

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

²Kvinneklivnikken, 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 fødselar, 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 feiltolkning, 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 oddsen for ekstremt preterm fødsel 70% høyere enn for Norskfødte kvinner både for førstegangsfødende (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 førstegangsfødende 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

²Kvinneklubben, 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 (OR100=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 obstetikk og gynekologi, St. Olavs Hospital, Trondheim Universitetssykehus,

³Institutt for Sykepleie og Helsefremmende arbeid, OsloMet

Bakgrunn: Økende fødselsangst og keisersnittsrater er en obstetrisk utfordring verden over. Negativ opplevelse fra første fødsel er en viktig årsak til ønske om keisersnitt ved neste svangerskap. Omkring 10 % av alle førstegangs fødende 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 førstegangs fødende 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 fødselsutcome, 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 NGF's årsmøte.

06 Konfigurasjon av fosterhodet i fødsel målt med transabdominal ultralyd

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

¹Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus

²Senter for fostermedisin, St Olavs Hospital

³Institutt for klinisk- og molekylærmedisin, NTNU

⁴Kvinneklivnikken, 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
- › Endometrieablasjon med NovaSure
- › Slyngeplastikk med Gynecare TVT

normedi
NORDIC

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

normedi.com
normedieducation.com

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.

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 behandles 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 (≥ 10 %) var kvalme, oppkast, diaré, dyspepsi, fatigue, hodepine, dysgeusi, nedsatt appetitt, svimmelhet, hoste, dyspné, anemi, nøytropeni, trombocytopeni, og leukopeni.

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

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 omhandler 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}.

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

² University 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}

¹Kvinnekliviken, 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.

013 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}, Løvvik, 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.

014 Laparoskopisk intern cerclage i 2. trimester

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

¹Gynekologisk seksjon, Kvinneklubben i Bergen, Haukeland Universitetssjukehus

²Obstetrisk seksjon, Kvinneklubben 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 obstetrisk 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 utkomme. **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.



Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

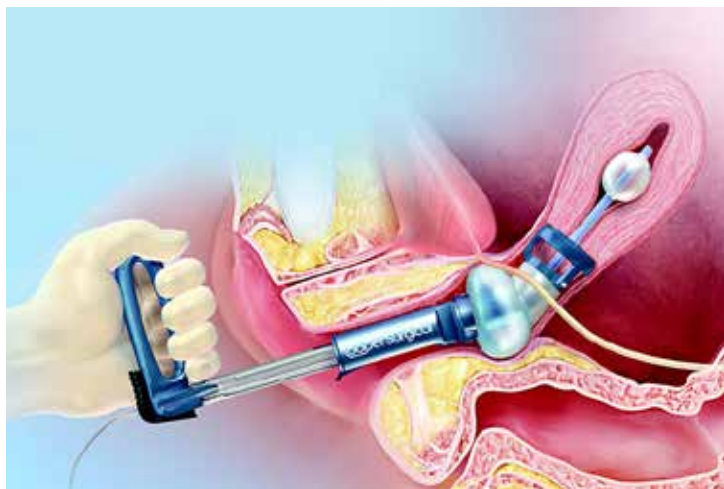
Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi

RUMI® II SYSTEM  CooperSurgical®

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

Med
SYS

 CooperSurgical®

ISOLERTE SPEKLER OG INSTRUMENTER

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

Med
SYS



GYNEKOLOGISKE INSTRUMENTER

- Alle typer gynekologiske instrumenter
- Tysk kvalitet med lang levetid

dimeda
SURGICAL INSTRUMENTS



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



BridgeMaster
medical 

E-post post@janbye.no • Internett www.janbye.no

Telefon **64 95 93 77** • Adresse **Slettaveien 23, 1555 Son**

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, Eyjolfsdóttir, Brynhildur ¹, Staff, Anne Cathrine ^{2,4}, 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, Sorbye, 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 selvrapportert 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 ($47,03 \pm 11,01$ år vs. $50,19 \pm 12,39$ 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: Én 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, Sorlandet Hospital, Kristiansand, NORWAY,

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

³University of Oslo, Oslo, NORWAY,

⁴Norwegian Institute of Public Health, Oslo, NORWAY,

⁵Sorlandet 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](https://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}, Trope¹, Ameli¹, Bjorge, Tone^{1,3}, Engesaeter, Birgit¹, Skare, Gry B.¹, Opdahl, Signe⁴

¹Cancer Registry of Norway, Oslo, Norway

²Baasland-klinikken, Trondheim, Norway

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

⁴Department 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}

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

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

³Institute 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 nedfrysing og autolog transplantasjon av eggstokkvev i Norge

Majak, Guri B.¹; Thaulow, Thomas F.¹; Massiah, Nadine²; Indahl, Marie²; Wilkosz, Pawel^{1,3}; Edwin, Bjørn⁴; Vera-Rodriguez, Maria¹; Tanbo, Tom¹; Fedorcsak, Peter Z.²

¹ Gynekologisk avdeling, Kvinneklubben, Oslo Universitetssykehus

² Reproduksjonsmedisinsk avdeling, Kvinneklubben, Oslo Universitetssykehus

³ Bærum sykehus, Vestre Viken

⁴ Intervensjonsenteret, Oslo Universitetssykehus

Bakgrunn: Nasjonal behandlingstjeneste for fertilitetsbevarende behandling med eggstokkvev tilbyr uttak og nedfrysing 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 utprøvd 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 opptint 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. Ytterligere 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, Alexander ¹; Feiring, Mari H¹; Eide, Ellen N¹; Thornhill, Heidi F²; Trovik, Jone^{1,2}

¹ Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

² Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus

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

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 Universitetssykehus 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 varslings-system 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.



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 Kvinneklivnikken, 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 kolporafi 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.

Støer, 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}

¹Avdeling for obstetikk og gynekologi, Sørlandet sykehus HF Arendal

²Forskningsseksjonen, Sørlandet sykehus HF

³Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

⁴Kvinneklubben, 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, E²; van der Spuy, ZM⁹; Jurkovic, D²

¹Oslo Universitetssykehus, Oslo, Norway

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

³Université Paris Cité, CHU Cochin, Paris, France

⁴Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark

⁵Fudan University, Shanghai, China

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

⁷Norwegian Endometriosis Association

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

⁹Faculty 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.