

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

4 • 2022

Gynekologen om Assistert befruktning



Assistert befruktning:
En oversikt over dagens behandlingsmetoder s. 26

Korrekt ultralydmonitorering av syklus s. 28

Eggdonasjon, hvor står vi i dag? s. 30

**Hans Ivar Hanevik om
fertilitet, evolusjon og tilfeldigheter** s. 32



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

INNHOOLD

REDAKTØR 5

LEDER 7

NGF-STYRET

Nytt fra NGF-styret 8

Styret i Norsk gynekologisk forening 8

Referat generalforsamling NGF 2022 10

Medredaktør søkes (Associate Editor) for Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 15

FUGO

Kjære FUGO-folk! 16

Abstrakt-konkurranse: Vinn reisestipend til NFOG-kongressen! 16

ENTOG 2022 vel overstått 18

Referat generalforsamling FUGO 2022 20

SPECIALITETSKOMITÉEN

Siste nytt fra spesialitetskomiteen 24

FAGLIG PÅFYLL

Assistert befruktning: En oversikt over dagens behandlingsmetoder 26

Ultralydmonitoring av syklus under fertilitetsbehandling 28

Ny Bioteknologilov 2020 – Hva tilbys nå i offentlig regi? 30

Fertilitetsbehandling, evolusjon og tilfeldigheter - Et intervju med Hans Ivar Hanevik 32

Nær dobbelt risiko for hypertensjon og preeklampsi i IVF-svangerskap med bruk av fryst embryo 36

PHD

Kjersti Westvik-Johari: Perinatale utfall etter assistert befruktning 38

ÅRSMØTET 2022

Rapport fra årsmøtet NGF 2022 40

Gynekologiens røst 44

Priser 46

REISER, KURS OG KAMPANJER

«Trygge hender» er i gang! 52

GYNEKOLOGER IMELLOM

Noreg må endre abortlova for å vera i tråd med nye guidelines frå WHO 54

SPIOMET4HEALTH: en klinisk studie for unge kvinner med PCOS /PCOS-liknende symptomer! 55

Parlamentet i England går inn for tidlig abort via telemedisin 55

AOGS 57

GYNEKOLOGEN

- er et uavhengig tidsskrift.

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

RUMI® II SYSTEM CooperSurgical®

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

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



ELEKTRODER TIL KONISERING

- Variert utvalg av elektroder i forskjellige fasonger og størrelser

- Fisher Cone elektrode
- Loop elektrode
- Kule elektrode



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

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Tale Meinich
LIS Ahus
tmeinich@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Mina Eskeland
LIS OUS
m.eskeland@hotmail.com

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

Nettredaktør

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

Layout, annonsesalg og produksjon

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

GYNEKOLOGEN på internett

gynekologendigital.no
legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2023

Nr. 1 15. februar
Nr. 2 15. mai
Nr. 3 9. september
Nr. 4 4. november

Opplag: 1400



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

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



Et lite vagitorie med dobbel effekt

Hovedsakelig
ANDROGENE
effekter

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

KOMPLETTERENDE
effekter av østrogener
og androgener

- Påvirker epitelet, lamina propria og muscularis
- Vaginal gjenomblødning

Hovedsakelig
ØSTROGENE
effekter

- Vaginal pH



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

Intrarosa «Endoceutics»

ATC-nr.: G03XX01

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

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

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

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

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

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

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

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Vaginalskylning.

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

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

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

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

Basert på SPC sist endret 12/2019

AVIA PHARMA

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



Ta interessen på alvor!

Jeg fikk nylig gleden av å intervju Hans Ivar Hanevik. Han er fertilitetsspesialist, gynekolog, forsker og medlem av bioteknologirådet. Jeg var nysgjerrig på hvorfor han valgte akkurat fertilitetsmedisin, og etter litt spørring og graving fikk jeg svaret.

Kapittelet om fertilitetsmedisin vekket rett og slett interessen hans som ung medisinstudent, i mye større grad enn alt annet. Han trengte ikke repetere disse sidene til det kjedsommelige før han husket stoffet, i motsetning til mye annet som pugges på medisinstudiet. Dette tok han på alvor.

Jeg kjenner meg igjen i beskrivelsen til Hans Ivar Hanevik, og jeg tror mange medisinstudenter opplever at interessen våkner litt ekstra under gyn/obs-terminen. Noen har kanskje fått øynene opp for gynekologi gjennom Medisinstudentenes seksualopplysning (MSO)? Eller er svangerskap og fødsel rett og slett litt ekstra interessant (jeg mener, hvem synes ikke det, rent objektivt)?

Vi er uansett heldige som møter relativt interesserte og motiverte studenter på klinikkene. Jeg har inntrykk av at mange av dem har gledet seg i flere år. Det opplevde jeg både

på eget studentkull og nå fra «den andre siden.» En sjelden gang møter vi også de som er ekstra interessert, som har lest læreboken på forhånd og kanskje drømmer om å bli gynekolog.

Og jeg er enig med Hans Ivar Hanevik. Slik interesse skal tas på alvor! Det er ikke bare våre egne rekrutteringsproblemer som gjør at vi bør la disse studentene palpere leier, prøve seg med ultralydmaskinen og sette inn massevis av spiraler. Vi kan også avhjelpe fastlegekrisen. Gode gynekologiske vurderinger i primærhelsetjenesten kan vil avlaste våre egne poliklinikker i fremtiden. Bedre grunnutdanning kan også gjøre at flere pasienter er tilfreds med gynekologisk undersøkelse hos fastleger, mannlige som kvinnelige, for eksempel for celleprøve. Det kan komme godt med, nå som antall kontroller i livmorhalsprogrammet antakelig vil øke i forbindelse med overgang til HPV-basert screening.

Jeg mener at medisinstudentene på mor/barn-termin er ekstra oppvakte, interesserte, forberedte og motiverte for å lære. Bruk det for det det er verdt!

Tale Meinich
Redaktør

Utrogestan® (mikronisert progesteron)

Nyhet!

– innvilget forhåndsgodkjent refusjon*

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

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

Tallet er unøyaktig, og kan være forbundet med usikkerhet.



Kontraindikasjoner: Gulsott. Alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Udiagnostisert vaginalblødning. Karsinom i bryster eller genitaler.

Tromboflebit. Tromboembolilister. Hjerneblødning. Porfyri. «Missed abortion».

Preterm vannavgang (PPROM – «premature rupture of membranes»). Allergi mot peanøtter eller soya.

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

Refusjonskoder:

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

Referanse: 1. Statens legemiddelverk 24.03.2022, ref 21/11227-5: https://legemiddelverket.no/Documents/Offentlig%20finansiering%20og%20pris/Metodevurderinger/U/Utrogestan_PTb_2022.pdf

Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 200 mg

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

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



Kjære vener!

Årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening 2022 er vel overstått! Takk vere strålende innsats frå lokal organisasjonskomité, vitskapeleg sekretær Solveig Bjellmo, og ikkje minst dei langt over tre hundre frammøtte, vart møtet ein dunderende suksess! Til dei av dykk som ikkje var der; fortvil ikkje, det er nytt møte allereie om eit knapt år, då hos våre gode kollegaer i Haugesund!

2022 var året då covidpandemien gradvis slepte taket, og vi starta på den lange vegen tilbake til normalen. Sjølv om vi gjekk inn i året med munnbind, stinkande av billeg desinfeksjon, verkar pandemien allereie som eit fjernt minne. No framstår den meir som ein ubehageleg draum, som har etterlatt oss med lett redusert kognitiv kapasitet og eit uklart bilde av kor nær det er normalt å stå andre menneske når ein snakkar saman. I media verkar amnesien å vere total; vi blir framleis kritiserte for avgjerder vi tok for to og eit halvt år sidan, då italienske menn i femtiåra vart lagt på gangen for å døy på grunn av manglande respiratorkapasitet.

Etterverknadane av pandemien er imidlertid høgst reelle. Vi har eit betydeleg etterslep av behandling, fyrst og fremst innan generell gynekologi, der operasjonar og poliklinikkar har vore nøydd til å vente i kø bak kreft og obstettrikk når sjukmeldingar og smitteverntiltak har desimert kapasiteten vår. Engasjerte kollegaer har fronta kampen for at denne delen av faget må prioriterast, enn så lenge verkar kvinnehelse å vere av begrensa interesse, med mindre det dreier seg om influensarar som vrir begrepet til å passe sine egne kommersielle interesser.

2022 var også året då det fyrste veiledermøtet vart halde på Losby gods, etter mal frå det danske Sandbjergmøtet. Seks kapittel frå veileder i obstettrikk vart gjennomgått, evalueringa av møtet var

gjennomgåande positiv. Generalforsamlinga vedtok i oktober 2021 at Norsk gynekologisk forening skulle legge om arbeidet med veiledarane i gynekologi og obstettrikk, frå periodiske revisjonar av heile dokumenta, til kontinuerleg revisjon på årlege møte. Dette initiativet har blitt lagt merke til utanfor vårt eige fagfelt, vi har blitt invitert til å legge fram våre erfaringar frå dette arbeidet for legeföreninga sentralt.

2023 ser ut til å bli eit spennande år for foreninga og våre mange engasjerte medlemmer. Vi ser fram til det fyrste gynekologiske veiledermøtet, det andre obstetriske veiledermøtet, og basert på erfaringar frå desse vil foreninga arbeide vidare med å utvikle og formalisere forma på veilederarbeidet. I tillegg til det allereie nemnde møtet i Haugesund, er Trondheim vert for NFOG sitt biannuale møte, som vert halde i august 2023, for fyrste gong sidan 2018. Covid sette som kjent ein effektiv stoppar for det planlagde møtet i Reykjavik i 2021. 2023 blir også fyrste gong det blir halde eit anbefalt kurs i tidleg ultralyd og fosterdiagnostikk for LIS. Dette har kome inn i læringsmåla som konsekvens av innføringa av tidleg ultralyd til alle gravide, men har også potensiale til å auke den generelle ultralydkompetansen. I takt med framstega innan maskinvare blir ultralyd eit stadig viktigare verktøy for gynekologar; den einaste kirurgiske spesialiteten som beherskar sin eigen bileddiagnostikk!

Takk for eit 2022 der vi definitivt har vore på rett veg på mange felt, med ynskje om at framgangen skal halde fram inn i 2023!

Ragnar Kvie Sande
Leiar NGF

Kjære vener!

Styret si hovudoppgåve denne hausten, som så mange andre haustar før, har vore arbeidet fram mot årsmøtet 2022 i Kristiansand. Takk vere strålende innsats, særleg frå vitskapeleg sekretær Solveig Bjellmo, men med viktige bidrag frå resten av styret, vart dette møtet ein formidabel suksess. Enkelte meinte til og med at det var betre enn møtet i fjor, men desse personane var ikkje edru då desse openbart feilaktige påstandane vart ytra, så det er liten grunn til å feste lit til desse.

Foreninga har vore tydelege i media denne hausten, der fleire medlemmer har vore på riksdekkande fjernsyn for melde om at vi, berre to og eit halvt år etter stortingsvedtaket, nesten er i mål med å tilby tidleg ultralyd til heile folket. Våre medlemmer har også engasjert seg i kampen for ressursar til å hente inn etterslepet etter covidpandemien, særleg innanfor generell gynekologi. Styret har, saman med engasjerte medlemmer, forfatta eit innlegg i Overlegen om rekrutteringa til faget, som har blitt svært godt mottatt (Bent Fiane sa i alle fall at han likte det).

Styret har lagt ned ein del arbeid i å legge om frå det kommersielle regnskapsbyrået vi har nytta oss av dei siste åra, til ei ordning

legeföreninga tilbyr sine medlemsorganisasjonar. Vi har stor tru på at dette vil gjere ting både enklare og rimelegare for Norsk gynekologisk forening, men sjølv overgangen syner seg å bli ganske arbeidskrevande. Vidare har vi arbeidd med ei nettløysing som vil gjere tidlegare utgaver av gynekologen meir tilgjengelege, med høve til å søke på dei viktigaste artiklane. Leiar kan ikkje vere den einaste som fortvilt har prøvd å hugse i kva for eit nummer av Gynekologen ein kunne finne Kåre Augensen sin artikkel om fødselsmekanikk, Mette Moen sin artikkel om hormon, eller bokanmeldelsen av "Emma går til doktoren".

Vi får framleis godt formulerte innspel frå engasjerte medlemmer som ynskjer at styret tar tak i viktige saker. Desse tar vi alltid på største alvor, og sjølv om vi ikkje alltid svarar neste arbeidsdag (styret har ca. fem møte per år), og sjølv om vi ikkje alltid kan levere noko god løysing på problema som blir tatt opp, kjem vi alltid med eit gjennomtenkt svar, og ynskjer slike initiativ velkomne også i 2023.

Ragnar Kvie Sande
Leiar NGF

Styret i Norsk gynekologisk forening



Ragnar Kvie Sande
Leiar NGF

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



Kirsten Hald
Nestleiar NGF

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



Solveig Bjellmo

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



Kristine Amundsen
Kasserer NGF

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



Yngvild Hannestad
PSL/avtalespesialist.

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



Morten Kvello
FUGO-representant NGF

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

Gelisse
Østrogen

ATC-nr.: G03CA04.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Behandling ved vaginal atrofi

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

EFFEKT
Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹-⁴

SIKKERHET
Ubetydelig systempåvirkning takket være lav dose¹,⁴

VAGINALGEL
Adhesiv, smørende og lindrende¹

RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL

Gelisse®

50 µg østriol/g vaginalgel

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


Referat generalforsamling Norsk Gynekologisk Forening

27.10.2022

Sted: Kristiansand

Tilstede: Styret i NGF: Ragnar Kvie Sande, Kirsten Hald, Solveig Bjellmo, Kristine Amundsen, Yngvild Hannestad, Inga Thorsen Vengen, Tale Meinich.

Det registreres 54 stemmeberettigede medlemmer tilstede, inkludert styret.

Valg av dirigent: Ragnar Kvie Sande, valgt ved akklamasjon.

Valg av referent: Morten Kvello, valgt ved akklamasjon.

Valg av protokollunderskrivere: Marit Lieng og Pepe Salvesen, valgt ved akklamasjon.

Avholdt minnestund over følgende medlemmer som har gått bort siden siste generalforsamling:

Bente Inger Askbo, Svanhild Brundtland, Knut Edvard Dalaker, Fridtjof Jerve, Sigurd Kulseng-Hanssen, Narve Sverre Moe, Per Tore Nordmark, Lasse Paulsen, Cathrine Holmsen Rafaelsen, Magnar K. Ulstein

Regnskap og budsjett

Redegjørelse ved Kristine Amundsen.

Aktivitetsregnskap 2021 er gjennomgått og signert av desisorer Kathrine Woie og Runa Sigrid Aabø.

Aktivitetsregnskap 2021:

	Regnskap 2021	Regnskap 2020	Regnskap 2019	Regnskap 2018	Endringer 2020-21
Sum inntekter	4 003 801	2 648 884	3 346 207	3 096 340	+1 354 917
Sum utgifter	3 632 096	2 066 011	2 551 864	2 605 617	+1 566 085
Aktivitetsresultat	371 706	582 874	794 343	490 723	- 211 168

Kommentarer til regnskapet: Fjerde året med positiv budsjettbalanse. Økt inntekt da årsmøtet igjen ble arrangert, med svært høy deltakelse og ekstrakontingent ble videreført. Utgiftene har økt pga. mer aktivitet, prisstigning og frikjøp av leder.

Revidert budsjett 2022

	Regnskap 2020	Regnskap 2021	Budsjett 2022	Budsjett 2022 Revidert
Sum inntekter	2 648 884	4 003 801	3 300 000	3 425 000
Sum utgifter	2 066 011	3 632 096	2 880 000	3 400 000
Resultat	582 874	371 706	420 000	25 000

Det redegjøres for endringer og rationale for dette. Basert på regnskapet for 2021. Ny kostnad knyttet til egen nettside for gynekologen. Dette for å kunne gjøre tidligere artikler fra gynekologen tilgjengelig. Samme utvikler som barnelegeforeningen. Utgjør en engangsutgift og vedlikehold vil trolig dekkes av annonseinntekter.

Budsjett 2023

	Regnskap 2021	Budsjett 2022 Revidert	Budsjett 2023
Sum inntekter	4 003 801	3 425 000	3 425 000
Sum utgifter	3 632 096	3 400 000	3 250 000
Resultat	371 706	25 000	175 000

Inntekter og utgifter så og si likt som i revidert budsjett for 2022. Ønsker fortsatt ekstrakontingent på grunn av usikre tider med økte priser og inflasjon. Lagt opp til nøkternt budsjett.

Regnskap 2021, revidert budsjett 2022 og budsjett 2023 vedtas i sin helhet ved akklamasjon.

Ekstrakontingent på kr 600,- pr medlem vedtatt uendret fra 2022 ved akklamasjon.

Årsrapporter fra NGFs undergrupper

Disse er presentert i siste utgave av Gynekologen. Det er ingen kommentarer fra generalforsamlingen.

Saker til generalforsamling
1. Informert samtykke i akutte situasjoner i fødselshjelp

Solveig Bjellmo redegjør for gruppe som har jobbet med samtykke akutsituasjoner i fødselsomsorg. Dette har sin bakgrunn i et brev fra fødselsleger i Norge med ønske om en prinsipiell debatt om samtykke i akutt fødselshjelp, i etterkant av mediasak fra 2021.

Mandat fra NGF:

1. NGF ønsker ikke at gruppen går inn i den konkrete saken som tas opp i henvendelsen NGF har mottatt.
2. NGF ber gruppen se på om man kan forbedre informasjon til gravide innenfor dagens rammer, slik at disse kan stille best mulig forberedt til fødsel, både når denne går ukomplisert og der operativ forløsning blir nødvendig.
3. Hvis gruppen avdekker punkter hvor dagens lovverk er uklart eller i utakt med gjeldende praksis, ber NGF om at gruppen spiller dette tilbake til styret.

Medlemmer: Rande Mette Steen (Førde), Janne Rossen (Kristiansand), Eirin Haugli Falch (Tromsø), Solveig Bjellmo (Ålesund), Eline Skirnisdottir Vik (Den norske jordmorforeningen). Siren Bergesen (brukerrepresentant).

Det er gjennomført tre møter digitalt, og gruppen har vært i kontakt med helsedirektoratet og legeföreningen. Man har sett på lovverk og forsøkt å kartlegge hvilken informasjon som faktisk finnes.

Forslag fra gruppen: sjekklister som skal formidles i kommunehelsetjenesten.

- Forekomst og statistikk. Forekomst av igangsettelse, operativ forløsning, keisersnitt, blødning og ev. rifter.
- kort om prosedyrene; vakuumpompe, tang og keisersnitt
- tidsperspektivet under slike hendelser: endret kommunikasjon og behov for rask handling
- fødebrev
- debrief: 3 måneders kontroll med helsesykepleier, henvises til jordmor på helsestasjonene som ev går videre med henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet har laget høring om fødselsomsorg. Gruppen og NGF vil komme med innspill til høringsutkast og flette inn forslag basert på arbeidet som er gjort.

Innspill fra generalforsamlingen:

- er evidensen for informasjonen vi skal gi god nok?
- E-læringskurs. Videoer? Informasjon på Helsenorge.no.
- Kapittelansvarlig kan lage informasjonsmaterieil som gis ut. Kan gis ut ved tidlig UL eller rutine-UL.
- Får allerede informasjon om normal fødsel, må også få informasjon om unormal fødsel.

2. Omlegging til veiledermøte.

Ragnar Sande redegjør for saken. Etter vedtak på generalforsamlingen i 2021 ble det våren 2022 gjennomført pilot for veiledermøte i obstetrikk, med gode tilbakemeldinger.

Styret i NGF har utarbeidet forslag til retningslinjer etter innspill fra kapittelredaksjonen og kvalitetsutvalget. Disse ble lagt ut på nettsidene til NGF i forkant generalforsamlingen. Det er kort tid siden første pilot ble gjennomført og tilbakemeldinger fra kvalitetsutvalget er nylig forelagt styret. Styret ber om mandat til å utvikle dette dokumentet videre i samarbeid med kvalitetsutvalget og redaksjonene for veilederne i gynekologi og obstetrikk, at dette sendes på høring til medlemmer og legges fram for generalforsamlingen i 2023.

Styret hadde opprinnelig bedt generalforsamlingen ta stilling til om en skulle ha avstemning eller konsensus på veiledermøtene. Det har kommet tilbakemelding fra redaksjonen i obstetrikkveilederen der man ønsker at flere av punktene blir åpnet for debatt og avstemning.

Dokumentet gjennomgås i sin helhet og diskuteres. Følgende punkter er oppe til avstemning:

“Møtene søkes godkjent som anbefalte kurs i LIS-utdannelsen”

Kommentarer fra salen:

- Som i Danmark. Innspill om at dette vil medføre mye byråkrati.
- Hvert sykehus må sende overleger og LIS
- få det godkjent som læringsmål eller aktivitet.
- søke penger for å dekke deltakelse for LIS andre steder.

Avstemning: Fjerne: 33. Beholde: 7. Avholdende: 7. Punktet “Møtene søkes godkjent som anbefalte kurs i LIS-utdannelsen” ble således vedtatt fjernet.

“Hovedforfatterne har ansvar for at det gjøres en konsekvensvurdering av ressursbruk i klinikkene før endringer og nye retningslinjer innføres, eventuelt at medlem med erfaring fra ressursstyring på klinikknivå deltar i kapittelgruppen”

Kommentarer fra salen:

- det diskuteres balansen mellom faglig økonomi og anerkjennelsen av at innføring av retningslinjer påvirker økonomi og prioriteringer.
- For noen kapitler vil dette være særlig viktig: kriterier for induksjon og overtidig svangerskap, og da bør det diskuteres. Ikke naturlig for alle kapitler.

Avstemning: Fjerne 48. Beholde: 0. Avholdende: 2. Punktet “Hovedforfatterne har ansvar for at det gjøres en konsekvensvurdering av ressursbruk i klinikkene før endringer og nye retningslinjer innføres, eventuelt at medlem med erfaring fra ressursstyring på klinikknivå deltar i kapittelgruppen” ble således vedtatt fjernet.

“Det åpnes ikke for benkeforslag”

Kommentarer fra salen:

- ble ikke brukt.
- redd for at det skal fremmes forslag som der og da virker gode, men som ikke er tilstrekkelig vurdert/gjennomtenkt
- Det gir en fleksibilitet. Viktig å få gjennom kapitlet.
- Kan ha regler for benkeforslag.

Avstemning: Fjerne: 48. Beholde: 0. Avholdende: 2. Punktet “Det åpnes ikke for benkeforslag” ble således vedtatt fjernet.

Konsensus vs avstemning:

Avstemning: “Der det finnes flere ulike forslag til et punkt avklares dette ved avstemning og simpelt flertall. Når kapitlet er gjennomgått og enkeltpunktene er avklart stemmes det over godkjenning av kapitlet som helhet.”

Konsensus: "Som hovedregel skal Veiledermøtet forsøke å komme til konsensus ved diskusjon. Avstemning kan benyttes der det ikke foreligger klar evidens og retningslinjen baseres på erfaring."

Avstemning: Avstemning: 21 (med leders dobbeltstemme). Konsensus: 20. Avholdende: 7 Teksten "Der det finnes flere ulike forslag til et punkt avklares dette ved avstemning og simpelt flertall. Når kapittelet er gjennomgått og enkeltpunktene er avklart stemmes det over godkjenning av kapittelet som helhet." ble således vedtatt.

Omlegging til veiledermøte som arbeidsform: For: 46. Mot (for gammel arbeidsform): 0. Avholdende: 0

Dokumentet slik det foreligger etter avstemning om de enkelte punktene gjelder nå som retningslinje for kommende år, og styret får mandat til å videreutvikle dokumentet til neste års generalforsamling. Dette vedtas ved akklamasjon.



Marit Lieng (sign)

Morten Kvello (sign)



Pepe Salvesen (sign)

Medredaktør søkes (Associate Editor) for *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*

I overensstemmelse med NFOGs vedtekter er det bruk for en ny norsk Associate Editor ved *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* (AOGS) per 3. mars 2023. Redaksjonen består av Chief Editor, Deputy Chief Editor, Assistant Chief Editor, en redaksjonssekretær (Editorial Manager) og 13 nasjonale redaktører, hvorav tre utnevnes av NGF. Oppnevning skjer for 4 år med mulighet for forlengelse i ytterligere 2x2 år, dvs. maksimalt 8 år.

AOGS er inne i en meget positiv utvikling med et stigende antall tilsendte manuskripter og en impaktfaktor som nå er 3,8. Sjefsredaktør Ganesh Acharya trenger nå ytterligere én medredaktør fra Norge.

De nasjonale redaktører får hvert år tilsendt mellom 20 og 50 manuskripter til vurdering og utpeking av fagfellevurderere (peer review). Der er et tett samarbeid mellom sjefsredaktøren og de nasjonale medredaktører samt redaksjonssekretæren, og det avholdes to felles redaksjonsmøter per år. Manuskripter allokteres til de nasjonale redaktører med hensyn til deres spesialkompetanse. Akademiske kvalifikasjoner er en forutsetning for ansettelse. Redaksjonsarbeid gir erfaring og innblikk i vitenskapelig publikasjonsarbeid og er en meritterende akademisk innsats.

Redaktørens utgifter dekkes gjennom NFOGs budsjett hvor der hvert år avsettes opp til NKR 35.000, delvis basert på antall behandlede manuskripter, dekning av diverse utgifter som datautstyr og lignende, samt kongress- og reiseutgifter i relasjon til redaksjonsarbeidet. Redaksjonsmøter dekkes separat.

Av hensyn til å sikre en så bred faglig representasjon som mulig i den samlede nordiske redaksjonen vil en søker med særlig erfaring innenfor perinatal epidemiologi, maternell medisin eller generell obstetikk og gynekologi bli foretrukket.

Samtidig tilstreber redaksjonen at det er en bred geografisk representasjon blant det enkelte lands redaktører.

Hvis du er interessert i å høre mer om det spennende og givende arbeidet som ligger i AOGSs redaksjonelle prosess og bidra til tidsskriftets – og dermed vår spesialitets – fortsatte positive utvikling i Norden, kan du kontakte enten sjefsredaktør Ganesh Acharya eller NGFs leder.

Søknadsfrist 05.01.2023

Med vennlig hilsen
Ragnar Kvie Sande
Leiar NGF

thermo scientific



sFit-1
PIGF
PAPP-A

Complete pre-eclampsia portfolio

Reliable first trimester screening and improved diagnosis and short-term prognosis > 20 weeks of gestation



B·R·A·H·M·S biomarkers PAPP-A, PIGF and sFit-1
Outstanding precision and long-term stability



B·R·A·H·M·S Fast Screen pre I plus
CE marked software for risk assessments



B·R·A·H·M·S KRYPTOR systems
Fast, precise and easy biomarker measurements

Your ACCESS to an
interactive e-detail

Get more information on
pre-eclampsia management
throughout pregnancy



prenatal.world-of-
biomarkers.com
Pin code: ratio01



For mer informasjon kontakt Thermo Fisher Diagnostics AS,
Tlf: 23 00 99 00 | eMail: no.cdd@thermofisher.com

Products are CE marked but not 510(k)-cleared and not available for sale in the U.S. Availability of products in each country depends on local regulatory marketing authorization status.

© 2021 Thermo Fisher Scientific Inc. All rights reserved. All trademarks are the property of Thermo Fisher Scientific and its subsidiaries unless otherwise specified. KRYPTOR is a trademark of Cisbio Bioassays, licensed for use by B·R·A·H·M·S, a part of Thermo Fisher Scientific.

ThermoFisher
SCIENTIFIC

Kjære FUGO-folk!



Øystein Bergøy
FUGO-leider

Takk for eit godt årsmøte til dokker som var der!

Me hadde eit veldig godt og populært kurs dagen før årsmøtestart, med gode formidlarar som kan sitt fag. Det at hormoner, som var kursets tema, er noko som engasjerer og mange ønsker å læra meir om er tydeleg. Kurset hadde lang venteliste, og me har fått ein del tilbakemeldingar på at dokker synest me skal prioritera lis over overlegar på framtidige FUGO-kurs. Me tek dette med oss. Innspel til framtidige kurs mottas også med takk. Det enklaste er å skriva til oss på facebookside vår.

Formøtet var det også godt oppmøte på. Me fekk høyra eit engasjerande og til tider sjokkerande foredrag om Lill Nyfløt sine opplevingar som obstetrikar for Leger utan grenser. Det å høyra

om menn som må godta naudsynnte og livsviktige akutte inngrep, og om teknikkar for å få ut avdøyde foster fordi keisarsnitt er farleg med begrensa oppfølgingsmoglegheiter, var sterk kost. På møtet fekk me elles endra på vedtektene våre slik det stod foreslått i førre nummer av gynekologen. Referat og endringane vil også bli lagt ut på våre nettsider som du finn i eiga fane under NGF sine sider. Me fekk valgt inn to spennande nye medlemmer i styret som me gler oss til å bli kjent med! Sukhjeet Bains frå Drammen og Are Adam Woyseth Larsen frå Skien. Hjarteleg velkomne skal dokker vera!

Til slutt ønsker eg alle deltakande sjukehus lukke til med deltakinga i kampanjen vår Trygge Hender. Denne starta 1. november med ein meget god pre-kick-off under årsmøtemiddagen. Eg håper alle får satt av tid til å gjennomføra den, slik at me kan heva dugleikane til våre medlemmer i palpasjon under fødsel og vaginal forløyning.

Ønskjer alle ei god jul og godt nyttår!

Øystein Bergøy

Abstrakt-konkurranse:

Vinn reisestipend til NFOG-kongressen!

NFOG-kongressen arrangeres neste år i Trondheim, og går av stabelen 27.-30 august 2023. NGF og FUGO utlyser nå en konkurranse der leger i spesialisering kan få et reisestipend på opp til kr. 20 000 for deltagelse på kongressen. For å delta må man sende inn sitt abstrakt til NFOG, og samtidig sende abstraktet til Morten Kvello (m.kvello@gmail.com) i FUGO-

styret. Det åpnes for å sende inn abstrakt fra 10. desember 2022, og siste frist er 15. februar 2023. Styret i NGF vil gå gjennom alle innsendte abstrakt, og kåre beste abstrakt som får reisestipend. En unik mulighet for LIS til å presentere sin forskning eller kvalitetssikring!



Det krever MOT!

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

Men burde du ikke ta mot til deg?

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

Snakk med pasienten din om overvekt og fedme.



Les mer på
Re-start.no



ENTOG 2022 vel overstått



Siri Juliebø
Sekretær og ENTOG-ansvarlig i FUGO-styret

Norges sykehus! Det har vært utrolig gøy å organisere en slik utveksling når dere, gynekologer og gynekologer «in the making» utover vårt langstrakte land, har stilt opp og tatt så godt imot våre gjester og kolleger! ENTOG-deltagerne kunne rapportere om fine turer, middagsbesøk og spennende opplevelser fra norske fødeavdelinger.

Det var totalt 47 deltagere, som var fordelt utover store og små føde/gyn avdelinger i Norge; fra Bodø i nord til Arendal i sør.

De var utplassert på sine vertssykehus fra mandag til onsdag. De bodde da hos vertsfamilier, som de fleste steder var LIS på

Nå er ENTOG 2022 vel overstått, og det med stor suksess! Vi i FUGO vil rette en stor takk til alle avdelinger og verter som tok imot ENTOG-deltagere i september. Deltagerne gav utelukkende tilbakemelding om positive opplevelser ved alle

avdelingen. Her hospiterte de på sykehusene på dagtid, og LIS i avdelingen organiserte sosiale sammenkomster etter arbeidstid. Alle deltakerne skrøt av sine vertssykehus og vertskap. Vertskapet har også gitt tilbakemeldinger på at dette var en hyggelig opplevelse, så jeg håper og tror at alle har kommet fra ENTOG med gode minner og forhåpentligvis noen nye vennskap.

Torsdag møttes alle deltagerne i Oslo for Meet&Greet, som ble avholdt rundt et storslagent bål på Sognsvann. Heldigvis var værgudene på vår side, og norsk friluftsliv fikk vist seg fra sin beste side. Her ble det pølsegrilling og allsang rundt bålet.

Fredag var det duket for Scientific Meeting, med tema setefødsel. Scientific Meeting var delt i teoretisk del med undervisning om 4-fot setefødsel, dorsal setefødsel og prematur setefødsel, etterfylt av praktiske øvelser med fantomer.

Fredag kveld ble ENTOG Exchange 2022 rundet av med en heidundranes båtfest på Oslofjorden. På MS Nobel ble vi fraktet inn i solnedgangen til rytmen av Shakira og Backstreet Boys, og det ble med trampeklapp slått fast at ENTOG 2022 var en suksess fra start til slutt.



Referat Generalforsamling 26.10.2002

Sted: Kristiansand, Hotell Caledonien

Tid: 17:30-19:00

Styremedlemmer tilstede: Morten Kvello, Øystein Bergøy, Siri Øvereng Juliebø, Cathrine Størksen, Mina Eskeland, Aslak Vimme Solhoff

Ikke tilstede: Ann Cecilie Vaadal

26 deltagere i tillegg til styret

1) Godkjenning av innkalling og sakliste. Valg av ordstyrer (Øystein Bergøy) og referent (Siri Øvereng Juliebø).

2) Styrets arbeid

Styret 2022:

- **Øystein Bergøy:** leder, ENTOG
- **Ann Cecilie Vaadal:** nestleder, kasserer, kurskomite, NFYOG-vara
- **Aslak Vimme Solhoff:** kampanjeansvarlig – “Trygge hender”
- **Mina Eskeland:** Kursansvarlig, utdanningsprisen, medredaktør I Gynekologen
- **Siri Juliebø:** Sekretær, ENTOG, NFYOG
- **Morten Kvello:** NGF-representant, FUGO-teket
- **Catrine Hjelle Størksen:** Endoskopiutvalget, kampanjekomite, vara
- **(Mathias Sonstad:** web- og Facebook-ansvarlig)

Styrets arbeid:

«Trygge hender» - Neste FUGO kampanje

Strukturert utdanning av LIS i fødselsmekanikk og praktisk obstetrikk

- Oppstart 01.11.22. Slipper utdanningsvideoer og testspørsmål i tre moduler gjennom sesongen 2022/2023.
- Ansvarlig «Trygge hender»-instruktører ved hver avdeling i Norges land er trent opp på kurs som ble holdt 24.09 - 25.09.

Ved gjennomført teoretisk materiale, skal LIS gjennomgå strukturert praktisk opplæring med ansvarlig «Trygge hender»-instruktør i følgende obstetriske ferdigheter:

- Palpasjon av fosterhode, fødselsmekanikk, vakuumpompe, tang, skulderdystoci, seteforløsning & tvillinger

FUGO kurs

- Evaluering av årets kurs
Neste år: frist for LIS først slik at LIS har fortrinn, deretter påmelding for overleger
- Forslag til ideer til neste år: infertilitet, gynekologisk ultralyd.

GYNEKOLOGEN

4 utgaver i året

Redaktør Thale Meinich

UTDANNINGSPRISEN

Utdeling ved årsmøte

svar fra 96 LIS fordelt på 26 sykehus

resultat i neste utgave av gynekologen

ENTOG

ENTOG – European Network of Trainees in Obstetric and Gynaecology

- ENTOG exchange 2020 i Bergen ble avlyst grunnet Covid-19 pandemien
- ENTOG exchange september 2022 i Norge. Deltagerne var fornøyde, god innsats fra alle landers avdelinger som stilte opp.
- Neste års utveksling til Birmingham, Storbritannia. Oppfordrer LIS til å søke.

NFYOG

- NFOG kongress august 2023

- NFYOG arrangere 2 sessions og sosial sammenkomst for LIS-leger

- NFYOG webinar mars 2023

NFOG fond: Søknadsfrist 1. mars og 1. oktober hvert år. Få norske søkere – oppfordrer LIS til å søke.

FUGOTEKET

Samling av podcaster, artikler, videoer o.a. som omhandler tema relevant for gyn/føde faget.

Sortert i kategorier som obstetrikk, gynekologi og gynekologisk onkologi

Til bruk på studiedag, forberedelse til operasjon e.l.

NGF

Representerer FUGO i NGF styret. Morten er FUGO representant, og er sekretær i NGF.

Økonomi: fått innvilget økning ilø 2022 fra 60 000 årlig til 120 000 kr årlig

Støtte til kampanje, NFOG konferanse

NGF har jobbet med problemer med rekruttering av gynekologer - funn presenteres på årsmøte.

Høringer. Ny høring om felles kompetansemødel.

3) Regnskap 2021

Gjennomgår budsjett.

Overskudd 12 886 kr.

Regnskap godkjent.

4) Foreløpig regnskap og revidert budsjett 2022

Ligger ann til å gå i overskudd på årets budsjett.

5) Foreslått budsjett 2023

Budsjettet for 5 styremøter a 15 000 kr.

Kampanje 10 000 kr

ENTOG 25 000 kr (dekker utgifter for 2 styremedlemmer til ENTOG UK)

Ymse 10 000 kr

Totalt 120 000 kr

Budsjett godkjent for 2023.

6) Avstemming over saker:

1. Forslag om å leggja til følgjande setning i vedtektene 4.3: "Valg av leder gjøres på generalforsamlingen. Ledervervet varer til neste generalforsamling. Dersom leder trekker seg mellom to generalforsamlinger kan styret selv oppnevne ny leder som sitter til førstkommende generalforsamling. Kun personer som er innvalgt i styret kan velges til leder." – setning kjem etter avsnitt om valgkomite
2. Forslag om å leggja til følgjande setning i vedtektene 4.3: "Valg av ev nye styremedlemmer skjer før valg av ny leder". Setningen skal inn etter "Avstemmingen skjer skriftlig, eventuelt ved akklamasjon"
3. Forslag om å endras setningen i vedtektene 4.3 "Avstemmingen skjer skriftlig, eventuelt ved akklamasjon" til "Avstemming skjer skriftlig, eventuelt ved akklamasjon."
4. Forslag om å sletta setningen i vedtektene 4.3 "Avstemmingen er skriftlig". Dette er setningen som kjem før "hvis et medlem fratrer i valgperioden kan styret finne en kandidat blant FUGO's medlemmer inntil nytt valg neste høst"
5. Forslag om å endra følgjande setning i vedtektene 4.3: "Styret konstituerer seg etter generalforsamlingen med en leder, nestleder og kasserer." til "Styret konstituerer seg etter generalforsamlingen foruten leder som velges på generalforsamling. Styret skal, i tillegg til leder, ha nestleder og kasserer."
6. Forslag om å endra følgjande setning i vedtektene 4.2 frå "Styret består av 6 medlemmer." til "Styret består av 7 medlemmer."
7. Forslag om å stryka følgjande setning frå vedtektene 4.2: «Det velges ett varamedlem til styret. Vara stiller kun på styremøte dersom det er frafall av et ordinært styremedlem. Vara velges for to år. »

Endringer vedtatt ved akklamasjon.

7) Valg av nye styremedlemmer til FUGO

Ann Cecilie Vaadal: valgt for 2 år i 2020, stiller ikke til gjenvalg
Aslak Vimme Solhoff: valgt for 2 år i 2020, stiller til gjenvalg
Catrine Hjelle Størksen (vara): valgt for 2 år i 2021, trekker seg

Valgkomiteen innstiller:

Aslak Vimme Solhoff: stiller til gjenvalg. Ønsker å fortsette med Trygge Hender kampanjen.
Sukhjeet Bains: phd OUS, tidligere jobbet i Arendal, nå Drammen. Spesielt opptatt av Kvinnehelse.
Are Adam Woyseth Larsen: jobbet Hønefoss, bytter til Skien. Erfaring fra organisasjonsarbeid.

Vedtar innstillinger ved akklamasjon.

Valgkomiteen innstiller Øystein Bergøy som videre leder i FUGO.

Vedtar innstilling ved akklamasjon.

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



Møter du par eller single med barneønske?

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

Vårt tilbud:

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



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

MEDICUS

- Spesialister i gynekologi og assistert befruktning

Trondheim
Beddingen 8,
7042 Trondheim

Oslo
Stortingsgata 30,
0161 Oslo

Stavanger
Haakon VIIs gate 7,
4005 Stavanger

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

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

Siste nytt fra spesialitetskomiteen



Christine Hancke

Leder av Spesialitetskomiteen

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til alle involverte i et strålende gjennomført årsmøte! Det var veldig bra faglig innhold og hyggelige sosiale arrangementer! For oss var det veldig hyggelig å gi forbildeprisen til en dyktig kollega og stort forbilde, som også jobber på Sørlandet, nemlig Astrid Liavaag. Som vi nevnte i talen fikk vi også andre sterke forslag, og vi oppfordrer til at de blir nominert igjen til neste år.

Siden sist har nå endelig nytt læringsmål GYN119, som omhandler tidlig ultralyd og NIPT, blitt godkjent av Helsedirektoratet og trer i kraft 01.09.23. Det samme er nytt nasjonalt anbefalt kurs i spesialiteten, «Kurs i fosterdiagnostisk ultralyd i første trimester».

Nytt i denne sammenheng er også oppføring på nasjonalt anbefalt prosedyreliste: «Fosterdiagnostisk ultralydundersøkelse i 1. trimester, antall 20.» Endringene i nasjonalt anbefalt kursliste og prosedyreliste innføres umiddelbart slik at LIS-ene kan komme i gang med læringsaktiviteter. Kurset skal arrangeres i Stavanger og blir et veldig godt kurs som alle LIS kan glede seg til!

Når det gjelder den endelige kursporteføljen på anbefalte kurs jobbes det fortsatt med denne, men vi håper vi snart er i mål her også.

Til våren planlegger vi nye klinikkbesøk. Det gleder vi oss veldig til! I ventetiden ønsker vi alle en gledelig jul og nyttårsfeiring. Vi sees til neste år!

Vennlig hilsen

Christine Hancke



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

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

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

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

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

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

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

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

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

Assistert befruktning -En introduksjon til dagens behandlingsmetoder

Assistert befruktning omfatter behandlingsmetoder der eggene hentes ut og befruktes utenfor kroppen ved prøverørsbefruktning (IVF), eller der kvinnen tilføres sæd ved inseminasjon (IUI).



Terje Sjørdal

Gynekolog og medisinsk direktør i Medicus

Til hvem?

- Assistert befruktning er nå et tilbud til infertile heterofile par, lesbiske par eller single kvinner, med mulighet for donasjon av enten sæd eller egg. Et heterofilt par defineres som infertile dersom de ikke har oppnådd graviditet etter å ha forsøkt i ett år. Hvis det foreligger en kjent infertilitetsfaktor, slik som egglederskade eller nedsatt sædkvalitet, kan de tilbys assistert befruktning uten å ha forsøkt i et år.
- Dersom kvinnen i et heterofilt parforhold ikke kan bli gravid

med egne egg, kan de nå få tilbud om eggdonasjon. Lesbiske par kan donere egg seg imellom. Single kvinner får ikke tilbud om eggdonasjon.

- Det er alltid legen som velger donor ut fra fysiske karakteristika. Det gjelder både for sæd- og eggdonor. Donors identitet og donorkoden skal ikke være kjent for paret eller kvinnen. Det er kun barnet som kan få vite donor sin identitet, når det fyller 15 år. Eneste unntak er lesbiske kvinner, som kan donere egg til hverandre.
- Det kreves egen godkjenning for å tilby assistert befruktning og for å tilby behandling med donorsæd eller donoregg.

Under beskrives grunnleggende de behandlingsmetoder som gis innen assistert befruktning i Norge i dag.

IUI (Inseminasjon)

IUI innebærer at kvinnen får innført sæd via skjeden til livmorkulen. Kvinnen skal ha åpne eggledere, og kvaliteten på sæden som skal brukes må være god. Ved behandling av single og

lesbiske benyttes donorsæd (IUI_d). Hos heterofile par brukes sædceller fra partner (IUI_h), eller donorsæd hvis mannen ikke er befruktningsdyktig.

Behandlingen gjøres i naturlig eller i lett stimulert syklus (Letrozol, 2,5 mg x 1 i 5 dager fra og med 3. syklusdag). I begge tilfeller gjøres det oppfølging med vaginal UL på syklusdag 10 – 12 for å følge follikkelutviklingen og tilveksten av endometriet.

Målet er å få fram en ledende follikkel og et reseptivt endometrium. Inntil to ledende follikler kan aksepteres. Når den ledende follikkelen har nådd en diameter på minst 17 mm og endometriet en tykkelse på minst 7 mm, setter kvinnen egglosningsprøyte (hCG) etter avtale med klinikken.

Selve inseminasjonen skjer normalt dagen etter, litt ut på dagen (24 – 36 timer etter hCG-sprøyten er satt). Inseminasjonen gjøres med preparert sæd fra donor eller fra partner. Sædcellene føres opp til kvinnens livmorkule ved hjelp av et inseminasjonskateter.

Kvinnen tar deretter s-hCG 14 dager etter inseminasjonen for å sjekke om hun ble gravid.

IVF (Prøverørsbehandling)

IVF, in vitro fertilisering, er et begrep som brukes om behandlingen der kvinnens egg hentes ut og befruktes utenfor kroppen. IVF er et tilbud til infertile par hvor årsaken til barnløsheten er egglederfaktor, nedsatt sædkvalitet, endometriose eller uforklarlig barnløshet. Behandlingen kan også velges av lesbiske par eller single kvinner. Hos dem foregår befruktningen med donorsæd.

Kvinnen stimuleres med FSH-hormonet slik at flere follikler kan vokse, modnes og gi opphav til egg. Når mange follikler vokser samtidig blir østrogenmengden høy tidligere i syklus enn normalt, og dette kan utløse en for tidlig egglosning. Derfor blokkerer man egglosningen med en GnRh-antagonist eller en GnRh-agonist, fram til eggene er klare til å hentes ut og befruktes.

Stimuleringen pågår normalt i 10 dager. Hormonene settes subkutan og av kvinnen selv, men med avtalt dose og til avtalt tid hver dag. IVF-legen bestemmer hvilken dose FSH kvinnen trenger ut fra hennes alder, BMI og eggstokkapasitet (AMH, Anti-Müller hormon). Stimuleringen starter vanligvis på syklusdag 2.

Det gjøres oftest to ultralyder i løpet av stimuleringsperioden, omkring syklusdag 8 og syklusdag 10. Dette kalles monitoreringer. Endometrietykkelse, follikkelstørrelse og antall follikler registreres. Når de tre største folliklene har nådd en diameter på minst 17 mm og endometriet har en tykkelse på minst 7 mm, setter kvinnen egglosnings-sprøyte (hCG) etter avtale med klinikken.

Egguthenting skjer omkring 36 timer etter egglosningsprøyten. Uthenting gjøres ultralydveiledet og transvaginalt i premedikasjon og lokalbedøvelse. Eggene hviler noen timer i inkubator i laboratoriet før de befruktes. Befruktningen gjøres med fryst donorsæd som er tint eller med ejakulert sæd fra partner. Hvis partner ikke har sædceller i sædvæsken, kan vi i noen tilfeller aspirere sædceller fra bitestikkel (Percutan epididymal sperm aspiration, PESA), testikkelvevet (Testicular sperm aspiration, TESA) eller åpne testikkelen og ta ut vevsbiter (Testicular sperm extraction, TESE).

ICSI (Mikroinjeksjon)

Ved normal eller god sædkvalitet tilsettes en viss mengde sædceller til hvert egg (IVF-befruktning). Ved alvorlig nedsatt sædkvalitet befruktes eggene ved hjelp av ICSI-teknikk. ICSI står for intracytoplasmatic sperm injection. Embryologen vurderer da de tilgjengelige sædcellene og velger ut en sædcelle som deretter trekkes opp i en glasspipette og injiseres inn i eggcellens cytoplasma. Prosedyren gjentas til alle befruktningsdyktige egg (MII-egg, egg som har nådd modningsnivået metafase 2) er befruktet. Metoden brukes også der eggene tidligere ikke lot seg befrukte med vanlig IVF-befruktning.

De befruktede eggene dyrkes under kontrollerte forhold i inntil 5 dager. Da har de utviklet seg til en blastocyst. Embryoet, som på dette stadiet (dag 5) kalles blastocysten, føres opp i kvinnens livmorkule ved bruk av et skånsomt mykt kateter (transfer-kateter). Kvinnen tar s-hCG 10-14 dager etter tilbakeføring for å sjekke om hun ble gravid.

Alle kvinner som har vært til prøverørsbehandling får støttebehandling med progesteron etter egguthenting og fram til hCG-testen. Hennes egen progesteronproduksjon er ikke tilstrekkelig, på grunn av selve behandlingen.

Dersom det utvikler seg flere enn ett høykvalitets embryo/blastocyst kan de fryses (vitrifiseres) for tilbakeføring i en senere syklus.

Dersom det utviklers svært mange follikler får kvinnen en alternativ egglosningsprøyte (GnRh-analog) som utløser kvinnens egen LH-topp, som har kortere virketid. Dette gjøres for å forhindre at hun utvikler et ovarie hyperstimuleringsyndrom (OHSS). Alle embryoer fryses da ned for senere tilbakeføring, da oppnåelse av graviditet på dette tidspunktet vil produsere høye nivåer av hCG og dermed kunne initiere en sen OHSS (late OHSS). Dette gjelder generelt, enten det er en IVF- eller ICSI-prosedyre.

Frozen embryo replacement (FER)

FER er betegnelsen på en fryse/tine-syklus. Et fryst og deretter tint embryo føres tilbake til kvinnens livmorkule i en naturlig eller lett stimulert syklus. Monitorering med ultralyd for måling av endometrietykkelsen og follikkelstørrelsen gjøres som beskrevet under IUI. Tilbakeføringen av et embryo skjer den syvende dagen etter at kvinnen satte egglosningsprøyten når det er en blastocyst som tilbakeføres, eller på den femte dagen etter egglosningsprøyte hvis det er et dag 3-embryo som tilbakeføres.

Grunnen til at vi monitorerer både follikkelen og livmorslimhinnen i en fryse/tine-syklus er at vi ønsker å gjøre syklusen så identisk som mulig med den syklusen embryoet stammer fra, og slik synkronisere tilbakesettingen i FER-syklusen med slik det ville vært ved en tilbakesetting i uthentingssyklusen.

Behandlinger gjøres noen ganger i en substituert syklus, hvor endometriet bygges opp og modnes ved hjelp av østradiol og progesteron tilført utenfra. Da er det bare endometriet som monitoreres med ultralyd.

Eggdonasjon

Eggdonasjon er et alternativ for å få barn for par der kvinnen ikke kan bli gravid med egne egg. Det kan skyldes for tidlig menopause med genetisk årsak, sykdom, operasjon eller annen tidligere behandling som har affisert eggstokkene.

Hos heterofile par skjer befruktningen av donoregget med mannen sine sædceller.

Eggene blir donert av kvinner som er rekruttert som donorer ved den enkelte godkjente klinikk, slik som ved de offentlige og de flere private klinikkene i Norge.

Donoregg kan også importeres, men kun fra klinikker i de nordiske land (lovbestemt). Det er altså tillatt å importere donoregg fra samarbeidende klinikker. Eggene kan fryses, transporteres, tines, befruktes og settes tilbake i den kvinnen som skal være mottaker. Som ved sæddonasjon skal også eggdonor være anonym for paret som får donert egg- eller sædceller. Det er kun barnet som blir til etter donasjonen som har rett til å få vite donors identitet, hvis det ønskes.

Dobbeltdonasjon (donasjon av både egg og spermier) er ikke tillatt til andre enn lesbiske par. I et lesbisk parforhold kan altså den ene kvinnen donere egg som befruktes med donorsæd og tilbakeføres til den andre kvinnen.

Single kvinner kan ikke få tilbud om eggdonasjon i Norge. De vil ha behov for både egg og sæddonasjon (dobbeltdonasjon), som ikke er tillatt, unntatt for lesbiske par som nevnt overfor.

Ofte vil donoregg tilbakeføres i en substituert syklus, da mange av disse kvinnene enten ikke har syklus eller har en syklus som kan være vanskelig å bedømme kvaliteten på. Da bygges slimhinnen opp med østrogen tilført utenfra og modnes med samtidig tilførsel av progesteron. I andre tilfeller, slik som hos mange lesbiske par, kan tilbakeføringen skje i en naturlig eller lett stimulert syklus, hvis mottakeren har normal eggstokkfunksjon og syklus.

Vanligvis settes det tilbake en blastocyst i eggdonasjonssykluser, og donoreggene befruktes med ICSI-teknikk.

Til slutt om bestemmelse av IVF-termin (TIVF)

Dersom det settes tilbake en blastocyst på dag 5 og kvinnen blir gravid, sier vi at den dagen hun fikk satt tilbake embryoet var hun fullgått 2 uker + 5 dager gravid. Vi regner oss da bakover til en stipulert dato for siste menstruasjon, ved hjelp av Snurra eller annen kalkulator. Hvis hun fikk satt tilbake et embryo på dag 3, var hun fullgått 2 uker + 3 dager på tilbakeføringsdagen. Vi beregner altså en stipulert dato for siste menstruasjon ut fra embryoets alder ved innsetting.

Ultralydmonitorering av syklus under fertilitetsbehandling

Ultralydmonitorering er en viktig del av forarbeidet for en vellykket prøverørsbehandling, inseminasjonsbehandling, frysesyklus eller en eggdonasjon. Pasienter som er bosatt langt fra klinikken ønsker vanligvis å få gjort monitoreringene hos lokal gynekolog eller gynekologisk poliklinikk, noe som sparer dem for mye tid og penger til reise. Vi henviser derfor disse pasientene til leger eller poliklinikker. Da er det viktig at den som monitorerer er kjent med tanken bak og viktigheten av en slik ultralydmonitorering. Den danner grunnlaget for IVF-legens vurdering av hva som skal skje deretter.



Terje Sjørdal

Gynekolog og medisinsk direktør i Medicus

Det er hovedsakelig to ting som monitoreres:

1. Endometriet – tykkelse (dobbel) og struktur
2. Folliklene – antall og størrelse

Endometriet

Rett etter en menstruasjon er endometriet på sitt tynneste, omkring 2 mm.

Derfra vokser det fram mot eggøsning, som respons på den vedvarende og økende østradiolproduksjonen. Omkring eggøsning vil livmorslimhinnen ha en dobbel tykkelse omkring 10 mm. **Tykkelsen måles fra ytterkant til ytterkant.** Se figur 1.

Strukturen av endometriet endrer seg også, fra hypoekkoent tidlig i syklus til isoekkoent omkring eggøsning, og videre til hyperekkkoent etter eggøsning. Se figur 2.

Etter eggøsning krymper endometriet litt, og det endrer struktur som svar på progesteronpåvirkningen fra corpus luteum. Det er nå klart til å ta imot et befruktet egg. Dersom det ikke oppstår graviditet støtes endometriet ut i form av en menstruasjonsblødning.

Follikler

I en naturlig syklus vil folliklene være små i tidlig follikelfase, omkring 10 mm eller mindre. Som følge av påvirkning fra FSH vil folliklene rekrutteres og begynne å vokse i diameter. I en naturlig syklus vil det deretter utvikles en moden follikkel (dominant follikkel) som vil gå i eggøsning. Den vil da ha en diameter omkring 20 mm.

I en stimulert syklus tilføres FSH utenfra, og seleksjonen av en dominant follikkel brytes. Flere av de folliklene som ellers ville gå i atresi (celledød) vil da vokse og utvikle seg til modne follikler. Når de tre største folliklene har nådd en diameter på minst 17 mm settes hCG som egglosningsprøyte.

Monitorering av folliklene er viktig av minst to grunner:

1. For å finne rett tidspunkt å sette hCG-sprøyte (når de tre største folliklene er omkring 17 mm store)
2. For å vite omtrent hvor mange follikler som det kan forventes at man kan hente ut egg fra. Dette vil være det antall follikler som måler >12 mm den dagen det settes hCG-sprøyte.

Ultralydproben orienteres slik at det beste bildet av follikkelen vises på skjermen.

Det måles to diametere (vinkelrett på hverandre). Målene kan oppgis hver for seg, f.eks. 15 x 17 mm, eller summeres og deles på 2, altså gjennomsnittet = 16 mm.

Dette gjentas på hver av folliklene fra 12 mm og oppover. Se figur 3.

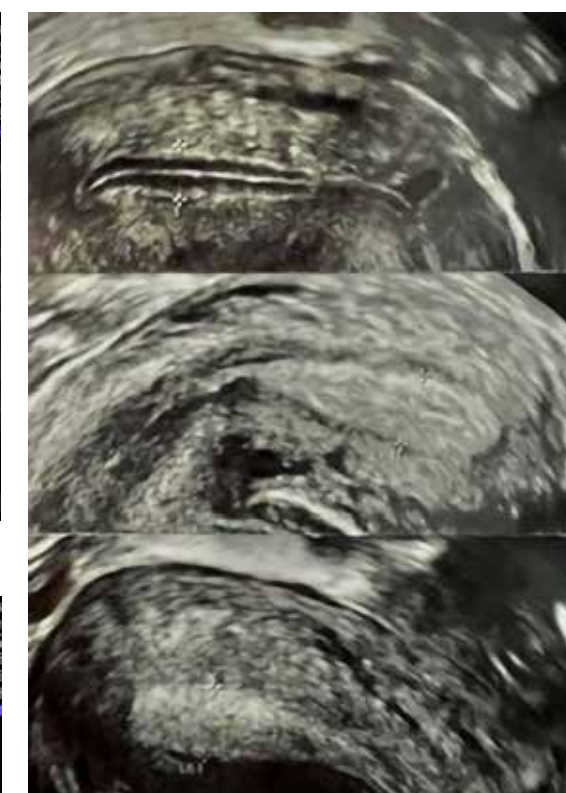
Antall follikler er viktig for å beslutte om det skal gjøres tiltak for å unngå OHSS (hyperstimuleringsyndrom). Eksempler på tiltak kan være å gi en GnRh-analog som egglosningsprøyte i stedet for hCG-sprøyten for å unngå tidlig OHSS, eller å beslutte totalfrys av embryoer for å unngå sen OHSS som følge av en oppstått hCG-produserende graviditet.



Figur 1 - Korrekt måling av endometrietykkelse



Figur 3 - Måling av follikler



Figur 2 - Ekkogenisiteten av endometriet endrer seg gjennom syklus

Ny Bioteknologilov i 2020 – Hva tilbys nå i offentlig regi?



Sigrun Beate Kjotrød

Seksjonsoverlege på fertilitetsklinikken ved St. Olavs hospital

Eggdonasjon

Den første fødselen etter eggdonasjon var i 1983 i Australia. Det skulle altså ta 38 år før vi kunne gå i gang med å etablere et tilbud innen Norges grenser. En kan bare håpe at det ikke tar like lang tid å mobilisere unge (25-35 år) norske kvinner til å donere egg. For oss som har jobbet med infertile i noen tiår er det i alle fall klart at man ikke kan gi en større gave til et par som inderlig trenger og ønsker det. Altruisme og godhet for et medmenneske er ment å være grunnlaget.

Norske myndigheter har vedtatt en, etter min mening, symbolsk kompensasjon på 5% av G per gang, og man kan donere inntil tre ganger. Det gjenstår å se hvorvidt de orker tre ganger. Paradoksalt og urettferdig er det også at en sæddonor mottar 0,7% av G per oppmøte på sykehuset, pluss selvfølgelig alle reiseutgifter. Totalt kommer de fleste som donerer sæd ut med en kompensasjon på 7-8000 kr. Behovet for egg er sterkt økende i hele den vestlige verden og vi ser at mange land da velger å øke kompensasjonen.

En donasjon av egg eller sæd er i Norge en ganske uselvsk handling. Du har verken rettigheter eller forpliktelser overfor barnet, utover at det etter fylte 15 år kan stå på trappa di for å hilse på. Ingen donorer får vite hvorvidt det ble barn eller hvor mange. Alle donorer blir registrert i sentralt egg- og sædgiverregister, som skal sikre sporing hvis barnet skulle ønske det. Det er imidlertid viktig å være klar over at eggdonasjon ikke innebærer noen medisinsk risiko av betydning. Dagens stimuleringsregimer gjør at OHSS-risikoen er nærmest null, og blødninger og infeksjon etter uttak av egg er uhyre sjelden. Man verken taper eller forringer egen sjanse til graviditet ved å donere egg. For de aller fleste innebærer det subkutane injeksjoner i 10-12 dager, og selve inngrepet er forbundet med minimalt med fysisk ubehag eller smerte. Kvinnen får sykemelding etter behov og alle reiseutgifter refundert.

Kvinnens samtykke kan trekkes fram til befruktning av eggene. Enn så lenge er vitrifisering av blastocyster (befruktede egg dag 5-6) en noe mer effektiv og veldokumentert metode enn vitrifisering av ubefruktede egg (eggbank). Donerte egg blir derfor befruktet samme dag. Mottaker får satt inn ett tint embryo, fortrinnsvis i naturlig syklus eller syklus substituert med østrogen.

Avhengig av antall modne egg kan ett uttak vanligvis fordeles til to kvinner. Man kan eventuelt vitrifisere ubefruktede egg i tillegg og oppbevare disse i eggbank til senere bruk. Nedfrosne blastocyster tilhører mottakerparet, og for noen vil det bety mulighet til søskenforsøk. Bioteknologiloven setter grensen for å motta behandling med eggdonasjon i Norge ved fylte 46 år for kvinnen. Eggdonasjon kan ikke tilbys enslige.

Tilgangen på eggdonorer er begrenset, og våre ressurser må etter best mulig evne fordeles til alle pasientgrupper som skal tilbys behandling i offentlig regi.

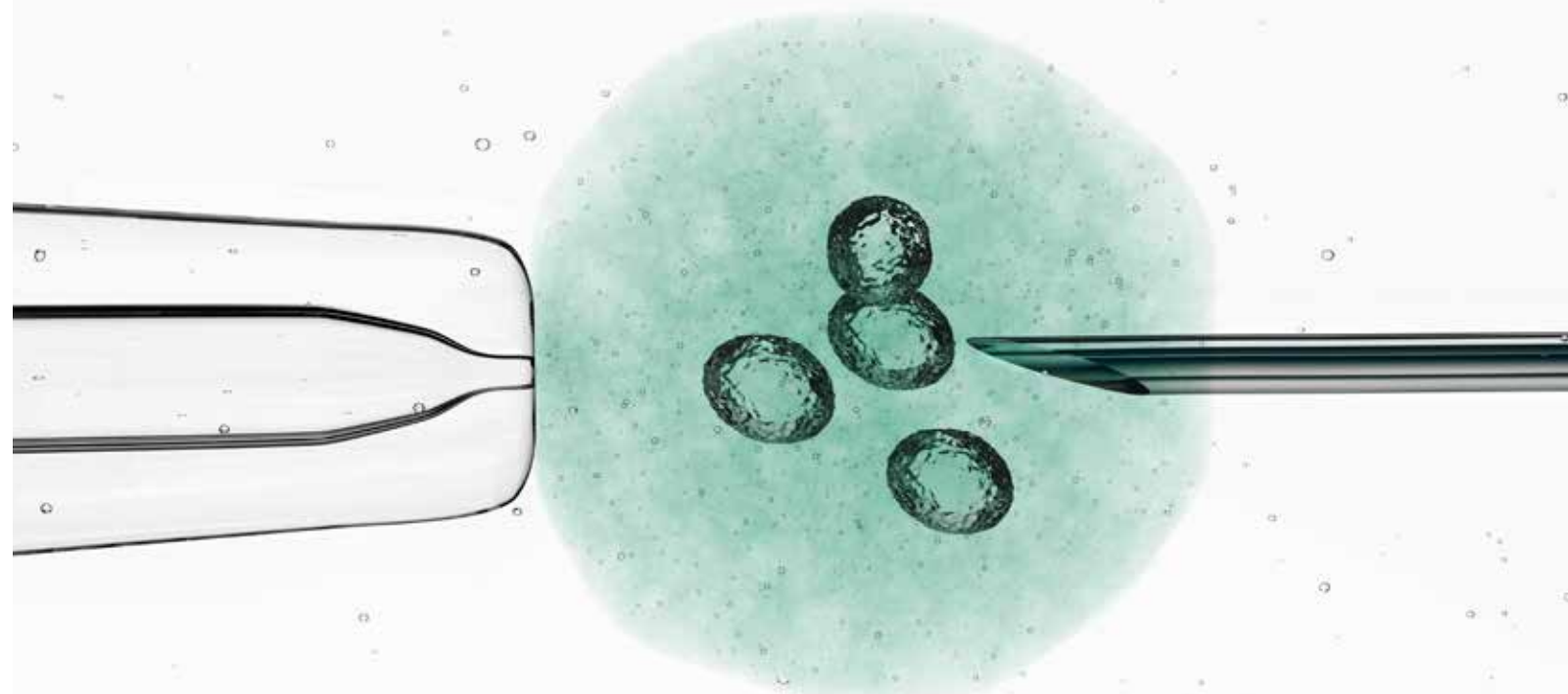
Så langt kan vi derfor tilby eggdonasjon til barnløse kvinner med prematur ovarialsvikt (POF/POI), det vil si før fylte 40 år. Definisjon på POF/POI innebærer fravær av menstruasjon i minst 4 måneder og to ganger målt forhøyet FSH (over 25 IE/l). Årsakene kan enten være gjennomgått kreftbehandling, ovarialkirurgi, autoimmun sykdom eller genetisk årsak. For par som er bærere av alvorlig arvelig sykdom og har for dårlige eggreserver for PGT (preimplantatorisk testing av embryo), kan eggdonasjon også vurderes som et tilbud. Det er økt risiko for blant annet preeklampsi ved eggdonasjon, og alle bør derfor få ASA-profylakse fra uke 12-36. Vurdering av medisinsk egnethet og eventuelle risikofaktorer ved svangerskap blir i enkelte tilfeller en tverrfaglig oppgave (obstetrikker, genetiker, indremedisiner, revmatolog, nevrolog med flere). Vi må påregne å avslå i noen tilfeller.

Vi håper fremtida kommer oss i møte med økende antall eggdonorer. Vi er selvsagt svært glade for at mange private klinikker har svingt seg rundt og dekker et stort behov til kvinner og par som sårt trenger eggdonasjon.

Frys av egg

Bioteknologiloven § 2-11 tillater nå lagring av ubefruktede egg (oocytter) både på medisinsk og ikke-medisinsk grunnlag. Sistnevnte, såkalt *social freezing*, gjøres hyppigst i mangel på partner, evt på grunn av kvinnens ønske om å utsette morskap av karrierehensyn og lignende. Dette omfattes ikke av retten til helsehjelp i pasient- og brukerrettighetslovens kap 2, og må derfor besørges til full egenbetaling. Nedfrysing på medisinsk grunnlag (på grunn av kreft, kirurgi, genetikk og lignende) tilbys ved offentlig klinikk såfremt nytteverdi anses å være rimelig god.

Vitrefiseringsteknologi har de siste 10 årene gjort betydelige fremskritt, og nedfrysing av egg har samtidig økt eksponentielt i både USA og den vestlige verden. Imidlertid er det fortsatt bare knapt 10 % av nedfrosne egg som blir forsøkt brukt i USA og Spania. Ut fra disse dataene vet man likevel at mors alder ved nedfrysning er særdeles viktig for utfallet. Resultatene er også klart bedre hos en frisk mor enn ved en mor med medisinsk årsak til behandlingen. Tilbakeføring av tint embryo kan skje inntil



fylte 46 år hos kvinnen, og kvaliteten anses å være like god ved tining og innsetting som ved nedfrysing. Bioteknologiloven gir fornuftige føringer for frys av egg, med mulighet opp til 35 års alder i de fleste tilfeller. I denne gruppen har man data på at frys av minst 12 modne oocytter gir en rimelig sjanse for suksess. Dersom man venter til kvinnen er 39 år vil man trenge minst 30 nedfrosne oocytter, og dette betyr for de fleste tre eller flere uttak av egg. Nyttverdien for en low-responder-kvinne (1-5 egg hentet ut etter stimulering) som attpåtil er godt opp i 30-årene kan knapt forsvares, etter min mening. Det er særdeles viktig at kvinnene er klar over at frys av egg bør være plan B, det vil si dersom annet slår feil. Dette kan sammenlignes med forsikring: du er aldri fullt dekket. Eggfrys gir ingen garanti for fremtidig barn.

Vitrefiseringsteknologien ved ubefruktede egg er blitt god, men trumfer aldri aldersfaktoren (genetisk forfall i eldre egg). Frys av ubefruktede egg kan tilbys godt informerte, velsituerte og realistiske kvinner inntil 35-38 år, som uansett har en plan om å forsøke å bli spontant gravid så snart som mulig.

Sæddonasjon: også til enslige.

Fertilitetsseksjonen ved St. Olavs åpnet egen sædbank i mai 2021, og åpnet derved for behandling med ikke-anonym donert sæd til enslige, likekjønnede og heterofile. Så langt har vår tilgang på sæddonorer vært tilstrekkelig til å kunne tilby donorsæd uten særlig ventetid, og selvfølgelig til samme kostnad som IVF med egne kjønnseller. Inseminasjon med donorsæd tilbys også der det synes hensiktsmessig. Offentlig sædbank har i alle år eksistert ved Rikshospitalet (RH-OUS). De fleste privatklinikkene importerer sæd fra Danmark.

For å bli godkjent sæddonor må mannen være psykisk og fysisk frisk, velfungerende og i alder 22-45 år. Genetisk sykdom i familie kan kun utelukkes ved anamnese. Vi har ikke anledning til screening med gentest av donorer i Norge. En sæddonor kan maksimalt gi opphav til barn i seks familier i Norge.

Vi forundres noe over den store andel enslige kvinner som søker (over 60%), og har en liten bekymring over at også ganske unge kvinner strømmer til. Samtidig har samfunnet et økende antall menn som ved 45 år fremdeles er enslige og uten barn (25%).

Preimplantatorisk genetisk test av befruktede egg hos par som er bærer av alvorlig arvelig sykdom

PGT (tidligere PGD) kan være aktuelt når:

- En eller begge foreldre er bærer av alvorlig monogen eller kromosomal arvelig sykdom, og det er stor fare for overføring til kommende barn.
- Årsak til sykdom er kjent, og genfeil/kromosomfeil er kartlagt
- Metode for aktuell genetisk diagnostikk kan etableres.
- Den enslige kvinnen eller paret anses medisinsk og psykososialt egnet for assistert befruktning (Bioteknologiloven § 2-6)

Alternativt kan kvinnen få tilbud om fosterdiagnostikk.

Helsedirektoratet har godkjent RH-OUS og St Olavs Hospital for embryobiopsi av blastocyst på dag 5, og for transport av biopsi til henholdsvis Aalborg eller London for genetisk diagnostikk. Suksessraten er avhengig av kvinnens eggreserver og selvfølgelig hennes alder. Genetisk utredning med veiledning og reproduksjonsmessig utredning forutsettes utført lokalt, som tidligere. Den tidligere PGD-nemnda er erstattet av vår aksept av søknad i tverrfaglig team med minimum genetiker og reproduksjonsmedisiner. Andre faggrupper kan trekkes inn ved behov. Utgiftene til behandling dekkes av den offentlige helsetjenesten, men med samme egenandel som ved assistert befruktning.

Pandemien har gitt oss et etterslep av søknader, i og med at færre par har kunnet reise til Brussel eller Stockholm de siste par år.

Avslutningsvis så må jeg si at ny Bioteknologilov har tilført reproduksjonsmedisin en rekke nye og spennende aspekter. Vi på IVF har alltid vært glade i faget vårt, men aldri mer enn nå!

Fertilitetsbehandling, evolusjon og tilfeldigheter - Et intervju med Hans Ivar Hanevik

Hans Ivar Hanevik er overlege på fertilitetsavdelingen ved Sykehuset Telemark og forsker på infertilitet ved senter for fruktbarhet og helse på Folkehelseinstituttet. Dessuten er han medlem av Bioteknologirådet, og dermed mer bevisst enn de fleste på hvordan fertilitetsbehandling kan påvirke samfunnet og selve evolusjonen i fremtiden. Er han optimist eller er han bekymret, og i så fall, for hva?



Tale Meinich

Redaktør og LIS ved Ahus

Det var liten tvil om hvilket fagområde som lokket mest for Hanevik etter endt medisinstudium i Trondheim. Han ble tatt under vingene til fertilitetsmedisiner Jarl A. Kahn etter turnustjenesten i hjemfylket Telemark, og lært opp på fertilitetsavdelingen der. Doktorgraden fra 2014, som omhandlet farmakogenetikken ved ovarieell respons på medisiner gitt ved assistert befruktning, ble utført parallelt med spesialisering i fødselshjelp og kvinnesykdommer. At interessen var genuin er det ingen tvil om, men hvor kom den fra?

– Den sanne historien er at da jeg som legestudent måtte lese veldig mange bøker, må jeg innrømme at jeg ofte greide å lese kun én side før jeg måtte gå tilbake og repetere for å få med meg det som stod der. Men, da jeg kom til prøverørskapittelet, så leste jeg alle 30 sidene uten å måtte repetere en eneste gang, og hadde lyst til å lære mer. Og hvorfor skal man dedikere seg til noe som er en pine å komme gjennom, når noe annet vekker interessen? Så jeg har ikke filosofert så mye over det, utover at det fanget interessen. Og det skal man ta på alvor.

– Men du måtte jo bli gynekolog også, og det rommer jo mye annet enn infertilitet. Hvordan var det?

– Det var helt klart en del «goodwill» på gang for at jeg skulle kunne både skrive doktorgrad, være tilknyttet fertilitetsavdelingen og gå spesialistløpet parallelt. Det var mange som stilte opp. Det er jeg veldig takknemlig for.

Etter at doktorgradsavhandlingen var levert ble Hanevik avdelingsleder på fertilitetsavdelingen i noen år, til han fikk tilbud

om å gå inn i en deltidsforskerstilling på folkehelseinstituttet ved senter for fruktbarhet og helse. Det har gitt ham tid til å bryne seg på de virkelig *lange tankene* innen fertilitetsbehandling.

– Og slike lange tanker er kanskje ekstra relevant innen fertilitetsfeltet?

– Det kan du si. Noe av arbeidet er basert på MoBa-undersøkelsen (1), og jeg har særlig interessert meg for oppfølging av barna som blir født etter assistert befruktning. Vi tar nå inn barna som ble født inn i MoBa til undersøkelse, de er jo blitt over 18 år gamle, for å se nærmere på deres fruktbarhet. En slik intergenerasjonell studie er spennende, og det er få i verden som har den type data.

Ingen evolusjon uten reproduksjon

Haneviks lange tanker om fertilitetsbehandling har ført til internasjonale overskrifter. I 2019 ble hans tanker om hvordan fertilitetsbehandling påvirker selve evolusjonen omtalt i både Daily Mail, Evening Standard, The Times, The Sun, Fox World Media og flere andre internasjonale medier. Temaet kan oppfattes kontroversielt, men utvilsomt aktuelt.

–Arbeidet har fått stor oppmerksomhet, og hvis man googler deg finner man din flammende Ted-talk om samme tema. Hvordan ble du så engasjert i akkurat evolusjon?

– Det hele begynte med en interesse for moderne evolusjonsteori. Der er det mye spennende, blant annet lærebøker i Darwinistisk medisin. I dem la jeg merke til at det ikke var gjort så mye på Darwinistisk medisin og fertilitetsbehandling, noe jeg syntes var overraskende. For, som vi gjør rede for i artikkelen, hvis du påvirker reproduksjonen så påvirker du evolusjonen. Evolusjonen er jo ingen ting uten reproduksjon!

For å finne ut om det faktisk var lite publisert forskning på området eller bare egne litteratursøk som var mangelfulle, henvendte Hans Ivar seg til Jarle Breivik, professor ved Institutt for medisinske basalfag ved UiO. Ytterligere litteratursøk bekreftet at dette var et lite utforsket område, så de bestemte seg for å



1: Besøk fra familien under forvakst på gyn/føde på syttende mai.



2: Klar tilbakemelding fra kolleger dagen etter at nytilsatt avdelingsleder Hanevik erklærte avdelingen for julepyntfri sone. Den beslutningen ble endret.

forfølge tankerekken sammen med to medforfattere.

– Vi skrev en artikkel i 2016 om det rent biologiske, den genetiske evolusjonen, og fikk mye oppmerksomhet rundt det (2). Det er ganske intuitivt at det vil bli en systematisk forskjell i seleksjonspress i assistert befruktning sammenlignet med ved befruktning etter samleie. Det enkleste eksempelet er når sædcellen skal finne veien opp i de kvinnelige genitalia. Det er ganske lang vei å svømme helt ut til egget, så da må du være langdistansesvømmer. Når man derimot som sædcelle blir ejakulert i en liten kopp på en fertilitetsklinikk er det helt andre egenskaper man blir selektert for, nemlig at du er kjapp til å svømme over korte distanser.

I starten av pandemien ble forfatterne kontaktet av Human Reproduction Update, som gjerne ville ha mer «kjøtt på beinet» om temaet. Det førte til en ny artikkel i 2022, som ikke bare omhandlet den biologiske evolusjonen, men også hvordan evolusjonsteori griper inn i samfunnsmessig og kulturell utvikling (3). Og, som Hanevik så elegant forklarer, vil jo disse tingene gripe inn i hverandre, i og med at noe av oppførselen vår er nettopp genetisk betinget. Det var dette de lyktes med å få frem i 2022-artikkelen, skal man tro overskriftene.

Bekymret?

Artikkelen er tydelig på at den ikke er ment som noe argument for å stoppe med IVF, og forfatterne er tydelige på at bivirkninger i neste generasjon ikke er grunn til å holde tilbake behandlingen. De sammenligner dette med at barn av menn som har overlevd testikkelkreft har syv ganger økt risiko for å få testikkelkreft selv, uten at vi lar være å behandle testikkelkreft av den grunn. Men hvor mye av Haneviks forskning er ren vitenskapelig nysgjerrighet, og hvor mye handler om at han er bekymret for konsekvenser i neste generasjon?

– Når vi går inn med ny teknologi må vi alltid ha et blikk for

«Hm... Er jeg bekymret? Jeg synes at vi må holde et ekstra årvåkent øye med disse barna i etterkant.»

hva denne teknologien gjør med oss, både på enkeltpersonnivå, samfunnsnivå og evolusjonsnivå. Hva gjør det med arten, hvis vi nå skal få velge hvilke gener som skal få lov til å gå videre?

– Men er du bekymret?

Hanevik tar intervjuets lengste tenkepause.

– Hm. Er jeg bekymret? Jeg synes at vi må holde et ekstra årvåkent øye med disse barna i etterkant, for å se etter bivirkninger

eller langtidseffekter av assistert befruktning. Det kommer vi ikke utenom.

Fertilitetspasientene - Optimisten versus katastrofetenkaren Selv om ikke Hanevik er uttalt bekymret for fremtiden, kan den pessimistiske lekmann kanskje få inntrykk av at behovet for IVF vil akkumulere over generasjoner, og at det går utforbakke med fruktbarheten vår. Selv om rundt 5% av norske barn og 10% av danske barn i dag fødes etter IVF sover ikke Hanevik dårlig om natta av den grunn. Men, han tror at det at folk har *muligheten til* assistert befruktning gjør noe med hvordan vi tenker om fruktbarhet.

– Det er lett å tenke at man alltid kan få barn med prøverørsbehandling hvis det blir vanskelig på gamlemåten. Men faktum er at ei 40 år gammel kvinne kun har omkring 10% sjanse for å lykkes med prøverør med egne egg. Den prosentandelen kan vi nok bli flinkere til å kommunisere, for det er ganske lavt.

– Dette synes jeg man innimellom støter på som kliniker, at man får litt lyst til å realitetsorientere?

– Ja. Motargumentet er jo at det skaper unødvendig bekymring, og det skal man jo heller ikke gjøre. Men jeg tror kanskje pendelen har svingt for langt mot å unngå bekymring og at vi godt kan begynne å snakke mer om dette 10%-tallet. På den annen side har du jo de med litt vel lave tanker om egen fremtidig fruktbarhet, som

«Når vi går inn med ny teknologi må vi alltid ha et blikk for hva denne teknologien gjør med oss, både på enkeltpersonnivå, samfunnsnivå og evolusjonsnivå.»

gjerning vil fryse ned ubefruktede egg. Der vet vi nå at kun 15% av de som fryser ubefruktede egg noen gang bruker dem. Da må jo vi som driver med fertilitet gå litt i oss selv. Tilbyr vi nedfrysing av egg for å hjelpe med å bevare fruktbarheten, eller er det også et aspekt av overforsiktighet?

Fertilitetspasienten kan altså være både for optimistisk eller for bekymret for egen fertilitet. Som ikke-fertilitetsspesialist kan det være utfordrende å møte bekymrede IVF-pasienter, enten det er til ultralydmonitorering eller ved truende abort. Hans Ivar Hanevik har forståelse for dette, men kaster også et annet lys over pasientgruppen.

– Jeg synes fertilitetspasienter har fått et litt ufortjent dårlig rykte hos dem som ikke er fertilitetsspesialister. De har tross alt en svikt i en av kroppens aller viktigste funksjoner, i alle fall evolusjonsmessig, nemlig reproduksjonen. Jeg mener man burde se deres fortvilelse i det lyset. Den ufrivillige barnløsheten påvirker dem ikke såpass mye fordi det er et luksusproblem. Tvert imot, å føre genene sine videre er for mange selve essensen ved livet. Da må det må jo virkelig anerkjennes som en alvorlig funksjonssvikt å være infertil.

Fertilitetsbransjens mange sider

Fertilitetsbransjen består ikke bare av offentlig helsevesen med subsidiert behandling. Den kjennetegnes også av at private aktører er en del av bildet.

– Tenker du at måten fertilitetsbehandling er organisert på i Norge er bra nok?

– Jeg synes vi historisk sett har hatt en god balanse mellom offentlige og private tilbydere i Norge. De siste årene har det kommet en ganske stor oppblomstring av nye aktører innen fertilitet særlig i de store byene, og der er jeg spent på å se hvordan det går. Så skal det sies at vi har ganske strenge regler for markedsføring av helse-tjenester i Norge, og det tror jeg er bra. Jeg er veldig tilhenger av et sterkt offentlig helsevesen, særlig når det gjelder disse tingene. Økonomisk vinning skal ikke være et avgjørende insentiv når vi sysler med noe så følsomt som menneskets reproduksjon.

I Norge er det bestemte kriterier for hvilke infertile pasienter som får subsidiert offentlig behandling, og en del faller utenom kriteriene. Under behandlingen i det offentlige er det et forhøyet egenandelstak på rundt 1500 kroner, i tillegg til egenandelstak for medisiner på rundt 20000 kroner. Systemet er godt, men brutalt for dem som ikke har råd til private forsøk når det offentlige ikke strekker til.

– Hvis du kunne endret noe med fertilitetsbehandlingen i Norge, er det noe du skulle ønske var annerledes med finansieringen?

– Jeg synes det er paradoksalt at vi ellers i helsevesenet hjelper de med vanskeligst diagnose mest. Problemet med infertilitet, når du har en grense på tre offentlig finansierte forsøk, er at man



3: Prøvekanin for PhD-stipendiat og LIS Mari Landås Warp som nå undersøker fertiliteten hos barn som ble født inn i MoBa-studien.

ikke alltid kommer til mål hos de med infertilitet som er vanskelig å behandle. De må gå privat, og det synes jeg er tungt å forsvare når jeg snakker med dem.

– Men uendelig antall forsøk går jo ikke?

– Nei, og det skal vi heller ikke ha. Noen har tatt til orde for å øke antall offentlig finansierte forsøk til fem, nettopp for å imøtekomme de med behandlingsresistent infertilitet. Og det tror jeg ikke ville vært så forferdelig mye dyrere. Da ville man etter fem forsøk kunne si med større trygghet at det ikke er så mye mer å hente på å gjøre flere forsøk, heller enn å la pasientene gå til privat behandling.

Jeg har ingen problemer med at folk går privat, men alle har ikke råd til det.

Hva skjer når vi gir avkall på tilfeldighetene?

Hanevik har svart omfattende på hva han er bekymret for og hva som kunne vært bedre. Samtidig har ny bioteknologilov åpnet for rask utvikling innen norsk fertilitetsmedisin.

– Er det noe du gleder deg til å følge med på fremover?

– Ja! Det ene er prioritering. Med stadig nye muligheter er det ikke sikkert at vi kan gi disse mulighetene til alle, alltid. Jeg synes eggdonasjon setter det hele på spissen, fordi det er et område der det ikke bare dreier seg om penger, men også tilgjengelige egg. Hvem er det vi skal gi donoregg til? Hvordan skal vi prioritere mellom resipientene?

– Og det andre?

– Det andre er hvor mye tilfeldigheter og risiko pasientene våre vil akseptere. Det gjelder litt i gynekologien generelt også. Tradisjonelt har jo reproduksjon, ved samleie altså, vært et sjansespill. Du venter i ni måneder til forundringspakken kommer ut, og bruker mange år på å bli kjent med det livet man har vært med på å lage. Men, det er jo ingen andre områder i livet der man aksepterer så mye tilfeldigheter! Så, hva gjør vi når vi nå får mer kontroll over akkurat hvilken sædcelle, hvilket gen og hvilke egenskaper vi skal føre videre til neste generasjon? Og hva taper vi på veien hvis vi slutter å overlata visse ting til tilfeldighetene?

– Et litt skremmende spørsmål?

– Ja. Det er klart det er gøy hvis ting går bra. Men, hva er det man sier, hvis du har «tukla med det» og det ikke går så bra, da er det ikke så moro lenger. Så der er jeg spent.

Og det er Hans Ivar Hanevik ikke alene om.

Referanser

1. Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa), www.fhi.no/studier/moba/ (04.11.22)
2. Hans Ivar Hanevik, Dag O. Hessen, Arne Sunde, Jarle Breivik, Can IVF influence human evolution?, *Human Reproduction*, Volume 31, Issue 7, July 2016, Pages 1397–1402, <https://doi.org/10.1093/humrep/dew089>
3. Hans Ivar Hanevik, Dag O. Hessen, IVF and human evolution, *Human Reproduction Update*, Volume 28, Issue 4, July-August 2022, Pages 457–479, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmac014>

Lynparza®
olaparib

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, nøyotropeni, 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

Nær doblet risiko for hypertensjon og preeklampsi i IVF-svangerskap med bruk av fryst embryo



Sindre H. Petersen
LIS1 ved Voss sjukehus
og phd-stipendiat ved NTNU

Etter at fryseteknologien innen assistert befruktning ble bedre rundt 2008 har antall barn fra fryste embryo økt markant i Norge og resten av verden. Frysing av embryo har hatt stor helsemessig betydning ved å bidra til at det nå i hovedsak settes inn ett embryo per syklus slik at flerlingsvangerskap unngås. Samtidig vet vi fra forskningslitteraturen at IVF-svangerskap med fryst embryo har høyere risiko for svangerskapshypertensjon og preeklampsi, men det har vært uklart om dette skyldes selve frysebehandlingen eller underliggende faktorer hos de infertile parene.

I en studie som nylig ble publisert i tidsskriftet Hypertension (www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/HYPERTENSIONA-HA.122.19689) brukte vi data fra fødselsregistrene i Danmark,

Norge og Sverige i perioden 1988–2015, og sammenliknet risiko for hypertensive tilstander i nesten 4,5 millioner svangerskap etter naturlig befruktning, 78 300 IVF-svangerskap med ferskt embryo, og 18 037 IVF-svangerskap med fryst embryo, alle enkeltfødte. Det unike med studien er at vi brukte søskenanalyser, der vi identifiserte 33 209 kvinner som hadde fått barn ved hjelp av ulike befruktningsmetoder, for eksempel ett IVF-barn og ett naturlig unnfanget barn. På den måten blir mor sin egen kontroll, slik at analysen automatisk justeres for alle faktorer som er felles for søsknene, inkludert genetikk, foreldrenes sosioøkonomi, livsstil og helse.

Risikoen for hypertensive tilstander var nær dobbelt så høy (absolutt risiko 7,4%) i IVF-svangerskap med fryst embryo sammenliknet med svangerskap etter naturlig befruktning, også i søskenanalysene. IVF-svangerskap med ferskt embryo hadde samme risiko som naturlig unnfangede svangerskap. Dette tyder på at den økte risikoen ved frysing kan tilskrives behandlingsfaktorer snarere enn foreldrenes infertilitet, noe som er viktig for fertilitetsklinikkene å ta med i vurderingen av om alle embryo skal fryses rutinemessig (såkalt «freeze all»).



Slinda®

DROSPIRENON 4 mg



Østrogenfri
p-pille med
drospirenon¹

Slinda® er en østrogenfri p-pille med drospirenon (4 mg)¹

- Hvert blisterbrett inneholder 24 aktive tabletter og 4 placebotabletter¹
- Prevensjonseffekten til Slinda® skyldes primært hemming av eggøsning¹
- Pearl-indeks for Slinda® er 0,73^{1*}
- Opprettholder hemming av eggøsning, også ved forsinket inntak i **opptil 24 timer**^{1**}
- Dokumentert tolerabilitet og aksept - også hos unge^{1***}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

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

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

Slinda® (drospirenon 4 mg). **Indikasjoner:** Prevensjon. **Dosering:** 1 tablett daglig i 28 sammenhengende dager (24 aktive + 4 inaktive). 1 tablett tas på 1. menstruasjonsdag. Det skal ikke være pause i tablettinntak. For mer informasjon om oppstart av behandling, se SPC. **Pakninger og priser (AUP):** 84 (3x28) stk. (kalenderpakn.): kr 353,40. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Slinda SPC 06.04.22. **Referanse:** 1. Slinda preparatomtale 06.04.22. * Kvinner 18–45 år, brukerfeil + metodesvikt (øvre grense for 95 % konfidensintervall 1,43). ** I en fase II-studie med 130 kvinner ble eggøsningshemmingen opprettholdt med Slinda til tross for fire planlagte forsinkede (24 timer) inntak på dag 3, 6, 11 og 22. *** Fase III-studie i Europa: Evaluering av tolerabilitet, sikkerhet og akseptabilitet av Slinda, 103 ungdommer deltok, varighet var 13 sykluser. Sikkerhet og effekt forventes å være lik hos postpubertal ungdom under 18 år og brukere som er over 18 år. Bruk av dette legemidlet for menarke er ikke indisert.

Mykgjørende & fuktighetsbevarende krem for underlivet

Dr. Warming Critical Care brukes på tørr og irritert hud på kjønnsleppene og kan også brukes ved hudproblemer på og rundt vulva. Fettkremen smelter raskt ved påsmøring som gjør den behagelig å bruke.

Innholdsstoffer: Paraffinum Liquidum (mineralolje), Cera Alba (hvit bivoks), Cetyl Palmitate (bløtgjører) og vann.

Alle kjente og gjennomprøvde ingredienser.

Dr. Warming Critical Care er tilgjengelig på Vitusapotek, Apotek1 og Apotek For Deg.

92%
fettinnhold



nordic
consumer
health

Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Kjersti Westvik-Johari Disputerte 6. april 2022

Perinatale utfall etter assistert befruktning

Er dårligere perinatal helse etter assistert befruktning et resultat av behandlingsmetode eller faktorer hos mor?

Barn født etter assistert befruktning har høyere risiko for uheldige svangerskapsutfall sammenlignet med naturlig unnfangede barn, selv når de er enkeltfødte. Med ny fryseteknologi har antallet barn født etter fryse-forsøk økt, og kombinert med barn født etter fersk-forsøk er nå rundt 5% av den totale fødselskohorten i Norge født etter assistert befruktning. Selv om de fleste barna er født friske, har tidligere studier antydning at behandlingsmetodene er assosiert med forskjellige uheldige perinatale utfall. Om det er faktorer ved mor eller ved behandlingen som er årsaken til disse uheldige utfallene er usikkert.

I en stor nordisk befolkning med 4 510 790 enkeltfødte barn unnfanget naturlig og 78 095 født etter fersk- og 17 990 født etter fryse-behandling, undersøkte vi om barn født etter fersk- og fryse-behandling hadde høyere risiko for en rekke perinatale utfall sammenlignet med naturlig unnfangede barn. Resultatene viser en tydelig sammenheng hvor barn født etter fersk-forsøk har lavere fødselsvekt og høyere risiko for å være for liten ved fødselen i forhold til gestasjonslengde, mens barna født etter fryse-forsøk hadde en høyere fødselsvekt og høyere risiko for å være født for stort i forhold til gestasjonslengde. Sammenlignet med barn født etter naturlig befruktning hadde barn født etter begge typer assistert befruktning høyere risiko for prematur fødsel og neonatal død, men samlet sett var det ingen høyere risiko for intrauterin fosterdød i svangerskap etter fersk- eller fryse-behandling.

Vi inkluderte søskenanalyser som ga ekstra pålitelighet i forsøket på å skille betydningen av materielle faktorer og behandlingsmetode for vanlige uheldige perinatale utfall. Dette styrket konklusjonene om at forskjellen i fødselsvekt er assosiert med behandlingsmetodene, mens risikoen for prematur fødsel er assosiert med både faktorer hos mor og av behandlingsmetodene. Da vi undersøkte perinatal død, som er både sjelden, men også særlig traumatisk for foreldrene, antydning søskenresultatene at assistert befruktet beskytter mot perinatal død. Dette var et uventet resultat som ikke kunne forklares biologisk, og videre undersøkelse viste at perinatal død påvirket foreldrenes valg både ved at det var mer sannsynlig at de hadde nye svangerskap og at de oftere benyttet seg av assistert befruktning i det neste svangerskapet. Disse feilkildene er beskrevet tidligere, men her fant vi en klinisk situasjon hvor de ga stor seleksjonsskjevhet i søskenanalysene, og resultatene var derfor upålitelige.



DOKTORGRAD:	Perinatal outcomes after assisted reproductive technology. Are adverse perinatal outcomes after assisted reproductive technology affected by mode of treatment or maternal factors?
DOKTORAND:	Kjersti Westvik-Johari
FAGOMRÅDE:	Fertilitetsmedisin
UNIVERSITET:	Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)
INSTITUTT:	Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
HOVEDVEILEDER:	Signe Opdahl, NTNU
BIVEILEDER:	Liv Bente Romundstad, Spiren Fertilitetsklinikk og Folkehelseinstituttet
BIVEILEDER:	Siri Eldevik Håberg, Folkehelseinstituttet
DATO:	06.04.2022

OLYMPUS

VISERA ELITE III



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

Årsmøtet NGF 2022

Årsmøtet 2022 er over, og vi sitter glade og nyinspirerte tilbake. Det er alltid kjekt når den gynekologiske storfamilien møtes til faglig oppdatering og hyggelig lag. Styret med vitenskapelig sekretær Solveig Bjellmo hadde satt sammen et godt og variert faglig program. Lokal arrangementskomite (LOK) hadde sammen med CIC lagt fine rammer rundt årsmøtet og industrien stilte med informasjon om både kjente og nye produkter.

Skrevet av Mariann Eidet. Overlege KK, SSK og medlem av LOK

Hotell Caledonien

Hotell Caledonien er fortsatt kjent for den tragiske brannen i 1986. Siden den gang har sikkerheten selvfølgelig vært første prioritet. Hotellet er nyrenovert og fungerte godt som lokalisasjon for årsmøtet vårt.

FUGO-kurs

Årsmøtet ble holdt i tråd med god gammel oppskrift. FUGO startet med FUGO-kurs onsdag med temaet gynekologisk endokrinologi. De hadde fått med seg sterke forelesere: Mette Moen, Nora Johansen, Agnethe Lund og Helena Enger. I løpet

av 7 timer fikk de dekket viktige sider av temaet; menstruasjonssyklus og basal endokrinologi, PCOS, androgenisering, prematur ovarialsvikt, amenore, legemiddelbehandling av menstruasjonssyklusforstyrrelser samt klimakteriet og MHT. Det var også mange erfarne gynekologer som kunne ha stor nytte av en slik gjennomgang. Tilbakemeldingen fra våre LIS var at det var et nyttig kurs med veldig bra forelesninger.

Formøtene

Det var god oppslutning om formøtene onsdag kveld. Mange fikk med seg spennende forelesninger fra ulike felt i faget. Mange kunne nok tenkt seg å delta på flere av formøtene.

Get-together

Etter formøtene gikk mange av oss i samlet flokk, i mørkt og fuktig høstvær, til Haubitz låve på Odderøya. Haubitz låve ble bygd av tyskerne i 1940 som verksted og lager. I nyere tid er låven restaurert og fantasifullt innredet med alt fra kjettinger til glamorøse gjenstander. Et populært sted for ulike selskapligheter og konserter. Kontrastene gir et spennende lokale som passet godt til vår get-together. Tapasskivene falt i smak og det var mer enn nok til alle. Stemningen var god helt fra start, men ble løftet enda høyere under besøket av klinisk sosionom Asbjørn Kjetil Torfinsen. Mannen bak karakteren er Frode Gallefoss, lungelege og forskningssjef ved Sørlandet sykehus. Hans gode humor bygger på egne og andres erfaringer i helsevesenet, og det ligger mye alvor og refleksjoner bak vittighetene. Mange i lokalet nikket gjenkjennende under hans presentasjon, og magemusklene fikk trimmet seg under latterkulene. Senere på kvelden fikk også dansefoten trimmet seg for de som ønsket det.

Sprekinger

Torsdag morgen var det mulighet for å bli med på løpetur. LOK sine spreke løpere Marte Ween-Velken og Fride Austad tok med seg to grupper på hhv. 5 og 10 kilometer lange turer. Det ble en fin sightseeing over byens broer med sjøluft og god stemning. I kjelleren på hotellet var det en fin gjeng samlet til yoga.

Torsdag

NGF-leder Ragnar Kvie Sande åpnet årsmøtet 2022. Deretter ble alle ønsket velkommen til Kristiansand av forskningssjef Frode

Gallefoss sammen med pianist og fastlege Runar Nørsett. Det ble en uforglemmelig åpning, en perfekt blanding av alvor med rom for ettertanke, med en lun humor og vittighet. *Er du lønnsom i kveld? Jeg biter pasienter.* Men budskapet var hvor viktig det er å ta vare på oss selv, kollegaene og våre nærmeste.

Marian Knight holdt et glimrende innlegg om erfaringer fra Covid-19 i UK.

Etter lunsj var det paneldebatt om 1. trimester screening for preeklamsi hvor Pepe Salvesen presenterte fordeler med tidlig screening, mens Anne Eskild presenterte ulemper. Marit Halonen Christiansen redegjorde for kostnader og prioriteringer.

Årsmøtemiddagen

Årsmøtemiddagen fant tradisjonen tro sted torsdag kveld. LOK hadde samlet pynt i naturen og propofolflasker på operasjonsstua, som ble brukt til borddekorasjon. Våre glitrende skålemestere Ebba Kåss og Marte Ween-Velken ledet oss gjennom en festkveld fylt av god mat og drikke, hyggelig prat rundt bordene og mye program fra scenen. Vi fikk gøyalt besøk av Else Kåss Furuseth som stilte i nysydd kjole for anledningen. Jeg tror ingen noensinne har sett en kjole utformet som genitalia interna før.

Det var mange faste og noen nye innslag i talelista. Vi fikk kjenne på mye glede underveis, men også sorg og alvor i løpet av middagen.



Jone Trovik åpnet fredagen med dagens første frie foredrag.



Viktige foredrag også på Get together



Hovedsalen



Margit Steinholt gjorde sterkt inntrykk med et minneverdig foredrag



Festglade gynekologer



Anne Eskild i paneldebatt



Guri Majak hever norske gynekologers kunnskapsnivå om endometriose!



Enkelte prisvinnere manglet fredag ettermiddag, heder og ære ble likevel utdelt!



Marian Knight keynote lecture



Else Kåss burde fått NGFs pris for årets antrekk



Kveldens konferansierer



Åpning med kunstnerisk innslag



Ærlig sak



Kristiansandjungen på årsmøtemiddag



Nye spesialister gratuleres



Det ser ut som Macsali er i trygge hender



Skien får pris for beste utdanningsavdeling

Det var god stemning under utdeling av diplom til nye spesialister. Det ble en brå overgang da spesialistdiplomet til Cathrine Holmsen Rafaelsen skulle utdeles, en ung og høyt verdsatt kollega som døde like etter fullført spesialisering. Hennes mann, som også er vår kollega, tok imot hennes diplom. Det ble en sterk stund.

Det var tale av NGF-lederen, og avslutningsvis imponerte han igjen med sang. Vi fikk høre «Gynekologiens røst» som han fremførte sammen med resten av NGF-styret til stor begeistring blant oss i salen.

FUGO-leder Øystein Bergøy holdt sin tale, og vi fikk presentert den kommende obstetrikkampanjen «Trygge hender»

Det var mange fine priser som ble utdelt i løpet av kvelden. Professor emerita og overlege Berit Schei ble hedret for sin utnevning til Ridder av 1. klasse av Den Kongelige St. Olavs orden, for sin innsats for kvinnehelsen. Det vakte stor begeistring i salen da årets hederspris gikk til Margit Steinholt fra Sandnessjøen. Speskom ga prisen for årets forbilde til Astrid Liavåg, Sørlandet Sykehus Arendal. Stor stas var det at begge disse flotte kollegaene

fikk heder og ære, og ekstra gøy er det at de er nære venninner. Jubel ble det også da FUGO delte ut prisen for beste utdanningsavdeling til Skien.

David Forsse fra Ålesund fikk prisen for årets beste PhD, mens Johanne K. Iversen OUS fikk juryprisen for beste poster for posteren «Transabdominal undersøkelse av fosterhodets nivå i fødselskanalen».

Etter at middagen var ferdig ble dansegulvet raskt fylt av danseglade mennesker og DJ-en ga oss variert og dansbar musikk, noe mange satt stor pris på.

Frie foredrag

Vi fikk høre mange fine frie foredrag på årsmøtet. Både små og store avdelinger hadde spennende presentasjoner om alt fra laboratorieforskning til hverdagshendelser i klinikken.

Pris for beste frie foredrag innen gynekologi gikk til Christin Meltzer-Gunnes ved Kvinneklinikken Sørlandet sykehus som snakket om HPV hos vulvakreftpasienter i Norge. Beste frie

foredrag innen obstetrikken gikk til Heidi E. Fjeldstad fra OUS for foredraget om føtale celler i mors sirkulasjon ved normotensive svangerskap til termin.

Helt om natten, helt om dagen

Fredag formiddag startet med frie foredrag innen gynekologien. Deretter var det klart for en bolk som mange satt stor pris på: *Når noe går galt – Hvem tar vare på doktoren?* Mange ble berørt av Margit Steinholt sin sterke historie om da hun selv ble rammet av katastrofen hvor en ung mor mistet sitt liv. Det er godt å høre at det jobbes aktivt for å lage veiledere og prosedyrer som kan tas i bruk når katastrofene skjer. Og det er godt å høre at Villa Sana på Modum bad har erfaringer og plass til å hjelpe oss hvis vi trenger det etter tøffe erfaringer i arbeidslivet.

Etter lunsj var det flere frie foredrag fra obstetrikken. Siste frie foredrag ble fra fødeavdelingen i Kristiansand om knestående fødestilling ved vaginale setefødsler, med film som viste hvor fint det kan gå.

Så var temaet: *Hvorfor synes behandlingsapparatet at endometriose*

er så smertefullt? Brukerorganisasjonens, fastlegens og gynekologens perspektiv. Dessverre måtte Elisabeth R. Larby fra endometrioseforeningen melde avbud, men vi fikk en god gjennomgang av fastlegens og gynekologens perspektiv fra Marianne Natvik som er leder for faggruppen gynekologi i Norsk forening for allmennmedisin og Guri B. Majak, seksjonsleder og overlege ved gynekologisk avdeling, OUS, Ullevål.

Siste post på programmet

Som siste post på programmet var det tradisjonelt prisutdelinger. Heldigvis var det fortsatt noen i salen som kunne klappe for verdige vinnere, før full buss med fornøyde møtedeltakere satte kursen mot Kjevik flyplass.

LOK

For LOK har årsmøtet vært et høydepunkt. En del skulle ordnes både før og underveis. Dette ble fort glemt, når vi fikk mange hyggelige tilbakemeldinger underveis. Vi er taknemlige for alle som bidro til at årsmøtet ble en suksess! Nå gleder vi oss til å være vanlige møtedeltakere i Haugesund neste år, der hvor «de føder seint, de føder tidlig».



Gynekologiens røst

Tekst: Ragnar K. Sande

Melodi: «Revolusjonens røst» av Rudolf Nilsen

Fremført av NGF-styret med redaktører på Årsmøtet i Kristiansand

Gi mig de rene og ranke, de trofaste kvinner og menn,
de som har tolmød og vilje og aldri i livet går hen
Og begynner på plastkirurgen, men holder seg langt unna den

Gi mig de bitre og steile, som ikke har frykt i sitt blikk.
Gi mig obstetriske leger, som kjenner sin Løvsets teknikk
Som dristig vil bygge et land hvor man driver en trygg obstetrikk

Gi mig de brendende hjerter, som aldri gir tapt for tvil,
som aldri kan kues av vakter og aldri behøver en hvil
men møter hvert søksmål, hvert klagebrev, med det samme usårlige smil.

Ja gi mig de beste blandt dere, og jeg skal gi dere alt.
Vakter til du fyller seksti, og temmelig dårlig betalt.
Vi deg til kvinnehelse De beste blant dere er kalt.

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





En rørt Margit mottar prisen



En sjokkert hedersprisvinner til høyre, sammen med årets forbildeprisvinner til venstre

Norsk gynekologisk forenings Hederspris til *Margit Steinholt*

Vinneren av NGFs hederspris for 2022 er en nordlending og en bauta innen fødselshjelp og kvinnesykdommer i det nordlige Norge, både innen gynekologi og obstetikk. Hun studerte medisin i Oslo, men vendte hjem igjen til Nord-Norge så snart hun kunne. Der ble hun raskt en ordentlig «lokalhelt». Hun var eneste gynekolog på et lite sykehus, og dersom man skal tro nominasjonen som nominerte henne til årets pris, har hun fulgt de fleste kvinner på Helgelandskysten fra vugge til grav, via livsviktige hendelser som menarke, fødsler og menopause.

Margit har gjort en formidabel jobb både som kliniker, underviser og forbilde. Hun har vært gjennom det som er enhver obstetiker

sitt verste mareritt, men selv i dette klarte hun å finne styrke til å bruke hendelsen til å støtte og lære bort til andre, slik vi også fikk se henne på sesjonen om utbrenthet og alvorlige hendelser blant gynekologer på årsmøtet i Kristiansand.

Margit har et sterkt globalt engasjement. Hun har jobbet i en årrekke ved Tromsø Mineskadesenter, med oppdrag blant annet i Vietnam og Kambodsja. Dette har inspirert henne til å ta doktorgrad, et arbeid hun fullfører i disse dager.

Norsk gynekologisk forenings hederspris for 2022 gikk derfor høyst fortjent til Margit Steinholt, og vi gratulerer henne så mye.



Forbildeprisen gikk til *Astrid Liavåg*

Forbildeprisen deles ut av spesialitetskomiteen, og er en svært høythengende pris, og gis til en kollega som ofrer mye tid på å lære LIS, og som gjør det på en forbilledlig måte. På en måte som engasjerer, og som inspirerer. Forbildet kan være ung, gammel, forsker eller ikke forsker, men han eller hun må brenne for LIS-utdanning. Ikke nødvendigvis ha kontroll på alle læringsmål i kompetanseportalen, men personen må ha utdanning av yngre kolleger som sin agenda.

Astrid Liavåg er en dame som viser et sjeldent og imponerende engasjement for kvinnehelse og en helt spesiell omsorg for kvinner fra fødsel til grav. Hun jobber på Sørlandet Sykehus Arendal og har en forbilledlig evne til å forene kunnskapsbasert pasientbehandling med menneskelig omsorg i sitt møte med pasienter.

Hun får LIS til å måtte tenke selv ved å svare: «Hva står i veilederen?» eller «Hva sier litteraturen?» før hun kommer med sine råd. Denne måten å være lege på smitter, spesielt på en liten avdeling. Hun er også et forbilde for alle hun omgås med på jobb når det gjelder å ta vare på hverandre som kolleger og medmennesker. Lenge var hun den eneste kvinnelige legen ved avdelingen.

Tidene har endret seg, og arbeidsforholdene våre er stort sett bedre nå enn da hun begynte. Hun bruker aldri dette som et argument mot yngre kolleger, men følger utviklingen og anerkjenner de utfordringer som finnes i dag. Hun har også banet vei for forskning ved avdelingen ved å ta PhD-graden som et samarbeidsprosjekt mellom avdelingen og en stor universitetsklinikk. Dette har videre ført til at ytterligere tre leger fra samme avdeling har disputert, samt at to til er på vei. Dette er imponerende gitt avdelingens størrelse.

Hun har aldri forsket for å oppnå fine titler. I forskningen så vel som i klinikken har mantracet hennes vært: Husk på at vi gjør dette for pasientene!

Astrid Liavåg er en usedvanlig omsorgsfull person med stort hjerte for pasienter og medarbeidere. Hun har alltid tatt spesielt godt imot studenter og unge kolleger, og mange leger forteller at de har blitt inspirert til velge fagområdet Fødselshjelp og kvinnesykdommer etter å ha møtt henne tidlig i karrieren.

ANGUSTA®
(misoprostol)



En lykkelig Skien-avdeling



Publikumsprisen for beste poster



Acta-prisen for beste poster

Gynekologen gratulerer

Øvrige prisvinnere på årsmøtet 2022

Utdanningsprisen gikk til

Sykehuset Telemark Skien

Beste frie foredrag i obstetikk gikk til

Heidi E. Fjeldstad

Føtale celler i mors sirkulasjon ved normotensive svangerskap til termin: korrelasjon med biomarkører for placentadysfunksjon (s. 43, Gynekologen 3-2022)

Beste frie foredrag i gynekologi gikk til

Christin Meltzer Gunnes

Human papillomavirus in vulvar carcinoma patients in Norway: Its prognostic role and changes in prevalence and genotype distribution in two time periods, 1970-75 and 2000-05 (s. 54, Gynekologen 3-2022)

Acta-prisen for beste poster gikk til

Johanne Kolvik Iversen

Transabdominal undersøkelse av fosterhodets nivå i fødselskanalen (s. 71, Gynekologen 3-2022)

Publikumsprisen for beste poster gikk til

Benedicte Nygaard og Marte Ween-Velken

Innføring av knestående fødestilling ved vaginale setefødsler ved Sørlandet sykehus Kristiansand (s. 63, Gynekologen 3-2022)

Misoprostol absorberes hurtig etter peroral administrering av ANGUSTA®.^{1**,2}



ANGUSTA® 25 µg

ANGUSTA® 25 µg misoprostol tablett er indisert til induksjon av fødsel.^{1*}

Anbefalt doseringsregime

- 25 mikrogram peroralt hver andre time eller
- 50 mikrogram peroralt hver fjerde time
- Maksimale dosen er 200 mikrogram i løpet av 24 timer.^{1***}

1. ANGUSTA® SmPC 15.09.2021. *4.1, **5.2 Maksimale plasmanivåer av den aktive metabolitten (misoprostolsyre) oppnås etter omtrent 30 minutter, ***4.2
2. O.S. Tang, K. Gemzell-Danielsson, P.C. Ho. Misoprostol: Pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2007) 99, S160-S167

Obligatorisk informasjon.

ANGUSTA® Hver tablett inneh: 25 µg Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Prostaglandin**. ATC-nr.: G02A D06 **Tabletter 25 µg: Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. Sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av ANGUSTA®. Bruk anbefales fra uke 37 i svangerskapet ved tilfeller hvor cervix er umoden (Bishop score <7). **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp, på sykehus der utstyr for kontinuerlig overvåking av foster og uterus er tilgjengelig. Cervix skal undersøkes nøye før bruk av legemidlet. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men C_{max} kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/bevis på at barnets liv er i fare for induksjon (f.eks. unormal nonstresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsestilstand ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arrvev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. uterus bicornis) som forhindrer vaginal fødsel. Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie som forhindrer vaginal fødsel. Nyresvikt (GFR <15 ml/minutt/1,73 m²). **Forsiktighetsregler:** Skal kun brukes dersom fødselsinduksjon er klinisk indisert. Kan føre til overdreven stimulering av uterus. Ved svært kraftige/langvarige uteruskontraksjoner eller ved klinisk bekymring for mor/barn, skal det ikke gis flere tabletter. Ved vedvarende kraftige uteruskontraksjoner, bør behandling iht. lokale retningslinjer igangsettes. Ved preeklampsi bør bevis på/mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved alvorlig preeklampsi. Korioamnionitt kan det gjøre det nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fosterhinnen >48 timer for administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødslar, Bishops score >6 eller bruk for uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). Inneholder 0,874 mg natrium per tablett, og er så godt som "natriumfritt". **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotonisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes for uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. Fertilitet: fertilitet og embryoutvikling hos rotter har vist at misoprostol kan påvirke implantasjon og resorpsjon, men er ikke relevant for indisert bruk av ANGUSTA® i slutten av svangerskapet. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diare, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger, pyreksi. Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal føtal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal føtal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale krampes. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentalosning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av ANGUSTA®. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. Se også www.felleskatalogen.no. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Norgine B.V., Antonio Vivaldistraat 150, 1083HP Amsterdam, Nederland. **Basert på SP3 godkjent av SLV:** 15.09.2021. **Reseptgruppe:** C. **Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1134,40. (Juli 2021). ANGUSTA® er rabattert i henhold til LIS-avtalen 2201 b. NO-OBS-ANG-2200003



NORGINE

@norgine | www.norgine.com

Norgine Norge AS | norge@norgine.com | www.norgine.no

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

Because patients inspire us



Gynekologen gratulerer Årets beste PhD

Våre nordiske kollegaer kårar regelmessig den beste doktogradsavhandlinga i sine respektive land. I Sverige kårar dei både beste gynekologiske og beste obstetriske PhD, på Island er det stor feiring dersom nokon i det heile har tatt ei doktorgrad.

Vi har vore i kontakt med alle universitet, avertert i Gynekologen og på nett, og vi har klart å skrape saman ti PhD-ar som var forsvarte etter 1/1 2021. Det var eit overraskande lågt tal, eg er redd vi har gått glipp av nokon, men om nokon meiner dei burde vore med i betraktinga men ikkje har sendt sin PhD til meg; fortvil ikkje, send inn no, så blir du med neste gong!

Vi har sett saman ein svært kompetent komitte, bestående av Ole Erik Iversen, Tom Tandbo og Pål Øian. Dei representerer god spredning både geografisk og fagleg, kanskje i mindre grad når det gjeld kjønn. Vi har også spurt Mette Moen, men ho melde seg inhabil.

Komiteen har gått grundig gjennom alle arbeida, etter på førehand omforeinte objektive kriterie, og var einstemmige i si vurdering. Dei har nominert dei tre beste doktorgradene. No er det viktig at

de ikkje kjem opp berre fordi de er nominerte, det kan bli pinleg. Vent til eg seier Og vinnaren er. Dei tre nominerte er:

For arbeidet «Perinatal outcomes after assisted reproductive technology. Are adverse perinatal outcomes after assisted reproductive technology affected by mode of treatment or maternal factors?»: Kjersti Westvik Johari!

For arbeidet “Novel preoperative biomarkers and evaluation of altered treatment strategies to improve outcome for endometrial cancer patients”: David Forsse!

For arbeidet “Urinary and colorectal-anal distress in women - prevalence, risk factors and effect of pelvic floor muscle exercise in women with pelvic organ prolapse”: Seema Matthew!

Og vinnaren er...

David Forsse! For “Novel preoperative biomarkers and evaluation of altered treatment strategies to improve outcome for endometrial cancer patients”

IUB™
Ballerine®



Ballerine Perlespiral

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

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

Utdanning – sammen eller digitalt

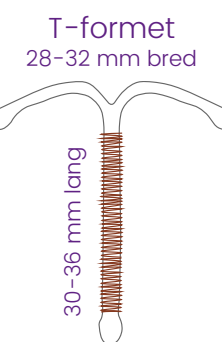
For å kunne sette inn Ballerine kreves det at vi har forberedt og instruert deg grundig, da metoden skiller seg fra den klassiske T-spiralen. Varigheten er ca. 1 time.

Vi tilbyr vi to alternativer:

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

Book et møte:
sales@solann.se

IUB™ Ballerine
15 mm diameter



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

 solann®

«Trygge hender» er i gang!

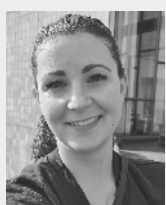
Nå har kampanjen «Trygge hender» endelig gått av stabelen, og landets LIS er i gang med trening på obstetriske ferdigheter på 28 forskjellige fødeavdelinger i Norge. Høsten har vært spennende innad i prosjektgruppen for «Trygge hender». Kampanjen er lansert, og vi har fått et nytt medlem! Charlotte Egeland, LIS på OUS Ullevål, er vår nye kommunikasjonsansvarlig.



Aslak Vimme Solhoff
Leder «Trygge hender»-kampanjen



Per Kristen Teigen
Sekretær «Trygge hender»-kampanjen



Catrine Størksen
Kasserer «Trygge hender»-kampanjen



Charlotte Egeland
Kommunikasjonsansvarlig



Johanne Kolvik Iversen

Instruktørkurs vel overstått

Mye annet har også skjedd i «Trygge hender»-verdenen siden sist utgave av gynekologen.

For det første har vi gjennomført «Trygge hender»-instruktørkurs. Instruktørkurset ble avholdt helgen 24. til 25. september på Soria Moria i Oslo, hvor vi samlet 40 engasjerte overleger fra hele landet, 11 stasjonsledere og 2 administratører. Her fikk deltakerne praktisk undervisning i obstetriske ferdigheter på 11 forskjellige stasjoner med obstetriske fantomer og dukker. Vi øvde intensivt på vakuump- og tangforløsning, støtte av perineum under fødsel, palpasjon av fosterhodet i bekkenet, pudendal anestesi, manuell rotasjon, forløsning av seteleie med tang på sistkommende hode og forløsning av tvillinger.

Tilbakemeldingene fra kurset har vært overveldende positive, og på kursevalueringen oppnådd vi en gjennomsnittsskår på 96 poeng av 100 mulige! Et eksempel på tilbakemeldingene som kom var: «Dette var et fantastisk kurs, og LIS er heldige som får dette inn tidlig i sin utdanning! Håper virkelig dette kommer inn som en obligatorisk del av spesialistutdanningen!»

Formålet med kurset var å sikre at alle avdelinger som utdanner LIS i Norge har tilgang på «Trygge hender»-instruktør lokalt. Instruktørene skal kjenne utdanningsprogrammet, være eksperter i materialet og utføre praktisk undervisning av LIS i hver enkelt modul av kampanjen.

Pre-kick-off og konkurranse!

For det andre fikk vi presentert kampanjen under NGFs årsmøte i Kristiansand 26.-28. oktober. Årsmøte i år var en suksess (all ære til våre kollegaer i Kristiansand!). Prosjektgruppen for «Trygge hender» var så heldige at vi fikk stille med to representanter (Catrine Størksen og Aslak Vimme Solhoff) på scenen under middagen for å lage blest og god stemning. Her ble det vist film fra «Trygge hender»-instruktørkurset (se filmen med QR-koden), kampanjen ble presentert og et nytt konsept ble introdusert: Konkurranse!

Ja, vi skal selvfølgelig ha konkurranse. Vi deler Norge inn i helseforetak og hedrer foretaket som klarer å sertifisere størst prosentandel LIS i alle moduler av «Trygge hender». Det seirende foretaket vil ha æren av å motta tittelen: *Norges Tryggeste Hender*.

Responsen var stor, lydnivået var høyt og euforien var åpenbar.

Nettside lansert

Rett over midnatt 1. november 2022 ble hjemmesiden til «Trygge hender» publisert på NGF/FUGOs domene under legeföreningen (hjemmesiden finner du med QR-koden i slutten av artikkelen). Presis klokken 08:00 samme dag ble to YouTube-filmer postet med titler «Modul 1 – Fødselsmekanikk og strukturert klinisk undersøkelse» - Del 1 & 2. Kampanjen var formelt i gang. I skrivende stund har 495 personer sett Del 1; vi kan ikke annet enn å ta av oss hatten for engasjementet som bor i landets LIS. Sterkt!

Hvordan gjennomføre «Trygge hender»

Kampanjens nettside inneholder kompendium med teori, instruksjonsvideoer og lenke til teoretisk eksamen. Eksamen for hver enkelt modul er utarbeidet i samarbeid med Johanne Kolvik Iversen. LIS leser kompendiet, ser filmene og gjennomfører eksamen. Når man har bestått eksamen med >85% riktige svar, tar man «screenshot» av nettsiden (inkludert sitt eget navn) og fremviser det for en avdelingens «Trygge hender»-instruktør. Bestått eksamen er et krav for å gå videre med praktisk undervisning. «Trygge hender»-instruktørene står for den praktiske undervisningen, og sertifiserer LIS'en i den aktuelle modulen. Ny trening utføres om dette er nødvendig.

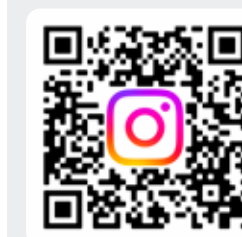
Har man ellers spørsmål, kontakt oss i sosiale medier eller send oss mail på fuga.tryggebender@gmail.com. I tillegg kan dere spørre deres lokale «Trygge hender»-instruktør. Dette er flotte, ressurssterke mennesker med et stort engasjement for yrket og faget.

Lykke til med kampanjen og ikke minst - GOD TRENING!



Følg oss på sosiale medier for morsomme konkurranser, bilder av kollegaer, informasjon om og tidspunkt for lanseringer av de neste modulene samt fortløpende oppdateringer om kampanjens gang.

Nyttig info (åpne kamera på mobil-tlf og hold over QR-koden, så er du i Trygge hender):



Noreg må endre abortlova for å vera i tråd med nye guidelines frå WHO

I mars 2022 kom WHO med nye guidelines for abort. Dei spenner frå tilrådingar knytt til klinisk praksis, organisering av helsetenesta og juridisk rammeverk for å gi god, trygg og pasientretta behandling.



Mette Løkeland-Stai

Overlege ved Kvinneklivnikken, Haukeland universitetssykehus og Abortregisteret, Folkehelseinstituttet

Hovudbodskapen er:

- Abort bør vera tilgjengeleg så nær pasienten som mogleg.
- Abort kan tilbys av fleire typar helsepersonell.
- Lover regulerer ikkje talet på abortar, men lovleg tilgang til abort reduserer illegale og farlege abortar.
- Det er andre tiltak enn restriksjonar i form av lover som regulerer talet på abortar og når i svangerskapet abort skjer.
- Dei fraråder restriksjonar for når og kor ein kan ta abort, og det inkluderer øvre grenser for abort.
- Abortbehandlinga må vera på kvinna sine premiss og respektfull.

Fleire av desse tilrådingane er det vanskeleg å få til innafør den abortlova vi har i Noreg i dag.

Abortlova seier mellom anna at abort skal skje på sjukehus eller der statsforvaltaren gir godkjenning til at den kan skje. For å kunne tilby heimeabort har ein tolka lovverket slik at dersom ein tar mifepristone på sjukehus så er aborten skjedd på sjukehus, og ein kan reise heim og fullføre behandlinga der. NGF tok initiativet til eit prøveprosjekt med abortbehandling hjå avtalespesialistar. Det var utført i 2015-2017. Dei av oss som var involvert i det, veit at det var ein veldig byråkratisk og vanskeleg prosess å få det til. Kvar einskild lege måtte få godkjenning frå sin lokale fylkeslege. I tillegg måtte ein omgå restriksjonen om at medikamentet mifepristone berre kan utleverast til avdelingar som utfører abort. For å kunne flytte abort ut til primærhelsetenesta, som er det WHO tilrår, så er det difor nødvendig å endre lova samt restriksjonane knytt til medikamentet.

WHO tilrår også at abort vert tilgjengeleg som telemedisin. Altså at ein har ein konsultasjon via nett, video eller telefon og får tilsendt medikamenta i posten. Dette er ei grundig dokumentert behandling gjennom multiple studiar. Dei konkluderer at kvinner stort sett har god kunnskap om kor langt dei har kome i svangerskapet, og at det er ei trygg og akseptabel behandling. Gode anamnesar kan skilje ut kven som treng å koma til undersøking.

Under Covid var dette den vanlegaste behandlinga i England, og det har redusert talet på kvinner som treng og ynskjer å koma til klinikkane.

Den norske lova seier også at abort skal utførast av lege. På fleire avdelingar rundt i landet har vi derimot flytta behandlinga til sjukepleiarar eller jordmødrer. Det er i tråd med WHO sine råd i forhold til oppgavegliding. For å vera i tråd med gjeldande lov står medisinsk ansvarleg lege som ansvarleg for behandlinga. WHO opnar opp for å inkludere kvinna sjølv, farmasøytar, hjelpepleiarar, sjukepleiarar og jordmødrer som ansvarlege behandlarar for abort i fyrste trimester, og at sjukepleiarar og jordmødrer i tillegg til legar kan utføre seinabortar. Å utvide høvet til å utføre abort til jordmødrer og helsesjukepleiarar samt fastlegar vil gjera behandlinga tilgjengeleg nærare kvinna sjølv, og det vil vera lettare å individualisere behandlinga og oppfølginga.

Diskusjonen om ny abortlov i Noreg har vore veldig fokusert på om ein skal utvide grensa for sjølvbestemt abort og kor den grensa i såfall skal gå. Ein har tenkt at ei grense fungerer normativt og forhindrar abortar generelt, eller når abort skjer i svangerskapet. Etter grundig gjennomgang av statistikk og forskning har WHO funne at det ikkje er tilfelle. Lovverket påverker ikkje talet på abortar eller når dei vert utført. Restriktive lover kan derimot påføre skam eller gjera at kvinner må reise langt for å ta abort eller tyr til illegale og farlege metodar. Når kvinner reiser til andre land eller oppsøker illegale behandlarar så vil ikkje dei abortane hamna i den offisielle abortstatistikken, men abortane har like fullt skjedd. Restriksjonar knytt til obligatoriske venteperiodar og obligatorisk rådgjeving har vist å berre føre til at aborten vert utført seinare. Det same skjer når kvinner må reise til andre land eller regionar for å ta abort, eller dersom kostnadene ved å ta abort er høge. Ein ser også at tilgang til enklare metodar som medikamentell abort har gjort at avbrotta skjer tidlegare i svangerskapet utan å auke talet på abortar. Innføringa av medikamentell abort i Noreg førte til at ein gjekk frå at 40% til over 80% av alle abortar skjer før veke ni.

Statistikk frå ulike delar av verda viser også at prosentdelen av alle abortar som skjer etter veke 17-18 er ganske lik over heile verda uavhengig av lovverket. Den ligg på ca 1-2,5 %. USA har ein litt høgare andel etter veke 20, men ikkje høgare enn 2,5% etter veke 18. Årsaka til dette er forseinkingar i abortprosessen knytt til økonomi, seine utredningar knytt til misdanningar og lange reisevegar. Dei har også tilreisande frå andre land. Mellom anna hadde ein amerikanar eg møtte på konferanse og som driv ein

klinikk som utøver seinabortar, nett hatt eit barn (barneskulealder) frå Skandinavia på klinikken. Barnet var over 22 veker gravid og hadde difor ikkje fått abort i heimlandet.

Det er skilnad på å setja grenser for sjølvbestemming, og det å setja absolutte øvre grenser i lova. Norsk lov set ei absolutt grense ved levedyktighet, som berre kan brytast dersom kvinna sitt liv er i fare. Dette er fraråda av WHO. Land som New Zealand, Australia og Argentina har valgt å løyse dette ved å setja grenser ved sjølvbestemming frå 14+6 til 24 veker. Etter det kan ein innvilge

abort dersom to legar seier at det er ein så alvorleg situasjon at ein bør innvilge abort. Argentina har spesifisert valdtekt som ein slik alvorleg situasjon.

Den norske lova er snart 50 år gamal. Både samfunnet og den medisinske teknologien har endra seg drastisk, og vi har ei lang erfaring og kunnskap om abort sidan då. Ei ny abortlov må ikkje berre tilpassast dagens samfunn, men også romme vidare medisinsk og samfunnsmessig utvikling.

SPIOMET4HEALTH: en klinisk studie for unge kvinner med PCOS / PCOS-liknende symptomer!



Eszter Vanky

Professor og overlege ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital

- ha forhøyede androgener og/eller hirsutisme
- ha BMI<35
- ikke ha aktuelt graviditetsønske –
- ikke stå på hormonell prevensjon eller metformin – ved evt. deltakelse er det 3 måneder «wash-out»

Det neste du gjør som gynekolog er å spørre jenta/kvinnen om du kan formidle hennes mobilnummer/e-post til meg, Eszter Vanky. spiomet4health@mb.ntnu.no

Deretter tar prosjektkoordinator eller jeg kontakt for videre informasjon og evaluering av deltakelse.

Jenter fra hele Norge kan delta. Reise til Trondheim dekkes som ved henviste pasienter.

Mer informasjon finnes på: <https://spiomet4health.eu/the-clinical-trial>

- Jentene som inkluderes skal
- være mellom 12-23 år
 - ha uregelmessig menstruasjon

Parlamentet i England går inn for tidlig abort via telemedisin

Parlamentet i Storbritannia har stemt i favør for å innføre telemedisin ved tidlig abort. Tidligere har engelske kvinner måttet møte opp i egen person når de oppsøker abort. De har måttet administrere Mifepristone ved en fysisk avtale på klinikk, på samme måte som i Norge. Ved starten av Covid-19-pandemien ble det gitt midlertidig tillatelse for å gi tidlig abortbehandling tidlig i svangerskapet etter telemedisinsk konsultasjon. Over 100.000 kvinner har fått slik telemedisinsk abortbehandling, og i mars 2022 stemte flertallet i parlamentet for å gjøre ordningen permanent.

Dr. Asha Kasliwal, president ved the Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, kommenterte følgende: *The evidence*

shows that telemedicine is safe, effective, timely, more accessible than the alternative and preferred by most women. (...) We are delighted that Parliament has chosen to listen and respond to the strength of the medical evidence, and the views of women and organisations working to support reproductive health.

Kilder:

1. Royal College of Obstetricians & Gynecologists: Parliament votes to make telemedicine for early medical abortion permanent in England. 31.03.2022 www.rcog.org.uk/news/parliament-votes-to-make-telemedicine-for-early-medical-abortion-permanent-in-england/?fbclid=IwAR3Pum0ZhgjdBCoQnMuNFCB3r5LNsrsq4CoXipXh5yKhlwDlIjBivj7_ao
2. Aiken, A. R. A., et al. "Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study." BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 128.9 (2021): 1464-1474.



normedi
NORDIC

NovaSure®
Endometrial Ablation



ENDOMETRIEABLATION MED NOVASURE® ADVANCED

Effektiv behandling av menorrhagi

➤ NovaSure er en sikker og godt utprøvd behandling mot kraftige menstruasjonsblødninger. Prosedyren er velegnet som poliklinisk behandling og den er rask, effektiv og enkel. NovaSure kan vise til solid klinisk evidens og meget gode behandlingsresultat¹.

1. Gimpelson, R.J., Ten-year literature review of global endometrial ablation with the NovaSure® device. Int. J. Womens Health. 2014;6:269-280. (PubMed)



Er du interessert i mer informasjon?
Skann QR-koden med din mobiltelefon
og les mer om teknologien, prosedyren
og studiene.

normedi
NORDIC

normedi.com
normedieducation.com



Gynekologen presenterer utvalgte abstracts fra AOGS, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica

Alle medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening har tilgang til AOGS som fra 2013 kun publiseres på nett. Gynekologen har fått lov til å trykke de abstracts AOGS redaksjonen selv plukker ut til sin Journal Club. På siden [http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/\(ISSN\)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html](http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/(ISSN)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html) finner du fulltekst av artiklene samt presentasjoner i PowerPoint format. Vi håper dette vil vekke din faglige nysgjerrighet!

Term breech presentation—Intended cesarean section versus intended vaginal delivery — A systematic review and meta-analysis

Julia Wängberg Nordborg, Therese Svanberg, Annika Strandell, Ylva Carlsson

<https://doi.org/10.1111/aogs.14333>

Introduction:

Three percent of all infants are born in breech presentation, still the preferred way to deliver them remains controversial. The objective of this systematic review was to assess the safety for the mother and child depending on intended mode of delivery when the baby is in breech position at term.

Material and Methods:

The population (P) was pregnant women with a child in breech presentation, from gestational week 34+0. The intervention (I) was the intention to deliver by cesarean section, the comparison (C) was the intention to deliver vaginally. Outcomes (O) were perinatal mortality, perinatal morbidity, maternal mortality, maternal morbidity, conversion of delivery mode, and the mother's experience. Systematic literature searches were performed. We included randomized trials, cohort studies with more than 500 women/group and case series for more than 15 000 women published between 1990 and October 2021, written in English or the Nordic languages. The certainty of evidence was assessed using the GRADE approach and data were pooled in meta-analyses. PROSPERO registration number: CRD42020209546.

Results:

Thirty-two articles were included (with 530 604 women). The certainty of evidence was moderate or low because the study designs were mostly retrospective cohort studies. The only randomized trial showed reduced risk of perinatal mortality for planned cesarean section, risk ratio (RR) 0.27 (95% confidence interval [CI] 0.08–0.97, 2078 women, low certainty of evidence), stillbirths excluded. A meta-analysis of cohort studies resulted in a similar estimate, RR 0.36 (95% CI 0.25–0.51, 21 studies, 388 714 women, low certainty of evidence). We also found reduced risk for outcomes representing perinatal morbidity 0–28 days: 5-min Apgar score less than 7 in one randomized controlled trial: RR 0.27 (95% CI 0.12–0.58, 2033 women, moderate certainty of evidence), and in a meta-analysis: RR 0.1 (95% CI 0.14–0.26, 18 studies, 217 024 women, moderate certainty of evidence); APGAR score less than 4 at 5 min: RR 0.39 (95% CI 0.19–0.81, five studies, 44 498 women, low certainty of evidence); and pH less than 7.0: RR 0.23 (95% CI 0.12–0.43, four studies, 13 440 women, low certainty of evidence). Outcomes for the mother were similar in the groups except for reduced risk for experience of urinary incontinence in the group of planned cesarean section: RR 0.62 (95% CI 0.41–0.93, one study, 1940 women, low certainty of

evidence). The conversion rate from planned vaginal delivery to emergency cesarean section ranged from 16% to 51% (median 41.8%, 10 studies, 50 763 women, moderate certainty of evidence).

Conclusions:

Intended cesarean section may reduce the risk of perinatal mortality and perinatal as well as some maternal morbidity compared with intended vaginal delivery. It is uncertain whether there is any difference in maternal mortality. The conversion rate from intended vaginal delivery to emergency cesarean section is high.

Controversies in implementing non-invasive prenatal testing in a public antenatal care program

Kjell Åsmund Blix Salvesen, Ragnhild Glad, Vasilis Sitras

<https://doi.org/10.1111/aogs.14351>

Women's autonomy and an inclusive society for all individuals are highly valued in Norway. The Norwegian Biotechnology Act changed in 2020 allowing first-trimester screening and cell-free DNA for common trisomies to all pregnant women. However, implementing non-invasive prenatal testing (NIPT) in a public antenatal care program is difficult, because many patients, politicians, and medical professionals do not consider trisomy 21 a severe medical disease. Screening for trisomies at an early gestation might inevitably lead to an increase in pregnancy terminations and making cost-benefit calculations is ethically challenging. Moreover, offering NIPT to all pregnant women is debatable because of the lower prevalence of fetal trisomies in younger women. Therefore, appropriate genetic pre-test counseling is essential. Furthermore, organizing the service between private institutions and public hospitals poses another debate and challenges both quality and equal access to health services for women across the country.

The evidence behind the use of LASER for genitourinary syndrome of menopause, vulvovaginal atrophy, urinary incontinence and lichen sclerosus: A state-of-the-art review

Olivia Engholt Mortensen, Sarah Emilie Christensen, Ellen Løkkegaard

<https://doi.org/10.1111/aogs.14353>

In recent years, LASER has been introduced as a minimally invasive treatment for a broad range of vaginal and vulvar symptoms and diseases. However, the efficacy and safety of vaginal and vulvar LASER has continuously been questioned. The aim of this

study is to create an overview of the current literature and discuss the controversies within the use of LASER for genitourinary syndrome of menopause, vulvovaginal atrophy, urinary incontinence and lichen sclerosus. A search string was built in PubMed. The search was commenced on August 25, 2021 and closed on October 27, 2021. Two authors screened the studies in Covidence for inclusion according to the eligibility criteria in the protocol. The data were extracted from the studies and are reported in both text and tables. This review included 114 papers, of which 15 were randomized controlled trials (RCTs). The effect of LASER as a vaginal treatment was investigated for genitourinary syndrome of menopause in 36 studies (six RCTs), vulvovaginal atrophy in 34 studies (four RCTs) and urinary incontinence in 30 studies (two RCTs). Ten studies (three RCTs) investigated the effect of vulvar treatment for lichen sclerosus. Half of the included RCTs, irrespective of indication, did not find a significant difference in improvement in women treated with vaginal CO₂ or Er:YAG LASER compared with their respective controls. However, most non-comparative studies reported significant improvement after exposure to vaginal or vulvar LASER across all indications. Included studies generally had a short follow-up period and only a single RCT followed their participants for more than 6 months post treatment. Adverse events were reported as mild and transient and 99 studies including 51 094 patients provided information of no serious adverse events. In conclusion, this review found that the effect of vaginal and vulvar LASER decreases with higher study quality where potential biases have been eliminated. We therefore stress that all patients who are treated with vaginal or vulvar LASER should be carefully monitored and that LASER for those indications as a treatment should be kept on a research level until further high-quality evidence is available.

Complications after advanced ovarian cancer surgery—A population-based cohort study

Charlotte Palmqvist, Hanna Michaëlsson, Christian Staf, Mia Johansson, Per Albertsson, Pernilla Dahm-Kähler

<https://doi.org/10.1111/aogs.14355>

Introduction:

Surgical complications after primary or interval debulking surgery in advanced ovarian cancer were investigated and associations with patient characteristics and surgical outcomes were explored.

Material and methods:

A population-based cohort study including all women with ovarian cancer, FIGO III–IV, treated with primary or interval debulking surgery, 2013–2017. Patient characteristics, surgical outcomes and complications according to the Clavien–Dindo (CD) classification system ≤ 30 days postoperatively, were registered. Uni- and multivariable regression analyses were performed with severe complications (CD \geq III) as endpoint. PFS in relation was analyzed using the Kaplan–Meier method.

Results

The cohort included 384 women, where 304 (79%) were treated with primary and 80 (21%) with interval debulking surgery. Complications CDI–V were registered in 112 (29%) patients and CD \geq III in 42 (11%). Preoperative albumin was significantly

lower in the CD \geq III cohort compared with CD 0–II ($P = 0.018$). For every increase per unit in albumin, the risk of complications decreased by a factor of 0.93. There was no significant difference in completed chemotherapy between the cohorts CD 0–II 90.1% and CD \geq III 83.3% ($P = 0.236$). In the univariable analysis; albumin < 30 g/L, primary debulking surgery, complete cytoreduction and intermediate/high surgical complexity score (SCS) were associated with CD \geq III. In the following multivariable analysis, only intermediate/high SCS was found to be an independent significant prognostic factor. Low ($n = 180$) vs intermediate/high SCS ($n = 204$) showed a median PFS of 17.2 months (95% confidence interval [CI] 15.2–20.7) vs 21.5 months (95% CI 18.2–25.7), respectively, with a significant log-rank; $P = 0.038$.

Conclusions

Advanced ovarian cancer surgery is associated with complications but no significant difference was seen in completion of adjuvant chemotherapy when severe complications occur. Importantly, our study shows that intermediate/high SCS is an independent prognostic risk factor for complications. Low albumin, residual disease and primary debulking surgery were found to be associated with severe complications. These results may facilitate forming algorithms in the decision-making procedure of surgical treatment protocols.

Maternal beta-blocker dose and risk of small-for-gestational-age in women with heart disease

Ingvil Krarup Sørbye, Randi Haualand, Henriette Wiull, Anne-Sofie Letting, Eldrid Langesæter, Mette-Elise Estensen

<https://doi.org/10.1111/aogs.14363>

Introduction

Beta-blockers are prescribed for many pregnant women with heart disease, but whether there is a dose-dependent effect on fetal growth remains to be examined. We aimed to investigate if antenatal beta-blocker use and dose were associated with delivering a small-for-gestational-age infant among women with heart disease.

Material and methods

Our cohort included women with heart disease who delivered at Oslo University Hospital between 2006 and 2015. Maternal heart disease was classified into modified WHO risk scores. Women with beta-blocker treatment were dichotomized into whether they had been treated with a low or high dose based on clinical factors. We compared the risk of delivering a small-for-gestational-age infant in women exposed to high doses, low doses, or with no exposure to antenatal beta-blockers while adjusting for severity of maternal heart disease in logistic regression models.

Results

Of a total of 540 pregnancies among women with heart disease, 163 (30.2%) were exposed to beta-blocker treatment. The majority were treated with metoprolol (86.5%). Almost twice as many babies in the beta-blocker group were small-for-gestational-age, compared with the non-exposed group (19.8 vs 9.5%, $P < 0.001$). Women using a high-dose beta-blocker had a five-fold increased risk of delivering a small-for-gestational-age infant compared with non-exposure (adjusted odds ratio [aOR] 4.89, 95% confidence

Samarbeid med Norges største fertilitetsklinikk.

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

– Dr. Jon W. Hausken



Vi har nyåpnet klinikk i Bergen sentrum.

Klinikk i Porsgrunn åpner i oktober.



✓ Samarbeider med gynekologer til fertilitetspatientens beste.

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

✓ Etablér et kundeforhold til nye kunder i ditt område.

✓ Kontakt Jon Hausken direkte: jon@klinikkhausken.no

interval [CI] 2.22–10.78, $P < 0.001$). Women using a low dose of beta-blocker had a two-fold increased risk of delivering a small-for-gestational-age infant; however, the confidence interval included the null (aOR 1.75, 95% CI 0.83–3.72, $P = 0.143$). Results when restricting the analyses to metoprolol showed the same pattern, but with attenuation of risks.

Conclusions

We found a five-fold increased risk of delivering a small-for-gestational-age infant in women with heart disease treated with a high dose of beta-blocker, and a two-fold increased risk among those treated with a low dose, showing an apparent dose–response relation. Close monitoring of fetal growth is warranted among women with heart disease treated with beta-blockers. As drug therapy in pregnancy concerns both mother and fetus, an optimum balance for both should be the goal.

Systemic hormonal contraception and risk of venous thromboembolism

Oskari Heikinheimo, Elena Toffol, Timo Partonen, Anna But, Antti Latvala, Jari Haukka

<https://doi.org/10.1111/aogs.14384>

Introduction

The increased risk of venous thromboembolism associated with the use of hormonal contraception is well recognized, but evidence regarding hormonal contraception containing natural estradiol is limited. This study aimed to assess the associations between the patterns of use of different systemic hormonal contraceptives and the risk of venous thromboembolism during 2017–2019.

Material and Methods

All fertile-aged women (15–49 years) living in Finland in 2017 and using hormonal contraception in 2017 and their 1:1 age- and residence-matched controls not using hormonal contraception in 2017 (altogether 587 559 women) were selected from the Prescription Centre. All incident venous thromboembolism cases during 2018–2019 and their 4:1 age-matched controls were further analyzed in a prospective nested case–control design to assess the associations between the use (starting, stopping, continuous vs no use) of different hormonal contraception types and venous thromboembolism.

Results

Altogether, 1334 venous thromboembolism cases occurred during the follow-up period (incidence rate 1.14 per 1000 person-years, 95% confidence interval [CI] 1.08–1.20), with an incidence rate ratio of hormonal contraception vs no hormonal contraception use of 1.42 (95% CI 1.27–1.58). Compared with non-use, starting the use of gestodene and ethinylestradiol (adjusted odds ratio [aOR] 2.85; 95% CI 1.62–5.03), drospirenone and ethinylestradiol (aOR 1.55; 95% CI 0.98–2.44), desogestrel and ethinylestradiol (aOR 1.97; 95% CI 0.99–3.92), and transdermal patch releasing norelgestromin and ethinylestradiol (aOR 5.10; 95% CI 1.12–23.16), as well as continuing the use of gestodene and ethinylestradiol (aOR 2.60; 95% CI 1.61–4.21), drospirenone and ethinylestradiol (aOR 1.55; 95% CI 1.02–2.37), cyproterone-acetate and estrogen/ethinylestradiol (aOR 1.66; 95% CI 1.06–2.61), and vaginal ring releasing etonogestrel and ethinylestradiol (aOR 3.27; 95% CI

1.95–5.48) were associated with venous thromboembolism risk. Regarding the type of estrogen, the highest risk was associated with current use (vs non use in the previous 180 days) of ethinylestradiol-containing preparations (aOR 2.20; 95% CI 1.82–2.65), followed by estradiol-containing preparations (aOR 1.39; 95% CI 1.04–1.87) with no risk for progestin-only hormonal contraception. Current use of estradiol-containing preparations was not associated with venous thromboembolism risk after exclusion of cyproterone-acetate and estrogen/ethinylestradiol (aOR 1.05; 95% CI 0.66–1.66).

Conclusions

An increased risk of venous thromboembolism is associated with ethinylestradiol-containing combined preparations. The use of estradiol-containing combined preparations confers only a slightly increased risk, possibly driven by cyproterone-containing combined oral contraceptives, whereas the use of progestin-only contraception is not associated with venous thromboembolism.

Searching for a paternal phenotype for preeclampsia

Noora Jaatinen, Tiina Jääskeläinen, Eeva Ekholm, Hannele Laivuori, for FINNPEC

First published: 07 July 2022
<https://doi.org/10.1111/aogs.14388>

Introduction

Preeclampsia (PE) is a heterogeneous disorder and research to date has principally focused on maternal factors. In this study, however, we considered the associations between background factors and preeclampsia in men who fathered preeclamptic and non-preeclamptic pregnancies.

Material and methods

From 2008 to 2011, participants in the Finnish Genetics of Pre-eclampsia Consortium (FINNPEC) cohort completed a questionnaire on their background information. Questionnaire data were available from 586 men who had fathered a preeclamptic pregnancy (PE fathers) and 660 control men who had fathered a non-preeclamptic pregnancy. Two different control groups were established: Group 1: healthy controls ($n = 457$), which consisted of fathers whose current partners were healthy women with uncomplicated pregnancies; Group 2: other controls ($n = 203$), which also included fathers whose current partners had other pregnancy complications.

Results

The PE fathers more often reported preeclampsia in a previously fathered pregnancy ($p < 0.05$ for all). The PE and control fathers were similar in age, body mass index, smoking, and preexisting medical conditions. There were no differences in the socioeconomic background or health history of the PE and control fathers or their parents.

Conclusions

In the FINNPEC study cohort, the occurrence of preeclampsia in a previously fathered pregnancy was more common among the men who had fathered a preeclamptic pregnancy; other paternal phenotypic and lifestyle characteristics did not play a significant role in preeclampsia susceptibility of their partners.

Paracetamol preceding very preterm birth: Is it safe?

Aliisa Laitala, Timo Saarela, Marja Väärasmäki, Mikko Hallman, Outi Aikio

<https://doi.org/10.1111/aogs.14405>

Introduction

The use of paracetamol for pain relief in pregnancy is common. However, the influence of paracetamol on the perinatal adaptation of high-risk infants has not been studied. These data are important for safety, since another inhibitor of prostaglandin synthesis is harmful to infants born very preterm and increases serious morbidity. We studied whether the use of paracetamol had an adverse influence on neonatal adaptation and the outcomes of infants during the first hospitalization.

Material and Methods

We studied the patient records of high-risk mothers and their infants born before 32 weeks of gestation for multiple variables over a period of 84 months in Oulu University Hospital, a regional tertiary care hospital caring for high-risk deliveries and providing neonatal intensive care. In a matched cohort setting, the exposition was defined as paracetamol use <24 h before childbirth. The controls had consumed no paracetamol up to 1 week before delivery. Infants with major anomalies were excluded. The primary outcome was defined as the need for early interventional treatments for the preterm infants. Outcomes during the first hospitalization were also studied.

Results

Altogether, 170 fetuses from 149 mothers were exposed to paracetamol during the study period. The control population, delivering during the same period, consisted of 118 non-exposed fetuses from 104 mothers. Among them, the mothers were pairwise matched according to their medications, amniotic fluid leakage time, clinical infections, and delivery mode. After matching, 72 mothers/group remained, resulting in 88 paracetamol-exposed infants and 85 controls. No perinatal adverse reactions were detected. There were no differences in either circulatory support during the first postnatal day or in the risk for major diseases during the first hospitalization. Paracetamol-exposed infants needed fewer acute delivery room therapies (51.1% vs 65.9%, mean difference -14.89 ; 95% confidence interval -0.29 to -0.003). Maternal total paracetamol dose in the 1 week before delivery correlated positively with Apgar scores.

Conclusions

Antenatal paracetamol given within 24 h before birth had no adverse effects on extremely or very preterm infants. The long-term safety of paracetamol and the potential acute benefits for preterm infants during perinatal transition remain to be proven in larger, prospective settings.

Nicardipine for treating severe antepartum hypertension during pregnancy: Nine years of experience in more than 800 women

Sebastiaan W. Nij Bijvank, Micky Hengst, Jerome C. Cornette, Sigrid Huigen, Anne van Winkelen, Mireille A. Edens, Johannes J. Duvekot

<https://doi.org/10.1111/aogs.14406>

Introduction

Women with severe hypertension during pregnancy require prompt stabilization with a combination of magnesium sulfate and rapidly acting intravenously administered antihypertensives. It remains unknown which antihypertensive is best suited for pregnancy. The present study evaluated the intravenous use of the calcium antagonist, nicardipine.

Material and Methods

This multicenter, retrospective case series included all pregnant women beyond 20 weeks of gestation with severe antepartum hypertension that were treated with intravenous nicardipine. Primary outcome measures: successful treatment, time to successful treatment, and maternal safety. Severe hypertension was defined as systolic blood pressure (SBP) of 160 mm Hg or more and/or diastolic blood pressure (DBP) of 110 mm Hg or more.

Results

This study included 830 women. After 1 h of treatment, two-thirds of the women had SBP below 160 mm Hg and DBP below 100 mm Hg. In three out of four women, the mean arterial pressure was below 120 mm Hg. Within 2 h of treatment, 77.4% of women achieved successful treatment. In all cases, nicardipine was eventually effective. Within the first 2 h, 42.7% of women experienced temporary low DBP (ie below 70 mm Hg) without clinical consequences for the mother or fetus. In all cases, the low DBP resolved after discontinuing or reducing the dosage of nicardipine. One case of fetal distress was attributable to maternal hypotension, and a cesarean section was performed at more than 2 h after initiating therapy. During treatment, headache, nausea, and vomiting decreased significantly.

Conclusions

To date, this was the largest case-series study on the use of nicardipine for treating severe antepartum hypertension in pregnancy. We found that nicardipine could effectively and safely treat this condition. Based on its high success rate and acceptable safety profile, nicardipine should be considered a first-line treatment in women with severe hypertension in pregnancy.

Multivitamin use and risk of preeclampsia: A systematic review and meta-analysis

Cecilie Holm Christiansen, Stinne Høgh, Line Rode, Jeppe Bennekou Schroll, Hanne Kristine Hegaard, Hanne Trap Wolf

<https://doi.org/10.1111/aogs.14356>

Introduction

Preeclampsia is associated with adverse maternal and neonatal outcomes. It is unclear whether multivitamin use reduces the risk of preeclampsia. This systematic review and meta-analysis aimed to evaluate the association between multivitamin use and the risk of preeclampsia.

Material and methods

We searched PubMed, Embase and the Cochrane Library from database inception to July 2021. Randomized controlled trials

(RCTs), case-control and cohort studies assessing the association between multivitamin use and risk of preeclampsia were eligible. Studies of treatment with a single micronutrient were excluded. Relative risks and 95% confidence intervals (95% CI) were calculated using random-effects models. RoB2, the Newcastle Ottawa Scale and GRADE were used to assess risk of bias and quality of evidence. The protocol was registered in PROSPERO (no. CRD42021214153).

Results

Six studies were included (33 356 women). Only two RCTs were found, both showing a significantly decreased risk of preeclampsia in multivitamin users. These studies were not compatible for meta-analysis due to clinical heterogeneity. A meta-analysis of observational studies using a random-effects model showed an unchanged risk of preeclampsia following multivitamin use (relative risk 0.85, 95% CI 0.69–1.03). The quality of evidence according to GRADE was very low.

Conclusions

Very weak evidence suggests that multivitamin use might reduce the risk of preeclampsia; however, more research is needed. Large RCTs should be prioritized. The results of this review do not allow any final conclusions to be drawn regarding a preventive effect of multivitamin use in relation to preeclampsia.

Delivery mode and risk of gastrointestinal disease in the offspring

Christine Hellsing, Anne K. Örtqvist, Eva Hagel, Carmen Mesas-Burgos, Ulf O. Gustafsson, Anna Löf Granström

<https://doi.org/10.1111/aogs.14427>

Introduction

The global increase of individuals born by cesarean section with reported levels up to 20% of all deliveries, makes it important to study cesarean section and possible associations that can increase risk of subsequent diseases in children. The aim of the study was to evaluate if cesarean section is associated with increased risk of gastrointestinal disease later in life in a large population-based cohort.

Material and methods

In this national population-based cohort study including all full-term individuals registered in the Medical Birth Register in Sweden between 1990 and 2000, type of delivery (exposure) was collected from the Medical Birth Register. The study population was followed until 2017 with regards to the outcomes: inflammatory bowel disease (Crohn's disease or ulcerative colitis), appendicitis, cholecystitis, or diverticulitis registered in the Swedish National Patient Register. Cox proportional-hazards models compared disease-free survival time between exposed and unexposed.

Results

The final study population consisted of 1 102 468 individuals of whom 11.6% were delivered by cesarean section and 88.4% were vaginally delivered. In univariate analysis, cesarean section was associated with Crohn's disease (hazard ratio [HR] 1.13, 95% confidence interval [CI] 1.02–1.25), diverticulosis (HR 1.57, 95%

CI 1.13–2.18), and cholecystitis (HR 1.16, 95% CI 1.05–1.28). However, the increased risk only remained for Crohn's disease after adjustment for confounders (HR 1.14, 95% CI 1.02–1.27). No associations between delivery mode and appendicitis, ulcerative colitis, cholecystitis, or diverticulosis were found in the multivariate analysis.

Conclusions

Cesarean section is associated with Crohn's disease later in life, but no other association between delivery mode and gastrointestinal disorders later in life could be found.

Risk of obstetric anal sphincter injury associated with female genital mutilation/cutting and timing of deinfibulation

Sølvi Taraldsen, Siri Vangen, Pål Øian, Ingvil K. Sørbye

<https://doi.org/10.1111/aogs.14424>

Introduction

A greater risk of obstetric anal sphincter injury has been reported among African migrants in several host countries compared with the general population. To what degree female genital mutilation/cutting affects this risk is not clear. In infibulated women, deinfibulation prevents anal sphincter injury. Whether the timing of deinfibulation affects the risk, is unknown. This study aimed to investigate the risks of anal sphincter injury associated with female genital mutilation/cutting and timing of deinfibulation in Norway, and to compare the rates of anal sphincter injury in Somali-born women and the general population.

Material and methods

In a historical cohort study, nulliparous Somali-born women who had a vaginal birth in the period 1990–2014 were identified by the Medical Birth Registry of Norway and data collected from medical records. Exposures were female genital mutilation/cutting status and deinfibulation before labor, during labor or no deinfibulation. The main outcome was obstetric anal sphincter injuries.

Results

Rates of obstetric anal sphincter injury did not differ significantly by female genital mutilation/cutting status (type 1–2: 10.2%, type 3: 11.3%, none: 15.2% $P = 0.17$). The total rate of anal sphincter injury was 10.3% compared to 5.0% among nulliparous women in the general Norwegian population. Women who underwent deinfibulation during labor had a lower risk than women who underwent deinfibulation before labor (odds ratio 0.48, 95% confidence interval 0.27–0.86, $P = 0.01$).

Conclusions

The high rate of anal sphincter injury in Somali nulliparous women was not related to type of female genital mutilation/cutting. Deinfibulation during labor protected against anal sphincter injury, whereas deinfibulation before labor was associated with a doubled risk. Deinfibulation before labor should not be routinely recommended during pregnancy.



DEN FØRSTE P-PILLEN SOM INNEHOLDER ESTETROL¹

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

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

Referanser: 1. SmpC Drovelis 22.04.2022. 2. Abot A, et al. EMBO Mol Med 2014;6(10):1328–1346. 3. Arnal JF, et al. Physiol Rev 2017;1.97(3):1045–1087. 4. Coelingh-Bennink HJ, et al. J Reproduktionsmed Endokrinol Online 2015; 12(4). 5. Ciretti MS, et al. Front Endocrinol (Lausanne) 2014; 5:80. 6. Gérard et al. J Endocrinol 2015 224(1):85–95. 7. Singer CF, et al. Carcinogenesis 2014. 35(11):2447–51. 8. Gemzell-Danielsson K, et al. BJOG. 2022 Jan;129(1):63–71.

▼ Drovelis (estetrol, drospirenon)

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A18. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. **TABLETTER, filmdrasjerte 3 mg/14,2 mg.** **Indikasjoner:** Oral antikonsepsjon. Beslutning om forskrivning bør ta hensyn til den enkelte kvinnes nåværende risikofaktorer, særlig de for venøs tromboembolisme (VTE), og hvordan risikoen for VTE med Drovelis er sammenlignet med andre kombinerte hormonelle antikonseptiva (CHC). **Dosering:** Tablett 1-24 er aktive (rosa), tablett 25-28 er placebo (hvite). Begynn på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsett med 1 tablett hver dag i 28 dager (som vist på pillebrettet). Gå direkte over til nytt brett uten opphold. **Ved overgang/bytte fra annen prevensjon:** Se pakningsvedlegg/SPC. **Etter abort i 1. trimester:** Behandling kan starte umiddelbart. **Etter fødsel eller abort i 2. trimester:** Det anbefales å begynne mellom dag 21 og 28 etter fødsel eller abort i 2. trimester. **Utsettelse av menstruasjonen:** Menstruasjonen kan utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de hvite placebo-tablettene. For mer informasjon om endring/utsettelse av menstruasjon, se pakningsvedlegg/SPC. **Glemte tabletter/Gastrointestinale forstyrrelser:** Hvis tablettene tas >24 timer for sent, eller ved oppkast og diaré innen 5-4 timer etter tablettinntak, kan prevensjonseffekten være redusert og forholdsregler anbefalt ved gjentatt tablett bør følges se pakningsvedlegg/SPC. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Kontraindisert ved alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. Nedsatt nyrefunksjon: Kontraindisert ved alvorlig nyresvikt. Barn og ungdom <16 år: Er kun indisert etter 1 menstruasjonsblødning. **Administrering:** Tas hver dag rundt samme tid, ev. sammen med litt væske. **Kontraindikasjoner:** Behandling skal seponeres straks hvis noen av følgende tilstander oppstår for første gang. **Tilstedeværelse av eller risiko for venøs tromboembolisme (VTE):** Nåværende (på antikoagulant) eller tidligere (f.eks. dyp venetrombose eller lungeemboli) VTE; kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for VTE, f.eks. APC-resistens (inkl. faktor V Leiden), antitrombin III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel; større kirurgisk inngrep med forlengt immobilisering; høy risiko for VTE pga. tilstedeværelse av flere risikofaktorer. **Tilstedeværelse av eller risiko for arteriell tromboembolisme (ATE):** Nåværende/tidligere ATE (f.eks. hjerteinfarkt) eller prodromal tilstand (f.eks. angina pectoris); cerebrovaskulær sykdom - nåværende/tidligere slag eller prodromal tilstand (f.eks. TIA); kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for ATE, f.eks. hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer; tidligere migræne med fokale neurologiske symptomer; høy risiko for ATE pga. flere risikofaktorer eller pga. tilstedeværelse av 1 alvorlig risikofaktor som: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Nåværende/tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Nåværende/tidligere levertumorer (god- eller ondartet). Kjente eller mistenkte maligniteter som påvirkes av kjønns hormoner, f.eks. i genitalier eller bryster. Udiagnostisert vaginal blødning. Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling startes må en komplett medisinsk historikk innhentes og graviditet utelukkes. Blodtrykket bør måles, og en fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og advarsler. Kvinnen må gjøre oppmerksom på informasjonen om VTE og ATE, inkl. risiko ved Drovelis sammenlignet med andre CHC, symptomer på VTE og ATE, kjente risikofaktorer og tiltak ved mistanke om trombose. Kvinnen bør oppfordres til å lese pakningsvedlegget grundig og følge rådene som gis. Hyppighet av senere undersøkelser bør baseres på etablert praksis og tilpasses individuelt. Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Det må sikres at kvinnen forstår VTE-risikoen, hvordan den påvirkes av nåværende risikofaktorer og at den er høyest 1. året. Bruk kan være forbundet med økt risiko for ATE (hjerteinfarkt) eller cerebrovaskulære hendelser (f.eks. TIA, slag), som kan være dødelige. Risikoen for komplikasjoner ved ATE eller en cerebrovaskulær hendelse øker ved tillegg av risikofaktorer. Noe økt risiko for brystkreft hos kvinner som bruker CHC med etinylostradiol er sett. Økt ALAT er sett når kombinasjonsbehandling mot hepatitt C-virus er gitt samtidig med CHC med etinylostradiol. Dette er ikke vist ved bruk av andre østrogen, men forsiktighet bør iverksettes ved samtidig bruk. Drospirenon er en aldosteronantagonist med kaliumsparende egenskaper. Økte kaliumnivåer forventes ikke, men ved nedsatt nyrefunksjon og serumkalium i ovre referanseområde før behandlingsstart, anbefales det å sjekke serumkalium i løpet av 1 behandlingscyklus, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende midler. Kvinner med hypertriglyseridemi eller en familiehistorikk med dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Gulbott og/eller kløe relatert til kolestase, gallestein, porfyri, SLE, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis og otosklerose relatert hørselstap er sett, eller forverring av dette. Ved arvelig angioedem kan eksogene østrogen induisere eller forverre symptomer og angioedem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser i leverfunksjonen, kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markøren for leverfunksjonen normaliseres. Preparatet kan endre perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og kvinner med diabetes skal observeres nøye spesielt i startfasen. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom og ulcerøs kolitt er sett ved bruk av CHC. Depresjon er en risikofaktor for selvmordrelatert atferd og selvmord. Kvinner skal rådes til å kontakte lege ved humørendringer og depressive symptomer, inkl. kort tid etter behandlingsoppstart. Kloasma kan oppstå, spesielt hos kvinner med graviditetskloasma i anamnesen. Kvinner med tendens til kloasma skal unngå eksponering for sol eller ultrafiolette stråler. Uregelmessig blødning kan oppstå, spesielt de første månedene med bruk. Hvis blødningsforstyrrelser vedvarer eller oppstår etter tidligere regelmessige sykuser, må ikke-hormonelle årsaker vurderes. Se SPC for ytterligere informasjon. Bruk av prevensjonssteroider kan påvirke resultatene av visse laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre på lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjon, plasminogenet og transportproteiner, parametre på karbohydratmetabolisme og parametre på koagulasjon og fibrinolyse. Drospirenon forårsaker en endring i plasmareninaktivitet og plasmodosteron fremkalt av antimineralokortikoid aktivitet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no. Se også preparatomtalen for legemidler som skal gis samtidig. Bruk sammen med enzyminduserende legemidler kan gi gjennombruddsblødninger og/eller nedsatt prevensjonseffekt. Ved korttidsbehandling med enzyminduserende legemidler bør en barrieremetode eller annen prevensjon benyttes i tillegg under behandling og i 28 dager etter seponering. Ved langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler bør annen ikke-hormonell prevensjon benyttes. **Graviditet og amning:** Seponeres hvis graviditet oppstår. Bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er stemningslidelser og -forstyrrelser, libidoforstyrrelser, hodepine, magesmerter, kvalme, akne, brystmerter, metroragi, vaginal blødning, dysmenoré, menoragi, og vekttilvekst. **Overdosering:** Det er så langt ingen erfaring med overdosering av Drovelis. **Pakninger, priser og refusjon (pr. 02.11.2021):** 1 x 28 stk. kr. 145,00. 3 x 28 stk. kr. 406,90 (priser angitt som ALU). **Refusjon:** Refusjonsvedtak påventes. Blå resept. Nei. Bytbar. Nei. Basert på SPC godkjent av SLV/FMA: 22.04.2022. Inneholder av markedsføringstillatelsen: Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21.1105 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, Str. 111 23 Stockholm, Sverige. Telefon: 00 47 21 05 33 90, E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu. **Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no. Sist endret: 23.04.2022.**

SAMSUNG

V8 Step Up Confidence

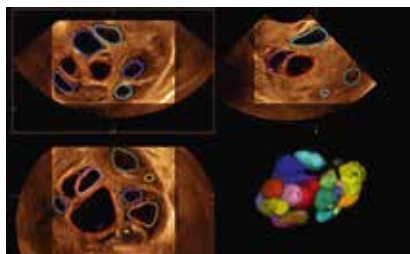
The new V8 ultrasound system combined exquisite imaging quality powered by Crystal Architecture™ with efficient, streamlined examinations enabled by AI-driven assist tools, and re-engineered workflow to fulfill the need of today's busy clinical environment. The sophisticated, ergonomic design showcases Samsung's careful craftsmanship and that comfort-in-use is high priority for your product experience.



RealisticVue



5D Follicle



Redefined Imaging Technologies

Powered by Crystal Architecture™ (CrystalBeam™, CrystalLive™)

Sophisticated 2D Image Processing & Detailed Color Expression

Shadow HDR™, HQ-Vision™, ClearVision, S-flow™, MV-Flow™, LumiFlow™

Women's Health

BiometryAssist™, 4D Follicle™, 5D Follicle™, Limb Vol™, 5D CNS+™, 5 NT™, Heart Color™, MP1?, Labor Assist™, E-Cervix™, IOTA-ADNEX, HDVI, RealisticVue™, CrystalVue™, CrystakValueFlow™

Re-engineered Workflow and Enhanced Customization

TouchGesture, HelloMom™, TouchEdit, QuickPreset, Expanded view, EzCompare™, EzExams+

Comfort Design

14-inch Tilting Touchscreen, 23.8-inch LED Monitor, Contextual Button, QuickSave, BatteryAssist™, Cooling System, Adjustable Control Panel, Transducer Cable Hook, Endocavity Transducer Holder, Gel Warmer

Inter-Medical AS

Grini Næringspark 3 • 1361 Østerås
Tlf: 61146300 • Mobil: 40 61 79 40



INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG MEDISON