

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening 2 • 2024



Bekkenleddsmerter hos gravide og fødende
– En guide for gynekologer s. 20

Foreløpige erfaringer fra hjemmeinduksjonsstudien s. 24

**Innføring av utvidet HPV-genotyping
i livmorhalsprogrammet** s. 29

Intervju med ny NGF-leder Solveig Bjellmo s. 34



**Norsk gynekologisk
forening**

DEN NORSKE LEGEFORENING



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 kjemoterapi¹⁻⁵**



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.⁶



12 % seponerte behandling på grunn av bivirkninger⁷
Individualisert startdose kan redusere frekvens av bivirkninger og opprettholde effekt⁷

Startdose¹:

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

200
mg/dag

Startdose¹:

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

300
mg/dag

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Kontraindikasjon

Amming

Forsiktighetsregler

Hematologiske bivirkninger (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave trombocytter 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 trombocytter 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 nevrologisk 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, ryggsmarter, 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 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.



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

Rannveig Stokke
LIS Sykehuset Telemark Skien
rannveig.stokke@gmail.com

Nettredaktør

Inga Thorsen Vengen
MD, PhD, Overlege
Oslo universitetsykehus
inga.venge@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

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

GYNEKOLOGEN på internett

gynekologen.no
legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2024

Nr. 3 9. september
Nr. 4 4. november

Opplag: 1400



INNHOOLD

REDAKTØR	5
LEDER	7
NGF-STYRET	
Nytt fra styret	8
Styret i Norsk gynekologisk forening	8
ÅRSMØTET 2024	
Velkommen til NGFs årsmøte i 2024 på Lillehammer	11
Foreløpig program for årsmøtet i Norsk gynekologisk forening	12
FUGO	
Kjære FUGO-folk	14
FUGO-styret 2024	14
FUGO-kurs 2024	16
SPESIALITETSKOMITEEN	18
FAGLIG PÅFYLL	
Bekkenleddsmerter hos gravide og fødende	20
Foreløpige erfaringer fra hjemmeinduksjonsstudien: Poliklinisk induksjon av lavrisikokvinner med oral misoprostol, en multisenter randomisert kontrollert studie	24
Kikhostevaksine – gravide blir en målgruppe i barnevaksinasjonsprogrammet	26
Innføring av utvidet HPV-genotyping i Livmorhalsprogrammet	29
GYNEKOLOGER IMELLOM	
Obstetrisk guidelinemøte, vårens vakreste eventyr	32
INTERVJU	
Solveig Bjellmo – leiar av Norsk gynekologisk forening	34
GYNEKOLOGEN ANBEFALER	
Kvinnelig omskjæring / kjønnslemlestelse i Norge	36
UTVALGTE ABSTRACTS FRA AOGS	39

GYNEKOLOGEN

- er et uavhengig tidsskrift.

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



Gynekologen søker ny redaktør!

Er du interessert i utvikling av faget Fødselshjelp og kvinnesykdommer, glad i å jobbe med formidling og liker å engasjere deg?

Gynekologen utlyser nå ny redaktør, etter fire år under ledelse av Tale Meinich. Hun tok over for Jenny Alvirovic, daværende overlege på OUS. Selv var hun medisinstudent med stort gyn- engasjement da hun tok på seg vervet, og er nå LIS på Ahus. Vi søker deg som liker å jobbe med tekstformidling, ønsker å bli kjent med kollegaer fra hele landet og brenner for faget vårt, uansett om du er gynekologspire eller erfaren spesialist. Vervet er en unik mulighet til å engasjere deg i Norsk gynekologisk forening, og det kreves ingen journalistiske forkunnskaper.

Redaktørvervet har svært forutsigbar arbeidsmengde i form av fire årlige utgaver med faste utgivelsestidspunkter. Arbeidsoppgavene består i å planlegge, samle inn og korrekturlese bladets innhold. Redaktøren har støtte i en redaksjon som består av hovedredaktør, et redaksjonsmedlem fra FUGO-styret og øvrige redaksjonsmedlemmer som rekrutteres etter ønske og behov.

I tillegg har redaktøren møte- og talerett på styremøter i NGF, der det er ønskelig at man møter fast. Dette gir en unik mulighet til

å delta i både høyaktuelle diskusjoner og sosialt lag med noen av foreningens mest engasjerte ressurspersoner, uten formelt ansvar inn i styrearbeidet.

NGF er økonomisk ansvarlig utgiver av bladet, og et eksternt utgiverfirma har ansvar for annonser og drift av nettsiden *gynekologen.no*. Med andre ord er selve redaktørjobben rent journalistisk, samt kreativ og faglig etter eget ønske.

Vervet er ulønnet, men NGF dekker reise, opphold og deltakelse på relevante kongresser og møter, fortrinnsvis foreningens styremøter og årsmøter. Disse møtene er både faglig stimulerende, sosialt veldig givende og en sentral del av redaktørvervet.

Ta kontakt med nåværende redaktør Tale Meinich (tmeinich@gmail.com) eller leder i NGF Solveig Bjellmo (solveigbjellmo@gmail.com) ved interesse eller for mer informasjon.

Søk i vei!





Fornøyd pasient etter privat svangerskapsoppfølging. Men hvorfor?

Som mange andre kvinner i reproduktiv alder, eksponeres jeg stadig for svangerskap og fødsel i sosiale medier. Algoritmene har skjønnet hvilken livsfase jeg befinner meg i. Hyppige svangerskapsrelaterte google-søk i jobbsammenheng gjør nok Instagram ekstra sikre på at her er det noen som er VELDIG interessert i baby og graviditet.

I vinter dukket plutselig en gammel bekjent opp på Instagram med sin høygravide mage, blant mylderet av influensere. Hun ventet sitt andre barn og delte åpenhertig om hvorfor hun denne gangen hadde gått for hjemmefødsel med privat svangerskapsoppfølging i forkant, fremfor offentlig helsevesen. Jeg ble nysgjerrig.

Den første fødselen hadde nemlig vært en veldig god opplevelse, en normal fødsel med epidural. Hun hadde vært *superfornøyd* med den offentlige oppfølgingen. Så hvorfor bevege seg ut av sykehuset denne gangen?

Aktuelle svangerskap hadde startet med melding fra helsestasjonen om at det ikke var ledig jordmor før i uke 24 for svangerskapskontroll. Hun var dermed overlatt til seg selv første halvdel av graviditeten, og vel så det. Kanskje ikke det mest tillitsvekkende grepet fra offentlig helsevesen?

Videre var årsakene til valget om hjemmefødsel sammensatte, som de ofte er. Men kjernen i en åpenhertig utbrodering var noe sånt som dette: Etter *mye research* satt hun igjen med en tydelig konklusjon om at *hjemmefødsel er tryggest for friske gravide og barn*. Her trakk hun frem færre unødvendige intervensjoner og mindre «snøskredeffekter» av det som kanskje er overbehandling.

Det mest interessante for min del (som hardnakket patriot for offentlig helsevesen) var imidlertid å høre henne fortelle om den private svangerskapsoppfølgingen som fulgte med hjemmefødselen. Disse jordmorbesøkene fra uke 28 hadde nemlig bedret hele hennes opplevelse sammenlignet med første gang.

Her opplevde hun et totalt annerledes fokus enn i det offentlige helsevesenet. Jordmødrene uttrykte en gjennomgående tro på at kroppen gjorde *akkurat det den var skapt til å gjøre*. Og det skulle den selvfølgelig fortsette med. En tillit til at kroppen hennes laget et barn akkurat slik naturen har tenkt. Hvorfor skulle den ikke fortsette med det, også i fødsel og barsel? Til forskjell beskriver hun at den offentlige svangerskapsomsorgen i større grad ga inntrykk av å «lete etter feil» på svangerskapskontrollene i første graviditet.

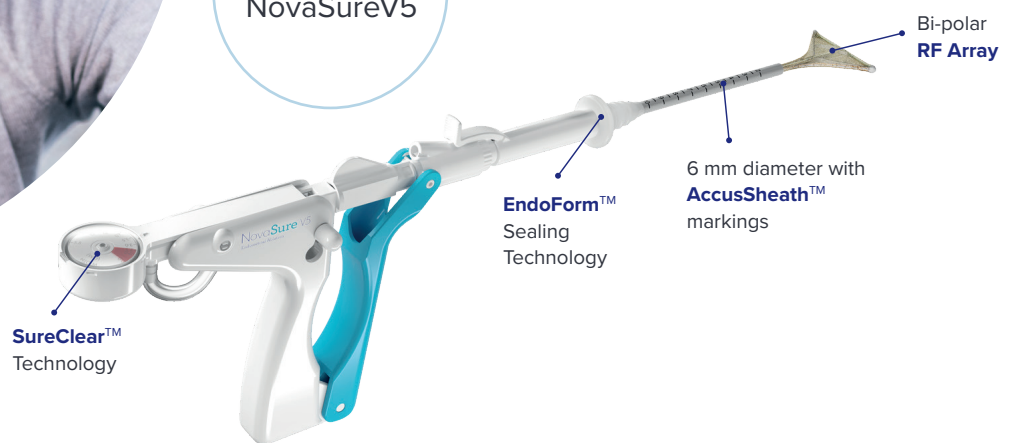
Hvorfor opplevde hun denne ulikheten så sterkt, når undersøkelser som gjøres strengt talt er de samme? Det kunne hun selv bekrefte, det var ingen forskjell i hva som faktisk ble gjort. Urin, blodtrykk, SF-mål og fosterlyd. Så hvor ligger forskjellen? Tid? Omgivelser? Kontekst? Jeg har spurt henne, men akkurat det kunne hun ikke svare på. Hun sa at det var et godt spørsmål, som hun måtte tenke over.

Jeg håper hun kontakter meg hvis hun finner svaret.

Tale Meinich
Redaktør



NY VERSJON!
NovaSureV5



ENDOMETRIEABLASJON MED NOVASURE®V5

Effektiv behandling av menorrhagi

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

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



NORMEDI.COM
NORMEDI EDUCATION.COM

Ta gjerne kontakt med:
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.



Kjære alle sammen

Jeg håper våren er kommet til de fleste steder i Norge og at dagene er blitt lysere. Lokalisert i Helse Midt har vi i lengre tid følt oss plassert i et slags mørke mens vi har ventet på Helseplattformens (HP) inntreden også på Ålesund sjukehus, hvor jeg jobber til daglig.

Til dere som er lykkelig uvitende om HP kan jeg informere om at intensjonen var en journal for hele Norge, og Helse Midt skulle starte det hele med en pilot. HP er et svært tungrodd system som på tross av mange lovord ikke på langt nær gjør vår digitale hverdag lettere, tvert om. I denne prosessen før innføring har vi fagfolk utrettelig forsøkt å dele vår bekymring for pasientsikkerhet, slitasje på fagfolk og ikke minst lekkasje av fagfolk, uten å bli verken sett eller hørt. Og jeg har for første gang i min karriere kjent på en enorm maktesløshet over at alle faglige gode argumenter ikke fører frem.

Folk har i denne perioden sagt til meg: «Solveig, hvordan klarer du jobben som leder i foreningen, kapittelforfatter i veilederen og all jobb dette medfører?», men da har jeg kunnet berolige folk med at her får jeg jo jobbe med faget vårt. Jeg får være med på å prøve å innvirke hvor faget vårt skal videre og hvordan vi ser

for oss fremtiden, stikk i strid med det jeg opplever som lege fanget i HP. For det å drive med fag, på tross av uenigheter og diskusjoner, er jo mye av det som driver oss som leger, og jeg er oppriktig bekymret for hvordan dette blir fremover. Jeg håper likevel vi fortsatt kan føle på en viss mulighet for påvirkning. Ellers tror jeg rekruttering blir enda vanskeligere enn det er i dag.

For, vi har jobbet med fag også siden sist utgave av Gynekologen. Det viktigste er kanskje høringen om den nye abortloven som nok mange venter spent på. Så får vi håpe politikerne denne gangen kan høre på fagfolk, og at våre kvalifiserte råd tas til følge. Vi skal i alle fall ikke gi oss på ønsket om å heve faget vårt.

Jeg ønsker alle våre medlemmer en riktig god sommer. På tross av frustrasjoner og motbakke vi kan føle på her hjemme blir det lite sammenlignet med hva det palestinske folket må gjennomgå i Gaza. Hver dag når hodet treffer puta håper jeg på at i morgen skal verden «våkne» og våpenhvile finne sted.

Solveig Bjellmo

Leder i Norsk gynekologisk forening

Nytt fra styret

Jeg regner med at du spent venter på siste nytt fra styret, og jeg kan starte med å si at vi siden sist har hatt to styremøter. Det første var et meget hyggelig fysisk møte i Oslo, hvor vi også fikk mulighet til å treffe våre to nye medlemmer Birgitte Sanda og Agnethe Lund. Agnethe Lund er «kastet inn» i rollen som vitenskapelig sekretær med hovedansvar for blant annet årsmøte. Hun la fram et veldig spennende faglig og sosialt program for årsmøtet som planlegges i Lillehammer. Vi gleder oss over å presentere dette for alle med et foreløpig program i denne utgaven av Gynekologen. Vi håper også mange ønsker å sende inn abstrakt, da vi vet det skjer mye spennende forskning og kvalitetsforbedringsprosjekter over vårt langstrakte land.

I tillegg til møtet i Oslo har vi hatt et digitalt møte nå i slutten av april. Saker som utdanning, veilederarbeid, veilederkollegium, høringer og valg av ulike komiteer har vært oppe. Mange gode diskusjoner og løsningsorienterte styremedlemmer gjør disse møtene interessante og produktive.

Både vår eminente nettredaktør og vår glimrende redaktør for Gynekologen, Inga Vengen og Tale Meinch, skal til høsten tre ut av sine stillinger. Vi håper noen engasjerte medlemmer der ute ønsker å ta på seg disse viktige oppgavene. Vi kan i alle fall garantere god stemning i styret, og dette er en fin måte å bli kjent med foreningen på.

Media er stadig «på tråden». Tema om alt fra induksjon til HPV-vaksine, abort, rifter og «fertilitetssjekk» har vært forespurt, og jeg takker alle mine dyktige medlemmer jeg stadig kan be om råd og uttalelser fra på saker jeg kan mindre om. Nye møter er planlagt i midten av juni og begynnelsen av september, og har dere saker dere ønsker vi skal diskutere er det fullt mulig å ta kontakt.

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!



Kristine Amundsen
Kasserer NGF

Kristine er overlege ved Kvinneklubben UNN Tromsø og arbeider hovedsakelig med inkontinens og bekkenbunnslidelser. Hun 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.



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 Universitetssjukhus 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.



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.



Agnethe Lund
Vitenskapelig sekretær

Agnethe er overlege ved Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukhus, 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. Hun finner påfyll i naturen, over grytene eller når hun blir i en vakker kokebok.



Morten Kvello
FUGO-representant NGF

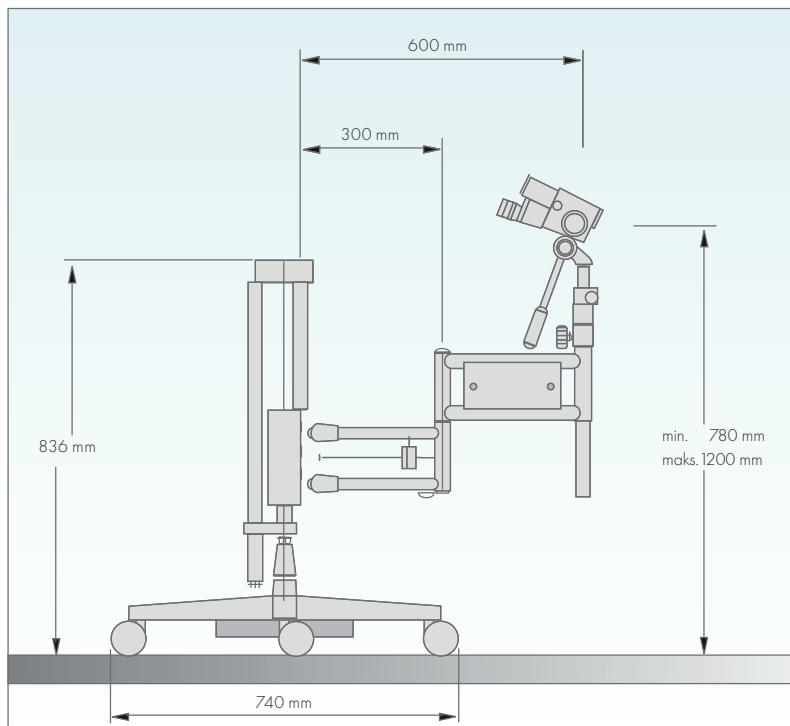
Morten er opprinnelig trønder fra Namsos, men har forvillet seg til det glade Østland og jobber nå som lege i spesialisering ved OUS. Han har doktorgrad i barneskirurgi, men er nå fast bestemt på å bli gynekolog. Utover jobb er Morten glad i å løpe i skogen, bade og gå på teater, og er over gjennomsnittet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

Leisegang kolposkop | Schmitz gyn.stol

Kolposkop balance-o-matic stativ



Når kvalitet teller



Leisegang kolposkop

med **balance-o-matic** stativ. Kan også påmonteres gynekologiske stoler

LEISEGANG 

Kolposkopet som alltid er i vektløs posisjon!



Laveste seteposisjon: 47 cm



En ny målestokk for kvalitet og design.

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

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



**GERMAN
DESIGN
AWARD
SPECIAL
2023**

svas svalland as

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



Behandling ved vaginal atrofi

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

EFFEKT

Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹⁻⁴

SIKKERHET

Ubetydelig systempåvirkning takket være lav dose^{1,4}

VAGINALGEL

Adhesiv, smørende og lindrende¹



Gelisse

Østriol

ATC-nr.: G03CA04.

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

Indikasjoner: Behandling av symptomer på vaginal atrofi som skyldes østrogenmangel hos postmenopausale kvinner.

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

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

Kontraindikasjoner: Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkt østrogenavhengig ondartet svulst (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboemboli (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 hos kvinner med alvorlig vaginal atrofi. 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. Ev. 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. På grunn av vaginal administrering og minimal systemisk absorpsjon er det usannsynlig at det vil forekomme klinisk relevante interaksjoner. Interaksjoner med annen lokalt vaginal tilført behandling bør imidlertid vurderes.

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 føtotoxiske effekter. Amming: Ikke indisert ved amming.

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

Gelisse, VAGINALGEL: Styrke: 50 µg/g. Pakning: 30 g (tube).
Pris: 272,60 kr. Refusjon/Byttegruppe: -/- . Reseptgruppe C.
For mer informasjon se felleskatalogtekst eller SPC 28.03.2022.

Referanser:

1. Produktomtale Gelisse. www.felleskatalogen.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.



LES MER HER

RESEPT-
BELAGT
LEGEMIDDEL

Gelisse®

50 µg østriol/g vaginalgel





Kjære kolleger!

Den lokale komité ved Kvinneklubben Lillehammer har i år gleden av å ønske dere velkommen til NGFs årsmøte i 2024 på Lillehammer.

Årets møte vil bli avholdt på Scandic Lillehammer hotell. Hotellet ligger i en stor privat skulpturpark nært sentrum av Lillehammer.

For å gjøre det enkelt blir get-together på hotellet, og det blir god mat (den er prøvesmakt) og god stemning.

Det blir i år også mulighet for morgenjogging i et flott kulturlandskap, med en runde som bl.a. vil gå gjennom Maihaugen. Hotellet har et deilig velværesenter, og dette kan anbefales ved ønske om en roligere start på dagen. Benytt også muligheten til å rusle en runde rundt i den flotte skulpturparken eller på Maihaugen i eget tempo, om du ønsker det.

Lillehammer kan diske opp til store arrangement og fest, så vi gleder oss til å ta dere i mot for både godt faglig innhold og fest.

Velkommen!

Hilsen lokal komité for Årsmøtet 2024

*Elisabeth Heiberg, Kristin Floberghagen, Anne Sofie Fossum Engnæs,
Sølvi Lomsdal og Ida Hokland.*





Foreløpig program for årsmøtet i Norsk gynekologisk forening 23. – 25. oktober på Lillehammer

Onsdag 23/10

Kurs:

09:00-15:15 **FUGO-kurs** – NB! Krever påmelding

Formøter:

15:30 – 17:00 **Lederforum**

17:30 – 19:00 **FUGO**

17:30 – 19:00 **Obstetrisk formøte**

17:30 – 19:00 **Gyn endoskopisk formøte**

17:30 – 19:00 **Urogynekologisk formøte (NUGG)**

17:30 – 19:00 **Praktiserende spesialister (PSL)**

17:30 – 19:00 **Fostermedisinsk formøte**

20:00 - 23:00 **Get-together**

Torsdag 24/10

Før frokost **Frisk start på dagen**

09:00 – 09:30 **Offisiell åpning**

NGF-leder og LOK

09:30 – 10:30 **Can we predict complex disorders? – Pre-eclampsia as an example**

Invitert foreleser, Juha Kere, prof. of Molecular genetics, Karolinska institutet

10:30 – 11:00 **Pause og besøke utstillere**



- 11:00 – 11:30 **Er sykdomsprediksjon innen gynekologi/obstetikk relevant for folkehelse?**
Panelsamtale
- 11:30 – 12:30 **Frie foredrag – Gynekologi**
- 12:30 – 13:30 **Lunsj**
- 12:40 – 13:25 **Lunsj-symposium**
- 13:30 – 15:00 **Frie foredrag – Obstetikk**
- 15:00 – 15:45 **Postertalk og pause**
- 15:45 – 16:45 **Gynekologisk kreft: inviterte foredrag**
- 16:45 – 17:30 **Pause – besøke utstillere**
- 17:30 – 19:00 **Generalforsamling**
- 19:30 – 01:00 **Årsmøtemiddag**

Fredag 25/10

- 09:00 – 10:00 **Frie foredrag – Fostermedisin**
- 10:00 – 10:30 **Pause – besøke utstillere**
- 10:30 – 12:00 **Frie foredrag – Gynekologi og gynekologisk kreft**
- 12:00 – 12:30 **Pause – besøke utstillere**
- 12:30 – 13:30 **Norge mangler gynekologer – hva gjør vi?**
Paneldiskusjon med president i Legeforeningen Anne-Karin Rime
- 13:30 – 14:45 **Lunsj og besøke utstillere**
- 13:40 – 14:25 **Lunsj-symposium**
- 14:45 – 16:15 **Frie foredrag**
- 16:15 – 16:30 **Prisutdeling og avslutning**
- 16:45 **Bussavgang til Gardermoen**

Kjære FUGO-folk!



Mina Eskeland
FUGO-leder

Kjære alle LIS! Tiden flyr, og snart er det tid for velfortjent sommerferie. Jeg håper første halvdel av 2024 har vært spennende og lærerik for dere alle sammen. Selv har jeg siden sist fått erfare fødselsomsorgen fra pasientsiden og må si at det var en veldig positiv opplevelse. Det er ikke uten grunn at Norge regnes som et av de beste landene i verden å føde i. Som LIS er vi heldige som får utdannelsen og opplæringen vår i et så faglig sterkt miljø, samtidig som pasientene er heldige som møter så mange flinke og dedikerte LIS og overleger.

Også i år er FUGO ansvarlig for å dele ut den høythengende Utdanningsprisen på NGFs årsmøte i oktober. Prisen går til den avdelingen som har vært best på utdanning av LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer i 2023-2024. Som tidligere år trenger vi din hjelp for å kåre vinneren. Det gjør du ved å svare på spørreskjemaet vårt. Skjemaet sendes ut til alle LIS før sommeren,



men du kan også komme til det ved å scanne QR-koden her. De få minuttene det tar å svare på skjemaet gir oss viktig innsikt i hvordan LIS i gyn/obs trives både generelt og på hvert enkelt sykehus. På forhånd tusen takk for hjelpen!

Når vi først er inne på årsmøtet vil jeg også minne om at vi tradisjonen tro arrangerer kurs for LIS på onsdagen, som altså i år vil si 23.10.2024. Årets tema er den endrede fødepopulasjonen. Vi får høre om viktige problemstillinger innenfor dette som vi ikke lærer så mye om på andre kurs, så det anbefales på det sterkeste å melde seg på. Se neste side for mer informasjon og følg med på Facebookgruppen vår.

Ellers har valgkomiteen begynt arbeidet med å se etter kandidater til FUGO-styret for neste år. Disse velges inn på FUGOs generalforsamling i forbindelse med årsmøtet på Lillehammer. Ta kontakt med valgkomiteen ved Øystein Bergøy på mail oystein.bergoy@gmail.com dersom du er interessert. En plass i FUGO-styret er en enestående mulighet til å bli kjent med andre LIS og være med på å påvirke utdanningen vår.

God sommer!

FUGO-styret 2024



Mina Eskeland
Leder, Gynekologen, Utdanningsprisen
Arbeidssted: OUS 2022-d.d.,
Nordlandssykehuset Bodø 2021-2022.



Sukhjeet Bains
Webansvarlig, ENTOG, FUGOtek
Arbeidssted: Drammen sykehus 2022-d.d.,
Sørlandet sykehus Arendal 2021-2022.



Are Adam Woyseth Larsen
Nestleder, NFYOG, Endoskopiutvalget
Arbeidssted: Sykehuset Telemark Skien 2022-d.d.,
Ringerike sykehus 2022.



Rannveig Stokke
Sekretær, kursansvarlig, Gynekologen
Arbeidssted: Sykehuset Telemark Skien 2022-d.d.



Morten Kvello
NGF-representant
Arbeidssted: OUS 2022-d.d.,
Sørlandet sykehuset Kristiansand 2020-2022.



Eilin Austreid
Kampanjeansvarlig, NFYOG
Arbeidssted: Stavanger universitetssykehus 2018-d.d.



Siri Juliebø-Jones
Kasserer, ENTOG
Arbeidssted: Haukeland 2021-d.d.,
Sykehuset Telemark Skien 2019-2021,
Nordlandssykehuset Bodø 2018-2019.

INDIKASJON: Behandling 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.¹
FAST KOMBINASJON MED¹: • Relugoliks (GnRH-antagonist) • hormonell add back: østradiol (E2) + noretisteronacetat (NETA)

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

EN TABLETT OM DAGEN MOT MYOMER¹

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



Ryeqo® (relugoliks, østradiol, noretisteronacetat)

* 50 % VED 24 UKER²
1. Preparatomtale for Ryeqo® (SPC), jan 2024. 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 tablett glemmes i ≥2 etterfølgende dager, må en ikke-hormonell prevensjonsmetode brukes de neste 7 dagene. **Spesielle pasientgrupper:** Kontraindisert ved alvorlig leversykdom hvis leverfunksjonsverdiene ikke er normaliserte. **Administrering:** Tas på omtrent samme tid hver dag, med eller uten mat. Bør tas med litt væske etter behov. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Tidligere eller nåværende venøs tromboembolisk sykdom. Tidligere eller nåværende arteriell tromboembolisk kardiovaskulær sykdom. Kjente tromboemboliske sykdommer. Kjente osteoporose. Hodepine med fokale nevrologiske symptomer eller migrene med aura. Kjente eller mistenkte maligne tilstander som påvirkes av kjønnssteroider. Tilstedeværelse av eller historie med levertumorer (godartede eller ondartede). Tilstedeværelse av eller historie med alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normaliserte. Graviditet eller mistenkt graviditet og amming. Blødning fra genitalia med ukjent etiologi. Samtidig bruk av hormonelle prevensjonsmidler. **Forsiktighetsregler:** Skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. **Medisinsk undersøkelse/konsultasjon:** Før igangsetting eller gjenoptak skal det foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieanamnese). Blodtrykk skal måles og fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Regelmessige kontroller skal utføres iht. standard klinisk praksis. Ev. hormonell prevensjon må stoppes før igangsetting. Ikke-hormonelle prevensjonsmetoder må brukes i minst 1 måned etter behandlingsstart. Graviditet må utelukkes før administrering eller gjenoptak. **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. Nytte og risiko ved bruk hos pasienter med tidligere lavtraume fraktur eller andre risikofaktorer for osteoporose eller tap av benmasse, bør vurderes før behandlingsstart. Behandling skal ikke innledes dersom risikoen forbundet med tap av benmasse overstiger potensiell nytte. **Levertumorer eller leversykdom:** Hvis gulsott oppstår, må behandlingen seponeres. Det er sett asymptomatisk forbigående økt ALAT minst 3 × øvre grense for referanseområdet hos <1%. Akutte avvik i leverprøver kan nødvendiggjøre seponering av bruk til leverprøvene blir normale. **Endring i menstruasjonsblødningsmønster:** Pasienten skal informeres om at behandling vanligvis gir redusert blodtap under menstruasjon eller amenoré i løpet av de første 2 månedene av behandlingen. Ved vedvarende kraftig blødning må pasienten kontakte legen. **Preventive egenskaper:** Gir adekvat prevensjon når preparatet brukes i minst 1 måned. Kvinner i fertil alder må imidlertid informeres om at eggløsning kommer tilbake kort tid etter avsluttet behandling. Alternativ prevensjon må derfor startes umiddelbart etter avsluttet behandling. **Redusert evne til å gjenkjenne graviditet:** Utfor graviditetstest ved mistenkt graviditet, og seponer behandlingen dersom graviditet bekreftes. **Fremfall eller avstøtning av submukøst myom:** Kvinner som har eller mistenkes å ha submukøse myomer, skal informeres om muligheten for prolaps eller avstøtning av myomer, og de bør kontakte lege om alvorlig blødning gjenoppstår. **Depresjon:** Kvinner med tidligere depresjon skal følges nøye. Skal seponeres dersom depresjon vender tilbake i alvorlig grad. Kvinnen skal rådes til å kontakte lege ved 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 kolecyttitt 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:** alopeci, hyperhidrose, nattesvette, nedsatt libido, vulvovaginal tørrhet og irritabilitet. **Overdose- ring/Forgiftning:** Se Giftinformasjonen anbefalinger for østrogen G03C og progesterogener G03D på felleskatalogen.no. **Pakninger og priser (pr. 23.02.2024):** 28 stk. (flaske) kr. 1 343,40. 3x28 stk (flaske) kr. 3761,70 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 18.01.2024. **Refusjon:** Blå resept: Ja. Refusjonsberettiget bruk: Behandling av moderate til alvorlige symptomer på myomer hos voksne kvinner i fertil alder. Vilkår: 240 Behandlingen skal være instituert av spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet. ICD: D25. 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. Sist endret: 23.02.2024.**



GEDEON RICHTER

RYE-JUN24-NO-23528

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

FUGO-kurs 2024

Kjære LIS! Hold av datoen, for 23. oktober 2024 blir det igjen FUGO-kurs. I år rettes fokuset mot et tema som alltid vil være høyaktuelt, og som stadig er i endring, nemlig fødepopulasjonen vår.



Rannveig Stokke

Sekretær og kursansvarlig i FUGO-styret

Fødselstallene går ned og morbiditeten opp, og dette er noe vi ønsker å fordype oss i. Med kurset ønsker vi å belyse hvilke konsekvenser en endret fødepopulasjon har for kvinnene, fremtiden og oss som jobber med det til daglig. Det vil bli fokusert på viktige problemstillinger hos en endret pasientgruppe knyttet til svangerskaps- og fødselsomsorgen. Kurset vil også ta for seg hva det er som har endret seg og hvorvidt dette har noen konsekvens

for barna. Vi har fått med oss noen av Norges fremste innen de aktuelle temaene, så dette er med andre ord en dag du ikke vil gå glipp av.

Kurset holdes i forbindelse med årsmøtet til NGF på Lillehammer, men det vil være egen påmelding via Legeforeningens kursside. Deltakere kan få dekket utgifter til transport og opphold gjennom Utdanningsfond-III. FUGO-kursene har vært populære og fått gode tilbakemeldinger gjennom flere år. Det er begrenset med plasser og førstemann til mølla. Som i fjor vil påmeldingen åpne for LIS først, deretter for spesialister dersom det er gjenværende plasser. Det er bare å melde seg på når påmeldingen annonseres.

Velkommen til kurs!





Møter du par eller single med barneønske? – hos Medicus kan de få hjelp

I over 20 år har Medicus hjulpet naturen litt på vei. Flere tusen barn har blitt skapt gjennom assistert befruktning og andre metoder, som hjelp med egglosningsproblemer. Vi har 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. Våre klinikker ligger sentralt lokalisert og vi har kort ventetid.

Samarbeid med oss

Vi samarbeider med gynekologer over hele landet som gjør innledende tester og monitorering av pasienter som skal eller er i behandling hos oss. Ta kontakt med våre klinikkledere direkte for en prat om samarbeid:

Bergen



Alexander Freis
alexander@medicus.no
55 08 85 85

Stavanger



Olav André Klefstad
olavandre@medicus.no
51 52 40 00

Trondheim



Finn T. Johnsen
finn@medicus.no
73 87 14 70

Oslo



Inger Øverlie
inger@medicus.no
22 46 76 30

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 springssystem

Siste nytt fra Spesialitetskomiteen

God vår alle sammen!



Nora Johansen

Leder av Spesialitetskomiteen

Jeg overtok som leder for Spesialitetskomiteen i januar i år og tenkte at nå det var greit å presentere meg. Jeg jobber som overlege ved avdeling for obstetrik og gynekologi ved Sørlandet sykehus i Arendal, en liten til mellomstor avdeling. Vi har i underkant av 850 fødsler i året, og vaktene hos oss kan være alt fra ekstremt rolige til ekstremt travle. Ved siden av 50% klinisk arbeid har jeg en 50% postdok-stilling, og innenfor forskningen er det menopause, gynekologisk endokrinologi generelt og seksualitet som er hovedinteressene mine.

Heldigvis er de fleste medlemmene i komiteen med videre, og vi jobber sammen med fysiske møter to ganger i året og nettmøter når det ellers trengs. I løpet av våren 2024 besøker vi alle avdelingene ved Vestre Viken HF. Ved besøk på avdelinger får vi verdifull innsikt i hvordan LiS-utdanningen organiseres. Før slike besøk må avdelingene beskrive avdelingens drift, utfordringer ved LiS-utdanningen og mulige løsninger. Når vi kommer på besøk går vi gjennom dette i detalj. Vi får dermed en unik mulighet til å samle gode råd og løsninger som vi kan spille inn til andre avdelinger, noe vi har inntrykk av at blir satt pris på. Etter endt besøk sammenfattes det hele i en rapport som sendes avdelingen. Vi ønsker at alle LiS som jobber ved avdelingen er til stede ved besøkene og at de har tenkt nøye gjennom forhold som påvirker utdanningen deres før vi kommer. I løpet av besøket har vi en egen

sesjon med bare LiS til stede, hvor de kan ta opp hva de ønsker og som de mener kan ha betydning for spesialiseringsløpet.

Vi fungerer også som rådgivende organ for Helsedirektoratet når det gjelder godkjenning av utdanningsinstitusjoner. Dette arbeidet tar tid. Helsedirektoratet avgjør selv når de ønsker vår vurdering og om de tar våre kommentarer til følge eller ei. Det er altså Helsedirektoratet som bestemmer – både om de vil ha råd og hva de vil gjøre med rådene. All kommunikasjon relatert til godkjenning av utdanningsinstitusjoner må derfor gå til Helsedirektoratet for at de skal kunne ta velinformerte avgjørelser. Dette kan virke tungrodd for enkeltpersoner eller avdelinger som vil komme i kontakt med oss, og det skjønner vi. Når vi blir bedt om å komme med råd angående godkjenning av utdanningsinstitusjoner jobber alltid komiteen sammen, og vi har også med en representant fra Legeforeningen.

Nylig ble vi bedt om å uttale oss om innføring av et nytt læringsmål. For å stimulere til kunnskapsutvikling ønsket Helsedirektoratet å innføre et nytt læringsmål om LiS-deltakelse i forskningsprosjekter. Den tilhørende læringsaktiviteten var å inkludere deltakere i kliniske studier. Vi mener de eksisterende felles kompetansemålene er tilstrekkelige for vårt fag, og vi ga derfor tilbakemelding om at vi ikke ønsker dette læringsmålet i vår spesialitet. Men, selv om det fortsatt ikke er et spesifikt læringsmål, oppmuntrer vi alle LiS til å delta aktivt i forskning, også med inkludering av deltakere i kliniske studier.

Jeg ønsker dere alle en fin sommer! Ta gjerne kontakt hvis dere har forslag til vinner av forbildeprisen, som i år skal deles ut på årsmøtet i Lillehammer.



Gynekologen søker ny redaktør!

Er du interessert eller nysgjerrig?

Ta kontakt med nåværende redaktør Tale Meinich (tmeinich@gmail.com) eller leder i NGF Solveig Bjellmo (solveigbjellmo@gmail.com) ved interesse eller for mer informasjon.

Se også side 4 for mer informasjon.

Xonvea® 10mg/10mg

doksylamin/pyridoksin

Nyhet!
40-pakning

- Individtilpasset dosering for laveste effektive dose¹
- 2,6 tabletter er gjennomsnittlig daglig dose i klinisk studie²
- Ny større pakning til lavere pris per tablett



Reseptbelagt legemiddel

Spesifikt fremstilt for behandling av svangerskapskvalme¹

Xonvea (doksylamin og pyridoksin), enterotablett 10 mg/10 mg. Indikasjoner: For behandling av svangerskapskvalme og -oppkast (NVP) hos gravide kvinner ≥18 år som ikke responderer på konservativ behandling (dvs. livsstil- og kostholdsendringer). **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.

Pakninger og priser: 10 mg/10 mg: 20 st Maksimal AUP 299,50 kr, 40 st Maksimal AUP 485,00 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, hypnotiske sedativer og beroligende midler. Brukes med forsiktighet hos pasienter med astma, økt intraokulært trykk, trangvinkelglaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon og blæreghalsobstruksjon. Inneholder pyridoksinhydroklorid og derfor skal ytterligere nivåer fra kosten og vitamin B6-tilskudd vurderes. Inneholder azo-fargestoffet allurarød AC aluminiumslakk (E129) som kan gi allergiske reaksjoner. Inneholder benzosyre (E 210). Pasienter med hyperemesis gravidarum skal behandles av spesialist. Det har vært rapportert falske positive urinscreeningstester for metadon, opiat og fensyklidinofosfat ved bruk av doksylaminsuksinat/pyridoksinhydroklorid. **Graviditet og amming:** Brukes av gravide kvinner. **Amming:** Anbefales ikke under amming. **Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner:** Xonvea har moderat til stor påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Aktiviteter som krever fullstendig mental oppvaktet, som å kjøre eller bruke maskiner, bør unngås til helsepersonell sier at de kan gjøre det. **Bivirkninger:** Hyppigst rapporterte var somnolens. Alvorlig døsigheit 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 09.02.2024.

1. Produktomtale Xonvea. www.felleskatalogen.no 2. Koren G, et al. Effectiveness of doxylamine-pyridoxine for morning sickness. Am J Obstet Gynecol. 2016;214(5):664-6.



Karl Gustavsgatan 1 A | 411 25 Göteborg, Sverige | +46 (0)31-20 50 20 | info@campuspharma.se

Bekkenleddsmerter hos gravide og fødende

Bekkenleddsmerter hos gravide er en vanlig problemstilling på norske legekontorer. Gynekologer og fødselsleger møter mange pasienter med slike plager, og oppdatert kunnskap om tilstanden er en fordel. Hva sier dagens evidens? Og hvordan kan gynekologen bidra til å bedre kvinnens situasjon?



Britt Stuge

Fysioterapeut, spesialist i kvinnehelse MNFF, PhD, seniorforsker ortopedisk avdeling Oslo Universitetssykehus

Definisjon

Bekkenleddsmerter er en betegnelse på smerter fra bekkenet (iliosakralleddene og/eller symfyse) som oppstår under svangerskap eller rett etter fødsel, og hvor annen årsak til smerter er ekskludert (ICD-10 kode 026.7, bekkenløsning). Smertene kan være lokalisert til ett eller flere bekkenledd og provoseres typisk ved forflytning (gå, reise/sette seg, gå trapp og snu i seng).

Forekomst

Omtrent 20% av gravide opplever funksjonshemmende bekkenleddsmerter i en slik grad at de kan være behandlingstrengende. Etter fødsel rapporterer under 10% vedvarende smerter, og i det norske MoBa-materialet angir ca. 3% å ha betydelige funksjonsproblemer.

Årsaker

Årsakene til bekkenleddsmerter er uklare, og det vites ikke hvorfor noen får smerter fra bekkenleddene og andre ikke. Mulige årsaksfaktorer er hormonelle og biomekaniske. Smertene kan debutere allerede i 4.-6. svangerskapsuke, noe som kan forklares av en mulig hormonell påvirkning. Svangerskapshormonet relaxin påvirker den fysiologiske bløtgjøringen av ligamentene rundt bekkenleddene, men det er ikke vist noen entydig sammenheng mellom relaxinnivå og bekkenleddsmerter.

Det er påvist større mobilitet i bekkenleddene under svangerskap og etter fødsel hos pasienter med bekkenleddsmerter sammenlignet med friske kontroller, men på grunn av stor normalvariasjon kan ikke mobilitet benyttes som et diagnostisk kriterium hos enkeltindivid.

Det er imidlertid indikasjoner på en sammenheng mellom asymmetrisk mobilitet av iliosakralledd og bekkenleddsmerter. Asymmetrisk mobilitet av iliosakralleddene kan føre til mekanisk

stress av ligamentstrukturer med mulig inflammasjon og påfølgende ugunstig muskelaktivering. Det er gode holdepunkter for at ligamentstrukturer rundt bekkenleddene kan være kilde til bekkenleddsmerter.

Noen har en følelse av at bekkenet er løst og at det ene benet kan svikte. Dette kan føre til at kvinnen beveger seg anspent og strammer muskulatur unødvendig. Ugunstig muskelaktivering er funnet hos pasienter med bekkenleddsmerter og kan være en sannsynlig mekanisme for vedvarende smerter og funksjonsproblemer.

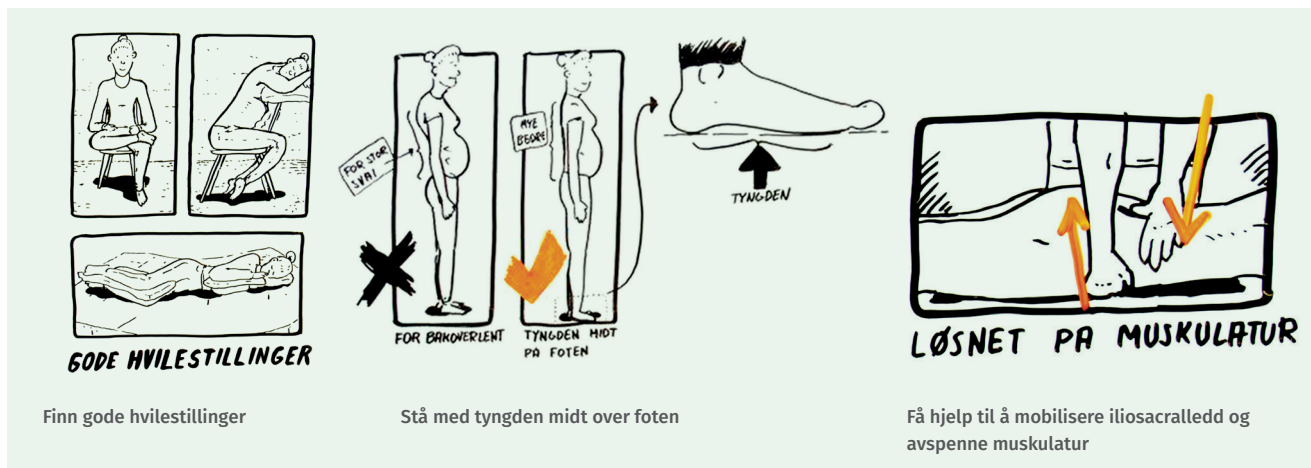
Utredning

En god anamnese med kartlegging av hvor smertene er lokalisert, når de oppstod, hva som provoseres og lindrer, samt hva kvinnen selv tror smertene skyldes, er viktig.

Smertelokalisasjon er av betydning, da både alvorlighetsgrad, prognose og behandlingstiltak vil være ulike avhengig av hvilke og hvor mange bekkenledd som er affisert. Kvinner med smerter lokalisert over alle tre bekkenledd fungerer ofte dårligst, har dårligere prognose og har størst behov for behandling og tilrettelegging av hverdagen. Under svangerskapet kan smertene oppstå brått og uventet etter fysisk anstrengelse eller komme gradvis.

Kliniske tester er nyttige, men ikke alltid nødvendige for å hjelpe en kvinne med bekkenleddsmerter. Anerkjennelse, informasjon og trygging er første prioritet. Smerteprovokasjonstester er mest reliable og valide hvis man er i tvil om smertene kommer fra bekkenleddene. Hvis det synes åpenbart at kvinnen har bekkenleddsmerter er det mer hensiktsmessig å se på hvordan hun beveger seg, gi gode råd og eventuelt henvise til fysioterapeut med spesialkompetanse i kvinnehelse for videre oppfølging. Det er viktig at kvinnen undersøkes av behandler med kompetanse på bekkenleddsmerter. Ofte er det tilstrekkelig med noen få konsultasjoner.

Da det er mange myter om bekkenleddsmerter, er det vesentlig å få et innblikk i hva kvinnen selv tenker at smertene skyldes og hva hun tenker hun bør unngå. Eksempelvis er det ikke farlig å bevege seg, ei heller å krysse beina når man sitter, og det er ikke hensiktsmessig å ha samlede ben ut og inn av bil.



Illustrasjoner fra «Informasjonsfilm om bekkenleddsmerter» Forsknings- og formidlingsenheten for muskelskjeletthelse/FORMI, Oslo Universitetssykehus.

Behandlingsmetoder - hva har vi evidens for, og hva har vi ikke evidens for?

Det tilbys mange ulike behandlingsformer for bekkenleddsmerter, med varierende grad av dokumentert effekt. Målet med behandling er å redusere smerte og forbedre kvinnens funksjonsevne, samt å hindre at tilstanden blir langvarig. Det anbefales individuelle øvelser med søkelys på kroppsbewissthet og spesifikk funksjonell trening, veiledet av fysioterapeut.

Bekkenleddsmerter kan arte seg noe ulikt fra kvinne til kvinne, og ulike undergrupper av bekkenleddsmerter kan trenge forskjellige behandlingstilnæringer. Mens noen bør anbefales avspenning, bør andre anbefales trening.

Behandlingen bør være individualisert, målrettet og evalueres kontinuerlig. Det anbefales ikke å fortsette med behandling som forverrer plagene eller som ikke gir positiv effekt.

Egenbehandling og tilpasning i hverdagen

Det aller viktigste er å gi veiledning til kvinnen om hva hun selv kan gjøre (se lenker):

- Kombinér aktivitet og hvile i gode hvilestillinger (kortvarig og før du får vondt eller før smertene øker)
- Beveg deg på måter som gjør minst mulig vondt (bekkenbelte og/eller krykker kan være aktuelt).
- Stå med tyngden midt over foten og gå så avslappet du kan (ikke gå med knærne sammen) og bruk gode sko (brodder om vinteren).
- Varier sittestilling (sitt gjerne i 'halv skredderstilling') og prøv å sitte motsatt vei på stol.
- Prøv ulike samleiestillinger (gjerne på siden med pute mellom knær og ankler).
- Senk kravene til deg selv.

Avspenning

Avspenning oppnås best i gode hvilestillinger (se lenker). God og kortvarig hvile bør kombineres med tilpasset fysisk aktivitet.

Trening

Det mangler evidens for effekt av trening for bekkenleddsmerter under graviditet. De europeiske retningslinjene for bekkenleddsmerter anbefaler at øvelser individualiseres. Det finnes heller ikke

sikker kunnskap om hva som er den beste treningen. Det viktigste er at fysisk aktivitet og trening ikke provoserer smertene. Et godt prinsipp er å finne aktiviteter den enkelte trives med og som er tilgjengelige, slik at fysisk aktivitet kan gjennomføres.

Flere systematiske oversikter viser effekt av trening for rygg- og bekkenleddsmerter under graviditet, men ingen spesiell treningsform anbefales. Studier som har skilt mellom rygg- og bekkenleddsmerter viser at effekten av trening under svangerskapet er større for kvinner med ryggplager enn med bekkenleddsmerter.

Stabiliserende trening har lenge vært i vinden for kvinner med bekkenleddsmerter, men det er en myte at stabiliserende øvelser er det mest effektive for bekkenleddsmerter.

Bassengtrening kan forsøkes, men har vist seg å ha bedre effekt på ryggsmertene enn bekkenleddsmerter, og det er lett å dosere feil med senere smerter som resultat.

Dokumentert effekt av yoga for bekkenleddsmerter mangler, selv om flere studier har vist effekt på stress, engstelse og depresjon. Det kan være vanskelig å gi anbefalinger, da yoga kan variere fra hovedsakelig avslapning og pust til mer krevende styrkeøvelser. Effekten vil påvirkes av selve øvelsen, hvordan øvelsen utføres, dosering etc., som med de fleste andre treningsformer.

Passive behandlingsformer

Det er få studier som har undersøkt effekten av massasje. Massasje kan avspenne stram muskulatur og lindre smerter, men anbefales ikke som eneste tiltak.

Spesifikk leddmobilisering (eventuelt manipulasjonsteknikk) av iliosacralledd foreslås hvis bekkenleddsmerter er lokalisert rundt ett iliosacralledd, og klinisk undersøkelse viser øket stivhet eller redusert fjæring i iliosacralleddsområdet (ofte kalt bekkenlåsning). Mens manipulasjon består av spesifikke grep med høy hastighet som ofte gir en 'knekkelyd', består mobilisering av leddnær tøyning med liten kraft og langsomme bevegelser for å oppnå normal bevegelighet i leddet.

Manipulasjon anbefales ikke for gravide, da nevrofysiologiske effekter av manipulasjonsbehandling ikke er tilstrekkelig klargjort.

Spesifikk leddmobilisering er ofte tilstrekkelig for å oppnå en ønsket effekt. Det mangler gode studier som har sett på effekt av manipulasjon og leddmobilisering for bekkenleddsmerter, men bred klinisk erfaring tilsier at hos kvinner med ensidig iliosacral-leddsmerte vil normalisering av leddbevegelse være avgjørende for å redusere smerten. Leddmobilisering bør imidlertid kombineres med veiledning i hensiktsmessig kroppsbruk, og kanskje avspenning og tøying av muskulatur.

Flere randomiserte studier indikerer positiv effekt av akupunktur for bekkenleddsmerter under graviditet, og en studie finner at transcutanous electrical nerve stimulation (TENS) kan forsøkes for smertelindring og opprettholdelse av funksjon hos gravide.

Noen studier viser at bekkenbelte kan gi effekt på smerte og funksjon under svangerskapet, men det må prøves ut for den enkelte.

Kirurgi

Som siste utvei kan kirurgisk fiksasjon av bekkenleddene vurderes, men bare i helt spesielle tilfeller med betydelig funksjonshemming i flere år etter fødsel og manglende effekt av adekvat konservativ behandling. En nylig publisert placebo-kontrollert studie ved ortopedisk avdeling på Oslo Universitetssykehus viste imidlertid at kirurgi for bekkenleddsmerter ikke var bedre enn placebo.

Hva bør gynekologen vite, og hvordan kan man hjelpe?

Noe av det viktigste en gynekolog kan gjøre i møte med en kvinne med bekkenleddsmerter er å anerkjenne at smerter fra bekkenet kan gjøre vondt og gi funksjonsnedsettelse. Mange med vedvarende bekkenleddsmerter påpeker betydningen av å bli tatt på alvor.

For gravide med bekkenleddsmerter er det viktig å informere om at de aller, aller fleste blir bra etter fødsel. Det er lov, og kanskje viktig, å ta det litt rolig de første ukene etter fødsel, og hvis bekkenleddsmertene skulle vedvare finnes det hjelp å få. Gynekologen kan vise til kunnskapsbasert informasjonsfilm (Forsknings- og formidlingsenheten for muskelskjeletthelse/FORMI) og til filmer om hvordan man hviler og beveger seg mest mulig hensiktsmessig (Landsforeningen Kvinnelig bekkenleddshelse/LKB), samt henvise til fysioterapeuter med spesialkompetanse på bekkenleddsmerter (Norsk Fysioterapeutforbund//kvinnehelse).

Det finnes ikke dokumentasjon for å anbefale keisersnitt, selv ved betydelige bekkenleddsmerter. Men, en fysioterapeut med spesialkompetanse kan veilede kvinnen i ulike fødestillinger som kan være hensiktsmessige for bekkenet. Det er vist at det å oppleve bekkenleddsmerter i graviditeten er signifikant assosiert med ønske om keisersnitt sammenlignet med kvinner uten bekkenleddsmerter, samt at symfyiolysse er en risikofaktor for at barnet forløses med keisersnitt.

Vi er ikke kjent med studier som har sett på induksjon av fødsel på grunn av bekkenleddsmerter. Bekkenleddsmerter har en tendens til å reduseres de siste ukene av svangerskapet, og man kan spekulere i om dette har sammenheng med at fosterhodet fester seg i bekkenet.

Det er heller ikke vist noen sammenheng mellom vedvarende bekkenleddsmerter og amming. Det kan imidlertid være nyttig med tips om gode ammestillinger.

Det har også vært diskutert om svak bekkenbunnsmuskulatur kan være medvirkende årsak til bekkenleddsmerter etter fødsel, noe det heller ikke finnes evidens for. Derimot er det funnet en assosiasjon mellom mulig øket spenning i bekkenbunnen og bekkenleddsmerter. Stabiliserende trening har som nevnt vært i vinden, med et mulig resultat at noen går rundt og konstant spenner muskulaturen ugunstig i mage, sete og bekkenbunnen. Gynekologen kan bidra til å bevisstgjøre kvinnen på forskjellen på aktivisering og avspenning ved palpasjon av bekkenbunnsmuskulaturen, og dermed kanskje bidra til å redusere bekkenleddsmertene.

Pasientinformasjon:

Informasjonsfilm om bekkenleddsmerter anbefales

www.youtube.com/watch?v=uS7Bfa0q-Kg

Informasjonsfilm om bekkenleddsmerter (med engelsk tekst)

youtu.be/VPBfva__ZpM

Filmer om bekkenleddsmerter:

- [Bekkenleddsmerter forklart av FORMI](#)
- [Gåteknikker](#), gå avspent, bruk foten og tilpass skritt lengden for å unngå å provosere smertene.
- [Ståteknikker](#), forflytning av tyngdepunkt for å redusere smerte.
- [Sitteteknikker](#), sitte, reise/sette seg fra stol - variere stilling, sitte bredt, skredderstilling og motsatt vei på stol.
- [Gode hvilestillinger](#), finn gode hvilestillinger ved hjelp av puter i sideleie og ryggleie.
- [Trene med bekkenleddsmerter](#).

Her er alle filmene samlet på en side med omtale og nyttige tips på norsk (www.bekkenleddhelse.no/informasjonsfilmer/) og her på engelsk (<https://www.bekkenleddhelse.no/english/>).

Referanser:

- Stuge B. et al. Bekkenleddsmerter (bekkenløsning). Norsk gynekologisk forening Veileder i fødselshjelp. ePub. ISBN Veileder 2020: ISBN 978-82-692382-0-4 <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/bekkenleddsmerter/>
- Bjelland EK, Stuge B, Engdahl B et al. The effect of emotional distress on persistent pelvic girdle pain after delivery: a longitudinal population study. BJOG. 2013;120:32-40.
- Bjelland EK, Owe KM, Stuge B et al. Breastfeeding and pelvic girdle pain: a follow-up study of 10 603 women 18 months after delivery. BJOG. 2015;122:1765-71.
- Bjelland EK, Stuge B, Vangen S et al. Mode of delivery and persistence of pelvic girdle syndrome 6 months postpartum. Am.J.Obstet.Gynecol. 2012.
- Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. European Spine Journal 2008;17:794-819.
- Randers EM, Gerdhem P, Stuge B et al. The effect of minimally invasive sacroiliac joint fusion compared to sham operation: a double-blind randomized placebo-controlled trial. EclinicalMedicine. 2024 Feb 1;68:102438. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102438. eCollection 2024 Feb.
- Stuge B, Sætre K, Brækken IH. The association between pelvic floor muscle function and pelvic girdle pain--a matched case control 3D ultrasound study. Man Ther. 2012 Apr;17(2):150-6. Doi:10.1016/j.math.2011.12.004. Epub 2012 Jan 15.
- Sperstad JB, Tennfjord MK, Hilde G et al. Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. Br J Sports Med. 2016 Sep;50(17):1092-6. doi: 10.1136/bjsports-2016-096065. Epub 2016 Jun 20.
- Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? Scand J Public Health. 2009 Jun;37(4):364-71. doi: 10.1177/1403494809105027. Epub 2009 Apr 16. PMID: 19372232.
- Lebel, D. E., Levy, A., Holcberg, G., & Sheiner, E. (2010). Symphysiolysis as an independent risk factor for cesarean delivery. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 23(5), 417-420. <https://doi.org/10.3109/14767050903420291>

JEMPERLI (dostarlimab) i kombinasjon med kjemoterapi er

første

EMA-godkjente PD-1 hemmer til behandling av kvinner med primær fremskreden eller tilbakevendende endometriekreft.^{1,2}



Refusjon for indikasjon:

JEMPERLI er indisert i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel for behandling av voksne pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende dMMR (mismatch repair deficient) / MSI-H (microsatellite instability high) endometriekreft (EC) og som er kandidater for systemisk behandling.^{1,3}

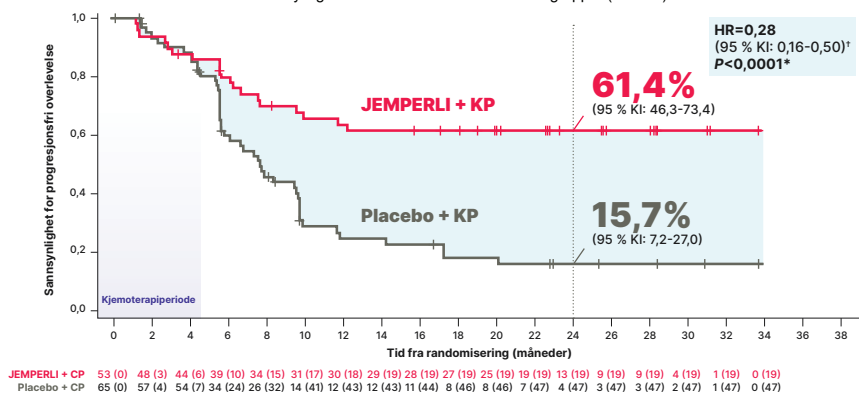
Sikkerhetsprofil ved kombinasjonsbehandling¹

JEMPERLI ble permanent seponert på grunn av bivirkninger hos 12 (5,0%) av pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende endometriekreft, hvor de fleste var immunrelaterte hendelser.¹ Bivirkningene var alvorlige hos 11,2 % av pasientene; de alvorligste bivirkningene var immunrelaterte bivirkninger.¹



Påvist effekt med 72 % reduksjon i risikoen for progresjon eller død vs. KP alene^{1,5*†}

Estimert sannsynlighet for PFS i dMMR/MSI-H-undergrupper (n = 118)^{1,2,5†}



*Ensidig P-verdi basert på stratifisert log-rank-test.¹ †Basert på stratifisert Cox-regresjonsmodell.¹ ‡Ved Kaplan-Meier-metoden.¹

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON / FORSIKTIGHET UTVIKES VED:

JEMPERLI er indisert

- i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel for behandling av voksne pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende dMMR (mismatch repair deficient) / MSI-H (microsatellite instability high) endometriekreft (EC) og som er kandidater for systemisk behandling.
- som monoterapi for behandling av voksne pasienter 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.

Immunrelaterte bivirkninger, som kan være alvorlige eller fatale, kan oppstå hos pasienter som behandles med antistoffer som blokkerer veien for det programmerte celledødsprotein-1 / programmerte dødsligand 1 (PD-1/PD-L1), herunder Jemperli. Immunrelaterte bivirkninger oppstår vanligvis under behandling, men symptomer kan også dukke opp etter at behandlingen er seponert. Pasienter skal overvåkes for symptomer og tegn på immunrelaterte bivirkninger. Se preparatomtalen kap 4.4 og kap 4.8 for ytterligere informasjon om

immunrelaterte bivirkninger og håndteringen av disse, samt andre bivirkninger.

Pasientkort: Alle som forskriver JEMPERLI, skal dele ut og informere pasientene om pasientkortet samt forklare hva de skal gjøre hvis de opplever symptomer på immunrelaterte bivirkninger.

Pakninger, priser, refusjon og Nye Metoder

Reseptgruppe C

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

Nye metoder - Jemperli er innført som monoterapi for behandling voksne med tilbakevendende eller fremskreden dMMR/MSI-H endometriekreft som har utviklet seg under eller etter tidligere behandling med et platinaholdig regime. Jemperli er innført «i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel for behandling av voksne med primær fremskreden eller tilbakevendende dMMR (mismatch repair deficient)/MSI-H (microsatellite instability high) endometriekreft (EC) og som er kandidater for systemisk behandling.»

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

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

Referanser: 1. Jemperli preparatomtale. 2. Indikasjoner ATC-gruppe L01F F (www.felleskatalogen.no/medisin/atc-register/L01F, sett 18.12.2023). 3. www.nyemetoder.no/metoder/dostarlimab-jemperli-indikasjon-ii. 4. www.nyemetoder.no/siteassets/documents/Beslutninger/Beslutningsforum-23012023_Protokoll.pdf. 5. Mirza MR, et al. N Engl J Med. 2023;388(23):2145-2158

GlaxoSmithKline AS, Drammensveien 288, 0283 Oslo, Tlf. 22702000.

©2024 GSK Group of Companies. Trade marks are owned by or licensed to the GSK Group of Companies. All rights reserved. PM-NO-DST-JRNA-240001, april 2024.



Foreløpige erfaringer fra hjemmeinduksjonsstudien:

Poliklinisk induksjon av lavrisikokvinner med oral misoprostol, en multisenter randomisert kontrollert studie.



Da vi ble spurt av redaktøren om å presentere studien vår i Gynekologen, måtte vi selvsagt gripe muligheten. Resultatene helt konkret må dere vente i spenning på litt lenger, men i mellomtiden kan vi fortelle litt om prosessen bak det å sette i gang og gjennomføre en klinisk studie. Forhåpentligvis kan våre erfaringer være til inspirasjon og nytte for andre som ønsker å gjøre forskning innen obstetikk.



Frida Austad

Spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved Sørlandet sykehus Kristiansand og stipendiat ved UiB.

Hovedveileder er Janne Rossen, og biveiledere er Elisabeth Balstad Magnussen og Jørg Kessler.

Idé og pilotstudie

På Kvinnekliviken ved Sørlandet sykehus Kristiansand har vi en aktiv kultur for forskning. Inspirert av dette så vi et ubesvart forskningsspørsmål og ikke minst manglende kunnskap om et klinisk viktig «hot topic», nemlig hjemmeinduksjon. Vi landet på at vi ønsket å gjøre en studie på *hjemmeinduksjon av lavrisikokvinner med per oral misoprostol*. Vi brukte per oral misoprostol i avdelingen allerede, og vi visste at dette ble brukt til hjemmeinduksjon i Danmark med gode resultater.

For å lette planleggingen av en større studie, gjorde vi først en pilotstudie i Kristiansand. Vi søkte REK, utarbeidet samtykkeskjema, spørreskjema, informasjonsskriv og en protokoll for selve pilotstudien. Totalt inkluderte vi 20 kvinner som ble randomisert til «hjemme» eller «innlagt» (1:1). Kvinnene ble valgt ut etter kriterier vi hadde definert på forhånd som «lavrisiko». Kvinnene fikk være hjemme til riestart eller vannavgang i inntil 48 timer og kunne ta 6 tabletter misoprostol a 25 ug daglig, maksimalt 12 stk.

Resultatene fra pilotstudien var gode. Kvinnene som deltok svarte at de var fornøyde og følte seg trygge med denne metoden. Det var ingen komplikasjoner eller alvorlige utfall blant mødre eller barn, og de som var hjemme gikk raskere i fødsel enn de som var innlagt. Det var veldig nyttig å ha gjennomført en pilotstudie da vi gikk i gang med planleggingen av en større studie. Vi endret alle skjemaer og inklusjon (figur 1) fra papirversjon til elektronisk, og vi hadde innblikk i hva som var viktig å ha med i informasjonsskriv til både leger, jordmødre og deltakende kvinner. Vi hadde også med deltakere i pilotstudien i utformingen av informasjonsskrivene.

Midler, multisenter randomisert kontrollert studie, planlegging

I en større studie ønsket vi å få med noen av de store kvinneklinikkene i Norge for å sikre rekruttering av pasienter, samt geografisk spredning. Med oss på laget fikk vi Jørg Kessler ved Haukeland Universitetssykehus og Elisabeth Magnussen ved St. Olavs Hospital. Godkjenning fra REK kom på plass, etterfulgt av PhD-midler fra Helse Sør-Øst.

Under planleggingen, og dels etter oppstart av studien, var det andre som også viste interesse for studien. Vi endte derfor også med å ha med sykehusene i Bodø, Kalnes og Tønsberg. Det skulle vise seg å være veldig verdifullt når inkluderingen ikke gikk helt som forventet alle steder. Tusen takk til alle dere!

Høsten 2021 gikk med til å gjøre alt klart før vi kunne starte opp: personvernsoknader til alle sykehus, samtykkeskjema, randomisering, stratifisering, spørreskjema koblet sammen og satt opp så enkelt som mulig i Nettskjema. Så startet informasjonsrundene både fysisk og digitalt til alle sykehusene. De fleste virket positive og nysgjerrige. Dette var det interesse for!

Lørdag 8.1.22 ble den første pasienten inkludert i studien. Jippi! Vi hadde mål om 300 pasienter og hadde i utgangspunktet tenkt det skulle gå på 9 måneder. Det tok 16 måneder. Men, våren 2023 var alle endelig i boks, og vi var veldig fornøyde.

Inklusjon

På hver avdeling gikk vi gjennom hvordan studien skulle gjøres. Hvor skulle infoskriv ligge? Plakater? Hvor skulle kvinnene som ble innlagt faktisk ligge? Hvem kunne passe på at kvinnene som egnet seg faktisk ble spurt? Vi så det var stor forskjell på praksis mellom de ulike sykehusene. Noen var vant med å sende kvinner hjem med ballong, andre steder var det å sende pasienter hjem mindre innarbeidet. Inklusjonen ble gjort av leger og jordmødre integrert i den vanlige travle hverdagsklinikken. Selv om vi forsøkte å gjøre inklusjonen enkel, krevde det planlegging og logistikk for få gode rutiner for at det skulle flyte godt.

RCT Hjemmeinduksjonsstudie

www.hjemmeinduksjon.no

Inklusjonskriterier

- ≥ 37 svangerskapsuker, hodeleie, enlingesvangerskap
- Alder ≥ 18 år
- Forstå og kunne lese norsk
- Reisevei til sykehus < 1 time
- Normal ultralyd inkludert (siste 14 dager):
 - Fosterbevegelser
 - Fostervann (dypeste lomme) > 2 cm
 - Estimert fostervekt $\geq -15\%$ (≥ 10 -percentil)
- Normal CTG
- Kvinner med stabil hypertensjon / ukomplisert preeklampsi uten indikasjon for innleggelse kan inkluderes etter individuell vurdering
- Tilgang til partner eller kontaktperson hjemme for transport til sykehus



Eksklusjonskriterier

- Vannavgang
- Tidligere sectio/annen operasjon på uterus
- Pregravid BMI ≥ 40
- Unormal dopplerundersøkelse (hvis utført); PI a.umbilicalis ≥ 95 -percentil og/eller cerebroplacentær ratio < 1
- Føtal anomali eller kromosomavvik/genetisk sykdom
- Grand multipara ($P \geq 4$)
- Kognitive barrierer
- Svangerskapskomplikasjoner som preeklampsi som krever innleggelse, insulinkrevende svangerskapsdiabetes eller andre tilstander assosiert med føtal hypoksi i fødsel
- Infeksjoner eller alvorlige sykdommer hos mor
- Kontraindikasjon mot induksjon med misoprostol (moden cervix og/eller obstetriske historikk)
- Kombinerte risikofaktorer, individuelt vurdert

Vi la også merke til at de ulike avdelingene hadde ulike holdninger til bruk av misoprostol hjemme. Noen steder fikk vi inntrykk av usikkerhet, kanskje basert på dårlige erfaringer og episoder i fortiden. Andre steder var heller problemet at det var vanskelig å finne plass til de som ble randomisert til å være innlagt, da man allerede hadde rutine for at mange var hjemme under induksjonen.

Totalt så vi at det var viktig å få erfaring med metoden for at det skulle flyte godt. På vår egen avdeling, der det var lettest for oss å følge opp kontinuerlig underveis, opplevde vi tydelig at legene og jordmødrene etter hvert ble trygge på å gi misoprostol per os til kvinner som ble sendt hjem. Her ble også en stor andel av pasientene inkludert. Vi så ellers at det var viktig å ha dedikert personell som kunne følge opp studien, minne om den, diskutere og så videre. Underveis hadde vi gjentatte digitale og fysiske oppfølgninger med de ulike avdelingene, men inklusjonen gikk i rykk og napp, og noen steder ble det inkludert færre en estimert.

Inntrykk så langt og veien videre

Etter inklusjonen var fullført har vi brukt tid på å samle data fra alle sykehusene for videre analyse. Vi har planlagt tre artikler som omhandler følgende:

1. Tilfredshet hos kvinnene som deltok
2. Fødselsutfall for mor og barn
3. Økonomiske analyse av hjemmeinduksjon

Uten å gå inn på de faktiske resultatene kan vi si at vi var godt fornøyd med inklusjonen (tross forlenget inklusjonstid) og forløpet gjennom inklusjonen. Vi har ikke fått rapportert noen alvorlige hendelser underveis, og vi sitter igjen med inntrykk av at kvinnene er fornøyde. Imidlertid har vi gjort oss noen tanker og erfaringer

som kan bidra i utformingen av induksjonsprosedyrer i klinisk praksis videre.

Tanker om bruk av per oral misoprostol som hjemmeinduksjon for lavrisikokvinner

Våre erfaringer med hjemmeinduksjonsstudien er at dette bør være et alternativ til kvinnene som induseres, og vi har tatt metoden inn i vår lokale induksjonsprosedyre. Hos oss har vi gjort enkelte endringer etter studien, blant annet kan kvinner med vannavgang også få misoprostol hjemme. Ellers har vi økt til maks 8 tabletter i 2 påfølgende dager, men kvinnene kommer inn til sykehuset neste dag for å hente resterende 8 tabletter. På denne måten sparer vi tabletter som ikke blir brukt, og ikke minst får vi en kontakt med kvinnene slik at de lettere kan gi beskjed om problemer, spørsmål eller annet. Vi tar kun CTG før 1. dose misoprostol. Kvinnene som egner seg informeres om at de kan være hjemme, istedenfor at de informeres om at det er en mulighet å være hjemme. Alle får skriftlig informasjon om hvordan de skal ta tablettene hjemme og når de skal henvende seg til avdelingen. Flyten og den praktiske gjennomføringen av induksjonsstrømmen er vi således allerede i gang med å optimalisere.

Inntrykket vårt er at det å være hjemme i starten av induksjonen gi mer ro, komfort og trygghet totalt enn det vi kan tilby ved innleggelse, spesielt for flergangsfødende. Vi tror også at tabletter fremfor ballong kan være en enkel, skånsom og praktisk måte å bli indusert på, som både vi og kvinnene det gjelder vil trives med. Vi kommer gjerne tilbake med tall og resultater.

Fortsettelse følger!

Kikhostevaksine

Gravide blir en målgruppe i barnevaksinasjonsprogrammet

Stortinget har vedtatt å innføre tilbud om kikhostevaksine til gravide for å beskytte spedbarn. Folkehelseinstituttet planlegger innføringen og gjennomfører viktige forbedringer av overvåking av vaksinasjon av gravide.

Hilde M Engjom. Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling, Folkehelseinstituttet
 Fredrik Skår. Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet
 Evy Therese Dvergsdal. Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet
 Hinta Meijerink. Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet
 Inger Johanne Landsjøåsen Bakken. Avdeling registerkvalitet, Norsk Pasientregister
 Guri Sundgot Halvorsen. Avdeling for Helseregistre, Folkehelseinstituttet
 Margrethe Greve Isdahl. Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet

Kikhoste er en luftveisinfeksjon med bakterien *Bordetella pertussis*, og mennesker er eneste smittekilde. Den klassiske presentasjonen starter med forkjølelignende symptomer i én uke etterfulgt av langvarig, kraftig hoste (kiking). Spedbarn er særlig sårbare og kan få alvorlig sykdom med pustestans som første symptom. Vanlige komplikasjoner er pustevansker, ernæringsproblemer og sekundære infeksjoner. Komplikasjoner som encefalopati og dødsfall hos uvaksinerte spedbarn er sjeldne, men alvorlige.

Vaksine mot kikhoste har vært en del av barnevaksinasjonsprogrammet siden starten i 1952. Norske barn tilbys første vaksinedose ved tre måneders alder, deretter to doser som småbarn og to oppfriskningsdoser i skolealder (1). Målet med vaksinasjonsprogrammet er å hindre alvorlig sykdom og død hos små barn, samt redusere antall tilfeller. Verken vaksinasjon eller gjennomgått sykdom gir varig immunitet og bakterien sirkulerer i befolkningen. Smittespredningen var lavere under koronapandemien, og dette har skapt en «immunitetsgjeld» (2). En rekke europeiske land rapporterer nylig økning i smitte og alvorlig sykdom og dødsfall hos spedbarn (3, 4).

Nyfødte har umodent immunforsvar og dårlig effekt av vaksine (5). Når mor får vaksine i svangerskapet overføres hennes antistoffer til barnet og gir spedbarn svært god beskyttelse frem til de kan vaksineres (6, 7). Tilbud om vaksine til gravide er innført i en

rekke land, også i Norden. De vanligste bivirkningene for mor er smerte på stikkstedet, feber, lett utmattelse og sykdomsfølelse som går over av seg selv i løpet av få dager. Det er ikke vist at barn får bivirkninger når mor er vaksinert i svangerskapet.

I statsbudsjettet for 2024 vedtok Stortinget å innføre vaksine mot kikhoste til gravide i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinen gis i svangerskapsomsorgen i primærhelsetjenesten. Folkehelseinstituttet har anbefalt vaksinasjon ved svangerskapsuke 24, som er første kontroll etter rutineultralød i andre trimester. Det vil være behov for å tilby vaksinen til gravide som er kommet lengre i svangerskapet når vaksinen innføres. Tilbudet startet i mai 2024, slik at spedbarn født sommer/høst 2024 får mulighet til beskyttelse.

Vaksinen som gis er en kombinasjon av kikhoste, difteri og stivkrampe (Boostrix). Vaksinebeskyttelsen ved kikhoste varer kortere enn andre vaksiner, og overføring til barnet i magen krever et høyt nivå av maternelle antistoffer (8). Vaksinen anbefales derfor i hvert svangerskap.

Både fastleger, helsesøstre og jordmødre bør kunne gi vaksine, slik at hver kommune kan tilrettelegge hensiktsmessig og tilgjengelig organisering av tilbudet for å nå alle gravide. FHI har samarbeidet tett med fagmiljøene og planlegger nettbasert opplæring



til alle aktuelle helsepersonellgrupper. Siden gravide er en målgruppe for kikhostevaksine i barnevaksinasjonsprogrammet, samarbeider FHI med Direktoratet for medisinske produkter (DMP) om utvidet overvåking av bivirkninger det første året. Overvåkingen er særlig rettet mot nye/ukjente bivirkninger. Det er ikke nødvendig at alle hendelser med kjente bivirkninger meldes, men helsepersonell oppfordres til lav terskel for å melde.

Det skal opprettes nye rutiner for bedre overvåking av infeksjon og vaksinasjon hos mor og barn basert på erfaringer med innføring av nye vaksiner og fra overvåkingsarbeidet ved FHI under koronapandemien. De nye rutinene for overvåking bygger på sammenstilling av data fra sentrale helseregistre (meldesystemet for smittsomme sykdommer, Nasjonalt vaksinasjonsregister, Norsk pasientregister og Medisinsk Fødselsregister). Fra 1.1.2024 er alle disse registrene samlet i FHI. Arbeidet vil kreve tett samarbeid mellom fageksperter fra registermiljøene.

Innføring av kikhostevaksine til gravide vil gi nødvendig beskyttelse for spedbarn før en sannsynlig smittebølge i Norge. Utviklingsarbeidet vil i tillegg gi bedre overvåking av infeksjon og vaksinasjon for andre sykdommer hos gravide og barn, som korona eller influensa, og bidra til styrket beredskap ved framtidige utbrudd eller pandemi.

Referanseliste

1. Riise OR, Laake I, Vestrheim D, Flem E, Moster D, Riise Bergsaker MA, et al. Risk of Pertussis in Relation to Degree of Prematurity in Children Less Than 2 Years of Age. *Pediatr Infect Dis J*. 2017;36(5):e151-e6.
2. Folkehelseinstituttet. *Framtidens utfordringer for folkehelsen*. Oslo; 2022.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. *Communicable Disease Threats Report*. Sweden; 2023.
4. Nordholm AC, Emborg HD, Norgaard SK, Nygaard U, Ronayne A, Nielsen LB, et al. Pertussis epidemic in Denmark, August 2023 to February 2024. *Euro Surveill*. 2024;29(14).
5. Halasa NB, O'Shea A, Shi JR, LaFleur BJ, Edwards KM. Poor immune responses to a birth dose of diphtheria, tetanus, and acellular pertussis vaccine. *J Pediatr*. 2008;153(3):327-32.
6. Amirthalingam G, Andrews N, Campbell H, Ribeiro S, Kara E, Donegan K, et al. Effectiveness of maternal pertussis vaccination in England: an observational study. *Lancet*. 2014;384(9953):1521-8.
7. Sandmann F, Jit M, Andrews N, Buckley HL, Campbell H, Ribeiro S, et al. Evaluating the impact of a continued maternal pertussis immunisation programme in England: A modelling study and cost-effectiveness analysis. *Vaccine*. 2021;39(32):4500-9.
8. Maertens K, Tran TMP, Hens N, Van Damme P, Leuridan E. Effect of Prepregnancy Pertussis Vaccination in Young Infants. *J Infect Dis*. 2017;215(12):1855-61.

Stort behov for gynekologer i humanitære kriser



I Sør-Sudan pågår en av mange humanitære kriser hvor det er altfor få leger. Juliana Alexander Justin jobber som clinical officer, en mellomting mellom sykepleier og lege, og bærer et enormt ansvar.

– Som barn tilbrakte jeg mange netter på sykehuset. Jeg vokste opp i byen Wau i Sør-Sudan, der moren min jobbet som sykepleier. Hun tok meg ofte med på nattevaktene sine, for at jeg skulle passe på lillesøsteren min, som fortsatt var baby. Jeg elsket å se på at moren min snakket med pasientene sine med en rolig stemme, at hun tok blodprøver og delte ut medisiner. Jeg var fascinert av hennes evne til å hjelpe syke og skadde. Det var disse nettene som gjorde at jeg ønsket å bli lege selv en dag, forteller Juliana.

Da hun var ferdig med grunnskolen, hadde ikke foreldrene hennes råd til å betale for medisinstudiet.

– Jeg var imidlertid heldig, for på den tiden opprettet den sørsudanske regjeringen utdanningsstipend for sykepleiere, jordmødre og clinical officers, en mellomting mellom sykepleier og lege. Målet var å få ned den høye mødre- og spedbarnsdødeligheten i landet. Jeg søkte stipend og

fikk det, og jeg kunne dermed komme nærmere yrkesdrømmen min.

Mangelen på leger er stor i Sør-Sudan. De som jobber som clinical officers fyller tomrommet, selv om de kun har tre års medisinsk utdanning. Det er de som utgjør ryggraden i det sørsudanske helsevesenet.

– I begynnelsen var det vanskelig å bære et så stort ansvar. I noen perioder måtte jeg bare motivere meg selv til å fortsette, for til tross for alle tilbakeslagene, kunne jeg hver dag se at mange av pasientene mine ble bedre og bedre.

Nå er Juliana blitt svært erfaren, og har jobbet på akuttmottaket i Aweil nord i Sør-Sudan i sju år. Der tilbyr Leger Uten Grenser gratis helsehjelp til rundt 1,3 millioner mennesker.

– I arbeidet mitt må jeg alltid forvente det verste. Det som hjelper meg med å holde ut, er den gode støtten i teamet vårt. Vi gir hverandre råd, stiller opp for hverandre i vanskelige stunder og takker hverandre for det gode arbeidet vi gjør.

– Men det som gir meg aller mest styrke og selvtillit i jobben, er pasientene mine og vissheten om at jeg kan gjøre mye for dem – akkurat som moren min en gang i tiden kunne gjøre mye for pasientene sine, avslutter hun.



Leger Uten Grenser har alltid behov for gynekologer. Kan det være deg? For mer informasjon om hva vi er ute etter, scan QR-koden eller gå til legerutenengrenser.no/jobb-for-oss



Screening mot livmorhalskreft er nå blitt mer persontilpasset

Innføring av utvidet HPV-genotyping i Livmorhalsprogrammet



Ingrid Baasland

Avtalespesialist i fødsels-
hjelp og kvinnesykdommer
og postdok/forsker
Livmorhalsprogrammet og
NTNU



Ameli Tropé

Leder
Livmorhalsprogrammet



Birgit Engesæter

Spesialrådgiver
Livmorhalsprogrammet



Katrine Agnes Lie

Patolog OUS

Ny screeningalgoritme innføres gradvis i de ulike helse-regioner, med oppstart i Helse Sør-Øst våren 2024.

Fra 1. juli 2023 tilbys alle kvinner mellom 25 og 69 år screening mot livmorhalskreft med HPV (humant papillomavirus)-testing hvert 5. år. Det finnes over 200 ulike HPV-typer (genotyper), hvorav 14 er karakterisert som høyrisiko-typer, men disse 14 HPV typene har svært ulik risiko for kreftutvikling (1). En langvarig infeksjon med disse HPV-typer kan gi livmorhalskreft, dersom forstadiene ikke oppdages og behandles. HPV-infeksjoner er svært vanlige hos seksuelt aktive og elimineres oftest av immunforsvaret etter 1-3 år (2). For å redusere unødvendige kontroller av HPV-positive kvinner med lav risiko for kreftutvikling, samt optimalisere oppfølging av kvinner med høyere risiko, har man besluttet ulike oppfølgingsstrategier hos HPV-positive kvinner. Man skiller mellom kvinner som får påvist en "ikke hastende", en "middelsprioritert" eller en "høyprioritert" HPV-type. Kvinnens alder og cytologifunn er også av betydning (3).

HPV 16 er den genotypen vi oftest finner ved behandlingstrengende celleforandringer og livmorhalskreft (4), og som forårsaker de aller fleste tilfellene av intervallkreft (muntlig kommunikasjon Livmorhalsprogrammet). Kvinner som har utslag på denne genotypen prioriteres direkte til utredning hos gynekolog uavhengig av cytologifunn. HPV 16 betegnes derfor som «høyprioritert». I gruppen «middelsprioriterte» finner vi HPV-typer med noe lavere risiko for utvikling av behandlingstrengende celleforandringer og kreft. Dersom kvinnen tester positivt for en av disse, er det cytologifunn som avgjør videre oppfølging. Til slutt har vi gruppen «ikke-hastende» HPV-typer som mye sjeldnere gir kreftutvikling, spesielt hos kvinner under 30 år (3). Derfor utredes ikke disse HPV-typer med celleprøve, men kontrolleres kun med ny HPV-test om 3 år for den yngste aldersgruppen. Dersom kvinnen er under oppfølging etter tidligere unormale prøver, har symptomer eller funn, skal dette håndteres uavhengig av screeningprøveresultat.

	Høyprioritert	Middelsprioritert	Ikke-hastende
Genotype	HPV 16	HPV 18,31,33,45,52,58	HPV 35,39,51,56,59,66,68

Referanseliste

- IARC. Cervical Cancer Screening, IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 18 (<https://publications.iarc.fr/602022>).
- Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine*. 2006;24(Suppl. 3):S42-S51.
- Wang J, Elfstrom KM, Lagheden C, Eklund C, Sundstrom K, Sparen P, et al. Impact of cervical screening by human papillomavirus genotype: Population-based estimations. *PLoS Med*. 2023;20(10):e1004304.
- Clifford G, Franceschi S, Diaz M, Munoz N, Villa LL. Chapter 3: HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine*. 2006;24 Suppl 3:S3/26-34.

Screeningalgoritme i helseforetak med utvidet genotyping:



Gjeldende fra 08.04.2024 (for laboratorier som har innført utvidet genotyping)

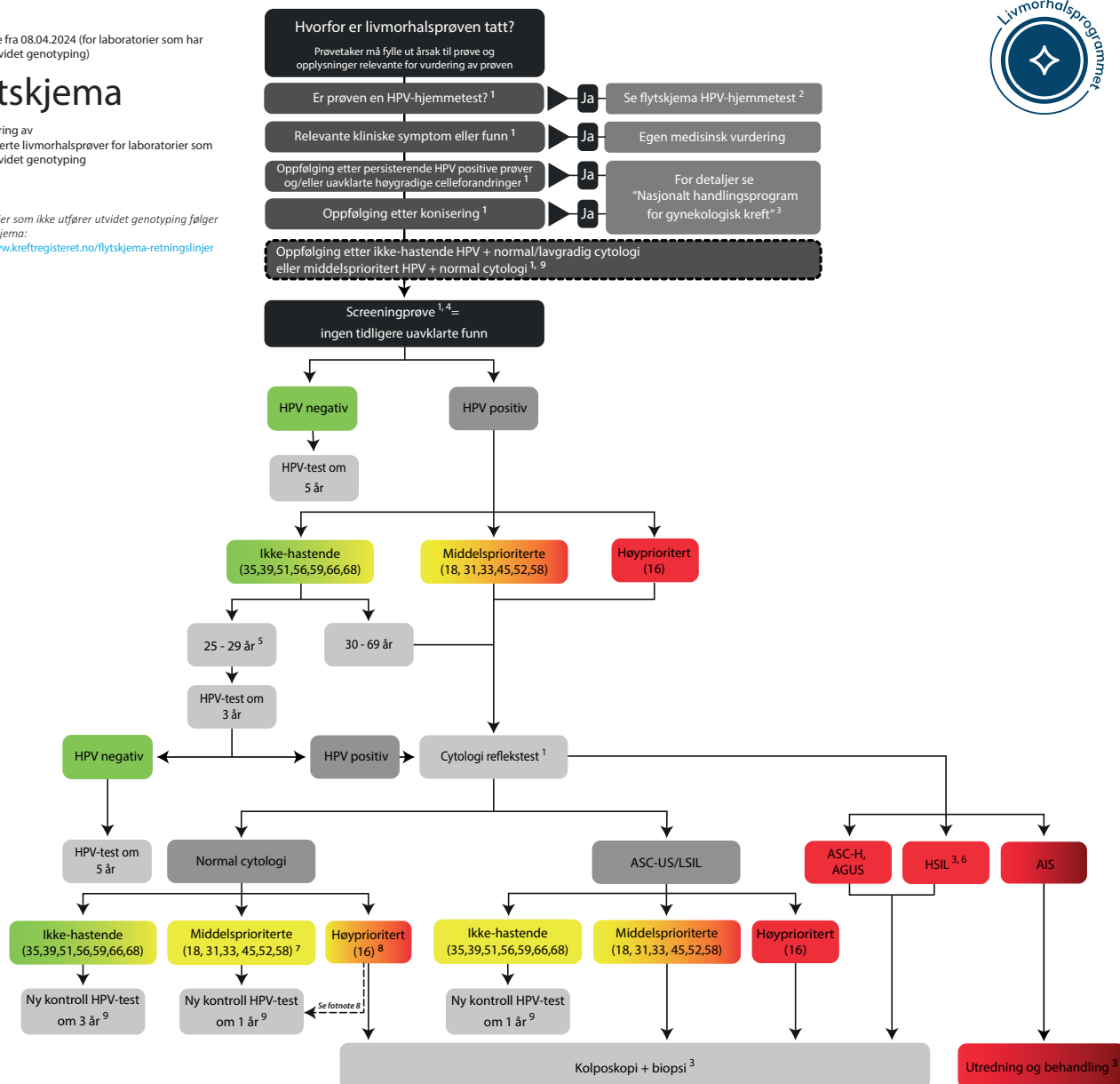
Flytskjema

For vurdering av væskebaserte livmorhalsprøver for laboratorier som utfører utvidet genotyping

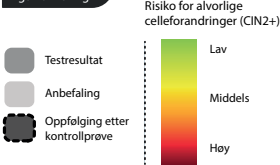
Versjon 1

Laboratorier som ikke utfører utvidet genotyping følger eget flytskjema:

<https://www.kreftregisteret.no/flytskjema-retningslinjer>



Figurforklaring



For nærmere informasjon om krav for HPV-tester som kan benyttes i Livmorhalsprogrammet se: <https://www.kreftregisteret.no/krav-hpv-tester>

Fotnoter

1. Ved uegnet prøve (primær, refleks eller oppfølgingsprøve) ny prøve innen 3 måneder.
2. Flytskjema for HPV hjemmetest: <https://www.kreftregisteret.no/flytskjema-retningslinjer>
3. Se handlingsprogram for gynekologisk kreft: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft-handlingsprogram>
4. For kvinner over 34 år uten livmorhalsprøve de siste 10 årene, anbefales det å gjøre cytologi og HPV-test av livmorhalsprøven.
5. 25-29 år; skal ikke utføre refleks cytologi ved positiv HPV ikke-hastende genotyper.
6. Eventuelt konisering ved HSIL. Se fotnote 3.
7. Cytologiprøven skal analyseres av 2 (minst en screener og rapid-screening/ Focal Point eller tilsvarende alternativt en annen screener), dersom normal cytologi.
8. Ved HPV 16 og normal cytologi: Vanligvis kreves kolposkopi og biopsi. Kvinner med screeningshistorikk siste 5 år der det kun foreligger negative HPV-tester kan avvente oppfølging hos gynekolog. Kvinnen følges opp med ny HPV-test etter 1 år (se stiplede linje i skjema). Ved unormale cytologier i perioden anbefales alltid oppfølging hos gynekolog.
9. Dersom resultat på kontrollprøven er:
 - Positiv HPV-test, gjør refleks cytologi. Henvises til kolposkopi og biopsi
 - Negativ HPV-test, kvinnen går tilbake til livmorhalscreening hvert 5. år

Begrepsforklaring

Cytologi-prøveresultater	Begrepsforklaring
ASCUS (irregulære plateepitelceller med forandringer av usikker betydning)	
LSIL (lavgradig skvamos intraepitel lesjon)	
ASC-H (Irregulære plateepitelceller med forandringer som kan gi mistanke om høygradig lesjon, men som ikke oppfyller kriteriene til diagnosen HSIL)	
HSIL (Høygradig skvamos intraepitel lesjon)	
AGUS (Irregulært sylindret/kjertel epitel av usikker opprinnelse og/eller signifikans)	
AIS (Adenokarsinoma in situ)	
Ca (alle typer cancer)	
Ikke-hastende	Proveresultater med HPV-genotyper; 35, 39, 51, 56, 59, 66, 68
Middelsprioriterte	Proveresultater med HPV-genotyper; 18, 31, 33, 45, 52, 58
Høyprioritert	Proveresultat med HPV-genotype; 16

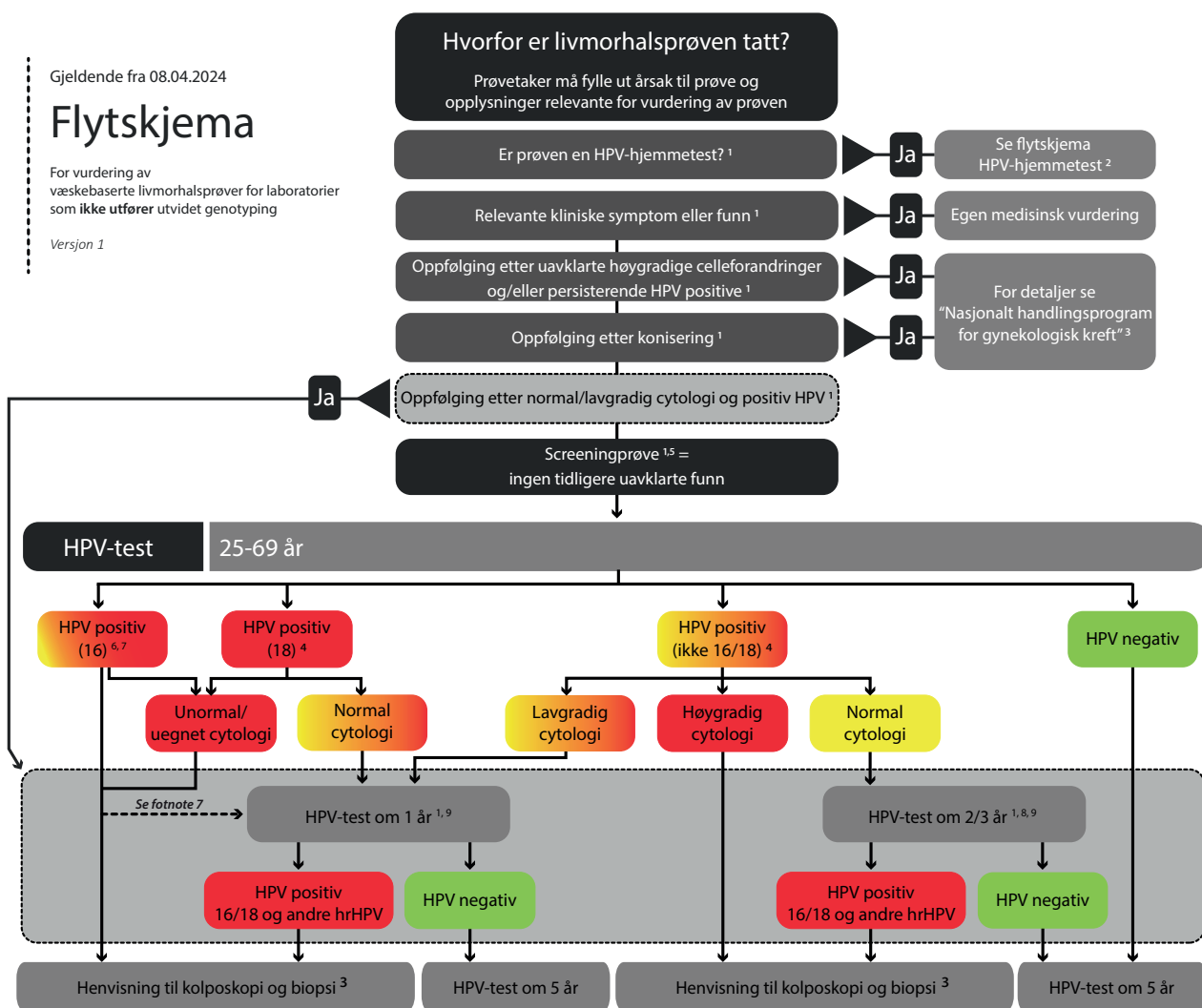
Screeningalgoritme i helseforetak uten utvidet genotyping:

Gjeldende fra 08.04.2024

Flytskjema

For vurdering av væskebaserte livmorhalsprøver for laboratorier som ikke utfører utvidet genotyping

Versjon 1



Figur- og begrepsforklaring

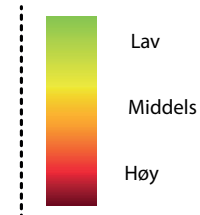
Risiko for alvorlige celleforandringer (CIN2+)



Anbefaling



Oppfølgingsprøve



HPV-test: for nærmere informasjon om krav for HPV-tester som kan benyttes i Livmorhalsprogrammet se: <https://www.kreftregisteret.no/krav-hpv-tester>

Fotnoter

1. Ved uegnet prøve (primær, refleks eller oppfølgingsprøve) ny prøve innen 3 måneder.
2. Flytskjema for HPV <https://www.kreftregisteret.no/flytskjema-retningslinjer>
3. Se handlingsprogram for gynekologisk kreft: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft-handlingsprogram>
4. Cytologiprøven skal analyseres av 2 (minst en screener og rapid-screening/ Focal Point eller tilsvarende alternativt en annen screener), dersom normal cytologi.
5. For kvinner over 34 år uten livmorhalsprøve de siste 10 årene, anbefales det å gjøre cytologi og HPV-test av livmorhalsprøven.
6. Cytologi skal utføres. Uansett cytologisvar henvises kvinnen til kolposkopi og biopsi.
7. Ved HPV 16 og normal cytologi: Vanligvis kreves kolposkopi og biopsi. Kvinner med screeninghistorikk siste 5 år der det kun foreligger negative HPV-tester kan avvente oppfølging hos gynekolog. Kvinnen følges opp med ny HPV-test etter 1 år (se stiplede linje i skjema). Ved unormale cytologier i perioden anbefales alltid oppfølging hos gynekolog.
8. Ny HPV-test anbefales etter 3 år (25-29 år) eller 2 år (30-69 år) ved HPV-positiv (ikke 16/18) og normal cytologi.
9. Dersom resultat på kontrollprøven er positiv HPV-test, gjør refleks cytologi. Henvises til kolposkopi og biopsi.

Lavgradig cytologi ASC-US (irregulære plateepitelceller med forandringer av usikker betydning)
LSIL (lavgradig skvamøs intraepitel lesjon)

Høygradig cytologi ASC-H (Irregulære plateepitelceller med forandringer som kan gi mistanke om høygradig lesjon, men som ikke oppfyller kriteriene til diagnosen)
HSIL (Høygradig skvamøs intraepitel lesjon)
AGUS (Irregulært sylindrer/kjertelepitel av usikker opprinnelse og/eller signifikans)
ACIS (Adenokarsinoma in situ)
Ca (alle typer cancer)

Unormal cytologi Lavgradig eller høygradig cytologi

hrHPV Høyrisiko humant papillomavirus

16/18 Genotype HPV16 og/eller HPV18



Obstetrisk guidelinemøte, vårens vakreste eventyr

17. – 19. april

For tredje år på rad ble utvalgte kapitler av NGFs veileder i fødselshjelp revidert, presentert og vedtatt på Obstetrisk guidelinemøte. Dermed er tradisjonen satt, og Guidelinemøtet er kommet for å bli! Møtene er åpne ved påmelding for alle NGFs medlemmer. Det er et ønske om at det skal være representativ geografisk spredning av delegater og at så mange LIS som mulig får delta. Som Bjørnstjerne Bjørnson velger Norges obstetrikere seg april. Det er neppe tilfeldig. Årets Guidelinemøte gikk av stabelen på vakre Losby Gods i hjertet av Østmarka.



Tiril Tingleff

PhD og overlege ved Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus og medlem i Redaksjonskomiteen for Veilederen i Fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Møtet startet med formalia og gjennomgang av retningslinjene. Når det gjelder forfattergruppene for kapitlene ble det enstemmig vedtatt at medforfattere må bidra aktivt, eller risikere å bli kastet ut. Videre var det enighet om at det bør være en kliniker representert i forfattergruppa. Det ble også vedtatt at innspill på kapitlene til høring må være konkrete eller inneholde tekstforslag for å bli gjennomgått på Guidelinemøtet. For å unngå sammenblanding med veiledningsbegrepet i LIS-sammenheng ble det vedtatt at møtet kalles Guidelinemøte. At det blir årlige møter er hevet over enhver tvil, hvor og når er fremdeles usikre variabler. En meningsmåling blant de framømte viste flertall for å holde møtet i ukedager. Det er mange hensyn å ta i vårt langstrakte land. Drift av travle avdelinger er ett hensyn, medlemmenes vilje til å delta i helg og hvorvidt det er mulig å komme seg til og fra møtet i rimelig tid fra sykehusene i distriktene er andre. Det var færre deltagere på årets møte enn fjorårets, som var lagt til helg. Imidlertid er det for tidlig å si hva som er den minst suboptimale plasseringen.

Torsdagen startet som et reallt vekkesmøte. Johanne Kolvik Iversen presenterte begrepet *time needed to treat* – TNT. I et helsevesen hvor fagfolk er en knapphetsressurs, er det viktig at hvert risikoreducerende tiltak vi innfører står i forhold til den tiden fagfolk bruker på å gjennomføre tiltaket. Selv en liten oppgave blir tidkrevende om den skal gjøres 55 000 ganger. Da er det interessant å vite hvor mange som faktisk har nytte av tiltaket. TNT kan brukes som et verktøy før vi som fagpersoner anbefaler nye kontroller og tiltak. Kan TNT også være det sprengstoffet vi trenger for å argumentere mot oppgaveglidning og nye tiltak? Ble du nysgjerrig, les mer her: www.bmj.com/content/380/bmj-2022-072953



Foto: Phaegland – Eget verk, CC BY-SA 4.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=72304886>

Bandet TNT har hatt flere comeback opp gjennom årene. Kan de bidra med å revolusjonere helsevesenet?

Pepe Salvesen viste hvordan svangerskapsomsorgen, som har vært bygget over samme lest fra tidenes morgen, er organisert som en pyramide. Til tross for synkende fødselstall er det et økende antall kontroller på svangerskapspoliklinikkene. Pepe tok oss gjennom en fundering rundt innføring av tidlig screening for preeklampsi – kan det føre til færre kontroller? Kan vi snu pyramiden på hodet? Hva er akseptabel risiko? Hvilke kontroller kan vi kutte ut? Vi har fantastiske resultater, skal vi rokke ved dem? Stemningen for å redusere antall kontroller var gjennomgående, skjønt det ble bemerket at gjennomgripende endringer må gjøres i samarbeid med Jordmorforeningen, Jordmorforbundet og Allmennlegeforeningen.

NGFs enestående nettredaktør, Inga Vengen, presenterte *Metodebok.no*, som blir veilederens nye plattform. Det er mange fordeler med denne løsningen. Det er en bedre søkefunksjon enn vi er vant til, mulighet til enkelt å prioritere hvilke tekster som skal være mest iøynefallende samt brukervennlige redigeringsmuligheter.

Resten av møtet var viet til faglig oppdatering på speed.



Kapitlene som hadde vært oppe til full revisjon ble presentert, og høringsforslag som var kommet inn ble diskutert nøye. Kapittelgruppene hadde gjort en grundig jobb, og alle presentasjonene var svært spennende og nyttige oppdateringer i de forskjellige temaene.

Følgende kapitler var oppe og ble godkjent:

- Intrauterin fosterdød ble godkjent uten tabellene som var inkludert i høringsforslaget.
- Pregestasjonell diabetes ble godkjent med endringer.
- Leversykdommer i svangerskapet, nytt kapittel. Medlemmene er velkomne til å melde inn behov for hurtigrevisjon om det vurderes nødvendig.
- Intrauterin veksthemming ble godkjent med endringer.
- Prenatal diagnostikk ble godkjent med endringer.
- Ultralydundersøkelse i den alminnelige svangerskapsomsorgen ble godkjent med endringer.
- Seteleie ble godkjent med endringer.
- Svangerskapsomsorg ble godkjent med kjærkomne avklaringer angående SF-mål.

Etter en heseblesende sesjon ble følgende kapitler godkjent etter hurtiggjennomgang:

- Amming/morsmelk/mastitt/abscess.
- Intrahepatisk cholestase.
- Vaksinasjon i svangerskap og barselperiode.
- Polycystisk ovariesyndrom og svangerskap.
- Invasiv placenta.
- Fosterovervåking.
- Trombose og svangerskap.
- Preterm fødsel.
- Virusinfeksjoner; Toxoplasmoser/CMV/Varicella.

*Jeg velger meg April!
I den det gamle falder;
i den det ny faar fæste;
det volder lidt rabalder, --
dog fred er ei det bedste,
men at man noget vil.*

Bjørnstjerne Bjørnson

I flere av kapitlene som er gjennomgått, både ved full revisjon og hurtigrevisjon, er det vedtatt vesentlige endringer. Dermed er sommerens lesestoff for medlemmer som ikke var på Losby sikret. Kos dere!

Med tre møter i boks begynner Obstetriske Guidelinemøte (OGM, ikke OMG) å ta sin form. Det er fremdeles rom for forbedring på flere områder. Til neste år vil forhåpentligvis kapittelforfatterne kunne nyte godt av maler for presentasjonene både til hovedrevisjonene og til hurtiggjennomgangene. Fra september i år blir kick-off-møter med nyttig informasjon til forfatterne en årlig begivenhet.

Redaksjonskomiteen vil gjerne komme med noen oppfordringer for neste års revisjon.

Gå gjennom kapitlene til revisjon sammen i avdelingen før høringsfristen går ut. Dette er en gylden mulighet for LIS til å oppnå læringsaktiviteter gjennom internundervisning. Diskuter hvordan kapittelet kan implementeres i deres avdeling og skriv felles høringsvar ved innspill eller spørsmål. Send av gårde minst én representant fra avdelingen til møtet. Deltagelsen gir nødvendig faglig påfyll, og avdelingen kan få førstehånds informasjon om hvilke endringer som er på trappene. Premier også deltakelse som forfatter både for overleger og LIS. Det viktige arbeidet med å oppdatere veilederen gjøres på dugnad av entusiastiske og idealistiske fagfolk. At dette kommer alle avdelingene til gode bør anerkjennes ved å tilrettelegge for deltagelse som forfatter. Alternativet er at hver avdeling må skrive sine egne prosedyrer uten en oppdatert veileder som utgangspunkt.

Når dette er kommet på trykk er sommeren kommet til oss, og de nye veilederkapitlene er publisert. God sommer og god lesing, enten det er klokken tre på natten på vakt, på poliklinikken med en vrien pasient i stolen eller i hengekøya en feriedag.



Solveig Bjellmo – Leiar av Norsk gynekologisk foreining

På årsmøtet i Haugesund vart Solveig Bjellmo klappa inn som ny leiar av Norsk gynekologisk foreining, og det er på høg tid at medlemmane får bli betre kjent med denne dama.



Marit Halonen Christiansen
Avdelingsjef, Kvinneklubben SUS

Først ein disclaimer – Solveig og underteikna starta vår karriere i faget med 10 dagers mellomrom på Ålesund sjukehus. Solveig først, sjølv sagt. Det er grunnleggande erfaringer frå denne tida der vi aldri kjem til å vite kven det var som opplevde det, til den grad er det debriefa. Korleis kjens egentleg spent vannblære? Åja, det er sånn det er når folk snakker om at det blødde som om krana var skrudd på?

Eg unner alle ferske LIS ei Solveig i livet.

Solveig trådte sine barnesko i Brøstadbotn – dvs. sprang rundt i Brøstadbotn – er det noko denne dama har er det energi! Ho dreiv med det som kunne drives med, volleyballen tok ho til elitenivå, sjølv om det kosta ein finger.

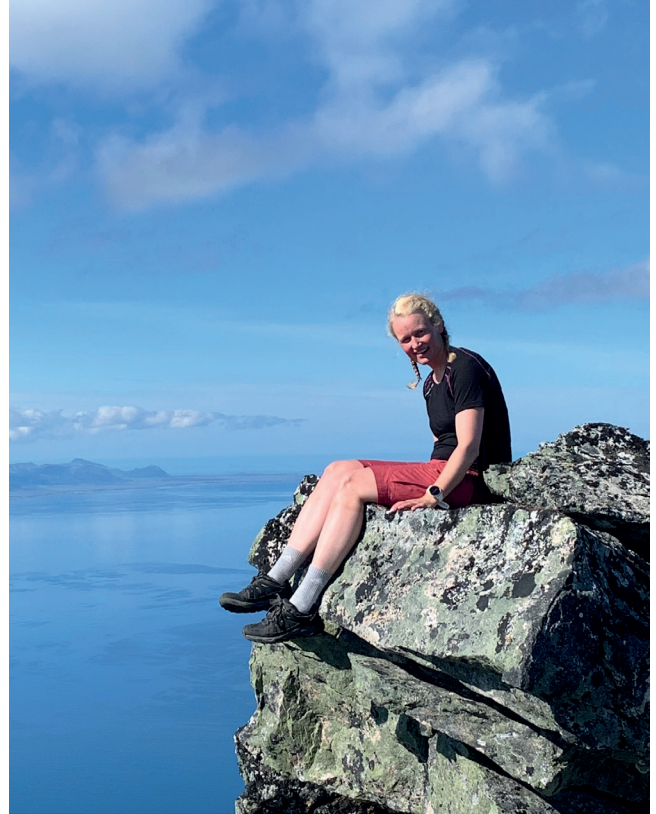
Så kom ho til Tromsø, og til medisinstudiet. Ho haldt fram med volleyball, var i MSO, IFMSA og sto på ski. Masse ski.

Takk og lov kom ho til turnustida i Ålebyen, og sånn møttest altså vi.

I motsetning til mange som snubla inn i faget, var Solveig målbevisst – dette var i så gamle dagar at ein kunne velje å ha tredelt sjukehusturnus med gyn. Og det gjorde Solveig.

Vaktene kom og gjekk, livet fortsatte, og etter kvart satte ho snuten mot Trondheim og gruppe 1-tjeneste. Ikkje overraskande blei ho inspirert til ein PhD – om seteleie! (Dama har sjølv to setebarn, men dei hadde ho ikkje då – snodig korleis «life imitates art» nokre gonger). Midt i pandemien, med akkurat nok flaks til at det kunne være FÆST, disputerte ho, rett nok på teams.

Tidlegare leiarar har visst òg blitt «lurt» inn i leiarvervet ved å la seg rekruttere til vitenskapeleg sekretær. I nokre heile minutt var ho faktisk mållaus etter at Kirsten Hald hadde forklart dette på årsmøtet i Tønsberg. Det varte heldigvis ikkje lenge.



Solveig har eit stort hjarte. Det rommer familie og vener, men òg dei som slit og ikkje er fødd i gode tilhøve. Folk kan få empati-trøtthet av Gaza og bilder av mennesker som har mista alt og litt til, men som ho seier – det er jo enda vondare for dei som faktisk er der.

Heldigvis for Ålesund klarte ikkje St. Olav å halde henne fast, og ho er no busett med ypperleg utsikt og skiforhold – sånn folkeregistrert altså. Leiarvervet har jo litt møterverksemd rundt forbi, sjølv om NGF har tatt lærdom av pandemien og har møter på teams. Det kjem godt med at Solveig er ein ekstremt god organisator. Det må til med to barn, ein mann som stiller opp, men som har egne reiser og interesser, og så skal det heile kombinerast med førsteamanuensisstilling ved NTNU, seksjonsoverlegestilling på føden, veiledning av Phd-kandidatar, tilstedevakter og leiarverv. Litt skiturar og trening blir det faktisk òg tid til.

10 kjappe og uredigerte SMS-spørsmål til Solveig

Når er du lykkeligst?

Har mykje å være lykkelig over, men e nok gode opplevsela med familie og venna, helst i kombinasjon med fysisk aktivitet!

Kva les du dagleg?

Mail, blitt mange fleire mailer som leder ;)

Kva høyrer du på?

Lydbøker

Det første du gjer når du står opp om morgonen?

Gjør alt klart til skole og fritidsaktiviteter til ongene før eg sykle på jobb.

...og det siste du gjer før du legg deg?

Som oftes trene eg, ofte alt før seint, men viktig før min mentale helse 😊

Om du skal gje eitt godt råd til nye kolleger i faget?

Å, det synes eg kan vere vanskelig, fordi vi har ulike behov, men ein ting som har vært veldig viktig før meg sjø e å ha gode kollegaer rundt deg som støtte deg i suksesshistoriene, men også de dagene faget kan være knalltøft.

Kva er den største utfordringa for gynekologi og obstetikk i åra som kjem?

Her finnes det ikkje et svar, men eg trur rekruttering og det å klare å holde nok flinke fagfolk i det offentlige blir en stor utfordring.

Om du skulle valgt ein annan spesialitet – kva ville det vore?

Etter min første ordentlige skulderdystoci etter bare 9 mnd. inn i faget, nokka eg syns va veldig vanskelig, og det verste var at alle snakket om at vi hadde gjort alt riktig og likevel kom d ut et veldig dårlig barn, da brukte eg noen måneder på å prøve å finne et nytt fag. Eg prøvde ganske hardt, men fant ingen, og falt til ro med at dette va og e faget før meg 😊

Kva klarer du deg ikkje utan?

Familien min, gode venner og trening!

Kven har betydd mest for deg fagleg?

Her e d vanskelig å velge en person. Det har vært veldig mange som har vært og e viktig før meg på min ferd, men ska eg nevne noen har mangeårig seksjonsoverlege på føde i Ålesund og min veileder Sissel Hjelle betydd mykje før min vei til å bli fødelege, min veileder Prof. Torstein Vik enormt mye for min vei inn i forskning.

Gynekologen anbefaler litteratur med (varierende grad av) faglig relevans

Denne gangen:

Kvinnelig omskjæring / kjønnslemlestelse i Norge

Kunnskap og praksis



R. Elise B. Johansen (red.)

Utgitt av Universitetsforlaget

<https://www.universitetsforlaget.no/kvinnelig-omskjaering-kjonnsllestelse-i-norge>



Andrea Solnes Miltenburg

Førsteamanuensis ved UiO og LIS ved Ahus

Dette er en velskrevet og viktig bok som er relevant for alle i samfunnet som kan møte kvinner eller familier hvor kvinnelig omskjæring er et tema. Særlig fastleger, helsestasjonsleger og gynekologer burde bruke denne boken til å sette seg inn i tematikken i norsk kontekst. Boken er skrevet på en måte som gjør at den passer både som lærebok, håndbok og oppslagsbok.

Ifølge forfatterne er kjønnslemlestelse (et juridisk og politisk begrep), også kalt kvinnelig omskjæring (anbefalt brukt overfor berørte), noe som berører mange tusen jenter og kvinner i Norge. Berit Austveg og Johanne Sundby sier i sitt forord at *det er få temaer som vekker så stort engasjement som kvinnelig omskjæring*, både i Norge og verden over. Derfor har myndigheter, forskere, berørte, organisasjoner og utdanningsinstitusjoner engasjert seg bredt. Norge har en handlingsplan mot kjønnslemlestelse, og dette er tematikk som tas opp i media og i politiske debatter.

Boken illustrerer godt at slik stort politisk- og samfunnsengasjement ikke alltid kommer berørte kvinner og familier til gode. Og selv om det er mye god forskning på feltet både internasjonalt og nasjonalt, kan det være vanskelig å integrere kunnskapen i praksis der individuell interaksjon mellom kvinner og helsearbeidere finner sted.

Selv om noen kapitler kan være tung lesing, spesielt når det gjelder handlingsplaner og lovverk (kapittel 1), er det også mye nyttig lesing. Dette er viktig kunnskap for gynekologer som møter kvinner med utfordringer knyttet til konsekvenser av omskjæring.

Mye rigorøst og godt forskningsarbeid ligger bak mange kapitler, som også er fagfellevurdert og publisert i internasjonale tidsskrifter. Boken bidrar til økt bevisstgjøring rundt kompleksiteten

og det viktige behovet for medfølelse. Kapittel 9 fra forfatter Rigmor C. Berg og kapittel 10 fra Ingvild Karup Sørbye illustrerer hvilke alvorlige konsekvenser omskjæring kan ha for kvinner. Hele seks kapitler (kapittel 5, 6, 7, 8, 11, 12), altså nærmest halvparten av alle bidragene, tar for seg perspektiver fra kvinners eller helsearbeideres erfaringer. Her er det mye å lære for leger som møter disse kvinnene i poliklinikker eller i fødsel.

Boken illustrerer på en glimrende måte de dynamiske aspektene i måten både berørte og helsetjenester forholder seg til tematikken, samt hvordan dette sjeldent er statisk, men sterkt avhengig av konteksten man befinner seg i. Mer inngrepene, og kanskje trist, er hvordan boken tydeliggjør misforhold mellom politiske beslutninger og tiltak på den ene siden, og realiteter i praksis på den andre. Selv om samfunnsengasjement og politiske handlingsplaner er viktig, kan man også tenke seg at gode formål har gjort vondt verre. Føringer, politikk og praksis har en bakgrunn i en *white gaze*, med koloniale tankeganger som har skapt mer distanse enn inkludering og tilhørighet. Forskingen som fremvises tyder på at endringer vil finne sted når viljen kommer fra innsiden. Forskning om praksis, forebygging og behandling bør i økende grad trekkes av dem som det berøres mest. Her bidrar boken sterkt.

Det denne boken bidrar aller mest med er nok medfølelse for hva kvinnene som er berørt har gått gjennom, og hva de fortsatt gjennomgår etter ankomst i vårt samfunn. Her er det snakk om tre eller fire lidelser, nemlig omskjæring, brullopsnatt, fødsel og eventuell korrigerende. Når kvinnen havner i en minoritetssituasjon blir sårbarheten forsterket av fremmedgjøring, skam, stigmatisering og fordommer.

Jeg ønsker å trekke fram redaktør R. Elise B. Johansens avsluttende betraktning: *Våre medsøstere fortjener at vi ser dem, lytter til dem og respekterer dem. Og at våre systemer er i stand til å sikre at personell som møter dem har god kunnskap og kompetanse til å hjelpe dem videre. Det vil både føre til god behandling, økt tilgang og forebygging.*

Dette er en viktig bok for alle gynekologer i Norge, som også anbefales som pensum til kursing og til etterutdanning.

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



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



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

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.

The maternal microbiome in pregnancy, delivery, and early-stage development of neonatal microbiome after cesarean section: A prospective longitudinal study

Philipp Foessleitner, Petra Pjevac, Sonja Granser, Lukas Wisgrill, Lisa Pummer, Fanny Eckel, David Seki, David Berry, Bela Hausmann, Alex Farr
First published: 24 January 2024
<https://doi.org/10.1111/aogs.14773>

Introduction

Changes within the maternal microbiome during the last trimester of pregnancy and the determinants of the subsequent neonatal microbiome establishment after delivery by elective cesarean section are described.

Material and methods

Maternal vaginal and rectal microbiome samples were collected in the last trimester and before cesarean section; intrauterine cavity, placenta, neonatal buccal mucosa, skin, and meconium samples were obtained at birth; neonatal sample collection was repeated 2–3 days postnatally. Microbial community composition was analyzed by 16S rRNA gene amplicon sequencing. Relative abundance measurements of amplicon sequencing variants and sum counts at higher taxonomic levels were compared to test for significant overlap or differences in microbial community compositions. ClinicalTrials.gov ID: NCT04489056.

Results

A total of 30 mothers and their neonates were included with available microbiome samples for all maternal, intrauterine cavity and placenta samples, as well as for 18 of 30 neonates. The composition of maternal vaginal and rectal microbiomes during the last trimester of healthy pregnancies did not significantly change (permutational multivariate analysis of variance [PERMANOVA], $p > 0.05$). No robust microbial signature was detected in the intrauterine cavity, placenta, neonatal buccal mucosa, skin swabs, or meconium samples collected at birth. After birth, the neonatal microbiome was rapidly established, and significantly different microbial communities were detectable 2–3 days postnatally in neonate buccal mucosa and stool samples (PERMANOVA, $p < 0.01$).

Conclusions

Maternal vaginal and rectal microbiomes in healthy pregnancies remain stable during the third trimester. No microbial colonization of the neonate was observed before birth in healthy pregnancies. Neonatal microbiomes in infants delivered by cesarean section displayed a taxonomic composition distinct from maternal vaginal and rectal microbiomes at birth, indicating that postnatal exposure to the extrauterine environment is the driving source of initial neonatal microbiome development in this cohort.

Previous cancers in women diagnosed with premature ovarian insufficiency: A nationwide population-based case–control study

Heidi Silvén, Susanna M. Savukoski, Paula Pesonen, Riitta Niinimäki, Eero Pukkala, Mika Gissler, Eila Suvanto, Maarit Niinimäki
First published: 27 January 2024
<https://doi.org/10.1111/aogs.14783>

Introduction

To investigate the occurrence of previous cancer diagnoses in women suffering from premature ovarian insufficiency (POI) and compare it with the general population, shedding light on the association between cancer, cancer treatments, and POI.

Material and methods

We conducted a nationwide case–control study based on registry data from various sources, including the Social Insurance Institution, Finnish Population Information System, and Finnish Cancer Registry spanning from 1953 to 2018. Our participants comprised all women in Finland who, between 1988 and 2017, received hormone replacement therapy reimbursement for ovarian insufficiency before the age of 40 years ($n = 5221$). Controls, matched in terms of age and municipality of residence, were selected from the Finnish Population Information System ($n = 20822$). Our main exposure variable was a history of cancer diagnosis preceding the diagnosis of POI. We analyzed odds ratios (OR) to compare the prevalence of previous cancers in women with POI with that in controls, stratifying results based on cancer type, age at cancer diagnosis, and the time interval between cancer diagnosis and POI. We also assessed changes in OR for previous cancer diagnoses over the follow-up period.

Results

Out of the women diagnosed with POI, 21.9% had previously been diagnosed with cancer, resulting in an elevated OR of 36.5 (95% confidence interval [CI] 30.9 to 43.3) compared with 0.8% of the controls. The risk of developing POI was most pronounced during the first 2 years following a cancer diagnosis, with an OR of 103 (95% CI 74.1 to 144). Importantly, this risk remained elevated even when the time interval between cancer and POI exceeded 10 years, with an OR of 5.40 (95% CI 3.54 to 8.23).

Conclusions

This study reveals that 21.9% of women with POI have a history of cancer, making the prevalence of cancer among these women 27.5 times higher than age-matched controls in the Finnish population. The risk of developing POI is most substantial in the first 2 years following a cancer diagnosis. These findings underscore the role of cancer treatments as an etiological factor for POI and emphasize the importance of recognizing the risk of POI in cancer survivors for early diagnosis and intervention.

Preterm birth and subsequent intelligence and academic performance in youth: A cohort study

Emilie Pi Fogtman Sejer, Agnes Kielgast Ladelund, Frederik Jager Bruun, Julie Anna Slavensky, Erik Lykke Mortensen, Ulrik Schiøler Kesmodel

First published: 13 February 2024

<https://doi.org/10.1111/aogs.14796>

Introduction

Worldwide, more children than before survive preterm birth. Preterm birth can affect long-term cognitive outcomes. The aim of our study was to investigate the association between preterm birth and academic performance and intelligence in youth.

Material and methods

This cohort study included all liveborn children in Denmark from 1978 to 2000. We used uni- and multivariable logistic and linear regressions to analyze associations between gestational age and school graduation, grade point average (GPA), attending conscription, and male intelligence scores at conscription. We adjusted for a priori defined potential confounders.

Results

The study included 1 450 681 children and found an association between preterm birth and lower academic performance, with children born extremely preterm having the lowest odds of graduating from lower- and upper secondary education (LSE and USE) and appearing before the conscription board (odds ratios of 0.45 [0.38–0.54], 0.52 [0.46–0.59], and 0.47 [0.39–0.56] for LSE, USE, and conscription, respectively, compared to the term group). Statistically significant differences were observed in LSE for total GPA and core subject GPA with higher GPAs in the term group, which were considered clinically relevant for mathematics with a 0.71 higher grade point for the term compared to the extremely preterm. Conversely, USE differences were less evident, and in linear regression models we found that preterm birth was associated with higher GPAs in the adjusted analyses; however, this was not statistically significant. We demonstrated statistically significant differences in intelligence scores at conscription with lower scores in the three preterm groups (–5.13, –2.73, and –0.76, respectively) compared to the term group.

Conclusions

Low gestational age at birth was associated with not graduating from LSE and USE, achieving lower GPAs in LSE, not attending conscription, and lower intelligence scores in young adulthood. The findings remained significant after adjusting for potential confounders.

Maternal pre-pregnancy overweight or obesity and risk of birth defects in offspring: Population-based cohort study

Weiyang Liu, Luzhong Ren, Fang Fang, Ruoqing Chen

First published: 28 January 2024

<https://doi.org/10.1111/aogs.14786>

Introduction

Maternal obesity, a health condition increasingly prevalent worldwide, has been suggested to be associated with a higher risk of birth defects in offspring, whereas evidence from population-based data from China was largely lacking. Additionally, the role of gestational diabetes in the association between maternal obesity and birth defects remains unclear. We aimed to investigate the

association of maternal pre-pregnancy overweight or obesity with any and different types of birth defects in offspring and the interaction between pre-pregnancy overweight or obesity and gestational diabetes.

Material and methods

We conducted a population-based cohort study including 257 107 singletons born between 2015 and 2021 in Longgang District, Shenzhen, China, using data from the Shenzhen Maternal and Child Health Management System. Poisson regression was conducted to estimate the associations of maternal pre-pregnancy overweight or obesity, as well as the interaction between pre-pregnancy overweight or obesity and gestational diabetes, with the risk of birth defects. Models were adjusted for maternal age at delivery, educational level, type of household registration, and gravidity.

Results

Maternal pre-pregnancy overweight was associated with a higher risk of any birth defect (risk ratio [RR] 1.21, 95% confidence interval [CI] 1.12 to 1.31) as well as of congenital malformations of the circulatory system (RR 1.26, 95% CI 1.12 to 1.41), eye/ear/face/neck (RR 1.42, 95% CI 1.04 to 1.94), and musculoskeletal system (RR 1.21, 95% CI 1.01 to 1.44). Maternal pre-pregnancy obesity was associated with a higher risk of any birth defect (RR 1.38, 95% CI 1.18 to 1.63) and congenital malformations of the circulatory system (RR 1.61, 95% CI 1.30 to 1.98). Infants born to overweight or obese mothers with gestational diabetes had a higher risk of congenital malformations of the circulatory system than infants born to overweight or obese mothers without gestational diabetes.

Conclusions

Maternal pre-pregnancy overweight or obesity was associated with a higher risk of birth defects, particularly congenital malformations of the circulatory system, in offspring. Gestational diabetes interacts additively with pre-pregnancy overweight or obesity on modifying the risk of congenital malformations of the circulatory system. The importance of improving weight management and assessment of glucose and metabolic functions was emphasized among women planning for pregnancy who are overweight or obese.

Unplanned cesarean sections in advanced maternal age: A predictive model

Joyce Veenstra, Zoë Cohen, Fleurisca J. Korteweg, David P. van der Ham, Simone M. Kuppens, Janna A. Kroese, Brenda B. Hermsen, Marije M. Kamphuis, Joost W. Vanhommerig ... See all authors

First published: 12 January 2024

<https://doi.org/10.1111/aogs.14765>

Introduction

As maternal age during pregnancy is rising all over the world, there is a growing need for prognostic factors that determine maternal and perinatal outcomes in older women.

Material and methods

This study is a retrospective cohort study of women aged 40 years or older at the time of delivery in four Santeon hospitals across the Netherlands between January 2016 and December 2019. Outcomes were compared between women of 40–44 years (advanced maternal age) and 45 years and older (very advanced maternal age). Primary outcome was unplanned cesarean section, secondary outcomes included postpartum hemorrhage and

Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

For behandling av
svangerskapskvalme og oppkast¹

Tidlig behandling av symptomer er anbefalt for å forhindre utvikling til hyperemesis gravidarum¹

Enkel dosering

1-2 tabletter/dag

Tablett med modifisert frisetting¹

doksylamin (antihistamin) 20 mg og
pyridoksin (B6-vitamin) 20 mg



Et flerlags belegg med
øyeblikkelig frisetting

10 mg doksylamin og
10 mg pyridoksin

Enterodrasjert kjerne med
forsinket frisetting

10 mg doksylamin og
10 mg pyridoksin

Embagyn (20 mg doksylamin /20 mg pyridoksin), tablett med modifisert frisetting.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Samtidig bruk med MAOI-er eller bruk av Embagyn i inntil 14 dager etter seponering av MAOI-er. Porfyri.

Forsiktighetsregler:

- Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyre- og leverfunksjon, økt intraokulært trykk, trangvinklet glaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon, blærehalsobstruksjon, astma eller andre luftveissykdommer.
- Vær også oppmerksom på klasse-effekter av antihistaminer, inkl. epilepsi og forlenget QT-intervall.
- Kan forårsake somnolens. Samtidig bruk med CNS-dempende legemidler og alkohol bør unngås.
- Amming: Anbefales ikke under amming.

Interaksjoner: Se SPC pkt.4.5

Bivirkninger: Hyppigst rapportert er somnolens.

For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Embagyn SPC 10.05.2023.



Indikasjon: Indisert for symptomatisk behandling av svangerskapskvalme og -oppkast hos gravide kvinner ≥ 18 år som ikke responderer på konservativ behandling (f.eks. livsstils- og kostholdsendringer). **Bruksbegrensninger:** Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin har ikke blitt undersøkt ved tilfeller av hyperemesis gravidarum som skal behandles av spesialist. **Dosering:** Anbefalt startdose er 1 tablett ved leggetid på dag 1 og dag 2. Dersom symptomene ikke er tilstrekkelig kontrollert på dag 2, kan dosen økes på dag 3 til 1 tablett om morgenen og 1 tablett ved leggetid (totalt 2 tabletter per dag). Maksimal anbefalt dose er 2 tabletter daglig. **Pakninger og priser (AUP):** 10 stk.: kr 291.30. Reseptgruppe: C. **Referanser:** 1) Embagyn SPC 10.05.2023



TREAT *the* HEAT

WITH NONHORMONAL VEOZA

VEOZA™ (fezolinetant) is indicated for the treatment of moderate to severe vasomotor symptoms (VMS) associated with menopause*¹

Concomitant use of moderate or strong CYP1A2 inhibitors with VEOZA is contraindicated. VEOZA is not recommended in women using hormone replacement therapy with oestrogens (local vaginal preparations excluded).²

* See section 5.1 in SmPC

VEOZA™ (fezolinetant) 45 mg film-coated tablets

▼ This medicinal product is subject to additional monitoring. This will allow quick identification of new safety information. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions.

Pharmacotherapeutic group: Other gynaecologicals, ATC code: G02CX06.

Therapeutic indications: VEOZA is indicated for the treatment of moderate to severe vasomotor symptoms (VMS) associated with menopause (see Section 5.1 in the Summary of Product Characteristics (SmPC)).

***Posology:** Recommended dose is 45 mg once daily.

Contraindications: Hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients; concomitant use of moderate or strong CYP1A2 inhibitors; known or suspected pregnancy.

***Special warnings and precautions for use:** Diagnosis must include medical (including family) history. During treatment, periodic check-ups must be carried out according to standard clinical practice. Is not recommended for use in individuals with Child-Pugh Class B (moderate) or C (severe) chronic hepatic impairment, nor in individuals with severe renal impairment. Monitoring of liver function in women with known or suspected hepatic disorder is advised. VEOZA is not recommended in women undergoing oncologic treatment for breast cancer or other oestrogen-dependent

malignancies, nor in women using hormone replacement therapy with oestrogens (local vaginal preparations excluded). Has not been studied in women over 65 years of age, nor in women with a history of seizures or other convulsive disorders. Animal studies have shown reproductive toxicity.

***Undesirable effects:** The listed adverse drug reactions are insomnia, diarrhoea, abdominal pain, and increased alanine aminotransferase (ALT) and aspartate aminotransferase (AST), all with a frequency of less than 10%.

Marketing authorisation holder: Astellas Pharma Europe B.V., The Netherlands.

Country specific information

Norway: Dispensing group: C. **Reimbursement:** No. **Pack size and price** (pr 16.01.2024): 45 mg: 30 tabl. (blister) 836.90 kr. **Local representative:** Astellas Pharma, Tel: +47 66 76 46 00. For more information see www.felleskatalogen.no.

Based on authorised SmPC dated 07 December 2023.

***The section has been rewritten and/or abbreviated compared to the authorised SmPC. The SmPC can be ordered free of charge from the local representative.**

Reference: 1. VEOZA SmPC §4.1 12.2023
2. VEOZA SmPC § 4.3 & 4.4 12.2023

neonatal outcomes. Multivariate regression analysis was performed to analyze predictive factors for unplanned cesarean sections in women who attempted vaginal delivery. Subsequently, a predictive model and risk scores were constructed to predict unplanned cesarean section.

Results

A cohort of 1660 women was analyzed; mean maternal age was 41.4 years, 4.8% of the women were 45 years and older. In both groups, more than half of the women had not delivered vaginally before. Unplanned cesarean sections were performed in 21.1% of the deliveries in advanced maternal age and in 29.1% in very advanced maternal age. Four predictive factors were significantly correlated with unplanned cesarean sections: higher body mass index (BMI), no previous vaginal delivery, spontaneous start of delivery and number of days needed for cervical priming. A predictive model was constructed from these factors with an area under the curve of 0.75 (95% confidence interval 0.72–0.78). A sensitivity analysis in nulliparous women proved that BMI, days of cervical priming, age, and gestational age were risk factors, whereas spontaneous start of delivery and induction were protective factors. There was one occurrence of neonatal death.

Conclusions

Women of advanced maternal age and those of very advanced maternal age have a higher chance of having an unplanned cesarean section compared to the general obstetric population in the Netherlands. Unplanned cesarean sections can be predicted through use of our predictive model. Risk increases with higher BMI, no previous vaginal delivery, and increasing number of days needed for cervical priming, whereas spontaneous start of labor lowers the risk. In nulliparous women, age and gestational age also increase risk, but induction lowers the risk of having an unplanned cesarean section.

Biomarkers associated with cardiovascular disease in women with spontaneous preterm birth: A case-control study

Elin Täufer Cederlöf, Susanne Lager, Anders Larsson, Inger Sundström Poromaa, Bertil Lindahl, Anna-Karin Wikström, Christina Christersson

First published: 20 February 2024

<https://doi.org/10.1111/aogs.14813>

Introduction

Women with spontaneous preterm birth have an increased risk of cardiovascular disease later in life. Studies suggest potential pathophysiological mechanisms in common, but whether these could be identified by measurement of soluble circulating protein biomarkers in women with spontaneous preterm birth is unknown. The aim of this study was to determine if protein biomarkers associated with cardiovascular disease distinguish women with spontaneous preterm birth from healthy controls, both at pregnancy and at follow up.

Material and methods

Study participants were identified in the population-based Uppsala biobank of pregnant women in Sweden, where plasma samples were collected in mid-pregnancy. In a first screening phase, we identified participants who subsequently experienced spontaneous preterm birth (<37 weeks) in the index pregnancy (N = 13) and controls (N = 6). In these samples, differences in protein expression were examined by comparative mass spectrometry. In a second validation phase, we invited 100 cases with previous spontaneous preterm birth in the index pregnancy and 100 controls (matched for age, body mass index, and year of delivery) from

the same source population, to a follow-up visit 4–15 years after pregnancy. At follow up, we collected plasma samples and data on cardiovascular risk factors. We measured concentrations of selected biomarkers identified in the screening phase, as well as lipid profiles in samples both from pregnancy (biobank) and follow up. ClinicalTrials.gov registration NCT05693285.

Results

In the screening phase, fibrinogen, cadherin-5, complement C5, factor XII, plasma kallikrein, apolipoprotein M, and vitamin D-binding protein differed significantly at pregnancy. In the validation phase, 65 women agreed to participate (35 cases and 30 controls), with a median follow-up time of 11.8 years since pregnancy. The concentration of fibrinogen ($p = 0.02$) and triglycerides ($p = 0.03$) were slightly higher in cases compared with matched controls at follow up.

Conclusions

Compared with women without preterm birth, those with spontaneous preterm birth had slightly higher concentrations of fibrinogen, both at mid-pregnancy and a decade after pregnancy. Additionally, we found slightly higher concentration of triglycerides at follow up in women with previous spontaneous preterm birth. The relevance of this finding is uncertain but might indicate potential pathophysiological mechanisms in common between spontaneous preterm birth and cardiovascular disease.

Neonatal outcome following metformin-treated gestational diabetes mellitus: A population-based cohort study

Johanna Molin, Magnus Domellöf, Christel Häggström, Eszter Vanky, Itay Zamir, Eva Östlund, Marie Bixo

First published: 30 January 2024

<https://doi.org/10.1111/aogs.14787>

Introduction

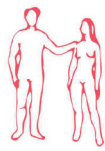
Neonatal hypoglycemia is a common complication associated with gestational diabetes and therefore relevant to consider in evaluations of maternal treatment. We aimed to investigate the risk of neonatal hypoglycemia in offspring exposed to metformin treatment alone (MT) or combined with insulin (MIT) in comparison with nutrition therapy alone (NT), and insulin treatment alone (IT). In addition, we investigated MT in comparison with MIT. Secondary outcomes included neonatal anthropometrics, respiratory morbidity, hyperbilirubinemia, 5-min Apgar score, and preterm birth.

Material and methods

This Swedish population-based cohort included 16 181 women diagnosed with gestational diabetes, and their singleton offspring born in 2019–2021. We estimated risk as adjusted odds ratio (aOR) with 95% confidence interval (CI), using individual-level, linkage register-data in multivariable logistic regression models.

Results

In the main analysis, MT was associated with a lower risk of neonatal hypoglycemia vs NT (aOR 0.85, 95% CI: 0.74–0.96), vs MIT (0.74 [0.64–0.87]), and vs IT (0.47 [0.40–0.55]), whereas MIT was associated with a similar risk of neonatal hypoglycemia vs NT (1.14 [0.99–1.30]) and with lower risk vs IT (0.63 [0.53–0.75]). However, supplemental feeding rates were lower for NT vs pharmacological treatments ($p < 0.001$). In post hoc subgroup analyses including only exclusively breastfed offspring, the risk of neonatal hypoglycemia was modified and similar among



Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi

PIPELLE

- Endometrial sugekurette for histologisk biopsi
- Utformet for enkel innføring
- To o-ringer danner vakuum som gir rikelig med biopsimateriale
- Tydelige cm markeringer for kontroll på innføring og plassering
- MX145 - Soft 3mm



 CooperSurgical®

CERVICAL DILATOR

- Cervical dilator Os Finder
- Ideell for cervical dilatasjon og andre intrauterine prosedyrer
- Skånsom åpning av cervical os
- Semi-fleksibel glatt plast
- Pakket individuelt sterilt



 MedGyn

ELEKTRODER TIL KONISERING



- Variert utvalg av elektroder i forskjellige fasonger og størrelser

- Fisher Cone elektrode
- Loop elektrode
- Kule elektrode

 MedGyn

 CooperSurgical®

ISOLERTE SPEKLER OG INSTRUMENTER

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

 MedGyn



GYNEKOLOGISKE INSTRUMENTER

- Alle typer gynekologiske instrumenter
- Tysk kvalitet med lang levetid

 **dimed**
SURGICAL INSTRUMENTS



RUMI® II SYSTEM CooperSurgical®

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

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



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

Telefon 64 95 93 77 • Adresse Slettaveien 23, 1553 Son

MT and NT, and higher in MIT vs NT. Insulin exposure, alone or combined with metformin, was associated with increased risk of being large for gestational age. Compared with NT, exposure to any pharmacological treatment was associated with significantly lower risk of 5-min Apgar score < 4. All other secondary outcomes were comparable among the treatment categories.

Conclusions

The risk of neonatal hypoglycemia appears to be comparable among offspring exposed to single metformin treatment and nutrition therapy alone, and the lower risk that we observed in favor of metformin is probably explained by a difference in supplemental feeding practices rather than metformin per se. By contrast, the lower risk favoring metformin exposure over insulin exposure was not explained by supplemental feeding. However, further investigations are required to determine whether the difference is an effect of metformin per se or mediated by other external factors.

Identification of depression and anxiety during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of test accuracy

Elisabet Rondung, Pamela Massoudi, Katri Nieminen, Birgitta Wickberg, Nathalie Peira, Rebecca Silverstein, Klas Moberg, Martina Lundqvist, Åke Grundberg, Monica Hultcrantz

First published: 28 November 2023

<https://doi.org/10.1111/aogs.14734>

Introduction

Depression and anxiety are significant contributors to maternal perinatal morbidity and a range of negative child outcomes. This systematic review and meta-analysis aimed to review and assess the diagnostic test accuracy of selected screening tools (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS], EPDS-3A, Patient Health Questionnaire [PHQ-9]-, PHQ-2, Matthey Generic Mood Question [MGMQ], Generalized Anxiety Disorder scale [GAD-7], GAD-2, and the Whooley questions) used to identify women with antenatal depression or anxiety in Western countries.

Material and methods

On January 16, 2023, we searched 10 databases (CINAHL, Cochrane Library, CRD Database, Embase, Epistemonikos, International HTA Database, KSR Evidence, Ovid MEDLINE, PROSPERO and PsycINFO); the references of included studies were also screened. We included studies of any design that compared case-identification with a relevant screening tool to the outcome of a diagnostic interview based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth or fifth edition (DSM-IV or DSM-5), or the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10). Diagnoses of interest were major depressive disorder and anxiety disorders. Two authors independently screened abstracts and full-texts for relevance and evaluated the risk of bias using QUADAS-2. Data extraction was performed by one person and checked by another team member for accuracy. For synthesis, a bivariate model was used. The certainty of evidence was assessed using Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Registration: PROSPERO CRD42021236333.

Results

We screened 8276 records for eligibility and included 16 original articles reporting on diagnostic test accuracy: 12 for the EPDS, one article each for the GAD-2, MGMQ, PHQ-9, PHQ-2, and Whooley questions, and no articles for the EPDS-3A or GAD-7.

Most of the studies had moderate to high risk of bias. Ten of the EPDS articles provided data for synthesis at cutoffs ≥ 10 to ≥ 14 for diagnosing major depressive disorder. Cutoff ≥ 10 gave the optimal combined sensitivity (0.84, 95% confidence interval [CI]: 0.75–0.90) and specificity (0.87, 95% CI: 0.79–0.92).

Conclusions

Findings from the meta-analysis suggest that the EPDS alone is not perfectly suitable for detection of major depressive disorder during pregnancy. Few studies have evaluated the other instruments, therefore, their usefulness for identification of women with depression and anxiety during pregnancy remains very uncertain. At present, case-identification with any tool may best serve as a complement to a broader dialogue between healthcare professionals and their patients.

Methods of induction of labor in women with obesity: A secondary analysis of two multicenter randomized controlled trials

Dorothee M. R. Croll, Marieke D. T. De Vaan, Shinta L. Moes, Kitty W. M. Bloemenkamp, Mieke L. G. Ten Eikelder, Roel De Heus, Marta Jozwiak, Judith Kooiman ... See all authors. Dorothee M. R. Croll and Marieke D. T. de Vaan share first authorship.

First published: 06 January 2024

<https://doi.org/10.1111/aogs.14737>Citations: 1

Introduction

Obesity is an increasing public health concern worldwide and can lead to more complications in pregnancy and childbirth. Women with obesity more often require induction of labor for various indications. The aim of this study is to assess which method of induction of labor is safest and most effective in women with obesity.

Material and methods

This is a secondary analysis of two randomized controlled trials about induction of labor. Women with a term singleton pregnancy in cephalic presentation, an unfavorable cervix, intact membranes and without a previous cesarean section were randomly allocated to cervical priming with a Foley catheter or vaginal prostaglandin-E2-gel (PROBAAT-I) or a Foley catheter or oral misoprostol (PROBAAT-II). The inclusion and exclusion criteria for the studies were identical. Induction methods were compared in women with obesity (body mass index ≥ 30.0). Main outcomes were cesarean section and postpartum hemorrhage (blood loss >1000 mL).

Results

A total of 2664 women, were included in the trials, 517 of whom were obese: 254 women with obesity received a Foley catheter, 176 oral misoprostol and 87 prostaglandin E2 (PGE2). A cesarean section was performed in 29.1% of women allocated to Foley vs 22.2% in the misoprostol and 23.0% in the PGE2 groups. Comparisons between groups revealed no statistically significant differences: the relative risk [RR] was 1.31 (95% confidence interval [CI] 0.94–1.84) in the Foley vs misoprostol group and 1.27 (95% CI 0.83–1.95) in the Foley vs PGE2 group. The rates of postpartum hemorrhage were comparable (10.6%, 11.4% and 6.9%, respectively; $P = 0.512$). In women with obesity, more often a switch to another method occurred in the Foley group, (20.1% vs 6.3% in misoprostol vs 1.1% in the PGE2 group; $P < 0.001$). The risk of a failed Foley placement was higher in women with obesity than in women without obesity (8.3% vs 3.2%; adjusted odds ratio 3.12, 95% CI 1.65–5.90).

Conclusions

In women with obesity we found a nonsignificant trend towards an increased rate of cesarean sections in the group induced with a Foley catheter compared to oral misoprostol; however, the study lacked power for this subgroup analysis. The finding of a higher risk of failed placement of a Foley catheter in women with obesity can be used in shared decision making.

Pelvic floor and sexual function 3 years after hysterectomy – A prospective cohort study

Ulrika Johannesson, Martina Amato, Catharina Forsgren

First published: 10 December 2023

<https://doi.org/10.1111/aogs.14751>

Introduction

Long term effects after hysterectomy, such as a worsening of pelvic floor and sexual function, have been studied with diverse results. Therefore, we investigated the long-term effects of hysterectomy for benign indication on pelvic floor and sexual function as well as differences in outcome depending on mode of hysterectomy.

Material and methods

In a prospective clinical cohort study, we included 260 women scheduled for hysterectomy who answered validated questionnaires; pelvic floor impact questionnaire (PFIQ-7), pelvic floor distress inventory (PFDI-20) and female sexual function index (FSFI). Participants were followed up to 3 years after surgery. Nonparametric statistics and mixed effect models were used in analyses of the data.

Results

After exclusions, 242 women remained in the study, with a response rate at the 3-year follow-up of 154/242 (63.6%) for all questionnaires. There was an improvement of pelvic floor function with a mean score of PFIQ-7 at baseline of 42.5 (SD 51.7) and at 3 years 22.7 (SD 49.4), ($p < 0.001$) and mean score of PFDI-20 at baseline was 69.6 (SD 51.1) and at 3 years 56.2 (SD 54.6), ($p = 0.001$). A deterioration of sexual function was seen among the sexually active women after 3 years with a mean score of FSFI at baseline 25.2 (SD 6.6) and after 3 years 21.6 (SD 10.1), ($p < 0.001$). However, this was not consistent with the unaltered sexual function for the whole cohort. No difference in pelvic floor or sexual function was detected when comparing robotic assisted laparoscopic hysterectomy, laparoscopic hysterectomy and abdominal hysterectomy.

Conclusions

Three years after surgery robotic assisted laparoscopic hysterectomy, total laparoscopic hysterectomy and abdominal hysterectomy improve pelvic floor function to the same extent. Among the sexually active women, a decline of sexual function was seen after 3 years, not consistent with the entire cohort and independent of surgical methods. Whether this is a trend associated with aging or menopausal transition remains to be studied.

International evidence-based guideline on assessment and management of PCOS—A Nordic perspective

Maria Forslund, Johanna Melin, Elisabet Stener-Victorin, Angelica Linden Hirschberg, Helena Teede, Eszter Vanky, Terhi Piltonen

First published: 20 November 2023

<https://doi.org/10.1111/aogs.14725>Citations: 3

Polycystic ovary syndrome (PCOS) affects about 12% of women of reproductive age. In 2018, the first evidence-based guideline on assessment and management of PCOS was published, and an updated extended guideline was released in August 2023. These guidelines followed best practice and are endorsed by 39 organizations worldwide, making them the most robust source of evidence to guide clinical practice. In the 2023 guideline, diagnostic criteria have been further refined as polycystic ovary morphology can now be assessed with gynecological ultrasound or elevated anti-Müllerian hormone levels. A healthy lifestyle should be at the focus of care for all women with PCOS; however, with no specific diet or physical exercise recommended. The latest evidence on medical treatments and fertility management are reviewed, including special considerations regarding long-term follow-up of metabolic and psychiatric comorbidities and pregnancy in women with PCOS. Here we summarize the recommendations from a Nordic perspective.

Incidence of stillbirth among women with different risk profiles in Stockholm 2001–2020: a repeated cross-sectional study

Minna Lundén, Ingela Hulthén Varli, Helena Kopp Kallner, Hanna Åmark

First published: 19 October 2023

<https://doi.org/10.1111/aogs.14695>

Introduction

The incidence of stillbirth in Sweden has started to decline. However, some comparable high-income countries in Europe have an even lower incidence, indicating a potential for further reduction. The aim of our study was to investigate how the incidence of stillbirth for singleton pregnancies has changed over the past two decades in the Stockholm Region in different groups of women to detect the groups at highest risk.

Material and methods

This was a repeated cross-sectional study with data from the Stockholm Stillbirth Database and the Pregnancy Register including all cases of stillbirth in Stockholm in singleton pregnancies between 2001 and 2020, in total 1804 stillbirths. The time period was divided into four equal groups and the incidence of stillbirth was compared between the groups.

Results

The overall incidence of stillbirth in the Stockholm Region has decreased from 3.8/1000 births in 2001–2005 to 2.9/1000 births in 2016–2020 (P -value < 0.001). In most of the groups studied, the incidence decreased, but among women originating from sub-Saharan Africa the incidence significantly rose from 7.9/1000 births in 2001–2005 to 10.1/1000 births in 2016–2020 (P -value 0.025). In this group, stillbirth occurred prematurely to a higher extent and the women were more likely to be multiparous.

Conclusions

The incidence of stillbirth in the Stockholm Region has declined. However, among women originating from sub-Saharan Africa the incidence was significantly higher compared with women originating from other regions and it is still rising. More research is needed to understand why this group is at higher risk and how to monitor their pregnancies to decrease this risk.

Utrogestan® (mikronisert progesteron)

– innvilget forhåndsgodkjent refusjon*

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

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

Tallet er unøyaktig, og kan være forbundet med usikkerhet.



Kontraindikasjoner: Gulsott. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Udiagnostisert vaginalblødning. Karsinom i bryst 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, 11/2023. * **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. 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_PTБ_2022.pdf

Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 200 mg

Indikasjoner: 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 Advarsler og forsiktighetsregler:** • Fullstendig medisinsk undersøkelse foretas før oppstart og regelmessig under behandling. • Vaginal blødning skal alltid undersøkes. • Ikke egnet som prevensjonsmiddel. • Ikke beregnet for behandling av truede prematur fødsel. • Bruk i graviditetens 2. og 3. trimester kan føre til svangerskapskolestase eller hepatocellulær leverskade. • Seponeres ved «missed abortion». • Spesifikke advarsler i forbindelse med støtte i lutealfasen ved ART: Skal kun brukes de første 3 månedene av graviditeten. • Spesifikke advarsler i forbindelse med å forhindre for tidlig fødsel: Før behandlingsoppstart skal risikoer og fordeler ved tilgjengelige behandlingsalternativer diskuteres med pasienten. Legen og pasienten skal sammen ta en beslutning om hvilken behandling som er best egnet. Preterm vannavgang skal utelukkes. Dersom det oppstår vannavgang under behandlingen, skal videre behandling med Utrogestan seponeres. Bivirkninger: Kløe, vaginal blødning og utflod, samt brennende følelse kan forekomme. Forbigående fatigue/ svimmelhet innen 1–3 timer etter bruk. **Pakninger og priser (AUP):** Vaginalkapsler 15 stk, kr 148,70. Reseptgruppe C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan 200 mg, SPC 14.11.2023

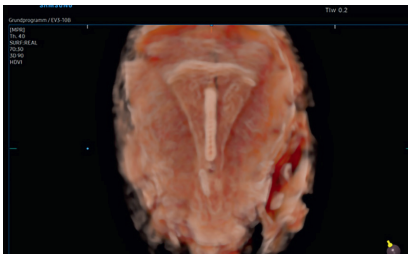
SAMSUNG

V8 Step Up Confidence

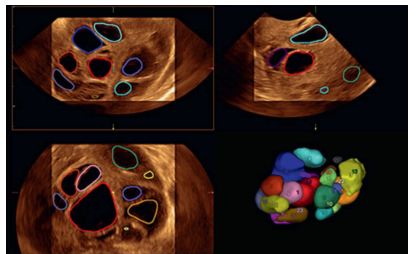
The new V8 ultrasound system combined exquisite imaging quality powered by Crystal Architecture™ with efficient, streamlined examinations enabled by AI-driven assist tools, and re-engineered workflow to fulfill the need of today's busy clinical environment. The sophisticated, ergonomic design showcases 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, QuicckPreset, Expanded view, EzCompare™, EzExams+

Comfort Design

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

Inter-Medical AS

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



INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG MEDISON