal gjøre! Det er det som er så fascinerende med medisin; nesten alt du gjør blir interessant, når du får lov til å bruke litt tid på det, så forstår du hva det er du skal se på, og så blir det spennende. Det var viktig for meg at prosjektet hadde klinisk relevans; vi skulle se om en helt enkel immunfarging, som man kan gjøre på en rutinelab, kunne predikere alvorlighetsgrad av endometrie-cancer. Vi fant ut at det kunne den, det har vi tatt videre med å bruke østrogen- og progesteronreseptorfarging til å si om dette er en cancer med stor eller liten risiko for lymfeknutemetastaser. Etter dette har man begynt med «sentinel node», som er en måte å gjøre lymfeknutesampling uten å måtte gjøre lymfadenektomi. Neste skritt blir å se om det fremdeles er relevant å gjøre østrogen- og progesteronreseptorfarging, eller om man bare skal gjøre «sentinel node»-reseksjon på alle. Jeg har fortsatt å være i kreftforskningsgruppen (som postdok, figur 6), og også etter Helga døde, men gynekologisk kreft er ikke mitt kliniske hjertebarn, jeg er nok mer en generell gynekolog i hjerte og i praksis. Som professor får jeg også bruke tid på undervisning og det er også veldig kjekt! Å lære kommende kolleger gynekologi føles også veldig meningsfylt. At jeg fikk instituttets undervisningspris i år var veldig gjevt!

Du var leiar i Norsk Gynekologisk Forening?

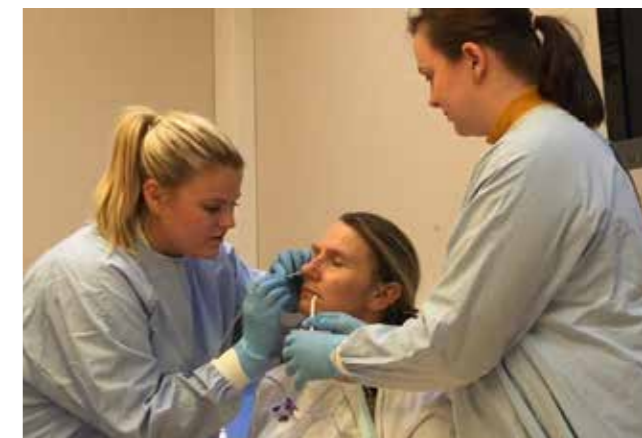
Ja, det syntes jeg var veldig kjekt. Jeg har en veldig stor identitet som gynekolog, så da var det veldig gjevt å bli bedt om å være leder for gynforeningen (figur 7). Det er en faglig forening, landets gynekologer har veldig stor respekt for hva den foreningen står for. Vi var den første foreningen som laget faglige veiledere, det synes jeg vi skal være kjempesjakk av. De veilederne vi selv har laget har en legitimitet innad i fagfeltet som er større enn slikt som kommer fra helsedirektoratet. Det var interessant å oppleve disse politiske irrgangene, men også frustrerende; jeg var leder da vi hadde denne debatten om ultralyd og terminbestemmelse. Vi hadde vårt standpunkt som var velfundert blant landets gynekologer, mens helsedirektoratet og departementet laget sin bestemmelse ved å velge ut noen som de ville høre på.

Eg har forstått at det var ein krevande prosess?

Ja, det var en veldig krevende prosess! Til syvende og sist hadde de likevel ikke noen maktmidler; når vi som forening endte opp med å si at vi vil bruke både Terminhullet og eSnurra, kunne de ikke tvinge oss til noe annet. Ikke når vi som fagfelt har sagt at dette mener vi er rett.



Figur 7: Som leiar av Norsk Gynekologisk Forening var Jone mellom anna i prat med kollega dr Torgersen om «Underlivet som sansorgan».



Figur 8: Jone byr på seg sjølv i kampen mot hyperemesis.

“Du har ikke spurt meg om kvalme!”

Kva er den største skilnaden mellom faget slik det er i dag i forhold til då du starta?

Minimal invasiv kirurgi har kommet for fullt: TVT, hysteroskopi og laparoskop. Videolaparoskopi gir en utrolig bedring i opplæring og assistanse, istedenfor at kun operatør kan se feltet via ett øye på skopet. Vi har fått masse nye prevensjonsmidler, medisinsk abort har kommet i min tid, hormonspiral har kommet. Dette er viktige ting. Hele fertilitetsmedisinen har kommet til. Ultralyddiagnostikken er milevis unna det det var da jeg startet. Vi hadde ett ultralydapparat da jeg begynte på KK, det var kjempesvært og stod innelåst på et rom. Så kom de vanlige ultralydapparatene som vi kunne bruke til å se at det forhåpentligvis var en vital intrauterin graviditet, så kunne man etter hvert begynne å anslå termin. At vi nå har ultralydapparater og leger som klarer å visualisere de aller minste karene til binyrene, det var overhodet ikke aktuelt da jeg begynte. Så det har jo skjedd kjempemasse!

Vil du seie at noko har gått tapt på vegen?

Vi har fått et veldig stort dokumentasjonskrav i medisinen generelt. Det går veldig mye tid med til å skrive på ting, heller enn å gjøre ting. Du må passe på at du har kodet og registrert i diverse dataprogrammer, i stedet for å fokusere bare på pasientbehandlingen. Når vi har så mye teknologi, forventer pasientene den teknologien tilgjengelig til enhver tid. Det er ikke alltid like velfundert om dette er nødvendig eller medisinsk nyttig. Hvis en kvinne har en positiv gravitest og en blødning to dager etterpå, kommer hun med en forventning om at vi skal bruke ultralyd og si om det er en vital graviditet eller ikke, og det kan vi jo ikke! Jeg tviler på om bestemmelsen om tidlig ultralyd til alle norske kvinner er kost/nytte vurdert. Jeg mener vi kunne brukt helseressursene bedre til noe annet enn å gjøre ultralydscreening to ganger hos alle gravide.

Har du nokon råd til unge gynekologar som tar fatt på spesialiseringa no?

Det er et utrolig spennende fagfelt. Du kan uansett finne noe DU synes er spennende. Vi følger kvinnene fra før svangerskapet, gjennom til fødsel, vi har ungdomsgynekologi, vi kan gi fertilitetsbehandling, vi har hele den reproduktive alder med blødningsforstyrrelse, klimakterie- og postmenopausale plager, vi har kreftbehandling og omsorg ved livets slutt. Det er praktisk

fødselshjelp og praktisk kirurgi, det er et utrolig variert fagfelt! Du kan fordype deg i indremedisin og endokrinologi, du kan sitte og se på blodprøvesvar og lure på hva de betyr. Vi har så masse spennende, vi har bruk for alle, så jeg vil si til alle som tenker at de kanskje har lyst til å bli gynekolog: «Ja, det synes jeg du skal prøve. Du vil helt sikkert finne noe du synes er spennende!»

Er det nok vi har gløymt å snakke om?

Du har ikke spurt meg om kvalme! Vi må snakke om hyperemesis, der har jeg et hjertebarn (figur 8)! Det var litt tilfeldig, jeg tror det var Hans igjen, han drev med ernæringsbehandling på anestesivdelingen og lurte på hvorfor vi ikke kunne ernære disse kvalme gravide med sonde. Det har vi prøvd, og det fungerte godt, så det har blitt en etablert metode også ved hyperemesis. Kvinner med hyperemesis føler seg ikke ivarettat, de føler seg ikke forstått, kanskje fordi dette er en relativt sjelden tilstand, der mellom én og tre prosent av gravide får en så alvorlig kvalme. Samtidig er det så innmari vanlig å være kvalm. Både doktorer og særlig pårørende har vanskelig for å forstå når det vanlige blikker over i sykdom. Det er litt som med endometriose og dysmenoré; menstruasjonsmerter er så vanlig, når blir det så vondt at det er en sykdom? Derfor går kvinnene og er misforstått i lang tid før vi/helsevesenet erkjenner at kvinner med hyperemesis faktisk er alvorlig syke og gir dem behandling. Vi er ikke flinke nok til å tenke ernæring, vi gir kvalmestillende og væske og så tenker vi at det er okei, men det er nok ikke det. Vi må også passe på at de får ernæring.

Avslutningsvis?

Jeg har aldri angret på mitt yrkesvalg! Min mormor var jordmor, og min yngste søster ble også jordmor, så hun var selvfølgelig mormors favoritt. Vi er så heldige som får være med på fødsler, det er fantastisk hver gang! Det er jo et under, du kan jo aldri tenke deg at det barnet på noen måte skulle kommet seg inn igjen der, når det først har kommet ut. Vi må huske på at vi er privilegerte som får lov til å være med på det øyeblikket når et barn blir født.

Tusen takk for praten, og fortsatt god sommar!

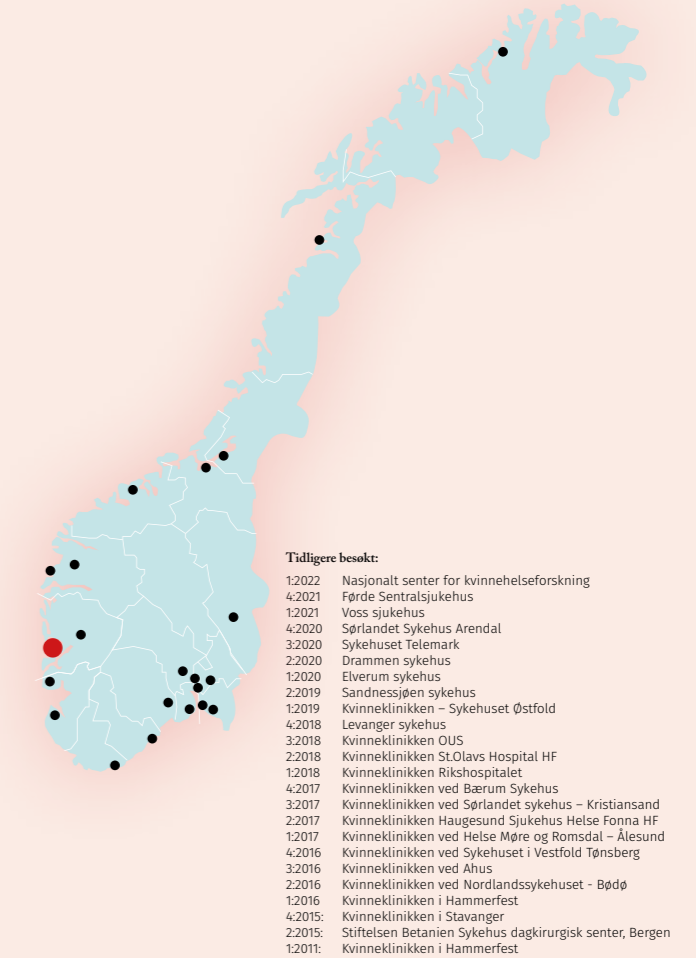
Takk i like måte!



Marte på fødepol



Johanne og Bassam



Noreg Rundt

Lokalsykehuset på sommarøyo Stord

50.000 innbyggere i Sunnhordaland har lokalsykehus på Stord. Sykehuset ligger sentralt til på sommerøya Stord. Seks mil skiller oss fra Bergen i nord og Haugesund i sør, og 13 mil fra Stavanger. Vi ved gynekologisk avdeling går nå nye veier for å sikre et drømmelag av obstetrikere og gynekologer.



Isabel Solvang Tofte
Avdelingsleder Føde Gyn Barsel, Stord

Sykehusene på Stord, i Haugesund og Odda utgjør Helse Fonna. Helseforetaket har et samlet nedslagsfelt på 180.000 pasienter. Geografiske utfordringer krever tett samarbeid med AMK. Ambulansebåt og luftambulans benyttes både ved transport av pasienter til sykehuset og ved overflyttinger til høyere nivå i Haugesund eller Haukeland Universitetssykehus. Stord sykehus har akuttfunksjon innen kirurgi og indremedisin med subspecialiteter. Anestesiavdelingen har leger i aktiv vakt hele døgnet.

Lokal fødselsomsorg og kvinnehelse

Sykehuset har en kombinert føde-, barsel- og gynekologisk avdeling med to fødestuer, ni familierom og fem gynekologiske senger. Vi har 18 jordmødre, 13 barnepleiere og to merkantilt personell knyttet til avdelingen.

Vi er organisert i tråd med "Et trygt fødetilbud", og fødekvinne er i lavrisikogruppen. Vi tar imot fødende fra gestasjonsuke 35. Flere lavrisiko kvinner som ikke har Stord som lokalsykehus føder også hos oss, eksempelvis kvinner fra Os, Austevoll og Bergen. Fødselstallet har tidligere vært rundt 450 per år, men som i resten av landet har fødselstallet hittil i år gått nedover.

Det normale fødselsforløpet er grunnlaget i vår fødselsomsorg. Spesielle fokusområder fremover er korrekt bruk av Oxytocin og intrauterin resuscitering. Induksjonsfrekvensen har vært relativt

høy, og deltakelsen i prosjektet «Håndtering av svangerskap etter termin» gir oss nå mulighet for å evaluere vår induksjonspraksis hos kvinner som passerer termin. Et annet satsingsområde er oppfølging av kvinner med fødselsangst, hvor vi har lang erfaring både på jordmor- og gynekologsiden. Vi legger mye arbeid i samtaler og gode fødselsplaner for å trygge kvinnene og unngå keisersnitt på denne indikasjonen.

Bruker alle ressurser

Selv med seleksjon mot lavrisiko vet vi at akutt situasjoner oppstår også i denne gruppen. Vi har derfor regelmessig simuleringstraining på ulike akuttscenarier, inkludert scenarier hvor hele operasjonsavdelingen involveres. I regi av nyfødmedisiner fra barnekliviken på Haukeland sykehus trener hele avdelingen i nyfødtesuscitering fire ganger årlig. Dette er spesielt viktig fordi vi ikke har barneleger i vakt. Undervisning bidrar også til at vi får gode verktøy for å avdekke tilstander hos den nyfødte som krever transport til sykehus med barnelegeberedskap i Haugesund eller Bergen.

Eksempel på noen kvalitetsindikatorer for aug. 2021-aug. 2022:

Seccio	8,7 % (Grad 1: 1%, Grad 2: 6,2%)
Operative forløsninger	7,8%
Sphincterruptur grad 3 og 4	1,5%
Induksjoner	27 %
Apgar 5 min < 7	1%

Fosterovervåkning

Ved kontinuerlig overvåkning i fødsel benyttes CTG, og ved behov skalplaktat. Alle våre jordmødre er eller skal bli CTG-sertifisert i Gøteborg, og vi har fokus på gjennomgang av fosterovervåkingen ved avvikende fødselsforløp. Nylig har vi opprettet en CTG-gruppe som ledes av en av våre leger, Marte Jettestad.

600 operasjonspasienter

I tillegg til egen operasjonsstue har vi poliklinisk virksomhet og en liten sengepost. Vi har både akutt funksjon og elektiv drift. Totalt har vi 600 operasjonspasienter årlig. Bassam Odicho har vært ledende endoskopør, og årlig har vi hatt rundt 60 hysteroskopier og 110 laparoskopier. Hysterektomiene gjøres hovedsakelig per laparoskopi. I tillegg gjør vi TVT-er, vaginalplastikker, koniseringer og annen småkirurgi. Ventetidene har vært korte, og dermed har vi også fått henvist pasienter som sokner til andre sykehus.

Kreftbehandling og -operasjoner selekteres til Haugesund og Haukeland, men vi har onkologisk dagstue hvor cellegift kan gis. Vi tilbyr også palliativ behandling og terminal pleie. Vi jobber tett med kommunene og interkommunal døgnavdeling for å gi pasientene en verdig avslutning på livet.



Bassam



Marte underviser jordmødrene



Ådlandsvatnet



Tid til fritid når en jobber nordsjøturnus

Oljeturnus som rekrutteringsgrep

Staben har bestått av tre gynekologer i firedelt vakt, samt en LIS 1 lege. Disse tre legene, inkludert Bassam Odicho som fremdeles jobber hos oss, bidro i 8 år med stabilitet i avdelingen. Sommeren 2021 ble det endringer, og vi måtte igjen starte rekrutterings- og ansettelsesprosesser. Rekruttering i en tid med gynekologmangel på landsbasis er krevende.

Som et lite sykehus må vi tenke nytt. Vi er inspirert av oljeindustrien, en av de store næringsveiene på Stord. Fra i høst startet vi derfor opp med seks faste gynekologstillinger, hvor to og to jobber sammen i to ukers perioder før fire uker fri. Per nå er tre av de seks stillingene besatt. På denne måten ønsker vi å tiltrekke god faglig kompetanse hit uten å måtte kreve at folk blir fastboende. Alle har tildelt PC slik at man i friukene kan følge opp egne prøveresultater og delta på avdelingsmøter, uansett hvor man er bosatt. Slik administrasjonstid er dekket inn i avtalen.

Ordningen er i oppstarten, og fremdeles har vi behov for ressurser før laget er komplett. Bassam Odicho med sin lange fartstid fortsetter som seksjonssjef. Han deltar i tillegg i rotasjonsturnus på lik linje med andre, og i friperioder styrer han daglige administrative oppgaver.

Gynekolog Johanne Lunde er fast bosatt på Stord og har tidligere jobbet ved Haugesund sykehus. Det siste året har hun jobbet ved poliklinikken vår og har blant annet vært primus motor for innføring av tidlig ultralyd og NIPT. Vi har nå vår første ultralydjordmor under utdanning, og inntil hun er klar vil Lunde drifte tidlig og ordinær ultralyd i sine friuker. Lunde vil også inngå i rotasjonsordning fra høsten av.

Bygger laget

Marte Jettestad, en erfaren obstetrikker fra KK Bergen, er nå blitt en del av laget vårt. Dette setter vi stor pris på. Hun fant raskt sin plass her, og sammen har vi store ambisjoner om å skape et drømmelag av obstetrikere/gynekologer med utfyllende kompetanse som skal gi best og bredest mulig oppfølging og behandling av Sunnhordalands kvinner.

Stord og Sunnhordland har naturligvis også flere kvaliteter enn en engasjert og fremadrettet gjeng på gynekologisk avdeling. Regionen byr på vakker natur, spennende friluftsliv og et koselig sentrum.

Meld deg på vårt nyhetsbrev for gynekologer, og motta e-poster med faglig påfyll innen fertilitet



Møter du par eller single med barneønske?

I gjennom 25 år har Medicus hjulpet naturen litt på vei, og bidratt til skapelsen av flere tusen barn gjennom assistert befruktning og andre enklere metoder, slik som hjelp med egglosningsproblemer. Vår erfaring, kombinert med kvalitetsfokus dokumentert ved ISO-sertifisering og deltakelse i mer enn 50 kliniske forskningsstudier, gjør at vi har høy pasientfornøydhet og svært gode suksessrater. Våre moderne klinikker ligger sentralt lokalisert i Trondheim, Oslo og Stavanger, og vi har kort ventetid.

Vårt tilbud:

- Inseminasjonsbehandling (IUI)
- Prøverørsbehandling (IVF og ICSI)
- Operativt sæduttak (TESE/TESA)
- Sæddonasjon
- Eggdonasjon
- Partnerdonasjon
- Blastocystdyrking
- Sædundersøkelser og DNA-skade undersøkelse
- Nedfrysing av ubefruktede egg (social freezing)
- Timelapse embryoovervåking
- RI-Witness elektronisk springssystem



Vi er koblet til Norsk Helsenett og kan sende og motta elektroniske meldinger via vårt journalsystem.

MEDICUS

- Spesialister i gynekologi og assistert befruktning

Trondheim
Beddingen 8,
7042 Trondheim

Oslo
Stortingsgata 30,
0161 Oslo

Stavanger
Haakon VIIs gate 7,
4005 Stavanger

Lyst til å bli samarbeidende lege?
Ta kontakt med administrerende
direktør Magnus Finset Sørdal

magnus.sordal@medicus.no,
mobil: +47 918 88 118

FRIE FOREDRAG

Obstetrikk

01 Erfaringer fra overvaking ved Medisinsk Fødselsregister og Norsk Intensiv og Pandemiregister av gravide med covid-19 som vart innlagt på sjukehus i Norge.

Engjom, Hilde M.^{1,2,5} Nyflot, Lill^{3,4} Vangen, Siri⁴ Juliusson, Petur⁵ Klungsoyr, Kari^{1,5} Buanes, Eirik A.⁶

(på vegne av den nasjonale gruppa)

¹Område for psykisk og fysisk helse, Folkehelseinstituttet, Bergen

²Kvinnekliviken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

³Vestre Viken HF Drammen, Drammen

⁴Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo Universitetssjukehus, Oslo

⁵Avdeling for Helseregister forskning og -utvikling, Folkehelseinstituttet, Bergen

⁶Norsk Intensiv og Pandemiregister, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

Bakgrunn: Ved starten av koronaviruspandemien var det uvisst korleis SARS-CoV-2 ville ramme gravide, og aktiv befolkningsbasert overvaking vart etablert ved Medisinsk Fødselsregister(MFR).

Mål: Kartlegge insidens av innlegging med SARS-CoV-2 per 1000 fødsler, intensivbehandling og respirasjonsstøtte, covid-19 spesifikk medikamentell behandling og alvorlige svangerskapsutfall.

Metode: Gravide kvinner innlagt på sjukehus med positiv SARS-CoV-2 PCR test i svangerskapet eller inntil 2 dagar etter fødsel frå første mars 2020 til 31. mars 2021. Prospektiv nasjonal observasjonsstudie med standardisert innhenting av klinisk informasjon.

To innleggingsgrupper; innlagt på grunn av covid-19 eller med symptom, eller innlagt for fødsel/annan behandling eller asymptomatisk infeksjon. Kobling mot nasjonale helseregister og Norsk Intensiv og Pandemi Register(NIPAR).

Resultat: Ulike SARS-CoV-2 variantar representerte tre hovudfasar i pandemien; villtype (mars 2020 til januar 2020), alfa og delta (februar 2021 til januar 2022) og omikron (februar til juni 2022). Risiko for innlegging på grunn av covid-19, intensivbehandling og respirasjonsstøtte, alvorlege svangerskapsutfall og bruk av covid-19 spesifikk medikamentell behandling varierte mellom pandemi-fasane. Første del av samsvaranalysene mellom registrering i MFR, NIPAR og nasjonale register vil verta presentert.

Konklusjon: Overvaking av gravide som gruppe under ein pandemi er viktig for å kartlegge smittesituasjon, behandling og alvorlege svangerskapsutfall. Klinisk informasjon var svært viktig for å unngå misklassifiseringsbias og feiltolking, men rapporteringsbyrda bør ikkje bli for stor for helsepersonell. Det trengst eit klårare nasjonalt lov- og forskriftsgrunnlag for bruk av data frå register til overvaking slik at kvalitetssikra data raskare kan gjerast tilgjengeleg, også for forskarar. Evaluering for å planlegge framtidig beredskap vil vera viktig.

02 Sammenheng mellom preterm fødsel, mors fødeland og paritet, en populasjonsbasert studie av 1,085,246 kvinner i Norge.

Tingleff, Tiril^{1,2}, Räisänen, Sari³, Laine, Katariina^{1,4}

¹Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

²Fødeavdelingen, Oslo Universitetssykehus

³Tampere University of Applied Sciences, Finland

⁴Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus

Bakgrunn: Kvinner fra Afrika sør for Sahara og Sør-Asia som føder i Norge har økt risiko for ekstrem preterm fødsel sammenlignet med kvinner født i Norge. Om risikoen er avhengig av paritet er ukjent.

Mål: Sammenligne risikoen for ekstrem preterm fødsel for førstegangs fødende og flergangsfødende ut fra mors fødeland.

Metode: Data fra Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå. Kvinner med enlingsvangerskap i 1999-2018 ble inkludert (1,085,246 fødsler, 449,769 førstegangs fødende og 635,477 flergangsfødende). Utfall; ekstremt preterm fødsel (<gestasjonsuke 28).

Hovedeksponering; mors fødeland delt inn i regioner basert på Verdensbankens klassifisering. Regresjonsanalyse med kvinner født i Norge som referanse utført for førstegangs fødende og flergangsfødende i separate analyser, justert for diabetes, preeklampsi, mors alder, røyking og IVF.

Resultater: Oddsene for ekstremt preterm fødsel blant førstegangs fødende kvinner født i Afrika sør for Sahara var 90% høyere (aOR,

1.91; 95 % CI, 1.45-2.52) sammenlignet med Norsk-fødte kvinner og mer enn dobbelt så høy (aOR, 2.18; 95% CI, 1.79-2.65) blant flergangsfødende.

For kvinner født i Sør-Asia var oddsene for ekstremt preterm fødsel 70% høyere enn for Norskfødte kvinner både for førstegangs fødende (aOR, 1.74; 95 % CI, 1.25-2.41) og flergangsfødende (aOR, 1.74; 95% CI, 1.34-2.27).

Konklusjon: Oddsene for ekstremt preterm fødsel var høyere for kvinner født i Afrika sør for Sahara eller Sør-Asia uavhengig av paritet, vedvarende signifikant etter justering for kjente risikofaktorer. De justerte odds ratioene var antydningvis høyere for flergangsfødende enn førstegangs fødende kvinner fra Afrika sør for Sahara og Sør-Asia. Kvinner født i disse regionene bør tilbys tilpasset svangerskapsomsorg uavhengig av paritet.

03 Glycated albumin, and continuous glucose monitoring metrics across pregnancy in women with pre-gestational diabetes.

Toft, Johanne H.^{1,2}, Dalen, Ingvild³, Skadberg, Øyvind⁴, Göransson, Lasse G.^{5,6}, Økland, Inger^{1,7}, Bleskestad, Inger H.⁵

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital

²Department of Clinical Science, University of Bergen

³Section of Biostatistics, Department of Research, Stavanger University Hospital

⁴Department of Medical Biochemistry, Stavanger University Hospital

⁵Department of Internal Medicine, Stavanger University Hospital

⁶Department of Clinical Medicine, University of Bergen,

⁷Department of Caring and Ethics, University of Stavanger.

Background: Altered erythrocyte turnover and iron deficiency make HbA1c less accurate during pregnancy. Glycated albumin (GA), a biomarker reflecting short-term glycemia, may be useful to assess glycemic control. We examined the association between GA and continuous glucose monitoring (CGM) metrics across gestation.

Methods: In this prospective cohort study including 40 women with pre-gestational diabetes, blood samples for analysis of GA and HbA1c were collected at pregnancy week 12, 20, 24, 28, 32 and 36. CGM data were collected from first trimester until pregnancy week 36. Receiver operating characteristic (ROC) curves were used to assess the accuracy of GA and HbA1c to detect poor glycemic control, using CGM metrics as the reference standard. This study was conducted at Stavanger University Hospital in 2016-2018.

Results: Glycemic control improved across gestation with more time spent in target range, coinciding with decreased glycemic variability and lower mean GA level. There were significant correlation between GA and most CGM metrics. The area under the ROC curves (AUC) for detecting time in range <70% and time above range >25% for the pregnancy glucose target 3.5-7.8 mmol/l were 0.777 and 0.818 for GA, whereas AUCs of 0.595 and 0.720 were found for HbA1c.

Conclusion: Higher GA levels were associated with less time spent in target range, more time spent in the above range area and increased glycemic variability. GA was more accurate than HbA1c to detect time above range and time in range. Our results support the use of GA in pregnant women with diabetes.

04 Føtale celler i mors sirkulasjon ved normotensive svangerskap til termin: korrelasjon med biomarkører for placentadysfunksjon.

Fjeldstad, Heidi E.^{1,2} Jacobsen, Daniel P.² Johnsen, Guro M.^{1,2} Sugulle, Meryam,^{1,2} Chae, Angel,^{3,4} Kanaan, Sami B.^{3,5} Gammill, Hilary S.,^{3,4} Staff, Anne C.^{1,2}

¹Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

²Kvinnekliviken, Oslo Universitetssykehus

³Clinical Research Division, Fred Hutchinson Cancer Research Center, Seattle, WA, USA

⁴Department of Obstetrics and Gynecology Research Division, University of Washington, Seattle, WA, USA

⁵Chimerocyte, Inc., Seattle, WA, USA

Bakgrunn: Føtal mikrokimerisme (FMc) oppstår i svangerskapet og innebærer at føtale stamceller går over i den gravides sirkulasjon og blir værende livet ut. Økt FMc postpartum er blant annet assosiert med autoimmunitet. Det er dermed viktig å forstå hvilke faktorer som påvirker mengden FMc som krysser placenta. I løpet av svangerskapet øker mengden sirkulerende FMc mot termin. Placentadysfunksjon øker også og kan måles ved biomarkørene PIGF og sFlt-1 i mors blod.

Mål: Vi ønsker å undersøke om redusert PIGF-konsentrasjon samt økt sFlt-1-konsentrasjon og sFlt-1/PIGF-ratio korrelerer med økt FMc-forekomst i maternelt blod.

Metode: Vi inkluderte 118 friske gravide (gestasjonsalder 37+1 til 42+2 uker). PIGF- og sFlt-1-konsentrasjoner ble målt ved Elecsys® Immunoassays. Vi isolerte maternelt og føtalt DNA og genotypet ulike polymorfe gener. Føtale alleler arvet av far ble brukt til FMc-deteksjon i maternelt blod med PCR. Økt FMc-forekomst ble målt ved odds ratio (OR) i en logistisk regresjonsmodell. Vi testet den prediktive effekten av PIGF (100pg/mL), sFlt-1 (1000pg/mL) og sFlt-1/PIGF-ratio (10-enhets økning). Vi justerte for gestasjonsalder, fosterkjønn, maternell alder, BMI og blodtrykk før svangerskapet, samt PCR-parametere.

Resultater: PIGF (100pg/mL) var negativt korrelert med FMc-forekomst (OR100=0.6, p=0.003). sFlt-1 (1000pg/mL) og sFlt-1/PIGF-ratio (10-enhets økning) var positivt korrelert med FMc-forekomst (OR1000=1.3, p=0.014; OR10=1.2, p=0.038).

Konklusjon: Resultatene våre understøtter at endringer i sirkulerende PIGF, sFlt-1 og sFlt-1/PIGF-ratio, som indikerer økende placentadysfunksjon mot slutten av svangerskapet, predikerer økt sirkulerende FMc hos gravide. Resultatene var statistisk signifikante etter justering for konfundere, og samstemmer med hypotesen vår om at underliggende placentadysfunksjon påvirker FMc-overføring til den gravide.

05 Proaktiv fødselshjelp (PAF) versus standard fødselshjelp i latensfasen - en randomisert kontrollert studie.

Larsen, Marit^{1,2}, Underdal, Maria^{1,2}, Sadati, Negin², Laache Ingebjørg², Fehn, Møyfrid Brenne², Dahlo, Raija¹, Bernitz, Stine³, Vanky, Eszter^{1,2}

¹Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

²Avdeling for obstetrik og gynekologi, St. Olavs Hospital, Trondheim Universitetssykehus,

³Institutt for Sykepleie og Helsefremmende arbeid, OsloMet

Bakgrunn: Økende fødselsangst og keisersnittsrater er en obstetriske utfordring verden over. Negativ opplevelse fra første fødsel er en viktig årsak til ønske om keisersnitt ved neste svangerskap. Omkring 10 % av alle førstegangsfødende har protraisert latensfase med lang fødselstid og økt risiko for operativ forløsning, blødning, asfyksi og dårlig fødselsopplevelse. Med økende alder, overvekt og sykdom hos gravide, er det behov for en individualisert fødselsomsorg, spesielt hos førstegangsfødende med forlenget latensfase. Det er sparsomt med studier på håndtering av forlenget latensfase. Vi kjenner ikke til noen randomiserte studier på «proaktiv» versus «standard» fødselshjelp, verken i Norge eller internasjonalt.

Mål: Å undersøke om «proaktiv» sammenlignet med etablert «standard» fødselsomsorg, resulterer i færre kompliserte fødsler. Vi vil også rapportere antall operative forløsninger, fødselslengde, blødning og overflytting til nyfødt intensiv avdeling.

Metode: En prospektiv, randomisert, klinisk studie fra Trondheim, hvor vi sammenligner «proaktiv» fødselshjelp med dagens «standard» fødselshjelp i latensfasen. Inklusjonskriterier: Robson gruppe 1 med smertefulle kontraksjoner og helt avflatet cervix med 1-3 cm åpning. Alle fødselsforløp er vurdert av en uavhengig jordmor og gynekolog, blindet for fødselsutkomme, for å vurdere om protokoll er fulgt.

Resultater: Totalt ble 347 deltakere inkludert i PAF-studien, 192 randomisert til intervensjonsgruppen og 155 til kontrollgruppen. 347 inngår i «intention to treat» og 308 i «per protocol» analysene. Data er under bearbeiding. Vi kommer til å presentere resultater på primær og sekundære endepunkter, både etter «intention to treat» og «per protocol» prinsippet ved NGFs årsmøte.

06 Konfigurasjon av fosterhodet i fødsel målt med transabdominal ultralyd

Iversen, Johanne K.¹; Eggebo, Torbjørn M^{2,3,4}.

¹Kvinnekliviken, Oslo Universitetssykehus

²Senter for fostermedisin, St Olavs Hospital

³Institutt for klinisk- og molekylærmedisin, NTNU

⁴Kvinnekliviken, Stavanger universitetssykehus

Bakgrunn: Konfigurasjon/moulding fører til endring av fosterhodets form under fødsel. Klinisk erfaring tilsier at endringen er mer uttalt hos foster i occiput posterior (OP) posisjon enn hos foster i occiput anterior (OA) eller occiput transvers (OT) posisjon. Konfigurasjon vil øke avstanden mellom den distale delen av skallen og hodets største diameter, og kan medføre feilvurdering av fosterhodets sanne nivå i fødselskanalen.

Mål: Sammenligne lengden av fosterhodet i andre stadium av fødselen hos foster i OP- posisjon med foster i OA- og OT- posisjon.

Metode: Prospektiv kohortstudie ved to universitetssykehus. 123 kvinner ble inkludert. Vi trakk en linje vinkelrett fra øvre kant av symfyse og målte hvor mye av fosterhodet som lå over denne linjen. Tilsvarende trakk vi en linje fra nedre kant av symfyse og målte hvor mye av fosterhodet som lå under denne linjen. Vi brukte summen av disse to avstandene som et mål på graden av konfigurasjon.

Resultater: Øvre del av fosterhodet var under øvre kant av symfyse hos 22/37 (59%) av foster som lå i OA/OT posisjon, mens øvre kant var over symfyse hos alle sju som lå i OP posisjon (p<0.01) i andre stadium av fødselen. Summen av avstanden over symfyse og under symfyse var 45 mm (95%CI 39-50 mm) hos foster i OA/OT posisjon og 60 mm (95%CI, 42-77 mm) hos foster i OP posisjon (p=0,04).

Konklusjon: Konfigurasjon er mer uttalt hos foster i OP-posisjon i andre stadium. Dette medfører økt risiko for feilvurdering av fosterhodets sanne nivå i fødselskanalen, som kan ha kliniske konsekvenser.



normedi
NORDIC

NovaSure[®]
Endometrial Ablation

MyoSure[®]
Tissue Removal Device

Gynecare[®]
TVT[®]

POLIKLINISK OG DAGKIRURGISK GYNEKOLOGISK KIRURGI

*Forbered deg for framtiden ved
å implementere polikliniske prosedyrer*

Normedi tilbyr kompetanse og teknologi som er tilpasset polikliniske og dagkirurgiske behandlinger.

- › Hysteroskopi med MyoSure
- › Endometriablasjon med NovaSure
- › Slyngeplastikk med Gynecare TVT

normedi
NORDIC

Baglergaten 16, 3111 Tønsberg
E-post: support@normedi.com

normedi.com
normedieducation.com

VEDTATT INNFØRT I BESLUTNINGSFORUM

Lynparza (olaparib) tabletter i kombinasjon med bevacizumab til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO trinn III og IV) høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritonealkreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter avsluttet førstelinje platinabasert kjemoterapi i kombinasjon med bevacizumab, og hvor kreften er forbundet med defekt homolog rekombinasjon (HRD)-positiv status, definert av enten en BRCA1/2-mutasjon og/eller genomisk ustabilitet.

Innført av Beslutningsforum den 22. oktober 2021

Ovarialkreft: Lynparza (olaparib) tabletter er også indisert som monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO trinn III og IV) BRCA1/2-mutert (kimbanen og/eller somatisk) høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritonealkreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter avsluttet førstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv høygradig kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritonealkreft, som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi

VIKTIG INFORMASJON¹:

Behandling med Lynparza bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i bruk av legemidler til kreftbehandling. Før oppstart av Lynparza ved førstelinjebehandling er det krav til påvisning av skadelig eller mistenkt skadelige mutasjoner inkludert BRCA1/2 ved validert test. Anbefalt dose av olaparib tabletter, enten som monoterapi eller i kombinasjon med bevacizumab: 300 mg (2 tabletter à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose på 600 mg). Tabletter med styrken 100 mg er tilgjengelig for dosereduksjon. Se preparatomtalen for olaparib for til for oppstart og behandlingsvarighet ved behandling av ovarialkreft. Se preparatomtale for bevacizumab for dosering og behandlingsvarighet av bevacizumab ved kombinasjonsbehandling. Lynparza tabletter skal ikke erstattes med Lynparza kapsler på en milligram-til-milligrambasis på grunn av forskjeller i dosering og biotilgjengelighet mellom formuleringene. **Behandlingsvarighet ved førstelinje vedlikeholdsbehandling av BRCA-mutert avansert ovarialkreft:** Pasienten kan fortsette behandlingen inntil radiologisk sykdomsprogresjon, uakseptabel toksisitet eller i inntil 2 år dersom det ikke foreligger radiologiske tegn på sykdom etter 2 års behandling. Pasienter med påvist sykdom etter 2 år, som etter behandlende leges mening kan dra nytte av videre behandling kan behandles i mer enn to år. **Behandlingsvarighet ved vedlikeholdsbehandling av platinasensitiv tilbakevendende ovarialkreft:** For pasienter med platinasensitiv tilbakevendende (PSR) høygradig ovarialkreft, egglederkreft eller primær peritonealkreft er det anbefalt at behandlingen fortsetter til progresjon av underliggende sykdom, eller til uakseptabel toksisitet oppstår. **Behandlingsvarighet ved førstelinje vedlikeholdsbehandling av HRD-positiv avansert ovarialkreft i kombinasjon med bevacizumab:** Pasienten kan fortsette behandlingen inntil radiologisk sykdomsprogresjon, uakseptabel toksisitet eller i inntil 2 år dersom det ikke foreligger radiologiske tegn på sykdom etter 2 års behandling. Pasienter med påvist sykdom etter 2 år, som etter behandlende leges mening kan dra nytte av videre behandles

kan behandles i mer enn to år. Se preparatomtalen til bevacizumab for den anbefalte totale behandlingsvarigheten på maks. 15 måneder, inkl. periodene der bevacizumab brukes i kombinasjon med kjemoterapi og som vedlikeholdsbehandling.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene. Amming under behandling og i 1 måned etter den siste dosen (pkt. 4.6 i SPC)

Forsiktighet utvises ved: **Hematologisk toksisitet:** Blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, er anbefalt de første 12 månedene av behandlingen og periodevis etter dette tidspunktet for å overvåke klinisk signifikante endringer av verdiene under behandling. **Myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi:** Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert under behandling med Lynparza, anbefales det at Lynparza seponeres og at pasienten får egnet behandling. **Pneumonitt:** Hvis pasienten får nye, eller en forverring av respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller et unormalt radiologisk funn observeres i brystet, bør behandling med Lynparza avbrytes og utredning igangsettes raskt.

Vanlige interaksjoner: Samtidig administrering av Lynparza med kraftige eller moderate CYP3A-hemmere eller CYP3A-induktorer anbefales ikke. Se pkt. 4.2 og 4.5 i preparatomtalen for mer informasjon dersom en kraftig eller moderat CYP3A-hemmer eller CYP3A-induktor likevel må administreres samtidig med Lynparza.

Vanlige bivirkninger: De hyppigste observerte bivirkningene på tvers av kliniske studier hos pasienter som fikk Lynparza som monoterapi ($\geq 10\%$) var kvalme, oppkast, diaré, dyspepsi, fatigue, hodepine, dysgeusi, nedsatt appetitt, svimmelhet, hoste, dyspné, anemi, nøytropeni, trombocytopeni, og leukopeni.

Pakninger og priser: **Kapsler:** 4 x 112 stk.1 (plastflasker) kr 55781,00. **Tabletter:** 100 mg: 56 stk.1 (blistre) kr 27754,60. 150 mg: 56 stk.1 (blistre) kr 27754,60.

Refusjon: 1 H-resept: L01X X46_14 Olaparib Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe.

Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Se godkjent preparatomtale eller FK-tekst for mer informasjon om Lynparza.

1. Lynparza SPC 03.11.2020
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/lynparza-epar-product-information_en.pdf

07 Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice

Johansen, Lars T.¹, Braut, Geir S.^{2,3}, Acharya, Ganesh^{4,5,6}, Andresen, Jan F.¹, Øian, Pål⁵,

¹Department for Specialized Health Services, Norwegian Board of Health Supervision, PO Box 231 Skøyen, 0213 Oslo, Norway

²Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

³Western Norway University of Applied Sciences, Sogndal, Norway

⁴Women's Health and Perinatology Research Group, Department of Clinical Medicine, UiT- The Arctic University of Norway, Tromsø, Norway

⁵Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital of North Norway, Tromsø, Norway

⁶Division of Obstetrics and Gynecology, Department of Clinical Science, Intervention and Technology, Karolinska Institute and Center for Fetal Medicine, Department of Women's Health, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

Background: Planned audits were performed to investigate how 12 selected Norwegian obstetric units reported and analyzed adverse events as the part of their quality assurance and patient safety work.

Methods: Serious adverse events coded as birth asphyxia, shoulder dystocia and severe postpartum hemorrhage that occurred during 2014 were obtained from the Medical Birth Registry of Norway. The obstetric units were asked to submit medical records, internal adverse events reports, and their internal guidelines outlining which events should be reported to the quality assurance system.

We identified and analyzed the adverse events at each obstetric unit that were reported internally and/or to the central authorities.

Results: Five hundred fifty-three serious adverse events were registered among 17,323 births that took place at the selected units.

Twenty-one events were excluded because of incorrect coding or missing information. Eight events were registered in more than one category. The obstetric units reported 49 of 524 (9.3 %) serious adverse events in their internal quality assurance system and 39 (7.4 %) to central authorities. Of the very serious adverse events, 29 of 149 (19.4 %) were reported. Twenty-three of 49 (47 %) reports did not contain relevant assessments or proposals for improving quality and patient safety.

Conclusions: This study showed that adverse event reporting and analyses by Norwegian obstetric units, as a part of quality assurance and patient safety work, are suboptimal. The reporting culture and compliance with guidelines need to be improved substantially for better safety in patient care, risk mitigation and clinical quality assurance.

08 Does the duration of first and second stage of labour impact 24-hour-outcome of the child?

Ersdal, Mia E.¹, Munyaw, Yuda², Linde, Jørgen E.³,

¹Medical school, University of Oslo

²Department of Obstetrics and Gynecology, Haydom Lutheran Hospital

³Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital

Background: The World Health Organization (WHO) published new recommendations for intrapartum care in 2018, stating that duration of active first stage usually does not extend beyond 12 hours. There were few new recommendations for augmentation of prolonged first stage. Best clinical practice is still unclear.

Objective: To investigate duration of labour of the first and second stage in relation to 24-hour-outcome of the child.

Method: A prospective observational study including deliveries at Haydom Hospital in rural Tanzania between 2013 and 2018.

Information about labour, delivery and newborn outcome were recorded on data collection forms.

Results: Among 12800 neonates delivered, 531 (4.1%) neonates were still admitted to Neonatal Intensive Care Unit (NICU) or dead within 24 hours. Duration of first stage was categorized into 3 groups: <6 hours (n=932), 6-12 hours (n=10095), >12 hours (n=1773). Admitted/dead neonates within each group were respectively 37 (4.0%), 406 (4.0%), and 88 (5.0%) (p=0.18).

Duration of second stage of labour were categorized into 3 groups: <1 hour (n=12652), 1-<2 hours (n=130), and ≥ 2 hours (n=18).

Rates of admitted/dead neonates gradually increased with duration of second stage: from 4.0% at <1 hour, 11.5% at 1-<2 hours, and 33.3% at ≥ 2 hours (p<0.001).

Conclusion: Preliminary results show that longer durations of second stage are associated with higher rates of admission to NICU and death. We found no relation between duration of first stage of labour and 24-hour-outcome. Durations longer than WHO's 12-hour recommendation was not associated with a significant higher rate of admission or death.

09 Effekt av Zhangs retningslinje vs WHO's partogram på fødselsopplevelsen målt med Childbirth experience questionnaire i Labor Progression Study (LaPS studien): En kluster randomisert studie

Rozsa, Daniella J.^{1,2}, Dalbye, Rebecka^{3,4}, Bernitz, Stine^{3,4}, Blix, Ellen⁴, Dalen, Ingvild⁵, Braut, Geir S.^{2,5}, Eggebo, Torbjørn M.^{1,6}, Øian, Pål⁷, LaPS studie gruppe, Sande, Ragnar K.^{1,8}

¹Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssykehus

²Universitetet i Stavanger

³Kvinneklivnikken, Østfold Hospital Trust

⁴Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsevitenskap, OsloMet – Storbyuniversitetet

⁵Seksjon for biostatistikk, Forskningsavdelingen, Stavanger Universitetssykehus

⁶Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olav Universitetssykehus

⁷Kvinneklivnikken, Universitetssykehus i Nord Norge

⁸Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

Bakgrunn: Studien ble gjennomført for å se om det er forskjell i fødselsopplevelsen hos kvinner der fødselen ble fulgt med Zhangs retningslinje, målt mot kvinner der fødselen ble fulgt med WHO-partogrammet.

Mål: Forskjell i fødselsopplevelse målt ved Childbirth Experience Questionnaire (CEQ): Totalskår, fire delskalaskårer (egen kapasitet, opplevd trygghet, profesjonell støtte, og deltakelse) og skår på de individuelle svarene.

Metode: Klynge-randomisert prospektiv studie. 14 fødeavdelinger i Norge ble randomisert til enten å følge Zhangs retningslinje eller WHO's partogram i LaPS studien. Inkluderte kvinner var i Robson gruppe 1. De fikk tilsendt CEQ fire uker postpartum til oppgitt epostadresse. Total CEQ skår, CEQ delskala skår og skårene på individuelle spørsmål i spørreskjemaet ble sammenlignet mellom de to gruppene. Vi beregnet gjennomsnittsratioer for CEQ total og delskala skår (Poisson-regresjon) og odds ratioer for individuelle spørsmål (ordinal logistisk regresjon).

Resultater: Data fra 3604 kvinner ble analysert. 1749 kvinner var i Zhang-gruppen og 1855 kvinner var i WHO-gruppen. Det var ingen forskjeller mellom de to gruppene med tanke på sosiodemografiske forhold. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller i fødselsopplevelsen mellom de to gruppene, hverken på total CEQ skår eller delskala skår. Det ble funnet signifikante forskjeller på to individuelle spørsmål, begge i delskala opplevd trygghet: Kvinner i Zhang-gruppen følte mindre kontroll under fødselen og hadde i mindre grad positive minner om fødselen.

Konklusjon: Basert på våre funn omhandlende fødselsopplevelse er det ingen grunn til å foretrekke Zhangs retningslinje fremfor WHO-partogrammet.

010 Bruk vekta – effekten av kroppsmasseindeks på trykktida

Østborg, Tilde B.^{1,2}; Sande, Ragnar K.^{1,2}; Kessler, Jørg²; Tappert, Christian³; von Brandis, Philip¹; Eggebo, Torbjørn M.^{1,4,5}.

¹Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssykehus

²Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

³Kvinneklivnikken, St Olavs Hospital

⁴Senter for fostermedisin, St Olavs Hospital

⁵Institutt for klinisk- og molekylærmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Bakgrunn: Overvekt gir økt risiko for komplikasjoner under svangerskap og fødsel, men klinisk erfaring tyder på at overvektige kvinner har kortere trykktid enn normalvektige kvinner.

Mål: Undersøke trykktidas lengde hos kvinner med ulik kroppsmasseindeks (KMI).

Metode: Retrospektiv kohortstudie med 21783 kvinner i Robson gruppe 1 og 26159 kvinner i gruppe 3 ved fødeavdelingene ved Stavanger, Haukeland og St. Olav's universitetssykehus. Data ble hentet fra fødejournalene Natus, og vi brukte overlevelsesanalyser til å estimere median varighet av trykktiden og hazard ratio (HR) for spontan fødsel (normalvektige med KMI 18,5-24,9 som referanse). Operative inngrep ble sensurert.

Resultater: Økende KMI var assosiert med kortere estimert median trykktid både i Robson gruppene 1 og 3. I gruppe 1 var trykktiden (interkvartil-range) **44** (26–75), **43** (25–71), **39** (22–70), **33** (18–63), **34** (19–54) og **29** (16–56) minutter i KMI grupper 1–6.

I Robson gruppe 3 var tilsvarende trykktider **11** (6–19), **10** (6–17), **10** (6–16), **9** (5–15), **8** (5–13) og **7** (4–11) minutter. Vi fant tilsvarende resultater i stratifiserte analyser med og uten oxytocin og epidural.

HR med 95% konfidensintervaller i Robson gruppe 1 var **0,94** (0,88–1,01) for undervektige (6% lenger trykktid), **1,07** (1,03–1,12) for overvektige og **1,23** (1,15–1,31), **1,36** (1,20–1,54) og **1,48** (1,19–1,83) for adipositas klasse 1-3. I Robson gruppe 3 var tilsvarende verdier **0,92** (0,86–0,98), **1,09** (1,05–1,12), **1,19** (1,13–1,25), **1,28** (1,16–1,41) og **1,45** (CI 1,25–1,69).

Konklusjon: Økende kroppsmasseindeks var assosiert med kortere trykktid.

011 Prevalence and risk factors for perineal tears using a detailed classification system for second-degree perineal tears

Macedo, Marthe D.¹; Risløkken, Jeanett¹; Ellström Engh, Marie^{1,2}; Siafarikas, Franziska^{1,2}.

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital, Lørenskog

²University of Oslo, Faculty of Medicine, Oslo

Background: There is a large variation in tissue trauma within the second-degree tear category. Larger second-degree tears are associated with more post-partum complications than previously assumed. Therefore, there is a need for a better understanding of the prevalence and risk factors associated with second-degree tear subcategories.

Aim: The aim of this study was to assess the prevalence and risk factors for perineal tears when second-degree tears were subcategorized.

Methods: This cross-sectional study included 880 primi- and multiparous women delivering one child vaginally. Perineal tears were categorized using the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists' classification-system. In addition, second-degree tears were subcategorized according to the percentage of damage to the perineum (<50% damage=2A, >50% damage=2B, entire perineum without involving the anal sphincter=2C). Risk factors were selected based on existing literature and clinical reasoning. Background-, and obstetric data were collected using the hospitals documentation system. Women with episiotomies (n=169, 19.2%) were excluded.

Results: 711 women delivered vaginally without episiotomies. The prevalence of perineal tears was: No tear: 23.3% (n=166), First-degree: 40.2% (n=286), 2A: 19.1% (n=136), 2B: 9.8% (n=70), 2C: 6.6% (n=47), and third-fourth degree: 0.8% (n=6). The risk for higher second-degree subcategories increased with: primiparity, previous second-degree tear or episiotomy, higher gestational age, smaller genital hiatus, and longer second stage. In the adjusted analysis, primiparity was the strongest independent risk factor for a higher second-degree subcategory.

Conclusions: The overall prevalence of second-degree tears was 35.5%. 6.6% sustained the most severe second-degree subcategory. Primiparity was the strongest risk factor for higher second-degree subcategories.

012 1. trimester ultralyd til alle: Vil tidlig datering endre antallet preterme og overtidige fødsler?

Einum, Anders^{1,2}

¹Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus

²Universitetet i Bergen

Bakgrunn: Stortinget vedtok i 2020 at tidlig ultralyd skal tilbys som del av den alminnelige svangerskapsomsorgen. Innføring av 1 trimester ultralyd åpner for tidlig datering av hele fødepopulasjonen som anbefalt i internasjonale retningslinjer. Kunnskap om hvordan endring av dateringsmetode påvirker antall fødsler før og etter termin er sprikende.

Mål: Beskrive endringer i forekomsten av preterme og overtidige fødsler ved bruk av 1 og 2 trimester-datering i den norske fødepopulasjonen.

Metode: Data fra Medisinsk fødselsregister fra 2015-2020 ble benyttet. Svangerskap med medfødte misdannelser, flerlingsvangerskap og mistenkte feilregistreringer ble ekskludert. Vi sammenlignet forekomsten av fødsler før uke 37+0, undergrupper av prematuritet, etter uke 41+0 og 42+0 i svangerskap datert i 1 trimester med 2 trimester.

Resultater: 305 394 fødsler ble analysert. Gruppene var like med hensyn til alder, KMI og paritet. Svangerskapene datert i 1 trimester hadde høyere andel preterme fødsler (6,1%) enn 2 trimester (6,1% vs 4,2%, p<0,05). Effekten var størst i gruppen ekstremt preterm <28 uker (RR 3,7, 95% KI 3,0-4,6) og ble sett også hos moderat preterm 28-32 uker (RR 1,8, 95% KI 1,6-2,3) og sent preterm 32-26 uker (RR 1,3, 95% KI 1,2-1,4). Det var en mindre andel fødsler etter termin i gruppen datert i 1 trimester, både ved 41 uker (23,6% vs 25,1%, p<0,05) og 42 uker (3,8% vs 4,3%, p<0,05). Analyse av fødsler med spontan start alene ga tilsvarende resultater.

Konklusjon: Erfaring med bruk av 1 trimester-datering antyder en økt andel preterme fødsler og færre overtidige svangerskap sammenlignet med datering i 2 trimester.

O13 Doppler indices of placental and cerebral vascular impedance in fetuses of mothers with PCOS and the effect of metformin exposure

Nordtvedt, Emma med.stud¹, Kessler, Jörg MD PhD^{2,3}, Acharya, Ganesh MD PhD^{4,5,6}, Lovvik, Tone S. MD PhD^{1,7}, Ebbing, Cathrine MD PhD^{2,3}, Salvesen, Kjell Å.^{1,7}, MD PhD, Salvesen, Øyvind PhD⁸, Vanky, Eszter MD PhD^{1,7,*}, Kahrs, Birgitte H. MD PhD^{1,7,*}

*Shared last authorship

¹Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim Norway.

²Department of Clinical Science, University of Bergen, Norway.

³Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway.

⁴Department of Clinical Science, Intervention and Technology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

⁵Centre for Fetal Medicine, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

⁶Women's Health and Perinatology Research group, Department of Clinical Medicine, UiT - The Arctic University of Norway.

⁷Department of Obstetrics and Gynecology, St. Olavs hospital, Trondheim University Hospital, Norway.

⁸Department of Public Health and Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway.

Background: Pregnancy complications are increased in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). Doppler measurements of fetoplacental and cerebral circulation are powerful tools to survey fetal wellbeing in high-risk pregnancies.

Aims: We aimed to explore how maternal PCOS status, and the use of metformin, affects fetal cerebral and placental circulation.

Method: This study is an individual patient data analysis of participants from two double blinded RCTs, where Doppler measurements at gestational week 32 were available: The Pilot study and the PregMet 2 study. Totally 64 women diagnosed with PCOS were randomized to metformin or placebo from first trimester until delivery. Pulsatility index (PI) z-scores of the middle cerebral artery (MCA), the umbilical artery (UmbA), and the cerebroplacental ratio (CPR) were compared in the total population of PCOS-women to a low-risk control population. Additionally, the PI z-scores were compared in the two treatment groups. As a secondary endpoint, maternal BMI at inclusion, androgen levels from gestational week 32, percentage weight gain in gestational week 32 and offspring head circumference at birth, were correlated to the PI z-scores.

Results: There were no significant differences in PI z-scores of MCA, UmbA and CPR between women with PCOS and the low-risk control population, or between metformin vs. placebo treated women with PCOS. Also, there was no correlation between maternal BMI, androgen levels, percentage weight gain, or offspring head circumference, and PI z-score of MCA, UmbA or CPR.

Conclusion: Maternal PCOS status and metformin exposure had no significant impact on MCA and UmbA PIs.

O14 Laparoskopisk intern cerclage i 2. trimester

Veddeng, Anne¹, Helland, Øystein¹, Kessler, Jörg^{2,3}

¹Gynekologisk seksjon, Kvinnekliviken i Bergen, Haukeland Universitetssjukehus

²Obstetrisks seksjon, Kvinnekliviken i Bergen, Haukeland Universitetssjukehus

³Universitetet i Bergen

Bakgrunn: Cervixinsuffisiens gir økt risiko for 2. trimester-abort og preterm fødsel (PTF), og kan identifiseres ut fra tidligere obstetrisks anamnese og/eller substansstap etter cervix-kirurgi. Ofte tilbys vaginal cervical cerclage siden prosedyren kan utføres i lokal anestesi, og suturbåndet kan fjernes senere i graviditeten og muliggjøre vaginal fødsel. Det er usikkert om vaginal eller abdominal cerclage er mest effektivt i å forebygge PTF. Noen ganger oppdages det først i graviditeten at anleggelse av vaginal cerclage er teknisk vanskelig/umulig, oftest grunnet kort cervix.

Mål: Videreformidle kunnskap om alternativ håndtering av cervixinsuffisiens i 2. trimester med laparoskopisk intern cerclage.

Metode: Retrospektiv analyse av tre kasuistikker med hensyn på indikasjon, kirurgisk teknikk og utcome. **Videopresentasjon av kirurgisk teknikk.**

Resultater: 3 pasienter operert med laparoskopisk intern cerclage fra februar 2020-mars 2021. **Kasus 1: Operasjon i uke 12+6**, para 2, konisering, deretter to premature fødsler uke 25 (pPROM, chorioamnionitt, neonatal død) og uke 30 (etter nødcerclage i uke 21), planlagt vaginal cerclage, kort cervix. **Kasus 2: uke 13+5**, para 0, tidligere senabort uke 21, deretter konisering, planlagt vaginal cerclage, kort cervix. **Kasus 3: uke 14+4**, Para 2, tidligere fødsler til termin, uplanlagt svangerskap etter portioamputasjon.

Operasjonstid: 40-55-98min. **Blødning:** 0-20-150ml. Alle kvinnene med ukomplisert postoperativt forløp, normale svangerskap, forløst med elektivt sectio uke 36+5, 37+0 og 37+5.

Konklusjon: Det er teknisk mulig å utføre abdominal cerclage ved laparoskopisk teknikk også i 2. trimester med vellykket resultat. Inngrepet kan derfor forsøkes når vaginal anleggelse av cerclage er teknisk vanskelig.



RUMI II SYSTEM CooperSurgical®

RUMI II uterusmanipulator til bruk ved laparoskopisk hysterektomi og diagnostikk. Regnes som den mest komplette, robuste og anvendelig manipulatoren på markedet.

- Flergangs håndtak
- Engangs fornix kopp i 4 størrelser
- Engangs obdurator i 6 forskjellige lengder og diameter



ELEKTRODER TIL KONISERING



- Variert utvalg av elektroder i forskjellige fasonger og størrelser

- Fisher Cone elektrode
- Loop elektrode
- Kule elektrode



GYNEKOLOGISKE INSTRUMENTER

- Alle typer gynekologiske instrumenter
- Tysk kvalitet med lang levetid



ISOLERTE SPEKLER OG INSTRUMENTER

- Beskyttet av isolasjon med høyeste kvalitet
- Autoklaverbar
- Lang levetid
- Med og uten røykavsug
- For diatermi og laser kirurgi



AMNIOSKOP MED INTEGRERT LYS

- ELA er et lysende amnioskop som gir en skyggefri lyskilde uten behov for ekstern lyskilde og lyskabel
- Steril og klar til umiddelbar bruk rett ut av pakken
- 2 størrelser 18 mm og 28 mm



FRIE FOREDRAG

Gynekologi

G1 Symptomatisk eller asymptomatisk tilbakefall av eggstokkreft – har det betydning for overlevelsen?

Vistad, I^{1,2}; Madland K³; Småstuen M⁴; Dørum A⁵; Bjørge L^{6,2}

¹Gynekologisk avdeling, Sørlandet sykehus Kristiansand

²Universitetet i Bergen

³Haukeland universitetssykehus

⁴OsloMet - storbyuniversitetet

⁵Avdeling for gynekologisk kreft, Oslo Universitetssykehus

⁶Gynekologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus

Bakgrunn: Overlevelsesgevinsten av rutinemessige CA125-målinger etter primærbehandling for eggstokkreft er omdiskutert.

Mål: Vi ønsket å sammenligne overlevelse etter påvist tilbakefall og total overlevelse hos eggstokkreftpasienter med og uten symptomer på tidspunktet for første tilbakefall. Vi så også på tid til tilbakefall og vanlige symptomer ved tilbakefall.

Metode: Vi inkluderte 421 kvinner med eggstokkreft fra den norske tilbakefallstudien der 21 sykehus deltok i perioden 2012 - 2016.

Pasientene ble intervjuet av klinikere ved de deltakende sykehusene, og pasientrapporterte og kliniske variabler ble registrert i et standardisert spørreskjema. Kaplan-Meier-metoden og den multivariate Cox-modellen ble brukt til å evaluere overlevelse etter tilbakefall og total overlevelse.

Resultater: Av 406 inkluderte pasienter, hadde 183 asymptomatisk tilbakefall og 223 hadde symptomer ved tilbakefall. Asymptomatiske pasienter fikk påvist tilbakefall to måneder senere enn symptomatiske pasienter (14 versus 12 måneder, p=0,17). Median overlevelse etter tilbakefall var signifikant lengre hos asymptomatiske pasienter sammenlignet med pasienter med symptomer (33,9 mot 26,2 måneder, p=0,002). Overlevelsesraten etter tilbakefall forble høyere for symptomatiske pasienter i den justerte analysen (HR=1,42, p=0,001). Median total overlevelse var 47,8 måneder for asymptomatiske pasienter versus 44,0 måneder for symptomatiske pasienter i de ujusterte analysene (p=0,056). Asymptomatiske pasienter hadde signifikant lengre overlevelse i den justerte analysen (HR=1,24, p=0,046).

Smerte var det vanligste symptomet ved tilbakefall (54 %).

Konklusjon: Symptomfrie pasienter med økende CA125 hadde bedre median total overlevelse og levde lenger etter tilbakefallet var konstatert enn pasienter med symptomer. Ulik svulstbiologi kan være en forklaring. Dette bør undersøkes videre fordi det kan føre til både individualisert behandling og oppfølging.

G2 Survival outcomes and recurrence patterns of laparotomy versus minimal invasive surgery in women with intermediate- and high-risk endometrial carcinoma at a tertiary referral center

Bjerre Trent, Pernille ^{1,2}; Småstuen, Milada ³; Wang, Yun ¹; Dahl, Gunn Fallås ¹; Eyjolfssdottir, Brynhildur ¹; Staff, Anne Cathrine ^{3,4}; Eriksson, Ane Gerda Z. ¹

¹Department of Gynecologic Oncology, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Oslo, Norway

²Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

³Department of Nursing and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway.

⁴Division of Obstetrics and Gynaecology, Oslo University Hospital

Background: Minimal invasive surgery (MIS) is the gold standard for surgical staging of assumed early-stage endometrial carcinoma (EC). The use of MIS has decreased for cervical cancer after publication of the LACC-trail in 2018, raising concerns also for EC.

Aim: We sought to compare oncologic outcomes between women treated by laparotomy versus MIS for EC.

Methods: Women with intermediate- and high-risk EC from 2006 to 2021 were identified in our institutional database. Risks of recurrence and cancer-specific death were estimated, stratified by surgical approach.

Results: 786 women were identified, 463(58.9%) laparotomy and 323(41.1%) MIS (82/323 laparoscopy, 241/323 robotic). There was no difference between groups regarding age, BMI, smoking, ASA, histology, presence of LVIS, or adjuvant therapy. Significantly more women in the laparotomy group were stage III (29% vs 21%) and IV (7% vs 2%), respectively (p<0.0001). More women in the

laparotomy group underwent comprehensive lymphadenectomy and more women in the MIS group underwent sentinel lymph node biopsy (p<0.0001). Acknowledging the small number of isolated nodal recurrences, there was no significant difference in rate of these recurrences between groups (p=0.25). More women in the laparotomy group experienced isolated vaginal recurrences and multiple site recurrences, p=0.04 and p=0.02, respectively. Adjusted risk of recurrence and cancer-specific death was not significantly different between groups, HR=1.28 (95%CI, 0.94 – 1.74) and HR=1.19 (95%CI, 0.82 – 1.74), respectively.

Conclusion: In this retrospective comparison of laparotomy versus MIS in women with intermediate- and high-risk EC anatomic distribution of recurrences varied. However, risk of recurrence and death was the same.

G3 Treatment CIN: May women with a negative co-test at first follow-up visit return to 3-year screening?

Skjeldestad, Finn Egil¹, Sørbye, Sveinung²

¹Institute of community medicine, UiT The arctic university of Norway

²Department of clinical pathology, The university hospital of North Norway.

Background: Some screening programs recommend that women treated for CIN only be returned to 3-year screening after receiving two consecutive negative co-tests. Here we evaluate adherence to these guidelines and assessed risk of residual CIN3+ disease.

Primary endpoint: Residual and recurrent CIN3+ disease.

Material and methods: This cross-sectional study comprised 1397 women, treated for CIN between 2014 and 2017, who had their cytology, HPV, and histology samples analyzed at a single university department of pathology. Women who had first and second follow-up at 4-8 and 9-18 months after treatment were considered adherent to guidelines. Follow-up ended December 31, 2021.

We used survival analysis to assess residual CIN3+ disease among women with one and two negative co-tests, respectively.

Results: 71.8% (1003/1397) of women attended the first follow-up 4-8 months after treatment, and 38.3% were considered adherent at second follow-up. Nearly 30% of women had incomplete follow-up at the study end. None of the 808 women who returned to 3-year screening after two negative co-tests were diagnosed with CIN3+, whereas two such cases were diagnosed among 887 women who had normal cytology/ ASCUS/ LSIL and a negative HPV test at first follow-up (5-year risk of CIN3+: 0.24, 95% CI: 0.00-0.57 per 100 woman-years).

Conclusions: The adherence to follow-up guidelines was low. The high proportion of women with incomplete follow-up at study end requires action. The risk of CIN3+ among women with normal cytology/ASCUS/LSIL and a negative HPV test at first follow-up is indicative of a return to 3-year screening.

G4 Infeksjoner etter laparoskopisk hysterektomi i Norge – basert på data fra Norsk Gynekologisk Endoskopiregister

Foss, Sara KH¹, Denstad, Silje E¹, Lonnee-Hoffmann Risa AMH^{1,2}

¹Gynekologisk avdeling, St. Olavs Hospital

²Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet

Bakgrunn: Laparoskopisk hysterektomi er en av de hyppigst utførte gynekologiske operasjoner, og infeksjon er den hyppigste postoperative komplikasjonen til dette inngrepet. I Norge ble det i 2020/2021 utført totalt 5979 laparoskopiske hysterektomier. Norsk gynekologisk Endoskopiregisteret (NGER) gir anledning å undersøke forekomst og risikofaktorer for postoperative infeksjoner.

Mål: Hensikten med denne oppgaven er å beskrive forekomsten av postoperative infeksjoner innen fire uker etter laparoskopisk hysterektomi rapportert i Norge i 2020/2021, og assosierte risikofaktorer.

Metode: Retrospektiv observasjonsstudie, av selvrapporert infeksjon innen 4 uker etter laparoskopisk hysterektomi.

Datamateriale er fra Norsk Gynekologisk Endoskopiregister, Statistiske beregninger ble gjort i IBM SPSS Statistics.

Resultater: 3114 pasienter (52.1%) ble inkludert og 7,7% (n=239) av disse fikk en postoperativ infeksjon. Urinveisinfeksjon var den hyppigste subtypen infeksjon (3,2%, n=101), etterfulgt av intraabdominal infeksjon (3,1%, n=95) og infeksjon i operasjonssår (1,1%, n=33). Annen tilgangsmetode enn Verres nål eller åpen teknikk (p=.040), lavere alder (47,03 ± 11,01 år vs. 50,19 ± 12,39 år, p=<.001) og tidligere laparoskopi (41,6% [n=97] vs. 33,8% [n=961], p=.016) var assosiert med hyppigere postoperativ infeksjon. Tidligere laparoskopi (p=.045), tidligere laparotomi (p=.012) og peroperativ komplikasjon (p<.001) var assosiert med urinveisinfeksjon. Pasientene som fikk infeksjon i operasjonssår og intraabdominalt var i gjennomsnitt henholdsvis 6 år og 4 år yngre enn pasientene som ikke fikk postoperativ infeksjon. Profylaktisk antibiotikabruk var ikke assosiert med redusert postoperativ infeksjon.

Konklusjon: En av 13 kvinner vil få en postoperativ infeksjon innen fire uker etter laparoskopisk hysterektomi i Norge. Yngre kvinner og kvinner som har gjennomgått tidligere abdominal kirurgi har en økt risiko for postoperativ infeksjon.

G5 Retropubisk tensjonsfri vaginal tape (TVT) kan fjernes in toto ved kombinert laparoskopisk/vaginal tilgang ved antatt slyngerelatert smerte

Alvirovic, Jenny¹ Dyrkorn, Ole A¹ Svenningsen, Rune^{1,2,3}

¹Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus

²Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo

³Norsk Kvinnelig Inkontinensregister (NKIR), Oslo universitetssykehus

Bakgrunn: Inkontinensoperasjoner med innsetting av syntetiske bånd kan medføre kroniske smerter. Insidens og prevalens av denne alvorlige komplikasjonen er ukjent. Retropubisk anlagte bånd (TVT) kan fjernes ved kombinert laparoskopisk/vaginal teknikk dersom smertene antas relatert til det syntetiske implantatet.

Metode: Operasjonsmetoden demonstreres med video. Pasientene gjennomgikk en fysisk oppfølgingskontroll første året samt et telefonintervju august 2022. Effekt på smerte og inkontinens ble kartlagt med VAS-score og NKIR-skjema. Endepunkter var smerte-effekt, residiv eller forverring av stressinkontinens og komplikasjoner.

Resultater: Fem pasienter har fått fjernet TVT båndet ved OUS med smerte som eneste indikasjon. Median alder ved operasjon: 66 år (Range: 53 – 78). Gjennomsnittstid fra TVT til fjerning: 4 år (range 0 – 10 år). Kun to pasienter var primært TVT-operert ved OUS. Median oppfølgingstid etter fjerning: 18 måneder (Range 2 – 46). Fire pasienter (80 %) fikk residiv eller forverring av stressinkontinens etter båndfjerning. Alle 5 oppga å være fornøyd (20 %) eller veldig fornøyd (80 %) med behandlingen. Tre (60 %) var blitt helt smertefri (VAS-score = 0), mens to var betydelig bedre (50 – 70 % reduksjon i VAS-score). Fire (80 %) hadde seponert all bruk av smertestillende. En pasient ble, som uforklarlig positiv bieffekt, også kureret for sin anale urgency. Eneste registrerte komplikasjon var en pasient med debut av ventralhernie 6 måneder etter båndfjerning som antas være relatert til denne.

Konklusjon: Totalfjerning av retropubisk anlagt bånd ved kombinert laparoskopisk/vaginal teknikk er en trygg metode med gode kortidsresultater på smerte, men med stor risiko for residiv av stressinkontinens.

G6 Human papillomavirus in vulvar carcinoma patients in Norway: Its prognostic role and changes in prevalence and genotype distribution in two time periods, 1970-75 and 2000-05

Meltzer-Gunnes, Christin J.¹, Lie, Agnes K.², Småstuen, Milada C.³, Jonassen, Christine M.⁴, Vistad, Ingvild⁵

¹Department of Gynaecology and Obstetrics, Sørlandet Hospital, Kristiansand, NORWAY,

²Department of Pathology, the Norwegian Radium Hospital, Oslo, NORWAY,

³University of Oslo, Oslo, NORWAY,

⁴Norwegian Institute of Public Health, Oslo, NORWAY,

⁵Sørlandet Hospital, Kristiansand, NORWAY.

Background: 25-43% of vulvar squamous cell carcinomas (VSCC) are associated with human papillomavirus (HPV). They occur in younger women, are often of warty/basaloid histology and show a better prognosis than non-HPV cancers. The predominant genotypes are HPV 16, 33 and 18. VSCC incidence rates among younger women are rising, partly explained by increasing HPV-exposure. However, studies on HPV-prevalence in VSCC over time are lacking.

Aim: Our aim was to compare HPV-prevalence and genotype distribution in Norwegian VSCC cases from 1970-75 and 2000-05 and investigate a possible prognostic role of HPV-infection.

Methodology: All cases of VSCC from 1970-75 (N=153) and 2000-05 (N=199) were extracted from the Cancer Registry of Norway (N=352). Formalin fixed, paraffin-embedded tissue blocks were retrieved. For 289 cases, HPV-DNA analysis was successfully performed. Overall survival rates were calculated using the Kaplan Meier method. Multivariable Cox regression analysis was performed to estimate hazard ratios.

Results: The percentage of HPV-positive cases increased significantly from 23.8% in 1970-75 to 35.3% in 2000-05 (p=0.037).

The predominant genotypes were HPV 16 (73%), 33 (21%) and 18 (6%) in both periods. HPV-status was an independent prognostic factor with HPV-positive tumours being associated with a better prognosis, HR=0.65 (p=0.003). However, when adjusted for age, FIGO stage and diagnostic period, only higher FIGO stage remained significantly associated with higher mortality.

Conclusion: The percentage of HPV-positive VSCCs has increased from 1970-75 until 2000-05. The predominant genotypes are HPV 16, 33 and 18 and have not changed during the last decades. HPV-positive tumours were associated with better survival.

Gode råd før
samtalen på
re-start.no

På tide å ta den
SAMTALEN?

Du har sikkert pasienter hvor du har tenkt at du burde ta initiativ til å snakke om **OVERVEKT** og **FEDME**. Men tiden har ikke strukket til - ennå.

Det vil kreve et visst mot fra begge side for å få en god dialog. Du finner gode råd før samtalen på re-start.no.

Gjør alvor av det, før det blir alvorlig.

Snakk med pasienten din om overvekt og fedme.



Les mer på
Re-start.no



G7 Long-term risk of progression following cervical intraepithelial neoplasia grade 1 in Norway: A national cohort study

Baasland, Ingrid^{1,2,4}, Trope, Ameli¹, Bjorge, Tone^{1,3}, Engesaeter, Birgit¹, Skare, Gry B.¹, Opdahl, Signe⁴

¹ Cancer Registry of Norway, Oslo, Norway

² Baasland-klinikken, Trondheim, Norway

³ Section for Epidemiology and Medical Statistics, Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Bergen, Norway

⁴ Department of Public Health and Nursing, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

Introduction: Cervical intraepithelial neoplasia grade 1 (CIN1) is often managed conservatively by active surveillance, due to high regression rate and low rate of progression to high-grade lesions or cancer (CIN2+). We estimated risk of progression in women with CIN1 lesions, in a population-based cohort within the context of a national screening program.

Methods: Individual level data from Norwegian health registries were linked using the national identity number and thereafter deidentified.

Women residing in Norway, with a first histologically confirmed CIN1 diagnosis between January 1st, 2002 and December 31st, 2019, were included. The primary outcome was progression of CIN1 to CIN2+. Women diagnosed with CIN2+ within 4 months after their first CIN1 diagnosis, were considered having prevalent disease and were excluded.

We used a competing risk approach to estimate risk of progression according to time since diagnosis of CIN1, age at baseline, human papillomavirus (HPV) status and type, and cytology results before or at baseline.

Results: A total of 26 500 women with a first diagnosis of CIN1 were followed for a mean of 4.7 years (0.3-18.8 years). Mean age at baseline was 36.9 years (13-96 years). During follow-up, 4739 women were diagnosed with CIN2+, corresponding to a progression risk of 19.7% by 5 years (95% confidence interval [CI] 19.1-20.2). Young age at CIN1 diagnosis was associated with a higher risk of progression, as was having high-grade cytology results or HPV16/18 infection.

Conclusions: The risk of progression from CIN1 to CIN2+ within 5 years was close to 20% among participants in a national screening program. Risk depended on age, cytology history and HPV status.

G8 Final histopathology of patients with pelvic tumor referred to the Norwegian Radiumhospital – Time to revisit referral criteria

Ramberg, Lene^{1,2}, Eyjólfssdóttir, Brynhildur¹, Wang Yun Yong¹, Elstrand, Mari, Lindemann, Kristina^{1,3}

¹ Department of gynecological oncology, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital; PB 4953 Nydalen 0424 Oslo, Norway

² Department of gynecology and obstetrics, Akershus University Hospital; Nordbyhagen

³ Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo; P.O box 1171 Blindern, 0318 Oslo, Norway

Background: The accurate characterization of newly diagnosed adnexal lesions is of paramount importance to define appropriate treatment pathways. Norwegian national guidelines recommend the risk of malignancy index to select patients with a pelvic tumor for referral to a gynecological oncology center. This study aimed to analyze the final histopathology results of patients with a pelvic tumor treated at the Norwegian Radiumhospital.

Methods: Patients were identified in a prospective database of all patients undergoing laparotomy for a pelvic tumor or confirmed advanced ovarian cancer. Before surgery patients were categorized as cohort 1: Surgery for advanced disease or cohort 2: Surgery for a suspicious pelvic tumor. We here analyzed the clinical characteristics and histopathology of patients in cohort 2.

Results: We included 198 patients with a mean age of 59.21 years. 121 patients (61.4%) had a CA 125 of >35 U/ml, 120 (61.7%) showed HE4 levels above 70 pmol/l. Patients underwent low (N=145, 73.2%) or intermediate complexity (n=53, 26.8%) surgery. Final histopathology revealed a malignant pelvic tumor in 93 (47%) patients, the majority of those malignant epithelial adnexal tumors. 40 (20.2%) patients were diagnosed with a borderline tumor, the remaining 65 (32.8%) were benign tumors.

Conclusion: Less than half of the patients referred had a malignant diagnosis on final histopathology. A third of the patients were diagnosed with benign disease. Export ultrasound assessment and the application of multiclass prediction models may help to improve patient selection for tertiary hospital referral. We therefore recommend the implementation of published consensus statements on the pre-operative diagnosis of ovarian tumors.

G9 Bevaring av fruktbarhet ved nedfrysning og autolog transplantasjon av eggstokkvev i Norge

Majak, Guri B.¹; Thaulow, Thomas F.¹; Massiah, Nadine²; Indahl, Marie²; Wilkosz, Pawel^{1,3}; Edwin, Bjorn⁴; Vera-Rodriguez, Maria¹; Tanbo, Tom¹; Fedorcsak, Peter Z.²

¹ Gynekologisk avdeling, Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus

² Reproduksjonsmedisinsk avdeling, Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus

³ Bærum sykehus, Vestre Viken

⁴ Intervensjonssenteret, Oslo Universitetssykehus

Bakgrunn: Nasjonal behandlingstjeneste for fertilitetsbevarende behandling med eggstokkvev tilbyr uttak og nedfrysning av ovarialvev hos jenter og kvinner som skal gjennomgå en behandling som har stor risiko for å skade fertiliteten. Gjenetablering av fertilitet ved autolog transplantasjon av ovarialvev er en utprøvede behandling med begrenset erfaring på verdensbasis.

Metode: OUS og regionale uttakssentre har høstet eggstokkvev ved unilateral ooforektomi hos pasienter før gonadotoksisk behandling siden 2004. Kortikalt vev lagres i biobank ved OUS. Autolog transplantasjon av eggstokkvev hos pasienter kurert av kreftsykdom begynte i 2011. De fleste inngrep er utført laparoskopisk med innsetting av opptatt vev under kapselen i gjenværende ovarium (ortotopisk) eller under bukhinnen (heterotopisk). Ved hvert inngrep settes ca 1/3 – 1/4 av uttatt vevsmengde tilbake. Video av metoden blir demonstrert.

Resultater: Hittil har 249 pasienter frosset ned eggstokkvev hos behandlingstjenesten. Vi har utført 37 transplantasjoner av ovarialvev hos 26 pasienter i perioden 2011-2021. Ytterlige 2 pasienter har fått utført transplantasjon i 2022. Gjennomsnittsalder ved uttak av vev er 24,1 år (variasjonsbredde 5 – 36 år), og alder ved første transplantasjon er 32,4 år (variasjonsbredde 21 – 43 år). Graviditetsrate etter innsetting av vev er 29,7% (11/37) per transplantasjon og 34,6% (11/26) per pasient. Kun ortotopisk transplantasjon har ført til graviditet i vårt materiale. Hittil har 10 barn blitt født etter tilbakesetting av eggstokkvev i Norge.

Konklusjon: Den norske suksessraten ved autolog transplantasjon av eggstokkvev hos kvinner som har gjennomgått gonadotoksisk behandling tilsvarende internasjonale resultater (Hum Reprod (2017) 32:1046-54).

G10 Vaginal descensplastikk; stor grad av pasientrapportert fornøydhets 5 og 15 år etter primæroperasjon

Sharami, Alexander¹, Feiring, Mari H¹, Eide, Ellen N¹, Thornhill, Heidi F², Trovik, Jone^{1,2}

¹ Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

² Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus

Bakgrunn: Underlivsfremfall har tradisjonelt blitt operert med vaginal prosedyre. Bruk av syntetisk nettførsterkning eller laparoskopisk tilgang ble introdusert i Skandinavia rundt 2000-årsskiftet.

Mål: Vi ønsket å undersøke pre-, per- og postoperative karakteristika hos to ulike kohorter av kvinner primæroperert for descens.

Metode: Retrospektiv kohortstudie av 501 kvinner med primæroperasjon ved Haukeland Universitetssjukehus 2002-2004 (kohort1, n=202) eller 2012-2014 (kohort2, n=299). Pasientrapporterte spørreskjema ble innhentet i 2008 (kohort1) og i 2018 (kohort2) og gjentatt for kohort1, n=98). Kliniske data ble innhentet fra pasientjournaler.

Resultater: Ingen fra kohort1, mens kun 10 kvinner fra kohort2 (3,3%) ble operert med nettførsterkning (n=9) eller ved laparoskopisk tilgang (n=8), p=0,044. I kohort2 ble 58% operert med prosedyre som innbefattet all kompartiment (fremre+apikale+bakre) mot 20% i kohort1, p<0,001.

Etter median 163 måneders observasjonstid for kohort1 og 56 måneder for kohort2 hadde 46/501 kvinner (9%) blitt residivoperert median 34 måneder etter primærkirurgi. I alt 438/501 (89%) av pasientene oppga at de var veldig/nokså fornøyd med operasjonsresultatet 4-6 år postoperativt, selv om 18% fortsatt rapporterte prolapsymptomer (begge p>0,05 sammenliknet mellom kohortene). Etter 14-16 år var 85/97 kvinner (87%) fortsatt fornøyd (p=0,036) til tross for at 31% rapporterte prolapsymptomer (p=0,001).

Hverken pasienttilfredshet, komplikasjoner eller reoperasjonsrate var forskjellig om kvinnene ble primæroperert av lege i spesialisering eller gynekologspesialist (alle p>0,05).

Konklusjon: Pasienter ble hovedsakelig primæroperert med vaginal descensprosedyre uten nettførsterkning både i 2002-04 og 2012-14. Pasientfornøydhets ble rapportert hos 89% (etter 5 år) og 87% (15 år) til tross for økende grad av prolapsymptomer. Operasjonsresultat var ikke forskjellig om primæroperatør var spesialist eller ikke.

G11 Kan kliniske mål erstatte ultralyd i diagnostikk av levatoravrivning?

Volloyhaug, Ingrid^{1,2}; Mathew, Seema¹; Nyhus, Maria Ø^{1,2}

¹ Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim

² IKOM, NTNU, Trondheim

Bakgrunn: Levatoravrivning, som kan oppstå under fødsel, er risikofaktor for utvikling av descens og gir økt risiko for residiv etter descenskirurgi. Ultralyd brukes for å diagnostisere slike skader.

Mål: Vi ville undersøke om kliniske mål, som er lette å lære og å utføre, kan erstatte ultralyd.

Metode: Tverrsnittstudie av to studiepopulasjoner: 608 kvinner fra normalbefolkningen undersøkt 15-20 år etter fødsel, og 200 kvinner planlagt for descenskirurgi. Vi målte genital hiatus (Gh) + perineal body (Pb), til sammen distansen fra urethra til anus ved Valsalva. Transperineal ultralyd ble brukt til å identifisere levatoravrivning og å måle levator hiatusareal. Den prediktive verdien av Gh+Pb for levatoravrivning ble undersøkt med ROC-analyser.

Resultater: I normalbefolkningen var gjennomsnittlig Gh + Pb 7,7 cm mot 8,9 cm i descenspopulasjonen. Levator hiatusareal var henholdsvis 34 cm² og 44 cm², og 19% og 50% hadde levatoravrivning. Descensgrad 3 ble funnet hos henholdsvis 2% og 56% av kvinnene. I normalbefolkningen var AUC 0,78, p<0,001, og Gh + Pb > 8,3 cm predikerte levatoravrivning med 72% sensitivitet og 75% spesifisitet. I descenspopulasjonen var AUC 0,57, p=0,56, og derfor umulig å etablere grenseverdi for å predikere levatoravrivning.

Konklusjon: Hos kvinner fra normalbefolkningen kan avstanden fra urethra til anus (Gh+ Pb) > 8,3 cm predikere levatoravrivning med høy sensitivitet og spesifisitet. I descenspopulasjonen fant vi ingen grenseverdi, trolig grunnet høy forekomst av ulike skader på bekkenbunnsmuskulatur og store levator hiatusareal i denne populasjonen. Ultralyd er fortsatt nødvendig for å diagnostisere levatoravrivning og økt risiko for residiv etter kirurgi hos kvinner med store descens.

G12 Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus (Ahus) internt elektronisk kvalitetsregister for kvinner med underlivs prolaps (descens urogenitalis)

Teig, Catherine J¹; Rimstad, Kjersti²; Engh, Marie^{2,3}; Mai, Ha Tuyet²; Årving, Ida²; Høien, Pia Riitta Tellervo⁴; Echavez Bæreg, Ann-Kristin³; Schjønby, Pernille²

¹Bekkesenteret, Kirurgisk divisjon, Akershus universitetssykehus,

²Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus,

³Universitet i Oslo,

⁴Kirurgisk Divisjon

Bakgrunn: Det finnes få interne og ingen nasjonale kvalitetsregistre på sykehusene i Norge for å følge opp kvinner med underlivs prolaps før og etter kirurgi. Kvinneklivnikken ved Ahus opprettet et slikt register i desember 2020.

Mål: Målet for registeret er å bidra til kvalitetsforbedring av helsetjenester rettet mot kvinner som opereres for underlivs prolaps.

Metode: Det elektroniske kvalitetsregisteret skal innhente og analysere data fra 250-300 pasienter som blir operert for underlivs prolaps på Kvinneklivnikken hvert år.

Validerte spørreskjema (PFDI-20, PFIQ-7) og generelle helse-spørreskjema samles inn digitalt eller via papir, fra pasienter pre-operativt og 6 mnd. post-operativt. Alle pasientdata lagres elektronisk i RedCap-databasen på Ahus. Videre oppfølging er basert på pasientens generelle helseopplysninger oppgitt 6 mnd. post-operativt og total poengsum for PFDI-20 og/eller PFIQ-7. REDCap har et varslingssystem som identifiserer og informerer om hvilke som skal innkalles til 6 måneders kontroll.

Resultater: 79 pasienter ble inkludert i kvalitetsregisteret fra 08.12.2020-31.12.2021, og registeret hadde dekningsgrad på 60-65%.

Få pasienter ble operert pga. COVID-19 pandemien.

22/79 fikk utført 6 måneders postoperativ kontroll i 2021. 13 av 22 pasienter (59%) ble innkalt til time etter 6 måneders kontroll pga. ingen signifikant forbedring post-operativt i PFDI-20 score, og/eller at de rapporterte nye post-operative plager og/eller at operasjonen ikke hjalp.

I tillegg rapporterte 7/22 (32%) av pasientene at de opplevde en kul 6 mnd. postoperativt og 15/22 (68%) rapporterte at kulen var borte 6 mnd. post-operativt.

Konklusjon: Datainnsamling ved hjelp av elektroniske spørreskjemaer for pasientrapporterte utfall (PROM) vil gjøre det enklere for legene å følge og vurdere pasientforløp, komplikasjoner, nyoppståtte plager og kirurgiske utfall for pasienter.

OLYMPUS

VISERA ELITE III



4K 3D 2D IR Full Color Eco CAF Future

NEW

Be Visionary

Innovation That Grows With You

Created to accelerate procedures and learning curves for improved patient outcome with best-in-class imaging, VISERA ELITE III is the endoscopic imaging system with future-proof software upgrades and technology that allows you to focus on your procedures, while significantly reducing future costs.

For more information, please visit

www.olympus.eu/ViseraEliteIII

G13 Effekten av descenskirurgi på arealet av levatorhiatus

Nyhus, Maria Ø.^{1,2}, Mathew, Seema^{1,2}, Volloyhaug, Ingrid^{1,2}

¹ Kvinneklinikken, St Olavs Hospital, Trondheim

² IKOM, NTNU, Trondheim

Bakgrunn: Patologisk utvidelse av levatorhiatus er en risikofaktor for utvikling av urogenital descens og kan også bidra til residiv etter descenskirurgi. Få studier har undersøkt effekten av descenskirurgi på arealet av levatorhiatus, og man vet lite om hvordan forskjellige prosedyrer påvirker hiatusarealet.

Mål: Undersøke effekten av descenskirurgi på arealet av levatorhiatus.

Metode: Dette er en prospektiv kohort studie som inkluderte 200 kvinner som ble operert for urogenital descens ved St Olavs hospital i 2017-2018. Arealet av levatorhiatus ved Valsalva ble målt med transperineal ultralyd ved inklusjon og 6 måneder etter operasjon. Det ble gjort subgruppeanalyser for isolert fremre kolporafi (n=32), vaginal hysterektomi (n=21), Manchesterprosedyre (n=26) og sakrokolpopexi (n=19). Paret t-test ble brukt for å sammenligne pre- og postoperativt areal.

Resultater: For hele kohorten fant vi en statistisk signifikant reduksjon av hiatusarealet fra før til etter operasjon; 44.3 vs. 41.8 cm², p<0.01. Ved subgruppeanalyser fant vi reduksjon i arealet etter alle prosedyrer, men endringen var størst og bare statistisk signifikant etter Manchesterprosedyren; 43.5 vs. 38.9 cm², p=0.01. Endring etter isolert fremre kolporrhafi var 42.9 vs 40.2 cm², etter vaginal hysterektomi 47.2 vs 45.7 cm² og etter sakrokolpopexi 50.0 vs 46.9 cm², alle p>0.05.

Konklusjon: Descenskirurgi er assosiert med reduksjon i arealet av levatorhiatus ved Valsalva. Den største reduksjonen ses etter Manchesterprosedyren. Dette kan være et resultat av at uterus tippes anteriort etter ligamentplastikk. Reduksjonen av levatorhiatus kan bidra til lavere risiko for residiv av urogenital descens etter Manchesterprosedyren, som er vist i andre studier.

G14 Menopausal hormone therapy and breast cancer risk: a population-based cohort study in Norway.

Stoer, Nathalie C.¹, Vangen, Siri², Botteri, Edoardo^{1,3}

¹ Department of Research, Cancer Registry of Norway, Oslo, Norway

² Norwegian Research Centre for Women's Health, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

³ Section for Colorectal Cancer Screening, Cancer Registry of Norway, Oslo, Norway

Background: We provide updated information of breast cancer risk (BC) in menopausal hormone therapy (HT) users.

Methods: The study is based on linkage between the Cancer Registry, the Prescription Database, the Regional Health Studies, and Statistics Norway. We identified 1,275,783 women who were followed-up from 2004 to 2018. We used Cox-regression to estimate associations between use of HT and risk of BC according to type of HT, route of administration and individual products overall, and stratified by molecular subtypes and body mass index (BMI).

Results: During follow-up of 12.7 years, 33,654 BCs occurred and 454,262 women used HT. Use of oestrogen-progestin oral therapy (EPT) compared to no HT use was associated with the highest increased risk (HR:2.23, 95% CI:2.14-2.32), followed by tibolone (HR:1.71, 95% CI:1.54-1.91). Use of transdermal (HR:1.48, 95% CI: 1.28-1.71) and oral (HR:1.36, 95% CI:1.22-1.50) oestradiol was associated with increased BC risk, while vaginal oestradiol (HR:0.96, 95% CI:0.91-1.01) was not. Use of the newer oral EPT products Eviana (HR:1.66, 95% CI:1.32-2.09) and Cliovelle (HR:1.63, 95% CI 1.35-1.96) was associated with lower risk than other commonly used oral EPT products Activelle (HR:2.42, 95% CI:2.26-2.58) and Kliogest (HR:2.67, 95% CI:2.37-3.00). HT users had a higher risk of BC subtypes with more favourable outcomes (i.e. luminal BCs) compared to no users. The risk of BC was highest for lean women and lowest for obese women.

Conclusions: Use of HT was associated with increased risk of BC, particularly luminal BC. The associations varied according to BMI and the type of product used.

G15 Forebyggende operasjoner og hormonbruk blant norske BRCA-mutasjonsbærere

Johansen Nora^{1,2}, Liavaag Astrid H.^{1,2}, Michelsen Trond M.^{2,3,4}

¹ Avdeling for obstetrik og gynekologi, Sørlandet sykehus HF Arendal

² Forskningsseksjonen, Sørlandet sykehus HF

³ Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

⁴ Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus

Bakgrunn: Hos BRCA-mutasjonsbærere reduseres risikoen for eggstokk/egglederkreft med nesten 90% ved risiko-reduserende salpingo-ooforektomi (RRSO). Operasjonen anbefales fra 35 års alder, og kvinner uten kontraindikasjoner bør få hormonbehandling. Inngrepet utføres ved stort sett alle gynekologiske avdelinger i Norge, og er derfor fordelt på et stort antall klinikere. Vi vet ikke hvor mange som opereres eller om informasjonen før operasjonen er god nok.

Mål: Å kartlegge hvor mange som gjennomgår RRSO og hvor stor andel som bruker hormonbehandling i henhold til retningslinjene. Sekundært mål er å undersøke i hvilken grad kvinnene får preoperativ informasjon.

Metode: Prospektiv kohortstudie hvor vi inviterer alle kvinnelige BRCA-mutasjonsbærere i Helse Sør-Øst. Inklusjonen startet i mars 2022 og pågår. I denne studien presenteres resultater fra interimanalyser av spørreskjemaopplysninger.

Resultater: Av totalt 324 BRCA-mutasjonsbærere valgte 256 (79%) RRSO og 233 (72%) profylaktisk mastektomi. Gjennomsnittlig alder ved RRSO var 42,8 (SD 8,8) år hos BRCA1-mutasjonsbærerne og 46,4 (SD 9,2) år blant BRCA2-mutasjonsbærerne (p-verdi 0,007). Blant kvinnene ≤ 52 år uten brystkreft (n = 84) brukte 69 (82%) hormoner. De vanligste grunnene til å ikke bruke hormoner var lite overgangsplager (33%), bekymring for brystkreft (25%) og at legen frarådet det (33%). Omtrent 1/3 syntes de hadde fått god preoperativ informasjon om hormonbehandling, mens 1/3 syntes denne informasjonen var for dårlig. Særlig oppga kvinnene at de fikk lite informasjon om hjerte- og karrisiko og kognitive bivirkninger av inngrepet.

Konklusjon: Opptaket av RRSO er høyt i Helse Sør-Øst. Andelen som bruker hormonbehandling er økende, men kvinnene får lite informasjon om senvirkninger av inngrepet.

G16 Utvikling av et «core outcome set» og definering av utfallsmål for studier om uterusbevarende behandling av adenomyose (COSAR): en internasjonal konsensusstudie

Tellum, T¹; Naftalin, J²; Chapron, C³; Dueholm, M⁴; Guo, S-W⁵; Hirsch, M⁶; Larby, ER⁷; Munro, MG⁸; Saridogan, E⁹; van der Spuy, ZM⁹; Jurkovic, D²

¹ Oslo Universitetssykehus, Oslo, Norway

² Institute for Women's Health, University College Hospital, London, UK

³ Université Paris Cité, CHU Cochin, Paris, France

⁴ Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark

⁵ Fudan University, Shanghai, China

⁶ Nuffield Department of Women's & Reproductive Health, University of Oxford, Oxford, UK

⁷ Norwegian Endometriosis Association

⁸ David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, USA

⁹ Faculty of Health Sciences, University of Cape Town, Cape Town, South Africa

Bakgrunn: Hvilke utfallsmål som måles og rapporteres i studier bestemmer om forskningen er tolkbar, sammenlignbar og pasient-sentrert. Standardiserte utfallsmål, kalt «core outcome sets» (COS), representerer et minimum av hva som bør måles og rapporteres i forskjellige studier. Bruk av COS forhindrer selektiv rapportering av kun positive resultater. Internasjonalt ble et stort arbeide lagt ned for å utvikle COS for en rekke tilstander, men det mangler for studier om adenomyosebehandling.

Mål: Å utvikle et COS for studier på behandling av adenomyose hos premenopausale kvinner (Core Outcome Set for Adenomyosis Research, COSAR).

Metode: COSAR ble utviklet via en modifisert 3-trinns Delphi-prosess. Styringskomiteen bestående av adenomyoseeksperter og pasientrepresentanter identifiserte en liste over mulige utfallsmål ved systematisk litteraturgjennomgang og pasientworkshops. Listen ble elektronisk distribuert til deltakere i perioden 03/2021-12/2021. Utfallsmålene ble vektet på en Likert-skala fra 1 (ektremt uviktig) til 9 (ektremt viktig) og selektert gjennom to runder. Det endelige COS ble bestemt av styringskomiteen.

Resultater: Totalt 241 utfallsmål ble identifisert og destillert til 71 potensielle elementer. 501 personer fra 48 land deltok i første runde (334 pasienter/pårørende, 150 helsepersonell, 17 forskere). Det var 291 deltakere i andre runde. Det endelige COS omfatter 24 adenomyose-spesifikke og 26 generiske utfallsmål fordelt på ni domener som inkluderer smerte, blødning, reproduktive utfall, hematologi, urinveier, livskvalitet, kvalitet av helsetjenester, uønskede hendelser og rapporteringselementer. Nitten av disse utfallsmålene gjelder kun for visse studietyper. Tre utfallsmål innenfor helseøkonomi er anbefalt registrert og rapportert, men er ikke obligatoriske.

Konklusjon: Implementering av COSAR for fremtidige studier innen adenomyosebehandling vil sikre pasientsentrert forskning, forbedre studiekvaliteten og sikre bedre behandling.

POSTERE

P1 Gjentagelsesrisiko for preterm fødsel: en populasjonsbasert registerstudie av 213,335 kvinner i Norge.

Tingleff, Tiril^{1,2}, Vikanes, Åse³, Räisänen, Sari⁴, Sandvik, Leiv², Murzakanova, Gulim^{1,2}, Laine, Katariina^{1,5}

¹Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

²Fødeavdelingen, Oslo Universitetssykehus

³Gynklinikk Nydal AS

⁴Tampere University of Applied Sciences, Finland

⁵Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus

Bakgrunn: Tidligere preterm fødsel er en kjent risikofaktor for preterm fødsel. Gjentagelsesrisikoen i forhold til svangerskapslengde ved preterm første fødsel er ikke estimert i populasjonsbaserte studier.

Mål: Studere sammenhengen mellom preterm første og andre fødsel i tre kategorier av svangerskapsvarighet: før uke 28; mellom 28–33 og 34–36 uker. Undersøke effekten av placentasvikt ved gjentatt preterm fødsel.

Metode: Data fra Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå. Kvinner som fødte sitt første og andre barn i perioden 1999 til 2014 ble inkludert (n=213,335). Utfall: ekstrem preterm (<28 gestasjonsuker), veldig preterm (28–33 gestasjonsuker) og sen preterm (34–36 gestasjonsuker) andre fødsel. Hovedeksponering: samme kategorier av preterm første fødsel, terminfødsel (>36 gestasjonsuker) som referanse. Placentasvikt var definert som preeklampsi, HELLP, eklampsi eller small for gestational age-nyfødt. Crude og justerte odds ratio ble kalkulert med logistisk regresjonsanalyse.

Resultater: Forekomsten av preterm fødsel var 5,6% i første fødsel og 3,7% i andre fødsel. Kvinner med ekstremt preterm første fødsel hadde høyest odds for ekstremt preterm (aOR 12.90; CI, 7.47–22.29) og veldig preterm (aOR 12.98; CI 9.59–17.58) andre fødsel, sammenlignet med kvinner med første fødsel til termin. Placentasvikt forklarte 30–40% av gjentagelsesrisikoen for ekstremt og veldig preterm fødsel og 10–20% av gjentagelsesrisikoen for sen preterm fødsel.

Konklusjon: En av seks kvinner med tidligere preterm fødsel fødte for tidlig ved andre fødsel (17.4%). Lav svangerskapsvarighet ved første fødsel økte risikoen for preterm andre fødsel. Placentasvikt forklarte en større del av gjentagelsesrisikoen for ekstremt og veldig preterm fødsel enn for sen preterm fødsel.

P2 Tvilling- og enlingsvangerskap og årsaker til preterm fødsel: en populasjonsbasert registerstudie av 481,176 førstegangs-fødende kvinner

Tingleff, Tiril^{1,2}, Räisänen, Sari³, Vikanes, Åse⁴, Sandvik, Leiv², Meryam Sgulle^{1,2}, Murzakanova, Gulim^{1,2}, Laine, Katariina^{1,5}

¹Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

²Fødeavdelingen, Oslo Universitetssykehus

³Tampere University of Applied Sciences, Finland

⁴Gynklinikk Nydal AS, 0484 Oslo

⁵Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus

Bakgrunn: Preterm fødsel er en kompleks tilstand med mange mulige årsaker og risikofaktorer. Tvillingsvangerskap har økt risiko for preterm fødsel. Det er ukjent hvilken rolle ulike svangerskapskomplikasjoner spiller i preterm fødsel for tvillingsvangerskap sammenlignet med enlingsvangerskap.

Mål: Sammenligne forekomsten og årsaker til preterm fødsel ved tvilling- og enlingsvangerskap.

Metode: Data fra Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå. Førstegangsfødende kvinner med tvilling-(n=472,449) eller enlingsvangerskap (n=8,727) i perioden 1999–2018 ble inkludert. Utfall: ekstrem preterm (<28 gestasjonsuker), veldig preterm (28–33 gestasjonsuker) og sen preterm (34–36 gestasjonsuker) fødsel. Forekomsten av svangerskapskomplikasjoner ved preterm fødsel ble regnet ut med 95% konfidensintervall for tvillingfødsler og enlingfødsler. Justert odds ratio ble beregnet for preterm fødsel i tvillingsvangerskap sammenlignet med enlingsvangerskap.

Resultater: Forekomsten av preterm fødsel var betydelig høyere i tvillingsvangerskap (54,7%) enn i enlingsvangerskap (6,1%) i alle kategorier; ekstrem preterm (3,6% vs 0,4%), veldig preterm (18,2% vs 1,4%), sen preterm (33,0% vs 4,3%). Tvillingfødsler hadde høyere forekomst av dødfødsel, medfødte misdannelser og preeklampsi enn enlingfødsler. Preeklampsi hadde høyere forekomst i enling-svangerskap enn tvillingsvangerskap ved ekstrem og veldig preterm fødsel. Oddsene for ekstrem, veldig og sen preterm fødsel økte fra mellom 8 og 15 til mellom 19 og 53 ganger høyere i tvillingsvangerskap enn i enlingsvangerskap da obstetriske komplikasjoner og risikofaktorer knyttet til preterm fødsel ble justert for.

Konklusjon: Svangerskapskomplikasjoner som leder til ekstrem, veldig og sen preterm fødsel spiller forskjellige roller i tvilling- og enlingsvangerskap. Preeklampsi er hyppigere forekommende i ekstrem og veldig preterm enlingfødsel fordi preterm tvillingfødsel skjer på et tidligere tidspunkt av andre årsaker.

P3 Innføring av knestående fødestilling ved vaginale setefødsler ved Sørlandet sykehus Kristiansand

Nygaard, Benedicte S., Ween-Velken, Marte

Kvinneklubben, Sørlandet sykehus Kristiansand

Bakgrunn: Ved knestående stilling utvides bekkenet, og kvinnen får bedre hjelp av tyngdekraften til den fysiologiske rotasjonen av fosterkroppen ved vaginal setefødsel. Vi ønsker å utforske denne metoden som et alternativ til seteforløsning i ryggleie.

Metode: Pågående kvalitetsikringsstudie siden 01.02.20. To overleger fikk opplæring i forløsningsmetoden knestående setefødsel. Metoden ble lært videre til kollegene, og en av de to overlegene ble alltid tilkalt det første året. Alle kvinner som oppfyller nasjonal anbefaling for vaginal setefødsel kan inkluderes. Skriftlig samtykke innhentes for filming av fødselen.

Resultater: I perioden 01.02.20–20.07.22 er det forløst 174 barn fra seteleie. Av 112 som planla vaginal forløsning fødte 83 (74%) vaginalt, hvorav 63 (76%) i knestående stilling. Total sectiofrekvens for seteleier i studieperioden er 52% (91/174) mot 65% (108/167) i perioden 01.02.17–20.07.19. Av kvinnene som planla vaginal forløsning ble 40% (45/112) indusert, 45% (50/112) fikk epiduralanalgesi, 12,5% (14/112) fikk episiotomi og 4 kvinner (alle førstegangsfødende) fikk sfinkterruptur. Median trykktid var 26 minutter hos førstegangsfødende, 7 minutter hos flergangsfødende. 4 barn fikk Apgar <7 etter 5 min, ingen metabolske acidoser. Vi filmet 49 av de 83 vaginale fødslene.

Konklusjon: Innføring av knestående setefødsel i vår avdeling viser en observasjon av høyere andel vaginale setefødsler. Antall sfinkterrupturer er for høyt og håndteringen av førstegangsfødende er endret underveis i perioden. Ved bruk av entydig prosedyre, med tidsrammer og vurdering av endring til ryggleie ved behov, anses metoden knestående setefødsler å være trygg. Filming av fødslene gir en unik mulighet for opplæring, evaluering og kontinuerlig kvalitetssikring.

P4 Kan fastende glukose trygt brukes for å begrense behov for full glukosebelastning i svangerskap? En analyse av fire norske studier med universell screening for svangerskapsdiabetes

Rai, Anam S.^{1,2}, Sletner, Line^{3,4}, Jenum, Anne Karen⁵, Øverby, Nina C.², Stafne, Signe N.^{6,7}, Qvigstad, Elisabeth^{4,8}, Pripp, Are H.⁹, Sagedal, Linda R.^{1,10}

¹Forskningsavdeling, Sørlandet Sykehus Kristiansand

²Institutt for ernæring og folkehelse, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitet i Agder

³Barne- og undomsklinikken, Akershus Universitetssykehus

⁴Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo

⁵Institutt for helse og samfunn, Universitet i Oslo

⁶Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

⁷Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St.Olavs Hospital Univeritetssykehuset i Trondheim

⁸Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin, Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo

⁹Oslo senter for biostatistikk og epidemiologi, Oslo Universitetssykehus

¹⁰Kvinneklubben, Sørlandet Sykehus Kristiansand

Bakgrunn: Med nåværende seleksjonskriterier, estimeres det at 70% av alle gravide skal utføre full glukosebelastning. Det er ønskelig å finne trygge måter å begrense dette behovet.

Mål: Vi ønsket å undersøke om 1) vi kunne identifisere en nedre FPG-grense der full glukosebelastning var unødvendig og 2) om forekomst av komplikasjoner assosiert med svangerskapsdiabetes var lavere for kvinner med FPG under denne grensen.

Metode: Vi analyserte data fra 4 norske kohorter med tilsammen 2960 gravide kvinner som utførte universell glukosebelastning, i perioden 2002–2013. For en rekke FPG-grenser beregnet vi sensitivitet for å forutsi forhøyet 2-timers glukose (≥9,0 mmol/l), antall glukosebelastninger påkrevd, og andel tilfeller med svangerskapsdiabetes oversett.

Resultater: Prevalensen av svangerskapsdiabetes var 10,1%. En FPG-grense på 4,7 mmol/l hadde 80% sensitivitet for å predikere en forhøyet 2-timers verdi. Forekomst av svangerskapsdiabetes for kvinner med FPG <4.7 mmol/l var 1%, som utgjorde 8% av alle svangerskapsdiabetestilfeller. Hvis kvinner med FPG <4,7 mmol/l ble ekskludert, sammen med de med svangerskapsdiabetes basert på FPG ≥5,3 mmol/l, ville bare 29% av kvinnene ha behov for full glukosebelastning. Kvinner med FPG <4,7 mmol/l, inkludert de med «oversett svangerskapsdiabetes», hadde lav risiko for å føde et barn som var stort for gestasjonsalder, keisersnitt og operativ vaginal forløsning.

Konklusjon: En FPG grense på 4.7 mmol/l som første trinn i screening for svangerskapsdiabetes kan potensielt redusere behovet for full glukosebelastning til <30% av alle svangerskap. Kvinner med FPG under denne grensen ser ut til å ha lav risiko for komplikasjoner assosiert med svangerskapsdiabetes.

P5 Teambasert læring som undervisningsform på medisinstudiet ved NTNU. En evaluering av teambasert læring i gynekologi

Nedregård, Regine¹, Lillebo, Borge^{2,3}, Hagemann, Cecilie T.^{4,5}

¹Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim

²Medisinsk avdeling, Sykehuset Levanger

³NTNU Link, Levanger/ Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU

⁴Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital, Trondheim

⁵Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU, Trondheim

Bakgrunn: Studentaktiviserende undervisningsformer prioriteres ved medisinsk utdanning i Norge. Teambasert læring (TBL) er en slik undervisningsform. Det er få studier om læringsutbytte og studenttilfredshet med TBL i gynekologiutdanningen.

Mål: Å evaluere TBL som undervisningsform i gynekologi ved NTNU.

Metode: Studien er en multimetodisk retrospektiv observasjonsstudie. Fra TBL-undervisningen (2013-2021) studerte vi skår på flervalgsoppgaver (FVO) i forhold til forberedelsesmateriale. Eksamensresultater (FVO) ble analysert før og etter innføringen av TBL for temaene blødningsforstyrrelser og gynekologisk kreft. Et utvalg av FVO ble testet på et eksternt testpanel (medisinstudenter og leger i spesialisering). Et spørreskjema (nettskjema) ble utsendt til medisinstudenter. Kvantitative data ble presentert deskriptivt. Kvalitative data fra referansegrupperapporter ble analysert med metoden systematisk tekstkondensering.

Resultater: Under TBL-sesjonene fikk studentene høyest skår på FVO-testene når de hadde hatt videoforelesning og lysbildepresentasjon som forberedelsesmateriale, og gruppebesvarelser ga alltid høyere skår enn de individuelle. Det var små forskjeller i eksamensresultater og heller ingen sikre forskjeller i vanskelighetsgrad mellom eksamensoppgaver gitt før og etter innføring av TBL verken i temaene blødningsforstyrrelser eller gynekologisk kreft. Studentene mente aktiviserende undervisningsformer som TBL ga høyest læringsutbytte, de forberedte seg i større grad til denne typen av undervisning, og ønsket seg enda mer studentaktiviserende undervisning.

Konklusjon: Innføringen av TBL i gynekologiundervisningen har blitt godt mottatt blant studentene uten noen påviste negative konsekvenser. Studentene ser ut til å forberede seg best når de tilbys videoforelesning og kopi av lysbildepresentasjonen som forberedelsesmateriale. Tilbakemeldingene fra studentene tyder på at det er rom for å øke andelen TBL i undervisningen ytterligere.

P6 Covid-19 hos gravide som ble innlagt på sjukehus i europeiske land i 2020 - erfaringar fra INOSS samarbeidet

Engjom, Hilde M^{1,2,3}, DeBruin, Odette², Ramakrishnan, Rema³, Vousden, Nicola³, Donati, Serena⁴, Deneux-Tharoux, Catherine⁵, Knight, Marian³, Bloemenkamp, Kitty²

¹Område for psykisk og fysisk helse, Folkehelseinstituttet, Bergen

²University Medical Center Utrecht, Utrecht, Nederland

³National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, UK

⁴Instituto Superiore di Sanita, Roma, Italia

⁵Institute National de la Santé et de la Recherche Médicale, Paris, Frankrike

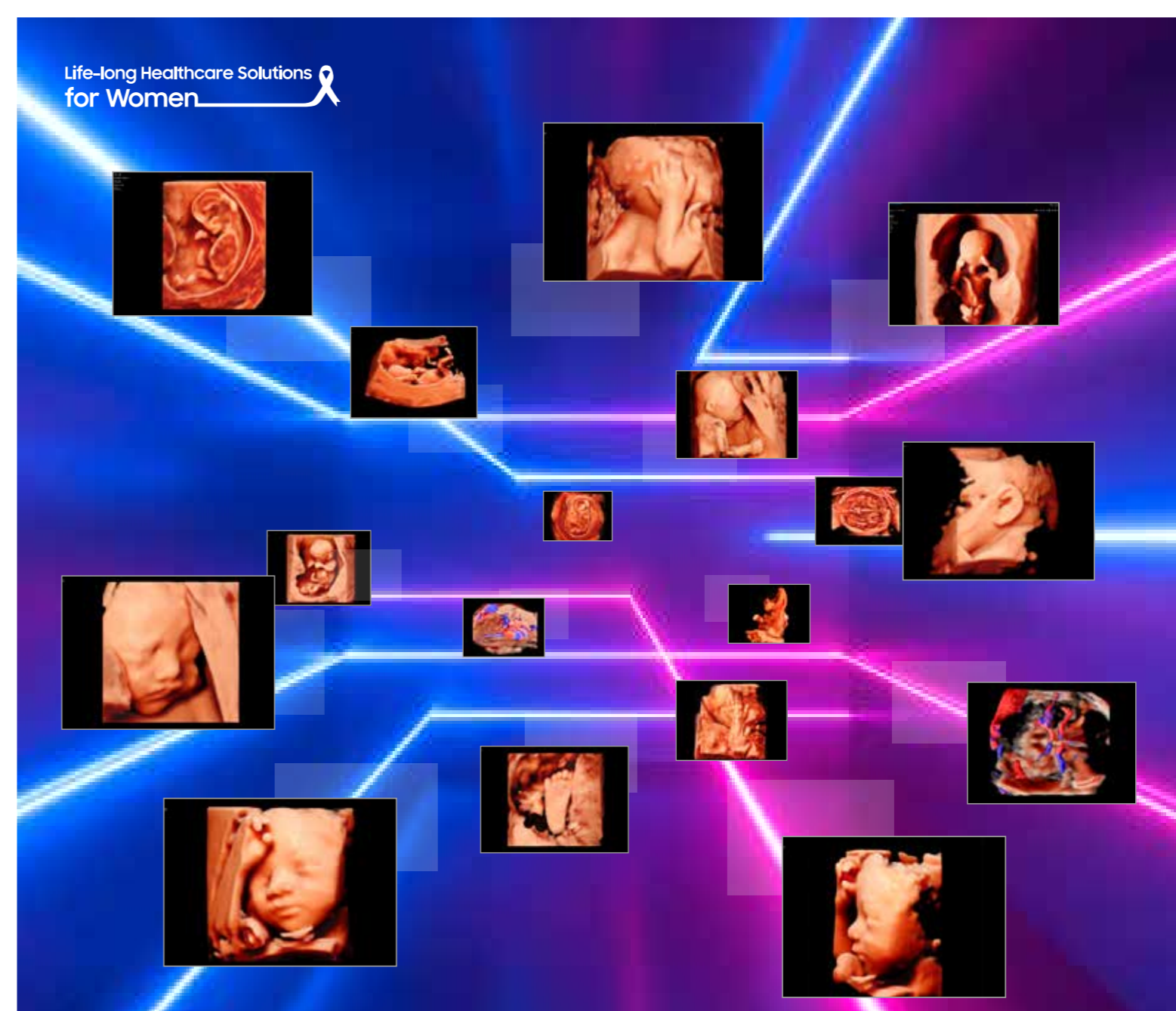
Bakgrunn: Ved starten av koronaviruspandemien var det uvisst korleis SARS-CoV-2 ville ramme gravide, og aktiv befolkningsbasert overvaking vart etablert i fleire europeiske land gjennom samarbeidet International Obstetric Surveillance Systems (INOSS).

Mål: Kartlegge insidens av innlegging med SARS-CoV-2 per 1000 fødsler, medikamentell behandling til gravide og alvorlige svangerskapsutfall.

Metode: Gravide kvinner innlagt på sjukehus med ein positiv PCR test for SARS-CoV-2 ≤ 7 dager før innlegginga og inntil 2 dagar etter fødsel, fra februar/mars til desember 2020. Prospektiv observasjonsstudie med nasjonale eller regionale kohortar. To innleggingsgrupper; innlagt på grunn av covid-19 eller med symptom, eller innlagt for fødsel/annan behandling eller asymptomatisk infeksjon. Antal fødsler i studieperioden er basert på registerdata for perioden eller siste tilgjengelige år.

Resultater: Blant 1 898 811 fødsler vart 8 747 gravide innlagde på sjukehus; 2 347 på grunn av covid-19 eller med symptom. Risiko for innlegging på grunn av covid-19 per 1000 fødsler varierte fra 0,2 i Norden utanom Sverige til 1,8 i Frankrike og 1,9 i UK. Alvorlige materielle utfall; 308(13%) vart innlagt i intensivavdeling, 147(6%) fekk invasiv ventilasjonsstøtte (respirator eller ECMO), 13 kvinner døydde. Blant gravide innlagde på grunn av covid-19 fekk 68(2,8%) antiviral behandling alene eller i kombinasjon med antibiotika, 926(41,7%) fekk tromboseprofylakse. Totalt 516(25,1%) kvinner fekk kortikosteroider, 196(9,5%) på maternell indikasjon

Konklusjon: Risiko for innlegging på grunn av covid-19 varierte mellom landa i første og andre bølge av pandemien. Covid-19 spesifikk medikamentell behandling på maternell indikasjon vart sjeldan gitt. Særskilt overvaking for gravide er viktig under slike samfunnskriser og for framtidig planlegging.



Life-long Healthcare Solutions
for Women

Experience astonishing 3D image technologies

See truly amazing three-dimensional images of your child's features and movements. And as the real like images help you bond with your precious little one, they'll also be helping your doctor to provide the most comprehensive examination possible.

V8
Step up confidence



Inter-Medical AS
Grini Næringspark 31 | 361 Østerås
Tlf: 61146300 | Mobil: 40 61 49 40

SAMSUNG

Authorized Distributor

P7 Covid-19 hos gravide som vart innlagt på sjukehus i Norden i 2020 - erfaringar fra Nordic Obstetric Surveillance Study (NOSS) samarbeidet

Engjom, Hilde M¹. Aabakke, Anna² Ayras, Outi³ Jonasdottir, Eva³ Svanvik, Teresia⁴ (på vegne av dei nasjonale gruppene)

¹ Område for psykisk og fysisk helse, Folkehelseinstituttet, Bergen

² Holbæk Sjukehus, Holbæk, Danmark

³ Helsinki Universitetssjukehus, Helsinki, Finland

⁴ Landspítali, Reykjavík, Island

⁵ Sahlgrenska sjukehus, Göteborg, Sverige

Bakgrunn: Ved starten av koronaviruspandemien var det uvisst korleis SARS-CoV-2 ville ramme gravide, og aktiv befolkningsbasert overvaking vart etablert i fleire nordiske land gjennom samarbeidet Nordic Obsteric Surveillance Study(NOSS)

Mål: Kartlegge insidens av innlegging med SARS-CoV-2 per 1000 fødsler, alvorlige utfall og medikamentell behandling.

Metode: Prospektiv observasjonsstudie av gravide kvinner innlagt på sjukehus med ein positiv PCR test for SARS-CoV-2 ≤ 7 dagar før innlegginga eller inntil 2 dagar etter fødsel, fra mars til desember 2020. To innleggingsgrupper; innlagt på grunn av covid-19 eller med symptom, eller innlagt for fødsel/annan behandling eller med asymptomatisk infeksjon.

Resultater: Utforming av overvakinga varierte mellom dei nordiske landa; frå innhenting av data nasjonalt i/utanfor nasjonale helse-register til sjukehusbasert klinisk rapportering. Blant 352 259 fødsler i Dk/Fi/Is/No vart 178 (0,5/1000) gravide innlagde på sjukehus; 62 (0,2/1000) på grunn av covid-19 eller med symptom. Risiko for innlegging på grunn av covid-19 per 1000 fødsler varierte fra ingen innlagde på Island til 0,2 i Fi/No, 0,7 i Dk og 3,2 i dei svenske regionane. Følgjande alvorlige utfall vart rapportert; 7(11%) vart innlagt i intensivavdeling, 5(8,1%) fekk respiratorbehandling eller ECMO, ingen kvinner eller foster/nyfødte døydd. Totalt 20(30%) kvinner fekk kortikosteroider, 14(22%) på maternell indikasjon.

Konklusjon: Overvaking av gravide som gruppe under ein pandemi er viktig for å overvake smittesituasjon, utfall og behandling. Ulike tilnærmingar til nasjonal overvaking gir nyttig erfaring. Nasjonale og nordiske faglege nettverk kan spele ei viktig rolle for å lære av erfaringane og etterlyse både betre overvaking og tilgang til kunnskap om behandling.

P8 Survival outcomes and recurrence patterns of laparotomy versus minimal invasive surgery in women with FIGO 2009 stage II uterine carcinoma

Eriksson, Ane Gerda Z. ¹, Bjerre Trent, Pernille ^{1,2}, Wang, Yun ¹, Staff, Anne Cathrine^{2,4}, Milada Smástuen ³

¹ Department of Gynecologic Oncology, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Oslo, Norway

² Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

³ Department of Nursing and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway.

⁴ Division of Obstetrics and Gynaecology, Oslo University Hospital

Background: A randomized trial has demonstrated that minimally invasive surgery (MIS) resulted in poorer survival compared with open surgery in early-stage cervical cancer. There is paucity of data in regards to surgical approach and survival in women with stage II uterine carcinoma with cervical stromal involvement.

Aim: To describe survival and recurrence patterns in women with FIGO2009 stage II uterine carcinoma stratified by surgical approach.

Methods: Women diagnosed with stage II uterine carcinoma 2006-2021 were identified in our institutional database. Progression free and overall survival (PFS and OS) was compared between patients after laparotomy or MIS.

Results: Of 132 patients, 92 (70%) underwent laparotomy and 40 (30%) underwent MIS. Median OS was 10.1 years for laparotomy and 14.7 years for MIS (p=0.7). PFS was 78.9% (68.9-86) at 1 year and 65.6% (59.0-75.9) at 5 years for laparotomy and 88.5% (72.3-95.6) at 1 year and 74.3%(54.5-86.4) at 5 years for MIS. In regards to adjuvant therapy 39% of women received none, 55% received chemotherapy and 5% received radiotherapy. When adjusting for age at surgery, histology and adjuvant therapy there was no difference in overall mortality risk or risk of recurrence between the two surgical approaches (p=0.66 for OS, p=0.41 for PFS). Anatomic distribution of recurrences was similar in both groups. Of the 14 women with isolated vaginal recurrences, 10 were salvaged, 3 are dead of disease and 1 is alive with disease.

Conclusions: Laparotomy and MIS appear to have comparable risks of recurrence and overall mortality in women with stage II uterine carcinoma. Isolated vaginal recurrences can be salvaged in this mainly radiotherapy-naïve population.

P9 «Barselkvinne med akutt nyresvikt»

Hoel, Hedda. Lege i spesialisering, Gynekologisk avdeling, Akershus Universitetssykehus
Ahmad, Ashi. Overlege, PhD, Seksjon for fostermedisin, Oslo Universitetssykehus

Bakgrunn: Den hyppigste årsaken til akutt nyresvikt i svangerskap og barsel er alvorlig preeklampsi og HELLP-syndrom. Akutt nyresvikt som oppstår i svangerskap og barsel er dog en veldig sjelden hendelse med en incidens <1/20 000.

Metode: Pasientkasuistikk.

Resultat: En 29 år gammel frisk førstegangsfødende kvinne ble innlagt med kløe i svangerskapsuke 40+3. Hun ble indusert grunnet funn av et SGA foster og fødte ukomplisert.

To dager senere utviklet hun epigastriesmerter, proteinuri og hevelser. Blodprøver avdekket akutt nyresvikt og forhøyede levertransaminaser. Pasienten hadde ingen tegn på preeklampsi eller hemolyse. En annen differensialdiagnose var akutt fettlever, men pasienten hadde normal ammoniakk og ingen biokjemiske tegn til leversvikt.

Pasienten utviklet bilateral pleuravæske og ekkokardiografiske tegn til overvæsking. Grunnet forverring av nyrefunksjon og utvikling av hyperkalemi ble det startet nyredialyse.

Utvidede blodprøver avdekket en høy CK på >40.000 diagnostisk for rhabdomyolyse. Man lurte på om dette kunne skyldes fødselsarbeidet, men verdien var påfallende høy. Videre anamnese avdekket at pasientens søster hadde utviklet dialysekrevenne nyresvikt etter fødsel. Pasienten selv var utredet for muskelsmerter i barneårene, og hadde i forbindelse med to tidligere innleggelse ved akutt sykdom hatt forhøyet CK. Grunnet flere episoder med rhabdomyolyse ved akutt sykdom og nå etter fødsel, ble hun utredet videre for metabolsk muskelsykdom. Pasienten ble henvist til avdeling for medisinsk genetikk ved Oslo Universitetssykehus hvor gentest bekreftet den sjeldne diagnosen Carnitin palmitoyltransferase defekt type II (CPT-II).

Konklusjon: CPT-II er en autosomal recessiv tilstand forbundet med defekt fettsyreoksidasjon som forekommer sjeldnere enn 1/100 000 og som medfører manglende energiproduksjon.

P10 Effekt av tidsbruk ved operativ forløsning på indikasjon truende asfyksi

Berge, Magnus B.^{1,2}, Kessler, Jørg^{3,4}, Staff, Anne Cathrine^{1,2}, Gunnes, Nina⁵, Jacobsen, Anne F^{1,2}.

¹ Kvinnekliviken, Ullevål, Oslo universitetssykehus

² Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

³ Kvinnekliviken, Haukeland Universitetssykehus

⁴ Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

⁵ Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus

Bakgrunn: Det er usikkert hvordan tidsbruken ved operativ forløsning for truende asfyksi påvirker utfallet for fosteret. Tidligere studier har vist varierende resultater.

Det er tidligere sett en sammenheng mellom økt tidsbruk og uønsket neonatal utfall ved operative forløsninger på indikasjon truende asfyksi i fødsler overvåket med STAN. Vi vet ikke om en slik sammenheng også finnes ved overvåkning med CTG og skalplaktat.

Mål: Evaluere effekten av tidsbruk på neonatal utfall ved operativ forløsning på indikasjon truende asfyksi i fødsler overvåket med CTG og skalp-laktat.

Metode: Prospektiv observasjonell studie. Totalt 10,000 kvinner ble inkludert ved passivt samtykke, hvorav 8,056 fødsler med enling i hodeleie i svangerskapsuke $\geq 36 + 0$ var tilgjengelige for inklusjon i analysene. Fødsler med skalplaktat < 4.2 innen 60 minutter før forløsning ble brukt som referansegruppe. 1,871 fødsler inngikk i de endelige analysene.

Resultater: For nyfødte med laktat ≥ 4.8 som ble forløst innen 20 minutter, var oddsratio (OR) for pH ≤ 7.10 3.2 (95 % konfidensintervall [KI]: 2.0–5.7) sammenlignet med referansegruppen. For nyfødte med tilsvarende laktat og forløstid > 20 minutter var OR 5.6 (KI: 2.2–14.4). For gruppen med laktat ≥ 4.2 og samtidig klinisk mistanke om truende asfyksi var tilsvarende verdier 2.9 (KI: 1.8–4.8) og 5.9 (KI: 3.0–11.8).

Konklusjon: Risiko for navlesnors-pH ≤ 7.10 var økt både ved laktat ≥ 4.8 og laktat ≥ 4.2 kombinert med klinisk mistanke om intrauterin asfyksi. Det var en tendens til økt risiko ved lang tidsbruk, men denne sammenhengen var ikke statistisk signifikant.

P11 Patient reported nausea after implementation of an enhanced recovery after surgery protocol for gynae-oncology patients.

Ramberg, Lene^{1,2}, Heimisdottir, Svana D.^{1,3}, Eyjólfsdóttir, Brynhildur¹, Wang, Yun Yong¹, Mjåland, Odd⁴, Navestad, Gerd A.¹, Hermanrud, Silje¹, Juul-Hansen, Knut-Erling⁵, Bragstad, Linde K.^{6,7}, Opheim, Randi^{8,9}, Kongsgaard, Ulf^{6,9}, Kleppe, Andreas^{10,11}, Lindemann, Kristina^{1,9}

¹Department of gynecological oncology, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital

²Department of gynecology and obstetrics, Akershus University Hospital

³Department of Nursing Science, Institute of Health and Society, Faculty of Medicine, University of Oslo

⁴Surgical Department, Sorlandet Hospital Trust

⁵Section of Anesthesiology, Radiumhospitalet, Division of emergencies and critical care, Oslo University Hospital

⁶Department of Nursing Science and Research Center for habilitation and rehabilitation services and models (CHARM), University of Oslo

⁷Department of Occupational Therapy, Prosthetics and Orthotics, Oslo Metropolitan University

⁸Department of Gastroenterology, Oslo University Hospital

⁹Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo

¹⁰Institute for Cancer Genetics and Informatics, Oslo University Hospital

¹¹Department of Informatics, University of Oslo

Background: This study analyzed the adherence to prevention strategies for postoperative nausea and vomiting (PONV) as well as patient reported nausea after implementation of an enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol for gynae-oncology patients.

Methods: This is a prospective observational study of all patients undergoing laparotomy for a suspicious pelvic mass or confirmed advanced ovarian cancer. Patients were included prior to the implementation of ERAS (pre-ERAS) and after the implementation (post-ERAS).

Results: 439 patients were included (243 pre-ERAS, 196 post-ERAS). At baseline, 31% reported any grade of nausea. In post-ERAS cohort, statistically significant more patients received double PONV prophylaxis (64% pre-ERAS vs 84% post-ERAS, p-value <0.0001). There was no difference in need for rescue medication (82% pre-ERAS vs 79% post-ERAS; p=0.17). On day 2, 16% in cohort 1 "advanced" reported moderate nausea pre-ERAS compared to 8% post-ERAS. There was no statistically significant difference between the surgical cohorts in reported nausea of any grade on day 2 pre- and post-ERAS. Patients that reported none/mild nausea on day 2 had significantly less perioperative fluid administered during surgery compared those who reported moderate or severe nausea (median 12.5 ml/kg/t vs 16.5 ml/kg/t, p=0.045), but in multivariate analysis, fluid management did not remain significantly associated with nausea.

Conclusion: Implementation of an ERAS protocol increased the adherence to PONV prevention guidelines. Nausea both before and worsening after laparotomy remains an unmet clinical need of gynae-oncology patients also in an ERAS program. Patient reported outcomes need further investigation in the evaluation of ERAS.

P12 Hva skjer med bekkenbunnen under operasang?

Volløyhaug, Ingrid^{1,2}; Semmingsen, Tuva³; Karoliussen, Clara⁴; Bjørkøy, Kåre⁵

¹ Kvinneklinikken, St.Olavs Hospital, Trondheim

² IKOM, NTNU, Trondheim

³ Griegakademiet, UiB, Bergen

⁴ Trondheim Fysikalske Institutt, Trondheim

⁵ Institutt for Musikk, NTNU, Trondheim

Bakgrunn: Kontroll over bekkenbunnsuskulatur har vært tillagt stor betydning for å oppnå trygg og funksjonell pustestøtte hos operasangere. Det mangler forskning som underbygger hvordan bekkenbunnen brukes under sang.

Mål: Undersøke bekkenbunnens rolle i pustestøtte hos operasangere.

Metode: Tverrsnittstudie av 10 profesjonelle operasangere undersøkt med transperineal ultralyd først liggende i hvile og ved kontraksjon, deretter stående mens de sang en kort vokalise på en vokal med variert dynamikk med stemmeomfang på ca. en oktav pluss kvart innenfor sangerens midtregister. Endringer i levatorhiatusareal, anteroposterior levatorhiatusdiameter og blærehalsdescens ble sammenliknet mellom hvile, kontraksjon, stående stilling og den sangøvelsen som ga mest organforskyvning og endring i bekkenbunnen med parett t-test.

Resultater: Endring i gjennomsnittlig anteroposterior levatorhiatusdiameter fra hvile til kontraksjon var 6,2 til 4,7 cm, p<0,001. Levatorhiatusareal endret seg fra 18,4 cm² i liggende hvile til 17,4 cm² i oppreist stilling og 17,1 cm² ved sang, og blærehalsen endret seg fra 2,6 cm over symfyen i hvile til 1,9 cm stående og 1,6 cm ved sang, alle p>0,05. Anteroposterior levatorhiatusdiameter endret seg fra 6,2 cm i hvile til 5,6 cm stående, p=0,006 og 5,3 cm ved sang, p= 0,017 sammenliknet med stående.

Konklusjon: Operasangerne hadde god kontraksjonsevne i bekkenbunnsuskulaturen. Vi observerte at blærehalsen sank nedover når sangerne reiste seg opp og ytterligere når de sang, som uttrykk for økt buktrykk. Vi fant en signifikant forkortning i anteroposterior levatorhiatusdiameter fra liggende til stående stilling og ytterligere ved sang. Dette bekrefter at sangerne kontraherer bekkenbunnen aktivt som støtte når de synger.



Besøk Solann på vår stand på Høstmøtet 26. - 28. oktober i Kristiansand Stand 38

Ballerine Perlespiral

Ballerine perlespiral er en ny kobberspiral. Ballerine er over 99% effektiv mot uønsket graviditet og kan sitte i opptil fem år. Når Ballerine er plassert i livmoren, utskiller den en liten mengde kobber til livmoren, noe som gir en effektiv beskyttelse mot graviditet.

Perlene vises på en ramme som alltid vender tilbake til sin forhåndsbestemte sfæriske form. Teknologien har blitt brukt med suksess i medisinske implantater i mange år, men å bruke den som et skjelett for en spiral er helt nytt.

Utdanning - sammen eller digitalt

For å kunne sette inn Ballerine kreves det at vi har forberedt og instruert deg grundig, da metoden skiller seg fra den klassiske

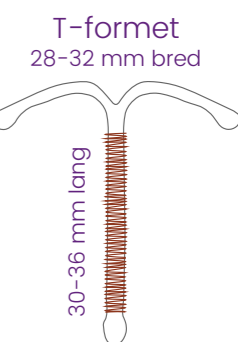
T-spiralen. Varigheten er ca. 1 time.

Vi tilbyr vi to alternativer:

1. Vi kommer til deg og instruerer deg på din egen klinikk.
2. Vi utfører instruksjonen digitalt.

Bestill et møte: sales@solann.se

IUB™ Ballerine
15 mm diameter



Solann AS | C/O Spaces Kvadraturen | Tollbugata 8 | 0152 OSLO
www.ballerine.no | www.solann.se | sales@solann.se | +46 (0)8-583 560 60



P13 SAINT-studien: En randomisert, placebokontrollert studie av effekten av peroralt bikarbonat og intravenøst butylskopolaminbromid for å fremme normal fødsel hos førstegangsfødende kvinner med fødselsinduksjon

Sorbye, Ingvil K.^{1,2}, Gunnes, Nina^{2,3}, Michelsen, Trond M.^{1,4} og SAINT-konsortiet (Haavaldsen, Camilla, Jacobsen, Anne F., Kessler, Jørg, Kjøllestad, Anne M., Magnussen, Elisabeth, Pettersen, Åse Torunn R., Sande, Ragnar, Sjøborg, Kathrine, Ween-Velken, Marte)

¹ Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus

² Nasjonalt forskningsenter for kvinnehelse, Kvinnekliviken, Oslo universitetssykehus

³ Oslo senter for biostatistikk og epidemiologi - OCBE, Oslo universitetssykehus

⁴ Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Bakgrunn: Det er vist fordeler ved fødselsinduksjon sammenlignet med å avvete spontan fødselsstart ved en rekke svangerskapskomplikasjoner. Mer enn fire av 10 førstegangsfødende kvinner med fødselsinduksjon i Norge ender allikevel med operativ forløsning. Den randomiserte kontrollerte studien SAINT- SAFE INduction of labor Trial- vil undersøke om to medikamenter kan redusere denne andelen. Tidligere studier har vist at butylskopolaminbromid (Buscopan®) kan forkorte første stadium av fødselen og at natriumbikarbonat kan motvirke laktatoppbygging i livmor og redusere andelen operativ vaginalforløsning. Disse medikamentene er hyppig i bruk, men kunnskapsgrunnlaget for at dette er effektiv behandling ved fødselsinduksjon mangler.

Vi vil undersøke effekten av intrapartum butylskopolaminbromid samt natriumbikarbonat for å fremme spontan (ikke-operativ) fødsel blant førstegangsfødende kvinner med fødselsinduksjon.

Metode: Vi vil inkludere og randomisere 3000 førstegangsfødende kvinner med ett foster i hodeleie og fødselsinduksjon ved termin til en av fire behandlingsarmer (750 kvinner i hver):

- 1) Butylskopolaminbromid+bikarbonat
- 2) Butylskopolaminbromid+placebo
- 3) Placebo+bikarbonat
- 4) Placebo+placebo

Rekruttering starter høsten 2022 og vil pågå i to år ved 10 norske fødeavdelinger.

Resultater: I tillegg til medikamentstudien har studien ytterligere fem arbeidspakker. Vi vil:

- 1) Kartlegge og /samordne induksjonspraksis ved deltakende avdelinger.
- 2) Undersøke kvinners egen fødselsopplevelse etter induksjon.
- 3) Undersøke svangerskapsutfall blant induserte kvinner og validere RCT-funnene mot hele fødepopulasjonen.
- 4) Vurdere kostnads/nytteeffekten av medikamentstudien.
- 5) Etablere et nasjonalt konsortium for kliniske studier innen obstetrikk (NOR-BIRTH).

Konklusjon: SAINT er den største kliniske behandlingsstudien som noensinne er planlagt utført på fødende kvinner i Norge og vil bidra til tryggere fødselsinduksjon og framtidig nasjonalt forskningssamarbeid innen obstetrikk.

P14 Reproductive utfall og gynekologisk komorbiditet i en kohort av 326 kvinner med hemiuterus

Tellum, T¹; Bracco, B²; de Braud, LV²; Ashton-Barnett, R²; Knez, J; Jurkovic, D³

¹Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Oslo, Norge

²Institute for Women's Health, University College Hospital, London, Storbritannia

³Clinic for Gynecology, University Medical Centre Maribor, Maribor, Slovenia.

Bakgrunn: Hemiuterus (unicorn uterus) er en sjelden, medfødt uterusanomali. Det er ufullstendig klarlagt hvor stor risikoen for uønskete graviditetsutfall for denne gruppen kvinner er, da publiserte data er basert på svært små tall eller høyelekterte grupper.

Mål: Å kartlegge reproduktive utfall og gynekologisk komorbiditet hos kvinner med hemiuterus, sammenlignet med kvinner med normal uterus.

Metode: Retrospektiv kohortstudie. Case-gruppen besto av alle kvinner >16 år som ble diagnostisert med en hemiuterus i perioden 01/2008–09/2021 ved et universitetssykehus. Kontrollene hadde normal uterus og ble matchet 1:1 etter alder og kroppsmasseindeks. Primærutfallet var antall levendefødte. Sekundære utfall var svangerskapstap (spontanabort, ektop graviditet, svangerskapsavbrudd), prematur fødsel, operativ forløsning, og forekomst av endometriose, adenomyose og myomer.

Resultater: Studiepopulasjonen omfattet 652 case og kontroller. Kvinner med hemiuterus hadde en signifikant lavere rate levendefødte [184/388(47.4%) vs 229/396(57.8%), P=0.004], en høyere spontanabortrate [178/424(42 %) vs 155/465(33.3%), P=0.004; aOR 2.21 (95%CI;1.42–3.41)], rate av ektop graviditet [26/424 (6.1%) vs 11/465 (2.4%), aOR 2.52 (95%CI; 1.22–5.22). P=0.01], preterm fødsel [45/184(24.5%) vs 17/229(7.4%), aOR 3.04 (95%CI; 1.52–5.97), P=0.001] og sectioforløsning [116/184 (63 %) vs 70/229(30.6%); aOR 2.54 (95%CI;1.67–3.88), P<0.001]. Ektope graviditeter i et rudimentært horn utgjorde 7/26 (27%) av ektope graviditeter i gruppen med funksjonelt rudimentært horn. Endometriose og adenomyose var hyppigere i studiegruppen [17.5% vs 10.7%, P=0.018 og 26.7% vs

15.6%, P=0.001], men ikke myomer. Kvinner med et funksjonelt rudimentært horn hadde størst risiko for bekkenendometriose [OR 2.4 (95%CI; 1.4–4.1), P=0.002].

Konklusjon: Graviditeter hos kvinner med hemiuterus bør klassifiseres som høyrisiko. Fjerning av et funksjonelt rudimentært horn bør diskuteres med pasienten for å forebygge en ektop graviditet.

P15 Transabdominal undersøkelse av fosterhodets nivå i fødselskanalen

Iversen, Johanne K.¹; Eggebo, Torbjørn M^{2,3,4}.

¹ Kvinnekliviken, Oslo universitetssykehus

² Senter for fostermedisin, St Olavs Hospital

³ Institutt for klinisk- og molekylærmedisin, NTNU

⁴ Kvinnekliviken, Stavanger universitetssykehus

Bakgrunn: Vurdering av den proksimale delen av fosterhodet over symfyisen er en forutsetning for operativ vaginal forløsning, fordi den distale delen av fosterhodet påvirkes av fødselskreftene. Dette kan gi et feilaktig inntrykk av fosterhodets sanne nivå i fødselskanalen. Tradisjonelt gjøres vurderingen med klinisk abdominal undersøkelse, og anbefales av WHO. Evidensen for nøyaktighet er svært lav. Hypotesen var at denne undersøkelsen kan utføres med ultralyd.

Mål: Sammenligne transabdominal og transperineal ultralydundersøkelse av fosterets nivå i fødselskanalen.

Metode: 123 kvinner ble inkludert i en prospektiv kohortstudie ved to universitetssykehus. 19 (15%) før fødselsinduksjon, 8 (7%) i latensfasen, 52 (42%) i aktive første stadium og 44 (36%) i andre stadium. Descens av den proksimale delen av fosterskallen ble målt som «suprapubic descent angle» (SDA) over symfyisen, og sammenlignet med den distale delen under symfyisen (angle of progression, AoP). SDA ble målt som vinkelen mellom en linje gjennom symfyisen og tangenten til øvre del av fosterhodet, og AoP ble målt som vinkelen mellom den samme linjen gjennom symfyisen og tangenten til nedre del av fosterhodet. To ulike undersøkere utførte en reproduktionsundersøkelse og beregnet intraclass korrelasjon og «limits of agreement».

Resultater: SDA kunne måles hos alle. Korrelasjonen mellom transabdominal og transperineal ultralydundersøkelse var 0.90 (95%CI 0.86-0.93). Interobserver agreement ble undersøkt hos 30 kvinner og intraclass correlation koeffisient var 0.98 (95%CI 0.95-0.99).

Limits of agreement var fra -9.5 til 7.8 grader.

Konklusjon: Det er mulig å vurdere fosterhodets sanne nivå utfra den proksimale delen av fosterskallen med transabdominal ultralydundersøkelse. Korrelasjonen mellom SDA og AoP var god.

P16 Effect of the covid-19 pandemic on primary therapy and oncologic outcomes in women with advanced stage tubo-ovarian carcinoma in a tertiary cancer center

Eriksson, Ane Gerda Z.¹ Idland, Ragni¹ Hoffman, Larissa¹ Paulsen, Torbjørn^{1,5} Wang, Yun¹ Skeie Jensen, Tone¹ Eijolfsdottir, Brynhildur¹ Solheim, Olesya¹ Trent, Pernille B.^{1,3} Davidson, Ben^{3,4} Dørum, Anne¹ Småstuen, Milada C.²

¹ Department of Gynecologic Oncology, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital, The Norwegian Radium Hospital, Oslo, Norway

² Department of Nursing and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, Oslo Metropolitan University

³ Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

⁴ Department of Pathology, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Oslo, Norway

⁵ Cancer Registry of Norway, Oslo, Norway

Background: The COVID-19 pandemic resulted in significant alterations in access to health care services globally. The Norwegian Radium Hospital was declared “Covid-free” to maintain pre-pandemic cancer care. Despite this, concerns regarding possible delayed diagnosis and suboptimal therapy have been raised.

Aim: To explore if management and outcomes for women with stage III/IV high-grade serous tubo-ovarian carcinoma (HGSC) was altered during the COVID-19 pandemic.

Methods: Women with stage III/IV HGSC were identified in our institutional database from 2017–2021. Pre-Covid cohort 01/2017–03/2020, Covid-cohort 04/2020–08/2021. Demographics, treatment characteristics and oncologic outcomes were compared between cohorts.

Results: There were 354 (76%) and 114 (24%) women in the pre-Covid and Covid cohorts, respectively. Demographics, allocation to primary surgery (PDS), interval surgery (IDS) or chemotherapy only (CT) and surgical complexity scores at PDS and IDS did not differ between cohorts. At PDS significantly more women in the covid cohort had residual disease <10mm. Type and amount of chemotherapy did not differ between cohorts. Significantly more women in the Covid cohort received PARPi maintenance therapy. A significantly higher cumulative incidence of recurrence was found for the covid cohort (p<0.0003). For women undergoing exploratory laparotomy or IDS the risk of recurrence was higher in the Covid cohort than the pre-Covid cohort, for IDS HR=2.75 [95% CI, 1.45-5.2].

Conclusions: Despite equal surgical capacity and favorable prognostic characteristics, women with advanced stage HGSC diagnosed during the pandemic had a significantly higher risk of recurrence when compared to pre-covid cohort, particularly for women undergoing IDS.

P17 Utilsiktet føtoskopi; 12 mm trokar i en 29 uker gravid uterus

Albretsen, Nina¹, Hoverud, Victor HB¹, Johansen, Nora^{1,2}

¹Avdeling for obstetikk og gynekologi, Sørlandet sykehus HF Arendal

²Forskningsenheten, Sørlandet sykehus HF

Bakgrunn: Abdominal kirurgi i graviditet på bakgrunn av ikke-obstetriske problemstillinger er sjelden med insidens 1-2/1000 graviditeter, og gjøres ofte som laparoskopi.

Metode: Kasuistikk

Resultater: En 30 år gammel andregangsfødende med tidligere PN ble lagt inn i uke 29+4 med høyresidige magesmerter. Sykehistorie og funn ved undersøkelser ga sterk mistanke om blindtarmsbetennelse og det ble besluttet operasjon. Operatør gikk inn åpent i navlen, satt inn 12 mm trokar med skop og insufflerte gass. Det var mye væske, en hvitlig tubeformet struktur og deretter så man en fot. Operatør trakk umiddelbart skop og trokar ut. Fosterlyden var deretter på 120. Det ble vurdert at det ikke var indikasjon for umiddelbar forløsning, og hun fikk Celeston. Operatør konverterte til laparotomi og uterusperforasjonen ble suturert av gynekolog i to lag med Novosyn 1 (myometri) og Novosyn 2-0 (serosa). Blindtarm med begynnende perforasjon ble fjernet. Pasienten observeres nå videre etter retningslinjer ved PPROM.

Ved litteratursøk er det lite informasjon om optimal håndtering ved utilsiktet perforasjon av en gravid uterus, men det finnes enkelte kasuistikker. Britiske endoskopister (RSGE) og gynekologer (RCOG) har utarbeidet en *evidence-based guideline on Laparoscopy in Pregnancy* hvor de blant annet foreslår at første portplassering sent i andre trimester og i tredje trimester kan være i Palmer's point, høyre midtclavikulær linje eller 3-6 cm over uterus i midtlinjen.

Konklusjon: En utilsiktet perforasjon av gravid uterus ved laparoskopi kan behandles med lukking av perforasjonen, spesielt ved prematuritet for å få effekt av Celeston. Pasienten har termin i oktober -22.

P18 Datakvalitet i Helseatlas i gynekologi - hva ligger bak tallene?

Ringen, Ingrid M, Erik Færo¹

¹Kvinnekliviken, St. Olavs hospital. Gynekologisk seksjon

Bakgrunn: Helseatlas i gynekologi 2017-2019 er en rapport som viser operasjonsaktivitet ved sykehusene i Norge ut fra hvor pasientene er bosatt. I kapittel om endometriosekirurgi er det anført stor variasjon i laparotomifrekvens og antall operasjoner for pasientgruppen. Helseatlas er blitt referanse for helsepolitikk. I følge helseatlas utførte KK St. Olavs 23,8% laparotomier ved endometrioseinngrep, og klinikken har færrest inngrep for diagnosen per 10 000 kvinner i fertil alder i perioden.

Mål Vi så behov for å ettergå tilsvarende tall i egen avdeling, spesielt for å finne årsaker til høy laparotomifrekvens og mulige forbedringsområder.

Metode: Søk i operasjonsplanlegger for endometriosekoder N80.0- N80.9 og de samme operasjonskoder som helseatlas hadde søkt etter. Identifisere laparotomikoder og journalgjennomgang av dem. Søkte også inngrep for dysmenorékoder (N94.4-N94.6), operasjoner for mistanke om endometriose, som mulig påvirkende faktor.

Resultat: Majoriteten av laparotomikodene (12/20) ved endometriose var feilkoding. Bukveggsinngrep JAA10 for bukveggendometriose (6 stk) kan være regnet som laparotomi i rapporten. En del kvinner operert for endometriosemistanke blir kodet som dysmenoré i operasjonsplanlegger, før sikker diagnose. Kodesettingen ved operasjon kan variere mellom sykehus og påvirke det reelle antallet operasjoner for endometriose. Det var gjort 123 inngrep på indikasjon endometriose og 30 på indikasjon dysmenoré i perioden.

Konklusjon: Det foreligger et potensiale for forbedring av koding ved operasjoner ved KK St. Olavs ved endometrioseinngrep. Det er behov for heving av datakvaliteten ved Helseatlas i gynekologi.

P19 Endometriosekirurgi ved KK St Olavs hospital 2015-17 og 2019-21.

Ringen, Ingrid M¹

¹Kvinnekliviken, St. Olavs hospital

Bakgrunn: I følge Helseatlas i gynekologi utførte KK St. Olav betydelig færre kirurgiske inngrep på indikasjon endometriose enn landsgjennomsnittet i perioden 2015-2019.

Mål: Vi ønsker ettergå tallene for egen avdeling for nevnte periode og for perioden 2018-2021 som kvalitetssikring.

Metode: Søk i operasjonsplanlegger med spesifikk journal gjennomgang ved behov.

Konklusjon: Journalsøk til prosjektet for 2015-2021 venter i øyeblikket på tillatelse fra Kvinneklivikkens FOU for kvalitetsprosjekt. Vi ønsker å presentere antall og type inngrep for dysmenoreidiagnoser (kode N94.4-N94.6) og endometrioseidiagnoser (kode N80.0-N80.9) for nevnte tidsrom.



PartoSure Test

FDA-godkjent og inkludert i European Guidelines

Non-invasiv strips-test for rask påvisning av prematur fødsel

- ✓ Høye positive (PPV) og høye negative (NPV) prediktive verdier
- ✓ Kan brukes ved gestasjonsalder 20 til 37 uker
- ✓ Kan utføres umiddelbart etter undersøkelse
- ✓ Gir resultat på 5 minutter
- ✓ Krever ikke analyseutstyr
- ✓ Intuitiv og enkel i bruk



Besøk oss på Høstmøtet 2022
27.-28. okt. 2022, Kristiansand

Scan-Med a/s
Norway



Kontakt oss for mer informasjon

P20 Perineal body anatomy assessed by endoanal ultrasound 1 year postpartum – an intra- and interrater reliability study

Lilleberg, Hanne S.¹, Siaferikas, Franziska^{1,2}, Starck, Marianne³, Bo, Kari^{1,4}, Engh, Marie E.^{1,2}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital, Norbyhagen, Norway

²Akershus University Hospital, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

³Pelvic Floor Center, Department of Surgery, Skåne University Hospital, Malmö, Sweden

⁴Department of Sports Medicine, Norwegian School of Sports Sciences, Oslo, Norway

Recently, endoanal ultrasound has been used to assess perineal muscles in nulliparous women. However, little is known about alteration of the perineal muscles after delivery. The aim of this study is to assess the intra- and interrater reliability of deviation of perineal muscles and perineal body (PB) volume using endoanal ultrasound 1 year postpartum.

20 parous women were included. Endoanal ultrasound was performed using BK-5000 (BK Medical Systems) with a three-dimensional transducer (type 9038). Two examiners analysed the volumes blinded to each other's results. The muscles transversus perinei superficialis (TPS), transversus perinei profundus (TPP) and puboperinealis (PP) were identified and classified as normal or deviated. Deviations were defined as a muscle discontinuity, side differences or muscles not being visible (yes/no). The PB was defined as a hyperechoic structure between the vagina and the anal canal mid-sagittal. Area, height and depth were measured. Intra- and interrater reliability was calculated using Cohen's kappa index and intraclass correlation coefficient.

The intrarater reliability was excellent for deviations of all perineal muscles: kappa value 0.93 (95%CI 0.79-1.06) for TPS, 0.89 for TPP (95%CI 0.74-1.04) and 0.95 for PP (95%CI 0.87-1.14). The interrater reliability was poor for TPS (kappa 0.41, 95%CI 0.00-0.83), and moderate for TPP (kappa 0.63, 95%CI 0.28-0.99) and PP (kappa 0.60, 95%CI 0.28-0.93). Intra- and interrater reliability were excellent for PB measurements.

The intrarater reliability for identification of deviations of perineal muscle was excellent. However, the interrater reliability was poor to moderate. Endoanal ultrasound is a reliable tool for measurements of the PB.

P21 Endringer i antall fødsler og aborter i Oslo og Viken i årene 1980-2020

Eskild, Anne^{1,2}, Samuelsen, Camilla K.³

¹Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

²Kvinneklubben, Akershus universitetssykehus

³Stud.med., Universitetet i Oslo

Bakgrunn: Oslo og Viken har en økende og sammensatt befolkning. Det kan tenkes at fødselsratene og abortratene som gjelder for Norge som helhet, ikke gjelder for Oslo og Viken.

Mål: Å presentere antall fødsler og aborter, samt fødselsrater (antall per 1000 kvinner 15-49 år) og abortrater i Oslo, Viken og i Norge som helhet for årene 1980-2020

Metode: Vi brukte data fra Statistisk sentralbyrå og Abortregisteret.

Resultater: *Fødsler:* Fra 1980 til 2020 økte antallet fødsler i Oslo fra 5 336 til 9 199 (72%). Antallet nådde toppen i 2010, og har siden falt med 10%. I Viken økte antallet fødsler fra

9 473 i 1980 til 11 454 i 2020 (21%). Det høyeste antallet var i 2009, og nedgangen etter dette har vært på 9%. Fødselsraten nådde toppen i 1990 i Viken og i Norge som helhet, og har siden falt med henholdsvis 21% og 24%. I Oslo nådde fødselsraten toppen i 2009 og har siden falt med 26%. *Aborter:* I Oslo falt antallet aborter fra 2 349 til 2 114 (10%). I Viken var nedgangen fra 2 755 til 2 500 (9%). Abortratene har falt med 50% i Oslo, med 36% i Viken og med 38% i Norge som helhet. Abortratene nådde toppen i 1989.

Konklusjon: I Viken og i Norge helhet har fødselsratene falt med mer enn 20% siden 1990-tallet. I Oslo kom fallet i fødselsraten etter 2009, og har vært på hele 26%. Fallet i abortratene har vært mer uttalt enn i fødselsratene, særlig i Oslo.

P22 Bergen birth study – maternal and neonatal outcome after operative vaginal delivery – a prospective cohort study

Grindheim, Sindre^{1,2}, Kessler, Jørg^{1,2}, Iversen, Johanne K², Baghestan, Elham^{1,2}.

¹Department of gynaecology and obstetrics, Haukeland University Hospital

²Department of clinical science, University of Bergen

³Department of gynaecology and obstetrics, Ullevål University hospital

Background: The rate of operative vaginal delivery (OVD) using forceps or vacuum is declining worldwide in favor of second stage Caesarean section, despite evidence of its safety. Particularly, forceps deliveries are lost art in many regions. The fear of maternal trauma is one of the reasons to this shift in instrumental use. During the last decades, several studies assessing injuries to the levator ani has thrown fuel on this fire as most results are in favor of vacuum. However, retrospective and/or low rate of forceps are the hallmark of most of these studies, making them prone to bias.

Goal: To assess the occurrence of levator ani injuries (LAI) after OVD in modern practice. Furthermore, development of secondary fear of birth, pelvic floor dysfunction and neonatal injuries and complications are evaluated.

Methods: Hospital-based prospective cohort study where nullipara women with gestational age > 36+6 and one fetus with cephalic presentation delivered spontaneously, by vacuum or forceps are invited.

One year follow up assessing LAI using transperineal ultrasound and subjective complaints related to urinary tract, anal incontinence, sexual function and development of secondary fear of birth.

Results: To detect a difference in LAI of 10 percent between the instruments, 250 women in each group are needed, in addition to 250 women without OVD serving as reference.

Since the start of inclusion on the 01.06.21; 600 women were invited to participate, 580 has agreed to inclusion and 100 has been examined.

Conclusion: The results from this study are expected in spring 2024.

P23 The severity of second-degree perineal tears and perineal pain 7-10 days postpartum

Risløkken, Jeanette¹; Macedo, Marthe¹; Bo, Kari^{1,2}; Ellström-Engh, Anna-Marie^{1,3}; Siaferikas, Franziska^{1,3}

¹Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology

²Norwegian school of Sport Science, Sports Medicine

³University of Oslo, Faculty of Medicine

Background: Perineal tears following vaginal delivery are associated with perineal pain. Second-degree tears involve perineal muscles, but not the anal sphincter muscles. However, they can vary widely in the extent of tissue trauma.

Objective: The aim of this study was to assess the association between the severity of second-degree tears and perineal pain 7-10 days postpartum.

Method: This cross-sectional study included primi- and multiparous women delivering one child vaginally. Perineal tears were classified using the Royal College of Obstetrics and Gynecology classification-system. In addition, second-degree tears were sub-classified according to percentage of damage to the perineum (<50% damage=2A, >50% damage=2B, entire perineum, but anal sphincter not involved=2C). Perineal tears additional to an episiotomy, were categorized as episiotomy. Perineal pain was assessed by numeric rating scale from 0-10 during a phone interview 7-10 days postpartum. Mean pain scores were compared using one-way Anova. A multiple linear regression was performed.

Results: 675 women were included in the analysis. The following mean pain scores were assessed: no tear (n=99) 0.9 (SD 1.3), first degree tear (n=233) 1.3 (SD 1.4), 2A tear (n=105) 2.0 (SD1.7), 2B tear (n=56) 2.5 (SD 1.6), 2C tear (n=36) 3.4 (SD 2.1), sphincter tears (n=3) 4.3 (SD 0.6), episiotomy (n=143) 3.3 (SD 1.8). Higher pain scores were associated with the severity of second-degree tear (p<0.001). Adjustment for fetal birthweight, operative vaginal delivery, parity, ethnicity and length of second stage did not change results.

Conclusion: Perineal pain scores were associated with the severity of second-degree tears 7-10 day postpartum.

P24 Two-dimensional placental measurements by ultrasound – the correlation with placental volume measured by magnetic resonance imaging

Sagberg, Karianne^{1,2}, Hillestad, Vigdis^{1,3}, Sommerfelt, Silje¹, Halle, Tuva K.^{1,2}, Eskild, Anne^{1,2}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital

²Institute of Clinical Medicine, University of Oslo

³Department of Diagnostic Imaging, Akershus University Hospital

Background: Information about placental size in ongoing pregnancies may aid the identification of pregnancies with increased risk of adverse outcome. Placental volume can be measured using magnetic resonance imaging (MRI). However, such method is usually not easily available in antenatal care. Ultrasound is the diagnostic tool of choice in pregnancy.

Aim: We studied whether 2D ultrasound placental measurements were correlated with placental volume measured by MRI.

Methods: We examined 104 unselected ongoing pregnancies in gestational week 27, using both ultrasound and MRI. The ultrasound measurements included placental length, width and thickness. Placental volume was measured using MRI. The correlation between each 2D placental ultrasound measurement and placental volume was estimated by applying the Pearson's correlation coefficient (r).

Results: Mean placental length was 17.2 cm (SD 2.1 cm), mean width was 14.7 cm (SD 2.1 cm), and mean thickness was 3.2 cm (SD 0.6 cm). Mean placental volume was 536 cm³ (SD 137 cm³). The 2D ultrasound measurements showed poor correlation with placental volume (placental length; r = 0.27, width; r = 0.37, and depth r = 0.13).

Conclusions: Simple 2D ultrasound measurements of the placenta were poorly correlated with placental volume and cannot be used as surrogate measures of placental volume.

P25 Placental size at gestational week 37: Differences between the intrauterine and the delivered placenta.

H. F. Peterson MD¹, V. Hillestad MD, PhD^{1,2,3}, S. Sommerfelt MD¹, K. Gjesdal PhD³, A. S. Borthne MD, PhD^{2,3}, L. Mørkrid MD, PhD⁴, A. Eskild MD, PhD^{1,2}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital

²Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, P.O. Box 1171 Blindern

³Department of Diagnostic Imaging, Akershus University Hospital

⁴Department of Medical Biochemistry, Oslo University Hospital

Introduction: Knowledge about the size of the intrauterine placenta compared to the delivered placenta may inform us about possible circulatory changes that occur in the placenta during labour and delivery. We compared placental size at gestational week 37 in ongoing pregnancies to delivered placentas. Fetal and newborn size at gestational week 37 were used for comparison.

Method: Ongoing unselected singleton pregnancies (n=89) were examined at gestational week 37, and placental and fetal volume (cm³) were measured by magnetic resonance imaging (MRI) at Akershus University Hospital, Norway during 2017-2018.

Information about deliveries in gestational week 37 was obtained from the Medical Birth Registry of Norway, and we compared the ongoing pregnancies with all singleton deliveries in Norway during 2017- 2018 (n=11033). Placental and newborn weight was obtained immediately after delivery.

Results: Median size of the placenta in ongoing pregnancies was significantly larger than the delivered placentas, 831 cm³ (IQR 252) and 600 grams (IQR 185) respectively, p<0.05 (+39 %). Median size of the fetus was significantly smaller than the newborn, 2721 cm³ (IQR 384) and 3070 grams (IQR 565), respectively, p>0.05 (-11 %).

Conclusion: Placental size in ongoing pregnancies was larger than delivered placentas, whereas, the fetuses were smaller than the newborn child. This finding may suggest a shift in volume from the placenta to the fetus during labour.

Hegenberger Medical

Hegenberger Retractoren optimaliserer behandlingen etter fødsel



Dansk jordmor og oppfinner,
Malene Hegenberger

medero
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no

Hegenberger Retractoren gir deg:

- Bedre oversikt
- Bedre arbeidsforhold
- Forbedret pasientopplevelse
- Redusert håndtering
- Reduserte sutureringstider
- Sparer tid og penger for sykehuset

P26 Is smoking a risk factor for vaginal cuff dehiscence after hysterectomy? A systematic review

Denstad, Silje E¹

¹The women's clinic, St.Olavs hospital, Trondheim, Norway

Background: Vaginal cuff dehiscence is a rare but serious complication after total hysterectomy. Due to the low incidence, it has been difficult to identify risk factors. Cigarette smoking is a known risk factor for wound healing complications after surgery

Aim: The aim of this systematic review is to evaluate smoking as a risk factor for vaginal cuff dehiscence after total hysterectomy.

Methods: A systematic search in Pubmed, Embase and Scopus was performed to identify relevant sources. Reviews, case-reports (≤five cases of vaginal cuff dehiscence in the study) and conference abstracts were excluded. Only papers written in English were considered.

Results: Four studies were included in this review. Study 2 was a RCT and Study 1,3,4 were retrospective.

Study 1: 9/26 (34.6%) with dehiscence and 154/1252 (12.2%) with no dehiscence were smokers, p= 0.01.

Study 2: 9/24 (34.6%) with dehiscence and 221/1369 (16.1%) with no dehiscence were smokers, p= 0.03, OR 2.65 (CI 1.09—6.34), p=0.26.

Study 3: 2/7 (29%) with dehiscence and 41/409 (11%) with no dehiscence were smokers, p=0.16.

Study 4: 4/18 (22%) with dehiscence and 105/599 (18%) with no dehiscence were smokers, p= 0.36.

Conclusion: 22-35% of women with dehiscence were smokers, compared to 11-18% of women without dehiscence. Smoking appears to increase the risk of vaginal cuff dehiscence after total hysterectomy. However, there is a limited knowledge, addressing risk factors for this serious complication.

P27 Inter-pregnancy interval and birthweight: a follow-up study from the first to the second delivery among women who gave birth in Norway during 1970-2020.

Anne Eskild^{1,2}, Irene Skau³, Camilla Haavaldsen¹, Ola Didrik Saugstad^{2,4}, and Jostein Grytten^{1,3}

¹Division of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway

²Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway

³Department of Community Dentistry, University of Oslo, Norway

⁴Department of Pediatric Research, Oslo University Hospital, Norway

Background: Short inter-pregnancy interval has been associated with increased risk of low birthweight, thus WHO recommends women to space their childbirths. However, previous findings may have been biased by skewed selection to short inter-pregnancy interval. We therefore studied changes in mean birthweight from the first to the second delivery in Norway.

Methods: Population based cohort study with follow-up from the first to the second delivery by using data from the Medical Birth Registry of Norway. We included all women in Norway with two singleton deliveries at pregnancy week 28 or beyond during the period 1970-2019, a total of 764 203 women.

Results: Overall, mean birthweight increased by 151 grams from the first to the second delivery. Mean birthweight was highest at <6 months inter-pregnancy interval (adjusted mean increase 192 grams). This finding remained, but was less prominent after exclusion of women with a first stillbirth. In women with a live born infant weighing <2500 grams at the first delivery, mean birthweight increased by around 1000 grams to the second delivery, and the increase was most prominent after <6 months inter-pregnancy interval. The increased birthweight after a short inter-pregnancy interval was higher in women 35 years or older compared to women <35 years.

Conclusion: Mean birthweight at second delivery was highest if the inter-pregnancy interval was less than six months. Our results do not generally discourage a short pregnancy interval, particularly not in women of high reproductive age.

P28 Minor changes in incidence of primary and secondary infertility across birth cohorts 1916 to 1975, but major differences in treatment successes

Skjeldestad, Finn Egil.

Institute of Community Medicine, UiT the Arctic University of Norway

Background: Tremendous achievements have been reached in assisted reproduction technologies (ARTs) over the past 50 years.

This study assesses infertility outcomes across the generations that had their reproductive career during the rise of ARTs.

Main outcome: Primary (PI) and secondary infertility (SI); need for infertility work-up and treatment, and children born after ART treatment.

Material and methods: The 7th Tromsø study invited all persons 40 to 98 years living in the city. The study includes self-reported sociodemographic and a variety of medical information. Infertility was measured through the question of “trying for a year without succeeding in becoming pregnant?” and/or from questions on infertility examinations and treatment and/or confirmation on having born children conceived during treatment. Main exposure was birth cohort.

Results: The prevalence of PI was significantly higher for the younger cohorts born after 1955 (6.0%; 95% CI: 5.4-6.6) than women born before 1956 (3.7%; 95% CI: 3.2-4.3). The prevalence of SI was higher than the prevalence of PI across all cohorts (6-7%). An increasing proportion of women from the oldest to the youngest cohort required medical attention and treatment. Treatment successes increased substantially from the cohorts born before 1946 to 58% for PI and 46% for SI in the 1966-75 cohort. Childless women comprised 10% of women born 1916-55 relative 13-14% born 1956-75.

Conclusion: As treatment successes were negligible for cohorts born before 1956, advances in ARTs over the past 50 years comprised 2.0% and 3.3% of population growth for the 1956-65 and 1966-75 cohorts, respectively, a remarkable achievement.

P29 Antiemetikabehandling ved hyperemesis gravidarum: er Veileder i Fødselshjelp implementert ved norske sykehus?

Erdal, Hilde¹, Holst, Lone¹, Heitmann, Kristine², Trovik, Jone^{3,4}

¹Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

²RELIS-Vest, Haukeland Universitetssjukehus

³Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

⁴Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus

Bakgrunn: Norsk Gynekologisk Forening (NGF) har siden 1995 utarbeidet retningslinjer om behandling ved hyperemesis gravidarum som del av Veileder i Fødselshjelp.

Mål: Vi ønsket å undersøke i hvilken grad norske gynekologiske avdelinger hadde implementert NGFs veileder eller om lokalt modifiserte versjoner eller distinkt forskjellige lokale hyperemesisretningslinjer ble brukt.

Metode: Alle landets gynekologiske avdelinger ble kontaktet per mail og spurt om hvilke retningslinjer som ble brukt ved hyperemesis i 2019. Lokale retningslinjer ble innsamlet og sammenliknet mot gjeldende Veileder i Fødselshjelp; 2014-versjonen.

Resultater: Av 40 avdelinger som behandlet kvinner med hyperemesis formidlet 18 avdelinger (45%) sine lokale retningslinjer, 10 (25%) brukte NGF-Veilederen uforandret mens 11 (27,5%) ikke besvarte undersøkelsen. Metabolske forstyrrelser og/eller SvangerskapsUtløst Kvalme Kvantifisering (SUKK)-skår >13 var kriterium for hospitalisering i ni av de lokale retningslinjene. Tre avdelingsretningslinjer spesifiserte ingen innleggelseskrav. Kun fire beskrev eksplisitt, i tråd med NGF-Veilederen, at hospitaliseringsbehov skulle vurderes individuelt. NGF-Veilederen og alle unntatt en lokal veileder anbefalte bruk av SUKK-skår for evaluering og oppfølging av hyperemesis. I alt 16 av de lokale retningslinjer samsvarte med NGF-Veilederen med å anbefale antiemetikabehandling som initialt antihistaminer (meclizin eller prometazin), dopaminantagonister (prochlorperazin, chlorpromazin eller metoclopramid), deretter ondansetron med metylprednisolon for refraktær hyperemesis. To lokale retningslinjer avvok: en anbefalte kun prometazin, den andre metoclopramid og levomepromazin. Generelt var ikke retningslinjene spesifikke mhp om en skulle bytte medikament eller legge til nytt preparat i behandlingsplanen.

Konklusjon: Antiemetikabehandling i henhold til 2014 NGF-Veilederen var implementert enten uforandret eller med små modifikasjoner i hoveddelen av landets gynekologiske avdelinger per 2019.

Årsberetning 2021

Norsk gynekologisk forening

Styret har bestått av Kirsten Hald (leder), Nils Halvdan Morken (nestleder), Ragnar Kvie Sande (Vitenskapelig sekretær), Hans Kristian Opøien (kasserer), Yngvild Hannestad (styremedlem, PSL), Anders Einum (sekretær, FUGO), Varamedlemmer: Ane Bergquist (FUGO), Maren Baumann (PSL) og Frida Andræ. Redaktør av Gynekologen: Tale Meinich
Nettredaktør: Inga Vengen

I 2021 fylte foreningen 75 år. Dette ble markert på årsmøtet, og Gynekologen kom med en flott jubileumsutgave i juni 2021.

STYREMØTER

Det ble avholdt seks styremøter i 2021: 2. mars (digitalt på Zoom), 16. april (digitalt på Zoom), 11. juni (Bergen), 10. september (Oslo), 27. oktober (Tønsberg), 2. desember (Oslo). Både redaktøren i Gynekologen og nettredaktøren har deltatt på alle styremøter. I løpet av 2021 behandlet styret 17 nye saker.

HØRINGER:

Styret fikk tilsendt 42 høringer. Av disse vurderte vi åtte som relevante og besvarte disse.

Av relevante høringssvar kan nevnes at NGF har anbefalt bruk av Gardasil 9 i stedet for Cervarix som HPV vaksine i det nasjonale vaksineprogrammet, og at NGF har støttet forslaget om at IVF-forsøk blir registrert i fødselsregisteret, uavhengig av utfall.

ARBEIDSGRUPPER OPPRETTET AV NGF:

Arbeidsgruppe for utdanning av LIS og ferdige spesialister i tidlig ultralyd og NIPT

På NGF styremøtet 10. desember 2020 ble det nedsatt en arbeidsgruppe som utarbeidet forslag til utdanningsopplegg i tidlig ultralyd og NIPT for LIS og ferdige spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Gruppen ble ledet av Vasilis Sitras, og var sammensatt av representanter fra de fostermedisinske miljøene, spesialitetskomiteen og FUGO. Gruppen leverte sitt arbeid 1. februar 2021, og dette ble sendt til HDIR og helseforetakene.

Arbeidsgruppe for utredning av NGFs standpunkt vedrørende abortnemder

På generalforsamlingen til NGF i 2019 ble det dannet en arbeidsgruppe med oppdrag å se om det var mulig å utarbeide et felles standpunkt for foreningen i spørsmålet om abortnemder. Gruppemedlemmene konstituerte seg selv, og valgte Marit Hallonen Christiansen som leder. Arbeidet ble utsatt på grunn av Covid-19-pandemien, men fortsatte i 2021. Gruppen utarbeidet et spørreskjema om holdninger til abort som ble sendt ut til medlemmene i august 2021. Resultatet ble presentert på generalforsamlingen og viste at det var svært ulike holdninger til spørsmålene om abortgrenser og nemder. Det ble derfor konkludert med at foreningen ikke kan ha noen felles offisiell holdning til spørsmålet.

Arbeidsgruppe for informert samtykke i forbindelse med operative forløsninger

Etter henvendelse fra medlemmer om problemstillingen satte styret ned en arbeidsgruppe som i første omgang har fått i oppdrag å komme med forslag til hvordan man kan forbedre informasjonen til gravide innenfor dagens rammer, samt om dagens lovverk er uklart eller i utakt med gjeldende praksis. Gruppen består av Solveig Bjellmo, Janne Rossen, Randi Mette Sygard Steen, og Eirin Haugli Falch.

NGFs FAGLIGE VEILEDERE:

Kevin Sunde Oppegaard tok i 2021 initiativet til at veilederne nå blir publisert med ISBN-nummer til bruk når dokumentet skal brukes som referanse.

Revidert veileder i gynekologi med Pernille Schjønsby som redaktør ble publisert 6. april 2021.

Veilederen i obstetikk ble regelmessig oppdatert med råd om håndtering av gravide under Covid-19-pandemien, inklusive råd om vaksinerings.

NGF-REPRESENTANTER INTERNASJONALT OG NASJONALT: **EBCOG:** Yngvild Hannestad og Nils-Halvdan Morken representerte NGF i EBCOG council.

NFOG: Kirsten Hald representerte NGF i styret. Marit Lieng var NGF representant i Scientific Committee frem til juni 2021, da Ragnar Sande overtok. Espen Berner var generalsekretær frem til juni 2021.

FIGO: Margit Steinholt gikk i oktober 2021 av som Norges representant i Executive Council etter 6 år. Hun har gjort en flott innsats, og NGF har anbefalt henne til FIGOs underkomité Health Systems/Respectful care under divisjonen Maternal Newborn Health.

NGF-representanter i råd og utvalg, samt andre fora:

HDIR: Ragnar Kvie Sande har sittet i HDIRs referansegruppe til arbeidet med innføring av tidlig ultralyd og NIPT. Gruppens oppdrag var å komme med forslag til godkjenningsordninger for private aktører som tilbyr NIPT, behovet for kvalitetssikring av kompetanse hos helsepersonell som skal utføre NIPT og tidlig ultralyd, samt utarbeidelse av informasjon om disse ordningene til helsepersonell, pasienter og deres partnere. Oppdraget inkluderte også revisjon av de nasjonale faglige retningslinjene for svangerskapsomsorg der de nye tilbudene integreres.

Kirsten Hald ble utpekt som NGF representant i HDIRs arbeidsgruppe for vurdering av tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose og adenomyose.

SLV: Nils-Halvdan Morken har vært med i utarbeidelsen av retningslinjer for progesteronprofylakse ved cervixinsuffisiens. Kirsten Hald har bistått vedrørende blødningsforstyrrelser som bivirkning til Covid-19-vaksiner.

FHI: Gry Findal, Kirsten Hald og Ole-Erik Iversen har vært i møter med FHI om retningslinjer for vaksinasjon av gravide og andre risikogrupper.

Bjørn Backe har sittet som NGFs representant i kapittelet om asymptomatisk bakteriuri i de nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten.

MEDIA OG PUBLISITET:

Det har vært regelmessige henvendelser og innslag i media om mange forskjellige tema:

Spørsmål om gynekologmangel i Norge, HPV-vaksine, endometriose, abort (nemder og ivaretagelse av kvinner som spontanaborterer), p-piller og annen hormonell prevensjon (risiko

og bivirkninger), samt kloke valg. Marit Hallonen og Kirsten Hald publiserte et innlegg i Aftenposten under «ytringer» om gynekologers forhold til abort. Kirsten Hald og Mette Løkeland innledet for politikerdebatt om abortnemder under Arendalsuka i august 2021.

ÅRSMØTET:

NGFs årsmøte ble holdt i Tønsberg 28-29. oktober med over 400 deltagere. Planleggingen var krevende både for lokalkomiteen, CiC og styret, da det i lange perioder var usikkert om og i så fall hvordan arrangementet kunne gjennomføres med tanke på utviklingen av Covid-19 pandemien. Vi var heldige, og fikk et arrangement uten restriksjoner, med god faglig kvalitet, høy stemning og mye sosialt. Styret vurderte årsmøte som svært vellykket. Referat fra årsmøtet og generalforsamlingen kan leses i Gynekologen nr 4 2021.

Oslo, 8.sept. 2022

Kirsten Hald

Aktivetsregnskap			
Norsk Gynekologisk Forening			
	Note	2021	2020
Anskaffede midler			
Kontingenter DNLF	4	1 421 225	1 717 203
Tilskudd	4	211 404	241 952
Sum anskaffede midler		1 632 628	1 959 155
Aktivitet som oppfyller formålet			
Kursinntekter	5	931 900	240 091
Sum aktivitet som oppfyller formålet		931 900	240 091
Aktivitet som skaper inntekter			
Annonser	5	443 200	385 200
Standleie	5	901 000	0
Sum aktiviteter som skaper inntekter		1 344 200	385 200
Finansinntekter	2	95 073	64 439
Sum anskaffede midler		4 003 801	2 648 884
Forbrukte midler			
Kostnader til formålet			
Produksjonskostnader tidsskrift		472 200	422 700
Kurs og konferanser		1 874 718	155 315
Internasjonalt arbeid		518 744	658 593
Faglig arbeid		229 507	430 812
Sum kostnader til formålet	2, 3, 7	3 095 170	1 667 419
Administrasjonskostnader	2, 3, 7	536 926	398 591
Sum forbrukte midler	2	3 632 096	2 066 011
Årets aktivitetresultat		371 706	582 874
Overføringer til/fra formålkapital (egenkapitalen)			
Avsatt til/fra fri formålkapital		371 706	582 874
Sum overføringer	6	371 706	582 874

Norsk Gynekologisk Forening

Side 2

Balanse			
Norsk Gynekologisk Forening			
	Note	2021	2020
Eiendeler			
Fordringer			
Andre kortsiktige fordringer		122 921	28 663
Sum fordringer		122 921	28 663
Bankinnskudd, kontanter o.l.	9	4 046 797	3 686 288
Sum omløpsmidler		4 169 718	3 714 950
Sum eiendeler		4 169 718	3 714 950
Formålkapital og gjeld			
Formålkapital			
Fri formålkapital	6	3 901 431	3 529 725
Sum opptjent formålkapital		3 901 431	3 529 725
Gjeld			
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld		66 734	155 367
Skyldig offentlige avgifter		9 553	0
Annen kortsiktig gjeld	8	192 000	29 859
Sum kortsiktig gjeld		268 287	185 225
Sum formålkapital og gjeld		4 169 718	3 714 951
Oslo, 19.08.2022			
Styret i Norsk Gynekologisk Forening			
Ragnar Kvie Sande styreleder	Yngvild Skåtun Hannestad styremedlem	Kirsten Hald nestleder	
Morten Kvellø styremedlem	Kristine Amundsen styremedlem	Solveig Bjellmo styremedlem	

Norsk Gynekologisk Forening

Side 3

Årsrapport 2021

Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

NFGO er et faglig forum der man har som hovedoppgave å diskutere og utarbeide faglige retningslinjer nedfelt i det nasjonale handlingsprogrammet for gynekologisk kreft, og som publiseres av Helsedirektoratet. Dette har vært et svært krevende arbeid utført av kollegiet innen gynekologisk kreft, under ledelse av Kathrine Woie.

Faggruppen har vært bekymret for dynamikken rundt revisjon av retningslinjene, og har arbeidet for at direktoratet skal tillate at man fortløpende reviderer enkeltkapitler. Dette er viktig for å kunne publisere nye behandlingsmuligheter i det nasjonale handlingsprogrammet når disse introduseres.

Styret i NFGO har som siktemål at man gjennom jevnlig møter diskuterer nye behandlingsmuligheter, og således bidra til nasjonal enighet innen fagområdet gynekologisk kreft. Dette er selvsagt av stor betydning for å sikre at pasientene får tilbud om lik behandling uavhengig av bosted.

I 2021 gjennomførte styret tre møter, samt generalforsamling avholdt i forbindelse med Onkologisk Forum. Videre avholdt styret det årlige formøtet før årsmøtet i NGF, og det årlige faggruppemøtet i forbindelse med Onkologisk Forum. Dette er nasjonale møter man anser som viktige for den faglige oppdateringen for de som arbeider med pasienter med gynekologisk kreft. Videre var NFGO representert med faglige innlegg under plenumssesjonen på årsmøtet i NGF.

Fagmiljøet som i det daglige arbeider utelukkende med gynekologisk kreft er lite, men de fleste gynekologiske avdelinger vil ha befattning med pasienter med gynekologisk kreft. Det er et overordnet mål for NFGO at alle avdelinger skal ha leger spesielt dedikerte til denne pasientgruppen.

NFGO har gjennom 2021 fortsatt arbeidet rundt faglige retningslinjer nedfelt i handlingsprogrammet. Videre har man hatt fokus på organiseringen av utredning og behandling innenfor de enkelte helseforetakene, med siktemål å oppnå størst mulig grad av konsensus innen fagmiljøet.

NFGO er opptatt av å rekruttere kolleger til et svært viktig og faglig interessant område innenfor gynekologien.

Styret for NFGO i 2021:

Tone Skeie-Jensen OUS (leder), Vara Anne Dørum

Ane Gerda Zahl Eriksson OUS (nestleder), Vara Torbjørn Paulsen

Kathrine Woie HUS, Vara Line Bjørge

Marit Sundseth St.Olav, Vara Merete Ravlo

Martin Lindblad UNN (kasserer), Vara Elise Sletten

Ingvild Vistad Sørlandet sykehus HF (sekretær), Vara Bent Fiane SUS

Elisabeth Berge Nilsen SUS (web-ansvarlig)

Årsrapport 2021

Årsrapport European Board and College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG)

EBCOG er en del av nettverket av Europeiske Spesialistforeninger, UEMS (Union of European Medical Specialists). Det er for tiden 35 medlemsland i EBCOG og alle de nordiske landene er medlemmer. EBCOGs kjerneaktiviteter ligger innenfor utdanning, ferdighetstrening og standardisering av helsetjenester. I det andre pandemiåret fikk man gjennomført det meste av planlagte aktiviteter inkludert sertifiseringer av utdanningsinstitusjoner og EBCOG eksamener ved å tilpasse til elektronisk format. EBCOG har støttet koronavaksinering av gravide blant annet gjennom en såkalt «position statement» publisert i Eur J Obstet

Gynecol Reprod Biol. Det ble avholdt kongress i Aten i september der mye av det planlagte programmet for den avlyste Bergenskongressen ble videreført.

Den norske EBCOG representasjonen i Council har i 2021 vært Kirsten Hald og Yngvild Skåtun Hannestad.

Informasjon om kongresser og resten av EBCOGs aktiviteter sees her www.ebcog.eu

BEHANDLING AV MYOMER:

EN TABLETT OM DAGEN¹

- Over 80% blødningsreduksjon i uke 24²
- 7 av 10 kvinner får normal blødningsmengde i uke 24³
- Bevarev bentettheten etter to år⁴



40 mg relugoliks, 1 mg østradiol, 0,5 mg noretisteronacetat

Ref. 1. Preparatomtale for Ryeqo® (SPC) 20.06.2022. 2. Al-Hendy A, Lukes A, Poindexter III A et al, N Engl J Med 2021;384:635. Suppl. appendix. 3. Al-Hendy A, Lukes A, Poindexter III A et al. N Engl J Med 2021;384:630-42. 4. Felleskatalogtekst for Ryeqo® fra 17.06.2022.

▼ Ryeqo® (relugoliks, østradiol, noretisteronacetat)

GnRH-antagonist. ATC-nr.: H01C C54. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. Kan forskrives på H-resept. **TABLETTER, filmdrasjerte 40 mg/1 mg/0,5 mg. Indikasjoner:** Behandling av moderate til alvorlige symptomer på myomer hos voksne kvinner i fertil alder. **Dosering:** 1 tablett 1 gang daglig. Kan tas uten avbrudd. Ved risikofaktorer for osteoporose eller tap av benmasse, anbefales det å utføre en dobbelt radioabsorpsjonsmetri (DXA) før en igangsetter behandling. Når behandlingen innledes, skal 1. tablett tas innen 5 dager etter menstruasjonsstart. Dersom behandlingen startes en annen dag i menstruasjonssyklusen, kan det innledningsvis oppstå uregelmessig og/eller kraftig blødning. Graviditet må utelukkes før behandling innledes. DXA-skanning etter 1 år anbefales. **Glemt dose:** Hvis 1 dose glemmes, må behandlingen tas så snart som mulig og deretter fortsette neste dag til vanlig tid. Hvis doser glemmes i ≥2 etterfølgende dager, må en ikke-hormonell prevensjonsmetode brukes de neste 7 dagene. **Spesielle pasientgrupper:** Kontraindisert ved alvorlig leversykdom hvis leverfunksjonsverdiene ikke er normaliserte. **Administrering:** Tas på omtrent samme tid hver dag, med eller uten mat. Bør tas med litt væske etter behov. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Tidligere eller nåværende venøs tromboembolisk sykdom. Tidligere eller nåværende arteriell tromboembolisk kardiovaskulær sykdom. Kjente tromboemboliske sykdommer. Kjente osteoporose. Hodepine med fokale neurologiske symptomer eller migrene med aura. Kjente eller mistenkte maligne tilstander som påvirkes av kjønnssteroide. Tilstedeværelse av eller historie med levertumorer (godartede eller ondartede). Tilstedeværelse av eller historie med alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normaliserte. Graviditet eller mistenkt graviditet og amming. Blødning fra genitalia med ukjent etiologi. Samtidig bruk av hormonelle prevensjonsmidler. **Forsiktighetsregler:** Skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. **Medisinsk undersøkelse/konsultasjon:** Før igangsetting eller gjenopptak skal det foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieanamnese). Blodtrykk skal måles og fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Regelmessige kontroller skal utføres iht. standard klinisk praksis. Ev. hormonell prevensjon må stoppes før igangsetting. Ikke-hormonelle prevensjonsmetoder må brukes i minst 1 måned etter behandlingsstart. Graviditet må utelukkes før administrering eller gjenopptak. **Risiko for tromboembolisk sykdom:** Bruk av legemidler som inneholder østrogen og gestagen øker risikoen for arteriell eller venøs tromboembolisme (ATE eller VTE). Hvis ATE/VTE oppstår, må behandlingen seponeres umiddelbart. Kontraindisert ved tidligere eller nåværende VTE eller ATE. **Risiko for tap av benmasse:** Hos noen kvinner med normal benmineraltetthet (BMT) ved behandlingsstart, er tap av benmasse (fra >3-8%) sett. Nytte og risiko ved bruk hos pasienter med tidligere lavtraume fraktur eller andre risikofaktorer for osteoporose eller tap av benmasse, bør vurderes før behandlingsstart. Behandling skal ikke innledes dersom risikoen forbundet med tap av benmasse overstiger potensiell nytte. **Levertumorer eller leversykdom:** Hvis gulsott oppstår, må behandlingen seponeres. Det er sett asymptomatisk forbigående økt ALAT minst 3 x øvre grense for referanseområdet hos <1%. Akutte avvik i leverprøver kan nødvendigvis seponering av bruk til leverprøvene blir normale. **Endring i menstruasjonsblødningsmønster:** Pasienten skal informeres om at behandling vanligvis gir redusert blodtap under menstruasjon eller amenoré i løpet av de første 2 månedene av behandlingen. Ved vedvarende kraftig blødning må pasienten kontakte legen. **Preventive egenskaper:** Gir adekvat prevensjon når preparatet brukes i minst 1 måned. Kvinner i fertil alder må imidlertid informeres om at egglosning kommer tilbake kort tid etter avsluttet behandling. Alternativ prevensjon må derfor startes umiddelbart etter avsluttet behandling. Redusert evne til å gjenkjenne graviditet: Utfør graviditetstest ved mistenkt graviditet, og seponer behandlingen dersom graviditet bekreftes. **Fremfall eller avstøtning av submukøst myom:** Kvinner som har eller mistenkes å ha submukøse myomer, skal informeres om muligheten for prolaps eller avstøtning av myomer, og de bør kontakte lege om alvorlig blødning gjenoppstår. **Depresjon:** Kvinner med tidligere depresjon skal følges nøye. Skal seponeres dersom depresjon vender tilbake i alvorlig grad. Kvinnen skal rådes til å kontakte lege ved humørsvingninger og depressive symptomer, også kort tid etter behandlingsoppstart. **Hypertensjon:** Om klinisk signifikant hypertensjon oppstår, bør dette behandles, og nytten av fortsatt behandling vurderes. **Galleblæresykdom:** Tilstander som galleblæresykdom, cholelithiasis og kolekystitt er sett, men sammenheng med preparatet er uklart. **Laboratorietester:** Bruk av østrogen og gestagen kan påvirke resultatene av visse laboratorietester. Endringene forblir vanligvis innenfor normalområdet. **Hjelpetoffer:** Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen. **Potensial for andre legemidler til å påvirke preparatet:** Relugoliks: Orale P-gp-hemmere: Samtidig bruk anbefales ikke. Se preparatomtale (SPC) for mer informasjon. Sterke CYP3A4- og/eller P-gp-induktorer: Samtidig bruk anbefales ikke. **Østradiol og noretisteronacetat: CYP-enzyminduktorer:** Samtidig bruk av leverenzyminduktorer anbefales ikke over en lengre periode. **Graviditet:** Kontraindisert ved graviditet. Skal seponeres dersom graviditet oppstår. **Amming:** Kontraindisert under bruk og i 2 uker etter seponering. **Fertilitet:** Hemmer egglosning og forårsaker ofte amenoré. Egglosning og menstruasjonsblødning vil komme tilbake kort tid etter avsluttet behandling. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er: dyspepsia, alopesi, hyperhidrose, nattesvette, hetetokter, bryststøt, redusert libido, uterusblødning (inkl. menoragi og metroragi), og irritabilitet. **Overdosering/ Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogen G03C og progestogener G03D på felleskatalogen.no. **Pakninger og priser (pr. 15.11.2021):** 28 stk. (flaske) kr. 1 343,40. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 20.06.2022. **Refusjon:** Blå resept. Ja. Byttbar. Nei. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21, 1103 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, 5tr, 111 23 Stockholm, Sverige, Telefon: 00 47 21 03 33 90, E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu **Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no. Sist endret: 17.06.2022.**

Årsrapport 2021

Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER)

Hovedmålsettingen til Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER) de siste årene har vært å øke dekningsgraden. Dette arbeidet har gitt veldig gode resultater, og i 2020 passerte dekningsgraden 70%. Resultatet for 2021 er ikke ferdigstilt, men estimatet ligger på en dekningsgrad rundt 75%. Målet er over 80%, noe vi håper å nå i løpet av 2022. Høy dekningsgrad gir representative resultater som vil kunne avdekke faktiske forhold i behandlingskvalitet. Dette er viktig for registerets legitimitet i fagmiljøet, samt mulighet for bruk av registerdata til nasjonale og lokale forbedringsprosjekter.

Resultatene i årets rapport viser generelt en lav forekomst av komplikasjoner ved laparoskopier og hysteroskopier utført i Norge. Dette vitner om høy kvalitet på det kirurgiske arbeidet som utføres. I Norge har vi mange avdelinger med et lavt antall prosedyrer. Ved slike avdelinger vil få komplikasjoner kunne gi store utslag i resultatene. Selv om man tar høyde for dette, ser man at enkelte avdelinger skiller seg ut i negativ retning på noen kvalitetsindikatorer. Registeret tar kontakt med de aktuelle avdelingene når slike avvik oppdages. Dette gir avdelingene mulighet til å gjennomgå sin aktivitet og utarbeide lokale forbedringsprosjekter. Slike lokale forbedringsprosjekter er viktig for den aktuelle avdelingen, men formidles også ut nasjonalt gjennom registerets årsrapport for ytterligere kvalitetsforbedring. På denne måten fungerer NGER som en kontrollinstans vedrørende kvaliteten ved den gynekologiske endoskopiske aktiviteten i Norge, slik intensjonen med et kvalitetsregister er.

I 2021 har NGER hatt et fokus på nøyaktighet i registreringspraksis. Registeret har utarbeidet en ny nettbasert registreringsveileder. Denne er spesielt nyttig for nye brukere. Registeret har også gjennomført en kvalitetskontroll av alle middels alvorlige og alvorlige peroperative og postoperative komplikasjoner ved alle sykehus. Målet med en slik gjennomgang er å forbedre datakvaliteten. En slik tett dialog mellom registeret og de registrerende enhetene er også en god plattform for veiledning i registreringspraksis.

Rapporteket-NGER, som er registerets resultatformidling til fagmiljøet, benyttes i økende grad både for nasjonale og lokale resultater. Flere lokale forbedringsprosjekter er iverksatt basert på gjennomgang av egne komplikasjoner. Med økende dekningsgrad har vi sett en økt interesse for registerets data. Registeret har inngått samarbeid med to Phd-prosjekter og utlevert data til hovedoppgave for medisinstudenter. Registeret håper at flere ønsker å gjennomføre studier på registerets materiale. NGER ønsker å være et levende register, tilgjengelig for brukerne og med mål om å kunne bidra til kvalitetsforbedring.

Vi i NGER ønsker med dette å takke alle som bidrar til data-registrering, og ønsker forslag til nye kvalitetsstudier velkomne.

Toril Råknes
Daglig leder NGER

Steinar Holmsen
Faglig leder NGER

Årsrapport 2021

Norsk Urogynekologisk faggruppe

Urogynekologisk faggruppe mandat:

- Fremme kompetanse om urogynekologi blant norske gynekologer
- Ansvarlig for NUGG-formøtet til årsmøtet i NGF
- Samarbeide med nasjonale og internasjonale foreninger
- Være rådgiver for høringsuttalelser for norsk gynekologisk forening
- Arrangere møter/kurs om urogynekologi
- Ansvarlig for aktuelle kapitler i veileder
- Være referansegruppe for NGF

Urogynekologisk faggruppe Medlemmer (alle valgt ved årsmøtet oktober 2019):

Cathrine Reimers, OUS Ullevål (Leder, har PhD)
Kristine Amundsen, UNN
Maria Nyhus, St Olav
Anne Martha Stokke, Haukeland sh (LIS-representant)
Mariann Eidet, Sørlandet sh
Siv Svennevik Myhr, SIV
Kjersti Rimstad, AHUS
(Madeleine Engen har tredd ut av gruppen da hun ikke lenger jobber i Vestre Viken)

Urogynekologisk faggruppes virksomhet og saker i 2021:

- Det har vært gjennomført fire zoom-møter og ett fysisk møte ilt året.
- Planlegging og gjennomføring av NUGG-formøtet ved NGF. Årsmøtet i Tønsberg oktober 2021: Hovedtema var presentasjon av descensregistre på ulike sykehus; Drammen, AHUS, St Olav og Ullevål. Det er et fremtidig ønske/mål å få til et nasjonalt register, men det er lang vei frem – både mtp. tekniske løsninger og mtp. avklaring av formål med et nasjonalt register (forskning eller kvalitetskontroll).
- I tillegg presenterte Bjørn Holdø fra Bodø artikkel om TVT og operatørfaring, og Siv Svennevik Myhr fra Tønsberg erfaring med Bulkamid etter TVT.
- Diskusjon om faglig innhold i andre kommende møter.
- Planlegging av NUGG-formøtet ved NGF. Årsmøtet i Kristiansand oktober 2022.
- NUGG har ikke vært brukt som høringsorgan for NGF i året som har gått.



Slinda®

DROSPIRENON 4 mg



Østrogenfri
p-pille med
drospirenon¹

Slinda® er en østrogenfri p-pille med drospirenon (4 mg)¹

- Hvert blisterbrett inneholder 24 aktive tabletter og 4 placebotabletter¹
- Prevensjonseffekten til Slinda® skyldes primært hemming av eggøsning¹
- Pearl-indeks for Slinda® er 0,73^{1*}
- Opprettholder hemming av eggøsning, også ved forsinket inntak i opptil 24 timer^{1**}
- Dokumentert tolerabilitet og aksept - også hos unge^{1***}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Aktiv, venøs tromboembolisk forstyrrelse. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Kjente eller mistenkte kjønnsormsensitive, ondartede sykdommer. Udiagnostisert vaginalblødning.

Forsiktighetsregler: Serumkaliumnivået kontrolleres i første behandlingssyklus ved nedsatt nyrefunksjon og serumkaliumnivå i øvre del av referanseområdet før behandlingen, samt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Ved hypertensjon kan risikoen for slag være noe økt. Behandlingen avbrytes umiddelbart ved symptomer på eller mistanke om arteriell eller venøs trombotisk hendelse. Mulig økt risiko for brystkreft. Ektopisk graviditet bør tas i betraktning ved amenoré eller buksmerter. Levertumor skal vurderes ved sterke smerter i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning. Seponeres ved gulsott eller forhøyet leververdi. Diabetespasienter bør observeres de første behandlingsmånedene. Ved samtidig langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler anbefales en annen og ikke-hormonell prevensjonsmetode. Skal ikke brukes under graviditet.

Bivirkninger: Vanlige er akne, metroragi, hodepine og brystmerter. Andre vanlige bivirkninger er libidoforstyrrelser, humørsvingninger, kvalme, magesmerter, vaginal blødning, dysmenoré, uregelmessig menstruasjon og vektøkning. Hypertensjon og depresjon er rapportert.

Slinda® (drospirenon 4 mg). **Indikasjoner:** Prevensjon. **Dosering:** 1 tablett daglig i 28 sammenhengende dager (24 aktive + 4 inaktive). 1 tablett tas på 1. menstruasjonsdag. Det skal ikke være pause i tablettinntak. For mer informasjon om oppstart av behandling, se SPC. **Pakninger og priser (AUP):** 84 (3x28) stk. (kalenderpakn.): kr 353,40. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Slinda SPC 06.04.22. **Referanse:** 1. Slinda preparatomtale 06.04.22. * Kvinner 18–45 år, brukerfeil + metodesvikt (øvre grense for 95 % konfidensintervall 1,43). ** I en fase II-studie med 130 kvinner ble egglosningshemmingen opprettholdt med Slinda til tross for fire planlagte forsinkede (24 timer) inntak på dag 3, 6, 11 og 22. *** Fase III-studie i Europa: Evaluering av tolerabilitet, sikkerhet og akseptabilitet av Slinda, 103 ungdommer deltok, varighet var 13 sykluser. Sikkerhet og effekt forventes å være lik hos postpubertal ungdom under 18 år og brukere som er over 18 år. Bruk av dette legemidlet før menarke er ikke indisert.

Årsrapport 2021

FUGO

Generelt

Det ble avholdt fire styremøter i 2021, hvorav to var digitale møter i april og ett ved generalforsamling i forbindelse med årsmøtet i NGF. Referat fra styremøtene og generalforsamlingen er publisert på FUGOs nettsider. Som leder av FUGO deltok Hilde som delegat på Faglandsrådet 20.-21. april 2021, som ble avholdt digitalt. Thea Falkenberg Mikkelsen (FUGO-leder 2016-2018) ble valgt som nestleder i Fagstyret. Det ble avholdt to digitale kveldsmøter i FUXX-forumet. Ragnhild Lindelien Schwartz og Kristine Heien Hansen var LIS-medlemmer i spesialitetskomiteen. Valgkomiteen for FUGO bestod av Marianne Omtvedt og Liva Helleland. FUGO sin webside har blitt driftet av varastyremedlem Mathias Sonstad. Vi har også en velfungerende Facebook-gruppe med mye aktivitet.

Styrets økonomi

FUGOs arbeid finansieres av NGF med en post på 60.000 kr i NGFs budsjett. Dette skal dekke styremøter og annen relevant aktivitet i inn- og utland. Grunnet begrenset aktivitet i 2021, og fordi de fleste av styremøtene ble avholdt digitalt, har det vært få utgifter sammenlignet med tidligere år. I 2021 brukte styret i alt 47.114 kr. Overskuddet på 12.886 kr tilbakefalt NGF. FUGO-styret søkte NGF-styret om å øke bevilgningene til FUGO fra 60.000,- til 120.000,- fra og med 2022 for å dekke økte reisekostnader o.l. Dette ble innvilget ved årsskiftet.

ENTOG og NFYOG

ENTOG-utvekslingen i 2021 ble avholdt i Hellas fra og med 30.08.2021 til og med 02.09.2021. Siri Juliebø og Lene Ramberg deltok som deltakere fra Norge. I tillegg reiste Mark Barbero og Aslak Vimme Solhoff på vegne av styret, da ENTOG-

utvekslingen i 2022 skal avholdes i Norge. FUGO søkte NGF om å øke satsen for hver av deltakerne til ENTOG-utvekslingen fra 10.000,- til 12.000,- Dette ble innvilget. Planlegging av ENTOG-utvekslingen i Norge i 2022 ble videreført fra avlyste arrangement i 2020. Det var lite aktivitet i NFYOG grunnet koronapandemien, og det var store endringer i styresammensetningen fra de ulike landene.

FUGOteket og obstetrikkampanje

Arbeidet med ny kampanje, denne gangen i obstetrik, ble påbegynt våren 2021, og det ble dannet en arbeidsgruppe som jobbet med søknad til Legeforeningens kvalitetsfond innen fristen 1. oktober 2021. Arbeidet med FUGOteket ble viderført fra 2020. FUGOteket har hatt gode besøkstall siden lanseringen, og arbeidet med å oppdatere og samle materiale fortsetter.

FUGO-kurs og FUGO-formøte

FUGO-kurset med tema endometriose og adenomyose ble avholdt etter plan fra 2020 med noen endringer. Gjennom FUXX-forumet har man klart å endre retningslinjer for Utdanningsfond 3, slik at det nå er mulig for LIS i ny ordning å få utgifter i forbindelse med FUGO-kurset dekket gjennom Utdanningsfondet fremover. Det var 17 stemmeberettigete FUGO-medlemmer til stede, inkludert 6 styremedlemmer. Referat fra generalforsamlingen kan leses i Gynekologen nr. 4/2021. Møtet ble avsluttet med et svært spennende innlegg av Stine Inderlid fra sekretariatet i Bioteknologirådet. Kommunikasjon med medlemmer via FUGO sin webside har blitt driftet av Mathias. Vi har også en velfungerende Facebook-gruppe med mye aktivitet.

Årsrapport 2021

Kvalitetsutvalget NGF

Det har vært avholdt to møter i oktober og i august. Utvalget har ellers kommunisert per mail. Leder av kvalitetsutvalget har deltatt i obstetrisk guidelinemøte-pilot i april og i styremøte i mai. Medlemmer av kvalitetsutvalget er Tone Skeie Jensen (gynekologisk onkologi), Ingrid Volløyhaug (gynekologi), Trond Michelsen (fødselshjelp) og Anne Cecilie Hallquist (avtalespesialist) og Pernille Schjøsby (leder)

Saker:

- **Mandat for kvalitetsutvalget** ble diskutert på oktobermøtet og formulert i skriftlig retningslinje for styrende organer i veilederarbeidet.
- **Ny organisering av veilederarbeidet.** Redaksjonskomiteen i veileder i fødselshjelp organiserte et pilot-guidelinemøte i april. Bakgrunnen er et behov for en bedre prosess i arbeidet med veilederkapitlene. Ideen er hentet fra Danmark der DSOG har brukt årlige guidelinemøter som metode for sitt veilederarbeid i over 20 år. Guidelinemøtene er åpne for alle medlemmer, og det velges ut 5-8 kapitler til gjennomgang og oppdatering per år. Kapittelforfatterne forbereder et oppdatert eller helt nytt kapittel til møtet, som diskuteres i plenum blant deltakerne. I den danske fødselshjelp-veilederen stemmer møtedeltakerne over endringsforslagene, og alle medlemmer har stemmerett. Pilot-møtet for NGFs veileder i fødselshjelp i april var organisert etter dansk modell og ble svært godt mottatt blant flertallet av møtedeltakerne. I evalueringen sier et stort flertall av deltakerne at guidelinemøtet hever kvaliteten på veilederkapitlene, bidrar til større breddeforankring i fagmiljøet og at flere sider av problemstillinger blir belyst. En tredjedel av deltakerne var, ifølge evalueringen, usikre på om avstemning er et godt grunnlag for beslutning om endelig tekst i et kapittel. Deltakerne var enige om at møtet var sosialt og faglig stimulerende. Ny organisering av veilederarbeidet står på agendaen i august, og kvalitetsutvalget utformer en anbefaling til styret om guidelinemøter/veiledermøter i fremtidens veilederarbeid i NGF.
- **Retningslinjer som får ressursmessige konsekvenser for klinikkene.** Styret har, etter innspill fra forrige årsmøtes lederforum, gitt kvalitetsutvalget i oppdrag å lage et mandat for veileder-redaksjonene og kapittelforfattere som sikrer at retningslinjer ikke medfører ressursmessige konsekvenser for klinikkene våre som går utover pasientsikkerheten.
- **Skriftlige retningslinjer for veilederarbeidet med utvalg,** redaksjoner og forfatteres ansvar og oppgaver utarbeides av kvalitetsutvalget og forelegges styret i august.
- **Avslutte egen app for veilederne og gå over til bruk av Helsebiblioteket** etter modell av pediatriveilederen. Avtalen med app-selskapet er en dyr løsning som genererer mye arbeid for nettsideredaktøren hver gang kapitler skal oppdateres. Helsebibliotekets løsning har flere fordeler som legges frem for styret i august 2022.

Lørenskog 15. august 2022

Pernille Schjøsby

Leder av kvalitetsutvalget i NGF

thermoscientific

sFit-1
PIGF
PAPP-A

Complete
pre-eclampsia portfolio

Reliable first trimester screening and improved diagnosis and short-term prognosis > 20 weeks of gestation



B-R-A-H-M-S biomarkers PAPP-A, PIGF and sFit-1

Outstanding precision and long-term stability



B-R-A-H-M-S Fast Screen pre I plus

CE marked software for risk assessments




B-R-A-H-M-S KRYPTOR systems

Fast, precise and easy biomarker measurements

Your ACCESS to an
interactive e-detail

Get more information on
pre-eclampsia management
throughout pregnancy

 prenatal.world-of-
biomarkers.com
Pin code: **ratio01**



For mer informasjon kontakt Thermo Fisher Diagnostics AS,
Tlf: 23 00 99 00 | eMail: no.cdd@thermofisher.com

Products are CE marked but not 510(k)-cleared and not available for sale in the U.S. Availability of products in each country depends on local regulatory marketing authorization status.

© 2021 Thermo Fisher Scientific Inc. All rights reserved. All trademarks are the property of Thermo Fisher Scientific and its subsidiaries unless otherwise specified. KRYPTOR is a trademark of Cisbio Bioassays, licensed for use by B-R-A-H-M-S, a part of Thermo Fisher Scientific.

ThermoFisher
SCIENTIFIC



Årsrapport 2021

Endoskopiutvalget

Endoskopiutvalget har i 2021 bestått av følgende personer:

Anne Veddeng (leder), Haukeland Universitetssjukehus
Guri Majak, Oslo Universitetssjukehus
Jenny Alvirovic, Oslo Universitetssjukehus
Seema Mathew, St Olavs hospital
Catrine Størksen, FUGO representant, Oslo Universitetssjukehus

Endoskopiutvalget har som mandat å fremme endoskopisk kompetanse blant norske gynekologer gjennom;

- Arrangere kurs i gynekologisk endoskopi
- Være en pådriver for registrering i Laparoskopiregisteret
- Være rådgiver i høringsuttalelser for Norsk Gynekologisk Forening
- Anbefale trening og simulatoropplegg i endoskopiske teknikker
- Samarbeide med nasjonale og internasjonale foreninger (FUGO, ESGE, Nordisk Endoskopiforening, AAGL)

Facebookgruppe: «Norsk gynekologisk endoskopigruppe»

Åpen tilgang for alle kollegaer, teller i dag 147 medlemmer. Interessante linker til web-seminar kan legges inn, ulike problemstillinger innen det endoskopiske fagfeltet, nyttige beskjeder og oppdateringer kan posteres her.

Formøte:

Vi har etter hvert etablert en fin tradisjon med formøter i forbindelse med NGF sitt årsmøte. Disse møtene har vært godt besøkt og holdt en høy faglig standard. I 2021 inneholdt møtet følgende program:

«Principles of endometriosis surgery», Shaheen Khazali (web-forelesning fra London), «Endometriose - strukturert pasientforløp», Ingrid Ringen, «Hvordan diagnostisere adenomyose ved vaginal UL», Tina Tellum og «Diagnostikk av tarmendometriose», Kristine Aas-Eng. Møtet var godt besøkt og ble avrundet med en fin faglig debatt.

I forbindelse med årets NGF-møte arrangerer vi et interessant endoskopi-formøte med fokus på Robotassistert myomektomi og burnout-syndrom. Vi har fått Gaby Moawad til å forelese for oss online. I tillegg skal Marianne Omtvedt snakke om hvordan

man kan bruke mental trening til å oppleve mer mestring i jobbsituasjonen.

Kurs:

2-dagerskurset i gynekologisk kirurgi trinn II (tidligere laparoskopisk adnexkirurgi) ble etter et opphold under pandemien igjen avholdt på Haukeland 9.-10. desember. Kurset var fullbooket med 24 deltagere, og ifølge kursrapporten med godt utbytte, men med bønn om mer en til en-instruksjon og mer tid til trening. Spesielt praktisk trening på levende anestesert gris beskrives som svært nyttig. 24 deltagere var imidlertid litt mye, så kursantallet er nå redusert til 20, og kurset er utvidet med en ekstra dag som også inkluderer en del fokus på kirurgisk behandling av «endometriose». Kurset arrangeres 16.-18. november, Ferdighetsenteret, Haukeland Universitetssjukehus.

Det ble for første gang i nåværende form avholdt et tredagers kurs i gynekologisk kirurgi trinn I på Ullevål. Marianne Omtvedt var kursleder, og kursrapporten var veldig positiv. På grunn av lang venteliste på kurset er det planlagt et nytt kurs allerede 28.-30. september.

Styremøter:

I 2021 har det vært avholdt et fysisk styremøte i forkant av årsmøtet i Tønsberg. Ellers har kommunikasjonen mellom medlemmene i utvalget skjedd via teams-møter og mail. Vi planlegger å avholde et styremøte i forbindelse med kommende NGF-årsmøtet i Kristiansand. Vi ønsker gjerne at kollegaer tar kontakt dersom de vil drøfte problemstillinger med oss i utvalget, eller har forslag til nye arbeidsområder.

Anne Veddeng og Guri Majak ønsker etter mange år i endoskopiutvalget å overlate stafettspinnen til nye krefter. Nye medlemmer til styret ønskes derfor, og vi er takknemlige for forslag til kandidater. Send gjerne mail til veddeng@gmail.com eller til et av de andre styremedlemmene. Dette er også annonsert til utvalgets interessegruppe på facebook.

Anne Veddeng, Leder NGFs Endoskopi utvalg

at vurderinger og tilbakemeldinger ikke skal brukes som en del av pasientens journal.

Gruppen er også ansvarlig for planleggingen av det årlige, nasjonale erfaringsmøtet som avholdes for jordmødre og leger

som bruker CTG/STAN/Skalpblodprøve-overvåking i fødsel. Gruppen planlegger disse møtene i samarbeid med den lokale gruppen i vertsbyen.

Medlemmer av referansegruppen deltar i utarbeidelse av kapittelet Fosterovervåking under fødsel og kapittelet Antenatal CTG i nasjonal veileder.

Gruppens sammensetning

Branka M. Yli, lege, PhD, OUS (leder)
Jørg Kessler, lege, PhD, Haukeland universitetssjukehus
Heidi Overrein, lege, OUS Ullevål US
Thomas Hahn, lege, Haugesund sykehus - sykemeldt og deltok ikke i gruppens aktiviteter i 2021.
Lillian Leirvik, jordmor, AHUS, DNJ

NSF utnevnte ikke nytt medlem i 2021

1. Nasjonalt erfaringsmøte

Det planlagte erfaringsmøte i 2021 på Bærum sykehus kunne ikke holdes pga. Covid19 pandemien. Det ble holdt 12. mai 2022.

2. Møter

Gruppen har avholdt ett møte i 2021. Det er gitt skriftlig tilbakemelding på seks kasuistikker.

3. Kurs i fosterovervåking ble holdt i november 2021

Dette to-dagers kurset holdes 1 gang per år. Deltagere er leger og jordmødre.

Temaer det undervises i:

- Grunnleggende fysiologi
- Intrapartum CTG samt fødselsfysiologi og patofysiologi
- CTG-klassifisering
- Antepartum CTG
- Foster-EKG fysiologi/tolkning
- Skalpblodprøve
- Vurdering av barnet, tolkning/feilkilder av syre-baseverdier
- Avnavlingsprosedyre
- Overvektige kvinner - fosterovervåking
- Trykktid i fødsel - fosterovervåking
- Diabetes - fosterovervåking
- Lite liv - fosterovervåking
- Intrapartum feber og infeksjon - fosterovervåking

På slutten av hver kursdag er det en bolk med kasusgjennomgang.

Årsrapport 2021

Referansegruppe for fødselsovervåking

Mandat:

Bidra til kollegial læring og forbedring mht. bruk av CTG/STAN/skalpblodprøver nasjonalt. Dette innebærer at kollegaer kan sende registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og tilbakemelding. Gruppen er ikke et sakkyndig organ, som betyr

Mykgjørende & fuktighetsbevarende krem for underlivet

Dr. Warming Critical Care brukes på tørr og irritert hud på kjønnsleppene og kan også brukes ved hudproblemer på og rundt vulva. Fettkremen smelter raskt ved påsmøring som gjør den behagelig å bruke.

Innholdsstoffer: Paraffinum Liquidum (mineralolje), Cera Alba (hvit bivoks), Cetyl Palmitate (bløtgjører) og vann.

Alle kjente og gjennomprøvde ingredienser.

Dr. Warming Critical Care er tilgjengelig på Vitusapotek, Apotek1 og Apotek For Deg.

92%
fettinnhold



nordic
consumer
health

Årsmelding 2021

NFOG

NFOG styre 2021:

President: Oskari Heikinheimo (Finland).

Representantene fra de nordiske landene: Annemette W. Lykkebo (DSOG), Adalbjørg Bjørgvinsdottir (FIFK), Michael Algovik (SFOG), Kirsten Hald (NGF), Hannele Laivuori (Finland), Kasserer Kristina Renault (Danmark), Generalsekretær Espen Berner (Norge) frem til 16.juni, deretter Sebastian Gidløf (Sverige) resten av året.

Det ble holdt 3 styremøter: 26.-27. April (digitalt Zoom-møte), 16. juni (digitalt Zoom-møte), og 3.-4. November i København. Generalforsamlingen ble avholdt digitalt som Zoom-møte den 16. juni.

Samme dag ble det holdt et NFOG-webinar med Covid-19 som tema.

På generalforsamlingen ble Oskari Heikinheimo gjenvalgt som president for 2 år. Sebastian Gidløf (Sverige) ble valgt som ny generalsekretær for 4 år.

Referat fra styremøter og generalforsamling er tilgjengelig på nfog.org/about-us/meeting-minutes

Økonomi

NFOG har en god økonomi i balanse. Inntektene kommer fra medlemslandenes kontingenter, royalties fra AOGS og avkastning på verdier. I tråd med NFOG statuttene går 66% av overskuddet inn i NFOGs fond og dermed ut til medlemmene.

AOGS

AOGS eies av NFOG. Sjefsredaktør er Ganesh Acharya (Norge/Sverige). Han har uttrykt ønske om avløsning, og rekrutteringsprosessen for ny sjefsredaktør planlegges å starte i 2023. Impact Factor for AOGS stiger stadig og er nå på 4,544. AOGS gikk over til full open access i juli 2021 etter at kontrakten med forlaget Wiley var ferdigforhandlet og underskrevet i februar 2021. AOGS fylte 100 år i 2021, og i den forbindelse ble det utgitt et eget jubileumsnummer.

NORDISK ELEKTRONISK LÆREBOK

Publiseringskontrakt ble undertegnet med Sundhed.dk, og Nordisk elektronisk lærebok i gynekologi og obstetrikk ble ferdigstilt og utgitt etter felles betydelig innsats av kolleger fra alle de nordiske landene. Redaktørene har vært Jone Trovik (Norge), Niels Ulbjerg (Danmark), Ulla Breth Knudsen (Danmark), Kristina Gemzell Danielsson (Sverige), og Oskari Heikinheimo (Finland).

NFOG KONGRESSEN

Den planlagte kongressen som skulle ha vært arrangert i mai 2021 i Reykjavik ble avlyst på grunn av Covid-19 pandemien.

NFOG kongressen 2023 blir arrangert i Trondheim 28.-30. august, med Pepe Salvesen som kongresspresident.

På Generalforsamlingen 16. juni ble det besluttet at NFOG kongressen 2025 vil bli arrangert i Uppsala, med Inger Sundstrøm Poromaa som kongresspresident.

NFYOG: Arushma Imran Naqash (Danmark) ledet den nordiske foreningen for utdanningskandidater i gyn/obstetrikk.

NFOGs KOMITEER

NFOG fund and Scientific Committee: Leder: Inger Sundstrøm Poromaa. Komiteen vurderer søknader til NFOGs fond. Det kom inn betydelig færre søknader enn vanlig i 2020 og 2021. I mars 2021 var det kun 4 søknader, hvorav 3 ble innvilget. I oktober 2021 var det 14 søknader, og alle ble innvilget. Søknader må sendes elektronisk, og link til skjema finnes på NFOGs webside sammen med søknadskriterier. Søknadsfristen er 1. mars og 1. oktober hvert år.

NFOG e-Textbook committee: Komiteen består av redaktørene for læreboken og ledes av Niels Ulbjerg. Komiteen har ansvaret for at det kommer revideringer og oppdateringer når det er behov for det.

To komiteer ble lagt ned i 2021:

Educational committee: Leder: Mervi Vaisanen-Tommiska. Komiteen var lite aktiv i 2020 og 2021, og NFOG e-textbook Committee og NFYOG vil dekke mye av utdanningsaktiviteten. Styret i NFOG besluttet derfor på styremøtet i november 2021 å legge ned denne komiteen.

Guideline Committee: Leder: Niels Ulbjerg. Det har vist seg vanskelig å produsere nyttige felles veiledere for hele Norden, da alle de nasjonale foreningene har sine egne veiledere som er tilpasset lokale forhold. På styremøtet i november ble derfor også denne komiteen besluttet nedlagt. I stedet oppfordres alle medlemslandene til å sende relevante veiledere til webmaster for publikasjon på NFOGs hjemmeside, og man besluttet at det kan opprettes spesielle «work groups» til å utarbeide felles nordiske veiledere når det skulle være behov for det.

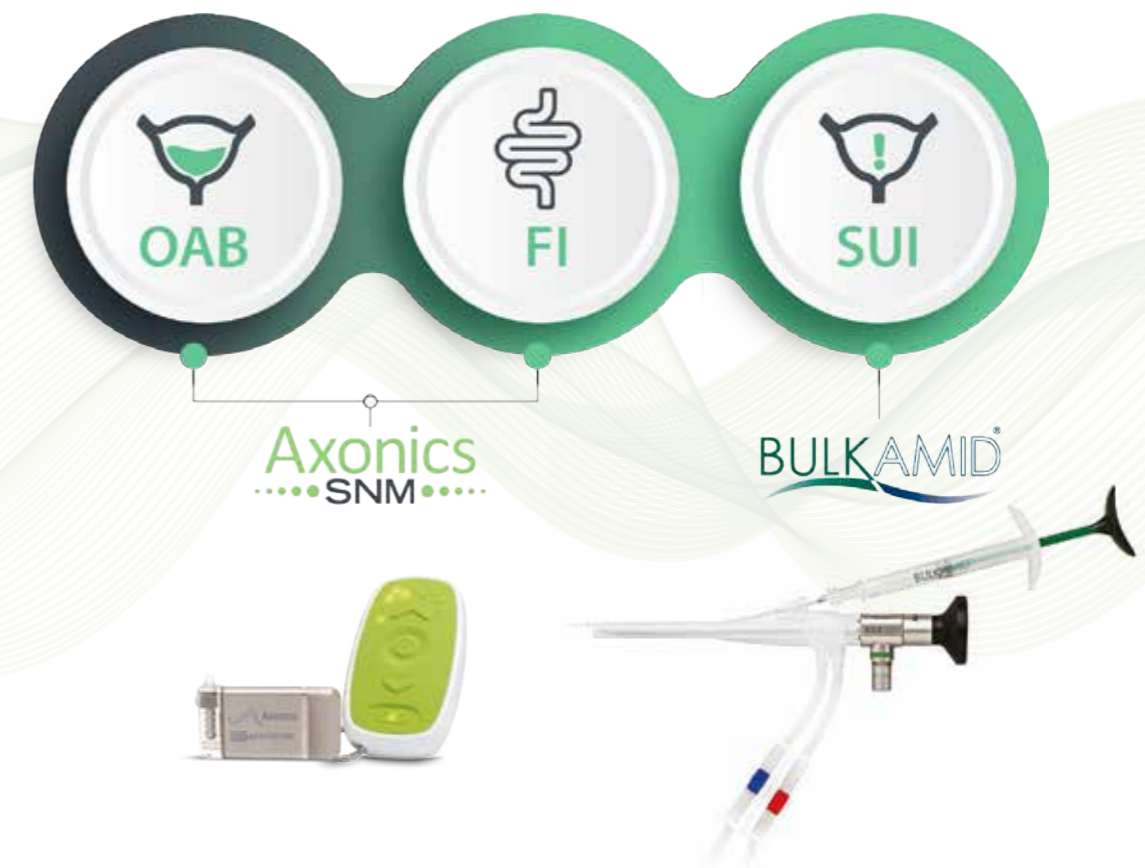
Webside NFOG: <https://nfog.org>
Webmaster er Lars Ladefors (Sverige)

Oslo, 8.sept 2022
Kirsten Hald

Experience the Difference.
EXPERIENCE AXONICS.

Expanded Portfolio of Clinically Proven Incontinence Solutions

At Axonics, our mission is to provide solutions that improve the quality of lives of people with bladder and bowel dysfunction. We are proud to offer Bulkamid® as part of our innovative product portfolio to treat women suffering with stress urinary incontinence (SUI).



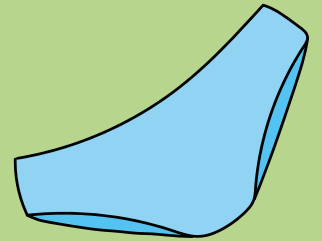
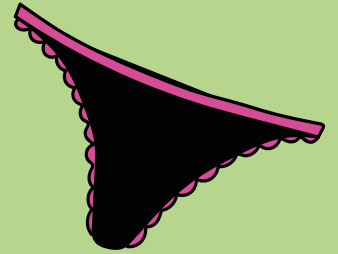
Visit experienceaxonics.com for more information

Important Safety Information: Implantation and use of the Axonics System incurs risk beyond those normally associated with surgery, some of which may necessitate surgical intervention. Results and experiences may vary and are unique to each patient. No promise or guarantee is made about specific results or experiences. For a complete listing of indications, contraindications, warnings and precautions, go to www.axonics.com/isi and www.bulkamid.com/isi.

For Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP), refer to <https://ec.europa.eu/tools/eudamed/#/screen/home>

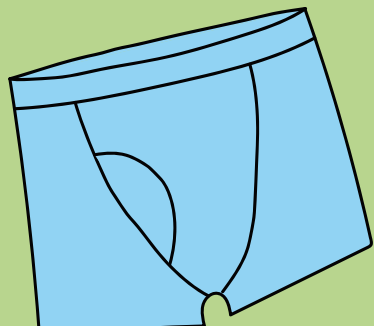
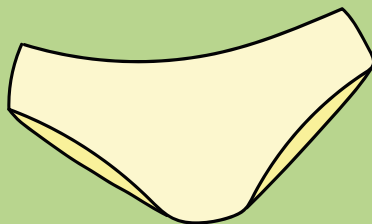
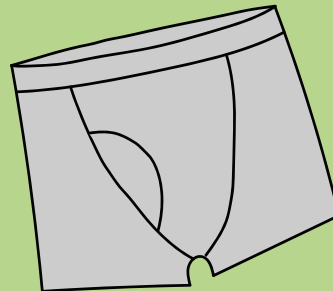
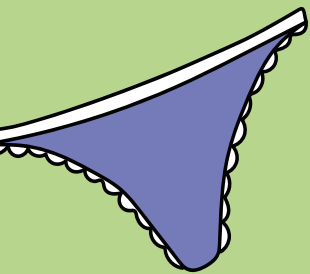
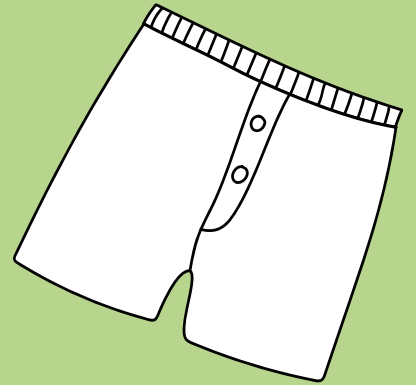
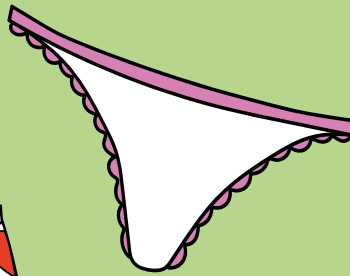
Adverse Event Reporting: In case of any serious incident related to the product, please report to Axonics (+1-877-929-6642) as well as the competent authority of your state.

TISSE- TRENGT



Historier – Gode råd – 8 episoder

En podcast for deg som sliter med plager knyttet til urinveiene



KLYNGE

