

POSTERE

P1 Gjentakelsesrisiko 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. Gjentakelsesrisikoen 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 gjentakelsesrisikoen for ekstremt og veldig preterm fødsel og 10-20% av gjentakelsesrisikoen 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 gjentakelsesrisikoen 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 førstegangsfødende 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 enlingsvangerskap 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
Kvinneklivnikken, 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 epiduralanestesi, 12,5% (14/112) fikk episiotomi og 4 kvinner (alle førstegangsfødende) fikk sinkterruptur. Median trykkesid 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 sinkterrupturer 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}

¹ Forskningsavdeling, Sørlandet Sykehus Kristiansand

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

³ Barne- og ungdomsklinikken, Akershus Universitetssykehus

⁴ Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo

⁵ Institutt for helse og samfunn, Universitet i Oslo

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

⁷ Klinik for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs Hospital Universitetssykehuset i Trondheim

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

⁹ Oslo senter for biostatistikk og epidemiologi, Oslo Universitetssykehus

¹⁰ Kvinneklivnikken, 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 ($\geq 9,0$ 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 $\geq 5,3$ 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, Børge^{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

⁴Kvinneklubben, St. Olavs hospital, Trondheim

⁵Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU, Trondheim

Bakgrunn: Studentaktiverende 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 forberedelsesmaterialet. 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 aktiverende undervisningsformer som TBL ga høyest læringsutbytte, de forberedte seg i større grad til denne typen av undervisning, og ønsket seg enda mer studentaktiverende 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 dagar 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 maternelle utfall; 308(13%) vart innlagt i intensivavdeling, 147(6%) fekk invasiv ventilasjonsstøtte (respirator eller ECMO), 13 kvinner døyde. 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.



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 Obstetric 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 helseregister 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 døydde. 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, Yun¹, Staff, Anne Cathrine^{2,4}, Milada Småstuen³

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 induisert 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 dialysekrevene 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 genetik 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 Kvinneklubben, Ullevål, Oslo universitetssykehus

² Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

³ Kvinneklubben, 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 $pH \leq 7.10$ 3.2 (95 % konfidensintervall [KI]: 2.0–5.7) sammenlignet med referansegruppen. For nyfødte med tilsvarende laktat og forløsningsstid > 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}, Heimisdóttir, 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^{3,8}, Kongsgaard, Ulf⁹, 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 Kvinneklivnikken, 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 bekkenbunnsmuskulatur 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 levator diameter 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 levatorhiatus diameter fra hvile til kontraksjon var 6,2 til 4,7 cm, p<0,001.

Levator hiatusareal 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 levatorhiatus diameter 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: Operasangere hadde god kontraksjonsevne i bekkenbunnsmuskulaturen. 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 levatorhiatus diameter 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 Perlesespiral

Ballerine perlesespiral 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 skelett 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:

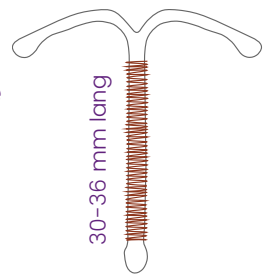
1. Vi kommer til deg og instruerer deg på din egen klinikk.
2. Vi utfører instruksjonen digitalt.

Bestill et møte:
sales@solann.se

IUB™ Ballerine
15 mm diameter



T-formet
28-32 mm bred



30-36 mm lang



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

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

¹ Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus

² Nasjonalt forskningscenter for kvinnehelse, Kvinneklubben, 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 avvente 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 obstetikk (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 obstetikk.

P14 Reproduktive 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

¹ Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Oslo, Norge

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

³ Clinic 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 høyelekkerte 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 Kvinneklubben, Oslo Universitetssjukehus

² Senter for fostermedisin, St Olavs Hospital

³ Institutt for klinisk- og molekylærmedisin, NTNU

⁴ Kvinneklubben, Stavanger universitetssjukehus

Bakgrunn: Vurdering av den proksimale delen av fosterhodet over symfyen 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 symfyen, og sammenlignet med den distale delen under symfyen (angle of progression, AoP). SDA ble målt som vinkelen mellom en linje gjennom symfyen og tangenten til øvre del av fosterhodet, og AoP ble målt som vinkelen mellom den samme linjen gjennom symfyen og tangenten til nedre del av fosterhodet. To ulike undersøkere utførte en reproducerbarhetsundersøkelse 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 Eyjolfsdottir, 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 obstetrikk og gynekologi, Sørlandet sykehus HF Arendal

²Forskningssenheten, 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 tubeforment 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 (myometriet) og Novosyn 2-0 (serosa). Blindtarm med begynnende perforasjon ble fjernet. Pasienten observeres nå videre etter retningslinjer ved PPRM.

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 midtklavikulær 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 Færø¹

¹Kvinneklubben, 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

¹Kvinneklubben, 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 Kvinneklubbens FOU for kvalitetsprosjekt. Vi ønsker å presentere antall og type inngrep for dysmenorediagnoser (kode N94.4-N94.6) og endometriosediagnoser (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, Bø, 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

²Kvinneklinikken, 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}.

¹ Department of gynaecology and obstetrics, Haukeland University Hospital

² Department of clinical science, University of Bergen

³ Department 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; Bø, Kari^{1,2}; Ellström-Eng, Anna-Marie^{1,3}; Sifarikas, Franziska^{1,3}

¹ Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology

² Norwegian school of Sport Science, Sports Medicine

³ University 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 (SD 1.7), 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 (\leq 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 innleggelseskriterier. 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.