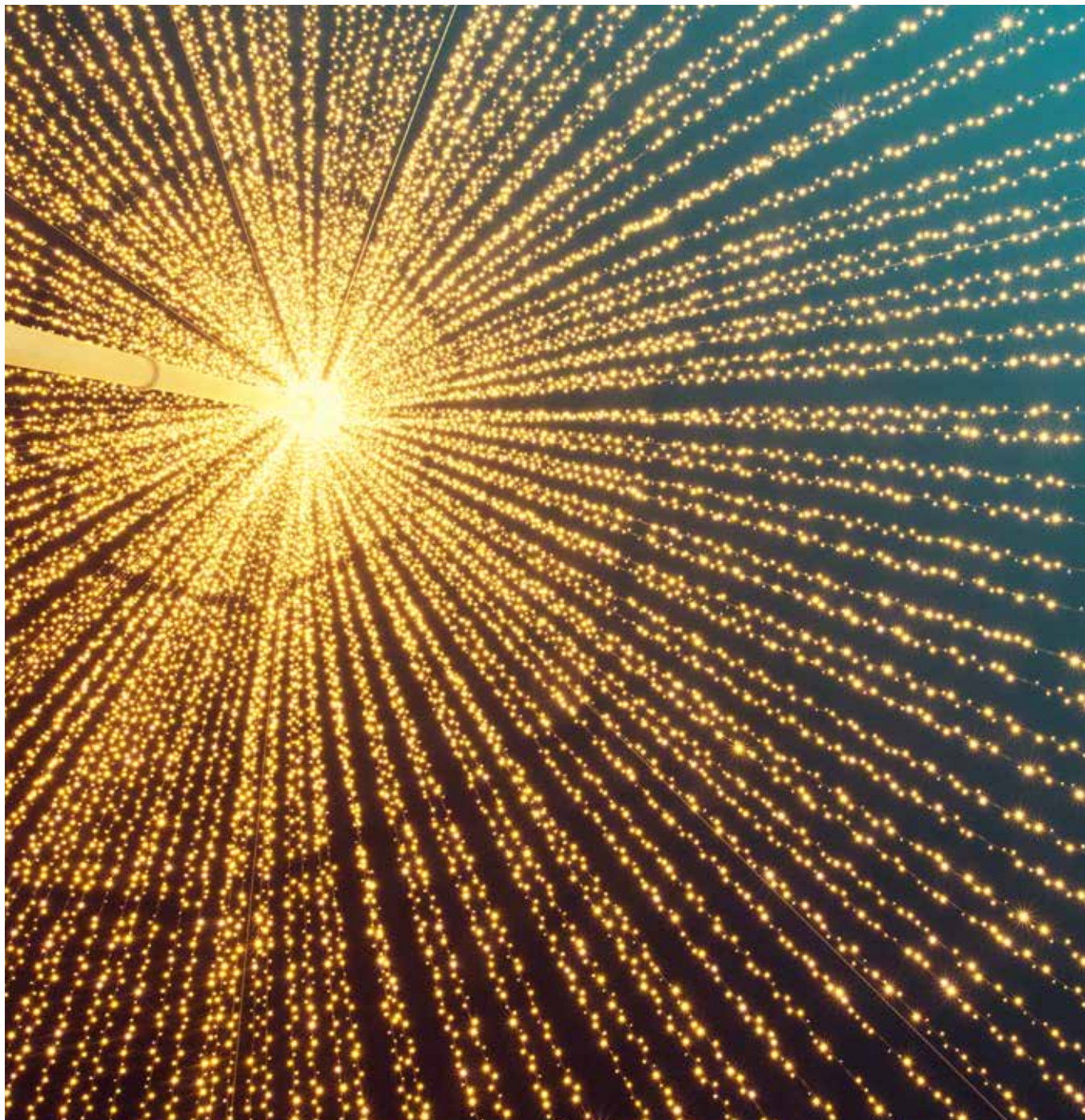


# Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening 4 • 2023



**Bergen Birth Study: Instrumentell vaginal forløsning i moderne obstetikk – hva vet vi og hvor går veien videre?** s. 17

**SAINT-studien – Vil gjøre igangsatte fødsler tryggere** s. 20

**Referat fra Årsmøtet 2023** s. 28

**Kristian Brandt - Ledende gynekolog tidlig på 1900-tallet, men hvem var han?** s. 46



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

# JEMPERLI

dostarlimab

**Jemperli i monoterapi er godkjent i Beslutningsforum til voksne med tilbakevendende eller fremskreden dMMR/MSI-H endometriekreft (EC) som har utviklet seg under eller etter tidligere behandling med et platinaholdig regime.<sup>1,2</sup>**

**Jemperli har indikasjon i monoterapi for behandling av voksne med tilbakevendende eller fremskreden dMMR (mismatch repair deficient)/MSI-H (microsatellite instability high) endometriekreft (EC) som har utviklet seg under eller etter tidligere behandling med et platinaholdig regime.<sup>1</sup>**

## UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

**KONTRAINDIKASJONER:** Amming.

### FORSIKTIGHET UTVISES VED:

- **Immunrelaterte bivirkninger** som: pneumonitt, kolitt, hepatitt, endokrine sykdommer som hypotyreose, hypertyreose, tyreoiditt, hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose og binyresvikt, nefritt, utslett som pemfigoid, eksfolierende dermatologiske lidelser, artralgi, myositt, myokarditt, encefalitt, demyeliniserende nevropati (inkludert Guillain Barré-syndrom), sarkoidose, autoimmun hemolytisk anemi, pankreatitt, iridocyklitt, uveitt, infusjonsrelaterte reaksjoner. Immunrelaterte bivirkninger oppstår vanligvis under behandling, men symptomer kan også dukke opp etter at behandlingen er seponert. Immunrelaterte bivirkninger kan oppstå i ethvert organ eller vev og kan påvirke mer enn ett av kroppens systemer samtidig.
- Pasienter skal overvåkes for symptomer og tegn på immunrelaterte bivirkninger. Kliniske kjemiske verdier, blant annet fra levertester og tester av skjoldbruskkjertelens funksjon, skal vurderes ved baseline og med jevne mellomrom under behandling. Ved mistanke om immunrelaterte bivirkninger skal adekvat vurdering foretas, herunder konsultering med spesialist. Se preparatomtalen for håndtering av immunrelaterte bivirkninger.

- **Pasientkort:** Alle som forskriver JEMPERLI, skal informere pasientene om pasientkortet og forklare hva de skal gjøre hvis de opplever symptomer på immunrelaterte bivirkninger. Legen gir pasientkortet til hver pasient.
- **Transplantasjon:** Behandling med JEMPERLI kan øke risikoen for avvisning hos mottakere av transplantert fast organ. Fatale og andre alvorlige komplikasjoner kan forekomme hos pasienter som mottar allogen hematopoietisk stamcelletransplantasjon (HSCT) før eller etter behandling med JEMPERLI. Transplantasjonsrelaterte komplikasjoner omfatter hyperakutt transplantat-motvert-sykdom (GvHD), akutt GvHD, kronisk GvHD, hepatisk veno-okklusiv sykdom etter kondisjonering med redusert intensitet samt steroid-krevende febrilt syndrom (uten identifisert årsak til infeksjonen).

**DE VANLIGSTE BIVIRKNINGENE** er (> 10 %) anemi (28,6 %), diaré (26,0 %), kvalme (25,8 %), oppkast (19,04 %), artralgi (17,0%), pruritus (14,2 %), utslett (13,2 %), pyreksi (12,4 %), økt aspartat aminotransferase (11,2%) og hypotyreose (11,2 %).

Reseptgruppe C

**Pakning og maksimalpris:** Hettegl 500 mg 92 318,20 kr.

**Se preparatomtalen om bivirkningshåndtering og full informasjon før forskrivning av Jemperli.**

**Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.**

dMMR=deficient mismatch repair; MSI-H=microsatellite instability-high.

**Referanser:** 1. JEMPERLI (Dostarlimab). Summary of Product Characteristics, December 2022 2. <https://nyemetoder.no/metoder/dostarlimab-jemperli>



GlaxoSmithKline AS, Drammensveien 288, 0283 Oslo, Tlf. 22702000, Org.nr. 930 606 308.  
©2023 GSK Group of Companies.  
Trade marks are owned by or licensed to the GSK Group of Companies. All rights reserved.  
PM-NO-DST-JRNA-230001, 02/2023





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, annonsalg og produksjon

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

## GYNEKOLOGEN på internett

gynekologendigital.no  
legeforeningen.no/ngf

## Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2024

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

Opplag: 1400



# INNHOOLD

REDAKTØR ..... 5

LEDER ..... 7

## NGF-STYRET

Nytt frå styret ..... 8

Styret i Norsk gynekologisk forening ..... 8

Referat generalforsamling Norsk gynekologisk forening ..... 10

## FAGLIG PÅFYLL

Bergen Birth Study: Instrumentell vaginal forløsning i moderne obstetikk – hva vet vi og hvor går veien videre? ..... 17

SAINT-studien – Vil gjøre igangsatte fødsler tryggere ..... 20

## FUGO

Kjære FUGO-folk! ..... 24

Referat fra FUGO-formøte ..... 24

SPESIALITETSKOMITÉEN ..... 26

## ÅRSMØTET 2023

Referat fra NGFs Årsmøte 2023 ..... 28

Norsk Gynekologisk Forening sin heiderspris 2023 ..... 32

Forbildeprisen 2023 ..... 35

Utdanningsprisen 2023 ..... 36

«Trygge hender» rundet av med resultater og prisutdelinger ..... 37

Beste frie foredrag i Gynekologi ..... 38

Beste frie foredrag i Obstetikk ..... 39

Juryens posterpris ..... 41

Publikumsprisen for beste poster ..... 42

## PHD

Pawel Wilkosz disputerte 15. mai 2023 ..... 44

## INTERVJU

Kristian Brandt – Fødselslegen som kysset og slo i hjel med samme varme sjel ..... 46

UTVALGTE ABSTRACTS FRA AOGS ..... 51

## 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](https://aleris.no/fertilitet)



22 54 10 20



Frederik Stangs gate 11, 0264 Oslo



**Aleris**



## Vil vi noen gang føle på det samme?

Gazastripen dominerer nyhetsbildet, og i denne krigen har sykehusene og helsearbeiderne fått stor oppmerksomhet – av helt logiske grunner. Det er rart, nesten forvirrende, å gå rett fra en dagvakt på føden hjem til Dagsrevyen eller lese nyheter på bussen på vei hjem. Frykten for at strømmen skal gå i kuvøsene, operasjoner uten narkose og 50000 gravide som ikke vet hvor de skal føde føles ekstremt fjernt etter 8 timer på en velsmurt fødeavdeling i Norge.

Tvillingene vi forløste prematurt med omtrent en skoleklasse av helsepersonell som stod og så på – ville de hatt noen kuvøse? Den asfyktiske nyfødte som vi håper at vi reddet fra senskader, hva slags prognose ville den hatt?

Jeg vet ikke tall på hvor mange leger som er intervjuet på internasjonale nyheter siden krigen brøt ut. Ofte er de kirurger, andre ganger er det ikke spesifisert. Noen har valgt å bli igjen med pasientene fremfor å flykte, andre har vurdert at de kan gjøre mer nytte i live og flytter seg (forhåpentligvis) nærmere en slags

trygghet. Vil vi noen gang forstå hva de står i? Vil jeg noen gang få vite hva jeg selv hadde valgt i en tilsvarende situasjon? Hvordan er det å være lege i en humanitær krise, er det noe som hjelper deg gjennom eller har det motsatt effekt?

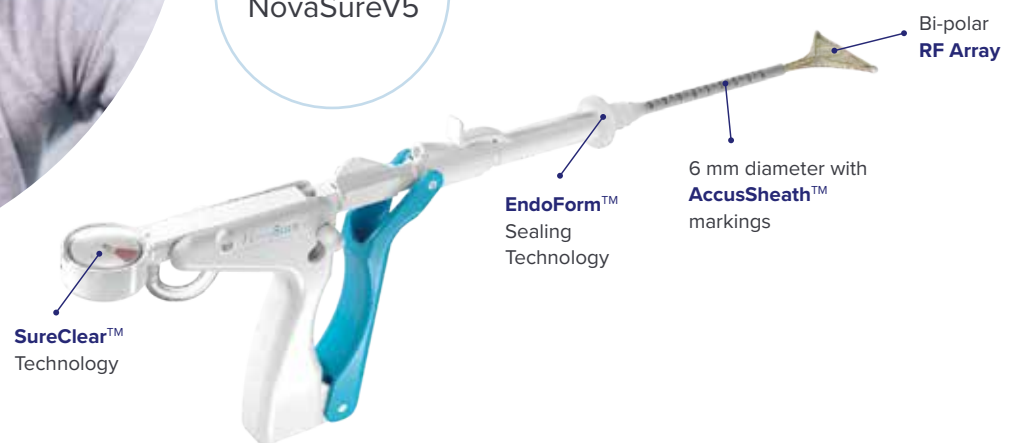
Jeg har ikke svar, men jeg føler meg på ingen måte trygg på at vi aldri vil stå i en lignende situasjon. Det kan være vanskelig å føle takknemligheten på kroppen, men reflektere kan vi uansett gjøre. Takk til kolleger som har delt sine refleksjoner, både innad i kollegiet og på sosiale medier, på at dere minner oss – også internt – på hvor privilegerte vi er, og hvor mange som ikke er det.

Ta vare på hverandre, sett pris på ressursene vi har og fortsett å jobbe for å fordele dem så godt som mulig. Vi snakkes etter jul!

*Tale Meinich*  
Redaktør



NY VERSJON!  
NovaSureV5



ENDOMETRIEABLASJON MED NOVASURE<sup>®</sup>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 behandlingsresultater<sup>1</sup>.

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



**NORMEDI.COM**  
**NORMEDI EDUCATION.COM**

Ta gjerne kontakt med:  
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.



## Takk og farvel!

Det har vore ei udelt glede og ære å få lov til å leie Norsk Gynekologisk Forening gjennom dei to siste åra. Det har vore mitt privilegium å leie foreninga ut av covidpandemien. Eg skal ikkje ta heile æra for den relativt smertefrie omstillinga til normal kvardag, men nøye meg med å nemne at vi har hatt eit stødig fokus på etterslepet etter pandemien og dei utfordringane dette har påført våre små og store sjukehus.

Dei to siste åra har også sett oppstarten av våre guidelinemøte i både gynekologi og obstetikk, to svært vellykka prosjekt som foreninga har all ære av. Rettleiararbeidet ser ut til å gå framover på alle felt, takk til alle som legg ned fritid og kompetanse i dette viktige arbeidet.

Vi har nettopp gjennomført det tredje årsmøtet etter pandemien, vi var litt urolege for framøtet no når NFOG sitt biannuale vart lagt til same haust, og same land, som Norsk Gynekologisk Forening sitt årsmøte. Norske gynekologar møtte imidlertid opp i hopetal og gjorde årsmøtet i Haugesund til ein enorm suksess! Den lokale komiteen gjorde ein strålende innstas og leverte ein festkveld vi seint vil gløyme, og vitskapeleg sekretær

Solveig Bjellmo hadde sett saman eit fantastisk fagleg program. Eg er sikker på at neste års møte i Lillehammer tar stafettspinnen vidare på beste vis.

Foreninga vår er i stadig utvikling, med aukande medlemstal kvart einaste år, aukande arbeidsmengde på grunn av aldrande populasjon, nye arbeidsoppgåver og ikkje minst tidlegare nemnde covidetterslep. Vi står sentralt i debatten om vidareføring av tilbod ved små sjukehus, privatisering av helsetenester og den pågåande debatten om kvinnehelse. Gynekologar må vere tydelege og uredde i det offentlege ordskiftet, men på same tid profesjonelle og faglege. Eg kjenner meg trygg på at svært kompetente krefter tar over roret i Norsk Gynekologisk Forening no når eg trer til side.

Tusen takk for tilleten, og takk for meg!

*Ragnar Kvie Sande*  
Avtroppande leiar,  
Norsk Gynekologisk Forening

# Nytt frå styret desember 2023

Kjære medlem! Du blar opp i nyaste Gynekologen, og går sjølv-sagt rett til din favorittspalte «Nytt frå Styret», alltid like nysgjerrig på ditt kvartalsvise intime innblikk i det aller mest interne arbeidet til styret i Norsk Gynekologisk Forening! Kva gjer dette styret, spør du betimeleg, og korleis brukar dei min surt oppsparte og innbetalte medlemskontingent? Vi har til og med bede om at du betalar inn fleire hundre kroner ekstra i kontingent, og du vil vite: Hva er det skattepenga mine går til??!

Vel, vi har nettopp arrangert årsmøte i Norsk Gynekologisk Forening, eg går ut frå at du var der, og at eg ikkje treng å fortelle deg kva for ein dundrande suksess det var, både fagleg og sosialt. Det faglege innhaldet var som du hugsar einestående, vitskapeleg sekretær Solveig Bjellmo hadde hovudansvaret for dette, ho hadde igjen lagt opp meir til debatt enn til forelesingar, nok ein gong viste dette seg å vere ei suksessoppskrift. Den lokale komiteen leverte eit fantastisk sosialt program med ein festkveld som lot oss oppleve eit Oscarshow, men med kule gynekologar i staden for sjølvhøgtidelege skodespelarar.

Javel, seier du, det var vel og bra, Klaus var einestående som Oscarvert, men styret må vel ha gjort meir enn å arrangere årsmøte? Klart vi har det! Styret har losa arbeidet med retningslinjer for guidelinemøta trygt i hamn, du var sjølv sagt til stades på generalforsamlinga der dette arbeidet vart krona med ein vel fortent

akklamasjon! Styret ynskjer å takke redaksjonane i gyn og obst rett-leiarane for strålende innsats og godt samarbeid, og rette ein særleg takk til kvalitetsutvalet, som gjorde jobben sin så grundig og ferdig at utvalet no kunne trekke seg tilbake og leggast ned.

OK, høyrer eg du gryntar der nede i godstolen, eg ser at arbeidet med guidelinemøta har krevd både tid og arbeid av styret, men kva anna har de gjort? Vel, eg kan nemne at vi har halde ein høg profil i media, støtta store og små kollegaer som har stått i små og store kriser, vi samarbeider tett med helsedirektoratet og Den Kongelige Norske Lægeforening i små og store saker, og vi sørgar for at det gynekologiske og obstetriske perspektivet kjem fram i diverse høyringar.

Men kva med indre forhold i styret, høyrer eg du spør? Kvar er skandalene, kvar er mitt saftige sladder, kan du bekrefte ryktene iv høyrer om høglytte meiningsutvekslingar med nordnorske gloser, entusiastisk allsong og ville festar? Med ei pirrande tabloid overskrift som «Nytt frå Styret» forventar eg full innsikt i alle detaljar! Vel, min venn, på dette feltet er min munn lukka med 2.0 sutur, om du ynskjer å kaste eit blikk inn i styret sitt aller innerste kan eg berre anbefale deg å melde deg som styremedlem i NGF.

*Ragnar Kvie Sande*  
Avtroppande leiar NGF

## Styret i Norsk gynekologisk forening



**Solveig Bjellmo**  
Leder NGF

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!



**Ragnar Kvie Sande**  
Nestleder NGF

Ragnar Kvie Sande vart fødd i Trondheim i 1973, oppvaksen på nordvestlandet og utdanna i Bergen. Han vart spesialist i gynekologi og obstetrikk 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.



**Agethe Lund**  
Vitenskapelig sekretær

Agethe er overlege ved Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus, ble spesialist i 2011 og disputerte i 2019 med en avhandling om fostersirkulasjon ved maternell diabetes. Som kliniker har hun fått bred erfaring innen gyn. endokrinologi og anomali. Hun var tidligere redaktør i Gynekologen, er en aktiv samfunnsdebattant og var i fire år klinikkoverlege – erfaring som kan komme godt med i ngf styrearbeidet. Finner påfyll i naturen, over grytene eller når hun blar i en vakker kokebok.



**Kristine Amundsen**  
Kasserer NGF

Kristine er overlege ved Kvinneklubben UNN Tromsø og arbeider hovedsakelig med inkontinens og bekkenbunnslidelser. Bidrar faglig i det lokale bekkensenteret 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.



**Birgitte Sanda**  
Styremedlem. PSL/Avtalespesialist

Telemarking lokalisert på det blide Sørlandet. Birgitte har doktorgrad fra 2018 i helse- og idrettsvitenskap. Etter 17 år på sykehus med stor interesse for praktisk obstetrikk gikk hun over til avtalepraksis i 2021. I praksis er interessefeltet bredt, med økende interesse for klimakteriet og hormoner. Ved siden av klinikk er hun del av StrongMama-prosjektet ved Norges Idrettshøgskole hvor man forsker på høyintensiv trening blant gravide idrettsutøvere og godt trente kvinner, og hun er leder for forskningsutvalget i PSL. Hun har en politimann som bedre halvdel og har satt to gutter til verden. Hun er ofte å finne som litt over gjennomsnittet heiende fotballmamma på sletta. Ellers står reise, kultur- og naturopplevelser, samt gode drikke- og matopplevelser høyt opp på prioritierungslisten.



**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 lepe i skogen, bade og gå på teater, og er over gjennomsnittet opptatt av god kaffe.



# Nye medi-matic® | prisbelønt design

Den nye generasjonen gynekologiske stoler



Når kvalitet teller



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





**Norsk gynekologisk  
forening**

DEN NORSKE LEGEFORENING

## Referat generalforsamling Norsk Gynekologisk Forening

27.10.2022

Sted: Haugesund

Til stede:

Styret i NGF: Ragnar Kvie Sande, Kirsten Hald, Solveig Bjellmo, Kristine Amundsen, Yngvild Hannestad, Morten Kvello

Webmaster Inga Thorsen Vengen.

Det telles ved møtestart 36 stemmeberettigede medlemmer, inkludert styret.

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

Valg av referent: Morten Kvello, valgt ved akklamasjon.

Valg av protokollunderskrivere: Erik Andreas Torkildsen, Yngvild Hannestad, valgt ved akklamasjon.

Innkalling og sakliste publisert i Gynekologen godkjennes ved akklamasjon.

Saker til eventuelt: orientering om overgang til metodebok.no ved webmaster Inga Thorsen Vengen.

Man minnet følgende medlemmer som har gått bort siden siste generalforsamling med ett minutt stillhet:

Elisabeth Mollestad

Ingmar Fjærestad

Arnt Løkling

Einar Johan Berle

Kåre Meling Augensen

### Regnskap og budsjett

Redegjørelse ved kasserer Kristine Amundsen.

Aktivitetsregnskap 2022 er gjennomgått og signert av desisorer Kathrine Woie og Runa Sigrid Aabø.

Aktivitetsregnskap 2022:

|                         | Regnskap<br>2022 | Regnskap<br>2021 | Regnskap<br>2020 | Regnskap<br>2019 |
|-------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Sum inntekter           | 4 373 103        | 4 003 801        | 2 648 884        | 3 346 207        |
| Sum utgifter            | 4 611 908        | 3 632 096        | 2 066 011        | 2 551 864        |
| Aktivitets-<br>resultat | <b>-238 805</b>  | 371 706          | 582 874          | 794 343          |

Kommentarer til regnskapet: Godt oppmøte på årsmøtet og dermed overskudd. Ekstrakontingent var lik som året før. Generell trend om øking av både inntekter og utgifter. I 2022 hadde NGF en engangskostnad knyttet til nettside og arkivering av Gynekologen. Balansen for 2022 er negativ. Den generelle trenden med økte utgifter i samfunnet påvirker også NGF. Valutakostnad påvirker regnskapet da man betaler medlemsavgiftavgift i internasjonale organisasjoner i utenlandsk valuta, f.eks. NFOG som betales i danske kroner. Engangsstønad til FUGO-kampanjen Trygge hender.

#### Revidert budsjett 2023

|               | Regnskap 2021 | Regnskap 2022 | Budsjett 2023 | Budsjett 2023<br>Revidert |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|
| Sum inntekter | 4 003 801     | 4 373 103     | 3 425 000     | 3 920 000                 |
| Sum utgifter  | 3 632 096     | 4 611 908     | 3 250 000     | 3 950 000                 |
| Resultat      | 371 706       | -238 805      | 175 000       | -30 000                   |

Kommentarer: Det redegjøres for endringer og rasjonale for dette som er basert på regnskapet for 2022. NGF har hatt sen revisjon pga. treg ferdigstilling av regnskapet. Mål for neste år om raskere ferdigstilling av regnskap og dermed tidligere revidert regnskap. Bedre deltakelse på årsmøtet enn antatt. Et overordnet mål om balanse for 2023. Per 25.10.23 er det positiv balanse for i år.

#### Budsjett 2024

|               | Regnskap 2022 | Budsjett 2023<br>Revidert | Budsjett 2024 |
|---------------|---------------|---------------------------|---------------|
| Sum inntekter | 4 373 103     | 3 920 000                 | 4 100 000     |
| Sum utgifter  | 4 611 908     | 3 950 000                 | 4 150 000     |
| Resultat      | -238 805      | -30 000                   | -50 000       |

Det er et ønske om fortsatt ekstrakontingent på grunn av usikre tider med økte priser og inflasjon, og styret mener det er lagt opp til nøkternt budsjett.

#### Ekstrakontingent

Innført i 2017 for å bedre økonomien, da på 500 kr. Fra 2018 til 2021 økt til 700 kroner. I 2022 endret til 600 kr pga. god økonomi. Styret foreslår å øke til 700 kr for 2023 pga. den økonomiske situasjonen. Dettas vedtas ved akklamasjon.

Regnskap 2022, revidert budsjett 2023 og budsjett 2024 vedtas i sin helhet ved akklamasjon.

**NGFs egenkapital ved årsskiftet 2022/2023****Note 7 - Formålskapital**

|                           | 2022             | 2021             |
|---------------------------|------------------|------------------|
| <b>Egenkapital 01.01.</b> | <b>3 901 431</b> | <b>3 529 725</b> |
| Årets aktivitetsresultat  | -238 805         | 371 706          |
| <b>Egenkapital 31.12.</b> | <b>3 662 626</b> | <b>3 901 431</b> |

**Solidaritetsfondet**

Ingen søknader til solidaritetsfondet.

**Årsrapporter fra NGFs undergrupper**

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

**Saker til generalforsamling****1. Guidelinemøte som vedtekter eller som vedtak**

Etter vedtak fra generalforsamlingen i 2022 har det blitt utarbeidet utkast til retningslinjer for arbeid med NGFS veiledere i obstetrik og gynekologi. Dette er gjort av styret i NGF i samarbeid med redaksjonene for veiledere i henholdsvis gynekologi og obstetrik, og sendt på høring til alle medlemmer i organisasjonen. Alle innspill har blitt grundig vurdert.

Forslaget er tenkt som en overordnet retningslinje som regulerer forholdet mellom på den ene side hovedredaksjonene i gynekologi og obstetrik og NGF på den andre siden. Man foreslår at hver redaksjon utarbeider egne retningslinjer for hvordan redaksjonene ønsker å organisere sitt arbeid innenfor rammene av den overordnede retningslinjen.

Det har i arbeidet vært uenighet om denne overordnede retningslinjen skal ha form som vedtekter eller som et vedtak fra generalforsamlingen og det legges fram to forslag for votering:

- Denne retningslinjen får form av statutter/tas inn i vedtektene, dette medfører at man må ha 2/3 flertall i generalforsamling for eventuelle senere endringer
- Denne retningslinjen får form av retningslinje vedtatt på generalforsamling, og kan dermed endres ved simpelt flertall i generalforsamling

Avstemning:

Forslag a) statutter/vedtekter: 11

Forslag b) vedtak: 20

Avholdende: 3

**2. Retningslinjene for guidelinemøte**

Forslaget som presenteres for generalforsamlingen:

Denne retningslinjen får form av retningslinje vedtatt på generalforsamling, og kan dermed endres ved simpelt flertall i generalforsamling

**Formål:** Formål med NGFs veiledere er å sikre at screening, diagnostikk, undersøkelse og behandling av våre pasienter foregår på det høyest mulige evidensbaserte grunnlag og, i fravær av god eller overførbar evidens, ut fra beste kliniske praksis i Norge.

#### **Norsk gynekologisk forenings styre og generalforsamling**

1. Norsk gynekologisk forening ved foreningens styre og generalforsamling står som eier av veilederne i gynekologi og obstetikk.
2. Styret skal ikke overprøve redaksjonen i faglige spørsmål.
3. Norsk Gynekologisk Forening ved styret og generalforsamlingen står økonomisk ansvarlig for guidelinemøtene og øvrig veilederarbeid.
4. Styret har ansvar for at redaksjonen fungerer etter hensikten, og har ansvar for å treffe nødvendige tiltak opp mot hovedredaktør og redaksjonsmedlemmer dersom de ikke oppfyller pliktene de har påtatt seg.

#### **Redaksjon**

1. Redaksjonen har ansvar for det faglige innholdet i veilederen og at kapittelgruppene fungerer etter hensikten.
2. Hovedredaktør og medredaktører velges av generalforsamling
3. Redaksjonen skal bestå av hovedredaktør og 2-5 medredaktører. Interessenter bes melde sitt kandidatur til styret innen fire uker før årsmøtet. Styret har, i samarbeid med sittende aktuell redaksjon, ansvar for å innstille til generalforsamlingen.
4. Hovedredaktør skal i utgangspunktet ha doktorgrad.
5. Medredaktørene bør om mulig ha variert bakgrunn med tanke på faginteresse, forskningserfaring, klinisk kompetanse og sykehusstørrelse. Det bør tilstrebes geografisk spredning. Det bør tilstrebes representasjon av begge kjønn.
6. Redaksjonsmedlemmer velges for 4 år.
7. Halvparten av redaksjonsmedlemmene bør byttes ut etter 2 år for å sikre kontinuitet.
8. Etter 4 år skal man i utgangspunktet gå ut av redaksjonen, men kan velges inn ved senere anledning.
9. Ved konflikt i hovedredaksjonen skal denne primært forsøkes løst innad i redaksjonen.
10. Redaksjonen kan involvere styret ved konflikt som ikke lar seg løse innad i redaksjonen.
11. Redaksjonen peker ut hovedforfattere og kommer med forslag til medforfattere for hvert veilederkapittel.
12. Hvert kapittel skal i utgangspunktet revideres eller vurderes for revisjon minst hvert femte år.
13. Dersom hovedredaktør trekker seg, har styret ansvar for å utpeke ny hovedredaktør i samråd med redaksjonen. Dersom en medredaktør trekker seg har styret, i samråd med redaksjonen, ansvar for å innhente interim medredaktør.

#### **Ferdigstilling og godkjenning av retningslinjer**

1. Redaksjonen har ansvar for gjennomføring av guidelinemøtet.

2. Redaksjonen prioriterer og velger hvilke kapitler som skal revideres på det neste guidelinemøtet.
3. Invitasjon med forslag til reviderte kapitler som skal gjennomgås sendes til NGFs medlemmer og legges ut på nettsidene senest 8 uker før møtet.
4. NGFs medlemmer kan sende inn innspill til kapitlene frem til fire uker før guidelinemøtet.
5. På guidelinemøtene er det ønskelig med representasjon med geografisk variasjon, små og store sykehus, LIS, ledere, overleger og spesialister utenfor sykehus. Alle sykehus bør tilstrebe å sende minst en delegat til hvert møte.
6. Hovedforfatter for kapitlet har ansvar for at kapitlet oppdateres i løpet av fire uker etter Guidelinemøtet med dato for revisjon, også hvis kapitlet er uendret.

### Opphavsrett

1. Den enkelte forfatter i en kapittelgruppe overdrar opphavsretten til det godkjente veilederkapitlet til NGF når den ferdige retningslinjen publiseres på NGFs nettsider.
2. Dersom et veilederkapittel ønskes referert i en kommersiell sammenheng, skal NGF ved styret og aktuell redaksjon forespørres om dette.

### Økonomi:

1. Redaksjonen skal levere budsjett til NGF for godkjenning senest åtte uker før aktuelle guidelinemøte.
2. I utgangspunktet skal veilederarbeidet gå i økonomisk balanse. NGF er ansvarlig for å dekke eventuelt underskudd, eventuelt overskudd tilfaller NGF.
3. Redaksjonen skal søke støtte fra Legeforeningens «Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet».
4. Veilederarbeidet og guidelinemøtene skal ikke motta finansiell eller annen støtte fra kommersielle aktører.

Vedtas ved akklamasjon.

### 3. Nedlegging av kvalitetsutvalget.

Leder redegjør for rasjonale. Med omlegging til guidelinemøte blir funksjonene til kvalitetsutvalget ivaretatt av redaksjonene, styret og generalforsamlingen, og styret foreslår å legge ned kvalitetsutvalget. Sittende kvalitetsutvalg er enig i forslaget.

Nedlegging av kvalitetsutvalget vedtas ved akklamasjon.

### Orienteringssaker

#### 1. Økte kostnader medlemskap i NFOG.

NGF betaler DKK 250,- per medlem i kontingent til NFOG. På grunn av valutasisuasjonen utgjør dette pr i dag kr 395 pr pers. Totalt 442 000,- for 2023, dette er en av NGFs største enkeltutgifter. NGF har bedt NFOG om å få betale i NOK, alternativt reduksjon i kontingent, men ikke fått gehør for dette

#### 2. Årsmøte kolliderer med NFOG sin kongress i oddetalsår.

NFOGs kongress er permanent flyttet fra vår til høst og vil derfor kolliderer med årsmøtet hvert andre år. Den svenske foreningen avlyser sin egen årlige kongress og har sin generalforsamling på NFOG.

## Valg

Kirsten Hald og Yngvild Hannestad går ut og takkes for innsatsen

### Valg av ny leder

Solveig Bjellmo

Velges ved akklamasjon.

### Valg av nytt styre i NGF

Birgitte Sanda (private spesialisters landsforening)

Agnethe Lund

Morten Kvello (FUGO, gjenvalg)

Kristine Amundsen (gjenvalg)

Ragnar Kvie Sande (gjenvalg)

Velges ved akklamasjon.

### Valg av desisor

Kathrine Woie trer av. Vasilis Sitras er foreslått av valgkomiteen og velges ved akklamasjon

### Årsmøtested 2025

Ålesund foreslås og velges ved akklamasjon.

### Eventuelt

#### Orientering om overgang til metodebok.no

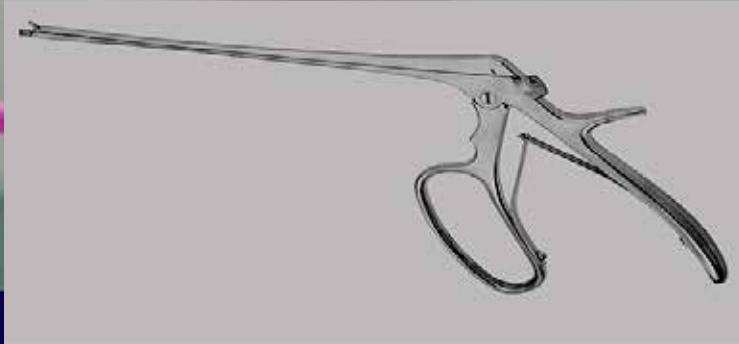
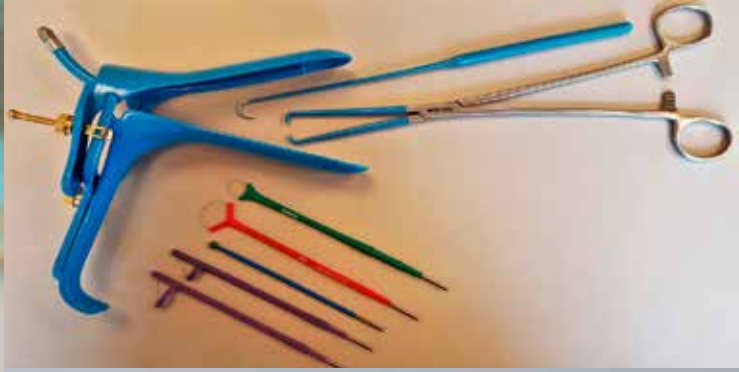
Veiledere i obstetrikk og gynekologi flyttes fra legeföreningens nettsider til metodebok.no/ngf.

De regionale helseforetakene har våren 2023 bestemt at alle prosedyrer skal publiseres på metodebok.no. Legeföreningens nettsider er ikke egnet til publisering og arkivering av retningslinjer. Det er en engangskostnad knyttet til flytting, og NGF får dette delvis støttet fra RHF-ene. Kostnaden for NGF bli 100 000 kr + MVA. Den årlige vedlikeholdskostnaden er på 10 000 kr + MVA og er omkring det samme som man bruker på appen i dag (som avvikles). Kontrakt med metodebok.no er signert av leder, og arbeidet med flytting starter i oktober 2023.

  
Morten Kvello (sign)

  
Yngvild Hannestad (sign)

  
Erik Andreas Torkildsen (sign)



**medero**  
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71  
epost: [ordre@medero.no](mailto:ordre@medero.no)  
[www.medero.no](http://www.medero.no)





# Bergen Birth Study

## Instrumentell vaginal forløsning i moderne obstetrikk – hva vet vi og hvor går veien videre?

I flere tiår har debatten om bruk av tang kontra vakuum blusset opp med ujevne mellomrom. Tangen var det første instrumentet som kunne redde mor og barn og det mest brukte instrumentet i fødselshjelpen i flere hundre år, før vakuum overtok tronen fra rundt 90-tallet i Norge. I dag foregår rundt 90% av alle instrumentelle vaginale forløsninger i Norge ved bruk av vakuum, mens tang brukes i selekterte kliniske situasjoner ved de fleste fødeinstitusjoner. Tang brukes som primærinstrument ved enkelte fødeavdelinger, og i 2022 ble hele 65% av alle tangforløsningsene i Norge utført ved tre avdelinger. Det er dermed store geografiske forskjeller i bruk av instrumentet i Norge. Internasjonalt ser man en økende tendens i flere land til at begge instrumentene fases ut og erstattes av keisersnitt.



**Sindre Grindheim**

Overlege og stipendiat,  
Kvinneklubben  
ved Haukeland  
universitetssykehus



**Elham Baghestan**

Overlege og  
førsteamanuensis,  
Kvinneklubben  
ved Haukeland  
universitetssykehus



**Jørg Kessler**

Overlege og professor,  
Kvinneklubben  
ved Haukeland  
universitetssykehus

Årsakene til disse forskjellene og endringene er flere, men en av de viktigste faktorene er risiko for bløtvevsskade hos mor under forløsning. De fleste studier viser at forekomsten av både obstetriske sfinkterskader og av bekkenbunnskader, i form av levator ani-avrivninger og overdistensjon, er høyere med tang enn vakuum. Disse skadene er assosiert med økt forekomst av urogenital descens, kan ikke repareres og har høyere residivrisiko etter descensoperasjon. Samtidig viser litteraturen at tang har en høyere suksessrate enn vakuum, er mindre traumatisk for fosteret og har en bredere anvendelse i spesielle kliniske situasjoner slik som prematuritet, blodsmitte og ansiktspresentasjon hvor vakuum er enten absolutt eller relativt kontraindisert.

Dilemmaet blir da om man skal bruke et (antatt) mer traumatisk instrument for å redusere risikoen for en mislykket instrumentell forløsning og dermed de aller farligste keisersnittene, eller om man skal bruke det (antatt) mer skånsomme instrumentet og heller akseptere at noen flere må gjennom et keisersnitt i sluttfasen av fødselen.

Land som har en lav andel instrumentelle forløsninger vil også ha vanskeligere for å opprettholde og videreføre kompetansen. I tillegg vil man i en mer og mer defensiv medisin ofte trekke slutningen at hvis man har gjort et keisersnitt så har man gjort "det man kan" for å unngå en komplikasjon.

Dagens kunnskap om fødselsskader er basert på forskning som er enten retrospektiv og ser på forløsninger som etter hvert ligger flere tiår tilbake i tid, har en lav andel tangforløsninger eller mangler informasjon om sekvensielle forløsninger, altså der primærinstrumentet (vakuum) mislykkes og man bytter til tang.

Disse studiene har svakheter. Forløsningsene ble utført i en tid der fokuset på skader i fødselskanalen var, om ikke fraværende, så i alle fall mindre. Man hadde en betydelig større andel skader enn i dag. I tillegg vil en del av studiene ha en stor usikkerhet vedrørende den kliniske settingen hvor tang ble benyttet, om dette var primærinstrumentet eller sekvensielt brukt, om forløsende lege behersket instrumentet like godt som vakuum og hva som var indikasjonen for bruk.

En RCT fra Spania publisert i 2021 randomiserte forløsninger mellom Kiellands tang og vakuum. Der fant man ingen forskjell mellom instrumentene i form av levatorskader når man justerte for hodets innstilling og stasjon. Begge grupper hadde en påfallende høy rate av obstetriske sfinkterskader, langt over det man har i Norge, slik at man kan stille spørsmål om overføringsverdien til norske forhold.

For å finne ut om tang faktisk påfører flere skader enn vakuum, og hvilken konsekvens det eventuelt medfører, så behøver man en prospektiv studie. Det er i tillegg en fordel å lokalisere studien



Venstresidig levatorskade sett i aksialplan ved hjelp av tomografisk transperineal 3D ultralyd

på en fødeinstitusjon hvor forløsende leger behersker begge instrumenter og hvor tang brukes også som primærinstrument og ikke bare sporadisk i nødsituasjoner. Vi designet derfor Bergen Birth study for å kartlegge dette.

Bergen birth study er en prospektiv kohortstudie hvor kvinner som fødte sitt første barn til termin i hodeleie og ble forløst med tang eller vakuum ved Kvinneklivnikken i Bergen ble invitert til deltakelse. Primærutfallet er forekomst av levator ani-avrivninger. For å finne en forskjell på 10 prosentpoeng mellom gruppene viste styrkeberegningen at det var nødvendig med 250 deltakere i hver gruppe. Dette gjør vår studie til den største prospektive studien i verden som ser konkret på bruk av tang.

Inklusjonen startet i juni 2021 og var fullført våren 2023. Deltakerne ble kort tid etter fødsel bedt om å besvare et spørreskjema om deres fødselsopplevelse. De ble samtidig spurt om foretrukket forløsningsmetode ved neste svangerskap (vaginal/keisersnitt). Samtidig ble barna undersøkt for eventuelle instrumentrelaterte skader. Deltakerne ble deretter kalt inn til etterkontroll omtrent 9-12 mnd etter fødsel. Etterkontrollen omfattet en kartlegging og undersøkelse av følgende: komplikasjoner i barseltid, symptomer på urin- og analinkontinens, bekkenbunnsdysfunksjon generelt, seksualfunksjon og ultralyd av levator- og sfinkter ani.

Som referansegruppe inkluderte vi 250 kvinner etter en ukomplisert spontan fødsel i samme periode.

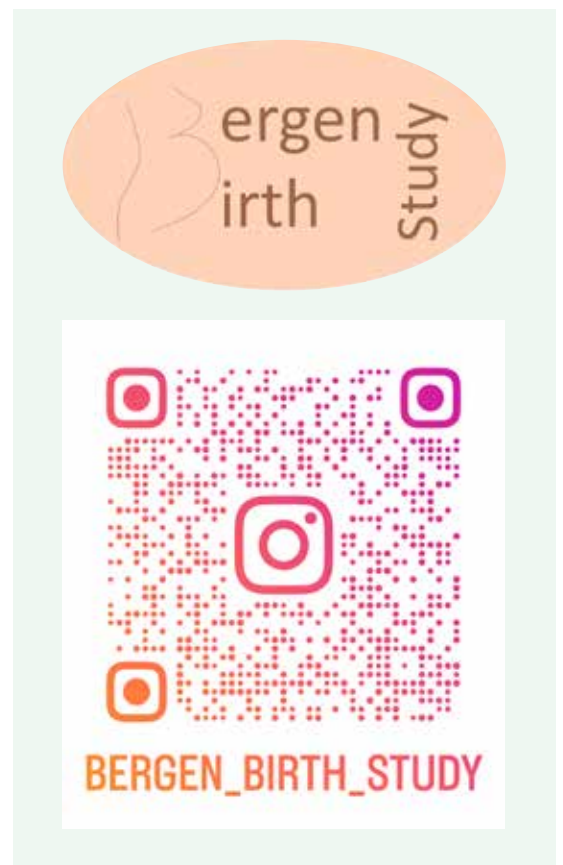
Per oktober 2023 er datainnsamlingen nesten komplett, rundt 50 undersøkelser gjenstår før analyser, tolkning og formidling gjenstår. Prosjektleder er overlege og førsteamanuensis Elham Baghestan, mens studien drives av overlege og stipendiat Sindre Grindheim, begge fra Kvinneklivnikken i Bergen. Med på laget er også overlege og førsteamanuensis ved Ahus Franziska Sifarikas, overlege og professor ved St.Olav Ingrid Volløyhaug, overlege Johanne Kolvik Iversen ved OUS Ullevål og overlege og professor Jørg Kessler Kvinneklivnikken i Bergen. Det er dermed et lag med lang erfaring i kliniske studier, bekkenbunn, ultralyddiagnostikk og praktisk obstettrikk som skal jobbe gjennom resultatene. Vi håper resultatene begynner å tikke inn i løpet av 2024.

I en tid der vi opplever at faget obstettrikk preges av en keisersnittepidemi på verdensbasis, håper vi at vår studie kan bidra med god evidens om trygge forløsninger i fødselens andre stadium. Vi håper at denne studien skal gi, til nå, det beste bildet av hvilke konsekvenser tang og vakuumforløsninger har for både mor og barn. Vi håper også at kartlegging av modifiserbare risikofaktorer (om de finnes) kan bidra til å redusere forekomst av alle typer skader/plager etter fødsel. Vi må samtidig huske at alternativet til instrumentell forløsning er et keisersnitt i fødselens andre stadium, som også medfører en ikke ubetydelig risiko både på kort og lang sikt for mor og barn, samt neste svangerskap og fødsel.

Status, fremdrift og resultater kan følges på [@bergen\\_birth\\_study](https://www.instagram.com/bergen_birth_study) på instagram.



Formidling av ny kunnskap er viktig. Her er Sindre Grindheim invitert til å prate i en podcast om kvinnehelse med temaet fødselsskader.



Følg Bergen birth study i sosiale medier for status og resultater av studien



## 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 INFORMASJON<sup>1</sup>:

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](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/lynparza-epar-product-information_en.pdf)



Engasjert gjeng: Ingvil Krarup Sørbye (medisinsk ansvarlig), Anne-Cathrine Bjørnstad (koordinerende jordmor) og Trond Melbye Michelsen (prosjektleder).

## SAINT-studien – Vil gjøre igangsatte fødsler tryggere

SAINT er den største behandlingsstudien som noensinne er utført på fødende kvinner i Norge. Forskningsgruppen håper å oppnå tryggere fødsler hos kvinner som får fødselen igangsatt, samt fremme et nasjonalt forskningssamarbeid innen fødselsomsorgen.

Skrevet av Simone Tafjord. Kommunikasjonsrådgiver ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Igangsetting av fødsel gjøres når det anses som mindre risikabelt for mor og/eller barn å starte fødselen enn å fortsette svangerskapet. Et økende antall studier har de senere årene vist fordeler ved igangsatt fødsel sammenlignet med å avvente spontan fødselsstart. Grunner til å sette fødselen i gang omfatter blant annet diabetes hos mor, medisinsk behandlet svangerskapsdiabetes, svangerskapsforgiftning, overtidig svangerskap, for tidlig vannavgang, veksthemming hos fosteret, tvillingsvangerskap og stort foster. Økende alder blant fødende samt flere med medisinske tilstander før svangerskapet har i tillegg til endrede retningslinjer bidratt til en økning i andel fødsler som igangsettes. Nå blir mer enn hver fjerde fødsel i Norge igangsatt. Samtidig er igangsetting av fødsel knyttet til flere intervensjoner i fødsel og flere operative forløsninger. Det er derfor et behov for å optimalisere forløpet

ved igangsatt fødsel. Det er nettopp dette som er målet med den randomiserte kontrollerte studien SAINT – SAFE INDuction of labor Trial. I studien undersøkes det om bruken av to kjente medikamenter kan redusere sjansen for operativ forløsning etter igangsatt fødsel hos førstegangsfødende. Medikamentene som utprøves er intravenøst butylscopolamin bromid (Buscopan®), som kan relaksere livmorrhalsen, samt peroralt bikarbonat, som kan motvirke laktatopphopning i livmormuskulatur.

I studien vil 3000 førstegangsfødende kvinner som skal få fødselen indusert inkluderes. Kvinnene randomiseres til en av fire behandlingsarmer, med 750 kvinner i hver arm: 1) buscopan + bikarbonat, 2) buscopan + placebo (saltvann), 3) Placebo (saltvann) + bikarbonat og 4) Placebo + placebo.



#### SAINT Advisory Board

Annetine Staff, OUS  
Lise Gaudernack, OUS  
Håvard Skjerven, OUS  
Kevin Sunde Oppegaard, Finnmark Hospital Trust HN

#### Chief study statistician

Nina Gunnes, MSc PhD

#### Participating SAINT sites:

Akershus University Hospital  
Drammen Hospital, Vestre Viken  
Haukeland University Hospital  
Kalnes Hospital, Østfold  
Oslo University Hospital RH  
Oslo University Hospital Ullevål  
Stavanger University Hospital  
St. Olav University Hospital  
Sørlandet Hospital Kristiansand  
University Hospital Northern Norway

#### Local Primary Investigator

Camilla Haavaldsen  
Anne Kjøllesdal  
Jørg Kessler  
Katrine Sjøborg  
Trond Michelsen, Ingvil Sørbye  
Anne Flem Jacobsen  
Ragnar Sande  
Elisabeth Magnussen  
Marte Ween-Welken  
Åse Pettersen

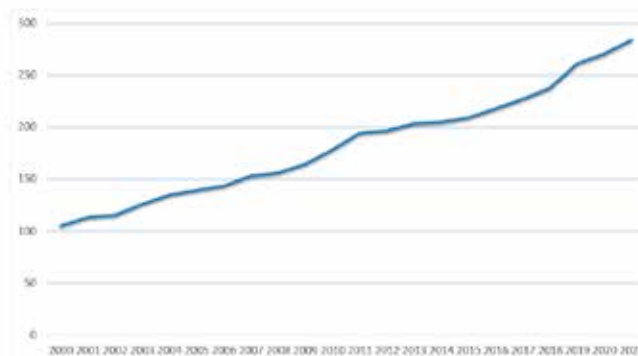
#### SAINT Main Collaborators

Clinical Trial Unit OUS  
Norwegian Society for Obstetrics and Gynecology

**Buscopan** er et spasmolytisk medikament som virker på muskarinerge reseptorer. Hypotesen er at Buscopan har en relakserende effekt på muskelvev i livmorhalsen, og studier har vist at medikamentet kan bidra til å forkorte fødselsvarighet.

Det andre medikamentet er **bikarbonat**. Studier tyder på at det kan bidra til å redusere laktat-nivåene i livmoren, og dermed gi mer effektive rier og øke andelen normale fødsler. Forskningen som finnes per i dag på disse legemidlene tyder på effekt på fødselsforløpet, men det trenges større studier for å gi svar på om de virkelig har effekt. Det finnes så vidt vi vet ingen studier som undersøker disse medikamentene sammen, eller ved igangsatt fødsel.

Kilde: SAINT/Oslo universitetssykehus



Figur: Induksjon av fødsler i Norge som antall per tusen fødsler, 2000 – 2021. Data fra Medisinsk fødselsregister.

Kvinnene vil få fødselen igangsatt etter fødeavdelingens retningslinjer. Deretter vil det bli tatt blodprøver. Når kvinnen blir lagt inn på fødeavdelingen i aktiv fødsel vil hun få første dose av medikamentene ved fødselsstart, og deretter etter fire og åtte timer, til sammen tre doser. Det ene medikamentet er en tablett, og det andre gis intravenøst gjennom et perifert venekateter. I studien får tre av fire kvinner minst ett av virkestoffene.

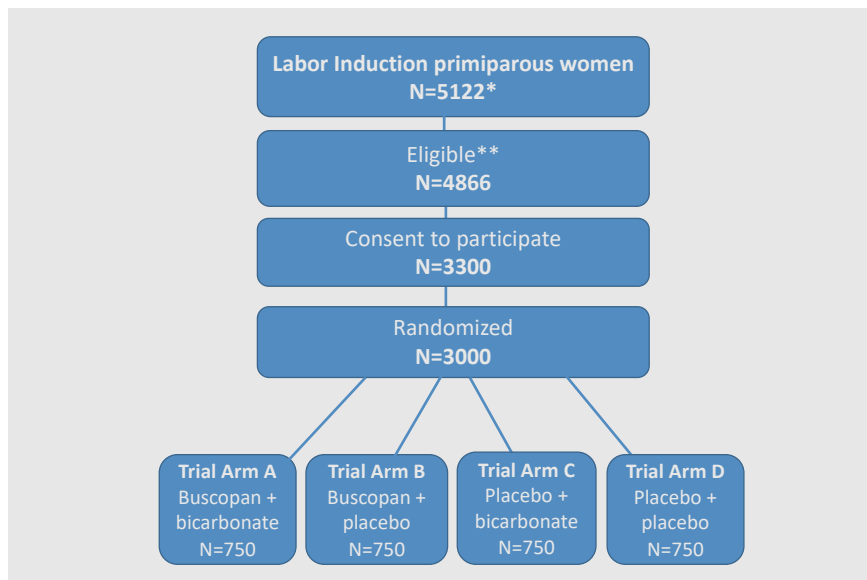
En måned etter fødselen vil kvinnen få tilsendt et digitalt validert spørreskjema om hennes fødselsopplevelse; Childbirth Experience Questionnaire.

#### Antall igangsatte fødsler øker

Arbeidet med studien begynte i 2020. Prosjektleder Trond Melbye Michelsen kan fortelle at en betydelig økning i igangsatte fødsler skapte ideen om SAINT-studien. En norsk studie fra 2020 viste også at mer enn fire av ti igangsatte fødsler hos første-gangsfødende endte med keisersnitt, vakuump eller tang. I Norge induseres nå nesten 15 000 fødsler i året, ifølge Michelsen. Han forteller videre at de bruker mye tid og ressurser på igangsatte fødsler på landets fødeavdelinger. Derfor ønsket forskningsgruppen å undersøke om de to vanlige og tilsynelatende trygge medikamentene kan optimalisere forløpet ved igangsatt fødsel. SAINT-studien følger i fotsporene til BUSCLAB-studien ved Fødeavdelingen ved Oslo universitetssykehus, som undersøkte effekten av Buscopan på fødselsvarigheten blant kvinner som viser tegn på langsom framgang i fødsel.



Trond Melbye Michelsen, prosjektleder og overlege på Kvinneklinikken ved Oslo universitetssykehus.



Figuren viser antatt inklusjon av deltagere i SAINT med fordeling i fire studiearmene (A-D).



Ingvil Krarup Sørbye, overlege ved fødeavdelingen på Oslo universitetssykehus og medisinsk ansvarlig i SAINT-studien

– Resultatene fra BUSCLAB-studien publiseres snart. Tidligere studier indikerer at medikamentet kan gjøre fødselen kortere, og forhåpentligvis også redusere antall operative inngrep, forteller Michelsen.

Svært få har undersøkt om disse medikamentene kan være effektive også hos kvinner som får fødselen igangsatt. Forskningen som finnes per i dag tyder på at medikamentene har god effekt på fødselsforløpet, men det er behov for større studier for å gi konkrete svar. Han forteller videre at det andre medikamentet, bikarbonat, har blitt brukt usystematisk ved fødsel på diverse sykehus. Det finnes noe data som tyder på at om kvinnen tar medikamentet til riktig tid i fødselsforløpet, så kan det gjøre det lettere for kvinner å føde spontant, sier Michelsen.

#### – Vi var spent på om gravide ville bli med på dette

Michelsen forteller at inkluderingen av deltagere nå er i gang. Han beskriver studien som et felles nasjonalt løft med ti store fødeavdelinger i Norge. Deltakere inkluderes fra Kristiansand i sør til Tromsø i nord. I løpet av de første ni månedene av studien har 1100 av 3000 kvinner blitt inkludert. SAINT-gruppen var i startfasen spent på om gravide ønsket å delta i utprøvingen av medikamentene. Gravide og fødende er en understudert gruppe, og de blir ofte ekskludert fra medikamentstudier grunnet usikkerhet om negative effekter på fosteret.

– Man har jo to pasienter, en mor og et barn. Mange er redde for at medisinen kan skade barnet, eller at man er uheldig med fødselsforløpet. Det er nok en av grunnene til at vi ligger litt bak med forskning på gravide og fødende, sier Michelsen. Han forteller at det var enklere enn forventet å inkludere gravide i studien. Flertallet av kvinnene ser verdien i dette, og hvordan det kan hjelpe andre gravide og fødende. Ingvil Krarup Sørbye, medisinsk ansvarlig i SAINT-studien, poengterer også dette.

– Når vi gir grundig informasjon, opplever vi at det ikke er så mange motforestillinger mot å være med. Gravide ønsker jo mer informasjon om igangsetting. Den tematikken er noe som opptar kvinner. Både positivt og negativt kan man si at enkelte kvinner

ønsker jo igangsetting av fødsel velkommen, mens andre helst vil unngå det. Kvinner vet at igangsetting generelt er forbundet med uforutsigbarhet, sier Sørbye. Både Michelsen og Sørbye er positive til fremgangen i inklusjonen, og antar at prosessen vil være ferdig til våren 2025.

– Vi inkluderer nå på ni av de ti sykehusene. Noen sykehus inkluderer veldig bra, og totalt sett er tallene gode. Men vi trenger å øke inklusjonsraten enda litt mer, så snart setter St. Olavs hospital i gang med å inkludere deltagere. Vi håper også å starte inklusjon på Bærum sykehus, sier Michelsen. Michelsen kan fortelle at de inkluderte kvinnene ser ut til å tolerere behandlingen godt, noe han understreker er et viktig funn. Av 1100 kvinner har bare én deltaker fått en allergisk bivirkning. Michelsen påpeker også at igangsatte kvinner ofte får postpartumblødninger. SAINT-gruppens hypotese er at medikamentene kan redusere slike bivirkninger.

– Vi er spente på resultatene, som først vil komme etter at alle er inkludert og vi kan identifisere hvilke kvinner som har fått virkestoff og hvilke som har fått placebo. Det gjelder også hvorvidt medikamentene har effekt på sekundærendepunkter, slik som postpartumblødninger, sier Sørbye.

– Vi tar blodprøver av alle kvinner som blir med i studien. Ved noen sykehus tar vi en ekstra prøve for å se om vi kan finne ut om det er en genetisk disposisjon – et «fødegen» – som fører til at noen kvinner føder lettere enn andre, forteller Michelsen. Dette kan resultere i mer persontilpasset medisin, som finnes innen andre fagfelt.

#### Kan endre praksis på norske fødeavdelinger

– Dersom medikamentene gir ønsket effekt, så kommer en til å legge om praksisen på mange fødeavdelinger og antakeligvis endre den nasjonale veilederen i fødselshjelp, prosedyrer og hvordan vi håndterer kvinner med igangsatte fødsler, sier Michelsen. – Det å bedre utfallet for kvinner som gjennomgår induksjon er også et viktig mål for jordmødrene, sier Anne-Cathrine Bjørnstad. Hun er koordinerende jordmor i SAINT-studien. Michelsen forteller at jordmødre er sentrale aktører i SAINT-studien.



Anne-Cathrine Bjørnstad, koordinerende jordmor i SAINT.



Illustrasjonen viser målsetninger, arbeidspakker og hovedutprøvere ved de ulike sykehusene som deltar i SAINT.

- Vi var litt spente på hvordan jordmødre ville motta studien. Vi fryktet at enkelte ville mene at dette er medikalisering av fødsel. Jordmødre over hele landet er imidlertid svært positive, sier han.

Bjørnstad kan bekrefte at noen jordmødre er skeptiske, men det er et fåtall. De aller fleste er overraskende positive til prosjektet.

- Vi ser jo at dette med induksjon er et stort arbeid og fører til mye problemer for kvinnene. Både at det tar lang tid og alle konsekvensene det medfører. Jordmødre ønsker jo at kvinner skal føde spontant og på naturens vis, og ser på dette som en investering. Mange kvinner har også lange og kompliserte fødsler som de kan oppfatte som dramatiske. Det er derfor nyttig for jordmødrene å potensielt få et nytt redskap i verktøykassa, sier Bjørnstad.

- Kvinner som blir liggende lenge på sykehus opplever det som regel som svært slitsomt, uavhengig av utfall i fødsel. For enkelte blir det faktisk så traumatiserende at de vegrer seg for å bli gravide igjen, for så å komme i samme situasjon en gang til. Dette må vi ta på alvor. Så også av den grunn er det viktig at vi sammen kan finne verktøy som kan bedre situasjonen for kvinner som blir igangsatt.

### Et stort samarbeid

- SAINT-studien er nærmest en nasjonal dugnad, forteller Sørbye.  
 - Det er flott at fødeinstitusjoner arbeider sammen og på en tverrfaglig måte med både leger, jordmødre og sykepleiere. Det er litt nytt for oss på fødeavdelinger å skulle rekruttere gravide til forskning, sier Sørbye.

- Og det er jo ganske morsomt med forskning. I begynnelsen av et sånt prosjekt, og særlig når man driver med mye opplæring, så kan det oppleves at de involverte blir litt overveldet. Plutselig skal man gjøre flere arbeidsoppgaver enn det man allerede gjør i en travel hverdag. Men så begynner man å se fordeler ved å gjennomføre en studie, og man ser at kvinnene er positive og interesserte. Da blir de ansatte mer og mer nysgjerrige, og spør stadig etter nye tall. De blir nysgjerrige på om den jobben de gjør vil gi resultater. Det skaper et kollegialt samarbeid på tvers av avdelinger, forteller Bjørnstad.

- I tider med personalmangel og nedskjæringer er det å holde fagligheten høyt veldig inspirerende, sier Sørbye. Hun bekrefter at dette innebærer et stort lokalt arbeid med opplæring av helsepersonell, men at dette til syvende og sist vil være positivt for fødeavdelinger i Norge. Det legger et godt grunnlag for å kunne gjennomføre kliniske studier i fremtiden, mener Sørbye.

- Vi samler erfaringer til nye nasjonale studier der man kan samarbeide på tvers av store og små institusjoner over hele landet. Det kommer også tydelig frem hvor ulike institusjonene er, noe som er interessant. Forskergruppen forteller at denne kartleggingen viser tydelige kulturforskjeller og ulikheter i praksis på de ulike sykehusene.

- Vi ser jo også at deltakerne er forskjellige på de ulike stedene, som holdningene til fødsel, forberedelser og hvordan en går inn i fødsel. Det oppleves veldig ulikt rundt om i landet, sier Bjørnstad.

- Norge er jo et bittelite land, men fjellene er høye. Vi tenker at man ikke skal få behandling basert på hvor man bor. Så SAINT er også med på å dra fagmiljøet tettere sammen, sier Sørbye.

Michelsen forteller videre at en så stor multisenter-medikamentstudie ikke har blitt gjort på fødende kvinner i Norge tidligere. Et viktig delmål for studien har vært etablering av et nasjonalt konsortium for kliniske studier innen fødselshjelp, med tanke på framtidig forskning på denne pasientgruppen. Dette nettverket har fått navnet Norwegian Network for Obstetric Research (NOR-BIRTH), der SAINT er første studie. Michelsen kan røpe at flere studier er i planleggingsfasen.

- Nye studier gjør at vi kan fortsette det gode samarbeidet og forske enda mer, sier Bjørnstad munter.

### Referanseliste:

Buscopan og Bikarbonat ved igangsatt fødsel (SAINT-studien) - Oslo universitetssykehus HF (oslo-universitetssykehus.no) - <https://www.oslo-universitetssykehus.no/kliniske-studier/buscopan-og-bikarbonat-ved-igangsatt-fodsels-saint-studien>  
 Mor-foster-interaksjon - Institutt for klinisk medisin (uio.no) - <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/grupper/mor-foster-interaksjon/index.html>

# Kjære FUGO-folk!



**Øystein Bergøy**  
FUGO-leider

Etter 4 år i ein organisasjon har ein opparbeida seg ein del skuld til andre. Derfor vil eg nytta denne siste leiarartikkelen min til å gjera opp denne skulda med å få takka litt.

Tusen takk til alle som har site i FUGO-styret saman med meg! Dokker er utruleg bra folk med sterke meiningar og god arbeidsmoral. Eg er så stolt over alt me har fått til saman. Takk for at dokker har vore tålmodige med meg og gjort det enkelt for meg å gjera jobben min.

Tusen takk til mine leiarentorar Hilde Sellevoll, Thea Falkenberg Mikkelsen og Ragnar Kvie Sande! Takk for alle tips og tålmodig sparring.

Tusen takk til NGF-styret for godt samarbeid! Eg er glad og takksam for at dokker har teke forslaga våre på alvor, og for at dokker har invitert oss med til å få ei rolle på dokkar årsmøte. Eg er viss på at eit slikt nært samarbeid vil vera ein fordel for begge våre organisasjonar.

Takk for samarbeidet med Gynekologen! Eg er imponert over korleis Tale Meinich har utvikla eit allereie flott medlemstidsskrift.

Tusen takk til alle fantastiske medlemmer i FUGO! Takk for tilliten! Takk for at dokker er aktive på facebookside vår og hjelper kollegene dokkars med spørsmål. Takk for at dokker kjem på generalforsamlinga vår. Takk for at dokker stiller til val. Takk for at dokker er kontaktpersonar for oss på avdelingane dokkar. Takk for at dokker er så entusiastiske og stiller når me har arrangerer kurs og kampanjer. Takk for at dokker kontakter oss når det er noko dokker lurar på eller meiner me kan gjera betre. Vær snille og fortsett med alt dette!

Eg ønsker å gratulera Mina Eskeland som nyvald leiar i FUGO! Eg er viss på at du vil styra FUGO med dei tryggaste hendene. Gratulera også til Solveig Bellmo som nyvald leiar i NGF! Eg er sikker på at det gode samarbeidet mellom FUGO og NGF vil ha dei beste føresetnader til å fortsetja med to så bra kvinner ved rora. Tusen takk til avtroppande styremedlem Aslak Vimme Solhoff for din strålende jobb med kampanjen «Trygge hender»! Me er alle stolte over kor bra den har blitt, og eg håper du tek med deg alle dei gode tilbakemeldingane me har fått på den. Gratulera til våre nye styremedlemmer Rannveig Stokke frå Skien og Eilin Austreid frå SUS! Håper dokker får det like kjekt i FUGO som det eg har hatt.

Ønsker dokker alle ei fredeleg jul.

Takk for meg!

*Øystein Bergøy*

## Referat fra FUGO-formøte 25.10.23

Velkommen til møte ved Mina.

Går gjennom saksliste av generalforsamling.

1. Godkjenning av innkalling og saksliste.
2. Ordstyrer Mina er valgt.
3. Referant Are Larsen

Styrets arbeid.

Mina / Gynekologen.

Are / NFYOG

Aslak / Trygge hender

Morten / NGF

Sukh / FUGO-kurs

Siri / ENTOG

Regnskapet godtas.

Valgkomiteen har innstilt 2 kandidater

1. Rannveig Stokke
2. Eilin Austreid

Ingen motforestillinger, velges inn i styret.

Mina innstilles som leder.

Spes kom v/ Ragnhild Schwartz legger frem Spes koms Virke.

Formøte avsluttes.



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

# EN TABLETT OM DAGEN MOT MYOMER<sup>1</sup>

- Over 80 % blødningsreduksjon i uke 24<sup>2</sup>
- 70 % har amenoré etter 1 år<sup>3\*</sup>
- Bevarer bentettheten etter 2 år<sup>1</sup>



### Ryeqo® (relugoliks, østradiol, noretisteronacetat)

\* 50 % VED 24 UKER<sup>2</sup>

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.: H01CC54. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. Kan forskrives på blå resept.

TABLETTER, filmdrasjerte 40 mg/1 mg/0,5 mg. **Indikasjoner:** Ryeqo er indisert hos voksne kvinner i fertil alder til: behandling av moderate til alvorlige symptomer på myomer og endometriose hos kvinner som tidligere har fått medisinsk eller kirurgisk behandling for endometriose. **Dosering:** 1 tablett 1 gang daglig. Kan tas uten avbrudd. Det anbefales å utføre en dobbelt radioabsorpsjonsmetri (DXA) etter 1 år med behandling. Ved risikofaktorer for osteoporose eller tap av benmasse, anbefales det å utføre en DXA-skanning før behandling med Ryeqo igangsettes. Når behandlingen innledes, skal 1. tablett tas innen 5 dager etter menstruasjonsstart. Dersom behandlingen startes en annen dag i menstruasjonszyklusen, kan det innledningsvis oppstå uregelmessig og/eller kraftig blødning. Graviditet må utelukkes før behandling innledes. Ryeqo kan tas uten avbrudd. Seponering bør vurderes når pasienten når menopausen, da det er kjent at symptomene på både myomer og endometriose går tilbake når menopausen begynner. **Glemt dose:** Hvis en tablett glemmes, skal den glemte tablett tas så snart som mulig, og deretter skal en tablett tas neste dag til vanlig tid. Hvis tabletter 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. **Kontraindisasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Tidligere eller nåværende 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 igangsettning eller gjenopptak skal det foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familleanamnese). 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 igangsettning. 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:** Gjennomsnittlig reduksjon i BMT i løpet av det første året med behandling med Ryeqo var 0,69 %. Det ble imidlertid observert >3 % reduksjon hos 21 % av pasientene. Nytt og risiko ved bruk hos pasienter med tidligere lavtraumefrakture 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 eggløsning kommer tilbake kort tid etter avsluttet behandling. Alternativ prevensjon må derfor startes umiddelbart etter avsluttet behandling. **Redusert evne til å gjenkjenne graviditet:** Ufør graviditetstest ved mistenkt graviditet, og seponer behandlingen dersom graviditet bekreftes. **Fremfall eller avstøtning av submukost myom:** Kvinner som har eller mistenkes å ha submukose myomer, skal informeres om muligheten for prolaps eller avstøtning av myomer, og de bør kontakte lege om alvorlig blødning gjenopstår. **Depresjon:** Kvinner med tidligere depresjon skal følges nøye. Skal seponeres dersom depresjon vender tilbake i alvorlig grad. Kvinnen skal rådes til å kontakte lege ved humørsvingninger og depressive symptomer, også kort tid etter behandlingsoppstart. **Hypertensjon:** Om klinisk signifikant hypertensjon oppstår, bør dette behandles, og nytten av fortsatt behandling vurderes. **Galleblæresykdom:** Tilstander som galleblæresykdom, cholelithiasis og kolecystitt er sett, men sammenheng med preparatet er uklar. **Laboratorietester:** Bruk av østrogen og gestagen kan påvirke resultatene av visse laboratorietester. Endringene forblir vanligvis innenfor normalområdet. **Hjelpetoffer:** Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.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 i 2 uker etter seponering. Fertilitet: Hemmer eggløsning og forårsaker ofte amenoré. Eggløsning og menstruasjonsblødning vil komme tilbake kort tid etter avsluttet behandling. **Bivirkninger:** De hyppigste bivirkningene er hodepine, hetetokter, og blødning fra livmoren. **Andre vanlige bivirkninger:** alopesi, hyperhidrose, nattesvette, nedsatt libido, vulvovaginal tørrhet og irritabilitet. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftnormasjonens anbefalinger for østrogen G03C og progestogener G03D på felleskatalogen.no. **Pakninger og priser (pr. 13.11.2023):** 28 stk. (flaske) kr. 1 343,40. 3x28 stk (flaske) kr. 3761,70 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 10.2023. **Refusjon:** Blå resept: Ja. Byttbar: Ja (byttegruppe 002703). **Innehaver av markedsføringsstillatelsen:** 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](http://www.felleskatalogen.no) Sist endret: 13.11.2023.

RYE-DEC23-NO-23316



GEDEON RICHTER

Gedeon Richter Nordic AB, Barnhusgatan 22, 5tr, 111 23 Stockholm.

# Siste nytt fra Spesialitetskomiteen



**Christine Hancke**  
Leder av Spesialitetskomiteen

Først og fremst tusen takk til Haugesund for et flott årsmøte! Det var et veldig bra faglig program og flott sosialt program. Veldig gøy å få være med på prisutdeling i Amanda-stil og ikke minst bli presentert av Ghost Busters! I år ble forbildeprisen gitt til Dordi Bogfjellmo. Se mer om begrunnelsen i egen artikkel.

Spesialitetskomiteene har som kanskje mange har fått med seg mistet myndighet etter omlegging av ny LIS-utdanning. Vi har nå kun en rådgivende funksjon under legeforeningen. Dette er jo kilde til litt frustrasjon, ikke minst hos oss! Men vi prøver å påvirke så godt vi kan der vi ser behovet. Som tidligere nevnt får vi ikke lenger Serus-rapporter fra LIS, og det kan da være vanskelig å finne ut av oss selv hvor skoen trykker. Heldigvis får vi fortsatt dra rundt på klinikkbesøk, og det gir oss litt innblikk i hvordan ny ordning fungerer og gjennomføres på de forskjellige utdanningsinstitusjonene. Uansett opplever vi at avdelingene fortsatt gjør grundig forarbeide og tar oss meget godt imot når vi først kommer. Det setter vi veldig stor pris på!

Benytter anledningen i dette, som blir min siste hilsen fra Spesialitetskomiteen, til å takke for min tid som leder. Det har vært en spennende oppgave. En enestående gjeng som er positive, smarte og arbeidsomme har gjort det til et meget hyggelig verv! Fra januar er Nora Johansen ny leder i Spesialitetskomiteen. Jeg blir ut min tid i ett år til som vanlig medlem.

Ønsker alle en fin advent og juletid fremover mens mørket faller på og lysene blir tent!



## Gynekologisk Guidelinemøte

25.-26. januar 2024

Bergen

Clarion Bergen Airport Hotel

**Bli med å påvirke Veileder i gynekologi, få en faglig boost og treff gode kollegaer!**

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

**Meld deg på!**



# Nytt reseptbelagt legemiddel i Norge Spesifikt fremstilt for behandling av svangerskapskvalme

- 80% forbedring av svangerskapskvalme<sup>1</sup>
- Ingen økt risiko for misdannelser<sup>2, 3</sup>
- Individtilpasset dosering

Brukt av over  
33 millioner  
gravide<sup>4</sup>



**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 blærehalsobstruksjon. 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, opiater 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 oppvaktethet, som å kjøre eller bruke maskiner, bør unngås. **Bivirkninger:** Hyppigst rapporterte var somnolens. Alvorlig dødsighet 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.



# Årsmøte for Norsk gynekologisk forening i Haugesund 25.-27. oktober 2023

Haugesund viste seg fra sin beste side da NGF inntok byen onsdag 25. oktober. Vindstille pent vær. En spent – men klar – lokal komité møtte forventningsfulle kollegaer fra fjern og nær. Vi var blitt forberedt på mulig lav deltagelse grunnet nesten sammenfallende tidspunkt med NFOG-kongress i Trondheim i august. Men, dystre prognoser ble gjort til skamme, og påmeldingen var riktig så god.

Skrevet av Klaus Oddenes, LOK-leder. Foto ved nettredaktør Inga Vengen, nettredator i NGF

FUGO startet onsdag formiddag med kurs i Urogynekologi. Det var godt oppmøte og veldig fornøyde deltagere.

Lederforum og ulike formøter gikk alle som planlagt, med spennende innlegg og gode diskusjoner.

Kveldens *Get Together* var i maritime og rustikke omgivelser på Høvleriet, rett ved siden av konferanshotellet. Spekemat og betasuppe stod på menyen. Maten var god og passende til både omgivelser og utetemperatur.

”The Incredible Rubberman - Captain Frodo” stod for usedvanlig fleksibel underholdning. Praten og minglingen gikk livlig for seg, som seg hør og bør når en treffer gode venner og kollegaer en ikke har sett på en stund.

For de sprekeste morgenfuglene var det torsdag morgen lagt opp til enten Yoga-time eller en fem kilometer lang løpetur i sentrum som endte i et forfriskende saunabesøk med sjøbad.

Offisiell åpning av møtet ble gjort ved avtroppende ordfører i Haugesund, dr. Arne-Christian Mohn. Det kulturelle innslaget stod bandet «Liebertango» for, og de satte tonen for resten av



Get together: Kaptein Frodo tok seg gjennom to tennis-raketter. Kvalmende på en underholdende måte!



Key note lecture ved Gaby Moawad - The roadmap to automated surgery.



Ordfører Arne-Christian Mohn, tidligeree gastrokirurg, introduserte oss for Haugesund og fortalte hvorfor han aldri ble gynekolog.



Fysioterapeut og sexolog Jenny Toftner



Sesjon om sjeldne tilstander innenfor gynekologien

arrangementet med høy presisjon og kvalitet i verdensklasse. Keynoten ved dr. Gaby Moawad ga oss et spennende innblikk i hvordan fremtidens kirurgi vil arte seg.

Det faglige programmet, sydd sammen av vitenskapelig sekretær Solveig Bjellmo, var variert og med gode innslag som favnet hele bredden i faget. Både generell gynekologi, gynekologisk onkologi, obstetikk og føtal medisin var alle godt representert.



Siste sesjon var om vulvodyni.

Den fagpolitiske debatten om hvordan å beholde generalisten var en meget engasjerende og viktig post på programmet.

Fredagen ettermiddag var det satt inn en veldig interessant sesjon om Vulvodyni. Kombinasjonen faglig interessant program og felles transport til flyplass gjorde at det var gledelig mange til stede helt til siste slutt.



Klaus Oddenes and Eli Wiksnes at your cervix!



John Christian Glent (leder Norsk kirurgisk forening) fortalte om motbakkeløp for generell kirurgi.



Klaus Oddenes åpner ballet.



Årsmøtemiddag



Obstetriske menn

Men, vi må jo også nevne det som vi i lokal komité hadde jobbet aller mest med, nemlig banketten og festmiddag-showet.

Maritim Hall er et sted der store konserter holdes, og årsmøtet til NGF dro nytte av samme profesjonelle lys- og lydrigg. Kvelden var planlagt med minuttpresisjon. Kjøreplanen var tettepakket og planlagt ned til hver minste detalj. Haugesund har en anerkjent og årlig filmfestival og Amanda-prisutdelingsshow. Alle de tradisjonsrike årsmøteinnslagene var derfor pakket inn som nettopp et Award-show, med en variert reise i filmens verden.

Kveldens verter, Eli Wiksnes og Klaus Oddenes, ledet forsamlingen gjennom programmet med stødig hånd.

Et av kveldens høydepunkter var opptredenen med «De Obstetriske Menn».

Med skikkelig lys- og lydrigg fikk de virkelig ut sitt fulle potensial. De var tøffe, presise og herlig morsomme.

Avtroppende leder Ragnar Kvie Sande ble hedret for sin innsats som leder av NGF, og han fikk med dette også æren av å være den aller første til å få utdelt glass-statuetten «den gylne dråpe foster-vann». Han fikk gitt stafettpinnen (jordmor-/pinardstetoskopet) videre til Solveig Bjellmo.

Gynekologisk forening er dermed videre sikret og ivaretatt i de tryggeste hender.



LOK fester seint og tidlig!



NGF-styret



Vitenskapelig sekretær og påtroppende leder Solveig Bjellmo



Leiars tale



Nachpiel som seg hør og bør

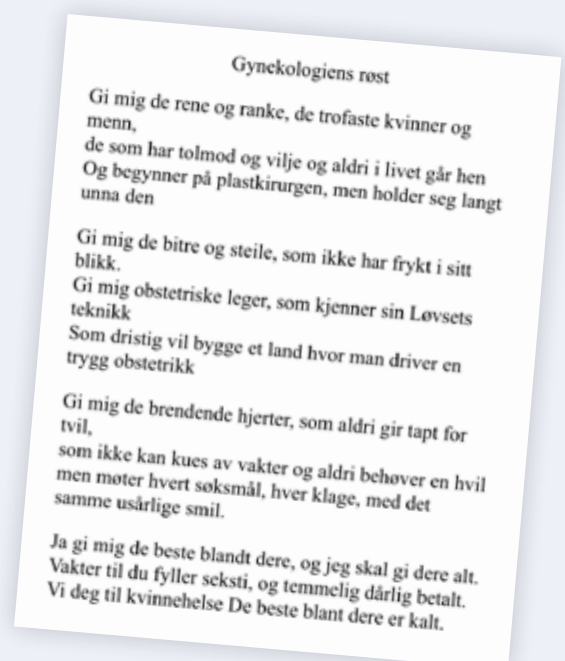
Styret fremførte Gynekologiens Røst, en rungende flott hymne til Norges gynekologer, med istemmende allsang fra salen.

Priser ble delt ut til velfortjente vinnere og kan leses om på de påfølgende sidene av dette bladet. Den særlig høythengende Hedersprisen ble delt ut til Jone Trovik. Et riktig og velfortjent valg. Det ble også delt ut diplom til nye spesialister.

Stafettpinnen (eller rettere sagt OL-fakkelen) ble deretter gitt videre til Lillehammer, som stilte med raske briller og underholdende film.

Vi i Lokal komité Haugesund takker herved for oss.

**Velkommen tilbake til Årsmøte i NGF på Lillehammer  
23.-25. oktober 2024. Vi gleder oss!**



### Gynekologiens røst

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

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

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

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



# Norsk Gynekologisk Forening sin heiderspris 2023

## Jone Trovik

Skrevet av avtroppande NGF-leiar Ragnar Kvie Sande

Jone er kjend som ein dyktig kliniskar, forskar og undervisar. Ho ville opprinneleg bli veterinær, men fordi ho ikkje hadde lyst til å stå midt på natta med armen opp i diverse kroppsoprisingar, valde ho å bli lege i staden. Ho har vore engasjert i Norsk Gynekologisk Forening i ei årrekke, hennar pågangsmot, arbeidskapasitet og humør har kome foreninga til gode i rikt monn. Om vi ser gjennom årsmøteutgåvene av Gynekologen, er det eit namn som går igjen oftare enn noko anna, ei kvinne som har bidratt med ein haug abstracts til kvart einaste årsmøte!

Jone er fødd, oppvaksen, busett og arbeider i Bergen. Ho har hatt sitt kliniske virke i hovudsak innan gynekologien, men dei av oss om har sett henne i aksjon på ei fødestove, kan stå inne for at ho meistarar også denne delen av faget til fulle. Ho tok doktorgrad på reseptorar ved endometriecancer og har eit professorat ved UiB. Ho har eit brennande engasjement for medsinutdanninga (kva

har Jone IKKJE eit brennande engasjement for?), og mange unge gynekologar kan takke Jone for å ha inspirert dei inn i faget.

Jone sat som leiar i NGF 2014-2016, ei spennade tid for foreninga, då Jone heldt den faglege fanen høgt og stod på barrikadene for NGF sitt sjølvstendige faglege ansvar opp mot direktorat og departement.

Til sist må vi ikkje gløyme å nemne Jone sin interesse for svangerskapskvalme, ho har lagt ned eit betydeleg arbeid (kvar har Jone IKKJE lagt ned eit betydeleg arbeid?) for desse kvinnene, både klinisk og vitskapeleg.

Norsk Gynekologisk Forenings Hederspris for 2023 vart høgst fortent tildelt Jone Trovik, under foreninga sitt årsmøte i Haugesund 26/10 2023!



# 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.<sup>1\*</sup>

**Behandling med Utrogestan® vil kunne føre til en årlig besparelse på ca. 120 millioner NOK.<sup>1</sup>**

Tallet er unøyaktig, og kan være forbundet med usikkerhet.



**Kontraindikasjoner:** Gulstott. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Udiagnostisert vaginalblødning. Karsinom i bryster 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](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

# Nyhet!

## Gynoflor – eneste kombinasjon av laveste dose østrogen og melkesyrebakterier!<sup>1,2</sup>

- 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

### Eneste kombinasjon med dobbeltvirkende effekt<sup>1,3</sup>

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:** Gjenopprettelse 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](http://www.legemiddelsok.no). **3)** Mueck, A.O., Ruan, X., Prasauskas, V., Grob, P., and Ortman, O., Treatment of vaginal atrophy with estriol and lactobacilli combination: a clinical review. Climacteric, 2018; 21(2): 140-147.



## Forbildeprisen 2023

# Dordi Borgfjellmo

Forbildeprisen er en svært høythengende pris som gis til en kollega som ofrer mye tid på å lære opp LIS, og som gjør det på en forbillig måte som engasjerer og inspirer.

Forbildet kan være ung, gammel, forsker eller ikke forsker, men han eller hun MÅ brenne for LIS-utdanning. Man må ikke nødvendigvis ha kontroll over alle læringsmål i kompetanseportalen, men vise forbi enhver tvil at han eller hun oppriktig brenner for utdanning av yngre kolleger.

Vi fikk inn flere gode forslag i år, men avgjørelsen var enstemmig.

I en tid med etterdønninger av pandemien, innføring av nye digitale plattformer, høye renter og mye negativt fokus på faget er det lett å miste motet. Da er det ekstra viktig med kollegaer som holder på engasjementet sitt og fortsetter å jobbe for best mulig ivaretagelse og utdanning av lis.

Årets vinner har definitivt gjort dette. Der mange ville brukt ledig tid på sinte leserinnlegg om f. eks. helseplattformen, har hun fortsatt å fokusere på omsorg og engasjement for LIS.

Hun beskrives som en bauta på avdelingen med et hjerte av gull. Hun kan oppleves litt streng, men på en god måte som inspirerer til ytterligere læring. Og hun er alltid rettferdig. Hun rykker gladelig ut utenom vakt for bistand, og hun deler raust både faglige råd og godbiter fra eget drivhus.

Hun er et glimrende eksempel på generalisten som til daglig både må beherske både skummel obstetrik og avansert endoskopi. Gode forbilder på avdelinger der man ofte står alene i vanskelige situasjoner er kanskje ekstra viktig, fordi rekruttering til disse avdelingene er som kjent utfordrende. Ikke nok med at man må være oppdatert i både fødselshjelp, laparoskopi, IVF, gynekologisk onkologi og urogynekologi – i tillegg må man bo i «gokk»...

Oppsummert er de to ordene som best beskriver årets vinner, i følge LIS på avdelingen, dyktig og omsorgsfull. Hun SER.

Årets vinner er overlege på Levanger sykehus, Dordi Borgfjellmo. Vi gratulerer!



## Utdanningsprisen 2023

# *Sykehuset Innlandet Gjøvik*

Sykehuset Innlandet Gjøvik er den velfortjente vinneren av Utdanningsprisen 2023. Det var andre året på rad vi i FUGO fikk æren av å dele ut denne høythengende prisen. Vinneren ble kåret gjennom et spørreskjema som vi sendte ut til alle LIS i gynekologi og obstetikk i sommer. Vi fikk 112 svar fra 27 forskjellige sykehus spredt over hele landet. Sykehuset Innlandet Gjøvik var den klare vinneren. LIS her anga blant annet at de i svært stor grad får

slippe til på gynekologiske operasjoner, at de føler seg satt pris på i avdelingen og at de blir godt tatt vare på ved uønskede hendelser. LIS svarte at de opplever svært god progresjon i utdanningen sin og forventer å bli spesialister på normert tid. De ga arbeidsmiljøet og trivsel på arbeidsplassen toppskår og var helt enige om at de ønsker å fortsette på arbeidsplassen. Vi gratulerer Sykehuset Innlandet Gjøvik med Utdanningsprisen 2023!



## «Trygge hender» rundet av med resultater og prisutdelinger

Kjære Norges LIS og overleger. Under NGF's årsmøte i Haugesund ble resultatene av «Trygge hender» avslørt, og vinnerne i kampanjens konkurranser ble kåret.

Her er resultatene kort oppsummert:

- 240 LIS fra 29 avdelinger deltok. Det er totalt 31 avdelinger som utdanner LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer i Norge
- 223 LIS (92%) sertifisert i modul 1 i tidsrommet 11.11.22 – 09.01.23
- 126 LIS (52%) sertifisert i modul 2 i tidsrommet 10.01.23 – 03.04.23
- 96 LIS (40%) sertifisert i modul 3 i tidsrommet 04.04.23 – 01.10.23

Utenom gitt tid i kampanjen har flere LIS gjennomgått modulene, inkludert LIS som har startet i faget i kampanjens løp. Vi har også fått tilbakemeldinger om at flere sykehus har gjennomført trening med jordmødre og overleger.

Vinnerne av «Trygge hender» er følgende:

- Sykehusene med flest sertifiserte LIS ilt kampanjen ble hedret med prisen «Norges Tryggeste hender»:
  - Førsteplass: Haukeland og Voss (97% sertifiserte LIS)
  - Andre plass: Ullevål og Rikshospitalet (94% sertifiserte LIS)
  - Tredjeplass: Tromsø og Hammerfest (91% sertifiserte LIS)
- «Ildsjel»-prisen gikk til Overlege Camilla Bowen ved OUS Ullevål. (bilde nede til venstre)
- Statuetten for «Best Picture» gikk til Sykehuset i Lillehammer.

Gratulerer så mye til alle vinnerne!

«Trygge hender»-kampanjen er nå ferdig. Vi håper likevel at avdelingene vil fortsette å sertifisere LIS i «Trygge hender». LIS har gitt gode tilbakemeldinger om en følelse av økt trygghet på fødestuen etter gjennomført opplæring. Vi ønsker å beskrive dette mer i detalj i neste utgave av gynekologen, etter at vi har innhentet flere tilbakemeldinger. Ved å skape trygge LIS, skaper vi trygge forløsninger!

Lykke til videre, og god trening!



Foto: Per Olav Spølberg

## Beste frie foredrag i Gynekologi

# Christiane Gjerde

Christiane Helgestad Gjerde er lege og stipendiat ved CC BIO, Universitetet i Bergen/Helse Bergen HF. Hovedveileder er Line Bjørge, CC BIO, Universitetet i Bergen/Helse Bergen HF.

Eggstokkreft rammer rundt 500 personer i Norge hvert år. Prognosen er dårlig, og bare halparten av pasientene blir kurerte. Dette skyldes hovedsakelig at sykdommen allerede har spredt seg på diagnosetidspunktet, samt utvikling av medikamentresistens. Ved tilbakefall har vi ingen kurativ behandling å tilby. Immunterapi i form av sjekkpunkthemmere har vist seg i flere kliniske studier å ikke være effektive mot epitelial eggstokkreft.

Gode prekliniske modeller er viktige verktøy for å utvikle nye behandlinger og teste effekten av behandlingene før de vurderes i kliniske studier. Vår forskningsgruppe jobber med å utvikle bedre prekliniske modeller for eggstokkreft, og tidligere har vi utviklet avanserte dyremodeller. Dyremodeller er tid- og ressurskrevende, og det jobbes med å fase ut bruken av dyr i medisinsk forskning generelt. Derfor er det behov for bedre *in vitro*-modeller. Fokuset i mitt doktorgradsprosjekt er utvikling av tredimensjonale (3D) *in vitro* cellekulturer. I prosjektet har vi utviklet «minisvulster» fra eggstokkreft.

Tradisjonelt har 3D cellekulturer blitt etablert ved hjelp av en kunstig gelé, laget av basalmembranproteiner. Den fungerer som en ekstracellulær matriks som holder cellene på plass. Sammensetningen og strukturen av proteinene i geléen er ulik den vi finner i ekte vev, og det kan påvirke hvordan cellene oppfører seg. Vi har isteden brukt peritoneum fra gris, hvor vi har fjernet cellene, slik

at vi står igjen med kun den ekstracellulære matriksen. Den har lignende struktur, proteinsammensetning og fysiske egenskaper som human peritoneum. Vi har dyrket eggstokkreftceller på decellulær peritoneum, og da vokser de som minisvulster med et lignende vekstmønster som man ser ved peritoneal karsinomatose hos pasienter med eggstokkreft.

I studien har vi brukt minisvulstene til å teste effekten av en ny type immunterapi. Ved CAR T-celleterapi vil genmodifiserte immunceller kunne gjenkjenne spesifikke antigener på kreftcellene, og ved å infiltrere kreftsvulsten har de potensialet til å overkomme immunsuppresjon som vanligvis finnes i svulsten. Vi har testet CAR T-celler utviklet spesielt mot eggstokkreft. Vi tilsatte CAR T-cellene til minisvulstene *in vitro*. Med et avansert mikroskop observerte vi at CAR T-cellene svært effektivt utryddet minisvulstene. Resultatene er sammenlignbare med funn fra *in vivo* dyremodeller.

Under presentasjonen viste jeg hvordan våre 3D *in vitro* minisvulster kan brukes til å evaluere effekten av nye behandlinger mot eggstokkreft. Vi jobber med å gjøre modellen enda likere *in vivo* svulster. Preklinisk testing er et viktig steg før kliniske studier, og bedre *in vitro*-modeller kan bidra til å raskere gjøre nye behandlinger tilgjengelig for pasienter.



## Beste frie foredrag i Obstetrikk

# Janne Rossen

Janne Rossen jobber som overlege ved Sørlandet sykehus, Kristiansand. Hun veileder PhD-stipendiat Fride Efstad Austad som har gjennomført en multisenter randomisert-kontrollert studie om hjemminduksjon med oral misoprostol tabletter for kvinner med lavrisikosvangerskap. De første foreløpige resultatene om tilfredshet i fødsel ble presentert på årsmøtet.

Bakgrunnen for studien er økningen av induksjoner. Indikasjonene for induksjon utvides noe, som også medfører flere induksjoner ved lavere gestasjonslengde. Det resulterer i økt andel av relativt friske kvinner med ukompliserte svangerskap i gruppen av induserte kvinner. Mens induksjon av fødsel tradisjonelt tilbys på sykehus, har det vært et skifte mot hjemmeinduksjon til tross for manglende evidens rundt pasienttilfredshet og øvrig utfall av fødselen.

Målet med studien er å undersøke om det er forskjell i tilfredshet og utfall av fødselen samt, utføre en kostnadsanalyse i gruppen av kvinner som er hjemme versus innlagt i starten av induksjonen med oral misoprostol.

Vi har inkludert 302 kvinner med lavrisikosvangerskap etter forhåndsdefinerte kriterier, fra 7 sykehus i alle helseregionene i Norge (Sørlandet sykehus, St Olavs hospital, Haukeland Universitetssykehus, Nordlandssykehuset, Sykehuset i Østfold, Sykehuset i Vestfold). Induksjon av fødsel var bestemt før kvinnene ble randomisert 1:1 til 25ug oral misoprostol hjemme eller som inne-liggende pasient. Studiedeltakere ble invitert til å svare på spørre-

skjemaer om fødsel (CEQ, Childbirth Experience Questionnaire) og induksjon (EXIT, Experiences of Labor Tool). Opplysninger om fødselsutfall ble innhentet fra pasientjournaler.

Studiepopulasjonen besto av 58% (141/302) nullipara, og totalt ble 53% (161/302) av kvinnene randomisert til hjemmeinduksjon. Spørreskjemaene ble besvart av 84% (254/302). Samlet sett var CEQ-skår høyere i gruppen hjemmeinduksjon vs innlagt, (3.15 vs 3.00,  $p=0.01$ ), men mean EXIT-score var ikke signifikant høyere (3.31 vs 3.16,  $p=0.09$ ). Stratifisert på paritet var det signifikant bedre opplevelse både av fødselen og induksjonen hos fleregangsfødende (CEQ og EXIT score). Signifikant flere kvinner, både første- og fleregangsfødende, som hadde blitt indusert hjemme ville startet induksjonen hjemme igjen samt anbefalt det til en venninne. Det var ikke rapportert alvorlige hendelser hos mor eller barn.

Hjemmeinduksjon med misoprostol tabletter bør være et tilbud til kvinner med lav risiko for komplikasjoner i fødsel, særlig fleregangsfødende. Vi håper å kunne presentere videre data fra studien inkludert fødselsutfall og kostnadsanalyse på årsmøtet i Lillehammer 2024.



## 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





## Juryens posterpris

# Berit Rein Solhaug

### TVTOPP studien: Tensjonsfri VaginalTape kirurgi - OPPfølging etter 10 og 20 år

Berit Rein Solhaug er stipendiat og gynekolog ved NTNU og St. Olavs Hospital i Trondheim. Hovedveileder er Ingrid Volløyhaug og biveiledere er Maria Øyasæter Nyhus og Rune Svenningsen.

Urinlekkasje ved anstrengelse, såkalt stressinkontinens, rammer en stor del av den kvinnelige befolkningen. Tensjonsfri vaginal tape (TVT) er førstevalget i kirurgisk behandling av stressinkontinens. Prosedyren gir høy kurasjonsrate og få komplikasjoner ved kort og mellomlang oppfølging. I løpet av de 5-7 siste årene har det vært en del negativ omtale av TVT og liknende prosedyrer som benytter syntetiske implantater (polypropylen). Erosjon av polypropylenbåndet er en kjent langtidskomplikasjon og i noen land har man gått bort fra å tilby TVT. Det har videre vært spesielt fokus på smerter i skjeden. Til tross for dette mangler man i dag langtidsstudier som undersøker forekomsten av og årsaken til langtidskomplikasjoner.

TVTOPP-studien er en langtidsoppfølgingsstudie der man har brukt Norsk Kvinnelig inkontinensregister (NKIR) for å identifisere kvinner som har blitt operert med TVT mellom 2001 til 2012. Alle sykehus i Norge som registrerer i NKIR har blitt invitert til å bli med i studien. 19 sykehus er med, og til sammen 1210 kvinner har fullført et spørreskjema med blant annet spørsmål om urinlekkasje, livskvalitet og smerter. 268 kvinner fra tre sykehus ble i tillegg undersøkt. Resultater viser at 80 % av kvinnene er fornøyde etter TVT operasjon og at kun 3,5 % har smerter relatert til TVT opp til 20 år etter kirurgi.

Våre funn indikerer at TVT er effektivt opp til 20 år etter kirurgi, og at det er få komplikasjoner. Dette er viktig informasjon for kvinner som lider av stressinkontinens og for gynekologer som vurderer og behandler pasienter som har disse plagene.



## Publikumsprisen for beste poster

# Torbjørn Eggebø

I 2004 kritiserte Helsetilsynet fødeavdelingen ved Stavanger Universitetssjukehus for høy forekomst av sfinkterskade. Mange observasjonsstudier har vist umiddelbar reduksjon av sfinkterskade etter innføring av perineal støtte. Nyttverdien diskuteres stadig fordi effekten ikke er vist i randomiserte studier. Umiddelbar endring kan skyldes Hawthorne effekt. Vi ønsket å undersøke den langvarige effekten av perineal støtte (15 år).

Vi gjorde en retrospektiv kohortstudie ved Stavanger universitetssjukehus fra 1999 til 2021 og inkluderte kvinner som fødte ett foster i hodeleie vaginalt til termin.

Det finske konsept for perineal støtte ble innført i januar 2007. Samtidig innførte avdelingen lateral episiotomi når indisert. Alle jordmødre og leger fikk individuell trening første halvår 2007.

Forekomsten av sfinkterskade var 5% i perioden 1999-2006 og holdt seg stabil omkring 2% i perioden 2007-2021

Innføring av det finske konsept for perineal støtte (kombinert med lateral episiotomi når indisert) har vist langvarig effekt i vår populasjon.

Vi ønsket også å studere sammenhengen mellom episiotomi og andre risikofaktorer som er kjent for forløsningen med sfinkterskade hos førstegangsfødende. Episiotomi var assosiert med signifikant lavere forekomst av sfinkterskade hos førstegangsfødende kvinner med operativ vaginal fødsel. Justering for mors alder, svangerskapslengde, oksytosin stimulering og epiduralbedøvelse endret ikke resultatene.



**Zejula har refusjon for indikasjonene – monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med:**

- **Fremskreden (FIGO stadium III eller IV) høygradig ovariekreft, kreft i eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) etter fullføring av førstelinje platinabasert kjemoterapi.**
- **Tilbakefall av platinasensitiv, høygradig serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi<sup>1-5</sup>**



**Ved 4 års-oppfølgning hadde HRd-pasienter behandlet med Zejula en lavere sannsynlighet for sykdomsprogresjon eller død vs placebo gruppen: 38% med Zejula vs 17% med placebo.<sup>6</sup>**



**12 % seponerte behandling på grunn av bivirkninger<sup>7</sup>**  
**Individualisert startdose kan redusere frekvens av bivirkninger og opprettholde effekt<sup>7</sup>**

**Startdose<sup>1</sup>:**

Dersom baseline vekt: <77 kg,  
eller blodplater <150,000/µl



**Startdose<sup>1</sup>:**

Dersom baseline vekt: ≥77 kg,  
og blodplater ≥150,000/µl



**UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON**

**Kontraindikasjon**

Amming

**Forsiktighetsregler**

*Hematologiske bivirkninger* (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave trombocytterverdier ved baseline kan ha økt risiko for trombocytopeni av grad 3+. Ukentlig overvåkning av komplett blodstatus 1. behandlingsmåned er anbefalt, deretter månedlig i 10 måneder, og deretter regelmessig. Grunnet risikoen for trombocytopeni, bør antikoagulantia og legemidler som er vist å redusere trombocytterverdiene brukes med forsiktighet. *Tilfeller av myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML)* har blitt observert hos pasienter som ble behandlet med Zejula som monoterapi eller kombinasjonsterapi i kliniske studier og etter markedsføring. Hypertensjon, inkludert hypertensiv krise, er rapportert med bruk av Zejula. Blodtrykket bør overvåkes minst ukentlig i to måneder, etterfulgt av månedlig overvåkning i det første året og deretter regelmessig under behandling med Zejula. Posterior reversibel encefalopati-syndrom (PRES) er en sjelden, reversibel neurologisk sykdom som kan oppstå med raskt utviklende symptomer, inkludert hypertensjon. Det anbefales å seponere Zejula ved PRES og behandle spesifikke

symptomer. *Graviditet, amming og fertilitet*. Skal ikke brukes under graviditet eller hos fertile kvinner som ikke ønsker å bruke veldig sikker prevensjon under behandlingen og i 6 måneder etter siste dose. Graviditetstest bør utføres på alle fertile kvinner før oppstart av behandling.

**Bivirkninger**

≥ 10 % av studiepasientene fikk følgende bivirkninger: Kvalme, anemi, trombocytopeni, fatigue, konstipasjon, oppkast, hodepine, insomni, redusert trombocytterverdi, nøytropeni, abdominalsmerter, redusert appetitt, diaré, dyspné, hypertensjon, asteni, svimmelhet, redusert nøytrofilverdi, hoste, artralgi, ryggsmerte, redusert leukocytterverdi og hetetokter. De vanligste alvorlige bivirkningene > 1 % (behandlingsrelaterte frekvenser) var trombocytopeni og anemi.

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

**Pakninger og priser:** Maksimalpriser: 56 stk. (blister) kr 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 er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved førstelinjebehandling av BRCA-positive pasienter og andrelinjebehandling av BRCA-negative og BRCA-positive pasienter. Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

**Referanser:** 1. ZEJULA (niraparib). Summary of Product Characteristics. 2. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iv> 3. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii-revurdering> 4. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iii> 5. [https://nyemetoder.no/Documents/Beslutninger/Beslutningsforum%2012122022\\_Protokoll.pdf](https://nyemetoder.no/Documents/Beslutninger/Beslutningsforum%2012122022_Protokoll.pdf) 6. González-Martín A et al. European Journal of Cancer DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2023.04.024>. 7. González-Martín A, et al. N Engl J Med. 2019;381(25):2391–2402.

Philosophiae doctor (PhD)  
Norsk gynekologisk forening gratulerer

# Pawel Wilkosz disputerte 15. mai 2023

## The impact of unilateral oophorectomy on follicle dynamics, reproductive ageing, and infertility treatment



DOKTORAND: **Pawel Wilkosz**

GRAD: **PhD**

FAKULTET: **Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo**

INSTITUTT: **Institutt for klinisk medisin**

FAGOMRÅDE: **Reproduksjonsmedisin**

VEILEDERE: **Gareth D. Greggains  
Marit Lieng  
Tom G. Tanbo**

DISPUTASDATO: **15.05.2023**

Formålet med denne doktorgradsavhandlingen var å gi innsikt i de biologiske og kliniske faktorene hos kvinner som gjennomgår unilateral oophorektomi (UO - fjernelse av en eggstokk), og på grunnlag av dette etablere klare anbefalinger for denne pasientgruppen, spesielt i forhold til fremtidig fruktbarhet.

Alder regnes som en av de viktigste faktorene for fruktbarhet og suksess i infertilitetsbehandling. Nedgang i follikkelreserve, dvs. antall egganlegg i eggstokkene, begynner allerede i fosterlivet og fortsetter å synke til et svært lavt nivå når menopausen inntrer. Flere har forsøkt å finne en passende matematisk modell for denne reduksjonshastigheten. Ingen studier har imidlertid gjort rede for om denne reproduktive nedgangen hos kvinner er follikkelavhengig, eller om prosessen har en direkte sammenheng med kvinnens aldring.

Det første delprosjektet i avhandlingen forsøkte å separere effektene av follikkelreserve fra kvinnens aldring ved å retrospektivt undersøke ovarial respons på gonadotropiner hos kvinner som har gjennomgått UO. Våre resultater viser at nedgang av ovarial respons hos kvinner etter UO er mindre uttalt enn den som er forventet ut fra en follikkelavhengig modell for ovarial aldring. Dataene støtter en kombinert alders- og follikkelavhengig modell for aldring av eggstokkene og kan tyde på kompensatoriske mekanismer i den gjenværende eggstokken.

I neste del av prosjektet undersøkte vi data fra Nord-Trøndelag Helseundersøkelse 2 (the HUNT 2 Study), og sammenlignet tidspunktet for menopause hos kvinner med og uten UO.

Vår matematiske follikkelavhengige modellering av reproduktiv nedgang antyder forkortet reproduktivt liv med betydelig tidligere

menopause hos kvinner etter UO. Våre funn viser imidlertid en beskjeden effekt på menopausealder, noe som igjen tyder på mulige kompensatoriske mekanismer. Kvinner i reproduktiv alder som har fjernet en eggstokk kan bli beroliget med at den gjennomsnittlige effekten av UO på menopause ikke er større enn 1,1 år.

I den siste delen av prosjektet undersøkte vi resultater etter infertilitetsbehandling hos kvinner med én eggstokk. I dette inngikk også morfologisk vurdering av embryokvalitet og tidspunkt for celledeling ved bruk av intervallavbildning. Selv om resultatene viser at det tas ut færre oocytter hos kvinner med én eggstokk, er ikke embryoutvikling svekket, verken når det gjelder morfologisk kvalitet eller tidspunkt for celledeling. Vi finner ingen bevis for at kirurgisk reduksjon av follikkelreserve resulterer i for tidlig reproduktiv aldring.

På bakgrunn av våre funn kan vi konkludere med at UO reduserer eggstokkens respons på gonadotropinstimulering under infertilitetsbehandling, men har en begrenset effekt på reproduktiv aldring. I tillegg kan kvinner som gjennomgår UO være trygge på at dette kun har en begrenset effekt på menopausealder, og selv om man henter ut færre egg var det ingen effekt på deres kvalitet. Vi vil anbefale klinikere å ta hensyn til at den største utfordringen for kvinner med én eggstokk er det totale antallet rekruttbare follikler som er tilgjengelig, og ikke kvaliteten på den gjenværende reserven. I tillegg bør gonadotropindosen økes under infertilitetsbehandling for å rekruttere flere follikler til vekst, og kvinner bør informeres om at de kan trenge flere behandlingssykluser for å kompensere for at færre oocytter tas ut per syklus.

# Behandling ved vaginal atrofi

**Gelisse®** (50 mikrogram østriol/g vaginalgel) er et legemiddel for lokal behandling av vaginal atrofi<sup>1</sup>.

## EFFEKT

Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne<sup>1-4</sup>

## SIKKERHET

Ubetydelig systempåvirkning takket være lav dose<sup>1,4</sup>

## VAGINALGEL

Adhesiv, smørende og lindrende<sup>1</sup>

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. Behandlingsopptart: 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](http://www.legemiddelsok.no). Refusjon/Byttegruppe: -/- Reseptgruppe C.

## Referenser:

1. SPC Gelisse®, 04.2017, [www.legemiddelverket.no](http://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.

# Kristian Brandt

## – Fødselslegen som kysset og slo i hjel med samme varme sjel

Kristian Brandt var en av landets ledende gynekologer da han var tilsatt som professor i fødsels- hjelp ved Kvinneklinikken på Rikshospitalet i 1906-1929. Han var født i 1859, død i 1932 og en dyktig kliniker full av motsetninger. Brandt skal ha vært egosentrisk på sine eldre dager, men på den annen side elsket av sine pasienter. Han respekterte jordmødre svært høyt, men ville på den annen side «ikke tåle kvinnelige leger ansatt ved sine avdelinger.» Som barn fikk jeg høre hans kjente utsagn: Det finnes bare tre mannfolk i Norge: Jeg, Fridtjof Nansen og overjordmor, søster Karethe. Min interesse var vakt. Hvem var Kristian Brandt egentlig?

Skrevet av Elisabeth Kindt. Teksten er noe bearbeidet i ettertid av hennes halvsøster, Karen Marie Winje. I tillegg er den ytterligere kortet ned og bearbeidet av Gynekologens redaksjon. Vi har forsøkt å gjøre teksten leservennlig for dagens gynekologer og LIS, uten å forsake Kindts opprinnelige refleksjoner.

Brandt var overlege på Kvinneklinikken på Rikshospitalet i Pilestredet da jeg ble født i 1926. Han ble student i 1877 og cand. med. i 1884. Deretter fulgte to varierte år, først som marinelege på korvetten *Nornen*, innom Hawaii og hjem via USA. Her besøkte han hospitaler og medisinske skoler i San Francisco og New York.

Hjemme igjen i Norge ble han assistent ved dr. Alexander Malthes privatklinik i 1886. Her tok han sin medisinske doktorgrad om det ektopiske svangerskap i 1893. I 1899 ble han reservelege ved Kristiania Fødselsstiftelse, og i 1906 ble han professor i fødsels- vitenskap og kvinnesykdommer. Ikke lenge etter tok han fatt på sitt store prosjekt: å få bygget Kvinneklinikken på Rikshospitalets område. Klinikken stod ferdig i 1914.

Kristian Brandts far gjorde karriere som offiser. Det betød at han stadig fikk nye jobber og stadig flyttet, også uten familien. Brandts mor døde da han var 13 år gammel. Han hadde da to eldre søstre, henholdsvis 15 og 17 år gamle, samt åtte yngre søsken. I Erik Brandts slektsbok står det at den eldste datteren tok på seg ansvaret for sine ti søsken. For Kristian var det godt at alle hans søsken vokste opp, noe som ikke var vanlig på den tiden.

### En annen tid

Kristian Brandt ble reservelege på Fødselsstiftelsen i Kristiania i 1899. I årene fra 1896 til 1900 var 7% av barna født av ugifte kvinner. Barna var såkalt «uegte». Kvinnen ble gjerne sagt opp når hun hadde født et «uegte» barn. De «uegte» barna ble derfor ofte satt bort, helst så billig som mulig. Mange av dem døde. Kvinner som tok seg av de «uegte» barna ble derfor kalt «engleskaper».

I denne perioden var 48% av 5632 kvinner ugifte. Dødeligheten var stor både for «uegte» og «ekte» barn. Blant nyfødte var 9,5% enten dødfødte eller de døde under oppholdet på Fødselsstiftelsen. Antall dødsfall blant barselkvinner var i samme periode 56. Blant disse døde 13 av barselfeber og 23 av eklampsi.



**Elisabeth Kindt** (f. 21.05.1926, d. 2017) var utdannet ernæringsfysiolog. Hun jobbet ved barneavdelingen på Rikshospitalet og avla en doktorgrad om ernæring og diett for barn i forbindelse med Føllings sykdom, i 1983. Hennes mor var niese av Kristian Brandt og døde syv måneder etter at Elisabeth ble født, på Kvinneklinikken ved Rikshospitalet i Oslo.

### Hvor dyktig var han?

Da jeg som barn en gang sa at min mor døde av barselfeber, var reaksjonen kraftig. «Å nei, ingen døde av barselfeber på Kristian Brandts klinikk». Men hvor riktig var dette?

For å komme nærmere sannheten kan man sammenligne Kristian Brandt og hans etterkommer Anton Sundes resultater. Antall døde av barselfeber per år var 0-4 i Kristian Brandts tid (1924-1928), og 0-1 i Anton Sundes tid (1933-1938). Mødre- dødeligheten totalt i Kristian Brandts tid var 0,6-1,3%, median 0,9%. Under etterfølgeren Anton Sundes tid, var den 0,4-0,8%, median 0,5%. Andel dødsfall blant de med barselfeber var 20% under Kristian Brandt og 34% under Anton Sunde. Spedbarns- dødeligheten, definert som dødfødte eller døde under oppholdet på sykehuset, var i gjennomsnitt 5,4% i Brandts tid og 4,4% Sundes tid.

Vel så relevant er det at det skjedde en stor forbedring i fødsels- hjelpen fra rundt år 1899, det året Kristian Brandt startet som reservelege på Rikshospitalet. Det ble etter hvert like trygt å føde på Fødselsstiftelsen som hjemme. Ventet man en vanskelig fødsel, ble kvinnen innlagt på Fødselsstiftelsen. Jeg konkluderer med at han var en dyktig lege, i likehet med hans etterfølger.

### Hvordan var Kristian Brandt?

Hva slags vesen Kristian Brandt fremviste er det naturligvis ingen som kan fortelle oss lenger, men noen av hans litterære utgivelser



og fanesaker gir et visst inntrykk av hva han mente og brant for. Og det er slettes ikke dårlige verdier han har jobbet for.

Boken «Forældre og Børn» av A. Arstal ble utgitt i 1902, da Kristian Brandt var 43 år. Brandt skrev et kapittel i denne boken som heter «Egteskapets Sundbedslære». Her er han opptatt av menns sterkere seksualdrift, og hvordan menn må gå forsiktig frem etter ekteskapet med sin ofte meget unge kvinne, «*Den trang til den andens sympati, som findes hos alle menesker, spiller også en rolle, og hvor den rette gjenklang findes, således at egtefolkene bliver hinandens virkelige livsledsagere i gleder som i sorger, har vi de lykkeligste egteskab*».

Kristian Brandt ga ut boken «Lærebok for jordmødre» i 1913. Det formelle kravet til jordmødres utdanning var kun folkeskolen. Jeg har lest innledningen til boken og finner en enorm respekt for jordmoren: «*Men da de aller fleste fødsler ledes av en jordmor, og hun derfor i regelen vil være den, som først har leilighet til at se sykdommens begyndelse, og da avstandene i vårt land ofte er så store, at det kan ta for lang tid at faa lægehjelp, maa hun innen visse grænser baade kunde erkjende visse sykelige tilstande og selv behandle dem, (tverrleie, blødninger, eklampsi)*». Sagt på en annen måte, hun må kunne handle som en fødselslege. Han skriver opplysende og med forståelse for kvinnen, og med en stor respekt for jordmødrene. Boken kom ut i flere opplag, sist i 1944, tolv år etter hans død.

Kristian Brandt innførte dessuten svangerskapskontroller. I 1907 var han også en av initiativtakerne til *Alines spedbarnshjem* sammen med blant andre Katti Anker Møller, et hjem for ugifte, hjemløse, enslige kvinner med spedbarn.

Brandt var også foreleser, men om hans forelesninger finner jeg bare én setning skrevet i 1961. Om tiden rundt 1900-tallet skrives at: «*Brandt var da i begynnelsen av 40 årene og ikke så egosentrisk innstilt som han ble etter hvert.*»

#### Kvinneklinikken, kvinnelige leger og Brandts kvinnesyn

Kristian Brandt var den som planla og fikk gjennomført byggingen av den nye Kvinneklinikken på Rikshospitalets område som stod ferdig i 1914. Han var på den tiden eneste professor i fødsels- og kvinnesykdommer i Norge. Ved åpningen av den nye kvinneklinikken i 1914 var professorer i fødselshjelp og kvinnesykdommer fra København, Stockholm og Lund invitert, sammen med flere professorer i Norge og blant annet stortingspresident Castberg. Også flere kvinner fra forskjellige kvinneorganisasjoner ble invitert, men takket nei. Årsaken var at året før hadde en vel kvalifisert kvinne, Louise Isachsen, ikke fått stillingen som reservelege ved Kvinneklinikken. Saken vakte stor oppmerksomhet, også i avisene. Louise Isachsen kjempet sin sak, som til slutt kom opp i Regjeringen, men avgjørelsen ble ikke endret.

Det som interesserer i vår sammenheng er Kristian Brandts innlegg i saken. Først er han nøye med å underbygge at den som har fått stillingen er den best kvalifiserte. Så kommer hans kvinnesyn frem. «*Med hensyn til kvinners skikkethet som fødselshjelpere og gynekologer, maa det ogsaa erindres at de i regelen mindre end mænd vil besidde den reserve av aandelig og legemlig kraft, som gir likevegt, og som en fødselshjelper og gynekolog, må være i besiddelse av, for at han ogsaa et git tidspunkt kan samle all sin energi om at fatte en beslutning og at utføre denne. Jeg maa ogsaa i denne sammenheng fremholde, at kvinder på grund av rent naturlige prosesser med*

regelmessige mellomrum befinner seg i en sjelelig og legemlig tilstand, hvor hun i større eller mindre grad vil mangle den aandelige balance og den legemlige kraft, som en fødselsjelper og gynekolog til enhver tid bør forutsettes at være i besiddelse av. Disse naturlige prosesser kan ogsaa forløpe paa en særlig genererende maade i den alder, som kvinder ofte vil ha naad, da de kan melde seg saadanne stillinger».

Er dette den samme mannen som skrev innledningen til «Lærebok for jordmødre», de med bare folkeskole som bakgrunn?

### Tidene forandrer seg

Etter at Kristian Brandt ble reservelege ved Fødselsstiftelsen og frem til 1927 var det stor fremgang innen medisin og helse, noe han må ha satt pris på. Ingen spedbarn dør lenger av skjorbuk på kumelkblandinger i 1927, da de får vitamin C. Ingen plages lenger av rakitt, hverken mor eller barn, da de får vitamin D. Det første Mødrehygienekontoret ble opprettet i Kristiania i 1924.

Også likestillingen gjør fremskritt i perioden. I 1915 får vi også De Castbergske barnelover. Der likestilles barn født i og utenfor ekteskapet, og de får samme rettslige stilling. I 1920 blir formuleringen «Kvinner vær eders Mænd underdanige» fjernet fra vielsesritualet. Videre får vi en ny ekteskapslov som likestiller mann og hustru økonomisk og rettslig i 1927.

Kvinnesyntet til Kristian Brandt forble relativt konservativt, til tross for ekteskapsloven fra 1927. I sin bok fra samme år skriver Kristian Brandt at «Med 15-årsalderen er i regelen den almene utdannelse endt, (...) Pikene skulle få den nødvendige utdannelse i deres specialitet som er at forplante og opdrage slægten.» Et annet sitat lyder: «Det er et forferdelig dumt uttrykk som enkelte moderne kvinder har funnet på, nemlig at hustruen skal være mandens kamerat. En ordentlig mand finder sin kamerat blant sitt eget kjønn.»

### Hvordan ble han, med tidens tann?

Kristian Brandts bror, generalmajor Fredrik Oscar Brandt, utga boken «En slekt Brandt» i 1930, mens Kristian Brandt ennå levde. Han har mange rosende ord om sin bror, men skriver også dette: «I de senere år har hans undervisning været noget «egosentrisk» indstillet og hans foredrag og diskurs har savnet akademisk form og indhold».

I Tidsskriftet for den norske legeforening nr. 11/1961 beskrev Einar Onsum noen minner fra sin studietid hos Brandt 60 år tidligere. Han beskriver Brandt som særpreget av natur med sterk selvfølelse, som i årenes løp utviklet seg så meget at den til en viss grad kastet skygge over hans virkelig store dyktighet som fødselslege og gynekolog. Det skrives av Brandt ofte uttalte sin forakt for samtidens mannfolk, særlig kollegaer, navns nevning. En av hans svake sider var at han i en debatt var bråkjekk i første innlegg, men manglet evnen til å replisere saklig til forsvar for sine egne angrep. Han kom derfor som regel til kort i en helt saklig debatt. Når det passet, anførte han at alle mannfolk var «knehøner og kvindfolk».

Kristian Brandt har blitt karakterisert som en som «kysste og slo i hjel med samme varme sjel». En av hans legekolleger, Peter F. Holst, skrev pene minneord om han, men også at «Av mentalitet var han en enevoldshersker».

### Var han eller ble han den som kysset og slo i hjel med samme varme sjel?

Alt jeg finner der Kristian Brandt har uttalt seg om den vanlige kvinne, er skrevet med respekt. Respekten han fremviser for jordmødrene er også slående. Hans krassere utfall er derimot skrevet mot hans egen sosiale klasse, først og fremst leger.

En tanke slo derfor ned i meg. Fødende kvinner fikk ikke være med i det nye Rikshospitalet da det stod ferdig i 1883. For hvem var disse kvinnene? Jo, en stor andel var «løsaktige ugifte kvinner som fødte uægte barn.» De var lavstatus, både mødre og barn. Mer høytstående kvinner fødte andre steder, fortrinnsvis i hjemmet, og i 1872 var 85% av de innlagte kvinnene i fødselsstiftelsen ugifte.

Da det nye Rikshospitalet stod klart i 1883 var folk var forarget over at Hudavdelingen bla lagt til de nye lokalene, med tanke på at deres pasientgruppe innebar foraktede prostituerte med kjønns sykdommer, særlig Syfilis. Selv disse pasientene gikk foran Christianias fødekvinne da bedre lokaler og ressurser skulle fordeles. Kvinneklivnikken på Rikshospitalets område sto ferdig først i 1914, 15 år etter at Kristian Brandt ble ansatt som reservelege. Litt ergelig må det ha vært.

Samtidig ble leger og jordmødre undervist sammen så sent som i 1875, og min konklusjon er at det umulig kan ha hatt særlig høy status å være fødselslege og gynekolog på den tiden?

På bakgrunn av dette, sammen med alle spor jeg har pløyd gjennom fra Kristian Brandts tid, tror jeg hans personlighet kan ha vært rettmessig preget av tiden og forholdene han levde i. Han var den omsorgsfulle legen for den vanlige kvinne, og samtidig aggressiv og muligens bitter på sin egen sosiale klasse, særlig leger, kanskje fordi han selv ikke ble anerkjent nok.

Men, jeg skulle gjerne ha møtt ham. Han må ha vært en interessant samtalepartner, uten tvil. Jeg håper bare at jeg kunne oversett eventuelle krasse utfall mot meg eller mine.

### Referanser:

1. Kristian Brandt. Kvindelig hygiene. Tilægnat mænd. 1927
2. Ekteskap, fødsler og vandringer i Norge 1856 – 1960. statistisk sentralbyrå Oslo 1965
3. Pleiebarnas historie. Tobias 2009:27-35
4. Cato Aall: Beretning om Kristiania Fødselsstiftelsens Virksomhed i femaaret 1896 – 1900.
5. F.O. Brandt. En slekt Brandt.
6. Erik Brandt. Kornett Brandts slegt 1644-1944.
7. Stamtavle om Grunerne
8. Studentene 1877.
9. Maltau JM, Grünfeld B. Mødredødeligheten i Norge 1880 – 1979. Tidsskriftet Norsk Lægeforening 1983; 103: 522 – 5.
10. Kristiania sundhetskommision. Kort veiledning pleie og stell av barselkvinner og nyfødte barn. Kristiania. 1899.
11. Kristian Brandt. Om kræft i livmoderen og kampen mod den. Menneske-vennen 1904; 28, 29
12. Kristian Brandt. Lærebok for jordmødre. Kristiania. 1913.
13. Hagtvædt ML. Jordmorutdanning – den første formelle utdanning for kvinner i Norge. Tidsskrift for jordmødre. 2008. Nr. 6.
14. Børdahl PE, Hem E. Fødselsjelp – et kvinnefag for mandfolk. Tidsskriftet Norsk Lægeforening 1999; 119: 4561-6
15. Likestillings- og diskrimineringsombudet
16. Onsum E. Streiflys over våre professorer ved århundreskifte. Tidsskr Nor Lægeforen 1961;11:694
17. Holst PF Minnetale over Kristian Brandt
18. Nicolaysen J. Kr. Brandt Tidsskt norsk lægeforening 1932;14:877
19. Kyllingstad JR. Rikshospitalet var avhengig av fattige pasienter. Apollon 2013; 10 januar
20. Wangensteen T, Nordal G, Børdahl PT. Et tidsskille i norsk fødselsjelp. Tidsskrift Norsk Lægeforening 2003 123.3549
21. Kyllingstad RJ Vitenskapenes universitet. Bok 2, 1870 -1911





# Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetrikk - 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](mailto:post@janbye.no) • Internett [www.janbye.no](http://www.janbye.no)

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



4K 3D 2D Full Color IR ECO-IP CAF Future

NEW

## Be Visionary

### Innovation That Grows With You

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

For more information, please visit  
[www.olympus.eu/ViseraEliteIII](http://www.olympus.eu/ViseraEliteIII)



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

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

### Risk factors for and pregnancy outcomes after SARS-CoV-2 in pregnancy according to disease severity: A nationwide cohort study with validation of the SARS-CoV-2 diagnosis

Anna J. M. Aabakke, Tanja G. Petersen, Karen Wøjde-mann, Mette H. Ibsen, Fjola Jonsdottir, Elisabeth Røn-neberg, Charlotte S. Andersen, Anne Hammer, Tine D. Clausen ... et al.

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Mar;102(3):282-293.  
First published: 25 January 2023.  
[doi.org/10.1111/aogs.14512](https://doi.org/10.1111/aogs.14512)

**Introduction:** We identified risk factors and outcomes associated with SARS-CoV-2 infection in pregnancy in a universally tested population according to disease severity and validated information on SARS-CoV-2 during pregnancy in national health registers in Denmark.

**Material and methods:** Cohort study using data from national registers and medical records including all pregnancies between March 1, 2020 and February 28, 2021. We compared women with a validated positive SARS-CoV-2 test during pregnancy with non-infected pregnant women. Risk factors and pregnancy outcomes were assessed by Poisson and Cox regression models and stratified according to disease severity defined by hospital admission status and admission reason (COVID-19 symptoms or other). Using medical record data on actual period of pregnancy, we calculated predictive values of the SARS-CoV-2 diagnosis in pregnancy in the registers.

**Results:** SARS-CoV-2 infection was detected in 1819 (1.6%) of 111 185 pregnancies. Asthma was associated with infection (relative risk [RR] 1.63, 95% confidence interval [CI] 1.28–2.07). Risk factors for severe COVID-19 disease requiring hospital admission were high body mass index (median ratio 1.06, 95% CI 1.04–1.09), asthma (RR 7.47, 95% CI 3.51–15.90) and gestational age at the time of infection (gestational age 28–36 vs < 22: RR 3.53, 95% CI 1.75–7.10). SARS-CoV-2-infected women more frequently had hypertensive disorders in pregnancy (adjusted hazard ratio [aHR] 1.31, 95% CI 1.04–1.64), early pregnancy loss (aHR 1.37, 95% CI 1.00–1.88), preterm delivery before gestational age 28 (aHR 2.31, 95% CI 1.01–5.26), iatrogenically preterm delivery before gestational age 37 (aHR 1.49, 95% CI 1.01–2.19) and small-for-gestational age children (aHR 1.28, 95% CI 1.05–1.54). The associations were stronger among women admitted to hospital for any reason. The validity of the SARS-CoV-2 diagnosis in relation to pregnancy in the registers compared with medical records showed a negative predictive value of 99.9 (95% CI 99.9–100.0) and a positive predictive value of **82.1 (95% CI 80.4–83.7)**.

**Conclusions:** Women infected with SARS-CoV-2 during pregnancy were at increased risk of hypertensive disorders in pregnancy, early pregnancy loss, preterm delivery and having children small for gestational age. The validity of Danish national registers was acceptable for identification of SARS-CoV-2 infection during pregnancy.

### Metabolic profiling of pregnancies complicated by preeclampsia: A longitudinal study

Hege N. Skytte, Jacob J. Christensen, Nina Gunnes, Kirsten B. Holven, Tove Lekva, Tore Henriksen, Trond M. Michelsen, Marie Cecilie P. Roland

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Mar;102(3):334-343.  
First published: 16 January 2023.  
[doi.org/10.1111/aogs.14505](https://doi.org/10.1111/aogs.14505)

**Introduction:** Preeclampsia is associated with maternal metabolic disturbances, but longitudinal studies with comprehensive metabolic profiling are lacking. We aimed to determine metabolic profiles across gestation in women who developed preeclampsia compared with women with healthy pregnancies. We also explored the respective effects of body mass index (BMI) and preeclampsia on various metabolic measures.

**Material and methods:** We measured 91 metabolites by high-throughput nuclear magnetic resonance spectroscopy at four time points (visits) during pregnancy (weeks 14–16, 22–24, 30–32 and 36–38). Samples were taken from a Norwegian pregnancy cohort. We fitted a linear regression model for each metabolic measure to compare women who developed preeclampsia (n = 38) and healthy controls (n = 70).

**Results:** Among women who developed preeclampsia, 92% gave birth after 34 weeks of gestation. Compared to women with healthy pregnancies, women who developed preeclampsia had higher levels of several lipid-related metabolites at visit 1, whereas fewer differences were observed at visit 2. At visit 3, the pattern from visit 1 reappeared. At visit 4 the differences were larger in most subgroups of very-low-density lipoprotein particles, the smallest high-density lipoprotein, total lipids and triglycerides. Total fatty acids were also increased, of which monounsaturated fatty acids and saturated fatty acids showed more pronounced differences. Concentration of glycine tended to be lower in pregnancies with preeclampsia until visit 3, although this was not significant after correction for multiple testing. After adjustment for age, BMI, parity and gestational weight gain, all significant differences were attenuated at visits 1 and 2. The estimates were less affected by adjustment at visits 3 and 4.

**Conclusions:** In early pregnancy, the metabolic differences between preeclamptic and healthy pregnancies were primarily driven by maternal BMI, probably representing the women's pre-pregnancy metabolic status. In early third trimester, several weeks before clinical manifestation, the differences were less influenced by BMI, indicating preeclampsia-specific changes. Near term, women with preeclampsia developed an atherogenic metabolic profile, including elevated total lipids, very-low-density lipoprotein, triglycerides, and total fatty acids.

### Trends in the epidemiology of fear of childbirth and association with intended mode of delivery: A nationwide register-based cohort study in Finland

Matias Vaajala, Rasmus Liukkonen, Ilari Kuitunen, Ville Ponkilainen, Ville M. Mattila, Maiju Kekki

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Apr;102(4):430-437.  
First published: 03 February 2023.  
doi.org/10.1111/aogs.14521

**Introduction:** Fear of childbirth (FOC) is a common obstetrical challenge that affects the health of women. The epidemiology of FOC has not been studied in Finland for the last decade. The aim of this study was to analyze the epidemiology and risk factors for FOC and to evaluate the association between FOC and the rate of elective cesarean section (CS) as an intended mode of delivery.

**Material and methods:** Data from the National Medical Birth Register were used to evaluate the epidemiology of FOC and to determine the main risk factors for FOC in Finland between 2004 and 2018. Nulliparous and multiparous women were analyzed separately. Logistic regression model was used to determine the main risk factors for FOC. Multivariable logistic regression model was used to assess the intended mode of delivery in those pregnancies with diagnosed maternal FOC. Adjusted odds ratios (aOR) with 95% confidence intervals (CIs) were calculated.

**Results:** A total of 1 million pregnancies were included. The annual rate of pregnancies with maternal FOC increased from 1.5% (CI: 1.4–1.6) in 2004 to 9.1% (CI: 8.7–9.3) in 2018 for all women. For nulliparous women, the rate increased from 1.1% (CI: 1.0–1.3) in 2004 to 7.1% (CI: 6.7–7.5) in 2018, and from 1.8% (CI: 1.7–2.0) in 2004 to 10.3% (10.0–10.7) in 2018 for multiparous women. The strongest risk factors for maternal FOC were higher maternal age and gestational diabetes. For multiparous women, the strongest risk factors were gestational diabetes and previous CS. The total odds for elective CS were notably higher among women with FOC (aOR 8.63, CI: 8.39–8.88).

**Conclusions:** The incidence of maternal FOC rose six-fold during our study period. However, the numbers of elective CS among women with this diagnosis, which had earlier risen in parallel, leveled off in 2014.

### All-cause and cardiovascular mortality after hysterectomy and oophorectomy in a large cohort (HUNT2)

Trond M. Michelsen, Tina Ellinor Rosland, Bjørn O. Åsvold, Are H. Pripp, Astrid H. Liavaag, Nora Johansen

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Apr;102(4):465-472.  
First published: 22 February 2023.  
doi.org/10.1111/aogs.14531

**Introduction:** Hysterectomy and bilateral oophorectomy are common major surgical procedures that have been associated with increased mortality risk. We aimed to assess the association of hysterectomy and/or bilateral oophorectomy with all-cause and cardiovascular mortality in a Norwegian population.

**Material and methods:** Cohort study with data from The Trøndelag Health Study (HUNT2) linked to the Norwegian Cause of Death Registry, with follow-up from 1996 until 2014 or death. The unexposed group (n = 18 673) included women with both their ovaries and uterus intact, while the two exposed groups

included women with hysterectomy alone (n = 1199), or bilateral oophorectomy with or without hysterectomy (n = 907). We compared mortality in exposed vs unexposed groups and adjusted for relevant covariates by Cox regression. Further, we performed analyses stratified by age at surgery ( $\leq 39$ , 40–52,  $\geq 53$  years) and subgroup analyses among women  $\leq 52$  years of age at inclusion.

**Results:** Among the 47 312 women in HUNT2 (1995–1997), 20 779 provided complete information regarding gynecological surgery and previous health. The hysterectomy group had increased all-cause mortality (hazard ratio [HR] 1.30, 95% confidence interval [CI] 1.06–1.58) and cardiovascular mortality (HR 1.47, 95% CI 1.09–1.97). We found no significant association between bilateral oophorectomy and all-cause or cardiovascular mortality in the total population. However, among women  $\leq 52$  years at inclusion, cardiovascular mortality was increased in the hysterectomy group (HR 2.71, 95% CI 1.19–6.17) with a similar, but less precise estimate in the bilateral oophorectomy group (HR 2.42, 95% CI 0.84–6.93).

**Conclusions:** Hysterectomy was associated with increased all-cause and cardiovascular mortality, whereas bilateral salpingo-oophorectomy was not. Among women  $\leq 52$  years at inclusion, both hysterectomy and bilateral oophorectomy were associated with a twofold increased risk of cardiovascular mortality, but the results were imprecise. Women after hysterectomy and/or bilateral salpingo-oophorectomy constitute a group with increased cardiovascular mortality that may need closer attention to cardiovascular disease risk from the healthcare system to ensure timely and effective preventive interventions.

### Offspring school performance at age 12 after induction of labor vs non-intervention at term: A linked cohort study

Renée J. Burger, Ben W. Mol, Wessel Ganzevoort, Sanne J. Gordijn, Eva Pajkrt, Joris A. M. Van Der Post, Christianne J. M. De Groot, Anita C. J. Ravelli

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Apr;102(4):486-495.  
First published: 22 February 2023.  
doi.org/10.1111/aogs.14520

**Introduction:** The incidence of induction of labor, for both medical reasons and as an elective procedure, has been rising and a further increase in induction of labor following the ARRIVE trial may be expected. The effects of induction of labor at term on childhood neurodevelopment, however, are not well studied. We aimed to study the influence of elective induction of labor for each week of gestation separately from 37 to 42 weeks on offspring school performance at 12 years of age after uncomplicated pregnancies.

**Material and methods:** We performed a population-based study among 226 684 liveborn children from uncomplicated singleton pregnancies, born from 37+0 to 42+0 weeks of gestation in cephalic presentation in 2003–2008 (no hypertensive disorders, diabetes or birthweight  $\leq 5$ ) in the Netherlands. Children with congenital anomalies, of non-white mothers and born after planned cesarean section were excluded. Birth records were linked with national data on school achievement. We compared, using a fetus-at-risk approach and per week of gestation, school performance score and secondary school level at age 12 in those born after induction of labor to those born after non-intervention, ie spontaneous onset of labor in the same week plus all those born at later gestations. Education scores were standardized to a mean of 0 and a standard deviation of 1 and adjusted in the regression analyses.

# Slinda®

DROSPIRENON 4 mg



Østrogenfri  
p-pille med  
drospirenon<sup>1</sup>

## Slinda® er en østrogenfri p-pille med drospirenon (4 mg)<sup>1</sup>

- Hvert blisterbrett inneholder 24 aktive tabletter og 4 placebotabletter<sup>1</sup>
- Prevensjonseffekten til Slinda® skyldes primært hemming av eggøsning<sup>1</sup>
- Pearl-indeks for Slinda® er 0,73<sup>1\*</sup>
- Opprettholder hemming av eggøsning, også ved forsinket inntak i opptil 24 timer<sup>1\*\*</sup>
- Dokumentert tolerabilitet og aksept - også hos unge<sup>1\*\*\*</sup>

### Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

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

**Bivirkninger:** Vanlige 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. menstrasjonsdag. 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.

**Results:** For each gestational age up to 41 weeks, induction of labor was associated with decreased school performance scores compared with non-intervention (at 37 weeks  $-0.05$  SD, 95% confidence interval [CI]  $-0.10$  to  $-0.01$  SD; adjusted for confounding factors). After induction of labor, fewer children reached higher secondary school level (at 38 weeks 48% vs 54%; adjusted odds ratio [aOR] 0.88, 95% CI 0.82–0.94).

**Conclusions:** In women with uncomplicated pregnancies at term, consistently, at every week of gestation from 37 to 41 weeks, induction of labor is associated with lower offspring school performance at age 12 and lower secondary school level compared with non-intervention, although residual confounding may remain. These long-term effects of induction of labor should be incorporated in counseling and decision making.

### Pregnancy complications and later life women's health

Catherine McNestry, Sarah L. Killeen, Rachel K. Crowley, Fionnuala M. McAuliffe

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 May;102(5):523-531.  
First published: 17 February 2023.  
doi.org/10.1111/aogs.14523

There has been increasing recognition of the association between various pregnancy complications and development of chronic disease in later life. Pregnancy has come to be regarded as a physiological stress test, as the strain it places on a woman's body may reveal underlying predispositions to disease that would otherwise remain hidden for many years. Despite the increasing body of data, there is a lack of awareness among healthcare providers surrounding these risks. We performed a narrative literature review and have summarized the associations between the common pregnancy complications including gestational hypertension, pre-eclampsia, gestational diabetes, placental abruption, spontaneous preterm birth, stillbirth and miscarriage and subsequent development of chronic disease. Hypertensive disorders of pregnancy, spontaneous preterm birth, gestational diabetes, pregnancy loss and placental abruption are all associated with increased risk of various forms of cardiovascular disease. Gestational diabetes, pre-eclampsia, early miscarriage and recurrent miscarriage are associated with increased risk of diabetes mellitus. Pre-eclampsia, stillbirth and recurrent miscarriage are associated with increased risk of venous thromboembolism. Pre-eclampsia, gestational diabetes and stillbirth are associated with increased risk of chronic kidney disease. Gestational diabetes is associated with postnatal depression, and also with increased risk of thyroid and stomach cancers. Stillbirth, miscarriage and recurrent miscarriage are associated with increased risk of mental health disorders including depression, anxiety and post-traumatic stress disorders. Counseling in the postnatal period following a complicated pregnancy, and advice regarding risk reduction should be available for all women. Further studies are required to establish optimal screening intervals for cardiovascular disease and diabetes following complicated pregnancy.

### Does induction of labor at 41 weeks (early, mid or late) improve birth outcomes in low-risk pregnancy? A nationwide propensity score-matched study

Anita C. J. Ravelli, Joris A. M. van der Post, Christianne J. M. de Groot, Ameen Abu-Hanna, Martine Eskes

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 May;102(5):612-625.  
First published: 13 March 2023.  
doi.org/10.1111/aogs.14536

**Introduction:** This study aimed to assess whether induction of labor at 41 weeks of gestation improved perinatal outcomes in a low-risk pregnancy compared with expectant management.

**Material and methods:** Registry-based national cohort study in The Netherlands. The study population comprised 239 971 low-risk singleton pregnancies from 2010 to 2019, with birth occurring from 41+0 to 42+0 weeks. We used propensity score matching to compare induction of labor in three 2-day groups to expectant management, and further conducted separate analyses by parity. The main outcome measures were stillbirth, perinatal mortality, 5-min Apgar <4 and <7, neonatal intensive care unit (NICU) admissions  $\geq 24$  h, and emergency cesarean section rate.

**Results:** Compared with expectant management, induction of labor at 41+0 to 41+1 weeks resulted in reduced stillbirths (adjusted odds ratio [aOR] 0.15, 95% confidence interval [CI] 0.05–0.51) in both nulliparous and multiparous women. Induction of labor increased 5-min Apgar score <7 (aOR 1.30, 95% CI 1.09–1.55) and NICU admissions  $\geq 24$  h (aOR 2.12, 95% CI 1.53–2.92), particularly in nulliparous women, and increased the cesarean section rate (aOR 1.42, 95% CI 1.34–1.51). At 41+2–41+3 weeks, induction of labor reduced perinatal mortality (aOR 0.13, 95% CI 0.04–0.43) in both nulliparous and multiparous women. The rate of 5-min Apgar score <7 was increased (aOR 1.26, 95% CI 1.06–1.50), reaching significance in multiparous women. The cesarean section rate increased (aOR 1.57, 95% CI 1.48–1.67) in both nulliparous and multiparous women. Induction of labor at 41+4 to 41+5 weeks reduced stillbirths (aOR 0.30, 95% CI 0.10–0.93). Induction of labor increased rates of 5-min Apgar score <4 (aOR 1.61, 95% CI 1.01–2.56) and NICU admissions  $\geq 24$  h (aOR 1.52, 95% CI 1.08–2.13) in nulliparous women. Cesarean section rate was increased (aOR 1.47, 95% CI 1.38–1.57) in nulliparous and multiparous women.

**Conclusions:** At 41+2 to 41+3 weeks, induction of labor reduced perinatal mortality, and in all 2-day groups at 41 weeks, it reduced stillbirths, compared with expectant management. Low 5-min Apgar score (<7 and <4) and NICU admissions  $\geq 24$  h occurred more often with induction of labor, especially in nulliparous women. Induction of labor in all 2-day groups coincided with elevated cesarean section rates in nulliparous and multiparous women. These findings pertaining to the choice of induction of labor vs expectant management should be discussed when counseling women at 41 weeks of gestation.



# 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<sup>®</sup>  
Tissue Removal Device

NovaSure<sup>®</sup> V5  
Endometrial Ablation

# 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](mailto:jon@klinikkhausken.no)



## Oral and periodontal assessment at the first trimester of pregnancy: The PERISCOPE longitudinal study

Charlotte Thomas, Inessa Timofeeva, Elyes Bouchoucha, Thibault Canceill, Camille Champion, Marion Groussolles, Catherine Arnaud, Christophe Vayssière, Cathy Nabet, Sara Laurencin-Dalicieux

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Jun;102(6):669-680.  
First published: 26 April 2023.  
doi.org/10.1111/aogs.14529

**Introduction:** Periodontal diseases (gingivitis and periodontitis) are chronic non-communicable inflammatory diseases. The risk of developing gingivitis and periodontitis increases during pregnancy. Also, periodontitis increases the risk of developing adverse pregnancy outcomes such as preterm birth and preeclampsia. Early diagnosis of adverse pregnancy outcomes is essential and periodontitis could be an early sign to take into consideration.

**Material and methods:** We conducted a longitudinal observational study (PERISCOPE study: CNIL, no. 1967084 v 0; CER, no. 01-0416) on 121 pregnant women in the first trimester to determine their oral and periodontal health status. We explored the relations between oral and periodontal health status and sociodemographic and behavior characteristics, as well as their course and outcome of pregnancy.

**Results:** A total of 47.1% of the women had periodontitis, of which only 66.7% presented clinical manifestations associated with the disease such as gingival bleeding. These women had a poorer oral and periodontal health, and a higher body mass index, and more of them developed gestational diabetes during the course of pregnancy. The remaining 33.3% showed only discreet and isolated inflammatory signs and, unless thoroughly examined, would have gone undiagnosed for periodontitis. Interestingly these women were more often primiparous, still active professionally and had had a recent oral examination.

**Conclusions:** The PERISCOPE study is one of the few studies that reports the oral and periodontal health status of pregnant women in the first trimester. Furthermore, the results highlight the need for early oral and periodontal assessment and treatment, even in the absence of exterior clinical signs, in order to prevent periodontal disease aggravation and also, by reducing low grade systemic inflammation, possibly adverse pregnancy outcomes.

## Long-term neurological morbidity among children delivered by vacuum extraction - a national cohort study

Hanna Ulfsdottir, Cecilia Ekéus, Kristina Tedroff, Katarina Åberg, Hans Järnbert-Pettersson

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Jul;102(7):843-853.  
First published: 05 April 2023.  
doi.org/10.1111/aogs.14568

**Introduction:** This is the first nationwide cohort study of vacuum extraction (VE) and long-term neurological morbidity. We hypothesized that VE per se, and not only complicated labor, can cause intracranial bleedings, which could further cause neurological long-term morbidity. The aim of this study was to investigate the risk of neonatal mortality, cerebral palsy (CP), and epilepsy among children delivered by VE in a long-term perspective.

**Material and methods:** The study population included 1 509 589 term singleton children planned for vaginal birth in Sweden (January 1, 1999 to December 31, 2017). We investigated the risk of neonatal death (ND), CP, and epilepsy among children delivered by VE (successful or failed) and compared their risks with those born by spontaneous vaginal birth and emergency cesarean section (ECS). We used logistic regression to study the adjusted associations with each outcome. The follow-up time was from birth until December 31, 2019.

**Results:** The percentage and total number of children with the outcomes were ND (0.04%, n = 616), CP (0.12%, n = 1822), and epilepsy (0.74%, n = 11 190). Compared with children delivered by ECS, those born by VE had no increased risk of ND, but there was an increased risk for those born after failed VE (adj OR 2.23 [1.33–3.72]). The risk of CP was similar among children born by VE and those born spontaneously vaginally. Further, the risk of CP was similar among children born after failed VE compared with ECS. The risk of epilepsy was not increased among children born by VE (successful/failed), compared with those who had spontaneous vaginal birth or ECS.

**Conclusions:** The outcomes ND, CP, and epilepsy are rare. In this nationwide cohort study, children born after successful VE had no increased risk of ND, CP or epilepsy compared with those delivered by ECS, but there was an increased risk of ND among those born by failed VE. Concerning the studied outcomes, VE appears to be a safe obstetric intervention; however, it requires a thorough risk assessment and awareness of when to convert to ECS.

## Hyperemesis gravidarum: Associations with personal and family history of nausea

Venla S. Lindström, Linda M. Laitinen, J. Miina A. Nurmi, Mari A. Koivisto, Päivi Polo-Kantola

First published: 10 July 2023.  
doi.org/10.1111/aogs.14629

**Introduction:** The pathogenesis and risk factors for hyperemesis gravidarum, excessive nausea and vomiting of pregnancy, are not adequately recognized. In our previous study, we found that women with a personal history of nausea in different situations and a family history of nausea and vomiting of pregnancy (NVP) were more likely to have severe NVP. The present study focuses on these themes in association with hyperemesis gravidarum in a hospital setting.

**Material and methods:** Women with hyperemesis gravidarum (n = 102) were recruited from among patients hospitalized due to hyperemesis gravidarum in Turku University Hospital, Finland. Our control group (Non-NVP group, n = 138) consisted of pregnant women with no NVP. Personal history of nausea in different situations was inquired about in relation to "motion sickness", "seasickness", "migraine", "other kind of headache", "after anesthesia", "during the use of contraception", and "other kinds of nausea". Relatives with NVP were divided into first-degree (mother and sisters) and second-degree (more distant) relatives.

**Results:** In univariate analysis, a personal history of motion sickness, seasickness, nausea related to migraine, nausea with other headache and nausea in other situations were associated with hyperemesis gravidarum. After adjusting for age, parity, pre-pregnancy body mass index, marital status, and smoking, motion sickness (adjusted odds ratio [aOR] 5.24, 95% confidence interval [CI] 2.67–10.31, p < 0.0001), seasickness (aOR 4.82, 95% CI 2.32–10.03, p < 0.0001), nausea related to migraine (aOR 3.00, 95% CI 1.58–5.70, p < 0.001), and nausea in other situations

(aOR 2.65, 95% CI 1.13–6.20,  $p=0.025$ ) remained significant. In multivariable analysis with all history of nausea variables, motion sickness (OR 2.76, 95% CI 1.29–5.89,  $p=0.009$ ) and nausea related to migraine (OR 3.10, 95% CI 1.40–6.86,  $p=0.005$ ) were associated with hyperemesis gravidarum. Having any affected relative (OR 3.51, 95% CI 1.84–6.73,  $p=0.0002$ ), especially a first-degree relative (OR 3.06, 95% CI 1.62–5.79,  $p=0.0006$ ), was also associated with hyperemesis gravidarum. Adjustment did not change the results.

**Conclusions:** Women with a personal history of nausea or a family history of NVP are more likely to suffer from hyperemesis gravidarum. These results are beneficial to better identify and help women at risk for hyperemesis gravidarum.

### Generalized joint hypermobility and the risk of pregnancy-related pelvic girdle pain: Is body mass index of importance?—A prospective cohort study

Kerstin Ahlqvist, Elisabeth Krefting Bjelland, Ronnie Pingel, Angela Schlager, Magnus Peterson, Christina B. Olsson, Lena Nilsson-Wikmar, Per Kristiansson

First published: 23 August 2023.  
doi.org/10.1111/aogs.14664

**Introduction:** Pelvic girdle pain (PGP) affects approximately 50% of pregnant women. The mechanisms are multifactorial but not fully understood. Women with generalized joint hypermobility (GJH) may be vulnerable to load in the pelvic joints during pregnancy. Our aim was to investigate if women with GJH had an increased risk of PGP and higher pain intensity during and after pregnancy, compared with women with normal joint mobility. We also studied if body mass index (BMI) in early pregnancy influenced that risk.

**Material and methods:** A prospective cohort study of 356 women, whose data were collected by self-reports and clinical examinations in early and in late pregnancy and 9 months after childbirth. GJH was present with  $\geq 5/9$  points on the Beighton score. PGP was defined by a pain drawing and  $\geq 1$  positive test. Pain intensity was measured with a visual analogue scale (0–100 mm). We adjusted for age and origin in logistic regression and ordinal logistic regression analysis.

**Results:** In early pregnancy, 47.1% of the women with GJH had PGP vs 32.6% of women with normal joint mobility (adjusted odds ratio [aOR] 1.76; 95% confidence interval [CI] 0.86–3.62) and had higher odds of reporting higher pain intensity (aOR 2.04; 95% CI 1.02–4.07). The odds of PGP were highest for women with GJH and BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> (aOR 6.88; 95% CI 1.34–35.27) compared with women with normal joint mobility and BMI  $< 25$  kg/m<sup>2</sup>. The estimated associations were weaker and not statistically significant in late pregnancy or after childbirth.

**Conclusions:** Women with GJH did not have an increased risk of PGP during or after pregnancy but reported higher pain intensity in early pregnancy compared with women with normal joint mobility. Since women with combined GJH and BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> had the highest odds of PGP in early pregnancy, our results may suggest that health care needs to pay attention to and develop methods to reduce the risk of PGP and delay the onset of pain during pregnancy in women with this combination.

### Natural progression of deep pelvic endometriosis in women who opt for expectant management

Jure Knez, Elisabeth Bean, Simrit Nijjar, Tina Tellum, Prubpreet Chaggar, Davor Jurkovic

First published: 15 May 2023.  
doi.org/10.1111/aogs.14491 Citations: 1

**Introduction:** The natural history of endometriosis is poorly understood, and despite numerous studies, the rate of the disease progression and optimal treatment planning in women who are asymptomatic or experience mild symptoms not requiring treatment are unknown. The aim of this study was to assess the behavior of deep endometriosis in women who are managed expectantly without any medical or surgical intervention.

**Material and methods:** A retrospective cohort study of women diagnosed with deep endometriosis on transvaginal ultrasound scan at the Department of Gynecology, University College London Hospitals and The Gynecology Ultrasound Centre, London, UK, from April 2007 to April 2022. All women attended for at least two ultrasound scans which were carried out by a single expert ultrasound examiner and at least 6 months apart. The number and position of endometriotic nodules were recorded, and the mean diameter of each nodule was calculated from measurements taken in three orthogonal planes.

**Results:** During the study period, 1922 women were found to have moderate or severe deep endometriosis on pelvic ultrasound examination. A total of 135 premenopausal women who were managed expectantly fitted the inclusion criteria. The median number of endometriotic nodules per woman at the initial visit was 2 (range: 0–7), and the median follow-up time was 666 days (181–2984). In the follow-up period, 50/135 women (37%, 95% CI: 29–46) developed additional nodules or experienced an increase in nodule size, and 17/135 women (13%, 95% CI: 8–19) had a regression in the number or size of the nodules. In the remaining 68/135 women (50%, 95% CI: 42–59) the disease remained static during the follow-up. The median change in mean diameter of nodules during the study period per woman was +0.13 mm (–11.67 – +5.83), with an annual growth rate of +0.09 mm/year (–6.65 – +6.45).

**Conclusions:** In our study we found evidence of deep endometriosis progression in just over a third of women. In view of this, asymptomatic or mildly symptomatic women diagnosed with deep endometriosis could be reassured that their disease is unlikely to worsen with time.

*Gynekologen ønsker alle  
en riktig fredelig jul og  
et harmonisk nytt år!*

nordic  
consumer  
health

## 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



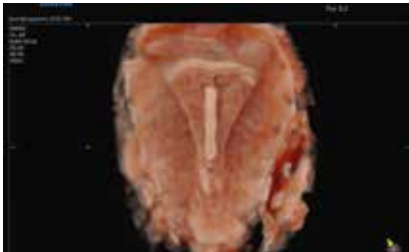
**SAMSUNG**

# V8 Step Up Confidence

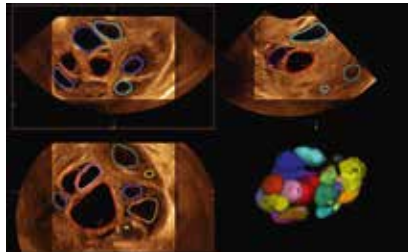
The new V8 ultrasound system combined exquisite imaging quality powered by Crystal Architecture™ with efficient, streamlined examinations enabled by AI-driven assist tools, and re-engineered workflow to fulfill the need of today's busy clinical environment. The sophisticated, ergonomic design showcases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



## RealisticVue



## 5D Follicle



### Redefined Imaging Technologies

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

### Sophisticated 2D Image Processing & Detailed Color Expression

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

### Women's Health

BiometryAssist™, 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™, QuickPreset™, Expanded view™, EzCompare™, EzExams+

### Comfort Design

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

## Inter-Medical AS

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



INTER-MEDICAL AS  
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

**SAMSUNG MEDISON**