

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

3 • 2023



ÅRSMØTEUTGAVEN 2023

Haugesund 25.10 - 27.10

Velkommen til Haugesund s. 15

På innsiden av søsterskapet, Khost fødselssykehus.
Et oppdrag for leger uten grenser s. 30

PRESHA – Preeklampsiprojekt ledet av norsk
LIS-lege får nasjonal oppmerksomhet i Tanzania s. 34



Norsk gynekologisk forening

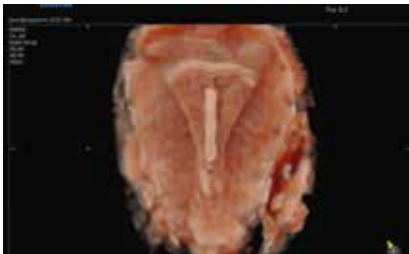
DEN NORSKE LEGEFORENING

V8 Step Up Confidence

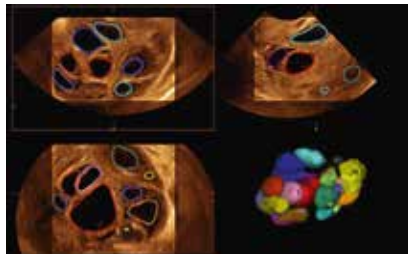
The new V8 ultrasound system combined exquisite imaging quality powered by Crystal Architecture™ with efficient, streamlined examinations enabled by AI-driven assist tools, and re-engineered workflow to fulfill the need of today's busy clinical environment. The sophisticated, ergonomic design showcases 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™, 5D Follicle™, Limb Vol™, 5D CNS+™, 5 NT™, Heart Color™, Labor Assist™, E-Cervix™, IOTA-ADNEX, HDVI, RealisticVue™, CrystalVue™, CrystakValueFlow™

Re engineered Workflow and Enhanced Customization

TouchGesture, HelloMom™, TouchEdit, QuicckPreset, 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



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Tale Meinich
LIS Ahus
tmeinich@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Mina Eskeland
LIS OUS
m.eskeland@hotmail.com

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. 4 4. november

Opplag: 1400



INNHOOLD

REDAKTØR 5

LEDER 7

NGF-STYRET

Nytt fra NGF-styret 8

Styret i Norsk gynekologisk forening 8

Generalforsamling NGF 2023 10

NGFs grupper og komitéer for høsten 2023 10

ÅRSMØTET 2023

Velkommen til Haugesund 15

Program for årsmøtet 16

FUGO

Kjære FUGO-folk! 22

Resultater fra Utdanningsprisen 2023 24

«Trygge hender» mot slutten 26

SPESIALITETSKOMITEEN 28

GYNEKOLOGEN UTENLANDS

På innsiden av søsterskapet, Khost fødselssykehus.

Et oppdrag for leger uten grenser 30

PRESHA – Preeklampsiprojekt ledet av norsk LIS-lege får nasjonal oppmerksomhet i Tanzania 34

ÅRSMØTE 2023 - FRIE FOREDRAG

Gynekologi 37

Gynekologisk onkologi 45

Obstetikk 51

ÅRSMØTE 2023 - POSTERE

Posterliste gynekologi 60

ÅRSRAPPORTER 2022 68

GYNEKOLOGEN

- er et uavhengig tidsskrift.

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

NYHET!

Aleris Fertilitet

- Vi tilbyr alt innen utredning og fertilitetsbehandling for par og enslige
- På vårt laboratorium har vi den nyeste og mest avanserte teknologien på markedet
- Vårt team består av noen av de mest erfarne spesialistene innen fertilitetsbehandling, samt spesialister innen gynekologisk kirurgi



Caroline Becker
Gynekolog



Bastienne Halvorsen
Gynekolog



Juan M. Moreno
Embryolog



aleris.no/fertilitet



22 54 10 20



Frederik Stangs gate 11, 0264 Oslo



Aleris



Vel møtt!

Årsmøtet er her igjen, og til tross for at NFOG-kongressen i Trondheim naturlig nok har fått mye fokus i høst, ser vi frem til et storslått møte i Haugesund. Gynekologen er nok en gang fylt med abstracts for frie foredrag og postere, fremfor annet faglig påfyll. Mellom sammendragene kan du imidlertid lese et reisebrev fra feltopphold med Leger uten grenser i Afghanistan og litt reklame for et imponerende forskningsprosjekt i

Tanzania. Jeg håper denne utgaven inspirerer til forskning, klinisk arbeid og annet engasjement både innenfor og utenfor landegrensene. Husk å ta med deg bladet under armen når du reiser til Haugesund!

Tale Meinich
Redaktør



Gå ikke glipp av: **Endoskopiutvalgets formøte**

26. oktober kl. 18:30-19:00, før Årsmøtet i Haugesund 2023

Dr. Gaby Moawad

"Benign hysterectomy»

"Pelvic neuroanatomy and it`s application in DIE"



Alexander Freis

Gynekolog og daglig leder,
Medicus Bergen

Medicus har åpnet ny fertilitetsklinikk i Bergen

I over 20 år har Medicus hjulpet naturen litt på vei. Flere tusen barn har blitt skapt gjennom assistert befruktning ved våre klinikker i Trondheim, Oslo og Stavanger. Nå har vi gleden av også kunne tilby par og single i Bergen, utredning og behandling lokalt. Fertilitetsspesialist Alexander Freis tar imot pasienter til både fysiske og digitale konsultasjoner.

Hos oss har vi fornøyde pasienter og svært gode suksessrater. Grunnen til dette er blant annet vår erfaring, kvalitetsfokus dokumentert ved ISO-sertifisering og deltakelse i mer enn 50 kliniske forskningsstudier. Vi har et solid fagmiljø, og ingen andre klinikker i Norge har like mange fagpersoner innen assistert befruktning og fertilitet som oss.

Vårt tilbud

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



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

Stavanger
Haakon VII's gate 7,
4005 Stavanger

Oslo
Stortingsgata 30,
0161 Oslo

Bergen
Bredalsmarken 15,
5006 Bergen

Lyst til å bli samarbeidende lege til vår klinikk i Bergen? Ta kontakt med Alexander direkte:

alexander@medicus.no,
mobil: +47 488 61 257



Kjære kollegaer!

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

Årsmøtet er eit strålende høve til å treffe nye og gamle vener frå andre delar av landet, eg vil særleg anbefale våre yngre kollegaer å reise (og så vil eg oppfordre dei av dykk som sit med leiaransvar til å legge til rette for at særleg legar i spesialisering skal kunne ta del). Vi skal ta godt imot dykk, eg kjenner meg sikker på at alle fyrstereisegynkologar i Haugesund vil kjenne seg svært velkomne.

Nordisk Foreining for Gynekologi og Obstetrik (NFOG) hadde sin fyrste kongress etter pandemien i Trondheim i august, møtet vart ein formidabel suksess, med høgt fagleg nivå og over åtte hundre deltakarar frå heile Norden. Pepe var kongresspresident og ein glitrande ambassadør for faget, landet og byen sin. Vi håpar at alle dei som ikkje fekk reist på NFOG sitt møte tar sitt monn igjen på årsmøtet, som vel kjem til å ha noko færre partysvenskar, men desto fleire haugesundarar!

Årsmøtet er eit viktig lyspunkt i ei krevande tid for faget, mange sjukehus strevar med økonomien i endå større grad enn før, og då står fødetilbodet lageleg til for hogg. Det er trass alt mykje meir lønsomt å drive med oftalmologi og kardiologi. Mange triste historier frå faget vårt har fått stor merksemd i media gjennom året som har gått. Vi håpar dette fokuset kan munne ut i ei vurdering av ressursituasjonen heller enn uthenging av enkeltavdelingar.

Alt er imidlertid ikkje berre mørkt; arbeidet med rettleiar møta har vore svært løfterikt, og vi siktar mot å vedta dei endelege retningslinjene for desse på generalforsamlinga. Forskinga innan faget er i stadig utvikling, fleire store multisenterstudier er i gang, med endå fleire under oppsegling.

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

Ragnar Kvie Sande
Leiar NGF

Nytt frå styret oktober 2023

Styret i Norsk Gynekologisk Forening har den siste tida arbeidd hardt fram mot årsmøtet. Vi håpar og trur de vil vere einige i at vi har sett saman eit godt og variert program, i tillegg har vi fått inn ei lang rekke gode abstracts som de kan nyte under møtet, både som muntlege presentasjonar og som posters. Leiar og vitskapeleg sekretær har også vore tungt involvert i det nyleg overståtte møtet til NFOG.

Media er framleis svært interesserte i faget vårt, dessverre er det altfor ofte fokus på tragediene. Før sommaren kom vi imidlertid til orde i Dagens Næringsliv, der vi nytta høvet til å seie finanseliten eit par Pauli ord, og har fått mykje skryt for det av medlemsmassen.

Kasserar har frameleis lagt mykje arbeid ned i overgangen til legeforening sine revisortjenester for dei fagmedisinske ledda. Enkelte ting har blitt meir tungvint, vi beklagar dette, men vi tenker likevel at dette teiknar til å bli ei god løysing for foreninga på sikt.

Vi har oppretta ein søkbar database for gamle utgåver av Gynekologen. Dette vil gjere det mykje lettare å finne fram gamle gullkorn. Vi arbeider også med ei ny plattform for publisering av

rettleiarane, for å tilpasse publiseringa til den nye modellen med rettleiarmøte.

Styret ynskjer i samband med årsmøtet 2023 å heidre kollegaer som fortener det; om det er nokon som har gjort ein særleg innsats, fått ei utmerking frå universitetet eller publisert i Lancet – send oss forslaget ditt med ei kort begrunning, så skal vi heidre under årsmøtet. Og nei, det er ikkje lov å foreslå seg sjølv. Styret tar også i mot innspel til kandidatar til heidersprisen, så langt har dessverre nesten alle foreslåtte kandidatar fått den før. Her finn de lenke til oversikt: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/om-oss/ngf-hederspris-mottakere-siden-1986/>

Foreslå din kandidat til heidersprisen eller allmenn heider på epost til leiar.ngf@gmail.com

For styret i NGF

Ragnar Kvie Sande

Leiar Norsk Gynekologisk Forening.

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 Kvinneklinikken UNN Tromsø og arbeider hovedsakelig med inkontinens og bekkenbunnslidelser. Bidrar faglig i det lokale bekken-senteret og i nystartet tverrfaglig vulvapoliklinikk. 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.

Utrogestan® (mikronisert progesteron)

– innvilget forhåndsgodkjent refusjon*

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

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

Tallet er unøyaktig, og kan være forbundet med usikkerhet.



Kontraindikasjoner: Gulstott. Alvorlig nedsatt leverfunksjon.
Udiagnostisert vaginalblødning. Karsinom i brystet eller genitalier.
Tromboflebitt. Tromboemboliltilstander. 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 ettbarnssvangerskap 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. pat. 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

Indikasjon: Som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART). Forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarnssvangerskap 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 Advarsel 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 advarsel i forbindelse med støtte i lutealfasen ved ART: Skal kun brukes de første 3 månedene av graviditeten. • Spesifikke advarsel 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 148,70. Reseptgruppe C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan 200 mg, SPC 19.01.2022



Generalforsamling NGF 2023

Sakliste generalforsamling NGF 2023

- Val av dirigent, referent og protokollunderskrivarar.
- Minnestund
- Årsmelding 2022
- Rekneskap 2022 (Rekneskapet skal ligge på nettsida seinast 3 veker før generalforsamlinga)
- Revidert budsjett 2023
- Budsjett 2024
- Søknad til Solidaritetsfondet
- Fastsetting av ekstrakontigent
- Årsrapportar: Kvalitetsutvalget, Endoskopiutvalget, Fosterovervåkningsgruppen, Spesialitetskomiteen, NFOGO, FUGO, NFOG vitenskapelig komite.

Saker fremlagt av styret:

1. Skal retningslinjene for guidelinemøta ha status som vedtekter, og dermed krevje 2/3 fleirtal ved framtidige endringar, eller som generalforsamlingsvedtak, og dermed krevje simpelt fleirtal ved framtidige endringar?
2. Godkjenning av retningslinjene for guidelinemøta.
3. Framlegg om nedlegging av kvalitetsutvalet.

Orienteringssaker:

1. Aukande kostnader knytt til medlemskap i NFOG.
2. Årsmøtet kolliderer med NFOG sin kongress i oddetalsår

Saker fremlagt av medlemmene:

Ingen

Årsmøtestad 2025:

Ålesund

NGFs grupper og komitéer for høsten 2023

FUGO-styret

Øystein Bergøy (leder)
Mina Eskeland (nestleder)
Aslak V. Solhoff
Morten Kvello
Siri Juliebø
Are Larsen
Sukhjeet Bains

Spesialitetskomiteen

Christine Hancke (leder)
Renate Torstensen (nestleder)
Jette Stær-Jensen
Mari Bunkholt Elstrand
Nora Johansen
Akexander Vietheer
Ragnhild Lindelien Schwartz (LIS)
Magnus Hagland (LIS, vara)

Kvalitetsutvalget

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

Nettredaksjonen

Inga Vengen

Gynekologen

Tale Meinich (redaktør)
Mina Eskeland (medredaktør)

NFOG – Norsk forum for gynekologisk onkologi

Tone Skeie-Jensen (leder),
vara Torbjørn Paulsen
Alda Birgisdottir (web-ansvarlig),
vara Katharina Bischof
Kathrine Woie, vara Line Bjørge
Marit Sundseth, vara Merete Ravlo
Martin Lindblad (nestleder),
vara Elise Sletten (kasserer)
Ingvild Vistad (sekretær),
vara Elisabeth Berge Nilsen

EBCOG

Yngvild Hannestad
Kirsten Hald

NFOG

Ragnar Kvie Sande

NFOG vitenskapelige komité

Terhi Piltonen (Finland)
Niels Klarskov (Danmark)
Johanna Gunnarsdottir (Island)

Ann Josefsson (Sverige)
Solveig Bjellmo (Norge)

Endoskopiutvalget

Jenny Alvirovic (leder)
Kristine Aas-Eng
Renate Torstensen
Øystein Helland
Tonje Bohlin
Are Larsen (FUGO-representant)

Referansegruppa for fosterovervåkning

Branka M. Yli (leder)
Jørg Kessler
Johanne Kolvik Iversen
Heidi Overrein
Katrine S. Johannesen
Lillian Leirvik

Urogynekologisk faggruppe

Cathrine Reimers (Leder)
Kristine Amundsen
Maria Nyhus
Siri Tuft Isdahl
Mariann Eidet
Siv Svennevik Myhr
Kjersti Rimstad



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 dose^{1,4}

VAGINALGEL

Adhesiv, smørende og lindrende¹

RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL

Gelisse®

50 µg østriol/g vaginalgel

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. Behandlingsopstart: 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 ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Hud: Pruritus. Kjønnsgener/bryst: Genital pruritus. Øvrige: Pruritus på påføringsstedet. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Hud: Prurigo. Infeksiøse: Candidiasis. Kjønnsgener/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.



Tresiba[®]

Basalinsulin til
daglig injeksjon ved
behandling av diabetes
mellitus¹

Behandling med
Tresiba[®] kan nå
vurderes under
graviditet^{2,3}

Bruk av Tresiba[®] under graviditet

Bruken av Tresiba[®] hos gravide kvinner med diabetes type 1 har blitt undersøkt i en intervensjonsstudie (EXPECT-studien).² Data fra kliniske studier og etter markedsføring (>400 graviditeter) indikerer ikke potensial for misdannelser eller føto/neonataltoksisitet.³

Insulinbehov ved graviditet³

Insulinbehovet minker vanligvis i første trimester og stiger deretter i andre og tredje trimester. Etter fødselen går insulinbehovet vanligvis raskt tilbake til det samme nivået som før graviditeten. Nøye overvåking av glukosekontroll og individuell justering av insulindosen anbefales.

Indikasjon⁴

Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁵

Hypoglykemi er en svært vanlig bivirkning ($\geq 1/10$) og kan forekomme dersom insulin dosen er for høy i forhold til insulinbehovet.

Hyperglykemi Bruk av utilstrekkelige doser eller avbrytelse av behandlingen, særlig hos pasienter med behov for insulin, kan føre til hyperglykemi og diabetisk ketoacidose.

Lipodystrofi (inkludert lipohypertrofi, lipoatrofi) og **kutan amyloidose** kan forekomme på injeksjonsstedet og forsinke lokal insulinabsorpsjon. Kontinuerlig rotering av injeksjonssted innen et gitt injeksjonsområde kan bidra til å redusere eller forebygge disse bivirkningene.

Reaksjoner på injeksjonsstedet kan forekomme. Disse er vanligvis milde og forbigående, og forsvinner normalt ved fortsatt behandling.

Annen samtidig sykdom, især infeksjoner og febertilstander, øker vanligvis pasientens insulinbehov.

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Voksne, ungdom og barn fra 1 år Eldre (≥ 65 år): Måling av glukose må intensiveres hos eldre, og insulin dosen justeres individuelt	Barn under 1 år Ingen klinisk erfaring
Nyrefunksjon	Kan brukes Måling av glukose må intensiveres ved nedsatt nyrefunksjon, og insulin dosen justeres individuelt	
Leverfunksjon	Kan brukes Måling av glukose må intensiveres ved nedsatt leverfunksjon, og insulin dosen justeres individuelt	
Graviditet	Kan brukes Behandling med Tresiba [®] kan vurderes under graviditet hvis det er klinisk nødvendig	

Dosering¹

Tresiba[®] administreres subkutan én gang daglig i låret, overarmen eller abdominalveggen når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis på samme tidspunkt hver dag. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene.

Tresiba[®] kan forskrives på blåresept ved diabetes type 1 og diabetes type 2⁶⁻⁸

C Insulinanalog, langtidsvirkende. ATC-nr.: A10A E06

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av diabetes mellitus

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	180, 181
T90	Diabetes type 2	244
ICD		Vilkår nr
E10	Diabetes mellitus type 1	180, 181
E11	Diabetes mellitus type 2	244

Vilkår:

180	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følinger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll
181	Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdommer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet
244	Refusjon ytes kun til pasienter som til tross for optimal behandling med to daglige doser middels langtidsvirkende NPH-insulin har vedvarende utfordringer med hypoglykemier

Pakninger og priser:

Injeksjonsvæske, oppløsning i sylinderrampulle: 100 enheter/ml: 5 × 3 ml (Penfill sylinderramp.) kr 618,00.

Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 100 enheter/ml: 5 × 3 ml (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 750,70. **200 enheter/ml:** 3 × 3 ml (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 732,50. (Pris per mars 2022)

For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale eller www.felleskatalogen.no

Referanser: **1.** Tresiba[®] SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 13.01.2022) **2.** Tresiba[®] SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 13.01.2022) **3.** Tresiba[®] SPC, avsnitt 4.6 (sist oppdatert 13.01.2022) **4.** Tresiba[®] SPC, avsnitt 4.1 (sist oppdatert 13.01.2022) **5.** Tresiba[®] SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.6 og 4.8 (sist oppdatert 13.01.2022) **6.** <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae06-1> (lest 24.03.2022). **7.** Tresiba[®] SPC, avsnitt 3 (sist oppdatert 13.01.2022) **8.** <https://www.felleskatalogen.no/medisin/tresiba-novo-nordisk-589607> (lest 24.03.2022)



100 enheter/ml:

Kan gi opptil 80 enheter per injeksjon (1-80 enheter)



200 enheter/ml:

Kan gi opptil 160 enheter per injeksjon (2-160 enheter)

Skann QR-koden for å komme direkte til instruksjonsfilmer



Novo Nordisk Norway AS

Nydalsveien 28 · Postboks 4814 Nydalen · 0484 Oslo
www.novonordisk.no · Telefon: +47 22 18 50 51

TRESIBA[®]
insulin degludec

Gynoflor®

Estriol 0,03 mg
Lactobacillus acidophilus 50 mg
Vaginaltabletter



Lunsjsymposium

fredag 27. oktober kl. 12.10 - 12.55

Gynoflor – eneste kombinasjon av laveste dose østrogen og 100 millioner melkesyrebakterier!^{1,2}

Innovativ behandling av vaginal atrofi og restaurering av det vaginale mikrobiomet etter infeksjoner ved bruk av en ultralav dose østriol (E3) og lactobacillus acidophilus KS 400 inneholdende vaginal tablett.



- 1 Behandling av vaginal atrofi hos postmenopausale eller perimenopausale kvinner
- 2 Gjenopprettelse av floraen av laktobasiller hos voksne kvinner etter antiinfektiv behandling mot infeksjoner i skjeden



Kjære kolleger!

Den lokale komité ved Kvinneklinikken Haugesund Sjukehus har i år gleden av å ønske dere velkomne til NGFs årsmøte 2023 i Haugesund.

Årets møte vil bli avholdt på Quality Hotell Maritim. Hotellet ligger midt i Haugesund sentrum.

Get-together blir i maritime omgivelser på Høvleriet, som ligger kun ca. 100 meter fra Hotellet.

For de som ønsker å bevege seg noe mer blir det yoga eller morgenjogging med muligheter for bad og sauna.

Den lokale komité legger opp til at dette skal bli både en faglig og sosial fest. Så bli med og syng med oss:

«Me feste seint, me feste tidlig
Se Haugesund dei bukke djupt og stilig»

Hilsen den lokale komitéen

*Klaus Oddenes, Silje Karlsen, Liv Hapnes, Eli Wiksnes,
Frida Sofie Sivertsen og Ingvild Svåsand.*





Program for årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening 25/10 - 27/10 i Haugesund

Onsdag 25/10

Kurs:

09:00 – 16:00 **FUGO-kurs** – NB! Krever påmelding

Formøter:

15:30 – 17:00

Lederforum

Rekruttering til faget Fødselshjelp og kvinnesykdommer
Hva skal vi gjøre for å rekruttere de unge og holde på de gamle?
Utfordringene belyses og diskuteres fra både gruppe 1- og gruppe 2-sykehusenes ståsted.
Velkommen til diskusjon!
Ved Klaus A.Oddenes Haugesund Sjukehus
og Marianne Omtvedt Oslo Universitets sykehus Ullevål.

16:00 – 17:00

«Trygge hender»-formøte

16:00 – 16:30 Tilbakemelding fra fødeavdelingene om hvordan kampanjen har vært å gjennomføre lokalt.
16:30 – 17:00 Hvordan ivareta «Trygge hender»-tilbudet om opplæring i obstetriske ferdigheter etter endt kampanje?

17:15 – 19:15

Obstetrisk formøte

17:15 – 17:45 Innlegg fra referansegruppen for maternelle dødsfall – Siri Vangen
17:45 – 18:15 Innlegg fra referansegruppen for fosterovervåking – Jørg Kessler
18:15 – 18:45 Obsterisk vold – Cristina Barbu
18:45 – 19:15 Orientering om neste års guidelinemøte – Johanne Kolvik Iversen

17:30 – 19:00

Endoskopiutvalgets formøte

Dr. Gaby Moawad
«Benign hysterectomy»
«Pelvic neuroanatomy and it`s application in DIE»

17:30 – 19:00

Urogynekologisk formøte (NUGG)

17:30 Møtestart. Velkommen ved Ingrid Lillegraven-Deeg
17:30 – 17:40 Informasjon om Norsk Urogynekologisk Faggruppe. Årsrapport og valg av representanter.
17:40 – 18:00 «TVT 10 og 20 år etter – preliminære data på langtidsresultat, tilfredshet og komplikasjoner» ved Berit Rein Solhaug
18:00 – 18:45 «Bulkamidbehandling og resultat» ved Åse Roald Sandvik
18:45 – 19:00 Komplikasjonskvarter. Kasuistikker.
19:00 Møteslutt. Informasjon om NKIR og NUGA.



- 17:30 – 19:00 **Praktiserende spesialister (PSL)**
Ingrid Baasland: Utredning/oppfølging av cervixdysplasier, med gjennomgang av nye retningslinjer og vanskelige problemstillinger/kasusistikker.
- 17:30 – 19:00 **Fostermedisinsk formøte**
17:30 Velkommen (Maria Ulriksen)
17:40 – 18:10 Preeklampsiscreening ved tidlig ultralyd (Salvesen, digital)
18:10 – 18:30 Tidlig ultralyd, utdanning av LIS (Sande)
18:30 – 19:00 Diafragmahernier, oppfølging og resultater av behandling (Ertresvåg, digitalt)
- 17:30 – 19:00 **FUGO-formøte og generalforsamling**
17:30 Velkommen
17:40 – 18:25 Foredrag ved Tirill Tingleff: «Veien til spesialist – en ufullstendig overlevelsesguide»
18:25 – 19:00 Generalforsamling for FUGO
- 20:00 – 23:00 **Get-together**

Torsdag 26/10

- 07:00 **Yoga/jogging/bad og sauna**
- 09:00 – 09:30 **Åpning av årsmøtet**
Åpning ved NGF-leder Ragnar Kvie Sande
Velkommen til Haugesund ved ordføreren
- 09:30 – 10:30 **Keynote lecture**
Dr Gaby Moawad – “Roadmap to Automated Surgery”
- 10:30 – 11:00 **Pause og besøke utstillere**
- 11:00 – 12:00 **Frie foredrag – Generell gynekologi**
- 1 Tina Rosland Har kvinnene rett? Selvrapporing av hysterektomi og ooforektomi, en HUNT-studie
 - 2 Nora Johansen Når fjerner vi normale eggstokker hos kvinner uten økt risiko for eggstokkreft?
 - 3 Kjersti Rimstad Kortere inkontinensslyngers effektivitet og sikkerhet. En registerstudie fra Norsk Kvinnelig Inkontinensregister.
 - 4 Jone Trovik Spontanabort; samsvarer behandling og koding med etablerte retningslinjer og Helseatlas for gynekologi?
 - 5 Marianne Omtvedt EndoMestrings – Hvordan implementere et pasientsentrert kurs for endometriosepasienter og deres pårørende
 - 6 Oline Gravdahl How to identify menstrual red flags in adolescents – results of the digital based cross-sectional MINA study
- 12:00 – 13:00 **Lunsj**
- 12:10 – 12:55 **Lunsj-symposium NOVO NORDISK**
«Behandling av overvekt og fedme»



- 12:10 – 12:55 **Lunsj-symposium INTUITIVE**
 «Computer assisted technology in gyn surgery ano 2023» (Gaby Moawad)
 «How to start up a successful da Vinci GYN program in Norway ano 2023» (Speaker TBD)
- 13:00 – 13:30 **Pause – besøke utstillere og Postertalk**
- 13:30 – 15:00 **Sjeldne tilstander innenfor gynekologien**
 Heidi Glosli, leder for Senter for sjeldne diagnoser
 Kirsten Hald, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer – Om medfødte misdannelser
 Jone Trovik, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer – Om fistler
- 15:00 – 15:30 **Pause – besøke utstillere**
- 15:30 – 17:00 **Frie foredrag – Gynekologisk onkologi**
- | | | |
|----|-----------------------|--|
| 7 | Pernille Bjerre Trent | Self-reported lower extremity lymphedema and quality of life after surgical staging of endometrial carcinoma: a population based cross-sectional study |
| 8 | Linn Opheim | Association between modifiable lifestyle factors and health-related quality of life among endometrial carcinoma survivors – a cross-sectional study |
| 9 | Pernille Bjerre Trent | The implementation of sentinel lymph node biopsy for endometrial carcinoma at the Norwegian Radium Hospital – A cost effectiveness analysis |
| 10 | Line Bjørge | Molecular characteristics of gynecologic cancer patients in the IMPRESS-Norway trial – a national prospective, non-randomized clinical trial evaluating the efficacy of anti-cancer drugs on new indications |
| 11 | Pernille Bjerre Trent | The prevalence of lymph node metastasis in low-grade endometrial carcinoma |
| 12 | Ane Gerda Eriksson | Oncologic outcomes in women with low-intermediate risk endometrial carcinoma |
| 13 | Nora Johansen | Seksuell dysfunksjon etter forebyggende fjerning av eggstokker hos kvinner med BRCA-mutasjon og betydningen av preoperativ informasjon |
| 14 | Christiane Gjerde | Etablering av organoid plattform for kreft i eggstokkene |
| 15 | Cecilie Torkildsen | Cytokinprofilering: Et lovende prediktivt verktøy for pasienter med eggstokkreft |
- 17:00 – 17:30 **Pause – besøke utstillere**
- 17:30 – 19:00 **Generalforsamling**
- 19:30 – 01:00 **Årsmøtemiddag**



Fredag 27/10

09:00 – 10:00 **Frie foredrag – Gynekologi og obstetikk**

- 16 Franziska Siafarikas Levator muscle avulsion from six weeks to 8 years after first delivery: a longitudinal ultrasound study
- 17 Kathrine Fodstad Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIS) and the effect of episiotomy in vacuum and forceps deliveries
- 18 Torbjørn Eggebø Langvarig nytte av det finske konsept for perineal støtte
- 19 Thea Mikkelsen The effect of myomectomy on the endometrial receptivity markers Leukemia inhibitory factor (LIF) and HOXA10
- 20 Berit Solhaug Hva betyr preoperativ KMI og senere endring i KMI for langtidsresultatet etter TVT?
- 21 Kristin S Hannestad Gynekologiferdigheter i medisinstudiet

10:00 – 10:30 **Pause – besøke utstillere og Postertalk**

10:30 – 12:00 **Hvordan beholde generalisten (i gynekologi/obstetikkfaget) i møte med økende kvalitetskrav?**

Thea Falkenberg Mikkelsen, LIS (gyn/obst)
Anne Birthe Lømo, overlege (gyn/obst)
Johanne Kolvik Iversen, overlege (obst)
John Christian Glent, leder i Norsk Kirurgisk Forening (NKF)

12:00 – 12:45 **Lunsj**

12:10 – 12:55 **Lunsj-symposium EXELTIS**

«Vaginal atrofi – den stille epidemien»
«En ny unik kombinasjon av ultralavdose østriol og laktobacillus for behandling av vaginal atrofi og gjenoppretting av vaginalfloraen etter infeksjon»

12:10 – 12:55 **Lunsj-symposium GSK**

«Biomarkører innenfor gynekologisk kreft»
«Persontilpasset medisin innenfor gynekologisk kreft – hva er status?»

12:45 – 13:15 **Pause – besøke utstillere**

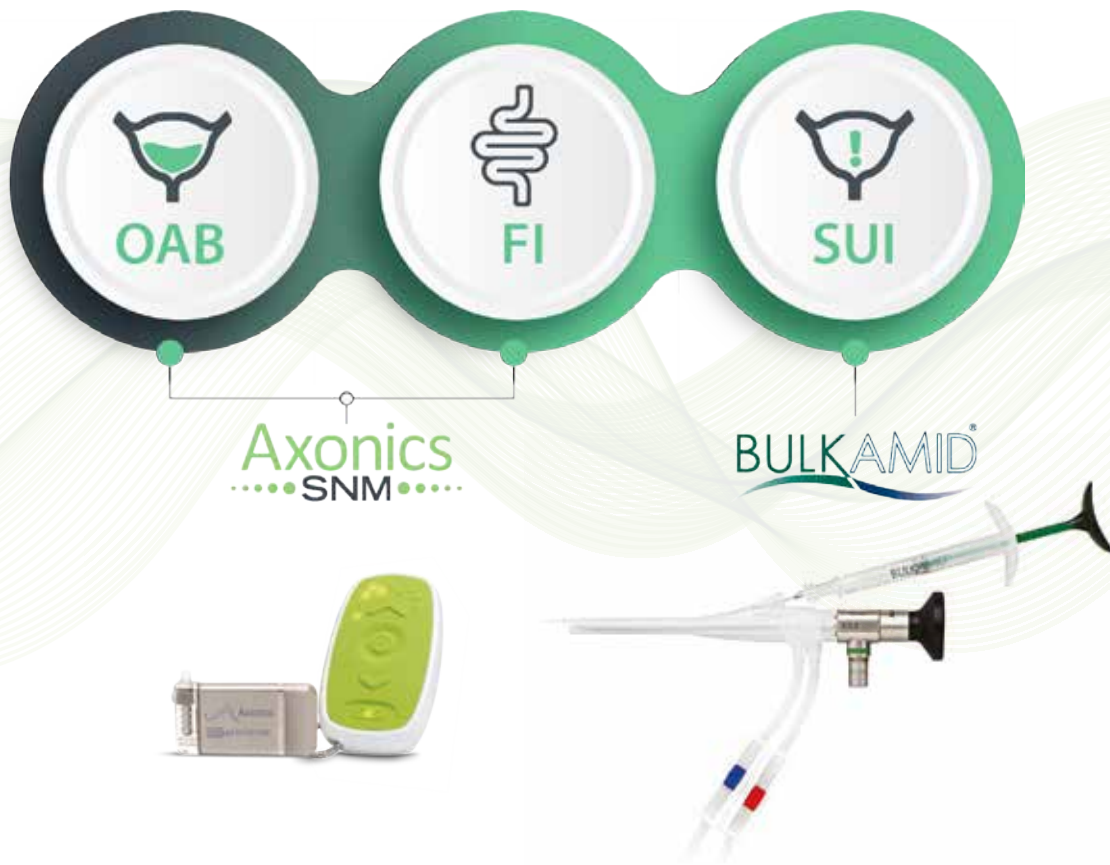


- 13:15 – 14:45 **Frie foredrag – Obstetrik og fostermedisin**
- 22 Philip von Brandis Monochorionalt tvillingsvangerskap komplisert av arytmi og hydrops hos den ene tvillingen. Longitudinelle hemodynamiske effekter av medikamentell konvertering med Flecainid vurdert med venøs doppler ultralyd.
- 23 Janne Rossen Birth satisfaction with outpatient Induction of Labor with Oral Misoprostol: Results from a multicenter randomized-controlled trial
- 24 Trond Michelsen Effekt av intravenøs hyoscin butylbromid (Buscopan®) på langsom framgang i fødsel (BUSCLAB): En dobbelblind randomisert placebo-kontrollert studie
- 25 Gulim Murzakanova Trends of term intrapartum stillbirth in Norway during 1999–2018
- 26 Kristin Skogøy Forsinket diagnostikk ved retroperitoneal blødning etter uterusruptur.
- 27 Cecilie Nordklev Down Syndrome and Associated Atrioventricular Spetal Defects in a Nationwide Norwegian Quality Registry: Incidence, Time-Trends, and Outcomes
- 28 Liv Thomsen Svangerskapsresultater etter nasjonal innføring av tidlig ultralydundersøkelse i Norge – en deskriptiv registerstudie
- 29 Celine Herud Forekomst, risiko og østrogenmangel som forklaring på dyspareuni ved amming
- 30 Tiril Tingleff Sammenheng mellom pregravid overvekt og keisersnitt, en populasjonsbasert studie av 329080 fødsler i Norge
- 14:45 – 15:00 **Pause og besøke utstillere**
- 15:00 – 16:30 **Vulvodyni**
Nina Bohm-Starke, dosent og overlege – «Vulvodyni utifrån gynekologens perspektiv»
Jenny Toftner, kvinnehelsefysioterapeut og spesialist i sexologisk rådgivning
– NACS «Fysioterapi og sexologisk tilnærming i behandlingen av vulvodyni»
- 16:30 – 16:45 **Prisutdeling og avslutning**
- 16:45 **Buss til flyplassen**

Experience the Difference.
EXPERIENCE AXONICS®

Expanded Portfolio of Clinically Proven Incontinence Solutions

At Axonics, our mission is to provide solutions that improve the quality of lives of people with bladder and bowel dysfunction. We are proud to offer Bulkamid® as part of our innovative product portfolio to treat women suffering with stress urinary incontinence (SUI).



Visit experienceaxonics.com for more information

Important Safety Information:

Implantation and use of the Axonics System incurs risk beyond those normally associated with surgery, some of which may necessitate surgical intervention. Results and experiences may vary and are unique to each patient. No promise or guarantee is made about specific results or experiences. For a complete listing of indications, contraindications, warnings and precautions, go to www.axonics.com/isi.

For Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP), refer to <https://ec.europa.eu/tools/eudamed/#/screen/home>.

Kjære FUGO-folk!



Øystein Bergøy
FUGO-leider

Skal du på årsmøtet til NGF? Kjem du på FUGO sitt kurs i urogyn dagen før årsmøtestart? I så fall håper eg du kjem på FUGO si generalforsamling også. Dette møtet avhaldast på kvelden same dag som kurset, og er FUGO sitt høgaste organ. Me er ein medlemsorganisasjon som ønsker at våre medlemmer, norske lis i obstetrikk og gynekologi, fortel oss kva dokker vil me skal jobba med. Då er me også avhengige av at medlemmene våre kjem på generalforsamlinga vår for å velgja våre nye styre-medlemmer. Me må vita også om dokker er einige i det me har tenkt å bruka pengane våre på det komande året. Innkalling til generalforsamlinga med sakliste finn du i dette nummeret av Gynekologen.

I dette nummeret finn du også årsrapporten vår. Bak dette sexy namnet kan du sjå kva me har brukt din medlemskontigent til. Eg håper du synest du har fått valuta for pengane dine.

Sjølv om generalforsamlinga er der bindande vedtak skjer, kan du også koma i kontakt med oss på andre måter. Enklast er kanskje facebookside vår. Dersom du ikkje er medlem allereie, anbefaler eg deg å melde deg inn. Me er nøgde med at det har blitt ein stad der det er lågt under taket. Der kan du spørja oss i styret om ting du lurar på, eller høyra med dine kolleger om korleis dei ulike avdelingane i landet vårt har løyst ei bestemt utfordring dokker har.

Til slutt vil eg takka alle dokker som har meldt dokker til teneste med eit ønske om å sitja i styret. Me har sjeldan hatt hardare konkurranse om ledige styreplasser. Det er ein luksus mange av våre systerorganisasjoner ville misunt oss. Dersom du er ein av dei som har meldt di interesse, men ikkje blir valgt inn i år, vil eg oppfordra deg til å søkja igjen neste år. Underteikna kom også til kort første gong eg stilte til val.

Godt årsmøte!

Øystein Bergøy
Leiar i FUGO



HVORDAN KAN VI GJØRE BEHANDLINGEN AV MYOMER ENKLERE BÅDE FOR DEG OG PASIENTEN?

EN TABLETT OM DAGEN MOT MYOM¹

- Over 80 % blødningsreduksjon i uke 24²
- 70 % har amenoré etter 1 år^{3*}
- Bevarer bentettheten etter 2 år¹



Ryeqo® (relugoliks, østradiol, noretisteronacetat)

* 50 % VED 24 UKER²
1. Preparatomtale for Ryeqo® (SPC), april 2023. 2. Al-Hendy et al, N Engl J Med 2021;384:630-42. 3. Al-Hendy A, et al. Obstet Gynecol. 2022;140(6):920-30.

GnRH-antagonist. ATC-nr.: H01C C54. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. Kan forskrives på H-resept. **TABLETTER, filmdrasjerte 40 mg/1 mg/0,5 mg. Indikasjoner:** Behandling av moderate til alvorlige symptomer på myomer hos voksne kvinner i fertil alder. **Dosering:** 1 tablett 1 gang daglig. Kan tas uten avbrudd. Ved risikofaktorer for osteoporose eller tap av benmasse, anbefales det å utføre en dobbelt radioabsorpsjonsmetri (DXA) før en igangsetter behandling. Når behandlingen innledes, skal 1. tablett tas innen 5 dager etter menstruasjonsstart. Dersom behandlingen startes en annen dag i menstruasjonssyklusen, kan det innledningsvis oppstå uregelmessig og/eller kraftig blødning. Graviditet må utelukkes før behandling innledes. DXA-skanning etter 1 år anbefales. **Glemt dose:** Hvis 1 dose glemmes, må behandlingen tas så snart som mulig og deretter fortsette neste dag til vanlig tid. Hvis doser glemmes i ≥2 etterfølgende dager, må en ikke-hormonell prevensjonsmetode brukes de neste 7 dagene. **Spesielle pasientgrupper:** Kontraindisert ved alvorlig leversykdom hvis leverfunksjonsverdiene ikke er normaliserte. **Administrering:** Tas på omtrent samme tid hver dag, med eller uten mat. Bør tas med litt væske etter behov. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Tidligere eller nåværende venøs tromboembolisk sykdom. Tidligere eller nåværende arteriell tromboembolisk kardiovaskulær sykdom. Kjente tromboemboliske sykdommer. Kjente osteoporose. Hodepine med fokale neurologiske symptomer eller migrene med aura. Kjente eller mistenkte maligne tilstander som påvirkes av kjønnssteroider. Tilstedeværelse av eller historie med levertumorer (godartede eller ondartede). Tilstedeværelse av eller historie med alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normaliserte. Graviditet eller mistenkt graviditet og amming. Blødning fra genitalia med ukjent etiologi. Samtidig bruk av hormonelle prevensjonsmidler. **Forsiktighetsregler:** Skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. **Medisinsk undersøkelse/konsultasjon:** Før igangsetting eller gjenopptak skal det foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieanamnese). Blodtrykk skal måles og fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Regelmessige kontroller skal utføres iht. standard klinisk praksis. Ev. hormonell prevensjon må stoppes før igangsetting. Ikke-hormonelle prevensjonsmetoder må brukes i minst 1 måned etter behandlingsstart. Graviditet må utelukkes før administrering eller gjenopptak. **Risiko for tromboembolisk sykdom:** Bruk av legemidler som inneholder østrogen og gestagen øker risikoen for arteriell eller venøs tromboembolisme (ATE eller VTE). Hvis ATE/VTE oppstår, må behandlingen seponeres umiddelbart. Kontraindisert ved tidligere eller nåværende VTE eller ATE. **Risiko for tap av benmasse:** Hos noen kvinner med normal benmineraltetthet (BMT) ved behandlingsstart, er tap av benmasse (fra >3-8%) sett. Nytt og risiko ved bruk hos pasienter med tidligere lavtraume fraktur eller andre risikofaktorer for osteoporose eller tap av benmasse, bør vurderes før behandlingsstart. Behandling skal ikke innledes dersom risikoen forbundet med tap av benmasse overstiger potensiell nytte. **Levertumorer eller leversykdom:** Hvis gulsott oppstår, må behandlingen seponeres. Det er sett asymptomatisk forbigående økt ALAT minst 3 × øvre grense for referanseområdet hos <1%. Akutte avvik i leverprøver kan nødvendiggjøre seponering av bruk til leverprøvene blir normale. **Endring i menstruasjonsblødningsmønster:** Pasienten skal informeres om at behandling vanligvis gir redusert blodtap under menstruasjon eller amenoré i løpet av de første 2 månedene av behandlingen. Ved vedvarende kraftig blødning må pasienten kontakte legen. **Preventive egenskaper:** Gir adekvat prevensjon når preparatet brukes i minst 1 måned. Kvinner i fertil alder må imidlertid informeres om at eggøsning kommer tilbake kort tid etter avsluttet behandling. Alternativ prevensjon må derfor startes umiddelbart etter avsluttet behandling. **Redusert evne til å gjenkjenne graviditet:** Utfør graviditetstest ved mistenkt graviditet, og seponer behandlingen dersom graviditet bekrefte. **Fremfall eller avstøtning av submukøse myom:** Kvinner som har eller mistenkes å ha submukøse myom, skal informeres om muligheten for prolaps eller avstøtning av myomer, og de bør kontakte lege om alvorlig blødning gjenoppstår. **Depresjon:** Kvinner med tidligere depresjon skal følges nøye. Skal seponeres dersom depresjon vender tilbake i alvorlig grad. Kvinnen skal rådes til å kontakte lege ved humorsvingninger og depressive symptomer, også kort tid etter behandlingsoppstart. **Hypertensjon:** Om klinisk signifikant hypertensjon oppstår, bør dette behandles, og nyten av fortsatt behandling vurderes. **Galleblæresykdom:** Tilstander som galleblæresykdom, cholelithiasis og kolecystitt er sett, men sammenheng med preparatet er uklar. **Laboratorietester:** Bruk av østrogener og gestagener kan påvirke resultatene av visse laboratorietester. Endringene forblir vanligvis innenfor normalområdet. **Hjelpestoffer:** 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. **Potensial for andre legemidler til å påvirke preparatet:** Relugoliks: Orale P-gp-hemmere: Samtidig bruk anbefales ikke. Se preparatomtale (SPC) for mer informasjon. Sterke CYP3A4- og/eller P-gp-induktorer: Samtidig bruk anbefales ikke. **Østradiol og noretisteronacetat:** CYP-enzyminduktorer: Samtidig bruk av leverenzyminduktorer anbefales ikke over en lengre periode. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Kontraindisert ved graviditet. Skal seponeres dersom graviditet oppstår. Amming: Kontraindisert under bruk og 12 uker etter seponering. **Fertilitet:** Hemmer eggøsning og forårsaker ofte amenoré. Eggøsning og menstruasjonsblødning vil komme tilbake kort tid etter avsluttet behandling. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er: dyspepsia, alopeci, hyperhidrose, nattesvette, hetetokter, brystcyste, redusert libido, uterusblødning (inkl. menoragi og metroragi), og irritabilitet. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogener G03C og progestogener G03D på felleskatalogen.no. **Pakninger og priser (pr. 15.11.2021):** 28 stk. (flaske) kr. 1 343,40. 3x28 stk (flaske) kr. 3761,70 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 20.06.2022. **Refusjon:** Blå resept: Ja. Byttbar: Nei. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21, 1103 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, 5tr, 111 23 Stockholm, Sverige, Telefon: 00 47 21 03 33 90, E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu. **Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no. Sist endret:** 06.04.2023.

RYE-MAJ23-NO-23146

Resultater fra Utdanningsprisen 2023

For andre gang skal FUGO dele ut den høythengende Utdanningsprisen på NGFs årsmøte i Haugesund i oktober 2023. Prisen skal gå til den avdelingen som har vært best på utdanning av LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer i 2022-2023. I sommer sendte vi i FUGO derfor ut et spørreskjema til LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved alle landets sykehus. I tillegg til å kunne kåre et sykehus som vinneren av Utdanningsprisen 2023, kan spørreskjemaet gi et innblikk i hvordan LIS opplever utdanningen sin generelt.



Mina Eskeland

LIS ved OUS og nestleder i FUGO

Vi fikk svar fra totalt 112 LIS fordelt på 27 ulike sykehus spredt over hele landet. Dette er 17 flere svar og ett sykehus mer enn i fjor. Igjen er det noen deler av utdanningen som skiller seg positivt ut og andre deler der det synes å være et forbedringspotensial. På samme måte som i fjor er introduksjonsperiode, fordypning og progresjon innen gynekologiske inngrep områder som mange mener kan bli bedre. Felles kompetansemodul og veiledning har forbedret seg fra i fjor. Undervisning, kurs, arbeidsmiljø og progresjon på fødeavdelingen er områder som også i år utmerker seg positivt.

Introduksjonsperiode

Når det gjelder introduksjonsperioden er det lite forbedring å spore i forhold til fjorårets resultater. Som i fjor oppgir nesten halvparten (47%) at de hadde fra ingen til maksimalt to uker med introduksjon da de var nye i spesialiteten. Like mange opplevde introduksjonsperioden som middels til svært dårlig. Over halvparten (55%) har ikke en individuell utdanningsplan.

Felles kompetansemodul

Resultatene med hensyn til felles kompetansemodul har forbedret seg fra i fjor. For et år siden anga tre av fire at de opplevde opplegget rundt felles kompetansemodul som middels til svært dårlig, mens det i år er redusert til tre av fem. Det er også flere enn i fjor som får satt av egen tid til felles kompetansemål i timeplanen (40% i år mot 29% i fjor).

Veiledning

I fjor anga halvparten av LISene at de hadde to eller færre veiledninger i løpet av et år. I år er dette litt redusert, til 44%. Som i fjor er det kun 19% som har seks eller flere veiledningssamtaler i året. I henhold til Helsedirektoratet bør det etterstrebes at individuell veiledning blir avholdt minst hver fjerde uke. Tre av fem (mot halvparten i fjor) angir at de har stort til svært stort utbytte av veiledningen og nesten én av fem gir veiledningen toppskår.

Undervisning og kurs

For undervisning og kurs er resultatene relativt like eller litt bedre enn i fjor. Hele 94% sier at avdelingen har minst én internundervisning per uke. Tilsvarende mange svarer at de har stort til svært stort utbytte av undervisningen, og nesten hver tredje LIS gir internundervisningen toppskår. Nesten ni av ti angir at undervisningen følger læringsmålene. Tilsvarende som i fjor

svarer 72% at de får deltatt på simulering en gang i halvåret eller oftere. Åtte av ti får seks eller flere kursdager per år, hvorav de fleste (63%) får seks til ti kursdager. Det er imidlertid litt færre enn i fjor som opplever at det er lett å få dratt på kurs (65% i år mot 75% i fjor).

Fordypning og overtid

Akkurat som i fjor får nesten halvparten (47%) aldri eller nesten aldri fordypningsdagene sine. Over 30% blir ukentlig, på kort varsel, satt til å gjøre en annen arbeidsoppgave enn det som var planlagt. Dette er redusert fra over 40% i fjor. Som i fjor angir kun 46% at det er kultur i avdelingen for å skrive overtiden man jobber.

Progresjon i utdanningen

Tilsvarende som i fjor er det flere som opplever progresjon på fødeavdelingen sammenlignet med progresjon innen gynekologiske inngrep. Tre av fire opplever stor til svært stor grad av progresjon på fødeavdelingen. Kun tre av fem angir at de i relativt stor grad får slippe til på laparoskopi og andre gynekologiske inngrep. Totalt sett svarer syv av ti at de opplever stor til svært stor grad av progresjon i utdanningen sin. Dette tallet er uendret fra i fjor. Det er imidlertid kun 37% som forventer å bli spesialist på normert tid. Flertallet forventer altså å bli forsinket på grunn av faktorer som operasjoner, kurs, felles kompetansemål og gruppe 1-tjeneste.

Arbeidsmiljø

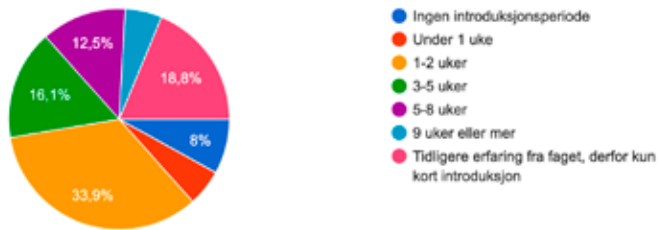
De aller fleste (92%) opplever arbeidsmiljøet som bra til svært bra. Hele 32% gir arbeidsmiljøet toppskår. Disse tallene er litt høyere enn i fjor. Ni av ti svarer at de trives i stor til svært stor grad på arbeidsplassen totalt sett, og de fleste trives godt med både de andre LISene og overlegene. Flertallet (92%) svarer at overlegene alltid eller nesten alltid er tilgjengelige for spørsmål og kommer hvis man ber om hjelp. Dette har økt fra 84% i fjor. Tre av fire svarer at de i stor til svært stor grad føler seg satt pris på i avdelingen og åtte av ti føler seg godt tatt vare på ved uønskede hendelser. Én av tre opplever at det av og til eller ofte er skummelt å gå vakt og/eller at de blir satt til oppgaver de ikke føler seg kompetent til å gjøre.

Totalt sett fremstår LIS også i år fornøyd med utdanningen sin. Hele 91% er helt eller litt enig i at de ønsker å fortsette i spesialiteten. Dette er akkurat samme prosentandel som i fjor. Imidlertid er det i år litt færre som ønsker å fortsette på arbeidsplassen sin. I fjor svarte 87% at de var helt eller litt enig i at de ønsket å fortsette på arbeidsplassen sin. I år har dette falt til 79% hvorav bare 59% er helt enig i at de ønsker å fortsette på arbeidsplassen sin. Vi mener det er viktig at ledere og arbeidsgivere merker seg dette og jobber videre for å forbedre utdanningen på sin avdeling.

Vinneren av Utdanningsprisen 2023 kåres på årsmøtet i oktober, så da er det bare å vente i spenning!

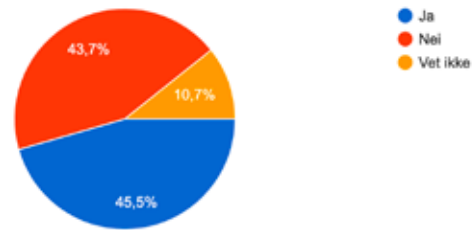
Hvor lang introduksjonsperiode fikk du?

112 svar



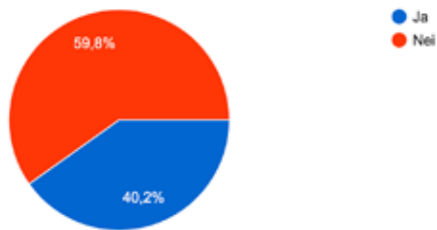
Er det kultur i avdelingen for å skrive overtid?

112 svar



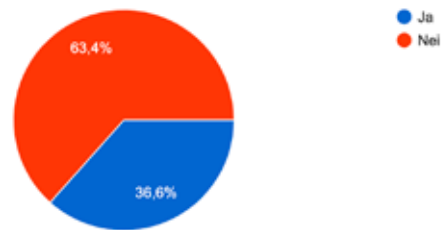
Blir det satt av egen tid til felles kompetansemål i timeplanen?

112 svar



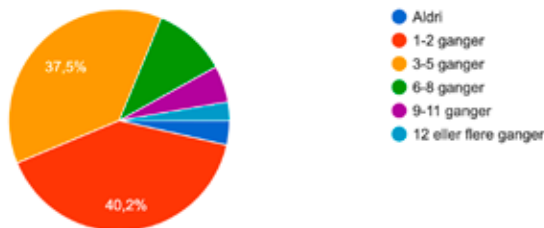
Forventer du å bli spesialist på normert tid? (altså at du ikke blir forsinket pga kurs, operasjoner, FMK, gruppe 1 osv.)

112 svar



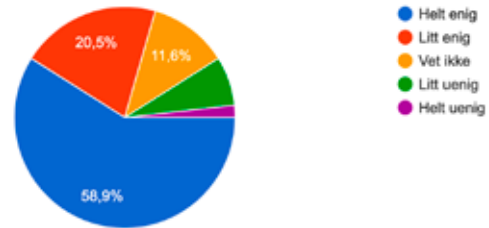
Hvor mange ganger har du individuell veiledning i løpet av et år?

112 svar



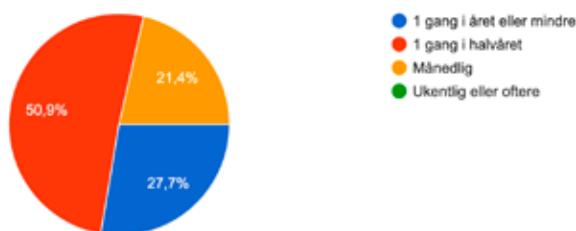
Jeg ønsker å fortsette på arbeidsplassen min

112 svar



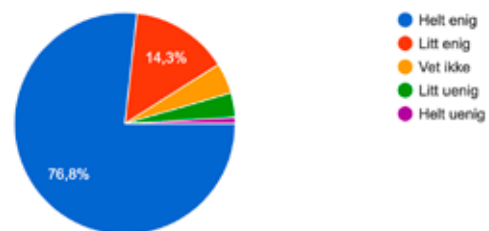
Hvor ofte får du deltatt på simuleringstrening?

112 svar



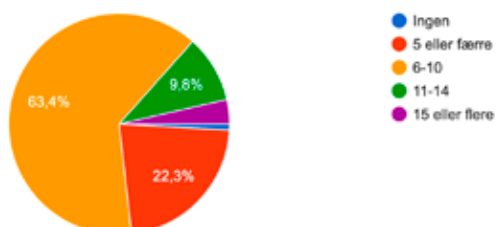
Jeg ønsker å fortsette i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer

112 svar



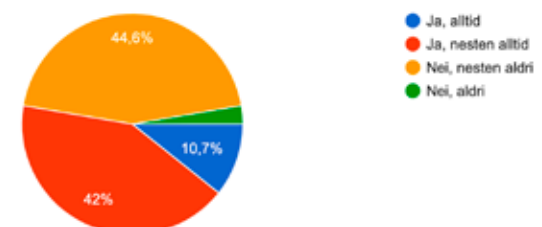
Hvor mange kursdager får du i året?

112 svar



Får du fordypningsdagene dine?

112 svar





«Trygge hender» mot slutten

Kjære Norges LIS og overleger, «Trygge hender»-kampanjen går mot slutten. Et år med intenst fokus på trening i obstetriske ferdigheter er straks forbi, og vi håper kompetanseløftet som følge av treningen varer lenge. Vi i prosjektgruppen er stolte over den åpenbart fantastiske innsatsen som er utført av landets LIS og «Trygge hender»-instruktører.

Lagnummer	Sykehus
1	Kalnes
2	AHUS
3	Ullevål
	Rikshospitalet
4	Bærum
	Ringerike
5	Drammen
6	Tønsberg
7	Skien
8	Arendal
	Kristiansand
9	Elverum
10	Lillehammer
	Gjøvik
11	Stavanger
12	Haukeland
	Voss
13	Haugesund
14	Førde
15	Ålesund
	Volda
16	St. Olav
	Levanger
17	Namsos
	Harstad
18	Bodø
	Hammerfest
18	Kirkenes
	Tromsø



Aslak Vimme Solhoff
Leder

Siste frist for sertifisering av LIS i Modul 3 av «Trygge hender» var 01.10.23. Innen denne dato må antall LIS sertifisert på den aktuelle avdeling sendes inn til fugo.trygge-hender@gmail.com for å få tellende score til konkurransen «Norges Tryggeste Hender». Når du leser dette, har sannsynligvis fristen for sertifisering gått ut. Vi håper alle som ønsket trening på obstetriske ferdigheter har fått muligheten. Om du ikke fikk sjansen, frykt ikke! Forhåpentligvis fortsettes trening på obstetriske ferdigheter til tross for at kampanjen når sin ende.

Etter endt sertifisering vil vi distribuere et spørreskjema til alle LIS som har deltatt i «Trygge hender»-kampanjen. Skjemaet sendes til «Trygge hender»-instruktørene, og deles videre med LIS i avdeling. Vi håper så mange som mulig svarer på dette skjemaet, da det er til stor hjelp i evalueringen av kampanjen.

Endelig avslutning av «Trygge hender» er under NGFs årsmøte 2023 i Haugesund. Tradisjon tro avsluttes kampanjen der den startet – på scenen under festmiddagen torsdag 26.10.23. Her kåres kampanjens vinnere i tre forskjellige grener: «Norges tryggeste hender», «Best Picture» og «Trygge henders ildsjel».

Vi håper å se så mange som mulig av dere der, spesielt LIS sertifisert i alle moduler av «Trygge hender» og «Trygge hender»-instruktører.

For ordens skyld, her er full oversikt over konkurransene:

«Norges tryggeste hender»

Vi skal kære fødeavdelingen som i kampanjens løp har klart å sertifisere størst prosentdel av sine LIS og dermed innad i sin avdeling har skapt «Norges tryggeste hender». Regler er som følger:

- Hver enkelt fødeavdeling består av sitt eget lag! Men, ingen regel uten unntak: Om man er 5 LIS eller mindre, blir man automatisk slått sammen med nærmeste geografiske avdeling. Se illustrasjon over lagene på denne siden.
- Hver fødeavdeling presenterer antall LIS som har blitt sertifisert i den aktuelle modulen av «Trygge hender» ved modulens slutt. X-dag er betegnelsen på utgått frist for sertifisering, og tilsvarer oppstartdato for ny modul. Varighet av moduler:
Modul 1: 11.11.22 – 09.01.23, X-dag: 10.01.
Modul 2: 10.01.23 – 03.04.23, X-dag: 04.04.
Modul 3: 04.04.23 – 01.10.23, X-dag: 02.10.
- Prosent gjennomført regnes ut av antallet LIS ansatt i avdelingen ved modulens start – det er altså ikke mulig å få mer enn 100%
- Tellende score til konkurransen er gjennomsnittet av fødeavdelingens prosentandel LIS sertifisert ved hver enkelt moduls slutt.
- Avdelingen med best samlet score vinner prisen «Norges tryggeste hender».

«Best Picture» - Sosiale medier

- Mange LIS har fått gjennomgått fødselsmekanikk med sin lokale ekspert i løpet av «Trygge hender». Denne prisen går til den fødeavdelingen som best har klart å fange entusiasmen rundt trening på «Trygge hender», engasjementet rundt konkurransen og evnen til å skape humor og treningsglede i egen avdeling.
- Aktuelle bilder er valgt utifra innsendte bidrag fra «Trygge hender»-instruktørene lokalt, samt individuelle bidrag.
- Bildene av «Trygge hender»-instruktører deles i internt forum, eller dirket til fugo.tryggebender@gmail.com



«Trygge henders ildsjel»

Dette er den instruktøren som dere mener har lagt mest arbeid og «sjela» si i oppleringen av LIS gjennom «Trygge hender»-kampanjen. For å kåre vinneren ber vi om at en eller flere LIS fra hver enkelt avdeling skriver en liten tekst med begrunnelse for hvorfor akkurat deres instruktør fortjener prisen.

Regler:

- Kåringen er søknadsbasert.
- Dere nominerer «Trygge hender»-instruktøren ved å sende søknaden til fugo.tryggehender@gmail.com.
- Søknadene vurderes innad i prosjektgruppen.

Helt til sist:

Husk å send inn tall på sertifiserte LIS med oppdatert antall LIS ansatt i avdelingen!

Vi minner om «Trygge hender»-forum som arrangeres før formøtene onsdag 25.10. Møtet er primært for «Trygge hender»-instruktører. Påmelding utføres under påmeldingen til NGFs årsmøte i Haugesund.

Til sist må vi understreke at innsatsen utført på Norske sykehus i forbindelse med «Trygge hender» har vært over all forventning.

Norge har deltatt, LIS har trent!

Fra alle oss i prosjektgruppen for «Trygge hender»: God høst, lykke til med sertifisering i Modul 3 og 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):



Siste nytt fra Spesialitetskomiteen



Christine Hancke

Leder av Spesialitetskomiteen

Vel overstått sommerferie. Høsten ligger foran oss med årets høydepunkt, Årsmøtet i Norsk gynekologisk forening! Vi gleder oss veldig til å møte kollegaer i Haugesund for faglig og sosialt påfyll. For spesialitetskomiteen er årsmøtet anledningen vår til å gjøre stas på en kollega som er et forbilde for andre kollegaer gjennom forbildeprisen. Men, vi trenger nominasjoner fra dere. Send oss forslag og utdyp hvorfor dere synes denne personen fortjener prisen.

I år ble endelig kurslisten godkjent etter flere runder mellom Legeforeningen, RegUt og HDir. Vår rolle har i denne prosessen vært rådgivende, og målet har vært å få med relevante kurs for utdanningsløpet der alle dekker læringsmål. Det er viktig å huske at ingen kurs lenger er obligatoriske. Kursene er anbefalte og brukes som læringsaktivitet for å oppnå et læringsmål. Utdanningskandidatene må altså ikke ta alle kursene for å bli godkjente spesialister. Men det er viktig å huske på at Lis har krav på en uke kurs hvert halvår, og det å få dra på kurs er et nødvendig avbrekk i en travel klinisk hverdag med viktig påfyll, både faglig og sosialt.

I løpet av våren har vi også i år vært på klinikkbesøk. I år hadde vi gleden av å besøke tre meget velfungerende avdelinger i Trøndelag. Vi ble godt mottatt i Levanger, Namsos og på St. Olav, og vi fikk et godt inntrykk av hvordan utdanningskandidatene har det på disse avdelingene. Takk for at vi fikk komme!



Nyhet!

Gynoflor – eneste kombinasjon av laveste dose østrogen og melkesyrebakterier!^{1,2}

- 1 Behandling av vaginal atrofi hos postmenopausale eller perimenopausale kvinner
- 2 Gjenoppretelse av floraen av laktobasiller hos voksne kvinner etter antiinfektiv behandling mot infeksjoner i skjeden

Eneste kombinasjon med dobbeltvirkende effekt^{1,3}

Gynoflor® vaginaltabletter inneholder en kombinasjon av to aktive stoffer: laveste dose østriol (0,03 mg) og en spesifikk probiotisk stamme av melkesyrebakterier (*L. acidophilus* KS 400).

Begge virkestoffene har en synergistisk effekt på det vaginale epitelet og mikrofloraen. Det bioidentiske hormonet østriol fremmer nydannelse og modning av det vaginale epitelet.

Laktobasillene fester seg til skjedeepitelet, formerer seg og fortrenger dermed patogener. Det dyrkede vaginale epitelet frigjør glykogen som ved hjelp av laktobasillene omdannes til melkesyre og senker pH til fysiologisk normal verdi. Laktobasillene produserer også bakteriociner og hydrogenperoksid som videre hemmer veksten av patogene mikroorganismer.



Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft, kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft), udiagnostisert genitalblødning, ubehandlet endometriehyperplasi, tidligere eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme), kjente trombofile sykdommer (f.eks. protein C-, protein S- eller antitrombinmangel), aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt), akutt leversykdom eller tidligere leversykdom så lenge leverfunksjonstester ikke er normalisert, porfyri.

Forsiktighetsregler: For østrogenpreparater til vaginal bruk hvor systemisk eksponering for østrogen forblir innenfor normalt postmenopausalt nivå, anbefales ikke tillegg av gestagen.

Vaginale infeksjoner bør behandles før oppstart av behandling med Gynoflor.

Endometriesikkerhet ved langtidsbruk (>1 år) eller gjentatt bruk av vaginalt administrert østrogen, er uklar. Ved gjentatt bruk bør behandlingen derfor evalueres minst 1 gang per år.

Risikoer forbundet med systemisk menopausal hormonbehandling gjelder i mindre grad for østrogenpreparater til vaginal bruk, hvor systemisk eksponering for østrogen forblir innenfor normalt postmenopausalt nivå. Risikoene bør imidlertid tas i betraktning ved langtidsbruk eller ved gjentatt bruk av dette preparatet.

Dersom en kvinne blir gravid under behandling, bør behandlingen avsluttes umiddelbart.

Interaksjoner: Samtidig behandling med lokale eller systemiske antiinfektive midler kan føre til redusert effekt av Gynoflor.

Bivirkninger: Vanlige er brennende følelse i skjeden og vaginal utflod.

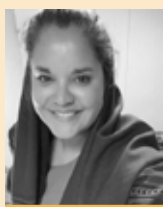
Pakninger og priser (AUP): 6 stk: kr 123.80. 12 stk: kr 211.40. Reseptgruppe: C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Gynoflor SPC 30.09.2022.

Dosering: Gjenoppretelse av floraen av laktobasiller: 1 vaginaltablett daglig i 6 dager. Behandling av atrofisk vaginitt: 1 vaginaltablett daglig i 12 dager, deretter en vedlikeholdsdose på 1 vaginaltablett 2-3 dager i uken.

Referanser: 1) Gynoflor SPC 09.2022. 2) www.legemiddelsok.no. 3) Mueck, A.O., Ruan, X., Prasauskas, V., Grob, P., and Ortmann, O., Treatment of vaginal atrophy with estriol and lactobacilli combination: a clinical review. Climacteric, 2018; 21(2): 140-147.

På innsiden av søsterskapet, Khost fødselssykehus. Et oppdrag for leger uten grenser

I flere land kan kun kvinner behandle kvinner, fikk jeg vite da jeg var medisinstudent. Denne innsikten la grunnlaget for valg av spesialisering. Det vil alltid være behov for obstetrikere og gynekologer i alle deler av verden. I Afghanistan er ikke tilgang til fødselshjelp en selvfølge.



Monika Lakskjonn

Gynekolog

Afghanistan har med sine 31 millioner innbyggere lidd under ustabilitet og konflikt i en årrekke, noe som har etterlatt økonomien og landets infrastruktur i ruiner. Landet har høy mor- og spedbarnsdødelighet, og det er begrenset tilgang på helsehjelp, særlig i avsidesliggende områder. Hundretusener er på flukt i eget land.

I Afghanistan jobber Leger Uten Grenser blant annet med behandling av underernæring, mor- og barn-helse, fødselshjelp, tuberkulosebehandling og akutt helsehjelp. I 2021 tok Taliban på ny makten i Afghanistan. Dette fikk store økonomiske konsekvenser for landet, med internasjonale økonomiske sanksjoner, redusert pengestøtte og høy arbeidsledighet. Dette har igjen skapt store ernæringsproblemer, som i høy grad påvirker en gravid kvinne.

Afghanistan har ifølge FN et av de høyeste nivåene av mor- og spedbarnsdødelighet i verden. Svangerskapsomsorgen er svært dårlig og i noen områder ikke-eksisterende. Mødredødeligheten er 638 per 100 000 levendefødte. Det er imidlertid store forskjeller mellom bygd og by. I provinsen Badakshan i Afghanistan ble det registrert mødredødelighet på 6500 per 100 000 levendefødte. Det er vanskelig å sikre riktig tall på hvor mange barn en afghansk kvinne føder. Mange av mine pasienter hadde født både 12 og 15 barn. Jeg møtte en kvinne som kom til sykehuset for sin 20. fødsel. Hun hadde vært gravid 23 ganger.

Khost fødselssykehus ble bygget i 2012 av Leger Uten Grenser, og organisasjonens tilstedeværelse reduserer dødeligheten betydelig. Khost er 1 av 34 provinser i Afghanistan. Den ligger sørøst i landet og grenser mot Pakistan. Anslått folketall ligger på rundt 511 600, men dette er et område med folkevandring både inn og ut av provinsen.

Dette sykehuset er dedikert til helsehjelp for mor og nyfødte. Sykehuset har 60 sengeplasser for fødsel og barsel, åtte fødesenger fordelt på to rom, 28 sengeplasser på nyfødtavdelingen. Det finnes også to operasjonsaler med mulighet for spinalbedøvelse og full narkose. Det er tilgang til to bærbar ultralydapparater og flere doppler-apparater. I tillegg finnes det et laboratorium som utfører basale biokjemiske analyser (Hb, leukocytter, kreatinin, ALAT, ASAT). Og det finnes også en imponerende blodbank som har fullblod og tilgang på ferskt fullblod. Ved nyfødtintensiv er det mulighet for CPAP-støtte, kuvøse/lysbehandling og fokus på amnestøtte.

Rundt 40 prosent av alle kvinner i provinsen som mottar direkte fødselshjelp, får hjelp på Khost fødselssykehus. All hjelp kvinner mottar på sykehuset er gratis.

«Hey søster, bli med meg, jeg skal ta vare på deg.»

Dette er et sykehus for kvinner, av kvinner. På sykehuset kan man virkelig føle søsterskapet på kroppen. Det er omkring 450 afghanske ansatte, der rundt 65 prosent er kvinner. Vi var rundt 12-14 internasjonalt ansatte som jobber aktivt sammen med det afghanske teamet. Da jeg jobbet på sykehuset besto det internasjonale medisinske teamet av to obstetrikere/gynekologer, én anestesilege, en barnelege/nyfødtsykepleier og én til to jordmødre. Tolkene var livslinjen mellom meg og pasientene. Det er et stort ikke-medisinsk team som jobber med sikkerhet, logistikk og forsyninger, HR, økonomi og prosjektledelse, som har kontinuerlig dialog med de lokale stammelederne og Taliban.

Alle prosjektene i Afghanistan har høy sikkerhetsgrad. Vi bodde på sykehusområdet og fikk ikke bevege oss fritt utenfor basen. Jeg følte meg aldri redd eller usikker, og det tror jeg skyldes at vi ble godt forberedt før vi dro. Jeg kunne se hvordan sikkerhetsteamet jobbet, og for meg var det trygghet og gjorde at jeg kunne fokusere på jobben jeg skulle utføre på sykehuset.

Jeg opplevde mange nye situasjoner og fikk være en del av søsterskapet. Sykehuset er kjønnssegregert, og flere av områdene, som fødestua og barselavdelingen, er kun for kvinner. Her kjenner kvinner seg trygge, og familiene vet at de er trygge.



På føden gikk vi visitt morgen og ettermiddag. Foto: Oriane Zerah

Nøyaktig ett minutt etter midnatt, mens folk over hele verden feiret nyttår, åpnet denne friske gutten øynene for første gang på Leger Uten Grenser-støttede Boost Hospital i Lashkar Gar, Helmand. Han er det første barnet som våre team i Afghanistan tok imot i 2023. Foto: Leger Uten Grenser

Kvinnens mannlige verge har ingen adgang til sykehuset. Imidlertid kan ikke afghanske kvinner ferdes utenfor hjemmet sitt uten en mannlig verge, slik at de ofte oppsøker sykehuset sent, noen ganger for sent.

Pasientene tas imot av afghanske jordmødre. De er inkluderende og varme, kan ofte si «hey søster, bli med meg, jeg skal ta vare på deg.» Det tas blodtrykk, puls, temp, blodprøver med typing og screening. I tillegg gjennomføres doppler-undersøkelser og vaginal undersøkelse. Dersom det er behov for undersøkelse med ultralyd, sees de direkte av gynekolog.

Det gjennomføres rundt 18 000-20 000 fødsler i året, som tilsvarer rundt 1900 fødsler i måneden og 40-90 fødsler per dag. Det opprettholdes et mål om 3-4 prosent keisersnittrate. Det tas imot seteleie og flerlinger (tvillinger, trillinger og firlinger), samt gjøres vacuum og tangforløsning. 74 prosent av de som fødte hos oss i 2022 mottok familieplanlegging.

Kvinnene jeg aldri glemmer

Følgende historie er dessverre ikke uvanlig i Khost: Det var ved fem-seks-tiden på kvelden at kvinnen kom inn med magesmerter, gjennomvåt av blod og hemodynamisk ustabil. Hun var gravid og sannsynligvis til termin. Hun ble fraktet raskt inn til fødestuen, og vi ble tilkalt med det samme. Jordmødrene hadde ikke funnet hjerteaksjon til fosteret, målingene viste at hun var hypotensiv

og takykard. Hun kunne fortelle at hun hadde begynt med rier/magesmerter tidlig på morgenen, men det var ingen mannlig verge som kunne frakte henne til sykehuset. Hun begynte å blø vaginalt, og utover dagen ble blødningen kraftig. Da mannen hennes kom hjem, var det fortsatt ikke lett for dem å komme seg til sykehuset. De var fattige og hadde ikke tilgang til egen bil. Men de var klar over at dette var svært alvorlig og at de måtte komme seg direkte til sykehuset så fort de kunne. Da hun omsider ankom var blodtapet alt blitt stort, og vi estimerte rundt to til tre liter. Vi undersøkte henne raskt og så at blødningen hadde roet seg noe. Hun hadde regelmessige rier og hadde fire til fem cm åpning, så vi definerte henne i fødsel. Ultralyden viste et barn til termin og intrauterin fosterdød. Vi mistenkte også placentaløsning og syntes vi kunne se et større retroplacentaert hematom. Vi fikk raskt stabilisert henne med væske og blodtransfusjoner, da blødningen hennes hadde nærmest stoppet. Vi tok da en avgjørelse på å forsøke videre med vaginal forløsning og unngå keisersnitt. I løpet av en time var fødselen over.

Blodprøvene viste: Hb 6.5, normale trombocytter, forhøyet ALAT/ASAT. Straks etter fødsel hadde hun forhøyet blodtrykk med flere symptomer på preeklampsi. I dagene som kom utviklet hun akutt nyresvikt med behov for dialyse etter alvorlig preeklampsi og større blodtap. Om hun hadde kommet inn bare noen minutter senere, vet jeg ikke om vi hadde klart å redde henne.



På operasjon gjøres majoriteten av keisersnittene med spinalbedøvelse.
Foto: Oriane Zerah



Uniformene på sykehuset var i fargekoder. Lilla for leger, grønn for oversetteren, turkis for operasjonsjordmor og rosa for jordmor.
Foto: Leger uten grenser



I basen med hele expat-teamet. Her jobbet jeg med folk fra hele verden.
Foto: Privat



Sykehuset som det var i 2012, det har vokst noe siden da, og det bygges et nytt stort bygg ved siden av. Foto: Leger uten grenser.

Dette var en vanskelig sak som endte godt, noe som ikke alltid var tilfellet. Pasienten viste en enorm takknemlighet. Hun tok meg i hendene og sa hun skulle be for meg.

Sitter igjen med mange inntrykk

Mitt oppdrag varte i tre måneder. I løpet av tiden min i Khost, var jeg innom/gjennom hele den obstetriske læreboken. Jeg sitter igjen med mange inntrykk og historier på både ekstremt godt og vondt. Jeg er glad for spesialistutdanningen vi har her i Norge, og jeg følte meg godt rustet, selv om antallet fødsler var stort sammenliknet med norske fødeavdelinger. Etter min mening vil obstetrikken være så og si lik uansett hvor vi er i verden, men omstendighetene rundt er avgjørende. I Afghanistan fikk jeg virkelig oppleve hvor viktig oppfølging i svangerskapet er, og det at kvinner har tilgang til helse- og fødsels hjelp av erfarne jordmødre og fødselsleger.

Det er opprettet innleggelses kriterier for å begrense innleggelser, og det gis konsentrert behandling til høyrisikopasienter og direkte obstetriske komplikasjoner. Samarbeidet med de lokale helse-tilbudene er godt, der sistnevnte tar seg av lavrisikopasienter. Leger Uten Grenser støtter med medisinsk utstyr, medisiner, kurs og jordmødre.

Taliban har stadig innført nye restriksjoner for kvinner i Afghanistan, og senest i slutten av desember 2022 ble det innført et forbud mot at kvinner kunne jobbe i NGOs (non-governmental organizations). Forbudet kom kort tid etter at departementet for høyere utdanning kunngjorde at kvinner ikke skal få studere ved private eller offentlige universiteter.

Det var en svært spesiell tid å være i Afghanistan på, og det gjorde inntrykk å få være på innsiden av søsterskapet. Selv om våre helsearbeidere i dag er unntatt denne avgjørelsen, frykter våre kvinnelige kollegaer i landet for fremtiden. Jeg vil aldri glemme dem, og vi må ikke glemme kvinnene i Afghanistan. Uten kollegaene i Afghanistan vil det være umulig å gi helsehjelp til alle som trenger det, og det vil få katastrofale konsekvenser.

Jeg forstår at å dra ut på oppdrag ikke er for alle, men jeg håper dette inspirer flere til å ta steget. Ønsker du informasjon, ta gjerne kontakt med meg på e-mail: monika.lakskjonn@gmail.com.

Referanser:

- <https://www.msf.org/search?keyword=afghanista&page=1>
- www.fn.no
- Where giving birth is a forecast of death: maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002. Bartlett LA1, et al. Lancet. 2005 Mar 5-11;365(9462):864-70.

Nytt reseptbelagt legemiddel i Norge Spesifikt fremstilt for behandling av svangerskapskvalme

- 80% forbedring av svangerskapskvalme¹
- Ingen økt risiko for misdannelser^{2, 3}
- Individtilpasset dosering

Brukt av over
33 millioner
gravide⁴



Xonvea (doksylamin og pyridoksin), enterotablett 10 mg/10 mg Indikasjoner: For behandling av svangerskapskvalme og -oppkast hos kvinner som ikke responderer på konservativ behandling. **Dosering:** Den anbefalte startdosen er to tabletter ved leggetid (dag 1). Hvis symptomene vedvarer til ettermiddagen på dag 2, bør pasienten fortsette med den vanlige dosen på to tabletter ved leggetid (dag 2), og på dag 3 ta tre tabletter (en tablett om morgenen og to tabletter ved leggetid). Hvis disse tre tablettene ikke gir tilstrekkelig symptomkontroll på dag 3, kan pasienten ta fire tabletter fra dag 4 (en tablett om morgenen, en tablett midt på dagen og to tabletter ved leggetid). Den maksimale anbefalte daglige dosen er fire tabletter (en om morgenen, en midt på dagen og to ved leggetid). Skal tas som en daglig forskrivning, og ikke etter behov. For å forebygge at svangerskapskvalme og -oppkast plutselig kommer tilbake, anbefales en gradvis nedtrappingsdose ved seponeringstidspunktet. **Administrasjonsmåte:** Administreres på tom mage med et glass vann. Svelges hele og skal ikke knuses, deles eller tygges. **Pakning:** 10 mg/10 mg: 20 stk. **Pris:** Maksimal AUP: 299,50 kr. **Reseptgruppe C. Viktig sikkerhetsinformasjon: Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor doksylaminsuksinat, andre etanolaminderivative antihistaminer, pyridoksinhydroklorid. Samtidig bruk med monoaminoksidasehemmere (MAO-hemmere). **Advarsler og forsiktighetsregler:** Kan forårsake somnolens. Anbefales ikke ved samtidig bruk av legemidler som hemmer sentralnervesystemet, inkludert alkohol. Brukes med forsiktighet hos pasienter med astma, økt intraokulært trykk, trangvinkelglaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon og blærehealsobstruksjon. Inneholder pyridoksinhydroklorid og derfor skal ytterligere nivåer fra kosten og vitamin B6-tilskudd vurderes. Inneholder spor av azofargestoffet allurarød AC aluminiumslakk (E129) som kan gi allergiske reaksjoner. Pasienter med hyperemesis gravidarum skal behandles av spesialist. Det har vært rapportert falske positive urinscreeningstester for metadon, opiat og fensyklidinofosfat ved bruk av doksylaminsuksinat/pyridoksinhydroklorid. **Graviditet og amming:** Brukes av gravide kvinner. Amming: Opphisselse, irritasjon og sedering har vært rapportert hos diende barn som trolig har vært eksponert for doksylaminsuksinat gjennom morsmelk. Spedbarn med åpne eller andre respirasjonssyndromer kan være særlig sårbare for de sederende effektene av Xonvea, som kan føre til at apnéen eller respirasjonsproblemene forverres. Pyridoksinhydroklorid skiller ut i morsmelk. Bivirkninger hos spedbarn som trolig har vært eksponert for pyridoksinhydroklorid via morsmelk er ikke rapportert. Risiko for spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Tatt i betraktning fordelene av amming for barnet og fordelene av behandling for moren, må det tas en beslutning om ammingen skal opphøre eller om behandlingen skal avsluttes/avstås fra. **Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner:** Xonvea har moderat til stor påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Aktiviteter som krever fullstendig mental oppvaktet, som å kjøre eller bruke maskiner, bør unngås. **Bivirkninger:** Hyppigst rapporterte var somnolens. Alvorlig døsighet kan oppstå ved samtidig bruk av CNS-hemmende midler, inkludert alkohol. Antikolinerge effekter av Xonvea kan forlenges og forsterkes av monoaminoksidasehemmere. Mulige klasserelaterte bivirkninger av antihistaminer, inkluderer: tørr munn, nese og hals, dysuri, urinretensjon, vertigo, synsforstyrrelser, uklart syn, diplopi, tinnitus, akutt labyrintitt, insomni, tremor, nervøsitet, irritabilitet og facial dyskinesi. Tetthet i brystet, fortykkede bronkiesekresjoner, hvesing, tett nese, svette, frysninger, tidlig menstruasjon, toksisk psykose, hodepine, svakhet og parestesi har forekommet. I sjeldne tilfeller er agranulocytose, hemolytisk anemi, leukopeni, trombocytopeni og pancytopeni, økt appetitt og/eller vektøkning rapportert. For mer informasjon om dosering, forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger se SPC 30.05.2022.

1. Koren G, et al., Effectiveness of delayed-release doxylamine and pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized placebo controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(6):571.e1-7. 2. McKeigue PM, et al., Bendectin and birth defects: I. A meta-analysis of the epidemiologic studies. Teratology. 1994 Jul;50(1):27-37. 3. Einarson TR, et al., A method for meta-analysis of epidemiological studies. Drug Intell Clin Pharm. 1988;22(10):813-24. 4. Madjunkova S, et al., The delayed-release combination of doxylamine and pyridoxine (Diclegis®/Diclectin®) for the treatment of nausea and vomiting of pregnancy. Paediatr Drugs. 2014 Jun;16(3):199-211.

PRESHA – Preeklampsiprojekt ledet av norsk LIS-lege får nasjonal oppmerksomhet i Tanzania

«PRESHA Project - PREventing Severe Hypertensive Adverse events in pregnancy and childbirth» er et prosjekt som har som formål å tidlig identifisere kvinner med risiko for å utvikle alvorlig svangerskapsforgiftning, forbedre kvalitet på nødvendig oppfølging, støtte og helsehjelp, samt utvikle tiltak for å forebygge et alvorlig forløp.



Andrea Solnes-Miltenburg

Førsteamanuensis ved UiO og LIS ved Ahus

PRESHA-prosjektet er ledet av Andrea Solnes-Miltenburg, førsteamanuensis ved Universitet i Oslo, Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, og lege i spesialisering innen fødselshjelp og kvinnesykdommer på Akershus universitetssykehus. Prosjektet ble i 2022 tildelt 12 millioner i forskningsstøtte fra Forskningsrådet. Samarbeidspartnere er CUHAS i Mwanza, Tanzania og Universitet i Utrecht, Nederland.

Første august i år organiserte det lokale prosjektteamet i Mwanza, Tanzania en inaugurasjon for å øke lokal kunnskap om prosjektet og for å få økt oppmerksomhet rundt preeklampsi, som i Tanzania nå ansees til å bidra mest til høye mødredødlighetsrater. Både lokale og nasjonale media var til stede ved inaugurasjonsdagen og framviste det hele på dagsrevyen samme dag.

Prosjektets bakgrunn og plan for de neste fem årene ble presentert av Dr. Richard Kiritta, som er gynekolog på det nest største sykehuset i Tanzania, Bugando Medical Center (BMC), og som er prosjektets pådriver. Over flere år har han vært fortvilet over situasjonen som rammer de kvinnene som får alvorlig preeklampsi. Kvinnene ankommer ofte det aktuelle sykehuset veldig sent, slik at hverken deres liv og/eller livet til deres ufødte barn kan



reddes. De som overlever, som heldigvis er blitt mange fler, kan bli rammet av alvorlige senskader ifølge Dr. Kiritta. Tall fra de siste seks måneder på dette sykehuset viser at av 32 mødredødsfall var 13 (ca. 40%) på grunn av preeklampsi.

PRESHA-prosjektet skal gå over en periode på fem år, og det skal teste ut og validere screening av preeklampsi med måling av biomarkører (PIGF/S-ft). I tillegg skal prosjektet finne ut hvordan kvinner med høy risiko kan få oppfølging, eventuelt behandling, og tilbys forebyggende tiltak som er tilpasset den lokale kontekst. Selv om det er mye kunnskap om effektive tiltak til å unngå alvorlig preeklampsi, kan det i realiteten være vanskelig å implementere i lavressursområder. Prosjektet ønsker derfor å få med både helsearbeidere, kvinner og myndigheter på å identifisere mulige løsninger, og teste hva som faktisk fungerer.





Intrarosa®

Prasteron 6,5 mg (DHEA)
vagitorie



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 innholdstoffene. Udiagnostisert genitalblødning. Kjent, tidligere/mistenkt brystkreft. Kjente/mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Ubehandlet endometriehyperplasi. Akutt leversykdom/ tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Tidligere/pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjente trombofili sykdommer (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 opptas 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 blodtrykksmåling, bør foretas i henhold til gjeldende screening-praksis. Vaginal infeksjon skal behandles før behandlingsstart. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

Interaksjoner: Samtidig bruk av systemisk HRT (østrogen, østrogen-progestogenkombinasjon eller androgenbehandling) eller vaginale østrogener har ikke blitt undersøkt og er derfor ikke anbefalt.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Ikke indisert til premenopausale kvinner i fertil alder, inkl. graviditet. Amming: Ikke indisert ved amming. Fertilitet: Ikke indisert til fertile kvinner.

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

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Vaginalskylling.

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

Mange fertilitetspasienter ønsker monitorering hos sin faste gynekolog.

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

Fertilitetsbehandling

Ny behandling: Eggfrys

Eggdonasjon

Du finner oss på Helsenett



✓ Samarbeider med gynekologer til fertilitetspasientens beste.

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

✓ Etablér et kundeforhold til nye kunder i ditt område.

✓ Kontakt Jon Hausken direkte: jon@klinikkhausken.no

Gynekologi

A1 Har kvinnene rett? Selvrapportering av hysterektomi og ooforektomi, en HUNT-studie

Rosland, Tina E. MD^{1,2,3}; Johansen, Nora. MD, PhD^{1,2}; Åsvold, Bjørn O. MD, PhD^{4,5}; Pripp, Are H. MScI, PhD^{6,7}; Liavaag, Astrid H. MD, PhD²; Michelsen, Trond M. MD, PhD^{1,3,8}.

¹ Forskningsenheten, Sørlandet Sykehus HF

² Gynekologisk og obstetrisk avdeling, Sørlandet Sykehus Arendal

³ Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

⁴ K.G. Jebsen-senter for genetisk epidemiologi, NTNU

⁵ Endokrinologisk avdeling, St. Olavs Hospital

⁶ Senter for biostatistikk og epidemiologi, Oslo universitetssykehus

⁷ Fakultet for helsevitenskap, Oslomet

⁸ Fødeavdelingen Rikshospitalet, Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus

Bakgrunn: Vi har tidligere vist sammenheng mellom hysterektomi og ooforektomi og økt dødelighet, men funnene er usikre. Selvrapportering av inngrep kan være en feilkilde.

Mål: Validere selvrapportert hysterektomi og bilateral ooforektomi.

Metode: Valideringsstudie i en populasjonsbasert kohort (HUNT2 og HUNT3). Prosedyrekoder fra sykehusene i Trøndelag ble registrert fra 1988. Vi inkluderte derfor kvinner som svarte nei på spørsmål om operasjonene i HUNT, og kvinner som selvrapportert operasjoner etter 1988. Prosedyrekoder ble brukt som sikkert mål på gjennomgått kirurgi, og validiteten av selvrapportert hysterektomi og ooforektomi ble dermed vurdert ut ifra sensitivitet (andel inkluderte med prosedyrekoder som svarer de er operert), spesifisitet (andel inkluderte uten prosedyrekode som sier de ikke er operert), positiv prediktiv verdi (andel som sier de er operert og har tilsvarende prosedyrekode) og negativ prediktiv verdi (andel som sier de ikke er operert og ikke har tilsvarende prosedyrekode)

Resultater: 1661 rapporterte hysterektomi, hvorav 1425 (86%) hadde tilsvarende prosedyrekode. 726 rapporterte bilateral ooforektomi, hvorav 475 (65%) hadde tilsvarende prosedyrekode. Spesifisitet og negativ prediktiv verdi var over 99% for både hysterektomi og bilateral ooforektomi. Sensitivitet var 96% for selvrapportert hysterektomi og positiv prediktiv verdi var 86%. Sensitivitet var 91% for selvrapportert bilateral ooforektomi, mens positiv prediktiv verdi var 65%.

Konklusjon: Selvrapportert hysterektomi stemte godt overens med sykehuskoder, og kan brukes i epidemiologisk forskning. Bare to av tre av kvinnene som hevdet at de var ooforektomerte hadde faktisk gjennomgått inngrepet. Resultater basert på selvrapportert ooforektomi burde derfor tolkes med forsiktighet. Kvinner som ikke rapporterer slik kirurgi kan betraktes som sikkert ikke-eksponerte.

A2 Når fjerner vi normale eggstokker hos kvinner uten økt risiko for eggstokkreft?

Johansen, Nora^{1,2,3}, Liavaag Astrid H¹, Rosland Tina E^{1,2,3}, Michelsen, Trond M^{2,3,4}

¹ Avdeling for obstetikk og gynekologi, Sørlandet sykehus Arendal

² Forskningsseksjonen, Sørlandet sykehus HF

³ Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

⁴ Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet

Bakgrunn: Fjerning av eggstokker kan påvirke helse negativt. Det er ingen klar enighet om/når vi bør fjerne normale eggstokker hos kvinner uten økt risiko for eggstokkreft (f eks ved hysterektomi).

Mål: Kartlegge norsk praksis, med mål om debatt og nasjonal enighet.

Metode: Tverrsnittstudie hvor vi har invitert leger innen fødselsjelp og kvinnesykdommer i Norge til å svare på en spørreundersøkelse på nett. Studien startet i mai 2023 og pågår til oktober 2023. Her presenteres svarene som var kommet innen juli 2023.

Resultater: Totalt 142 har svart, hvorav 83% kvinner, 63% var overleger og 58% tilhørte en kvinneklubb. Angående gjeldende praksis ved egen avdeling svarte 1% at de fjernet normale eggstokker før 50 års alder, 11% fra 50 års alder, 25% fra 55 års alder, 23% fra 60 års alder, 4% fra 65 eller 70 års alder, mens 11% aldri fjernet normale eggstokker og 25% svarte vet ikke eller ikke relevant. Da legene ble spurt om deres egen mening, uavhengig av praksisen ved arbeidsstedet, mente 8% fra 50 års alder, 21% fra 55 års alder, 29% fra 60 års alder, 6% fra 65 eller 70 års alder, mens 29% mente at normale eggstokker aldri bør fjernes og 7% svarte vet ikke eller ikke relevant.

Konklusjon: Det er svært varierende praksis mellom sykehusene. Det var en påfallende tendens til at legene mente man burde være mer tilbakeholden med å fjerne normale eggstokker enn det som var praksis ved arbeidsstedet. Så mange som én av tre mente at normale eggstokker aldri bør fjernes.

Står valget mellom Hiprex eller antibiotika, når du skal forebygge residiverende urinveisinfeksjon?

30 % av norske kvinner i alderen ≥ 40 år rapporterer om symptomer på tilbakevendende UVI.¹

Nyere studier viser

44% reduksjon i antibiotikaforskrivningen ved bruk av Hiprex (metenamin).¹

Hiprex er ikke vesentlig mindre effektiv, sammenliknet med lavdose antibiotika.²

Hiprex og trimetoprim viste like god effekt ved å forebygge residiverende UVI, ($p = 1,00$).³

Dette bekrefter klinisk nytte av Hiprex, som et ikke-antibiotisk alternativ, for forebygging av urinveisinfeksjon.²

Definisjon residiverende urinveisinfeksjon (UVI): gjentatt UVI'er med en frekvens på minst to episoder de siste seks måneder, eller tre episoder siste året.²

Hiprex til voksne og barn i alderen 6-12 år

Indikasjon:⁴

- Hiprex brukes som langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner (UVI) etter initialbehandling med kjemoterapeutika eller antibiotika.
- I tillegg er Hiprex indisert ved kort- eller langtids kateterdrenasje og ved transuretrale operasjoner. Bør også overveies ved enkeltkateterisering, cytoskopier og ved urodynamiske målinger i urinveiene.

Dosering av Hiprex:⁴

- Hiprex doseres med 1 gram morgen og kveld, fortrinnsvis etter urinerings.
- Barn mellom 6 og 12 år kan bruke halv tablett, eller halv dosepose, to ganger daglig.
- Hiprex har forebyggende effekt på residiverende urinveisinfeksjon ved fravær av urinveisanomalier eller nevropatisk blære.^{1,2}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁴

- Kontraindisert ved alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon, alvorlig dehydrering, metabolsk acidose.
- Metenamin vil ikke ha effekt ved akutte urinveisinfeksjoner og infeksjoner i nyreparenkymet.
- Hiprex skal ikke benyttes sammen med sulfonamider pga. fare for krystalluri.

Hiprex (metenamin) priser og refusjon:⁵

Hiprex koster kr 289,50 for 100 tabletter, kr 609,30 for 100 doseposer. Begge formuleringer er 1 gram. Reseptgruppe C. Refusjonsberettiget bruk: Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdrenasje. Infeksjonsprofylakse urinveier ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets slutfase. Infeksjoner ved organtransplantasjon.

Referanser:

1. Linda Rui, Morten Lindbaek and Svein Gjelstad, Preventive effect of methenamine in women with recurrent urinary tract infections – a case-control study, SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE 2022, VOL. 40, NO. 3, 331-338.
2. Harding C., et al. Alternative to prophylactic antibiotics for the treatment of recurrent urinary tract infections in woman: multicenter, open label, randomized, non-inferiority trial. BMJ 2022;376: e068229.
3. Botros C. et al. Methenamine hippurate compared with trimethoprim for the prevention of recurrent urinary tract infections: a randomized clinical trial. International, Urogynecology Journal, 2022, 33:571-580.
4. Hiprex SPC (06.10.2022) 3, 4.1., 4.2, 4.3., 4.5.
5. Hiprex, felleskatalogen.no, basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 06.10.2022.



Les mer om Hiprex i SPC, basert på godkjent av SLV/EMA 06.10.2022

A3 Kortere inkontinensslyngers effektivitet og sikkerhet. En registerstudie fra Norsk Kvinnelig Inkontinensregister

Rimstad, Kjersti^{1,2}, Oversand, Sissel H^{3,4}, Engh, Marie E^{1,2}, Svenningsen, Rune^{1,3,4}

¹ Institutt for Klinisk Medisin, Universitetet i Oslo (UiO)

² Kvinneklinikken, Akershus Universitetssykehus (AHUS)

³ Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus (OUS)

⁴ Norsk Kvinnelig Inkontinensregister (NKIR)

Bakgrunn: Tradisjonelle polypropylenslynger, TVT og TVT-O, har godt dokumenterte resultater, men kan medføre alvorlige komplikasjoner. Resultater og komplikasjoner ved kortere inkontinensslynger (Abbrevo og AJUST) er mindre utforsket.

Mål: Sammenlikne subjektive og objektive resultater samt komplikasjoner 6-12 måneder etter tradisjonelle og kortere slyngeoperasjoner.

Metode: Registerstudie med data fra Norsk Kvinnelig Inkontinensregister. Preoperative og 6-12 måneders data fra 2009 – 2021 ble benyttet. Objektivt og subjektivt kurert definert som stresstest = 0 gram og stressinkontinensindeks < 3. One-way Anova, kji-kvadrat og logistisk regresjon ble benyttet.

Resultater: I studieperioden ble 2528 Abbrevo, 541 AJUST og 18929 tradisjonelle slynger (Trad) registrert i NKIR. På operasjonstidspunkt var mean alder (år) lavere; Abbrevo: 49.8 (SD 11.0) og AJUST: 50.2 (SD 10.8) vs. Trad: 50.9 (SD 11.1), $p < 0.01$, mean BMI (kg/m²) høyere; 26.9 (SD 4.6) og 26.6 (SD 4.4) vs. 26.5 (SD 4.5), $p < 0.01$ og mean lekkasje ved stresstest (gram) større; 54.6 (SD 49.7) og 75.0 (SD 57.8) vs. 47.2 (SD 47.0), $p < 0.01$ for kortere slynger.

Etter 6-12 måneder var færre kurert etter kortere slynger, objektivt; Abbrevo: 85.3 %, AJUST: 83.6 %, Trad: 92.7%, $p < 0.01$ og subjektivt; Abbrevo: 75.2 %, AJUST: 75.9 %, Trad: 81.3 %, $p < 0.01$. Kortere slynger hadde færre komplikasjoner; Abbrevo: 6.6 %, AJUST 3.9 %, Trad 9.5 %, $p < 0.01$. Forskjellene forble signifikante også etter justering for ulikheter ved baseline.

Konklusjon: I denne preliminare analysen ser kortere slynger ut til å ha lavere komplikasjonsrisiko enn tradisjonelle slynger, men noe dårligere subjektive og objektive resultater.

A4 Spontanabort; samsvarer behandling og koding med etablerte retningslinjer og Helseatlas for gynekologi?

Hoel, Ymbjør L¹, Horgmo, Hedda M¹, Håkedal, Stine¹, Leikvoll, Linnea H¹, Trovik, Jone^{1,2}

¹ Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

² Gynekologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus

Bakgrunn: Mellom 8-22% av svangerskap ender som spontanabort og kan behandles ekspektativt, medikamentelt eller kirurgisk. Helseatlas for gynekologi 2019, basert på Norsk Pasientregisterdata (NPR), rapporterte at antall pasienter behandlet kirurgisk for spontanabort i Bergen var høyere enn det nasjonale gjennomsnittet.

Mål: Kartlegge kliniske og behandlingmessige karakteristika for pasienter med spontanabort behandlet på Kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssykehus og om behandlingen samsvarer med lokale og nasjonale retningslinjer. Sekundært evaluere om antall kirurgiske inngrep samsvarer med Helseatlas for gynekologi.

Metode: Retrospektiv kohortstudie med gjennomgang av pasientjournaler for kvinner behandlet for spontanabort (ICD-10 koder O02, O03 og O06) ved Haukeland Universitetssykehus 2015-2017. Behandling ble kategorisert som ekspektativ, medikamentell eller kirurgisk (NCSP prosedyrekoder MBA00/03), og hvorvidt behandlingsanbefalinger i avdelings prosedyre og NGF-veileder ble fulgt. Korrekt diagnose- og kirurgkode ble sammenliknet med NPR registrerte koder.

Resultater: Av 770 inkluderte pasienter mottok 138 ekspektans, 272 medikamentell mens 360 kvinner ble behandlet kirurgisk. Ved medikamentelt behandlet missed abortion fikk 90% (182/201) misoprostol alene, mens kun 10% (19/201) fikk anbefalt kombinasjonsbehandling med mifepriston og misoprostol. Feilkoding av diagnoser forekom hos 36% (276/770), og feil operasjonskode hos 46% (164/360) av dem som var behandlet kirurgisk. Med samme diagnoseinkludering som Helseatlas, skulle 217 pasienter vært registrert som kirurgisk behandlet, og ikke 330 som rapportert.

Konklusjon: Utbredt feilkoding, både lokalt (Haukeland) med påfølgende feil i rapportering til NPR men også i Helseatlas, medfører at Helseatlas for gynekologi anslår Haukelands antall pasienter med kirurgisk behandlet spontanabort for høyt. Ukorrekt diagnostikk kan være medvirkende til at behandling ikke samsvarer med lokale prosedyrer/nasjonal veileder.

A5 «EndoMestring» - Hvordan implementere et pasientsentrert kurs for endometriosepasienter og deres pårørende

Omtvedt, Marianne^{1,2}, Majak, Guri¹

¹ Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus

² Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin

Bakgrunn: En brukerundersøkelse fra 2021 ved Kvinneklubben OUS avdekket et klart behov blant pasienter med endometriose for å få bedre informasjon om sykdommen, samt større involvering av pårørende. Vi ønsket å imøtekomme dette, samt utvikle et kurs som på sikt kunne bli en nasjonal mal for en bedret og samlet informasjon til pasientgruppen.

Mål: Gi pasienter og pårørende økt forståelse for sykdommen endometriose og mekanismer bak langvarig smerte, samt tilby videre mestringsstrategier.

Metode: «EndoMestring» er et tverrfaglig samarbeid mellom gynekologisk avdeling og smerteklinikken, samt brukerrepresentanter fra Endometrioseforeningen. Kurset fokuserer i tillegg til forelesninger på aktiv deltakelse med rom for spørsmål og refleksjon samt gruppeoppgaver. Pasientene har også mellom kursdagene testet appen EPIO, en evidensbasert app for mestring av kronisk smerte utviklet ved OUS. Pasientene fikk opprettet en kontakt i journalsystemet, slik at takst og registrering som «gruppeundervisning» kunne benyttes.

Resultater: Prosjektet har vært gjennomført i tre runder med totalt 40 påmeldte pasienter og pårørende i hver runde. 83% opplevde i stor eller veldig stor grad at kurset svarte til forventningene og at kurset var nyttig. 96% svarte at de i stor eller veldig stor grad ville anbefale kurset videre til andre pasienter med endometriose og deres pårørende. Det er utvist interesse fra flere helseregioner med ønske om tilsvarende kurs.

Konklusjon: Det er et klart behov for et pasient- og pårørendekurs tilpasset endometriosepasienter og deres pårørende. Gjennomføring av kurset krever lite ressurser, kan gjennomføres lokalt ved sykehuset etter gjeldende takster og er av stor nytteverdi for brukerne.

A6 How to identify menstrual red flags in adolescents—results of the digital based cross-sectional MINA study

Gravdahl Oline¹, Majak Guri², Svenningsen Rune^{1,2}.

¹ University of Oslo

² Oslo University Hospital

Background: Dysmenorrhea is internationally reported as a leading cause of short-term school absenteeism, as well as having negative effects on academic and social performances. Until now, we have no knowledge to the extent of this in Norway. Nor any notion to the degree of severe symptoms suggestive of endometriosis in this age group.

Objectives: To explore key aspects of menstrual health and map the prevalence of symptoms suggestive of endometriosis among adolescents in Norway.

Methods: A digital survey-based cross-sectional study consisting of sixty-seven questions sent to the administration at all public high schools in Oslo, Norway. The survey was conducted in “Nettskjema”, and the answers were collected by “Services for sensitive data (TSD)”. Analyses were performed in SPSS.

Results: A total of 1020 high school students participated. Of these, 817 participants (80 %) reported painful menstruations with median pain-level 7 on a VAS scale from 0 to 10. Eight of ten experienced dysmenorrhea in every cycle. Absenteeism from school due to menstruation was reported by 617 participants (60.5 %), with monthly occurring absenteeism reported by 10 %, and multiple times per year by nearly 50 %. Any differences due to age, ethnicity and the degree of seeking medical advice are currently being analyzed and will be presented at the annual meeting.

Conclusion: Dysmenorrhea is highly prevalent amongst Norwegian adolescents with severe consequences leading to a high degree of absenteeism from school activities.

A16 Levator muscle avulsion from six weeks to 8 years after first delivery: a longitudinal ultrasound study

Franziska SIAFARIKAS, PhD^{1,2}, Jette STÆR-JENSEN, PhD², Cathrine REIMERS PhD³, Kari BØ, PhD^{2,4}, Marie ELLSTRÖM ENGH, PhD^{1,2}

¹ University of Oslo, Faculty of Medicine, Division Akershus University Hospital, Oslo, Norway

² Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Lørenskog, Norway

³ Oslo University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Oslo, Norway

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

Background: Vaginal childbirth might lead to avulsion of the levator muscle from its bony insertion. A decrease of sonographically diagnosed avulsions within the first year after first delivery has been described. Recovery is one of the explanations for the decrease. However, the sonographically improved muscle (nonpersistent avulsion) might not have its full functional reserve and levator anatomy might worsen again.

The aim of the study was to assess levator avulsion 8 years after first delivery according to avulsion status within the first year after first delivery.

Methods: In this single center longitudinal study 206 initially primiparous women were included and underwent transperineal ultrasound 6 weeks, 6 months, one and 8 years after first delivery. According to avulsion status within the first year after first delivery 3 study-groups were defined: no-avulsion group= no avulsion at all timepoints; nonpersistent avulsion group= avulsion at 6 weeks but avulsion no longer evident at later assessment within the first year; persistent avulsion group= avulsion at all time points.

Results: Thirty-six women fulfilled criteria for avulsion 6 weeks after first delivery, of them 16 women did not full fill sonographic criteria for avulsion at one year follow-up. No avulsion was found at 6 months and one-year follow-up in women not fulfilling the criteria for avulsion at 6 weeks. Thereby 170 women (82.5 %) were allocated to the no-avulsion group, 16 (7.8%) to nonpersistent avulsion group and 20 (9.7%) to persistent avulsion group. In the 8-year follow-up, one woman in the no-avulsion group, and 5 women with nonpersistent avulsion fulfilled criteria for avulsion. Except one participant, all had subsequent vaginal deliveries. All women with persistent avulsion fulfilled criteria for avulsion at 8-years follow-up.

Conclusion: Abnormal muscle insertion in early postpartum stage not persisting within the first year after first delivery carries the risk for avulsion in medium-term follow-up.

A19 The effect of myomectomy on the endometrial receptivity markers Leukemia inhibitory factor (LIF) and HOXA10

Mikkelsen, Thea F.^{1,4}, Vera-Rodriguez, Maria^{2,3}, Greggains, Gareth^{2,3}, Fedorcsák, Péter^{2,4}, Hald, Kirsten¹

¹ Department of Gynecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

² Department of Reproductive Medicine, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

³ Department of Microbiology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

⁴ Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

Background: Uterine leiomyomas are benign myometrial tumors frequently affecting women of reproductive age, making leiomyomas important in fertility considerations. Studies suggest that leiomyomas impair endometrial receptivity by down-regulating key genes involved in the process of implantation, including the cytokine Leukemia inhibitory factor (*LIF*) and the transcription factor *HOXA10*.

Endpoints: Primary: Assessing changes in *LIF* and *HOXA10* expression 3-6 months post-myomectomy compared to pre-surgery levels. Secondary: Comparing *LIF* and *HOXA10* expression in endometrium of women with leiomyoma(s) to healthy controls.

Method: A prospective cohort study with 42 leiomyoma patients undergoing either hysteroscopic or laparoscopic myomectomy and 25 healthy controls. All participants underwent endometrial sampling with Pipelle between day 19 and 23 of the menstrual cycle. For the leiomyoma patients, an additional sample was taken 3-6 months after surgery. Endometrial gene expression of *HOXA10* and *LIF* was measured using qPCR.

Results: Expression of *LIF* significantly increased after surgery of intramural leiomyomas ($2^{-\Delta Ct}=0.007$ preoperatively and $2^{-\Delta Ct}=0.023$ postoperatively; $P=0.03$). Patients with both submucosal and intramural leiomyomas exhibited lower expression of *LIF* compared to healthy controls ($2^{-\Delta Ct}=0.008$ (submucosal) and $2^{-\Delta Ct}=0.007$ (intramural), compared to $2^{-\Delta Ct}=0.016$ in healthy controls; $P=0.04$ and 0.001 , respectively). Expression of *HOXA10* was unaffected by both surgery and presence of leiomyoma.

Conclusion: Reduced endometrial *LIF* expression in leiomyoma patients along with improvement after myomectomy, suggests that leiomyomas impact endometrial receptivity. Selective removal of leiomyomas may enhance fertility outcomes through improving endometrial receptivity.

A20 Hva betyr preoperativ KMI og senere endring i KMI for langtidsresultatet etter TVT?

Solhaug, Berit R^{1,2}, Nyhus, Maria Ø^{1,2}, Svenningsen, Rune^{3,4}, Volløyhaug, Ingrid^{1,2}

¹Gynekologisk avdeling, St. Olavs Hospital

²Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

³Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus

⁴Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Bakgrunn: Tensjonsfri vaginal tape kirurgi (TVT) er førstevalg ved kirurgisk behandling av stressinkontinens. Høyere kroppsmasseindeks (KMI) er en kjent risikofaktor for stressinkontinenssymptomer og kan tenkes å påvirke effekten av TVT over tid.

Mål: Undersøke effekten av preoperativ KMI og endring i KMI over tid på subjektiv kurasjon 10 til 20 år etter TVT.

Metode: Multisenter retrospektiv kohortstudie av kvinner operert med TVT mellom 2002-2012 identifisert gjennom Norsk Kvinnelig Inkontinensregister. Validert spørreskjema ble benyttet. Stressinkontinenssymptomer graderes her med stressindex 0-12. Stressindex < 3 definerte subjektiv kurasjon. Kvinnene i WHO's fedmeklasser ble sammenliknet med chi-kvadrat-test og t-test.

Resultater: 1210 av 1903 kvinner (64 %) fra 19 sykehus besvarte tilsendt spørreskjema. Resultater fra 10- og 20 års kohorten presenteres aggregert. Gjennomsnittsalder var 62.7 (SD 12.2) år, paritet 2.5 (SD 0.9) og tid siden kirurgi 16.9 (SD 9.6) år. KMI preoperativt var 25.6 (SD 4.3) og ved oppfølging 26.7 (SD 4.5), $p < 0.001$. Kvinner i fedmeklasse 2 før kirurgi hadde lavere odds for subjektiv kurasjon sammenliknet med normalvektige (OR 0.18, CI 0.05 - 0.61, $p = 0.006$). Kvinner i fedmeklasse 1 og 2 ved langtidsoppfølging hadde også lavere odds for subjektiv kurasjon (OR 0.45, CI 0.35 - 0.71 og OR 0.34, CI 0.18 - 0.63, $p < 0.001$). Subjektiv kurasjon var ikke assosiert med endring i KMI fra før kirurgi til langtidsoppfølging (OR 0.93, CI 0.60-1.43 $p=0.689$).

Konklusjon: Høyere KMI preoperativt og ved langtidsoppfølging var assosiert med lavere subjektiv kurasjonsrate etter TVT, mens endring i KMI ikke påvirket langtidsresultatet.

A21 Gynekologiferdigheter i medisinstudiet – En studie av siste års medisinstudenters egenrapporterte kompetanse i utvalgte gynekologiske prosedyrer i allmennpraksis

Graff, C.E.¹, Hannestad, K.S.¹, Bondevik, G.T.², Mildestvedt, T.³

¹ Stud. Med., Universitetet i Bergen.

² Professor, Spesialist i allmennmedisin, Fagområde for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

& Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, Bergen.

³ Professor, Spesialist i allmennmedisin, Fagområde for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Bakgrunn: Tidligere studier har avdekket mangelfulle praktiske ferdigheter blant ferske leger, spesielt i obstetikk og gynekologi. Det er også vist varierende praksis blant norske fastleger ved gynekologisk undersøkelse (GU) og henvisning til gynekolog.

Mål: Å undersøke: 1) hvilken selvrapportert kompetanse norske medisinstudenter har på siste studieår i GU, spiralinnsetting og prøvetaking til cervixcytologi, og 2) i hvilken grad disse rapporterer at opplæringen de har fått i studieløpet har vært tilstrekkelig for å forberede dem på å møte gynekologiske problemstillinger i allmennpraksis.

Metode: Digitale spørreskjema ble distribuert til siste års medisinstudenter i 2022 ved UiO, UiB, NTNU og UiT. Studien benyttet kvalitativ og kvantitativ metode.

Resultater: Svarprosenten var 27,3 % (157/575). Syv av ti følte seg trygge på å utføre GU. Fire studenter hadde aldri utført GU. Flertallet var trygge på prøvetaking til cervixcytologi. Bare 2/5 hadde utført spiralinnsetting. Halvparten var uenige i at opplæringen var tilstrekkelig. Funnene tyder på kjønnsforskjeller i utbytte av gynekologioplæringen.

Konklusjon: De fleste medisinstudentene følte seg trygge på å utføre GU og ta prøver til cervixcytologi, men det var store variasjoner i selvrapportert kompetanse. Resultatene kan tyde på at opplæringen ikke er tilstrekkelig for å dekke enkelte kompetansekrav i gynekologifaget, særlig for spiralinnsetting. Forskjeller mellom kvinnelige og mannlige medisinstudenter kan på sikt ha negative konsekvenser for pasienter med gynekologiske problemstillinger. Lærestedene må gjøre tiltak i opplæringen for å sikre at alle studenter oppnår grunnleggende kompetanse i gynekologiske prosedyrer, uavhengig av kjønn.



Zejula (niraparib) som monoterapi er nå innført i både første- og andrelinje ved avansert eggstokkreft, uavhengig av mutasjonsstatus.¹⁻⁴

Zejula (niraparib) fikk ja i Beslutningsforum (12.12.2022) og innføres fra 01.02.2023 som monoterapi til vedlikeholds-behandling av voksne pasienter med BRCA negativ status og avansert (FIGO III og IV), høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter avsluttet førstelinje platinabasert kjemoterapi.

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

Dosering: Behandling bør igangsettes og overvåkes av lege med erfaring med kreftlegemidler. Anbefalt dosering ved førstelinjebehandling er en startdose på 2 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For pasienter ≥ 77 kg og med trombocytverdier 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 trombocytverdier 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 trombocytverdiene 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 overvåking i det første året og deretter regelmessig under behandling med Zejula. *Posterior reversibel encefalopati-syndrom (PRES)* er en sjelden, reversibel nevrologisk 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 trombocytverdi, nøytropeni, abdominalsmerter, redusert appetitt, diaré, dyspné, hypertensjon, asteni, svimmelhet, redusert nøytrofilverdi, hoste, artralgi, ryggmerter, redusert leukocytverdi 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 48 623,00. 84 stk. (blister) kr 72 916,30. Zejula inngår i onkologianbudet til rabattert pris. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. Zejula i monoterapi er innført av Beslutningsforum i både første- og andrelinje ved avansert ovarialkreft, uavhengig av mutasjonsstatus. 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. Beslutningsforum møte, 12.12.22 (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-v>)
2. Beslutningsforum møte, 30.08.21 (<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, januar 2023



Les mer om Zejula

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

NYHETER - NYHETER - NYHETER - NYHETER



STERIL engangs biopsitang

Latexfrie probetrekk

Silikon pessar

Stort utvalg engangs og flergangs instrumenter og tenger

GYN vattpinner

Orchid Spec
the new speculum

PREMIUM engangsspekler

bridea
medical

Kirurgiske engangsspekler

Orchid Spec Standard



hvit eller krystallklar

NYHET:
Orchid Spec
the new speculum **Bio**

SX - med røykavsug
med ultratynn røykkanal
finnes i 3 størrelser

OPEN - åpen på en side
med eller uten røykavsug

Small, Medium, Wide, Long



Oppfyller alle MDR kravene



Alle gasspatroner for kompakt kryokirurgi må være Klasse IIa sertifisert

CRYO IQ DERM +
Med fast spiss

CRYO IQ PRO frysepenn
Med utskiftbare spisser



CRYO IQ gasspatroner

For rask og enkel fjerning av kondylomer

Klasse IIa sertifisert - 25g gasspatron varer 540 sek -
Oxi Block belegg på innsiden - Panteordning



GYN APPLIKATORSPISS



Nærmere info på web: www.medoghelse.no
E-post: info@medoghelse.no Telefon: 90 55 72 22



Gynekologisk onkologi

A7 Self-reported lower extremity lymphedema and quality of life after surgical staging of endometrial carcinoma: – a population based cross-sectional study

Bjerre Trent, Pernille K.^{1,2}, Jebens Nordskar, Nina^{3,4}, Wangen, Knut R.⁵, Engeskaug, Ida^{1,6}, Opheim, Linn Ø.^{1,6}, Aune, Guro^{3,4}, Staff, Anne Cathrine^{2,7}, Thorsen, Lene^{8,9}, Falk, Ragnhild S.¹⁰, Eriksson, Ane Gerda Z.¹

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

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

³ Section of Gynecologic Oncology, Dept. of Obstetrics and Gynecology, St Olavs hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norway

⁴ Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

⁵ Department of Health Management and Health Economics, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

⁶ Department of Nursing and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, OsloMet - Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway

⁷ Division of Obstetrics and Gynaecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

⁸ National Advisory Unit on Late Effects after Cancer Treatment, Department of Oncology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

⁹ Department of Clinical Service, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

¹⁰ Oslo Centre for Biostatistics and Epidemiology, Research Support Services, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Background: The aims of this study were to explore the prevalence of self-reported lymphedema (LEL) in women after surgery for assumed uterine-confined endometrial carcinoma, identify factors associated with LEL, compare quality of life (QoL) scores using thresholds of clinical importance, and assess correlation between different QoL-questionnaires.

Methods: Women who underwent surgery for endometrial carcinoma from 2006 to 2021 were invited to complete the Lower Extremity Lymphedema Screening Questionnaire (LELSQ), EORTC QLQ-C30, QLQ-EN24 and EQ-5D-5L.

Results: Of 2156 invited survivors, 61% participated in the study, 1127 were evaluable by LELSQ. LEL prevalence was 51%, 36% and 40% after lymphadenectomy, SLN and hysterectomy, respectively ($p < 0.001$). Higher BMI, lymphadenectomy and adjuvant chemotherapy were associated with LEL; odds ratios 1.07 (95% CI 1.05-1.09), 1.42 (95% CI 1.03-1.97) and 1.43 (95% CI 1.08-1.89) respectively. QoL was lower for women with LEL compared to those without. Nodal assessment did not influence LEL prevalence in women *with* musculoskeletal complaints; 59%, 50% and 53% after lymphadenectomy, SLN and hysterectomy ($p = 0.115$), respectively, compared to 39%, 17% and 18% ($p < 0.001$) in women *without* musculoskeletal complaints. Spearman's correlation was moderate to strong between the QoL-questionnaires

Conclusion: SLN is not associated with increased LEL prevalence compared to hysterectomy alone, but is associated with a significantly lower prevalence compared to lymphadenectomy. SLN should be the preferred staging approach for women with assumed uterine-confined endometrial carcinoma. Bilateral mapping is key, since the risk of LEL increases with each node that is removed. Available questionnaires may not distinguish between symptoms caused by LEL and musculoskeletal disease.

A8 Associations between modifiable lifestyle factors and health-related quality of life among endometrial carcinoma survivors – a cross-sectional study

Opheim, Linn Ø.^{1,2,a} (RN), Engeskaug, I.^{1,2,a} (RN), Trent, Pernille K. B.^{1,3} (MD), Thorsen, Lene^{4,5} (PhD), Staff, Anne C.^{3,6} (MD, PhD), Nordskar, Nina J.^{7,8} (MD), Utne, Inger² (RN, PhD), Hagen, Milada² (PhD), Eriksson, Ane Gerda Z.¹ (MD, PhD)

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

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

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

⁴ National Advisory Unit on Late Effects after Cancer Treatment, Department of Oncology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

⁵ Department of Clinical Service, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

⁶ Division of Obstetrics and Gynaecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

⁷ Section of Gynecologic Oncology, Dept. of Obstetrics and Gynecology, St Olavs Hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norway

⁸ Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

^a shared first authorship

Background: Survivorship and Health Related Quality of Life (HRQoL) in oncology is of increasing interest. As endometrial carcinoma often carries a favourable prognosis, women with this disease can expect to live for many years after initial therapy.

Aim: To explore associations between modifiable lifestyle factors and HRQoL in endometrial carcinoma survivors.

Methods: This was a cross-sectional population-based study in two Norwegian health-regions. We assessed differences in HRQoL between survivors who met World Health Organization's recommendations regarding physical activity, BMI, and smoking, and those

who did not. EORTC QLQ-C30 questionnaire were used to assess HRQoL. Thresholds for clinical importance based on the EORTC QoL working group were used to interpret scores.

Results: In total, 1200 women were included. Meeting physical activity recommendations and having a BMI <25kg/m² was associated with better global health status. Women who met recommendations for physical activity had higher scores on physical-, role-, and social functioning, as well as lower levels of fatigue, pain, and appetite loss (all p<0.05) compared to non-adherent survivors. Participants with BMI ≥25kg/m² had lower scores for social functioning, and higher levels of pain and dyspnea (all p<0.05) compared to those with BMI <25kg/m². Smokers had lower scores for emotional functioning compared to non-smokers (p<0.05).

Conclusion: As meeting WHO recommendations for modifiable lifestyle factors is associated with improved HRQoL among endometrial carcinoma survivors, this should be integrated in survivorship programs and also be the focus of future prospective studies in this patient population.

A9 The implementation of sentinel lymph node biopsy for endometrial carcinoma at the Norwegian Radium Hospital: A cost-effectiveness analysis

Bjerre Trent, Pernille K.^{1,2}, Eriksson, Ane Gerda Z.^{1,2}, Staff, Anne Cathrine^{2,3}, Knut Erling Juul-Hansen⁴, Burger Emily A.⁵, Wangen, Knut R.⁵

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

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

³ Division of Obstetrics and Gynaecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

⁴ Department of Anesthesia and Intensive Care Medicine, Division of Emergencies and Critical Care, Oslo, Norway.

⁵ Department of Health Management and Health Economics, Institute of Health and Society, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

Background: Lower extremity lymphedema (LEL) is a common complication after surgery for endometrial carcinoma. Sentinel lymph node biopsy (SLN) is increasingly used for surgical staging, in part to reduce LEL. The cost-effectiveness of SLN implementation in intermediate- and high-risk patients has never been assessed.

Methods: We performed a model-based cost-effectiveness analysis from a provider perspective to quantify the health and economic outcomes associated with SLN implementation compared with lymphadenectomy (LND) over a 9-year time horizon. We used data from 862 women treated at Oslo University Hospital (OUH) 2013-2021. Costs were measured directly from OUH while health outcomes were self-reported lymphedema and quality of life among survivors. We conducted one-way and probabilistic sensitivity analyses to evaluate model uncertainty.

Results: We projected that on average, SLN yielded lower costs and improved health outcomes compared to LND. One-way sensitivity analysis identified that two of the main cost drivers were length of stay and number of surgeries; however, SLN remained cost-effective when other factors (cost of robotic platform, percentage of robotic cases, LEL prevalence and cost of chemotherapy) were varied over wide ranges. In a probabilistic sensitivity analysis, SLN provided greater health benefits for less money in 79% of our simulations.

Conclusions: SLN is likely considered cost-effective compared to LND, with lower costs and improved health outcomes, in the treatment of women with intermediate- and high-risk endometrial carcinoma. Increasing the number of yearly robotic surgeries and reducing length of stay could further improve cost-effectiveness.

A10 Molecular characteristics of gynecologic cancer patients in the IMPRESS-Norway trial – a national prospective, non-randomized clinical trial evaluating the efficacy of anti-cancer drugs on new indications

Bjorge, Line^{1,2}, Torkildsen, Cecile Fredvik^{2,3}, Lindemann, Kristina^{4,5}, Bischof, Katharina⁴, Aune, Guro⁶, Vilming, Bente⁴, Solheim, Olesya⁴, Hansson, Anne⁷, Vistad, Ingvild⁸, Ingebrigtsen, Vibeke Anett⁷, Lifeld, Jenny¹, Nylehn, Pernille⁹, Lindblad, Martin⁷, Thomsen, Liv Cecile Vestheim^{1,2}, Steinskog, Eli Sihn Steinskog¹⁰, Pucio, Katharina¹¹, Brabrand, Sigmund^{11,12}, Niehusmann, Pitt^{11,13}, Flobak, Åsmund¹⁴, Haug, Åse¹⁰, Oppedal, Irja A.¹⁵, Meltzer, Sebastian¹⁶, Blix, Egil Støre¹⁷, Russnes, Hege G.^{5,11,13}, Guren, Tormod^{11,12}, Tasken, Kjetil^{5,11}, Smeland, Sigbjørn^{5,11}, Helland, Åslaug^{5,11,12}

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen

² Centre for Cancer Biomarkers CCBIO, Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, Norway

³ Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital, Stavanger

⁴ Department of Gynecological Oncology, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital, Oslo

⁵ Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo

- ⁶ Section of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, St Olav's Hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norway; Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim
- ⁷ Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital of North Norway, Tromsø
- ⁸ Department of Gynecology and Obstetrics, Sørlandet Hospital Kristiansand and Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo
- ⁹ Department of Obstetrics and Gynecology, Haugesund Hospital, Haugesund
- ¹⁰ Department of Oncology and Medical Physics, Haukeland University Hospital, Bergen
- ¹¹ Institute of Cancer Research, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital, Oslo
- ¹² Department of Oncology, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital, Oslo
- ¹³ Department of Pathology, Oslo University Hospital, Oslo
- ¹⁴ The Cancer Clinic, St. Olav University Hospital, Trondheim; Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim; Department of Biotechnology and Nanomedicine, SINTEF Industry, Trondheim
- ¹⁵ Thoracic Department, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway
- ¹⁶ Department of Oncology, Akershus University Hospital, Lørenskog
- ¹⁷ Department of Clinical Medicine, UiT The Arctic University of Norway, Tromsø; Department of Oncology, University Hospital of North Norway, Tromsø

Background: In patients with metastatic gynecological cancers, comprehensive molecular profiling is lacking, few treatment opportunities are available, and the prognosis is poor. Therapy outcomes may improve if targeted treatments are matched with druggable genomic alterations. In the IMPRESS-Norway trial (NCT04817956), patients are treated with drugs outside the labeled indication based on their tumors molecular profile.

Objective: To report genetic profiling and the identification of plausible therapeutic targets in gynecological cancer patients included in IMPRESS-Norway.

Method: IMPRESS-Norway is a nationwide, prospective, non-randomized trial for cancer patients with advanced-stage disease, already treated with established standard care regimes. Targeted next generation sequencing in form of TSO500 (Illumina) is used to profile the tumors, and the profiles are evaluated by a national tumor board.

Results: From February 2021 to August 2023, 1,054 patients were profiled. Of these, 142 (13.5%) had advanced gynecological malignancies. The most common subtype (n=42, 30%) was ovarian cancer (none-high-grade serous carcinomas), followed by cervical cancer. Altogether, 68 potentially actionable genetic alterations were identified, with an average of 1 (range 0–2)/patient. The most common alterations considered targetable were observed in *PIK3CA/PTEN*, *KRAS*, and *ERBB2*. Overall 42 (30%) were offered a molecularly targeted treatment within IMPRESS-Norway trial, which is higher than for the whole IMPRESS-Norway cohort (20%). 1% were referred to other clinical trials.

Conclusion: Genetic alterations with potential clinical relevance were detected in 30% of enrolled gynecological cancer patients. Whether this is representative from these patient groups, or is influenced by the selection process, is yet to be determined.

A11 The prevalence of lymph node metastasis in low-grade endometrial carcinoma

- Bjerre Trent, Pernille K.^{1,2}, Wang, Yun¹, Fallås Dahl, Gunn¹, Eyjolfsdottir, Brynhildur¹, Davidson, Ben^{2,3}, Lund, Kjersti Vassmo⁴, Staff, Anne Cathrine^{2,5}, Eriksson, Ane Gerda Z.^{1,2}
- ¹ Department of Gynecologic Oncology, Division of Cancer Medicine, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Oslo, Norway
- ² Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway
- ³ Department of Pathology, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Oslo, Norway
- ⁴ Department of Radiology, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Oslo, Norway
- ⁵ Division of Obstetrics and Gynaecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Background: The extent of surgery for endometrial carcinoma in Norway depends on preoperative risk-classification based on endometrial biopsy and imaging. With sentinel lymph node biopsy (SLN) replacing lymphadenectomy for nodal assessment, the risk/benefit of surgical staging has changed. We sought to investigate the prevalence of lymph node metastasis in women with low-grade histology.

Methods: Women undergoing surgical staging at Oslo University Hospital for assumed uterine-confined endometrioid adenocarcinoma with grade 1 or 2 on final pathology from 2006 to 2021 were included. Women were stratified according to myometrial invasion; <50% and ≥50%.

Results: We identified 511 women: 263/511 (51%) grade1 and 248/511(49%) grade2. Nodal metastasis was detected in 7% (38/511) of women overall; 6% (16/263) and 9% (22/248) for grade1 and grade2, respectively. For nodal metastasis based on grade *and* myometrial invasion, significantly more women with myometrial invasion ≥50% had nodal metastasis compared to women with myometrial invasion <50%. For women with grade1, nodal metastasis were found in 15% (14/96) versus 1% (2/167) of women with myometrial invasion ≥50% compared to <50%, respectively (p<0.001). For women with grade2, in 14% (15/107) versus 5% (7/141) respectively (p=0.007).

Conclusion: The risk of lymph node metastasis in low-grade histology varies significantly based on myometrial invasion. Omitting nodal assessment may render up to 15% of patients with deep myometrial invasion with undetected metastasis and subsequent undertreatment. As surgical staging techniques have evolved, the time has come for implementation of SLN for surgical staging in all women with low-grade endometrial carcinoma, regardless of preoperative risk-assessment.

A12 Oncologic outcomes in women with low-intermediate risk endometrial carcinoma

Wang, Yun¹, Bjerre Trent, Pernille K.^{1,2}, Fallås Dahl, Gunn¹, Eyjolsdottir, Brynhildur¹, Davidson, Ben^{2,3}, Lund, Kjersti Vassmo⁴, Staff, Anne Cathrine^{2,5}, Eriksson, Ane Gerda Z.^{1,2}

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

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

³ Department of Pathology, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Oslo, Norway

⁴ Department of Radiology, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Oslo, Norway

⁵ Division of Obstetrics and Gynaecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Background: Surgery for endometrial carcinoma in Norway is centralized, except for women with assumed low/intermediate-risk disease. Nodal assessment is not routinely performed in these women. We sought to compare oncologic outcomes between women with preoperative grade 1 stage IA and stage IB (G1 IA/IB).

Methods: All cases with preoperative G1 IA/IB referred to our center from 2006–2021 were evaluated for recurrence free- and overall survival.

Results: In total, 518 women were included. Of these, 21/518 (5%) women were >stage I and 68/518 (13%) had >G1 histology on final pathology. Women with discrepant stage or histology had significantly worse PFS; stage I vs >stage I ($p < 0.001$), G1 vs >G1 ($p = 0.006$). Of 435 women with G1 IA/IB on final pathology, 14% (51/358) preoperative stage IA were up-staged to IB postoperatively, and 52% (44/77) preoperative stage IB were down-staged to IA postoperatively. With a median follow-up time of 84 months, 5.5% recurred. In univariate analysis, preoperative stage IB, lympho-vascular space invasion and age ≥ 75 years were significantly related to increased risk of recurrence. Preoperative stage IB was significantly related to poorer overall survival. In multivariate analysis, none of these variables were independent risk factor for recurrence. However, preoperative stage IB remained near significant for worse survival ($p = 0.059$).

Conclusion: Women with preoperative G1 stage IB have poorer prognosis than those with preoperative G1 stage IA. These findings might advocate increased staging efforts in all G1 cancers, such as referring to tertiary centers for comprehensive surgical staging, including SLN biopsy.

A13 Seksuell dysfunksjon etter forebyggende fjerning av eggstokker hos kvinner med BRCA-mutasjon og betydningen av preoperativ informasjon

Johansen Nora^{1,2,3}, Liavaag Astrid H², Michelsen, Trond M^{1,3,4}

¹ Forskningsenheten, Sørlandet Sykehus HF

² Gynekologisk og obstetrisk avdeling, Sørlandet Sykehus Arendal

³ Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

⁴ Fødeavdelingen Rikshospitalet, Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus

Bakgrunn: Kirurgisk menopause, spesielt i ung alder, øker sjansen for seksuell dysfunksjon. Kvinner med BRCA-mutasjon fjerner oftest eggstokkene i ung alder, og vi har tidligere funnet at bare 43% synes de fikk god nok informasjon om mulige langsiktige effekter av operasjonen og at færre kvinner enn anbefalt brukte hormoner.

Mål: Kartlegge forekomsten av seksuell dysfunksjon etter forebyggende fjerning av eggstokker, og undersøke sammenhengen med preoperativ informasjon.

Metode: Kohortstudie hvor kvinner med BRCA-mutasjon har svart på spørreskjema på nett. Seksualfunksjon ble undersøkt ved FSFI (Female Sexual Function Index), hvor seksuell dysfunksjon ble definert som total skår på under 26,55.

Resultater: Totalt 669 deltagere svarte på undersøkelsen. Gjennomsnittlig alder var 52 år (SD 14), 70% hadde fjernet eggstokkene forebyggende, 67% hadde fjernet brystene forebyggende, 36% hadde hatt kreft, 79% var i parforhold og 27% brukte hormoner. I alt 516 (77%) var seksuelt aktive, og blant dem hadde 281 (55%) seksuell dysfunksjon. Ved univariate analyser var seksuell dysfunksjon forbundet med manglende informasjon før operasjon ($p = 0.008$), forebyggende fjerning av eggstokker ($p < 0.001$), økende alder ($p < 0.001$), kreft ($p < 0.001$), lavere skår på omsorg fra partner ($p < 0.001$) og dårligere selvrapportert helse ($p < 0.001$). Det var lavere forekomst av seksuell dysfunksjon blant de med ny seksualpartner siste seks måneder ($p = 0.005$). Ved multivariat modell var det signifikant sammenheng mellom seksuell dysfunksjon og mindre omsorg fra partner.

Konklusjon: Over halvparten av kvinnene med BRCA-mutasjon hadde seksuell dysfunksjon. Blant de modifiserbare faktorene som var forbundet med mindre sjanse for seksuell dysfunksjon, var støtte i parforholdet og bedre informasjon før operasjonen.

A14 Etablering av organoid plattform for kreft i eggstokkene

Gjerde, Christiane H.; Kleinmanns, Katrin¹; Langer, Anika²; Ruiz de Garibay Ponce, Gorka³; Dongre, Harsh N.⁴; Elnour, Rammah⁴; Berger, Constantin⁵; Willoughby, Robert¹; Kotopoulos, Spiros^{6,7}; García de Jalón, Elvira¹; Leitch, Calum¹; Gultekin, Okan⁸; Bozulucay, Erdem⁸; Davidson, Ben^{9,10}; Forcados, Christopher¹¹; Costea, Daniela E.⁴; Lehti, Kaisa^{8,12}; Gelebart, Pascal¹; Wälchli, Sébastien¹¹; McCormack, Emmet M.^{1,13,14}; Bjørge, Line^{1,15}

¹ Centre for Cancer Biomarkers CCBIO, Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, NORGE

² AvenCell, Dresden, TYSKLAND

³ Thoracic and Clinical Translational Oncology, Sanitaria Hospital 12 de Octubre, Madrid, SPANIA

⁴ Centre for Cancer Biomarkers CCBIO, Department of Clinical Medicine, University of Bergen, Bergen, NORGE

⁵ Chair Tissue Engineering and Regenerative Medicine, University Hospital Würzburg, Würzburg, TYSKLAND

⁶ National Centre for Ultrasound in Gastroenterology, Haukeland University Hospital, Bergen, NORGE

⁷ Department of Clinical Medicine, University of Bergen, Bergen, NORGE

⁸ Department of Microbiology, Tumor and Cell Biology, Karolinska Institutet, Stockholm, SVERIGE

⁹ Department of Pathology, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Oslo, NORGE

¹⁰ Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, NORWAY

¹¹ Translational Research Unit, Department of Cellular Therapy, Oslo University Hospital, Oslo, NORGE

¹² Department of Biomedical Laboratory Science, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, NORGE

¹³ Centre for Pharmacy, Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, NORGE

¹⁴ Vivarium, Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, NORGE

¹⁵ Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen, NORGE

Bakgrunn: Eggstokkreft rammer rundt 500 personer i Norge hvert år. Prognosen er dårlig og bare halvparten av pasientene blir kurerte. Gode prekliniske modeller er viktige verktøy for å studere tumorbiologien til kreftsvulstene og teste effekt av nye behandlinger. Organoider er *in vitro*, tredimensjonale vevskulturer. Tradisjonelt dyrkes organoider i en kunstig gelé bestående av basalmembranproteiner. Sammensetningen og strukturen av proteinene i geleen er ulik den ekstracellulære matriksen i vev. De siste årene har det blitt etablert metoder for å fjerne cellulært materiale fra vev samtidig som den vevsspesifikke ekstracellulære matriksen bevares.

Mål: Målet med prosjektet var å utvikle en metode for å lage decellulært peritonealvev, og videre å etablere tredimensjonale cellekulturer fra eggstokkreft på peritonealvevet, samt teste sensitivitet for kjemoterapi og CAR T-behandling.

Metode: Peritoneum ble høstet fra gris og fra humane autopsier hvor det ikke forelå peritoneal sykdom. Cellulært materiale ble fjernet ved lysering. Deretter ble peritoneum spent ut som et lerret på en ramme, for kreftceller ble sådd ut direkte på vevet. Cellevekst ble fulgt med mikroskopi. Karboplatin eller CAR T-celler ble tilsatt direkte i vekstmediet og celledød vurdert med mikroskopi. Behandlingseffekt ble sammenlignet med den vi fant i standard todimensjonale cellekulturer.

Resultater: Kreftcellene delte seg og vokste på peritonealvevet med et lignende mønster som man ser *in vivo*. Sensitivitet for Karboplatin og CAR T-behandling var ulik i tredimensjonal og todimensjonal vevskultur.

Konklusjon: Vi har etablert en tredimensjonal *in vitro* modell for eggstokkreft som kan brukes til å studere tumorbiologi og evaluere effekt av standard kjemoterapi og immunterapi.

A15 Cytokinprofilering: Et lovende prediktivt verktøy for pasienter med eggstokkreft

Torkildsen, Cecilie F.^{1,2}, Austdal, Marie³, Jarmund, Anders H.⁴, Kleinmanns, Katrin², Lamark, Eva K.⁵, Nilsen, Elisabeth B.¹, Stefansson, Ingunn⁶, Sande, Ragnar K.^{1,7}, Iversen, Ann-Charlotte¹, Thomsen, Liv C. V.^{2,5}, Bjørge, Line^{2,5}

¹ Kvinneklubben, Stavanger Universitetssykehus, Stavanger

² Centre for Cancer Biomarkers CCBIO, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

³ Forskningsavdelingen, Stavanger Universitetssykehus, Stavanger

⁴ Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM) og Senter for molekylær inflammasjonsforskning (CEMIR),

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim

⁵ Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus, Bergen

⁶ Avdeling for patologi, Haukeland universitetssykehus, Bergen

⁷ Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

Bakgrunn: Eggstokkreft rammer 500 kvinner i Norge hvert år. Prognosen er dårlig og bare halvparten av pasientene lever lenger enn fem år. Det foreligger ofte spredning på diagnosetidspunktet. Kirurgi er likevel sentralt i behandlingen, fortrinnsvis primærkirurgi. Den kirurgiske ambisjonen er å fjerne alt synlig svulstvev fordi det gir bedre prognose. Det kirurgiske resultatet påvirkes både av tumorlokalisasjon, utbredelse, pasientens almenntilstand og tumorbiologiske karakteristika. Neoadjuvant kjemoterapi (NACT) før intervallkirurgi er et alternativ for pasienter med høy risiko for resttumor etter primærkirurgi. Det er ikke etablert noen ideell stratifiseringsmetode for behandlingsvalg. Tumorimmunologi og spesielt tumor-assosiert inflammasjon representerer en uavhengig prognostisk og dels også prediktiv markør ved en rekke tumortyper. Markører for systemisk inflammasjon er lett tilgjengelige via blodprøver.

Mål: Å kartlegge longitudinelle immunologiske forandringer i serum relatert til primærbehandling hos pasienter med eggstokkreft og å identifisere prediktive biomarkører for behandlingsvalg.

Metode: 112 serumprøver ble innsamlet ved ulike tidspunkt fra pasienter (n=24) som gjennomgikk ulik primærbehandling for eggstokkreft. Serumprofil av 27 cytokiner ble målt med multiplex-analyse og analysert med univariate og multivariate statistiske metoder.

Resultater: Pasientgruppen fremviste to distinkte cytokinprofiler før behandling. Høy systemisk immunaktiverting var assosiert med inoperabilitet hos pasientene (p=0.036). Kirurgi, både diagnostisk laparoskopi og laparotomi med cytoreduksjon, induserte markante immunologiske endringer, deriblant økt nivå av cytokinet IL-6 og redusert nivå av eotaxin, IL-4 og IL-17. Gjennomgått behandling førte til en generalisert nedgang i cytokinnivåer.

Konklusjon: Cytokinprofiler med klinisk relevans ble identifisert, og videre undersøkelser bør gjøres for å kartlegge deres potensielle prediktive verdi.



Committed to improve *women's health*

› Normedi, a Hologic Company is focused on minimally invasive treatment options to restore the quality of life for women facing gynecological conditions.

NORMEDI.COM
NORMEDI.EDUCATION.COM

MyoSure[®]
Tissue Removal Device

NovaSure[®] V5
Endometrial Ablation

Obstetrikk

A17 Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIS) and the effect of episiotomy in vacuum and forceps deliveries

Fodstad, Kathrine¹ Laine, Katariina^{2,3} Räisänen, Sari⁴

¹ Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Vestre Viken HF, Bærum sykehus

² Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

³ Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo Universitetssykehus

⁴ Tampere University of Applied Sciences, Tampere, Finland

Introduction: Operative vaginal delivery is one of the main risk factors for OASIS, but the role of episiotomy has been conflicting in literature.

Objective: To study OASIS prevalence in women giving birth in Norway by operative vaginal delivery. To assess the effect of episiotomy on risk of OASIS, comparing vacuum extraction to forceps delivery.

Methods: Population based register study. Nulliparous women with one fetus in cephalic presentation delivered by forceps or vacuum during 2001-2018 in Norway, n= 70 783. Data collected from the Medical Birth Registry of Norway. Chi square test used to analyze differences in OASIS prevalence between subgroups.

Results: OASIS prevalence in all operative deliveries was 42% lower when episiotomy was used ($p < 0.01$). When comparing time periods, OASIS prevalence was reduced by 65%, a decline from 14.8% in the first time period (2001-2003) to 5.2% in the last (2016-2018). OASIS prevalence was reduced by 68% in vacuum deliveries with episiotomy (from 12.8 to 4.1%) and by 41% in vacuum deliveries without episiotomy (from 14.9% to 8.8%), when comparing the first to the last time period. In forceps deliveries with episiotomy, the OASIS prevalence was reduced by 70% (from 21.1% to 6.1%) when comparing the above mentioned time periods. In forceps deliveries without episiotomy no clear trend of reduction was found, the OASIS prevalence remained high (approximately 24%).

Conclusion: Our data suggests that episiotomy use in operative vaginal deliveries among nulliparous women has a beneficial effect, reducing the risk of OASIS.

A18 Langvarig nytte av det finske konsept for perineal støtte

Torbjørn M Eggebø^{1,2}, Astrid Betten Rygh², Phillip von Brandis², Finn Egil Skjeldestad³

¹ Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

² Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

³ Research Group Epidemiology of Chronic Diseases, Institute of Community Medicine, UiT the Arctic University of Norway; Tromsø, Norway

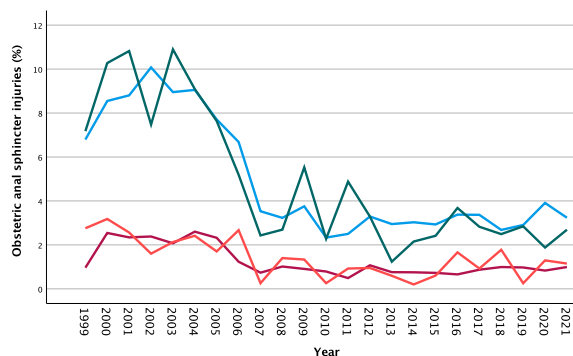
Bakgrunn: Mange observasjonsstudier har vist umiddelbar reduksjon av sfinkterskade etter innføring av perineal støtte. Nyttet verdien diskuteres stadig fordi effekten ikke er vist i randomiserte studier.

Mål: Vi ønsket å undersøke den langvarige effekten av perineal støtte (15 år).

Materialer og Metode: Vi gjorde en retrospektiv cross-sectional studie ved Stavanger universitetssykehus fra 1999 til 2021 og inkluderte kvinner som fødte ett foster i hodeleie vaginalt til termin. Populasjonen ble differensiert i Robson gruppe 1-4. Det finske konsept for perineal støtte ble innført i 2007. Dette inkluderte perineal støtte, kontroll av fosterhodet ved utskjæringen, nøye observasjon av hvordan perineum strekkes, lateral episiotomi når indisert og god kommunikasjon med den fødende. Alle jordmødre og leger fikk individuell trening.

Resultater: Totalt ble 85 617 kvinner inkludert. Forekomsten av sfinkterskade var 5% i perioden 1999-2006 og holdt seg stabil omkring 2% i perioden 2007-2021. Figur 1 viser forekomsten av sfinkterskade differensiert i Robson grupper gjennom studieperioden.

Konklusjon: Innføring av det finske konsept for perineal støtte har vist langvarig effekt i vår populasjon.



Figur 1: Forekomst av sfinkterskade i studieperioden. Robson (R) 1 blå, R2a grønn, R3 brun, R4a rød.

A22 Monochorionalt tvillingsvangerskap komplisert av arytmi og hydrops hos den ene tvillingen. Longitudinelle hemodynamiske effekter av medikamentell konvertering med Flecainid vurdert med venøs doppler ultralyd

Einum, Anders ¹, von Brandis, Philip ², Leirgul, Elisabeth ³, Ebbing, Cathrine ¹

¹ Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus

² Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssjukehus

³ Kardiologisk avdeling, Haukeland Universitetssjukehus

Kasuistikk: 29 år gammel, frisk 3.g. fødende. Spontan gravid med monochoriale, diamnionale tvillinger (MCDA). I svangerskapsuke 25 ble det diagnostisert føtal hydrops og tachyarytmi hos tvilling 1. Kvinnen ble overført til Kvinneklivnikken Haukeland Universitetssjukehus for vurdering og behandling.

Funn: Tvilling 1 hadde hydrops (ascites og perikardvæske), ekkorik tarm og placenta framstod mer ekkotett og tykkere enn hos den uaffiserte tvilling 2. Ventrikkelfrekvensen var 223-244/min, og arytmien ble klassifisert som supraventrikkulær (SVT) med 1:1 overledning. Doppler av ductus venosus viste dyp a-bølge med reversering og i umbilicalvenen pulsatil blodstrøm med lavt volum. I venstre portvene var det bidireksjonal og reversert blodstrøm som er unormalt. Utredning av kvinnen var normal.

Behandling: Transplacental medisinerer med peroral Flecainid 100+50+100 mg og samtidig Betamethasone for føtal lungemodning. Arytmien ble konvertert til sinusrytme 24 timer etter behandlingsstart, med kort tilbakefall av SVT hvorpå døgndosen Flecainid ble økt til 300mg. Etter dette ingen registrerte tilbakefall av arytmi.

Førløp: I løpet av fem dager gikk hydrops hos tvilling 1 tilbake, og vi så normalisering av alle blodstrømsparametre hos den affiserte tvillingen, inklusive til leveren. Den uaffiserte tvillingen viste ingen tegn til hemodynamisk påvirkning hverken før eller etter Flecainid-behandlingen.

Resten av svangerskapsførløpet var ukomplisert. Kvinnen fødte spontan og ukomplisert i svangerskapsuke 35+3 to friske jenter. Begge hadde normal postnatal hjerteundersøkelse.

Konklusjon: Vi beskriver en vellykket konvertering med Flecainid ved SVT og hydrops hos en tvilling i MCDA tvillingsvangerskap, uten bivirkninger hos mor eller den andre tvillingen. Doppler ultralyd av føtal venøs sirkulasjon ga nyttig innsikt i sirkulatorisk patofysiologi.

A23 Birth satisfaction with outpatient Induction of Labor with Oral Misoprostol: Results from a multicenter randomized-controlled trial

Austad FE^{1,2}, Rossen J¹

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Sørlandet Hospital Kristiansand

² University of Bergen

Background: Induction of labor is an increasingly used intervention in obstetrics due to expanding indications, which more often includes relatively healthy women with uncomplicated pregnancies. While induction of labor traditionally is offered in an inpatient setting, a shift towards an outpatient setting is increasing despite insufficient evidence regarding patient satisfaction and safety.

Aim: To examine birth satisfaction in women having labor induced in an inpatient versus outpatient setting.

Method: A multicenter randomized-controlled trial with recruiting hospitals from all health regions in Norway. All 300 women with low-risk pregnancies, by predefined criteria, booked for induction of labor were randomized 1:1 to oral misoprostol in an outpatient or inpatient setting. Study participants were invited to answer questionnaires about labor (CEQ, Childbirth Experience Questionnaire) and labor induction (EXIT, Experiences of Labor Tool). Information regarding labor outcome were collected from patient journals.

Results: The study population consisted of 56% nullipara and 54% were induced in an outpatient setting. 254/307 women answered the questionnaires (response rate of 83%). Overall, CEQ scores were higher in the outpatient versus the inpatient group; 3.87 vs. 3.68 (p=0.005). Mean EXIT-score was not different according to the group of randomization; 3.31 vs. 3.12 (p=0.07). There were no adverse outcomes for the women or neonates.

Conclusion: Induction of labor in an outpatient setting with oral misoprostol should be an option for women with a low-risk pregnancy by predefined criteria.

Driving change | in obesity



Les mer om Novo Nordisk på vår nettside

Novo Nordisk Norway AS

Nydalsveien 28 · NO-0484 Oslo

Telefon: + 47 22185050 · Kundeservice: +47 2218 5051 · www.novonordisk.no



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 kjønnsormonsensitive, 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: Vanlig 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 før menarke er ikke indisert.

A24 Effekt av intravenøs hyoscin butylbromid (Buscopan®) på langsom framgang i fødsel (BUSCLAB): En dobbelblind randomisert placebo-kontrollert studie

Gaudernack, Lise C.^{1,2}, Einarsen, Angeline E. S.^{1,3}, Sørbye, Ingvil K.^{1,3}, Lukasse, Mirjam^{2,4}, Gunnes, Nina⁵, Michelsen, Trond M.^{1,3}

¹ Fødeavdelingen, Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus

² Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet

³ Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

⁴ Institutt for sjukepleie- og helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

⁵ Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus

Bakgrunn: Langvarig fødsel er en vanlig tilstand forbundet med maternelle og perinatale komplikasjoner. Hyoscin butylbromid (HBB) er et spasmolytisk legemiddel som kan forkorte fødselen. Det mangler forskning på om HBB kan forhindre langvarig fødsel.

Mål: Vurdere effekten av HBB på varigheten av aktiv fødsel hos kvinner med tegn på langvarig fødsel.

Metode: I en dobbeltblindet, randomisert, placebokontrollert studie inkluderte vi 249 førstegangsfødende kvinner til termin med ett foster i hodeleie og spontan fødselsstart. Kvinnene viste tidlige tegn på langvarig fødsel ved å krysse varsellinjen i Verdens helseorganisasjons partogram. Deltakerne ble randomisert til to intravenøse behandlinger: 125 til 1 mL HBB (20 mg/mL) og 124 til 1 mL natriumklorid (0.9 mg/mL). Primærutfallet ble analysert med Weibull-regresjon. Kontinuerlige og dikotome sekundære utfall ble analysert med henholdsvis median regresjon og logistisk regresjon.

Resultater: Median varighet fra behandling til vaginal fødsel var 401.0 minutter i HBB-gruppen mot 432.5 minutter i placebogruppen. Vi fant ingen statistisk signifikant sammenheng mellom behandling og fødselsvarighet fra behandling til vaginal fødsel: hasardratio (HR): 1.00 (95 % konfidensintervall [KI]: 0.77, 1.29). Vi fant økt maternell hjerterefreknens 30 minutter etter behandling i HBB-gruppen sammenlignet med placebogruppen (forskjell i median: 3.03 [95 % KI: 0.35, 5.71] slag/min) og redusert postpartumblødning (forskjell i median: -50.00 [95 % KI: -96.45, -3.55] ml).

Konklusjon: En intravenøs dose på 20 mg HBB ble ikke funnet å være overlegen placebo til å forhindre langsom fødselsprogresjon hos førstegangsfødende med risiko for langvarig fødsel. Ytterligere forskning er nødvendig for å undersøke effekten av økte og/eller gjentatte doser av HBB.

A25 Trends of term intrapartum stillbirth in Norway during 1999–2018

Murzakanova, Gulim^{1,2}, Räisänen, Sari³, Jacobsen, Anne F^{1,2}, Yli, Branka M¹, Tingleff, Tiril^{1,2}, Laine, Katariina^{2,4}

¹ Department of Obstetrics, Oslo University Hospital, Oslo

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

³ Tampere University of Applied Sciences, Tampere, Finland,

⁴ Norwegian Research Centre for Women's Health, Oslo University Hospital, Oslo

Background: Fetal death during labor at term is a devastating complication that is rarely studied in high-income countries.

Objective: To determine time trends of term intrapartum stillbirth and to investigate the association between the time trends and intrapartum stillbirth risk factors from 1999–2018 in Norway.

Method: This is a population-based register study. Data were retrieved from the Medical Birth Registry of Norway. The study population consisted of 1,021,268 term singleton pregnancies without congenital anomalies or antepartum stillbirths. The main exposure variable was time, which was divided into four 5-year periods: 1999–2003, 2004–2008, 2009–2013, and 2014–2018. The primary outcome was term intrapartum stillbirth. Risk ratios were calculated, and multivariable logistic regression analyses were conducted to identify factors associated with secular trends of intrapartum stillbirth.

Results: The term intrapartum stillbirth rate decreased by 87% (95% CI, 68–95%) from 0.15‰ in 1999–2008 to 0.02‰ in 2014–2018. Three in four intrapartum stillbirths occurred during intrapartum operative deliveries. The increased prevalence of risk pregnancies was not associated with the variation of intrapartum stillbirth rates among the time periods. The prevalence of term intrapartum stillbirth was higher for individuals who gave birth in maternity units with <3000 annual births (adjusted odds ratio aOR, 1.67; 95% CI, 1.07–2.61) than for those who gave birth in units with ≥3000 annual births.

Conclusion: Despite the increase in risk pregnancies, term intrapartum stillbirth rates substantially decreased during the study period, probably due to improvements in intrapartum care.

A26 Forsinket diagnostikk ved retroperitoneal blødning etter uterusruptur

Vikan Ida¹, Skogøy Kristin¹

¹Gynekologisk avdeling, Nordlandssykehuset Bodø.

Bakgrunn: Uterusruptur etter tidligere keisersnitt er en fryktet tilstand med en insidens på 0,05-0,10 % (1). Uterusrupturer diagnostiseres vanligvis under fødselen, men ca. 20 % (2) oppdages etter at barnet er født, ofte med forsinket diagnostikk. Retroperitoneal blødning kan gi atypisk symptombylle uten vaginal blødning og intraabdominale smerter. Pasienten kan raskt bli sirkulatorisk ustabil. Med utstrålende retrosternale smerte kan årsaken oppfattes som kardiell.

Mål: Kjennskap til symptomene er avgjørende for livreddende håndtering.

Metode: Gjennomgang av kassettikk.

Resultat: Pasienten ble indusert etter tidligere keisersnitt og gikk raskt i spontan fødsel etter amniotomi. Ukomplisert vacuum ble anlagt pga. en kortvarig bradycardiepisode. Et sprekt barn fødes og fullstendig placenta kvitteres. Forsterket Pitocindrypp forordres etter kortvarig atoniepisode, blødning ca. 800ml. Gradvis blir kvinnen sirkulatorisk påvirket med kvalme og utstrålende brystmerter. EKG viser ST-depresjon og hypovolumibetinget hjerteinfarkt. CT bekrefter intraabdominalt hematom, hvorpå hun laparotomeres. Uterusruptur sutureres, og moderate mengder koagler evakueres. Etter oppvåkning blir pasienten på ny ustabil med vaginalblødning, hvorpå hun re-laparotomeres uten nye funn. Hun transfunderes med 10 SAG, 8 plasma og øvrige blodprodukter.

Pasienten stabiliseres, med hjemreise 4. postoperative dag i velbefinnende.

11. postoperativ dag oppstår ny vaginalblødning, estimert til 3 liter. Pasienten transfunderes og flys til UNN, stabil ved innkomst. CT abdomen viser som tidligere hematom på 20 cm, men nå erkjennes retroperitoneal beliggenhet. Ny laparotomi utføres på mistanke om pågående blødning som avkrettes. Gammelt retroperitonealt hematom evakueres for 600 ml.

Ukomplisert videre forløp foruten Rhd immunisering etter infusjon av uforlikelig blod i luftambulans.

Konklusjon: Forsinket diagnostisering av uterusruptur, der retroperitonealt blødningsfokus først erkjennes ved tredjegang laparotomi. Pasienthistorien viser kompleksiteten ved livstruende hendelser som involverer ulike fagfelt.

A27 Down Syndrome and Associated Atrioventricular Septal Defects in a Nationwide Norwegian Quality Registry: Incidence, Time-Trends, and Outcomes

Nordklev, Cecilie B.¹ Gjesdal, Ola² Gunnes, Nina³ Holmstrøm, Henrik⁴ Morken, Nils H.⁵ Vangen, Siri³ Sitras, Vasilis¹

¹ Dept. of Fetal medicine, Oslo University Hospital, Norway

² Dept. of Cardiology, Oslo University Hospital, Norway

³ Norwegian Research Center for Women's Health, Oslo University Hospital, Norway

⁴ Dept. of Pediatric Cardiology, Oslo University Hospital, Norway

⁵ Dept. of Clinical Science, University of Bergen, Norway

Background: The incidence of Down syndrome (DS) is about one per 1000 births, with increasing incidence attributable to increasing maternal age. DS is strongly associated with congenital heart defects (CHDs), especially atrioventricular septal defect (AVSD).

Aims: We wanted to investigate the incidence of DS with severe CHDs in the Norwegian population over the last 20 years. Moreover, we aimed to compare children with AVSD with and without DS.

Materials and methods: We obtained data on 212 non-DS children with AVSD and 702 DS children with any CHD from Oslo University Hospital's Clinical Registry for Congenital Heart Defects during the period 2000-2020. We applied logistic regression to estimate the odds ratios (ORs) of infant mortality and need of surgery during the first year of life, with associated 95% confidence interval (CIs), for DS children with AVSD compared to non-DS children with AVSD. Linear regression was applied to estimate the difference in mean number of interventions between these two groups.

Results: The incidence of DS with severe CHDs was relatively stable (mean: 17 cases/year) over the study period. The most common CHD associated with DS in our study was AVSD (n = 312, 44%). Preliminary results showed that DS children with AVSD were more likely to be operated during their first year of life (OR: 3.84; CI 95%: 2.5-5.84) and needed more interventions (difference in means: 0.14; CI 95%: 0.00-0.28). However, we observed no statistically significant difference in infant mortality (OR: 0.67; CI 95%: 0.36-1.27).

Conclusion: In Norway, the number of live-born children with DS and severe CHDs have been stable during the last 20 years. Children with DS and AVSD needed more interventions, but they did not have increased risk of mortality during their first year of life.

A28 Svangerskapsresultater etter nasjonal innføring av tidlig ultralydsundersøkelse i Norge - en deskriptiv registerstudie

Thomsen, Liv Cecilie V.^{1,2}, Macsali, Ferenc^{1,2}, Klungsøyr, Kari^{1,3,4}, Stangenes, Kristine M.¹, Askeland, Olaug M.⁵, Akerkar, Rupali R.⁵, Quille, Nina-Jeanette⁵, Løkeland-Stai, Mette^{2,6}, Júlíusson, Pétur B.^{1,6,7}

¹ Medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet

² Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus

³ Avd. for Helsefremmende Arbeid, Folkehelseinstituttet

⁴ Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

⁵ Avdeling for helseregistre, Folkehelseinstituttet

⁶ Abortregisteret, Folkehelseinstituttet

⁷ Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland Universitetssjukehus

Bakgrunn: Endringer i Bioteknologiloven resulterte i tilbud om tidlig rutineultral lyd for alle gravide og utvidet mulighet for fosterdiagnostikk fra 2022. Målet var mer korrekt estimering av gestasjonslengde og tidlig påvisning av flerlinger og misdannelser.

Mål: Studien undersøkte om svangerskapsutkommene dødfødsler, perinatale dødsfall, misdannelser og utførte nemdaborter ble endret etter at nytt oppfølgingsstilbud ble iverksatt.

Metode: Studien inkluderte alle svangerskap rapportert til Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret i perioden 2019-2022. Tall fra årene 2019-2021 ble inkludert for misdannelser. Deskriptiv statistisk metode ble benyttet.

Resultater: De årlige fødselstallene sank fra 54,400 til 51,200 i perioden. Utførte nemdaborter sank fra 520 (2019) til 510 (2021), men steg til 590 i 2022. Andel utført på misdannelsesgrunnlag (§2.3c) økte fra 59% (2019) til 65% (2021), hvorav andel utført før 18. svangerskapsuke steg fra 54% til 60%. Av alle aborter totalt, sank andel utført i uke 11-12: fra 4,9% (2019) til 4,3% (2021) og 4,0% (2022). Blant nemdabortene var største misdannelsesgrupper hjertefeil (14-17%) og kromosomfeil (9%). Av alle svangerskap registrert med kromosomfeil endte 59% i avbrudd 2019 og 62% i 2021. Dødfødselsraten sank fra 3,1-3,2/1000 fødte i 2019-2021 til 2,7/1000 i 2022. Også dødelighet første levedøgn sank: 0,33/1000 (2022) versus 0,54/1000 (2019). Neonataldødelighet (0-27 dager) var stabil: 1,3/1000 fødte.

Konklusjon: Resultatene kan indikere at innføringen av tidlig ultralyd og mer utvidet fosterdiagnostikk gir tidligere identifisering av misdannelser som fører til abort. Tallene er for små til å si om bedre diagnostikk tidlig i svangerskap påvirker trenden i retning av færre dødfødsler og dødsfall første levedøgn.

A29 Forekomst, risiko og østrogenmangel som forklaring på dyspareuni ved amming

Herud, Celine T.¹; Svenningsen, Rune^{1,2}; Dyrkorn, Ole A.²; Jacobsen, Anne F.^{1,3}

¹ Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

² Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus

³ Obstetrisk avdeling, Oslo Universitetssykehus

Bakgrunn: Dyspareuni, eller smerte ved samleie, utgjør en av de vanligste seksuelle dysfunksjoner i perioden etter barnefødsler. Smertene oppstår vanligvis i samme periode som amming er anbefalt (første 6 levemåneder).

Mål: Å estimere forekomsten av dyspareuni blant ammende kvinner fra 6 uker postpartum, samt vurdere publisert evidens for sammenhengen mellom amming og dyspareuni. I tillegg ønsket vi å undersøke tilgjengelig evidens for om lavt østrogennivå er en kausal årsak.

Metode: Systematisk søk i PubMed ble utført juni 2022 med definerte søkekriterier som inkluderte MeSH-termer for dyspareuni og amming. 122 relevante artikler ble identifisert i det primære søket og ytterligere 7 artikler gjennom referansegjennomgang. Etter forhåndsdefinerte inklusjons- og eksklusjonskriterier ble til slutt 22 originalartikler inkludert.

Resultater: 22 studier, med totalt 16 928 kvinner, ble inkludert. Forekomsten av dyspareuni hos ammende varierte fra 32% til 83% 6 måneder postpartum. 13 artikler identifiserte amming som en uavhengig risikofaktor for dyspareuni ($p < 0.05$), mens 5 ikke fant noen signifikant assosiasjon. Kun én studie undersøkte forskjeller i østrogennivåene hos ammende og ikke ammende kvinner, uten å finne signifikante forskjeller.

Konklusjon: Forekomst av dyspareuni hos ammende viser stor variasjon i tilgjengelig litteratur. Amming synes å være en uavhengig risikofaktor for dyspareuni, men tilgjengelig evidens gjør det vanskelig å konkludere med østrogenmangel som eneste årsak til atrofi av vaginale slimhinner i ammeperioden.

A30 Sammenheng mellom pregravid overvekt og keisersnitt, en populasjonsbasert studie av 329,080 fødsler i Norge

Tingleff, Tiril^{1,2,3,4}, Rivenæs, Kristin R¹, Laine, Katarina^{2,3}

¹ Avdeling for kvinne/barn, Ringerike sykehus, Vestre Viken HF

² Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo Universitetssykehus

³ Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

⁴ Fødeavdelingen Ullevål sykehus, Oslo Universitetssykehus

Bakgrunn: Overvekt er assosiert med komplikasjoner i svangerskap og fødsel. Andel kvinner med høy pregravid BMI og andel keisersnitt er økende på verdensbasis.

Mål: Å undersøke sammenhengen mellom pregravid BMI og keisersnitt i Norge.

Metode: Registerbasert observasjonsstudie med data fra Medisinsk Fødselsregister. Kvinner med ett levendefødt barn til termin i hodeleie mellom 2009 og 2018 ble inkludert. Eksponering var pregravid BMI inndelt i normalvekt (BMI < 25.0) overvekt (BMI 25.0-29.9), adipositas (BMI 30.0-39.9) and sykkelig adipositas (BMI ≥ 40). Utfall var forløsningsmetode inndelt i vaginal fødsel, intrapartum keisersnitt og planlagt keisersnitt. Det ble gjort analyser stratifisert på paritet med utregning av frekvenser og odds ratio (OR) i multivariable regresjonsanalyser justert for preeklampsi, diabetes, mors fødeland og tidligere keisersnitt. Normalvekt var referanse.

Resultater: Andelen adipøse var 10,9 % (35, 772) og sykkelig adipøse var 1,0% (3,417) Keisersnittfrekvensen økte med økende BMI-kategori. Andelen planlagte keisersnitt var 4,1% og intrapartum keisersnitt var 8,2%. Keisersnittfrekvens blant sykkelig adipøse:

Førstegangsfødende: planlagt 2,8%, intrapartum 24,8%

Flergangsfødende: planlagt 11,04%, intrapartum 11,40%

Justert OR for planlagt keisersnitt var 2.12 (95 % KI 1.50–3.01) for sykkelig adipøse sammenlignet med normalvektige hos førstegangsfødende og 1.36 (95% KI 1.16–1.58) for sykkelig adipøse sammenlignet med normalvektige flergangsfødende. Justert OR for intrapartum keisersnitt var 2.93 (95% KI 2.56–3.35) for sykkelig adipøse sammenlignet med normalvektige hos førstegangsfødende og 2.48 (95% KI 2.13–2.90) for sykkelig adipøse sammenlignet med normalvektige flergangsfødende.

Konklusjon: Risikoen for keisersnitt økte signifikant ved økende pregravid BMI. Andelen keisersnitt blant overvektige og adipøse var betydelig lavere enn i studier fra andre land.



Gynekologisk Guidelinemøte

25-26 januar 2024

Sted ikke avklart, annonseres senere

Bli med å påvirke Gyn veilederkapitlene,
få en faglig boost og treff gode kollegaer!

Til revisjon: Habituell abort, ektopisk graviditet, ovarialcyster,
overgangsalder, kroniske bekkenmerter, PCOS

Nye medi-matic® | prisbelønt design

Den nye generasjonen gynekologiske stoler



Når kvalitet teller



GERMAN
DESIGN
AWARD
SPECIAL
2023



Se vår nye katalog for gynekologi: <https://www.svas.no/kataloger.html#Gynekologi>



Laveste seteposisjon: 47 cm



En ny målestokk for
kvalitet og design.

Nye medi-matic® er vinner
av den anerkjente
**German Design Award
Special 2023**

Seteposisjon: 47 - 117,5 cm
Kapasitet: 300 kg

Vi sees i Haugesund!

svas svalland as

telefon 222 80 896 | firmapost@svas.no | www.svas.no



POSTERE

P1 Pregestasjonelle maternelle risikofaktorer for preterm og term preeklampsi: En populasjonsbasert kohortstudie

Sande, Anne K^{1,2}, Dalen, Ingvild¹, Torkildsen, Erik A^{1,2}, Sande, Ragnar K^{1,2}, Morken, Nils H^{2,3}.

¹ Kvinneklivnikken, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger, Norge.

² Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen, Norge.

³ Kvinneklivnikken, Haukeland universitetssjukehus, Bergen, Norge.

⁴ Seksjon for biostatistikk, Forskningsavdelingen, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger, Norge.

Bakgrunn: Få studier vedrørende risikofaktorer for utvikling av preeklampsi har skilt mellom preterm (<37 uker) og term (≥37 uker) preeklampsi. Vi har fremdeles begrenset kunnskap om hvorvidt de ulike predisponerende tilstandene har en differensiert effekt på risikoen for preterm og term preeklampsi.

Mål: Å vurdere om diabetes type 1 og 2, kronisk nyresykdom, astma, epilepsi, revmatoid artritt og kronisk hypertensjon var ulikt assosiert med preterm og term preeklampsi.

Materiale og metode: En populasjonsbasert kohortstudie med data fra Medisinsk fødselsregister (1999–2016). Vi brukte multinomial logistisk regresjonsanalyse for å estimere relativ risk ratio (RRR) med 95% konfidensintervall (KI) for preterm (<37 uker) og term preeklampsi (≥37 uker), og justerte for mors alder, paritet, flerlinger og øvrige studerte risikofaktorer.

Resultater: Vi registrerte 1 044 860 fødsler. 9533 (0,9%) hadde preterm (< 37 uker) og 26504 (2,5%) hadde term preeklampsi (≥ 37 uker). De fleste maternelle risikofaktorene var assosiert med økt risiko for både preterm og term preeklampsi. Diabetes type 1 og 2 (RRR preterm versus term preeklampsi henholdsvis 2,89, 95% KI 2,46–3,39 og 1,68, 95% KI 1,25–2,25), kronisk nyresykdom (1,55, 95% KI 1,11–2,17) og kronisk hypertensjon (1,85, 95% KI 1,63–2,10) var sterkere assosiert med preterm enn term preeklampsi i justerte analyser. For astma, epilepsi og revmatoid artritt var det ingen forskjell i risiko for preterm og term preeklampsi. Hovedfunnene var tilsvarende når diagnose < 34 uker ble brukt for å definere tidlig preeklampsi.

Konklusjon: Diabetes type 1 og 2, kronisk nyresykdom og kronisk hypertensjon var sterkere assosiert med preterm enn term preeklampsi.

P2 Sammenhengen mellom sfinkterskade, episiotomi og risikofaktorer kjent før fødselen.

Torbjørn M Eggebø^{1,2}, Astrid Betten Rygh³, Phillip von Brandis², Finn Egil Skjeldestad³

¹ Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

² Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

³ Research Group Epidemiology of Chronic Diseases, Institute of Community Medicine, UiT the Arctic University of Norway, Tromsø, Norway

Bakgrunn: Episiotomi kan redusere risikoen for sfinkterskade i noen situasjoner, men indikasjonene diskuteres. Interaksjonene mellom risikofaktorer er komplekse.

Mål: Vi ønsket å undersøke sammenhengen mellom sfinkterskade og risikofaktorer som er kjent før fødselen.

Materialer og Metode: Vi gjorde en retrospektiv studie ved Stavanger universitetssjukehus fra 2007 til 2021 og inkluderte førstegangs-fødende som fødte ett foster i hodeleie vaginalt til termin. Fødeavdelingen brukte lateral episiotomi i denne perioden. Forekomsten av sfinkterskade ble analysert i grupper med og uten episiotomi og stratifisert for fødselsmetode og fosterhodets posisjon. Resultatene ble justert for mulig konfunderende variabler (mors alder, svangerskapslengde, oksytosin stimulering og epiduralbedøvelse).

Resultater: Totalt ble 33 066 kvinner inkludert. Episiotomi var assosiert med lavere forekomst av sfinkterskade hos kvinner med operativ vaginal fødsel og occiput anterior (OA) posisjon; 3.4% vs. 10.1% (OR 0.31; 95% CI: 0.24–0.40) og 6.1 vs. 13.9% (OR 0.40; 95% CI: 0.19–0.82) ved occiput posterior (OP) posisjon. Episiotomi var også assosiert med lavere forekomst av sfinkterskade hos kvinner med spontan fødsel, men sammenhengen var svakere; 2.1% vs. 3.2% (OR 0.62; 95% CI: 0.49–0.80) ved OA posisjon og 2.3 vs. 3.1% (OR 0.82; 95% CI: 0.25–2.69) ved OP posisjon. Justering for de mulige konfunderende variabler førte bare til ubetydelige endringer av resultatene.

Konklusjon: Forekomsten av sfinkterskade var tre ganger så høy hos førstegangs-fødende ved operativ vaginal fødsel hvis det ikke ble lagt episiotomi. Den høyeste forekomsten av sfinkterskade ble sett ved operativ vaginal fødsel og OP posisjon uten episiotomi.

P3 Ultralydundersøkelse av bekkenbunnen i første stadium av fødselen

Torbjørn M. Eggebo^{1,2}, Sigurlaug Benediktsdóttir³, Hulda Hjartardóttir⁴, Kjell Salvesen^{1,2}, Ingrid Volloyhaug^{2,5}

¹ National Center for Fetal Medicine, St.Olavs Hospital, Trondheim, Norway.

² Institute of Clinical and Molecular Medicine, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim, Trøndelag, Norway.

³ Department of Obstetrics and Gynecology, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland.

⁴ Obstetrics and Gynaecology, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland.

⁵ Department of Obstetrics and Gynecology, Trondheim University Hospital (St. Olavs hospital), Trondheim, Trondheim, Norway.

Bakgrunn: Levatormuskelen kan bli strukket nesten tre ganger sin lengde uten å bli skadet. Det er liten kunnskap om når i fødselsforløpet levatormuskelen blir strukket.

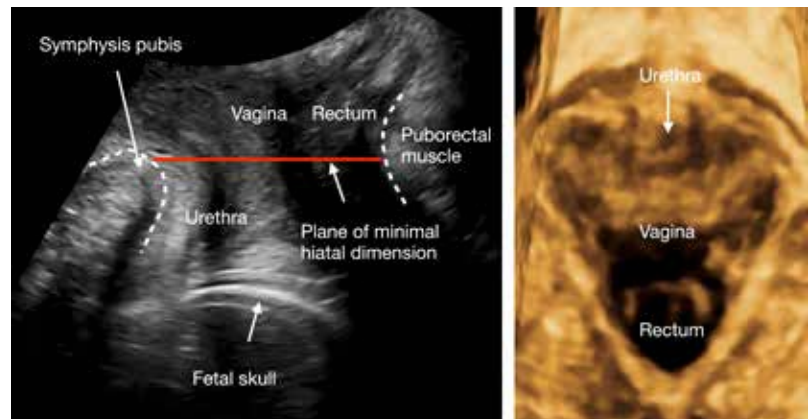
Mål: Vi ønsket å måle endringen av den transversale hiatusdiametere gjennom første stadium av fødselen.

Materiale og Metode: Vi gjorde en longitudinell, prospektiv studie ved fødeavdelingen i Reykjavik fra 2016 til 2018 og inkluderte kvinner i Robson gruppe 1. Fosterets nivå og posisjon ble undersøkt med 2D ultralyd. Det ble tatt 3D opptak ved start av aktiv fødsel og ved slutten av første stadium. Den transversale hiatusdiametere ble målt i planet for «minimal hiatal dimension» (Figur 1).

Resultater: Totalt ble 78 kvinner inkludert. Gjennomsnittlig hiatusdiameter økte 12,4%

(39.4 mm - 44.3 mm ($p < 0.02$)). Vi fant en signifikant sammenheng mellom hiatus diameter ved siste måling og fosterhodets nivå i fødselskanalen, men ingen sammenheng med fosterhodets posisjon.

Konklusjon: Vi fant bare en liten økning av den transversale hiatusdiametere i første stadium av fødselen. Det er derfor lite sannsynlig at levatormuskelen blir skadet i første stadium.



Figur 1. Plan for «minimal hiatal dimension» til venstre og et 3D bilde av hiatus området til høyre

P4 Referanseområde for pulsatil index i føtale arteria adrenalis inferior

Øystein Bergøy^{1,2}, Torvid Kiserud^{1,3}, Jørg Kessler^{1,3}, Ingvild Dalen⁴, Ragnar Kvie Sande^{1,2}

¹ Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, Norway

² Department of Gynecology and Obstetrics, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

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

⁴ Section of Biostatistics, Department of Research, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

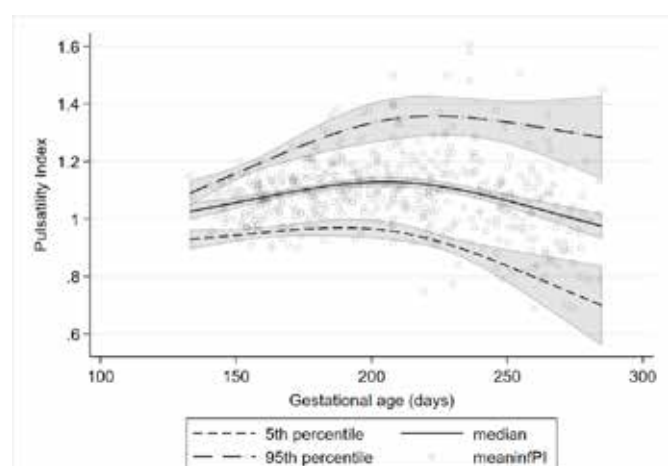
Bakgrunn: Dyremodellar har vist auka blodstraum til binyrene hos fosteret når placentafunksjonen er trua. Vi har funne at arteria adrenalis inferior er hovudarterien som forsyner menneskelege fosterbinyrer.

Mål: Vi ynskte å utvikle eit normalt referanseområde for pulsatil index i humane føtale arteria adrenalis inferior, for med det å legge til rette for bruken av denne omfordelinga i overvakinga av veksthemma foster.

Metodar: Vi inkluderte kvinner med lågrisiko graviditetar ved Stavanger universitetssjuehus, Noreg, mellom juni 2020 og mars 2023. Desse vart undersøkte med Doppler-ultralyd omtrent ein gong i månaden etter svangerskapsveke 20. Pulsatil Index (PI) vart målt med Doppler for den nedre binyrearterien. Kvantilregresjon vart nytta for å estimere 5, 50 (median) og 95 persentilen for PI ved svangerskapsalder 20-40 veker. Ikkje-linearitet vart handtert ved å nytte begrensa kubiske splinefunksjonar, og avhengigheit mellom gjentatte målingar vart handtert ved å nytte robust estimering av standardfeil.

Resultat: Vi inkluderte 149 gravide kvinner og utførte 560 Doppler-undersøkingar. Vi klarte å måle PI i minst ei arteria adrenalis inferior i 506 undersøkingar. Basert på funna våre, klarte vi å lage eit longitudinelt normalt referanseområde for PI for fostret sine arteria adrenalis inferior ved svangerskapsalder 133-287 dagar.

Konklusjon: Median PI i materialet vårt var rundt 1,0 – 1,1, som indikerer generelt låg motstand. Vi såg ikkje den markerte reduksjonen i PI på slutten av svangerskapet som tidlegare er rapportert; medianen har ein klokkeform som minner om den tilsvarande kurva for arteria cerebri media.



Figur: Referanseområde for normalverdi av pulsatil index i føtale arteria adrenalis inferior

P5 Sosiodemografiske og obstetriske faktorerers påvirkning på fødselsopplevelsen

Daniella Rozsa^{1,2}, Ragnar Kvie Sande^{1,3}, Stine Bernitz^{4,5}, Ingvild Dalen⁶, Geir Sverre Braut^{1,2}, Torbjørn M Eggebø^{1,7}, Pål Øian⁸, Rebecka Dalbye^{4,5}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

²Western Norway University of Applied Sciences, Stavanger, Norway

³Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, Norway

⁴Department of Obstetrics and Gynecology, Østfold Hospital Trust, Grålum, Norway;

⁵Department of Nursing and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, OsloMet - Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway.

⁶ Section of Biostatistics, Department of Research, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

⁷National Centre for Fetal Medicine, St. Olav's University Hospital, Trondheim, Norway

⁸Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital of North Norway, Norway

Bakgrunn: Fødselsopplevelsen kan potensielt påvirkes av en rekke faktorer, inkludert sosiodemografiske og obstetriske variabler, men eksisterende studier har vist varierende resultater.

Mål: Vi ville utføre en omfattende analyse med en definert kohort for å bedre forstå sammenhengen mellom sosiodemografiske og obstetriske faktorer og fødselsopplevelsen.

Materialer og Metoder: Førstegangsfødende kvinner med spontan fødselsstart til termin med ett foster i hodeleie, som deltok i Labor Progression Study (LaPS), fylte ut nettskjemaet Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) fire uker etter fødselen. CEQ-scorene, både total score og score på fire delskalaer, ble sammenlignet med sosiodemografiske karakteristikk (alder, BMI, røyking i første trimester, samliv, utdanning) og obstetriske faktorer (varighet av fødsel, operativ fødsel, svangerskapsalder og fødselsvekt). To-nivå loglineær regresjon med robuste standardfeil ble brukt for å vurdere sammenhenger mellom sosiodemografiske og obstetriske faktorer, og fødselsopplevelsen. Både ujusterte og fulljusterte modeller ble brukt.

Resultater: Totalt 3604 kvinner besvarte spørreskjemaet; gjennomsnittlig total CEQ-score var 74,7. Den totale CEQ-scoren viste ingen sammenheng med de undersøkte sosiodemografiske faktorene. Røyking i første trimester var assosiert med lavere gjennomsnittscore på profesjonell støtte (87,0 vs. 89,7; $p=0,001$). Etter justering hadde ingen av de obstetriske faktorene sammenheng med total CEQ-score eller delskala-score i de generelle testene av effekter. Imidlertid ble det funnet en statistisk signifikant høyere gjennomsnittlig total CEQ-score ved svangerskapsuke 37 sammenlignet med 40 uker (77,1 vs. 73,7, $p=0,002$).

Konklusjon: Våre funn indikerer at individuelle sosiodemografiske faktorer ikke påvirket den generelle fødselsopplevelsen i denne studien. Fødsel ved svangerskapsuke 37 var assosiert med en mer positiv generell fødselsopplevelse.

P6 Pyoderma gangrenosum genitalt

Rygh, Astrid¹; Kristoff, Anne¹

¹Kvinneklubben, Stavanger universitetssjukehus

Bakgrunn: Immunmodulerende behandling er aktuelt ved flere sykdommer. Rituximab er et monoclonalt antistoff rettet mot overflateantigenet CD20 på B-celler, aktuelt ved bl. a. rheumatoid artritt og non-Hodgkin lymfom. Pyoderma gangrenosum forekommer ved rituximab-behandling.

Mål: Belyse utfordrende diagnostikk og behandling ved en livstruende komplikasjon til rituximab, manifestert i genitalia.

Metode: Kasuistikk

Resultater: Kvinne (57). Fått Rituximab fra 2019 for rheumatoid artritt. Fra høsten 2021 tilkommer små vulvalesjoner. Biopsier ved Kvinneklubben (KK) viste pyoderma gangrenosum (PG), remisjon på lokale steroider, rituximab seponert. Fra januar 2022 tilkom økende bekkensmerter, fallerende allmentilstand, vaginal fluor. Pasienten ble innlagt KK i mars 2022, sykdomspreget. GU i narkose viste vandig luktfri fluor, vaginit, TVUL og hysteroskopi uten anmerkning, samt overraskende skarpe, symmetriske 5 cm slits i ytre vaginale sulci laterales og inn i paravaginale rom/obturatorfascie bak symfyen. Det var nekrotisk fettvev og fluor. CT/MR viste nekroser bilateralt i bekken/hofte/sete/. Biopsi/dyrkning uten funn av malignitet, negativt for mikrober.

Diagnose: PG-utløste sterile nekroser

Det ble opprettet et team av gynekologer, immunolog, infeksjonsmedisiner, hudlege og spesialsykepleier, samt samarbeid mellom KK og smerteteam. Pas. fikk antibiotikadekke, høydose steroider og immunglobulin (IVIG) og viste bedring. Det ble gjort digital debridement i narkose av sårhuler vaginalt, anlagt dren i sete-vagina, samt skylt 2-3 ganger/uke. Man skulle unngå bred åpning, da dette forverrer PG. Monitorering ble gjort klinisk og ved CT/MR. Det ble avdekket total mangel på B-celler/immunglobuliner. Fra mai tilkom recto-vaginal fistel via paravaginale rom, og det ble anlagt endecolostomi. Pas. viste et fluktuerende forløp, med periodevis sepsis og lite framgang. Det ble startet infliximab (TNF-hemmer), og deretter tilkom bedring og skrumpning av sårhuler. Utskrevet i august, med hjemmesykepleie og poliklinisk infliximab. MR vår 2023 viste skrumpede sårhuler.

Konklusjon: Pyoderma gangrenosum opptrer også genitalt, og krever oppmerksomhet ved immunmodulerende behandling og sår/uklare symptomer. Tverrfaglig team med rett kompetanse er avgjørende ved alvorlige sammensatte tilstander. Nekrotiske og infeksjose prosesser i paravaginale spatier er en særlig utfordring da de kommuniserer med underestremiteter, pre- og retroperitoneale spatier.



Be Visionary

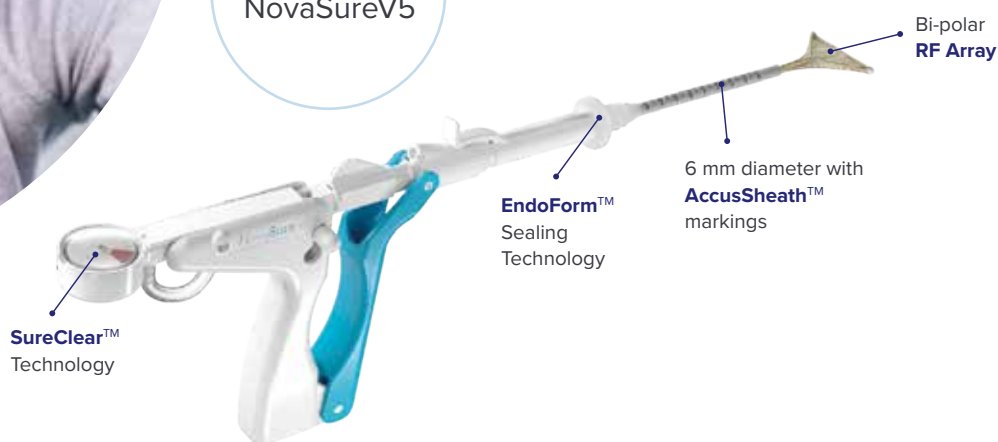
Innovation That Grows With You

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



NY VERSJON!
NovaSureV5



ENDOMETRIEABLASJON MED NOVASURE[®]V5

Effektiv behandling av menorrhagi

› NovaSure er en sikker og godt utprøvd behandling mot kraftige menstruasjonsblødninger. Prosedyren er trygg, rask og velegnet som poliklinisk inngrep. Vi kan vise til solid klinisk evidens og meget gode behandlingsresultater¹.

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)

NORMEDI.COM
NORMEDI EDUCATION.COM

Ta gjerne kontakt med:
Marte Skrivervik | Tlf: 481 80 614 | E-post: marte@normedi.com
Paul Essebaggers | Tlf: 928 92 666 | E-post: paul@normedi.com



Interessert i mer informasjon?
Skann QR-koden og les mer om
teknologien, prosedyren og studiene.

P7 Long-term subjective outcomes, pain and complications 10-20 years after tension-free vaginal tape (TVT) surgery

Berit Rein Solhaug¹

¹Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

Introduction: Retropubic tension free vaginal tape (TVT) surgery has been the preferred method for treating stress urinary incontinence (SUI) since its introduction over 20 years ago. However, the last five to seven years there has been concern regarding long-term complications of polypropylene in female incontinence surgery, particularly vaginal pain, lower abdomen pain and dyspareunia. Long-term studies have been limited.

Objective: To evaluate long-term treatment satisfaction, reoperation rate, prevalence of long-term complications (including unresolved pain) 10-20 years after TVT surgery, and whether complications were associated to either age or body mass index (BMI).

Methods: A multicenter cross-sectional study in 2022. The national Female Incontinence Registry in Norway was used to identify patients who underwent TVT surgery in 2001–2012. The women filled out an electronic or postal questionnaire including parity, weight, height, and questions about repeat surgery for complications or sling-failure (persistent or recurrent SUI). A validated questionnaire was used to assess degree of symptom bother for stress- or urgency urinary incontinence with stress urinary incontinence index range 0-12 and urgency urinary incontinence index 0-8. Higher scores indicate more symptom bother (1). Women also answered a question of persistent pain after TVT-surgery, and they graded treatment satisfaction using a five-point likert-scale ranging from “very satisfied” to “very unsatisfied”. T-test and Mann-Whitney U test were used for comparison between groups, and Spearman’s rank correlation for correlation analyses. The level of statistical significance was set at 0.05.

Results: A total of 1203/1900 (63%) women from 18 hospitals answered the questionnaire. Mean age was 62 (range 33–92) years, BMI 26.7 (SD 4.5) kg/m², parity 2.5 (range 0–7) and time since surgery 16.5 (SD 4.6) years. The mean stress index was 2.2 (SD 3.0) and urgency index 2.5 (SD 2.1). Seventy percent were “very satisfied” with TVT, 10 % were “moderately satisfied”, 12 % “neither satisfied nor dissatisfied”, 4 % “moderately dissatisfied”, and 4 % were “very dissatisfied”. Three percent had later surgery for tape exposure or tape removal (in part or in total). Two and a half percent had repeat SUI surgery for persistent or recurrent SUI. Unresolved persistent pain related to TVT surgery was reported by 3.5 %. Total long-term complication rate (including persistent pain, complication surgery or repeat SUI surgery) was 7 %.

Women with persistent pain reported more symptom bother than women without pain, with stress index 3.6 (SD 3.8) vs 2.2 (SD 2.9), $p=0.03$ and urgency index 3.3 (SD 2.2) vs 2.5 (SD 2.1), $p=0.045$.

There was a weak positive correlation between BMI and stress ($r_s=0.2$) and urgency index ($r_s=0.2$) and between age and stress ($r_s=0.1$) and urgency index ($r_s=0.2$), all $p<0.001$.

Conclusions: Seventy percent of the women were very satisfied with treatment 10-20 years after TVT. However, 3.5 % reported persistent unresolved pain after TVT surgery, and 7 % had either pain (vaginal or abdominal), complication surgery or repeat SUI surgery. Women with pain reported a higher urinary incontinence symptom burden than women without pain. These data provide important long-term information guiding future decision making when choosing surgical methods for SUI.

P8 The impact of retropubic tension-free vaginal tape (TVT) surgery on sexual activity 10-20 years later

Berit Rein Solhaug¹

¹Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

Introduction: Retropubic tension-free vaginal tape (TVT) surgery has been the preferred method for surgical treatment of stress urinary incontinence over the last two decades. However, in the last five to seven years there has been rising concern about the use of polypropylene tape vaginally as cause of lower abdominal pain and dyspareunia. Few studies have explored the long-term impact from TVT on sexual activity and pain.

Objective: To explore a potential association between TVT surgery and sexual activity and pain during sexual intercourse 10-20 years later.

Methods: This was a multicenter cross-sectional study conducted in 2022. The National Norwegian Female Incontinence Registry was used to identify patients who had TVT surgery 10 or 20 years ago, the two cohorts merged for this abstract. The women filled out the validated PISQ-12 questionnaire assessing sexual activity and dyspareunia (1). They also answered yes/no to a question about persistent pain that they related to the TVT surgery. Improvement or worsening of sexual life after TVT surgery was graded using a five-point likert-scale from “much improved” to “much worsened”. Another validated questionnaire was used to assess degree of symptom bother of stress- or urgency urinary incontinence with stress incontinence index range 0-12 and urgency incontinence index 0-8. Higher scores indicating more symptoms. Treatment satisfaction was graded using a five-point likert-scale ranging from “very satisfied” to “very unsatisfied” (2). T-test, Mann-Whitney U test and X²-test were used for comparison between sexually active and sexually inactive women. A significance level of 0.05 was chosen.

Results: A total of 1203/1900 (63 %) women from 18 hospitals responded. Mean age was 62 (range 33–92) years, BMI 26.7 (SD 4.5) kg/m², parity 2.5 (range 0–7) and time since surgery 16.5 (SD 4.6) years. Sixty-three percent were still sexually active of whom four percent reported dyspareunia. Four percent of sexually inactive women reported pain as reason for sexual abstinence. Persistent pain related to TVT surgery was reported by three percent of sexually active and four percent of sexually inactive women, $p=0.5$, mean age being 56.5 (SD 10.3) and 69.7 (SD 10.6) years respectively, $p<0.001$. Six percent of the sexually active reported sexual life being

somewhat or much worse after TVT surgery, 10 % improved, 27 % unchanged and 57 % answered “not relevant”. Sexually active women had lower burden of urinary incontinence symptoms compared to sexually inactive women with stress index 1.9 (SD 2.7) vs 2.9 (SD 3.3), $p < 0.002$ and urgency index 2.1 (SD 1.9) vs 3.0 (SD 2.2), $p < 0.001$. Seventy-seven percent of the sexually active were “very satisfied” with TVT versus 58 % of the sexually inactive, $p < 0.001$.

Conclusions: Only three to four percent of women had persistent pain 10-20 years after TVT surgery, and this was not associated with sexual activity. Higher age and more incontinence symptoms were associated with sexual abstinence. Six percent of sexually active women reported worsened sexual life after TVT surgery. These data provide important long-term information guiding future decision making when choosing treatment for SUI.

P9 Svangerskapsavbrudd og betydning for nedgang i barnefødsler

Tale Meinich¹, Anne Eskild^{1,2}

¹ Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus

² Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Bakgrunn: Fruktbarhetstallet i Norge er fallende, og stadig færre får flere enn to barn. Svangerskapsavbrudd kan påvirke fødselstallene. Vi ønsket å studere fordelingen av svangerskap i Norge etter paritet, og om andelen av svangerskapene som endte i svangerskapsavbrudd endret seg, i perioden 2008-2020.

Metode: Vi summerte antall fødsler i Norge i Medisinsk fødselsregister og antall svangerskapsavbrudd i Abortregisteret i 2008-2020. Vi regnet ut hvor stor andel av svangerskapene som var svangerskapsavbrudd, fordelt etter paritet og årstall.

Resultater: Summen av fødsler og aborter falt i løpet av studieperioden i alle paritetsgrupper. Den absolutte nedgangen var mest uttalt blant kvinner uten tidligere fødte barn, fra 34647 i 2008 til 28606 i 2020 (17,4% nedgang). Blant disse falt andelen svangerskap som endte med svangerskapsavbrudd falt fra 25,2% til 20,5%.

Det var få og fallende antall graviditeter blant kvinner med to eller flere tidligere fødte barn i perioden. Blant disse kvinnene var andelen med svangerskapsavbrudd stabilt høy, mellom 26% og 34 %.

Konklusjon: I perioden 2008-2020 falt både antall fødsler og svangerskapsavbrudd i Norge. Antall svangerskapsavbrudd falt mer enn antall fødsler, særlig hos kvinner uten tidligere fødte barn. Svangerskapsavbrudd kan ikke forklare at fruktbarhetstallet i Norge faller.

P10 Ballonginduksjon – hvor lenge ligger de egentlig? Et kvalitetsforbedringsarbeid fra avdelingens fødselsprotokoll.

Skadsem, Arnbjørn G.¹, Sväsand, Ingvild¹, Hahn, Thomas¹, Urnes, Kristin A.¹

¹ Obstetrisisk seksjon, Haugesund sjukehus

Bakgrunn: Fødselsinduksjoner øker stadig. Ballonginduksjon er foretrukket metode. Vi mistenkte at ballongene lå lenge før amniotomi. Langvarig induksjon er forbundet med dårligere fødselsopplevelse.

For å verifisere inntrykket gjennomgikk vi avdelingens induksjonstall med særlig fokus på varighet, tid fra induksjonsstart til amniotomi og forløsning, samt hvor mange som kunne gå direkte fra ballong til amniotomi.

Mål: Undersøke varighet av fødselsinduksjoner, med særlig fokus på ballonginduksjoner og amniotomi.

Metode: Retrospektiv gjennomgang av alle induserte (n=110) ved Haugesund sjukehus i perioden januar til april 2022. Data ble hentet fra fødselsprotokoll i Natus. Ved utilstrekkelig informasjon i loggført protokoll, ble det gjort målrettet journalgjennomgang i Natus, DIPS og STAN-arkiv.

Resultater: Induksjonsmetode: 87 av 110 ble indusert med ballong, 11 indusertes primært med Misoprostol og 12 fikk direkte amniotomi.

Ballong-induksjon: Av 87 gikk 70 direkte til amniotomi (P0=35/44, P≥1 =36/43), mens 12 fikk Cytotec og 5 fikk oksytocin før amniotomi. 44 var førstegangs fødende (P0), mens 43 hadde født før (P≥1).

Gjennomsnittlig tid ballong 11.4 timer, tid til amniotomi 14.7 timer og gjennomsnittlig tid til forløsning 25.7 timer.

Hos P0 var gjennomsnittlig tid ballong 14.2 timer, tid til amniotomi 17.6 timer og gjennomsnittlig tid til fødsel 32.2 timer.

Hos P≥1 var gjennomsnittlig tid ballong 8.5 timer, tid til amniotomi 11.6 timer og gjennomsnittlig tid til fødsel 18.9 timer.

Misoprostol: Gjennomsnittstid første dose til fødsel, P0 23.4 timer, P≥1 : 17.5 timer.

Konklusjon: Vi fant et gjennomsnitt på over tre timer fra ballongen er verifisert ute til det gjøres amniotomi. Ca 4/5 kunne gå direkte fra ballonginduksjon til amniotomi.



Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi

POSTPARTUM TAMPONADE BALLONG



MedGyn Postpartum Balloon Catheter er et engangs ballongkateter designet for å kontrollere blødninger fra uterus eller vagina. Med sin enkle design er den intuitiv i bruk og gir effektivt og rask behandling av postpartum blødning. Systemet er utstyrt med en pæreformet ballong for god tilpasning, og en slange med doble lumen som gjør det mulig å fylle opp ballongen og overvåke blødningen.

Egenskaper og fordeler:

1. 100 % latex fri, laget av silikon for best mulig pasientkomfort
2. Pæreformet ballong tetter innvendig cervical os
3. Kateter med dobbelt lumen hjelper til med å overvåke blødninger
4. To sprøyter for rask oppblåsing av ballongen
5. Posespyd med tilbakeslagsventil
6. Treveis stoppekran for sikker og rask oppblåsing



ELEKTRODER TIL KONISERING



• Variert utvalg av elektroder i forskjellige fasonger og størrelser

- Fisher Cone elektrode
- Loop elektrode
- Kule elektrode



ISOLERTE SPEKLER OG INSTRUMENTER

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



GYNEKOLOGISKE INSTRUMENTER

- Alle typer gynekologiske instrumenter
- Tysk kvalitet med lang levetid



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



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

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

Årsberetning 2022

Norsk Gynekologisk Forening

Styret har bestått av Ragnar Kvie Sande (leiar), Kirsten Hald (nestleiar), Solveig Bjellmo (vitskapeleg sekretær), Kristine Amundsen (kasserar), Yngvild Hannestad (styremedlem PSL), Morten Kvello (sekretær, FUGO). Vara: Maren Baumann (PSL)

Redaktør av Gynekologen: Tale Meinich
Nettredaktør: Inga Vengen

Styremøte

Det vart halde seks styremøte i 2022: Oslo 9/2, digitalt 16/3, Stavanger 4/5, Oslo 22/9, Kristiansand (i samband med årsmøtet) 26/10 og Tromsø 22/11. Redaktør for Gynekologen og nettredaktør har teke del under alle møta. I løpet av 2022 behandla styret 16 nye saker.

Høyringar

Styret fekk tilsendt 58 høyringar i 2022. Av desse vart 10 vurdert som relevante og besvart. Mellom anna gav styret eit grundig høyringssvar som innspel til Kvinnehelseutvalet og eit til dels kritisk høyringssvar til framlegg til ny jordmorutdanning.

Arbeidsgrupper oppretta av NGF

Arbeidsgruppe for informert samtykke i samband med operative forløysingar

Etter spørsmål frå medlemmer om dette problemet, sette styret ned ei arbeidsgruppe som først og fremst har fått i oppdrag å kome med framlegg til korleis ein kan betre informasjonen til gravide innanfor dagens rammer, og om dagens lovverk er uklart eller ikkje i samsvar med gjeldande praksis. Gruppen består av Solveig Bjellmo, Janne Rossen, Randi Mette Sygard Steen og Eirin Haugli Falch.

NGF sine faglege rettleiarar

I 2022 vart arbeidet med omlegging til guidelinemøte etter dansk modell starta, i tråd med generalforsamlinga sitt vedtak av 2021. Fyrste guidelinemøte i obstetikk vart halde på Losby i 2022 og vart svært godt evaluert. Erfaringane frå dette møtet vart brukt vidare i arbeidet med omlegging til guidelinemøte.

NGF-representantar nasjonalt og internasjonalt

NFOG: Ragnar Kvie Sande (NFOG board) og Solveig Bjellmo (scientific committee)
EBCOG: Yngvild Hannestad og Kirsten Hald (EBCOG council)
FHI: Solveig Bjellmo (Ocinor – auditgruppe). Ragnar Kvie Sande (retningslinjer for vaksinasjon av gravide). Kristine Amundsen (Kreftregisteret, gruppe for hjemmetest HPV)
HDIR – Ragnar Kvie Sande (Referansegruppe)
Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen)
Legeforeningen: Kirsten Hald (faglandsrådet)


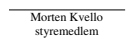
Media:

Styret har besvart tallause spørsmål frå media, dessverre mest merksemd på problem og tragedier, herunder ein fastlege i Trøndelag som har misbrukt stillinga si. Styret har imidlertid også klart å kome på banen i saker med meir positiv vinkling, til dømes om behandlingsetterslep etter covid.

Årsmøtet:

Årsmøtet vart halde i Kristiansand 26–28 oktober og vart svært godt besøkt. Fagleg og sosialt høgt nivå. Referat frå årsmøtet og generalforsamlinga fins i Gynekologen nr 4 2022.

Aktivetsregnskap				
Norsk Gynekologisk Forening				
	Note	2022	2021	
Anskaffede midler				
Kontingenter DNLF	2	1 390 352	1 421 225	
Tilskudd	2	0	211 404	
Sum anskaffede midler		1 390 352	1 632 628	
Aktivitet som oppfyller formålet				
Kursinntekter	3	1 173 910	931 900	
Sum aktivitet som oppfyller formålet		1 173 910	931 900	
Aktivitet som skaper inntekter				
Annonser	3	637 500	443 200	
Standleie	3	1 149 000	901 000	
Sum aktivitet som skaper inntekter		1 786 500	1 344 200	
Finansinntekter				
Finansinntekter	5	22 341	95 073	
Sum anskaffede midler		4 373 103	4 003 801	
Forbrukte midler				
Kostnader til formålet				
Produksjonskostnader tidsskrift		882 736	472 200	
Kurs og konferanser		1 974 805	1 874 718	
Internasjonalt arbeid		393 044	518 744	
Faglig arbeid		757 167	229 507	
Sum kostnader til formålet	4, 5, 6	4 007 752	3 095 170	
Administrasjonskostnader				
Administrasjonskostnader	4, 5, 6	604 157	536 926	
Sum forbrukte midler	5	4 611 908	3 632 096	
Årets aktivitetresultat		-238 805	371 706	
Overføringer til/fra formålkapital (egenkapitalen)				
Avsatt til/fra fri formålkapital		-238 805	371 706	
Sum overføringer	7	-238 805	371 706	

Balanse				
Norsk Gynekologisk Forening				
	Note	2022	2021	
Eiendeler				
Fordringer				
Kundefordringer		173 859	0	
Andre kortsiktige fordringer		0	122 921	
Sum fordringer		173 859	122 921	
Bankinnskudd, kontanter o.l.				
Sum omløpsmidler		4 442 821	4 046 797	
Sum eiendeler		4 616 680	4 169 718	
Formålkapital og gjeld				
Formålkapital				
Fri formålkapital	7	3 662 626	3 901 431	
Sum opptjent formålkapital		3 662 626	3 901 431	
Gjeld				
Kortsiktig gjeld				
Leverandørgjeld		514 001	66 734	
Skyldig offentlige avgifter		276 314	9 553	
Annen kortsiktig gjeld	8, 9	163 739	192 000	
Sum kortsiktig gjeld		954 054	268 287	
Sum formålkapital og gjeld		4 616 680	4 169 718	
Oslo, 06.09.2023				
Styret i Norsk Gynekologisk Forening				
	Ragnar Kvie Sande	Yngvild Skåtun Hannestad	Kirsten Hald	
	styreleder	styremedlem	nestleder	
	Morten Kvello	Kristine Amundsen	Solveig Bjellmo	
	styremedlem	styremedlem	styremedlem	

Årsrapport 2022

FUGO

Generelt

Det blei avhaldt 6 styremøter, kvarav eitt var digitalt og eitt var i samband med generalforsamlinga dagen før årsmøtet til NGF. Referater frå styremøtene er publiserte på nettsidene våre. Øystein Bergøy (leiar) har delteke på eitt digitalt kveldsmøte i Fuxx-forumet. Dette er eit forum der ulike foreningar for utdanningskandidatar (Fuxxar) utveksler idear og løysingar til felles problem. Eit veldig konkret gode FUGO har fått herfrå er at vårt FUGO-kurs fortsatt er godkjent for støtte frå Utdanningsfond III. Blant anna har det vore interesse frå våre systerorganisasjonar om korleis me organiserer våre kurs, våre kampanjar og korleis me når ut til medlemmane våre. Ein har inntrykk av at FUGO held eit høgt nivå når det gjeld arrangement, tilgang og forhold til moderorganisasjonen, og i kva grad medlemmene kjenner til arbeidet til styret. På Faglandsrådet til Legeföreningen 27.-29. april deltok Catrine Størksen på vegne av styret.

Valkomiteen for FUGO bestod av Hilde Sellevoll og Anders Einum. FUGO si webside har blitt drifta av tidlegare styremedlem Mathias Sonstad. Me har også ei velfungerande Facebook-gruppe med mykje aktivitet.

Generalforsamling

Generalforsamlinga blei arrangert 26. oktober på Hotell Caledonien i Kristiansand. Det var 32 deltakarar på møtet. Referat er publisert på FUGO sine nettsider. Før møtet haldt Lill Nyfløt eit føredrag om hennar erfaringar frå Leger utan grenser i Afghanistan. Styresamansettinga endra frå 6 medlemmer + ein vara til 7 medlemmer. Dette for å kunna auka aktiviteten til styret, ettersom me ser at denne har auka jamnt og trutt dei siste åra, og at styret ønsker å kunna engasjera seg meir. Ein vedtok også på generalforsamlinga å innføra direkteval på leiar. Kun styremedlemmer kan stilla som kandidat til leiar.

Økonomi

FUGO sitt arbeid finansierast av NGF med ein post på 120.000 kr i NGF sitt budsjett. Dette skal dekkja styremøter og anna relevant aktivitet i inn- og utland. Denne posten, som inntil 2022 hadde vore uendra over fleire år, blei auka frå 60000 til 120.000 kr etter eit vedtak av styret i NGF. Styret i FUGO får også redusert utgifter i samband med deltaking på årsmøtet til NGF, ettersom styret i NGF har vedteke at ein ikkje treng betala årsmøteavgift. Etersom FUGO-kurset før årsmøtet fortsatt blir dekkja av utdanningfond III, er utgiftene for å senda styremedlemmer til årsmøtet små. Samla sett har desse endringane gjort det mogleg for FUGO både å sikra oppretthalding av tidlegare aktivitet som kurs og kampanjer, men også å kunna auka engasjementet. Eit ønske om å vera eit bindeledd mellom våre medlemmer og Spesialitetskomiteen er eit eksempel på eit slikt langsiktig mål.

Totalt brukte FUGO 87828 kr i 2022. Dei resterande 32172 kr frå NGF-overføringa tilbakefalt til NGF. 64141 kr blei brukt til møteverksemd. Dette inkluderer årsmøtet til NGF og FUGO si

generalforsamling. 13687 kr gjekk med til ENTOG-aktiviteter. Kampanjen fekk 10000 kr.

ENTOG

I år var Norge vertskap for ENTOG-utvekslinga. Dette utgjorde ein stor del av styrets arbeid i 2022. Dette innebar blant anna å skaffa utplasseringsplassar til alle dei 47 deltakarane, og arrangera sosialt og fagleg opplegg til ENTOG si generalforsamling og scientific meeting som blei avhaldt 16. september på Legenes Hus i Oslo. Temaet for den faglege delen av møtet var forløyising ved seteie. Blant førelesarane var EBCOG-president Frank Louwen. Me har inntrykk av at dette var av stor interesse for våre europeiske kolleger. Ein rapport blei publisert i Gynekologen nr 4 2022.

NFYOG

Det blei arrangert to styremøter i 2022, eit i København og eit i Stockholm. Aktiviteten til NFYOG tok seg opp i 2022, etter å ha vore stille siden starten av pandemien. Ein har oppretta instagram-profil, starta planlegging av webinar om kjønnslemlesting som blei avhaldt mars 2023, og planla NFYOG-workshop om obstetriske sfinkterruptur som blei avhaldt på NFOG-konferansen i Trondheim i 2023.

«Trygge hender»-kampanjen

Kampanjen blei lansert under middagen på årsmøtet til NGF. Tilbakemeldingane på kampanjen har vore svært gode. Det meste av arbeidet har blitt gjort av arbeidsgruppa til kampanjen under leiinga av styremedlem Aslak Vimme Solhoff.

FUGO-kurset

Årets FUGO-kurs blei som vanleg arrangert dagen før NGF sitt årsmøtet. Dette er eit viktig tiltak for at LIS skal kunna delta på årsmøtet, ettersom reise og deler av opphaldet då dekkast gjennom utdanningfond III. Temaet var gynekologisk endokrinologi. Tilbakemeldingane i evalueringa var generelt svært gode. Kurset opplevast fortsatt som nyttig for LIS. Det er ytra ønske om prioritering av LIS til kursa, og dette arbeider styret med.

Utdanningsprisen 2022

Utdanningsprisen er ei vidareføring av eit arbeid som spesialistkomiteen gjorde før me overtok ansvaret. I ein spørjeundersøking sendt ut til alle LIS blei medlemmane våre sine opplevingar av utdanninga ved si avdeling evaluert. Funna blei publisert i Gynekologen nr 3 2022. Dette er obligatorisk lesing for avdelingsleiarar og andre med utdanningsansvar. Vinnaren i år var Skien.

Ymse

Styret har bidrege med fleire artiklar og ulikt materiale til Gynekologen. FUGO har ein database med ulike artiklar, podcastar o.l. som heiter FUGOteket.

Årsrapport 2022 Spesialitetskomiteen

Medlemmer i spesialitetskomiteen i 2022:

Christine Hancke
Renate Torstensen
Jette Stær-Jensen
Mari Bunkholt Elstrand
Nora Johansen
Alexander Vietheer
Kristine Heien Hansen
Ragnhild Lindelien Schwartz

I 2022 var vi på tre klinikkbesøk. Vi besøkte Ålesund, Lillehammer og UNN Tromsø. Alle stedene ble vi godt

tatt imot av godt forberedte utdanningsklinikker. Det er fint å se at det formelle med ny ordning er på plass. Nå blir det spennende videre å se at planene lar seg gjennomføre på en god måte i praksis.

Komiteen hadde forøvrig fire møter. Arbeidet i 2022 var først og fremst gjennomgang og vurderinger av utdanningsinstitusjoner og ferdigstilling av kurskatalogen. Dette er arbeid som går frem og tilbake mellom Legeforeningen med Spesialitetskomiteen og HDir, noe som gjør at det tar tid. Men vi håper dette vil bli sluttført i løpet av 2023.

Årsrapport 2022 Kvalitetsutvalget

Medlemmer av Kvalitetsutvalget: Pernille Schjøsby, Trond Michelsen, Ingrid Volløyhaug, Tone Skeie Jensen, Anne Cecilie Hallquist

Kvalitetsutvalget har ikke hatt noen møter i året som har gått (september 2022 – september 2023). Kontakt har foregått per e-post.

Tre saker er behandlet:

1. Nye retningslinjer for veilederarbeidet. Kvalitetsutvalget mottok innspill fra redaksjonene i henholdsvis gynekologisk

og obstetrisk veileder og meldte inn et forslag til retningslinjer for veilederarbeidet til styret i NGF.

2. Kvalitetsutvalget er forelagt evalueringen fra pilot for gyn-veiledermøte og har ingen kommentarer.
3. Kvalitetsutvalget har kommet med forslag til nye redaksjonsmedlemmer i gyn-veilederredaksjonen.

Lørenskog 08.09.2023

Pernille Schjøsby

Leder av NGFs kvalitetsutvalg

Årsrapport 2022 NFOG fund and scientific committee

NFOGs vitenskapelige komité består av ett medlem fra hvert nordiske land. Komiteen har bestått av leder Terhi Piltonen fra Finland, Niels Klarskov fra Danmark, Johanna Gunnardsdottir fra Island, Ann Josefsson fra Sverige og Solveig Bjellmo fra Norge.

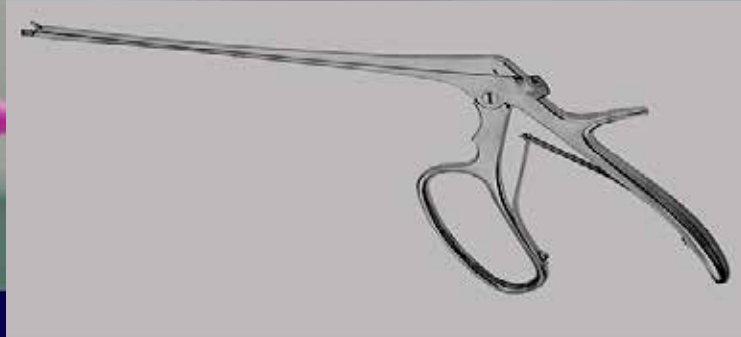
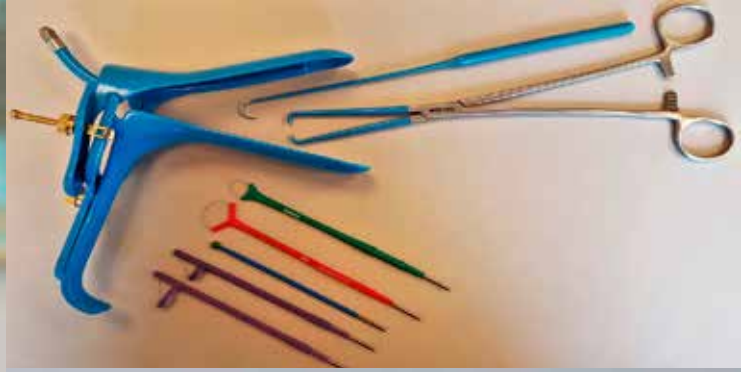
Komiteen har i år som tidligere vurdert innsendte søknader til NFOGs fond, og det har vært en betydelig økning i antall søknader etter 2021. I oktober 2022 fikk 14 av 16 søknader midler mens tallet i mars 2023 var 27 av 30 søknader. Komiteen har jobbet med å redigere teksten for kriteriene for å søke midler. Fristen er fortsatt 1. mars og 1. oktober, og man finner oppdatert

liste for søknadskriterier på NFOG sine hjemmesider. I tillegg til flere digitale møter var hele komiteen samlet i Oslo i mars 2023 hvor rundt 200 abstrakt fra hele Norden ble vurdert for NFOGs møte i Trondheim i august. Det ble to dager med mye arbeid, men godt samarbeid og godt humør gjorde at vi kom i mål. Heldigvis hadde vi god hjelp fra fagfolk fra hele Norden som hadde vært med å vurdere mange av abstraktene på forhånd. Hele komiteen var også svært delaktige på NFOG-møtet i Trondheim i vurdering av abstrakt og poster, i tillegg til å være moderatorer på flere sesjoner.



Danish midwife and inventor, Malene Hegenberger

Hegenberger Retractoren optimaliserer behandlingen etter fødsel



Vakuum sugeskopper nå på avtale i Helse SørØst og i Helse Midt



Type B

medero
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71
epost: ordre@medero.no
www.medero.no



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

VEDTATT INNFØRT I BESLUTNINGSFORUM



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

Innført av Beslutningsforum den 22. oktober 2021

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

VIKTIG INFORMASJON¹:

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

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

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

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

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

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

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

Refusjon: **1 H-resept: L01X X46_14 Olaparib Refusjonsberettiget bruk:** Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føring 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

Årsmelding 2022

Nordisk foreining for gynekologi og obstetikk (NFOG)

Styret i NFOG for 2022:

President: Oskari Heikinheimo (Fin).
Board: Annemette W Lykkebo (Dan), Adalbjørg Bjørgvinsdottir (Isl), Michael Algovik (Sve), Ragnar Kvie Sande (Nor), Hannele Laivuori (Fin).
Kasserar: Kristina Renault (Dan).
Generalsekretær: Sebastian Gidløf (Sve).

Det vart halde to styremøte i NFOG 2022; eit i Trondheim 24.-25. mars og eit i København 24.-25. oktober.

Økonomi:

NFOG har ein god økonomi og årlege overskot. Inntektene er i form av kontingent frå medlemslanda og frå drifta av Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. Overskotet frå foreiniga går inn i NFOG fund som deler ut stipend til medlemmene.

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica:

Det er NFOG som eig Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. Sjefsredaktør er Ganesh Acharya (Noreg/Sverige).

Han har gjeve uttrykk for ønske om avløyning, og rekrutteringsprosessen for ny sjefsredaktør er planlagt å starte i 2023. AOGS gjekk over til full open access i juli 2021 etter at kontrakten med forlaget Wiley var ferdigforhandla og underskriven i februar 2021. Dette har ført til ein reduksjon i inntekter og impact faktor for AOGS i 2022.

NFOGs komitéar

NFYOG: Arushma Imran Naqash (Danmark) leia den nordiske foreininga for utdanningskandidatar innan gynekologi/obstetikk.

NFOG fonds- og vitenskapleg komité: Leiar: Inger Sundstrøm Poromaa. Komiteen vurderer søknader til NFOG sitt fond. Søknader må sendast elektronisk, og lenke til skjema finst på NFOGs nettside saman med søknadskriteria. Søknadsfristen er 1. mars og 1. oktober kvart år.

NFOG e-Textbook komité: Komiteen består av redaktørane for læreboka og blir leia av Niels Ulbjerg. Komiteen har ansvaret for at det blir utført revideringar og oppdateringar når det er behov for det.

Årsrapport 2022

Norsk urogynekologisk faggruppe

Norsk urogynekologisk faggruppe Mandat:

- Fremme kompetanse om urogynekologi blant norske gynekologer
- Ansvarlig for NUGG-formøtet til årsmøtet i NGF
- Samarbeide med nasjonale og internasjonale foreningar
- Være rådgiver for høringsuttalelser for norsk gynekologisk forening
- Arrangere møter/kurs om urogynekologi
- Ansvarlig for aktuelle kapitler i veileder
- Være referansegruppe for NGF

Medlemmer Norsk urogynekologisk faggruppe:

Cathrine Reimers, OUS Ullevål (Leder, har PhD) fra 03.02.21
Kristine Amundsen, UNN fra 03.02.21
Maria Nyhus, St Olav fra 03.02.21
Siri Tuft Isdahl, Haukeland sh (LIS-representant) fra des 2022
Mariann Eidet, Sørlandet sh Kristiansand fra 03.02.21
Siv Svennevik Myhr, SIV Tønsberg fra 03.02.21
Kjersti Rimstad, AHUS fra 03.02.21

Norsk urogynekologisk faggruppe virksomhet og saker i 2022:

- Det har vært gjennomført ca. 3 zoom-møter og ett fysisk møte i løpet av året.
- Planlegging og gjennomføring av NUGG-formøtet v Årsmøtet i Kristiansand okt 2022: Hovedtema var: Presentasjon av Bekkensenteret på AHUS og av nettlæringskurs om utredning og behandling av bekkenbunnsdysfunksjon fra NKIB, UNN. Deretter om bruk av 2D Ultralyd for å lokalisere TVT bånd og for å diagnostisere bakre compartment prolaps og sfincterskader. Til sist komplikasjonskvarter med kasuistikker.
- Forberede FUGO-kurs for LIS i urogynekologi til årsmøtet i Haugesund 2023
- I tillegg diskuteres faglig innhold i andre kommende møter.
- NUGG har ikke vært brukt som høringsorgan for NGF i året som har gått.

Årsrapport 2022

Endoskopiutvalget

Endoskopiutvalget bestod i første halvdel av 2022 av følgende personer:

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

På NGFs årsmøtet i Kristiansand, 26-28 okt. 2022 ble det avholdt nytt valg. Det nye styret er valgt for to år og består av:

Jenny Alvirovic (leder), Oslo Universitetssykehus
 Kristine Aas-Eng, Oslo Universitetssykehus
 Renate Torstensen, Bodø universitetssykehus
 Øystein Helland, Haukeland Universitetssykehus
 Tonje Bohlin, Sykehuset Vestfold Tønsberg
 Are Larsen, FUGO representant, Sykehuset i Telemark Skien

Endoskopiutvalget har som mandat å fremme endoskopisk kompetanse blant norske gynekologer.

- Medarrangør av kurs i gynekologisk endoskopi
- Være en pådriver for registrering i Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER)
- Være rådgiver i høringsuttalelser for Norsk gynekologisk forening
- Anbefale trening og simulatoropplegg i endoskopiske teknikker
- Samarbeide med nasjonale og internasjonale foreninger (FUGO, ESGE, Nordic Society of Gynaecological Endoscopy NSGE, AAGL, EEL)

Facebookgruppe: «Norsk gynekologisk endoskopigruppe»

Åpen tilgang for alle kollegaer, teller i dag 187 medlemmer. Interessante linker til web-seminar kan legges inn, ulike problemstillinger innen det endoskopiske fagfeltet, nyttige beskjeder og oppdateringer kan postes her.

Formøte:

Vi har etter hvert etablert en fin tradisjon med formøter i forbindelse med NGFs årsmøte. Disse møtene har vært godt besøkt og holdt en høy faglig standard. I 2022 inneholdt møtet følgende program:

- 17.30 – 18.10 Robot-assisted myomectomy,
Gaby Moawad (Video-forelesning)
- 18.10 – 18.25 Physician burnout, Gaby Moawad
(Video-forelesning)
- 18.25 – 18.50 Stå støtt som gynekolog - hvordan du kan
bruke mental trening til å oppleve mer mestring,
Marianne Omtvedt, mentaltrener og legespesialist
i gynekologi

Møtet var godt besøkt og ble avrundet med en fin faglig debatt. Det ble i tillegg avholdt valg av nye styremedlemmer, og Anne Veddeng og Guri Majak gikk ut av styret etter mange års innsats.

Kurs holdt i 2022:

Gynekologisk kirurgi trinn I

Kurset ble arrangert i mai og september 2022 som følge av stor interesse og mange LiS på venteliste etter første kurs. Totalt 56 LiS gjennomførte kurset i 2022. Kurset er et tredagers kurs i gynekologisk kirurgi på Oslo universitetssykehus Ullevål /Ullevål stadion.

Dag 1 og 3 består av foredrag og video, mens dag 2 er stasjonstrening med 7 ulike øvelser, bl.a laparoskopi, hysteroskopi, gjennomgang av kirurgiske instrumenter og laparotomibrikke, fasciesutur og energi og diatermiformer m.m. Kurset har siden oppstart fått svært gode tilbakemeldinger fra LiS og skal fra 2024 arrangeres fast to ganger i året.

Gynekologisk kirurgi trinn II

Kurset ble i 2022 utvidet fra to til tre dager, og avholdt i november. Det førte til at vi kunne implementere mer undervisning om utredning og kirurgisk behandling av endometriose, samt live-overføring av robot-endometriosekirurgi. Deltagerantallet var redusert fra 25 til 16 grunnet mye praktisk trening og bønn om mer en-til en instruksjon fra kursdeltagerne i 2021. Kurset var fullbooket, men ved kursstart møtte bare 11 deltagere. Det endte opp med 12 leger som gjennomførte kurset og fullførte eksamen. Deltagerne gav topp score i sin evaluering av kurset, dog etterlyste de mer praktisk trening på levende anestisert gris.

Styremøter:

I første halvdel av 2022 ble det avholdt to digitale styremøter som gikk med til å fastsette programmet på endoskopiformøtet og et møte i forbindelse med med årsmøte i Kristiansand i oktober 2022 der det nye styre ble valgt.

Oslo og Bergen september 2023
 Jenny Alvirovic og Anne Veddeng
 leder og tidligere leder av NGFs endoskopiutvalg

Årsrapport 2022

Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER)

Det har vært en klar målsetning for Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER) å øke dekningsgraden de senere årene. Dette for at registeret skal fylle den funksjonen det er tiltenkt som et redskap for å sikre kvalitet og fagutvikling, samt styrke forskning og ressursplanlegging i helsevesenet. Den sterke positive utviklingen i dekningsgraden de senere årene har derfor vært meget gledelig for hele fagmiljøet. I 2022 er dekningsgraden forventet å ligge på 75%. Med innføring av samtykkefritak for registrering i 2023 er det håp om at neste år kan bli første gang dekningsgraden kommer over 80%.

Registeret har i 2023 gjort en reliabilitetsanalyse. Resultatene viser jevnt over en tilfredsstillende presisjon ved dataregistreringen i NGER, men analysen viser at diagnosekoder og prosedyrekoder er de variablene med størst variasjon i registreringspraksisen. Videre er operasjonstid og bruken av uterusmanipulator de variablene med mest sprikende registrering. Hele prosjektrapporten kan dere finne på registerets nettside siv.no/NGER.

Resultater

Resultatene i årets rapport viser jevnt over god kvalitet på den gynekologiske kirurgien som utføres. Som tidligere er det de postoperative infeksjonene etter hysterektomi som er den vanligste komplikasjonen. Vi ser at det er noen sykehus med et høyt antall utførte inngrep som har en høy postoperativ infeksjonsrate etter hysterektomi. Dette skiller seg litt fra de øvrige tendensene der det ofte er en sammenheng mellom få utførte prosedyrer og en høy forekomst av komplikasjoner.

Kvalitetsforbedring

NGER skal overvåke hvorvidt det er sykehus som har høy komplikasjonsrate relatert til sin gynekologiske endoskopiske kirurgi. Registeret kontakter sykehus som har en høy forekomst av komplikasjoner og gjør dem oppmerksomme på det aktuelle. Det er derfor gledelig å se at sykehus har klart å forbedre sine resultater etter at registeret har informert dem om konkrete avvikende resultater fra tidligere år.

Pågående vitenskapelig arbeid

Registeret leverer ut data til flere pågående forskningsprosjekter. Det vil derfor i løpet av de kommende årene bli publisert flere forskningsarbeider som benytter data fra NGER. Registeret, og fagmiljøet generelt, setter pris på det systematiske arbeidet som har vært utført de siste årene for å øke dekningsgraden, og dette

er medvirkende til en økt bruk av data fra NGER i vitenskapelige arbeider. NGER vil derfor igjen takke alle som bidrar til registrering av gynekologisk endoskopisk kirurgi i registeret.

Forbedringer av registerløsningen

NGER ble 1. november 2022 et reservasjonsregister med mulighet for reservasjon via Helsenorge. Det betyr at sykehusene ikke trenger å innhente samtykke før registrering.

Registeret planlegger en betydelig endring av variabler. Registerets fagråd har sammen gått igjennom alle variabler med den ambisjon å avklare uklarheter og redusere antall unødvendige variabler. Dette for å sikre så gode og nøyaktige data som mulig i registeret. Det er også viktig å oppdatere variablene i forhold til det som er dagens bilde innen det gynekologiske kirurgiske arbeidet. Ny versjon av NGER vil være på plass høsten 2023.

Fagråd

Registerets fagrådsmedlem Risa Lonne-Hoffmann, St. Olavs hospital, har i 2022 gitt sin plass i fagrådet som representant for Helse Midt HR til Elisabeth Haugen, Ålesund sykehus. Risa har med sin innsats for Norsk gynekologisk endoskopiregister bidratt til at registeret har fått et sterkt fotfeste i fagmiljøet ved Helse Midt, og har stimulert til bruk av registerdata både ved St. Olavs Hospital og gjennom sin stilling ved NTNU. Norsk gynekologisk endoskopiregister ønsker å takke Risa for sin betydelige innsats og engasjement i registeret siden 2017.

Elisabeth Haugen ble foreslått av Norsk gynekologisk forening som nytt fagrådsmedlem fra Helse Midt HR. Elisabeth har de siste årene vært registerets kontaktperson ved Ålesund sykehus, og har på den måten god kjennskap til registeret. Norsk gynekologisk endoskopiregister ønsker Elisabeth velkommen, og ser frem til godt samarbeid.

Helse Nord og leder for fagråd: Stine Andreassen, Nordlandssykehuset Bodø.

Helse Vest: Klaus Audun Oddenes, Haugesund Sykehus

Helse Sør øst: Thomas Fredrik Thaulow, Oslo universitetssykehus Ullevål

Helse Midt: Elisabeth Haugen, Ålesund sykehus

Brukerrepresentant: Elisabeth Raasholm Larby, styreleder Endometrioseforeningen

Årsrapport 2022

Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

NFGO er et faglig forum der man har som hovedoppgave å diskutere og å utarbeide faglige retningslinjer nedfelt i det nasjonale handlingsprogrammet for gynekologisk kreft, og som publiseres av Helsedirektoratet. Dette er et svært krevende arbeid utført av kollegiet innen gynekologisk kreft, under ledelse av Elisabeth Berge Nilsen.

Det er viktig at det foregår en kontinuerlig revisjon av retningslinjene, og at man fortløpende reviderer enkeltkapitler. Dette for å kunne publisere nye behandlingsmuligheter i det nasjonale handlingsprogrammet når disse introduseres. NFGO legger opp til to årlige web-baserte møter der alle som ønsker dette kan delta i diskusjonen rundt revisjon av retningslinjene.

Styret i NFGO har som siktemål at man gjennom jevnlig møter diskuterer nye behandlingsmuligheter, og således bidra til nasjonal enighet innen fagområdet gynekologisk kreft. Dette er selvsagt av stor betydning for å sikre at pasientene får tilbud om lik behandling uavhengig av bosted.

Av spesielt stor betydning i planleggingen av styrets arbeid er det årlige arbeidsmøtet der man diskuterer fokusområder for det innværende året samt en mer langsiktig strategi for NFGO.

I 2022 gjennomførte styret 4 møter, samt generalforsamling avholdt i forbindelse med Onkologisk Forum. Videre avholdt

styret det årlige formøtet til årsmøtet i NGF, samt faggruppemøtet i forbindelse med Onkologisk Forum. Dette er viktige nasjonale møter som bidrar til faglig oppdatering og diskusjon blant kolleger som arbeider med pasienter med gynekologisk kreft.

Fagmiljøet som utelukkende arbeider med gynekologisk kreft er lite, men de fleste gynekologiske avdelinger vil ha befatning med denne pasientgruppen. Det er et overordnet mål for NFGO at alle avdelinger skal ha leger spesielt dedikerte til denne pasientgruppen.

NFGO har gjennom 2022 fortsatt arbeidet rundt faglige retningslinjer nedfelt i handlingsprogrammet. Videre har man hatt fokus på organiseringen av utredning og behandling innenfor de enkelte helseforetakene. Det er besluttet en nasjonal registerstudie i regi av NFGO der man gjennomgår behandling og overlevelse av ovarialcancer i de fire helseregionene.

Videre har man hatt et økt fokus på internundervisningen i den enkelte region og at dette i større grad skal komme hele regionen til gode. Behandling av pasienter med gynekologisk kreft har de siste årene økt i kompleksitet med innføring av nye behandlingsmetoder som krever økt kunnskap hos alle.

Årsrapport 2022

Referansegruppe for fødselsovervåking

Mandat:

Bidra til kollegial læring og forbedring mht. bruk av CTG/STAN/skalpblodprøver nasjonalt. Dette innebærer at kollegaer kan sende registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og tilbakemelding. Gruppen er ikke et sakkyndig organ, som betyr at vurderinger og tilbakemeldinger ikke skal brukes som en del av pasientens journal.

Gruppen er også ansvarlig for planleggingen av det årlige, nasjonale erfaringsmøtet som avholdes for jordmødre og leger som bruker CTG/STAN/skalpblodprøve-overvåking under fødsel. Gruppen planlegger disse møtene i samarbeid med den lokale gruppen i vertsbyen.

Gruppens sammensetning

Branka M. Yli, lege, PhD, OUS (leder)
Jørg Kessler, lege, PhD, Haukeland universitetssykehus
Johanne Kolvik Iversen, lege, OUS Ullevål
Heidi Overrein, lege, OUS Ullevål

Katrine S.Johannessen, jordmor, Haukland universitetssykehus, DNJ
Lillian Leirvik, jordmor, AHUS ; NSF

1. Nasjonalt erfaringsmøte

Etter to år med covid19-pandemi kunne vi holde erfaringsmøte. Det ble holdt 12.mai 2022 på Bærum sykehus. Over 100 deltagere var til stede, slik som det har vært tidligere år. Det ble holdt foredrag om forskjellige typer hypoksiutvikling og flere interessante kasus fra forskjellige sykehus i Norge ble presentert.

2. Møter

Gruppen har avholdt to møter i 2022. Det ble gitt skriftlig tilbakemelding på 5 forskjellige kasus.

På møtet i desember 2022 ble det sendt et svar til Helsedirektoratet ifht. fosterovervåking i den nye «faglige retningslinjen for fødselsomsorgen» som var ute til høring. På lang sikt ønsker vi å utvikle en standardisert elektronisk nasjonal opplæring i fosterovervåking.

I tillegg har referansegruppen oppdatert CTG og CTG/STAN kort-lommeveilederen. Det har kommet flere nye studier som viser hvordan lengden av økt variabilitet øker risikoen for hypoksi under fødsel. Ellers var det noen kommentarer knyttet til klinisk forståelse basert på vår kliniske erfaring og fysiologiske studier. Dette ble inkorporert i det nye veilederen.

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsbistand/fosterovervakning-under-fodsels-avnavling-og-syre-baseprover-fra-navlesnor/>

3. Kurs i fosterovervåking

Fra november 2023 blir det tre-dagers kurs i Fosterovervåking, og fra og med 2024 blir det obligatorisk for LIS. Inntil 2023 var deltagelsen valgfri.

Temaer det undervises i:

- Grunnleggende fysiologi

- Intrapartum CTG og fødselsfysiologi og patofysiologi
- Intrapartum CTG-klassifisering
- Antepartum CTG- klassifisering, korttidsvariabilitet
- Fosterets EKG fysiologi og tolkning
- Fosterarytmi og fosterets EKG
- CTG med skalpblodprøve
- Intrapartum feber og infeksjon - fosterovervåking
- Vurdering av barnet, tolkning/feilkilder av syre-base verdier
- Avnavlingsprosedyre - kort- og langtidseffekter
- Fødselens andre stadium - fosterovervåking
- Overvektige kvinner - fosterovervåking
- Diabetes - fosterovervåking
- Lite liv - fosterovervåking

På slutten av hver kursdag legges det fram en bolk med kasusgjennomgang

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

Norsk kvinnelig inkontinens register inviterer leger, uroterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter og sekretærer som er interessert i utredning og behandling av urininkontinens til



Norsk kvinnelig inkontinensforum
Fredag 10. november 2023 Oslo universitetssykehus, Ullevål
Rødt Auditorium, Patologibygget

Møteleder Sissel Oversand

- | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------|
| 10.45 | NKIR 25 år: Rune Svenningsen ønsker velkommen | |
| 10.50 | Betydning av kvalitetsregistre for kvaliteten i helsetjenesten | Bjørn Guldvog |
| 11.20 | TVT etter 10 og 20 år: Langtidsresultater, tilfredshet og smerteforekomst | Berit Rein Solhaug |
| 11.40 | Langvarig smerte etter syntetisk slyngkirurgi-kvalitetsforbedringsprosjekt | Sissel Oversand |
| 12.00 | Kaffepause | |
| 12.15 | Hva skjer med smerte og inkontinens når hele TVT-båndet fjernes på smerteindikasjon? | Rune Svenningsen |
| 12.30 | Når er sfinkterprotese et alternativ hos kvinner? | Ole Jacob Nilsen |
| 12.55 | Urethral urgency- finnes det og hvordan behandle? | To be decided |
| 13.15 | Produktinformasjon fra Axonics Women's Health | Paul Scard |
| 13.20 | Produktinformasjon fra Astellas | Tim Wilhelmsen |
| 13.25 | Produktinformasjon fra Allergan an AbbVie Company | Sissel Remmen |
| 13.30 | Lunch | |
| <i>Møteleder Anita Vanvik</i> | | |
| 14.30 | Internett basert behandling av stressinkontinens | Malin Sjöström |
| 15.00 | Urodynamisk utredning, forenklet NKIR- utredning med diskusjon og kasustikker
Uroterapeut + lege | Anita Vanvik/Maria Nyhus |
| 16.00 | Kaffepause med 25 års Jubileumskake | |
| <i>Møteleder Ingrid Volløyhaug</i> | | |
| 16.15 | Hvordan benytte Faglig rapport til lokal kvalitetsforbedring | Sissel Oversand |
| 16.30 | NKIR satningsområde 2024 | Tomislav Dimoski |
| 16.50 | Møteslutt | |

Bindende påmelding med navn, e-post og profesjon på deltagerne skjer til Nina Malme Gulbrandsen, Kvinneklubben, OUS uxgnin@ous-hf.no evt tlf: 22118494 **Frist: 16.10.22**

DOES THE ESTROGEN MATTER?



▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking.

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 placebotablettene. For mer informasjon om endring/utsettelse av menstruasjon, se pakningsvedlegg/SPC. **Glemte tabletter/Gastrointestinale forstyrrelser:** Hvis tablett tas >24 timer for sent, eller ved oppkast og diaré innen 3-4 timer etter tablettinntak, kan prevensjonseffekten være redusert og forholdsregler anbefalt ved glemte 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 antikoagulanter) eller tidligere (f.eks. dyp venetrombose eller lungeemboli) VTE; kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for VTE, f.eks. APC-resistens (inkl. faktor V Leiden), antitrombin III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel; større kirurgisk inngrep med forlenget immobilisering; høy risiko for VTE pga. tilstedeværelse av flere risikofaktorer. **Tilstedeværelse av eller risiko for arteriell tromboembolisme (ATE):** Nåværende/tidligere ATE (f.eks. hjerteinfarkt) eller prodromal tilstand (f.eks. angina pectoris); cerebrovaskulær sykdom - nåværende/tidligere slag eller prodromal tilstand (f.eks. TIA); kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for ATE, f.eks. hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer; tidligere migrene 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 ondartede). **Kjente eller mistenkte maligniteter** som påvirkes av kjønnshormoner, f.eks. i genitalier eller bryster. **Udiagnostisert vaginal blødning.** **Overfølsomhet** for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling startes må en komplett medisinsk historikk innhentes og graviditet utelukkes. **Blodtrykket** bør måles, og en fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og advarsler. **Kvinnen** må gjøres oppmerksom på informasjonen om VTE og ATE, inkl. risiko ved Drovelis sammenlignet med andre CHC, symptomer på VTE og ATE, kjente risikofaktorer og tiltak ved mistanke om trombose. **Kvinnen** bør oppfordres til å lese pakningsvedlegget grundig og følge rådene som gis. **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 østrogener, men forsiktighet bør likevel utvises ved samtidig bruk. **Drospirenon** er en aldosteronantagonist med kaliumsparende egenskaper. **Økte kaliumnivåer** forventes ikke, men ved nedsatt nyrefunksjon og serumkalium i øvre referanseområde før behandlingsstart, anbefales det å sjekke serumkalium i løpet av 1. behandlingssyklus, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende midler. **Kvinner** med hypertriglyseridemi eller en familiehistorikk med dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. **Gulsott** og/eller kløe relatert til kolestase, gallestein, porfyri, SLE, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis og otosklerose relatert hørselstap er sett, eller forverring av dette. **Ved arvelig angioødem** kan eksogene østrogener induisere eller forverre symptomer på angioødem. **Ved akutte eller kroniske forstyrrelser i leverfunksjonen,** kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markene 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 ulcers kolitt er sett ved bruk av CHC. **Depresjon** er en risikofaktor for selvmordsrelatert atferd og selvmord. **Kvinner** skal rådes til å kontakte lege ved humørendringer og depressive symptomer, inkl. kort tid etter behandlingsoppstart. **Kloasma** kan oppstå, spesielt hos kvinner med graviditetskloasma i anamnesen. **Kvinner** med tendens til kloasma skal unngå eksponering for sol eller ultrafiolette stråler. **Uregelmessig blødning** kan oppstå, spesielt de første månedene med bruk. **Hvis blødningsforstyrrelser** vedvarer eller oppstår etter tidligere regelmessige sykkluser, må ikke-hormonelle årsaker vurderes. **Se SPC** for ytterligere informasjon. **Bruk** av prevensjonssteroider kan påvirke resultatene av visse laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre på lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjon, plasmanivået av transportproteiner, parametre på karbohydratmetabolisme og parametre på koagulasjon og fibrinolyse. **Drospirenon** forårsaker en endring i plasmareninaktivitet og plasmaaldosteron fremkalt av mild antimineralokortikoid aktivitet. **Inneholder laktose** og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no. **Se også** preparatomtalen for legemidler som skal gis samtidig. **Bruk** sammen med enzyminduserende legemidler kan gi gjennombruddsblødninger og/eller nedsatt prevensjonseffekt. **Ved korttidsbehandling** med enzyminduserende legemidler bør en barrieremetode eller annen prevensjon benyttes i tillegg under behandling og i 28 dager etter seponering. **Ved langtidsbehandling** med enzyminduserende legemidler bør annen ikke-hormonell prevensjon benyttes. **Graviditet og amning:** Seponeres hvis graviditet oppstår. **Bør** ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er stemningslidelser og -forstyrrelser, libidoforstyrrelser, hodepine, magesmerter, kvalme, akne, brystsmarter, metroragi, vaginal blødning, dysmenoré, menoragi, og vekstfluktusjon. **Overdosering:** Det er så langt ingen erfaring med overdosering av Drovelis. **Pakninger, priser og refusjon (pr. 01.02.2022):** 3 x 28 stk. kr. 350,60 (priser angitt som AUP). **Refusjon:** Refusjonsvedtak påventes. **Blå resept:** Nei. **Byttbar:** Nei. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 30.03.2023. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc. Gyomrói út 19-21, 1103 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, 5tr, 111 23 Stockholm, Sverige. **Telefon:** 00 47 21 03 33 90, **E-post:** medinfo.no@gedeonrichter.eu. **Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no. Sist endret:** 30.03.2023



GEDEON RICHTER

Barnhusgatan 22, 111 23 Stockholm, Sweden. T: +46 8 611 24 00.

DRO-Aug23-Nordic-23229-1



OVERAKTIV BLÆRE?



”På restaurant ber jeg alltid om å få et bord i nærheten av toalettet”

**LES MER OM SYMPTOMENE PÅ OVERAKTIV BLÆRE
og ta testen vår**

BLÆREN.NO

